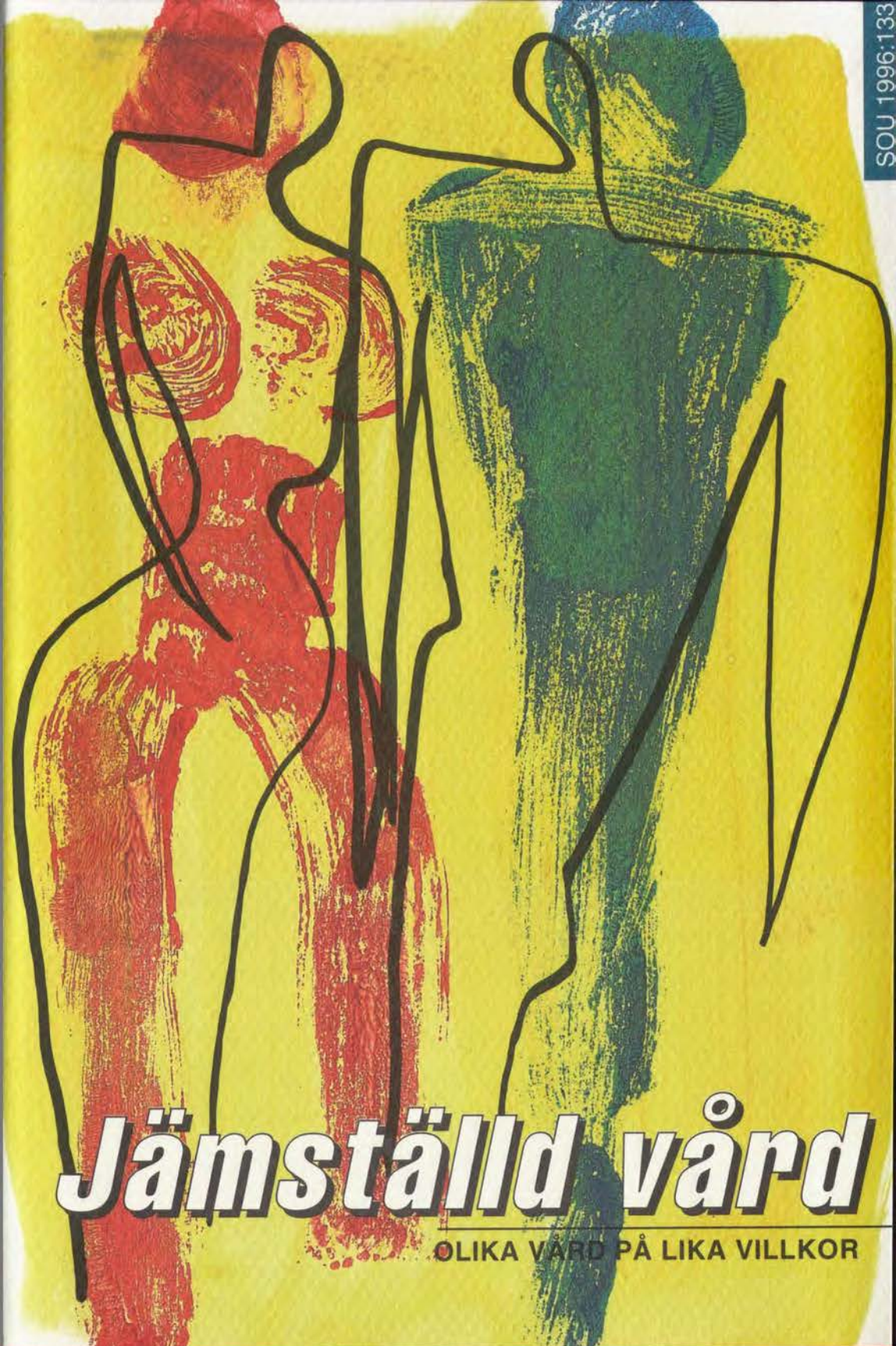
SOU 1996:133



Jämställd vård

OLIKA VÅRD PÅ LIKA VILLKOR

HUVUDBETÄNKANDE

UTREDNINGEN OM BEMÖTANDE AV KVINNOR OCH MÄN INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

A: RofKB
Occ SOU
1996:133
12

Statens offentliga utredningar
1996:133
Socialdepartementet

Jämställd vård

Olika vård på lika villkor

Huvudbetänkande av Utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården
Stockholm 1996

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes, Offentliga Publikationer, på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningskontor.

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Fax: 08-20 50 21
Telefon: 08-690 91 90

Svara på remiss. Hur och Varför. Statsrådsberedningen, 1993.
- En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.

Broschyren kan beställas hos:
Regeringskansliets förvaltningskontor
Distributionscentralen
103 33 Stockholm
Fax: 08–405 10 10
Telefon: 08–405 10 25

Omslag: Gabriella von Essen
Marita Forsberg

NORSTEDTS TRYCKERI AB
Stockholm 1996

ISBN 91-38-20375-8
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Margot Wallström

Genom beslut den 8 september 1994 bemyndigade regeringen chefen för Socialdepartementet att tillkalla en särskild utredare med uppgift att utreda hur kvinnor och män bemöts inom hälso- och sjukvården (Dir. 1994:95). Den 27 januari 1995 utsåg dåvarande socialminister Ingela Thalén landstingsrådet Olivia Wigzell till särskild utredare med ovanstående uppdrag. Till huvudsekreterare i utredningen utsågs avd.dir. Pia Maria Jonsson och till sekreterare utredare Birgit Rosén.

Till sakkunniga i utredningen utsågs professor Calle Bengtsson, Institutionen för allmänmedicin, Göteborg; Ingwor Fredriksson, Handikappförbundens samarbetsorgan; direktör Lennart Jonasson, Kommunförbundet; överdirektör Nina Rehnqvist, Socialstyrelsen; docent Lisbeth Sachs, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet; högskolelektor Barbro Gustafson, Ersta Högskola (fr.o.m. 96-01-15); professor Per-Olow Sjödén, Centrum för omvårdnadsvetenskap, Uppsala (t.o.m. 96-01-14); utredare Carina Svensson, Landstingsförbundet; professor Roger Säljö, Tema Kommunikation, Linköpings universitet; departementssekreterare Mårten Törnqvist, Socialdepartementet; professor Lars Werkö, SBU, och departementssekreterare Birgitta Åseskog, Jämställdhetsenheten, Arbetsmarknadsdepartementet. Experter i utredningen har varit med.dr. Hans Hallberg, Dalarnas Forskningsråd; docent Anne Hammarström, Institutionen för allmänmedicin, Umeå universitet; överläkare Märta Silber, Kvinnokliniken, Huddinge sjukhus; tf professor Göran Tomson, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet, och docent Richard Wallensten, Ortopediska kliniken, Karolinska sjukhuset.

I föreliggande huvudbetänkande lägger jag fram resultaten från utredningens kartläggningar av könsskillnader i bemötande, vård och behandling och presenterar de åtgärdsförslag som aktualiseras för att förbättra vården.

Ett stort antal experter från olika discipliner har bistått utredningen med studier av vetenskaplig litteratur och kartläggningar av dagens förhållanden i svensk hälso- och sjukvård.

Faktaunderlaget till betänkandets olika delar har sammanställts av:

Avd.dir. Gudrun Lindberg, EpC, Socialstyrelsen – Kvinnors och mäns ohälsa: skillnader och likheter (2.1)

Avd.dir. Bengt Haglund, EpC, Socialstyrelsen – Analys av könsskillnader i öppenvårdsutnyttjande (i: 2.2)

Apotekare Ingegerd Agenäs, Nätverk för läkemedelsepidemiologi, NEPI – Läkemedelsanvändning bland kvinnor och män (2.3)

Doktorand Ingegärd Bäckström, Inst. för socialt arbete, Umeå – Könsskillnader i sjukskrivning, rehabilitering och förtidspensionering (Kap. 3)

Med.dr. Ragnar Westerling, Inst. för socialmedicin, Uppsala – 'Åtgärdbar dödlighet' bland kvinnor och män (Kap. 4)

Avd. dir. Margaretha Haglund, leg. psykol. Agneta Hjalmarsson, Folkhälsoinstitutet – Hälso- och sjukvårdens insatser för minskat tobaksbruk (5.1)

Öl Eva Swahn, Kardiologklin., Linköping – Omhändertagande av kvinnor och män med hjärt-kärlsjukdom (5.2)

Pia Maria Jonsson – Kvinnor och män i diabetesvården (5.3)

Richard Wallensten – Tillgång och resultat av vissa ortopediska behandlingsmetoder (5.4)

Docent Christina Bolund, Dr.med.sci. Yvonne Brandberg, Leg. psykoterapeut Lena Wersäll, Psykosociala enheten, Radiumhemmet – Könsskillnader i psykosocial cancervård (5.5)

Märta Silber – Brister i bemötande av kvinnor och män med sexuella problem till följd av sjukdom eller handikapp (5.6)

Med.dr. Ing-Marie Wieselgren, Inst. för psykiatri, Uppsala – Litteraturstudie av könsskillnader i bemötande inom psykiatrisk verksamhet (5.7)

Projektledare Jan Lindmark, Med.dr. Gunilla Roman, Spri – Vårdpraxis inom psykiatrin ur ett könsperspektiv (5.7)

Öl Anita Fredricsson, Beroendeklin., S:t Görans sjukhus – Missbruk ur ett könsperspektiv (5.8)

Birgit Rosén – Synpunkter från patient- och handikapporganisationer (6.1) och Resultat från tidigare befolknings- och patientenkäter (6.2)

Birgit Rosén, Olle Johansson, Programmet för medborgarinflytande, SCB, och Karim Ben Abdallah – Rikstäckande enkätstudie av bemötande och vård (6.3 och 8.1)

Pia Maria Jonsson, Camilla Wåhlberg – Rapporterade brister och problem i vården ur ett könsperspektiv (Kap. 7)

Lisbeth Sachs – Kulturella och sociala aspekter på interaktion i vården (8.2)

Roger Säljö och docent Ullabeth Sätterlund Larsson, Tema K, Linköping – Kommunikation, kön och makt i patient-läkarkonsultationer (8.3)

Leg. läk. Rolf Wahlström, apotekare Cecilia Stålsby Lundborg, Göran Tomson, Inst. för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet – Faktorer som påverkar kliniskt beslutsfattande – exemplet läkemedelsförskrivning (8.4)

Docent Gerd Lindgren, Arbetslivsinstitutet – Köns- och maktrelationer i vårdorganisationen (8.5)

Sven-Eric Bergman, fristående konsult – Konsekvenser av förändringar i sjukvårdens makrostruktur (Kap.9)

Jag vill framföra ett varmt tack till dessa experter för deras värdefulla bidrag.

Härmed överlämnar Utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården sitt huvudbetänkande Jämställd vård. Olika vård på lika villkor (SOU 1996:133). Samtidigt överlämnas två delbetänkanden: Jämställd vård. Möten i vården ur ett tvärvetenskapligt perspektiv (SOU 1996:134) och Fibromyalgi och Duchennes muskeldystrofi. Kunskapsläge och behov av framtida FoU (SOU 1996:135).

Utredningens uppdrag är därmed slutfört.

Stockholm den 29 augusti 1996

Olivia Wigzell

/Pia Maria Jonsson
Birgit Rosén

Innehåll

Sammanfattning **11**

1 Inledning **33**
1.1 Direktiven 33
1.2 Varför detta uppdrag? 34
1.3 Inriktning och avgränsning 36
1.4 Genomförande 38

2 Behov, efterfrågan och utnyttjande av vård ... 45
2.1 Kvinnors och mäns ohälsa: skillnader och likheter 47
2.2 Könsskillnader i vårdutnyttjande 54
2.3 Läkemedelsanvändning bland kvinnor och män ... 64

3 Könsskillnader i sjukskrivning, rehabilitering . 75 och förtidspensionering .....
3.1 Sjukskrivning och förtidspensionering 76
3.2 Rehabilitering - ett mångtydigt begrepp 81
3.3 Olikheter i kvinnors och mäns rehabilitering 84
3.4 Diskussion och slutsatser 93

4 'Åtgärdbar dödlighet' bland kvinnor och män . 95
4.1 'Åtgärdbar dödlighet' som indikator på hälso- och sjukvårdens kvalitet 96
4.2 Könsskillnader i 'åtgärdbar dödlighet' i Sverige .. 97
4.3 Socioekonomiska skillnader i 'åtgärdbar dödlighet' hos respektive kön 106
4.4 Diskussion och slutsatser 107

5 Könsperspektiv på vissa vårdverksamheter ... 111
5.1 Hälso- och sjukvårdens insatser för ett minskat tobaksbruk 113
5.2 Omhändertagande av kvinnor och män med hjärt-kärlsjukdom 121

5.3 Kvinnor och män i diabetesvården 134
5.4 Tillgång och resultat av vissa ortopediska behandlingsmetoder 148
5.5 Könsskillnader i psykosocial cancervård 154
5.6 Brister i bemötande av kvinnor och män med sexuella problem till följd av sjukdom eller handikapp 166
5.7 Bemötande och vårdpraxis inom psykiatrin ur ett könsperspektiv 179
5.8 Missbruk ur ett könsperspektiv 195

6 Kvinnors och mäns synpunkter på hälso- och sjukvården 209
6.1 Synpunkter från patient- och handikapp-organisationer 210
6.2 Resultat från tidigare befolknings- och patient-enkäter 216
6.3 Rikstäckande enkätstudie av bemötande, vård och behandling 223

7 Rapporterade brister och problem i vården ur ett könsperspektiv 247
7.1 Källor till kunskap om brister i vården 248
7.2 60 procent av anmälningarna berör kvinnliga patienter 252
7.3 Vart sjunde klagomål handlar om bemötande-problem. 254
7.4 Vilka verksamheter genererar skador och klagomål? 259
7.5 Medicinska problem som drabbar kvinnor respektive män 262
7.6 Konsekvenser av brister i vården 266
7.7 Diskussion och slutsatser 268

8 Faktorer bakom skillnader i bemötande och behandling 271
8.1 Betydelsen av patient- och vårdgivarkarakteristika 273
8.2 Kulturella och sociala aspekter på interaktion i vården 280
8.3 Kommunikation, kön och makt i patient-läkar-konsultationer 289
8.4 Faktorer som påverkar kliniskt beslutsfattande - exemplet läkemedelsförskrivning 299
8.5 Köns- och maktrelationer i vårdorganisationen ... 317

9	**Konsekvenser av förändringar i sjukvårdens makrostruktur**	**329**
9.1	Valfrihet	332
9.2	Husläkarreformen	335
9.3	Vårdgarantin	338
9.4	Beställarstyrning av hälso- och sjukvården	340
9.5	Förändringar av utbudsstrukturen	343
9.6	Diskussion och slutsatser	346
10	**Överväganden och förslag**	**349**
10.1	Patientens ställning	351
10.2	Forskning	353
10.3	Utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal	359
10.4.	Nationell tillsyn, verksamhetsuppföljning och utvärdering	360
10.5.	Hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvarsområden	363
Särskilda yttranden		**369**
Bilagor		**377**
Referenser		**399**

Sammanfattning

Inledning

Det utredningsuppdrag som avrapporteras i detta betänkande skall ses mot bakgrund av debatten om hur hälso- och sjukvården tillgodoser kvinnors och mäns behov av vård och stöd vid olika sjukdomar. Ett antal tidigare utländska studier har visat på skillnader mellan kvinnliga och manliga patienter när det gäller vårdpraxis och vårdens resultat vid t.ex. hjärt-kärlsjukdom. Det har också framförts att den kunskap som producerats om bemötande, vård och behandling i första hand gäller manliga populationer eller har redovisats utan beskrivning av eventuella skillnader mellan könen. Detta kan ha lett till att framförallt kvinnor fått bemötande och vård som inte utformats enligt deras behov och förutsättningar.

Utredningsuppdraget skall också ses mot bakgrund av den allmänna strävan att uppnå jämställdhet inom olika samhällssektorer. Det är sålunda frågan om en naturlig fortsättning på det nationella jämställdhetsarbetet, som tidigare kommit till uttryck i bl.a. Jämställdhetspropositionen 'Delad makt – delat ansvar'. Till grund för uppdraget ligger även det omfattande kvalitetsarbete som under senare år pågått inom hälso- och sjukvården samt de samtidigt skärpta kraven på systematisk utvärdering av hälso- och sjukvårdens insatser.

Med utgångspunkt från uppdragsbeskrivningen i kommittédirektiven har vi strävat efter att kartlägga hur hälso- och sjukvården fungerar ur såväl manlig som kvinnlig synpunkt. En central fråga för utredningen har dock varit huruvida kvinnors underordnade maktställning, som belysts i tidigare statliga utredningar, kommer till uttryck i hälso- och sjukvården. För att analysera dessa frågor har vi valt en tvärvetenskaplig ansats. Det innebär att frågorna i utredningen belyses från bl.a. antropologiskt, sociologiskt och sociolingvistiskt perspektiv, med inriktning mot könsteoretisk forskning. Medicinsk forskning, omvårdnadsforskning och bekräftelseforskning har varit andra utgångspunkter.

På grund av den korta utredningstiden har vi i första hand baserat betänkandet på sammanställningar av redan existerande vetenskapligt kunskapsunderlag. Tidigare insamlade faktauppgifter om hälso- och sjukvården i Sverige har även använts och delvis analyserats på nytt. En större kartläggning av patienters syn på bemötande, vård och behandling har genomförts. Några kvalitativa studier har, på grund av den korta tiden, inte varit möjliga att genomföra i utredningens regi.

Behov, efterfrågan och utnyttjande av vård

Ett sätt att definiera vård på lika villkor går ut på att det är behovet av vård som skall ligga till grund för hur vården utnyttjas. Det är emellertid inte enbart vårdbehovet som styr vårdutnyttjandet, utan även en rad andra efterfrågefaktorer såsom ekonomi, utbildning, kunskaper och attityder kan påverka vårdutnyttjandet både på individ-, grupp- och befolkningsnivån. Dessutom påverkas vårdutnyttjandet av hur lätt- eller svårtillgänglig vården är för patienterna samt av utbudet av sjukvårdstjänster. Vårdutbudet å sin sida är beroende av hur stora resurser som avsätts för hälso- och sjukvården och hur de fördelas.

Skillnader i vårdefterfrågan mellan olika grupper, t.ex. mellan kvinnor och män, kan uppstå genom att dessa har olika förväntningar avseende i vad mån man kan bli hjälpt av sjukvårdens insatser. Sådana förväntningar kan ha att göra med individernas egenskaper, såsom tidigare kunskaper och erfarenheter, men kan också styras av vårdgivarna. I mötet mellan patient och läkare har den behandlande läkarens kunskaper och attityder avgörande betydelse för val av behandlingsstrategi. Det är inte uteslutet att samhällets maktförhållanden mellan könen, som även gör sig gällande i vårdorganisationen, påverkar interaktionen och det kliniska beslutsfattandet. Vid sidan om könsfaktorn kan även andra karakteristika hos patienten, såsom ålder, utbildning och socioekonomisk status, styra dynamiken i förhållandet mellan patient och vårdare och få konsekvenser för vårdens innehåll och resultat.

Enbart det faktum att ohälsa föreligger, betyder dock inte automatiskt att vårdproducenten skall leverera vård eller att vårdkonsumenten – patienten – skall utnyttja vården. För att utnyttjandet av vård skall kunna betraktas som meningsfullt bör det finnas dokumentation om att de aktuella vårdinsatserna faktiskt leder till goda resultat, dvs. positiva hälsoeffekter hos den aktuella patientgruppen. Dessutom bör verksamhetens kostnads-effektivitet, dvs. relationen mellan insatta resurser

och vårdresultat i form av hälsoeffekter vara på en rimlig nivå. Det är först under senare år som man kommit till insikt om att både nyttan, riskerna och kostnads-effektiviteten av olika medicinska insatser kan skilja mellan könen. För att kunna anpassa vården så att den tillgodoser både mäns och kvinnors särskilda vårdbehov, behövs således könsspecifika uppgifter om vårdåtgärdernas medicinska effektivitet och säkerhet.

Könsskillnader i ohälsa och vårdutnyttjande
Skillnader i ohälsomönster mellan kvinnor och män kan ha direkta konsekvenser för behov av vård och hur vården utnyttjas. Det är väl belagt att det existerar könsskillnader i fråga om medellivslängd och dödlighet i olika sjukdomar. Män har högre dödlighet i alla åldrar, medan kvinnors ohälsa oftare medför sjukdom och lidande. Förutom könsspecifika sjukdomar såsom prostatacancer hos män och livmodercancer hos kvinnor drabbas båda könen av i stort sett samma typer av sjukdomar. En del sjukdomar är dock vanligast hos endera könet och en del av sjukligheten drabbar ett av könen genomsnittligt tidigare i livet än det andra.

Kvinnor har ett högre vårdutnyttjande än män, framförallt när det gäller öppen vård. Bland faktorer som kan förklara detta finns kvinnors längre livslängd, behov av vård till följd av kvinnors reproduktiva funktioner samt skillnader i könsspecifik sjuklighet. I en nyligen genomförd svensk studie kan könsskillnaden i öppenvårdsutnyttjande inte förklaras av skillnader mellan män och kvinnor avseende ålder, utbildning eller självrapporterad hälsa. Könsroller och skillnader i beteenden kan vara en förklaring, skillnader i livsvillkor en annan.

Läkemedelsanvändningen i Sverige visar stora skillnader mellan könen. Orsaker till och konsekvenser av könsolikheter är ofullständigt kända. Kvinnor i alla åldersgrupper – utom de allra yngsta – använder läkemedel i större utsträckning än män. En faktor som i högsta grad påverkar den totala användningen är kvinnors längre livslängd. En annan förklaring är den läkemedelskonsumtion som sammanhänger med kvinnors reproduktiva funktioner. Ytterligare en möjlig förklaring är kvinnors könsspecifika sjuklighet och högre vårdutnyttjande. Vår kartläggning visar emellertid att det saknas könsspecifik information om vad som utgör optimal läkemedelsbehandling vid olika tillstånd. I USA är det numera ett krav att vid kliniska läkemedelsprövningar inkludera både kvinnor och män och att analysera materialet könsspecifikt. Vi anser att motsvarande policy bör skapas även i Sverige. Därutöver bör en genomgång av de svenska biverkningserfarenheterna ske för att ge en bättre kunskap om läkemedlens säkerhet och underlag

för bedömning av om män och kvinnor bör få olika stora doser av vissa läkemedel.

Könsskillnader i sjukskrivning, rehabilitering och förtidspensionering

Under 1980-talet ökade sjukfrånvaron kraftigt och särskilt de långa sjukfallen bland kvinnor. Det var framförallt äldre kvinnor och kvinnor i lägre medelålder som bidrog till ökningen. I syfte att minska frånvaron och kostnaderna ändrades bestämmelserna i sjukförsäkringen vid 1990-talets början. Därefter har antalet sjukskrivningar och förtidspensioneringar minskat eller stabiliserats, men skillnaderna mellan män och kvinnor har ökat. Andelen långtidssjuka och förtidspensionerade kvinnor ökar, medan männens andel minskar.

Det har skett stora satsningar på rehabilitering under 1990-talet och tyngdpunkten i rehabiliteringsprocessen har förskjutits mot arbetslivet. Det bedrivs alltmer forskning om arbetsinriktad rehabilitering, men mycket sällan könsteoretisk forskning med den inriktningen. Den mycket begränsade forskning som finns tillgänglig visar att kvinnor missgynnas vid arbetsrehabilitering. Resultaten från en undersökning i Västerbotten visar att rehabiliteringspersonalen önskade behandla långvarigt sjuka män och kvinnor lika, men att deras förhållningssätt gynnade männen på sådant sätt att deras rehabilitering påbörjades tidigare än kvinnornas och dessutom var mer omfattande. Skillnader i mäns och kvinnors levnadsvillkor och deras betydelse för möjligheterna att rehabilitera långvarigt sjuka blev sällan uppmärksammade. De skillnader i mäns och kvinnors rehabilitering som framkom i denna kvalitativa studie återfinns inte i Riksförsäkringsverkets landsomfattande undersökningar, men tendenserna är likartade.

Med hänsyn till ökade könsskillnader vid långvarig sjukfrånvaro och förtidspensionering anser vi att det är angeläget att uppmärksamma de långsiktiga effekterna av kvinnors och mäns arbetsrehabilitering och att närmare undersöka om den praktiska tillämpningen av socialförsäkringen innebär diskriminering på grund av kön eller andra grunder.

'Åtgärdbar dödlighet' bland kvinnor och män

Det finns skillnader i dödstal mellan män och kvinnor för sjukdomar som hälso- och sjukvården bedömts kunna påverka förloppet av – s.k.

'åtgärdbar dödlighet'. Dessa skillnader har i de flesta fall minskat betydligt under de senaste decennierna, vilket framgår av en undersökning av könsskillnader för ett antal 'åtgärdbara' dödsorsaker hos personer under 70 år som genomförts för perioden 1971-1994.

Den totala dödsrisken i denna åldersgrupp var cirka 80 procent större bland män än bland kvinnor. Denna skillnad har bestått över tiden. För flera av de åtgärdbara sjukdomarna – som tillsammans står för knappt 30 procent av den totala dödligheten – var skillnaderna större i början av tidsperioden med en klar överdödlighet för männen jämfört med kvinnorna. I flertalet fall har emellertid dödstalen minskat kraftigare för män än för kvinnor. För sjukdomar som astma, tuberkulos, bakteriell hjärnhinneinflammation och reumatisk hjärtsjukdom har skillnaderna mellan könen försvunnit helt. De tre sistnämnda diagnoserna har överhuvudtaget blivit mindre vanliga bland befolkningen. Ett likartat mönster med minskade könsskillnader i dödlighet finns även för levercirrhos. För denna sjukdom, som ofta är relaterad till överkonsumtion av alkohol, kvarstår dock viss ökad risk för männen.

För de rökningsrelaterade sjukdomarna lungcancer, kronisk luftrörskatarr och lungemfysem har dödligheten ökat för kvinnorna. Det kan sammanhänga med att det blivit vanligare med rökning hos kvinnor de senaste decennierna. Det finns således ett behov av förebyggande insatser för att minska förekomsten av rökning. För diabetes, högt blodtryck och slaganfall ökade i stället skillnaderna mellan könen.

Mot bakgrund av dessa resultat vill vi peka på behovet av fortsatta undersökningar av hur förebyggande vård och vård vid vissa kroniska sjukdomar bör utformas för att ge god effekt för respektive kön. Forskning kring sociala faktorers betydelse för vårdens resultat är vidare starkt motiverad mot bakgrund av de stora skillnader i 'åtgärdbar dödlighet' som fanns mellan dem som var yrkesverksamma och de som stod utanför arbetsmarknaden.

Könsperspektiv på vissa vårdverksamheter

Allmänna könsskillnader i vårdutnyttjande kan inte tas som garanti för att kvinnors vårdbehov skulle vara bättre – eller ens lika väl – tillgodosedda som männens. Som nämnts tidigare har studier från framförallt USA under senare år antytt att kvinnor med vissa diagnoser haft mindre tillgång än män till effektiv medicinsk teknologi för prevention, diagnostik, behandling och rehabilitering av sjukdomar. Avsaknad av

könsspecifik kunskap om livsvillkor, hälsa och effekter av vård och behandling kan göra att vården inte är optimalt anpassad efter mäns och kvinnors behov och förutsättningar.

Mot denna bakgrund redovisar vi ett antal analyser av kvinnors och mäns tillgång till vården och de kliniska beslut som fattas om vård och behandling av kvinnor och män med specifika problem eller diagnoser. Grundfrågeställningen har varit om kvinnor och män med jämförbara hälsoproblem eller sjukdomstillstånd får likvärdigt bemötande och behandling. Av praktiska skäl har det varit nödvändigt att avgränsa analyserna till att omfatta enbart ett urval vårdverksamheter. Utredningen kan med detta urval självfallet inte ge en heltäckande bild av jämställdheten mellan kvinnliga och manliga patienter. För detta måste ytterligare vårdverksamheter belysas.

Anpassa antirökningsinsatserna efter kvinnors behov och livsvillkor

Rökning är den största enskilda orsaken till förtida död såväl i Sverige som i hela den industrialiserade världen. Drygt hälften av de drabbade är medelålders personer, i första hand män. I Sverige beräknas årligen 8.000-10.000 personer avlida i förtid till följd av tobaksbruk. Kvinnors dödlighet i lungcancer och andra rökningsrelaterade sjukdomar ökar. Under det senaste decenniet har rökningen minskat bland både män och kvinnor i samtliga åldersgrupper. Totalt sett röker idag fler kvinnor än män. Den senaste tidens utveckling utmärks av att skillnaderna i rökvanor mellan socioekonomiska grupper ökat, i synnerhet bland kvinnor.

Utformningen av olika befolkningsinriktade preventionsprogram och studier av effekter av programmen har ofta saknat könsperspektiv. Det finns ett behov att utveckla nya preventionsprogram, särskilt för kvinnor. Även när det gäller effekter av hälso- och sjukvårdens åtgärder för ett minskat tobaksbruk, visar vår genomgång av litteraturen att flertalet av studierna hittills saknat uppdelning i kön eller genomförts på män. Det finns idag behov av att utforma och utvärdera könsspecifika tobakavvänjningsprogram. Forskning kring hur det individuella stödet bör utformas för att underlätta avvänjning och förstärka kvinnors respektive mäns motivation att avstå från rökning bör främjas.

Kunskaper saknas om vården av kvinnor med hjärt-kärlsjukdom

Rapporter har publicerats från flera amerikanska och brittiska centra om könsskillnader i utnyttjande av diagnostiska och terapeutiska åtgärder vid kranskärlssjukdom. År 1993 publicerades en undersökning från Göteborg där man studerat symptom och välbefinnande hos båda

könen efter hjärtinfarkt. Fynden där talar i samma riktning som den internationella litteraturen, dvs. att trots att kvinnorna var sjukare fick de ett mer passivt omhändertagande. Denna passivitet visavi kvinnorna kan bidra till den sämre prognosen som noterats hos kvinnor med kranskärlssjukdom. Det finns dock också preliminära resultat från ett pågående SBU-projekt om kranskärlsingreppen i Sverige som inte visar på några könsskillnader när det gäller indikationer för kranskärlskirurgi och ballongdilatation.

I det nationella registret över öppen hjärtkirurgi i Sverige kan utläsas att 30-dagarsdödligheten är högre för kvinnor än för män; 3,6 procent respektive 1,8 procent. Uppdelat på kranskärlskirurgi är siffrorna 3,1 procent respektive 1,4 procent. Någon närmare analys av dessa skillnader könen emellan har inte skett. Det är viktigt att det registermaterial som för närvarande samlas avseende kvaliteten i hjärt-sjukvården blir föremål för närmare könsspecifika analyser. Detta kan ge nya kunskaper om eventuella könsskillnader i såväl bemötande och tillgänglighet som vårdens medicinska innehåll och resultat.

Inom klinisk forskning finns det anledning att rikta större uppmärksamhet mot kranskärlssjukdomens manifestationer hos kvinnor. Detta kan motivera ett särskilt omhändertagande av vissa kategorier av kvinnliga patienter. Det är således mycket viktigt att i kontrollerade prövningar av nya behandlingsalternativ inkludera ett tillräckligt antal kvinnor i olika åldrar.

Kvinnor med diabetes rapporterar sämre livskvalitet än män
Det förekommer könsskillnader i diabetesvården i Sverige, både när det gäller vårdutnyttjandemönster, tillfredsställelse med vården och livskvalitet. I flera studier rapporterar kvinnliga diabetiker sämre subjektivt hälsotillstånd och livskvalitet än manliga diabetiker och en större andel av kvinnorna är missnöjda med bemötandet i vården och vårdens medicinska innehåll.

Det finns anledning att närmare analysera hur mötet mellan patient och vårdare ser ut i diabetesvården. En del studier tyder på att kvinnor har en större benägenhet att acceptera att de blivit diabetiker, att de tar större ansvar för egenvård än manliga diabetiker och också ställer höga krav på vården. Män lägger över ansvaret för diabetes på läkaren, sjukvården, hustrun etc. Detta kan vara en orsak till att diabetesvården uppfattas olika av män respektive kvinnor.

Sociala mönster och klassbakgrund förefaller betyda mera för risken att avlida i diabetes för kvinnor än för män. En förklaring till detta kan

vara att lågutbildade kvinnor ej får det stöd och den utbildning som de behöver för att förstå sin sjukdom, medan män i motsvarande situation kanske får mera hjälp av anhöriga. Både när det gäller allmänt bemötande, medicinskt och omvårdnadsmässigt omhändertagande och dödlighet i diabetes, är det angeläget att vidare studera interaktionen mellan kön, ålder och social bakgrund.

Tillgång och resultat av vissa ortopediska behandlingsmetoder
Med hjälp av uppgifter från de nationella kvalitetsregistren inom ortopedi har det varit möjligt att sammanställa könsspecifika uppgifter om de största sjukdomsgrupperna, som behandlas kirurgiskt i den svenska ortopedin: ryggproblem, protesersättning av höft- och knäled samt fraktur på övre delen av lårbenet, s.k. höftfraktur. De registerdata som idag finns tillgängliga tyder inte på könsskillnader när det gäller kirurgisk behandling vid vanliga ortopediska sjukdomar. Faktaunderlag saknas om bemötandet inom ortopedin, liksom uppgifter om vårdens tillgänglighet och väntetider. Vi anser att det är angeläget att fortsatta analyser och uppföljningar vid sidan av medicinteknologiska aspekter även fokuserar på bemötandet som en del av den ortopediska vårdens kvalitet.

Även män med cancer behöver psykosocialt stöd
Bröstcancer och prostatacancer är kvinnors respektive mäns vanligaste tumörformer och båda har kopplingar till sexualitet och könsidentitet. Trots det är efterfrågan på psykologiskt stöd olika, avspeglande mäns och kvinnors olika sätt att tackla en livshotande sjukdom med dess konsekvenser av förluster och förändringar. Det behövs forskning som kan generera kunskaper om båda könen i dessa avseenden. Här kan man behöva ompröva de kunskaper som finns om krisreaktioner och hantering av stress (coping), då dessa kan vara baserade på ett alltför smalt underlag, nämligen studier av kvinnor med bröstcancer. Det är sedan sjukvårdens uppgift att anpassa stödfunktionerna efter mäns och kvinnors behov.

Brister i bemötande av kvinnor och män med sexuella problem till följd av sjukdom eller handikapp
Dagens kunskaper om effekter på sexuell funktion av olika sjukdomar kan sägas vara ganska goda, men kunskaper om i vilken utsträckning sjukvården möter människors sexuella behov saknas. Personalens egna värderingar och erfarenheter hos de som vårdar spelar roll för bemötandet. Utbildningen i sexologi för sjukvårdspersonal är obetydlig eller bristfällig.

Från tillgängliga data förefaller mäns sexuella problem uppmärksammas oftare än kvinnors, män antas uppleva sexuell problematik som mer bekymmersamt och de remitteras oftare till vidare utredning. Att kvinnors sexualitet uppmärksammas mindre än mäns ger dem sämre möjligheter till sexuell rehabilitering.

Det är anmärkningsvärt att sjukvården inte ägnat sexuell problematik i allmänhet och ur könsperspektiv i synnerhet större uppmärksamhet. Det finns ett dokumenterat intresse från rehabiliteringskliniker att hjälpa patienterna med sexuell rehabilitering, och det är viktigt att utbildningsmöjligheter ställs till förfogande. Både i forskning och i praktiskt utvecklingsarbete bör särskild vikt läggas vid att båda könens sexualitet uppmärksammas i lika stor utsträckning. Det är angeläget att ansvariga för utbildning av läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer och kuratorer inför undervisning i klinisk sexologi i tillräcklig omfattning.

Bemötande och vårdpraxis inom psykiatrin
Den litteratursökning vi låtit göra visar att det saknas studier med inriktning på kön inom psykiatrin. Detta förhållande utgör en allvarlig brist. Kvinnor uppvisar högre frekvens av psykisk ohälsa och frågan är hur bilden skall tolkas. Är det biologiska, sociala eller kulturella skillnader i sjuklighet som förklarar detta? Är psykiatriker mer benägna att sjukförklara friska kvinnliga beteenden? Den tillgängliga litteraturen ger motstridiga uppgifter beträffande könsskillnader i den psykiatriska vården.

En ny studie av könsrelaterade skillnader i vårdpraxis vid öppenvårdsbesök i psykiatrin visar att det finns likheter i vårdpraxis mellan män och kvinnor, men också vissa skillnader. Kvinnor är i större utsträckning än män patienter inom den specialiserade psykiatrin, förutom bland missbrukare. Kvinnliga patienter fungerar socialt bättre än manliga patienter i alla här studerade diagnoser i den psykiatriska vården. Möjligen söker kvinnor hjälp tidigare än män. Behandlingsutbudet verkar vara bredare för kvinnor. Männen behandlas mer med psykofarmaka. För båda könen ökar dock läkemedelsförskrivningen med stigande ålder och försämrad psykisk funktion.

Missbruk ur ett könsperspektiv
Hälso- och sjukvården missar ofta tecken på alkoholproblem hos patienter. Kvinnor med alkoholproblem riskerar att identifieras på ett sent stadium, om man utgår från manliga identifikationer på hög alkoholkonsumtion, såsom offentlig berusning. Utvärdering och forskning behövs om olika behandlingars effekter ur ett könsperspektiv. En fråga

är om behandling som använts på män är applicerbar på kvinnor eller om det behövs speciella program för kvinnor.

Det är viktigt att underlätta för kvinnor att söka hjälp för sitt missbruk eftersom kvinnor är känsligare för kroppsliga skador av alkohol. Idag är hälso- och sjukvården i för liten utsträckning anpassad efter den missbrukande kvinnans behov. Många kvinnor ser drogproblemen som en följd av sina andra problem och söker hjälp för dem i första hand.

Den pedagogiska kompetensen behöver ökas hos dem som arbetar med beroendeproblem. Personalen behöver uppmärksammas på konsekvenserna av negativa attityder mot både kvinnor och män med missbruksproblem. Ändamålsenliga system med kriterier istället för personlighetstest behöver utvecklas för diagnostik av missbruk.

Kvinnors och mäns synpunkter på hälso- och sjukvården

Vi har haft både skriftlig kontakt med och träffat företrädare för patientförbund/föreningar och inhämtat deras synpunkter om eventuella problemområden ur ett könsperspektiv. Studier på området saknas men det finns erfarenheter om bemötandet allmänt. Problem som framfördes var att en del patienter upplever sig inte bli trodda och får vänta länge på diagnos samt att kunskaper saknas i hälso- och sjukvården om vissa sjukdomar. Sexuella störningar till följd av sjukdom uppmärksammas inte tillräckligt. Några föreningar pekade särskilt på kvinnors utsatta situation och att en del patientgrupper har lägre status i hälso- och sjukvården.

Våra litteratursökningar visar att mycket få av de patientenkäter som genomförts tidigare har ett könsperspektiv. Mot den bakgrunden beslutade vi att genomföra en egen enkätstudie till befolkningen.

Rikstäckande enkätstudie av bemötande, vård och behandling
Enligt den enkätundersökning vi låtit göra är det ingen skillnad mellan kvinnors och mäns synpunkter på den behandling och bemötande man fått. Skillnaderna mellan åldersgrupper och vissa andra undergrupper är större än skillnaderna mellan könen.

Kvaliteten när det gäller inflytande över behandling och information om behandlingsalternativ bedöms lägst av både kvinnor och män. Inflytandet behöver stärkas för båda könen. Resultaten tyder också på

att problem omkring hur diagnos ställs och meddelas för kvinnor och yngre män behöver ägnas uppmärksamhet såväl som smärtlindring och information om läkemedel för yngre kvinnor.

Närmare en femtedel av dem som deltog i enkätundersökningen hade blivit arga eller besvikna på vården – ungefär lika för kvinnor och män totalt sett. Främst klagade man på den medicinska vården, bemötandet och väntetider.

Närmare 90 procent ansåg att könet på vårdgivaren har ingen eller liten betydelse. På följdfrågan vilket kön man skulle föredra svarade dock kvinnor i större utsträckning att de föredrar att besöka en kvinnlig vårdgivare, i synnerhet de som besöker gynekolog. Män föredrar något mer att besöka en manlig vårdgivare. Kvinnor som besökt gynekolog är bland de mest nöjda med både bemötande och behandling.

Vi frågade även hur betydelsefulla de olika studerade kvalitetsaspekterna var. Både kvinnor och män anser samma saker vara mest betydelsefulla, nämligen att få rätt diagnos, att bli bemött med respekt och bli tagen på allvar, att få bästa möjliga medicinska behandling, att få ärliga och uppriktiga svar samt att mottagningen har nödvändig utrustning. En slutsats är att det behövs mer forskning och utveckling avseende patientperspektivet på vård och bemötande i hälso- och sjukvården med inriktning på kön.

Rapporterade brister och problem i vården

För att belysa problem och brister i bemötande och behandling har utredningen sammanställt uppgifter om ärenden som aktualiserats hos Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Patientförsäkringen, RiskDataBasen och Förtroendenämnden i Stockholms län. I samtliga fyra delmaterial står kvinnor för cirka 60 procent och män för 40 procent av anmälningarna. Kvinnornas andel är ytterligare några procentenheter högre bland ärenden som lett till olika påföljder, dvs. ersättning från Patientförsäkringen eller disciplinpåföljd från HSAN. Patientförsäkringens och RiskDataBasens material visar emellertid att en något högre andel av skador som drabbat män lett till allvarliga konsekvenser, såsom svår bestående invaliditet eller dödsfall.

Var sjunde anmälan till HSAN och till Förtroendenämnden handlar om rena bemötandeproblem. Därutöver avser nio procent av Förtroendenämndens material klagomål på information. I många ärenden före-

kommer klagomål om både dåligt bemötande och bristfällig vård och behandling. Kvinnor dominerar bland bemötandeärenden hos Förtroendenämnden, medan överrepresentationen är svagare i HSAN:s material. Inom kategorin omvårdnadsärenden avser emellertid majoriteten av klagomålen vården av manliga patienter.

I HSAN:s och Förtroendenämndens material riktas mest missnöje mot allmänmedicinsk och psykiatrisk verksamhet. I RiskDataBasens material utgör sjukvård i särskilda boendeformer, inklusive sjukhem över hälften av alla ärenden. Av dessa berör en hög andel, 66 procent, kvinnor. I Patientförsäkringens material står tre stora specialiteter för merparten av de ersatta skadorna inom akutsjukvården; allmänkirurgi, ortopedi och hos kvinnor gynekologi och obstetrik. Inom de olika specialiteterna finns få avvikelser från det generella mönstret 60 procent kvinnor, 40 procent män. I förhållande till slutenvårdsutnyttjandet genererar de kirurgiska specialiteterna, främst ortopedin, en hög andel av skadorna hos både kvinnor och män.

Faktorer bakom skillnader i bemötande och behandling

Betydelsen av patient- och vårdgivarkarakteristika
Utredningens enkätmaterial om hur kvinnor och män upplever besök vid mottagningar i hälso- och sjukvården har även analyserats utifrån andra variabler än kön. Hälsa och ålder spelar större roll för hur man bedömer bemötande och behandling. Ju bättre man bedömer sin hälsa desto nöjdare är man oavsett kön. Yngre män och kvinnor är mer negativa till bemötandet och behandlingen än äldre.

Kulturella och sociala aspekter på interaktion i vården
Vår kartläggning visar att litteraturen som behandlar hälso- och sjukvården ur ett genusperspektiv och från en kulturell och social aspekt är mycket begränsad. Det gäller särskilt för studier inom Norden, där ett stort forskningsbehov finns.

Sjukdom kan betraktas som skapad i ett kulturellt sammanhang, som måste förstås för att kunna ge en utgångspunkt för läkande. Medicinskt antropologiska studier visar att vägen till bättring påbörjas genom att människor hjälps åt att söka lösningar på konflikter i det dagliga livets komplexitet. Mötet mellan patient och läkare är en komponent i den läkande processen. Det kan dock bara vara en liten del i en patients livssituation eller fortsatta sjukdom.

När personer söker sjukvården utan att man där kan upptäcka någon strukturell förändring uppstår problem. Biomedicinsk kunskap inriktas oftast mot kroppens förändringar i termer av patologi. Flera sjukdomstillstånd uppvisar emellertid lidande utan patologi. Under historiens gång har sådana tillstånd inte sällan tillskrivits kvinnor snarare än män, tillstånd såsom hysteri och neurasteni, och under nutiden kroniskt trötthetssyndrom, elallergi, fibromyalgi m.fl.

Kommunikation, kön och makt i patient-läkarkonsultationer
Vår litteraturöversikt ger belägg för att kommunikationen inom vården påverkas av såväl könet på patienten som på vårdaren. Manliga läkare har till exempel en annorlunda kommunikativ strategi än kvinnliga. Den kommunikativa strategin är central, eftersom den bland annat bestämmer patientens utrymme för medverkan, hur patientens problem skall förstås etc. Kvinnliga läkare är mer inriktade på att försäkra sig om patientens aktiva medverkan i samtal och strävar också efter en bredare förståelse av patientens problem. Kvinnliga patienter visar en tendens att föredra kvinnliga läkare speciellt när det är fråga om könsspecifika hälsoproblem. Litteraturen ger dock ingen entydig bild av kvinnors och mäns förväntningar på manliga respektive kvinnliga läkare.

Det biomedicinska språket, exempelvis vid gynekologisk rådgivning och preventivmedelsförskrivning, kan leda till att samtalen hamnar långt ifrån kvinnors erfarenheter och att besluten därför i realiteten styrs av andra än kvinnorna själva. Litteraturen om vårdkommunikation utgår till stor del från amerikanska studier. Den svenska forskningen på området är ringa och avser främst kommunikation mellan patient och läkare. Detta kan i sig ses som uttryck för en klar hierarki som inte är könsmässigt neutral.

Faktorer som påverkar kliniskt beslutsfattande - exemplet läkemedelsförskrivning
I den beslutsprocess som föregår val av behandling påverkas läkaren av sin egen erfarenhet och kunskapsnivå, av sina attityder, värderingar och uppfattningar samt av situationella faktorer. Klinisk bedömningsanalys kan användas för att få närmare upplysningar om läkarens användning av information inför ett beslut. En sådan studie påvisar skillnader i manliga respektive kvinnliga läkares bedömning av patienterna och deras läkemedelsbehandling.

Kvinnor och män får i viss utsträckning olika läkemedelsförskrivning, vilket kan få oönskade konsekvenser. Manliga och kvinnliga läkare

fattar olika beslut i jämförbara situationer. Interaktionen i vården behöver ägnas ökad uppmärksamhet så att förståelsen härför fördjupas. Den medicinska grundutbildningen är en viktig del av de mekanismer som formar läkarnas förhållningssätt avseende könets betydelse för behandling och bemötande av patienterna. Det är därför väsentligt att utbildningen behandlar kunskaper om attityder, värderingar och uppfattningar avseende betydelsen av kön i läkar-patientkontakten och vid behandlingen.

Köns- och maktrelationer i vårdorganisationen
Det kan sägas försiggå en sorts maktkamp mellan personalgrupper med olika position i hälso- och sjukvårdens organisation. Samtidigt förekommer centrering mot den egna gruppen, som utvecklar olika kulturer inom sig, i vilken man söker bekräftelse för sina kompetenser. Båda processerna pågår samtidigt och ju mer bekräftelse som måste hämtas i den egna gruppen desto starkare blir gränskonflikten.

Personalens könssammansättning och makthierarkin i hälso- och sjukvården kan bygga murar mellan arbetskamrater på olika positioner och av olika kön. Konsekvensen för en sjukvårdsorganisation kan bl.a. bli att energi tas från verksamheten. Mindre hierarki kan kanalisera energi från konflikter mellan personalgrupper till ökad kapacitet hos personalen att bemöta varandra och patienterna.

Konsekvenser av förändringar i sjukvårdens makrostruktur

De hittills redovisade analyserna har handlat om hur olika faktorer påverkar interaktionen i vården på individnivå. Det finns också anledning att fråga sig hur sjukvårdens makrostruktur påverkar bemötandet och vad senare års förändringar av makrostrukturen betytt för vården av kvinnor och män.

Generellt gäller att frågan om hur män och kvinnor bemöts inom vården inte har diskuterats i samband med genomförandet av dessa förändringar. Det gör att det heller inte finns någon uppföljning av hur män respektive kvinnor påverkats av vårdreformerna. Det finns dock anledning att tro att kvinnor och män har påverkats på olika sätt, både i negativ och positiv riktning.

Det är viktigt att i framtida reformarbete redan från början tydligt definiera målsättningar och analysera möjliga konsekvenser för olika

gruppers hälsa och vård. Uppföljning och utvärdering av förändringar i vårdens struktur och organisation bör inbegripa könsspecifika analyser av effekter av genomförda reformer.

Överväganden och förslag

Hälso- och sjukvårdens förmåga att anpassa bemötande och behandling efter kvinnors och män specifika behov och förutsättningar har brister i många avseenden. Detta hänger delvis samman med att de könsspecifika behoven är otillräckligt studerade och dokumenterade. Därutöver saknas könsuppdelade kunskaper om effekter av olika vårdåtgärder.

Avsaknaden av könsspecifik kunskap, bemötande och behandling påverkar hälso- och sjukvårdens möjligheter att prestera goda resultat. Det är inte tillfredsställande att kvinnor blir behandlade efter en manlig norm. Vår kartläggning visar dock att det även finns exempel på att männen erbjuds behandling som utformats enligt kvinnlig norm. Våra förslag till åtgärder vilar på synsättet att hälso- och sjukvården skulle förbättras ur patientsynpunkt om de könsspecifika kunskaperna om behov, efterfrågan och vårdåtgärder ökar och om dessa kunskaper integreras i vårdarbetet. Sjukvården skulle sammantaget bli effektivare.

Mot denna bakgrund presenterar utredningen ett antal åtgärdsförslag, som berör patientens ställning, forskning, utbildning, tillsyn, uppföljning och utvärdering samt sjukvårdshuvudmännens ansvarsområden.

Patientens ställning

Ett centralt problem för bemötande och behandling i vården är den underordnade ställning i vilken patienten lätt hamnar i mötet med vårdens representanter. Denna underordning beror dels på ett kunskapsmässigt underläge, dels på att vårdaren besitter unik makt med avseende på beslut om patientens framtida vård. Dessa beslut har ofta återverkningar för patientens hela livssituation, patientens självkänsla och självbestämmande, möjligheter till fortsatt yrkesarbete, rätt till sociala förmåner etc. För kvinnliga patienter påverkar också, i olika utsträckning, de maktförhållanden som råder mellan könen i samhället interaktionen med vårdgivaren.

Den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen är inte uppbyggd på ett sådant sätt att den tar patientens rättsställning till utgångspunkt. Patientens rättigheter framgår istället av de skyldigheter som åvilar hälso- och sjukvården och dess personal. Medan rättigheterna i och för sig finns definierade på olika håll i lagstiftningen, kan det vara svårt för patienterna att få en samlad bild av vad som gäller. Ett sätt att lösa problemet kan vara att skapa en särskild lag om patientens rättigheter. Vi har i vårt arbete övervägt att föreslå förändringar i lagstiftningen, främst komplettering av Hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) inledande paragrafer med fokus på genusperspektiv. Vi avstår dock från att lämna ett sådant förslag. Vår bedömning är att det som i dagens läge främst behövs är ytterligare forskning och utbildning om hur hälso- och sjukvården skall bemöta kvinnor respektive män.

Det är vidare tveksamt om lagstiftning är det mest effektiva instrumentet för att åstadkomma en reell förstärkning av kvinnliga respektive manliga patienters ställning. Utredningen har ej heller underlag för att lämna ett lagförslag som endast beaktar könsskillnader i livsvillkor och vårdbehov, eftersom vi inte med säkerhet kan säga om några andra skillnader (ålder, etnisk bakgrund etc.) också skall beaktas särskilt i Hälso- och sjukvårdslagen för att målet om vård på lika villkor för befolkningen skall uppnås. I framtiden kan dock behov av lagstiftning aktualiseras.

Det är emellertid redan idag angeläget att patienter och deras representanter uppmärksammas på sina rättigheter och att man genom spridning av effektiv patientinformation skapar konkreta förutsättningar för patienter att delta i det medicinska beslutsfattandet. Vi föreslår därför att Socialstyrelsen i samarbete med sjukvårdshuvudmännen skall utveckla och sprida information till patienter och deras representanter om patientens grundläggande rättigheter. Denna information skall kontinuerligt kompletteras med tillgänglig information om de alternativ som står till till buds vid diagnostik, behandling och rehabilitering av sjukdomar. Informationen skall i så hög grad som möjligt innehålla könsspecifika uppgifter.

Forskning

Allmänna förslag avseende forskning inom medicin, omvårdnad och hälso- och sjukvårdsforskning

En viktig fråga idag handlar om samhällsrelevansen av medicinsk forskning. Ett centralt kriterium för samhällsrelevans enligt vår mening är att forskningen genererar kunskap för att förbättra hälsan hos

samtliga samhällsmedborgare, med hänsyn tagen till skillnader mellan olika gruppers behov och förutsättningar.

Det är först under senare år som man kommit till insikt om att nyttan, riskerna och kostnads-effektiviteten av olika medicinska insatser kan skilja mellan könen. Mycket av den medicinska forskningen har dock av tradition bedrivits på manliga yngre eller medelålders populationer. Även när kvinnor inkluderats i studier, har resultaten ofta redovisats gemensamt för både män och kvinnor, vilket gjort att eventuella könsskillnader inte kunnat upptäckas. Trots dylika brister i forskningen, har tillämpningen av olika medicinska metoder i praktisk sjukvård som regel avsett både äldre kvinnor och kvinnor i fertil ålder.

Vi anser att en situation där forskningens resultat ensidigt gagnar kunskapsframväxt avseende vissa grupper i samhället på bekostnad av andra är problematisk både ur rättvisesynpunkt och ur etiksynpunkt. Jämlikhet och jämställdhet inom kunskapsframväxten förutsätter att de studiepopulationer som ingår i forskningsprojekt är representativa i relation till befolkningen i stort eller till den patientgrupp som är föremål för studie.

I praktiken innebär detta att kvinnor bör inkluderas i medicinska studier i större omfattning än tidigare. Vi lägger fram förslag som går ut på att alla projekt som söker medel för forskning inom medicin, omvårdnad eller hälso- och sjukvårdsforskning hos Medicinska forskningsrådet (MFR), Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) eller Forskningsrådsnämnden (FRN) skall i sin ansökan redovisa studiepopulationens könsfördelning i relation till fördelningen i befolkningen eller i den aktuella patientgruppen och att de etiska kommittéerna för forskning skall i sina bedömningar av ansökningar även granska att forskaren vid val av studiepopulation följt ovan beskrivna principer. Vi föreslår också att forskningsråden skall sammanställa och årligen redovisa statistik om könsfördelningen i projektens studiepopulationer.

Enligt vårt förslag skall de berörda forskningsråden också pröva om det finns ett behov att utarbeta riktlinjer för inklusion av kvinnor i den forskning som finansieras av råden. I detta arbete skall råden särskilt pröva om det regelverk som numera gäller för klinisk forskning finansierad av National Institutes of Health (NIH) i USA helt eller delvis kan tillämpas på svenska förhållanden.

När det gäller tillstånd att påbörja klinisk prövning av läkemedel, föreslås att Läkemedelsverket bör ställa samma krav på inklusion av kvinnor som föreslås för forskningsråden. Även i den del av forskning

som finansieras av olika stiftelser och genom sjukvårdshuvudmännens FoU-medel anser vi att finansiärerna bör ställa motsvarande krav på inklusion av kvinnor som ovan.

Stöd till könsteoretisk forskning (genusforskning)
Inom medicinsk forskning, omvårdnadsforskning och hälso- och sjukvårdsforskning råder det även brist på studier som tar sin utgångspunkt i ett genusperspektiv.

FRN:s Kommitté för Kvinno- och Jämställdhetsforskning har bland sina projekt finansierat några studier av kvinnors hälsa och livsvillkor ur ett könsperspektiv. Generellt sett bör dock stödet till genusforskning öka för att t.ex. möjliggöra studier av interaktion patient-vårdare ur detta perspektiv. Vi förutsätter att denna omprioritering kan göras inom respektive forskningsråds budgetram.

Därutöver finns det fortfarande ett behov av särskilt stöd för genusforskning med tonvikt på teori- och metodutveckling. Det kan vara lämpligt att FRN även i fortsättningen har ansvaret för dessa medel.

Prioritering av forskning inom några viktiga områden
Under arbetets gång har utredningen identifierat ett antal principiellt viktiga områden, där nya kunskaper behövs för att skapa förutsättningar för bättre bemötande och omhändertagande av kvinnliga och manliga patienter. Ett viktigt område, som föreslås få hög prioritet vid tilldelning av forskningsmedel är hälso- och sjukvårdsforskning med inriktning på interaktion mellan patient och vårdare. Det är angeläget att forskare som utbildats för kvalitativa studier med hjälp av deltagande och observation ges möjlighet att lägga upp och genomföra studier av interaktion och bemötande ur ett könsperspektiv.

Vi föreslår också prioriteringar inom klinisk forskning som syftar till att fylla specifika kunskapsluckor avseende omhändertagandet av kvinnliga eller manliga patienter, såsom analyser av träffsäkerheten i kardiologisk diagnostik av bröstsmärtor hos kvinnor och studier av hur männens behov av psykosocialt stöd vid cancersjukdomar kan tillgodoses.

Patienter med symptom som inte motsvaras av etablerade biomedicinska koncept och diagnoser har ofta högt vårdutnyttjande, samtidigt som de kan känna sig missförstådda och illa bemötta av sjukvården. Majoriteten av dessa patienter är kvinnor. Vi anser att det är angeläget att stödja studier som dels belyser problematiken bakom

dessa kvinnors för vården oklara symptom, dels kan bidra till att förbättra omhändertagandet av dem.

En stor kvinnodominerad patientgrupp, som uppmärksammats först under senare år, är patienter med fibromyalgi. Detta kroniska smärttillstånd innebär mycket lidande för den enskilde patienten och stora ekonomiska kostnader för samhället. För att kunna förbättra omhändertagandet av dessa patienter är det angeläget att stödja forskning av de patogenetiska mekanismerna bakom fibromyalgi. Det finns också ett stort behov av studier av effekter av olika behandlingar, med fler patienter och längre behandlingstider än hittills.

Omvårdnadsforskningen har länge i viss utsträckning fokuserat på interaktionen mellan patient och vårdare. Såväl teorier och modeller som konkreta studier inom området har dock vanligen saknat könsperspektiv. Vi anser att det är angeläget att teori- och metodutveckling inom bemötandeforskning får tillräckligt stöd. Metodutveckling och studier som kan bidra till att skapa könsspecifika kunskaper inom dessa områden bör prioriteras när medel för omvårdnadsforskning tilldelas av forskningsråden, olika stiftelser m.m.

Utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal

I samband med Högskoleverkets utvärdering av innehållet och kvaliteten i landets sjuksköterskeutbildningar har det framgått att könsperspektivet så gott som totalt saknas i kursplanerna. När det gäller läkarutbildningen pågår för närvarande en motsvarande inventering av utbildningarna. Vi föreslår att Högskoleverket i sin utvärdering av läkarutbildningar skall granska i vad mån könsperspektivet tas upp i olika faser av utbildningen.

Vi anser att särskilda insatser behövs för att utveckla innehållet i utbildningen av olika grupper av hälso- och sjukvårdspersonal så att den könsspecifika kunskap som genereras inom klinisk forskning, hälso- och sjukvårdsforskning, omvårdnadsforskning m.m. får ett snabbt genomslag i kursplanerna. Universiteten och högskolorna bör ta upp förekomsten av könsperspektivet som ett kvalitetskriterium vid den rutinmässiga utvärderingen av kursinnehållet.

Vi anser också att grundutbildningen av olika grupper av hälso- och sjukvårdspersonal bör utvecklas med fokus på patient-vårdarerelation. Det är viktigt att möjligheter ges att diskutera, analysera och träna

interaktion i praktiken och att en del av undervisningen inriktas på betydelsen av genus /maktsystemet.

Nationell tillsyn, verksamhetsuppföljning och utvärdering

Uppföljningen av sjukvårdens kvalitet och effektivitet har, till skillnad från den epidemiologiska bevakningen, ofta saknat könsperspektiv. Det är angeläget att Socialstyrelsen påpekar vikten av att även i verksamhetsuppföljningen och kvalitetssäkringen så långt som möjligt arbeta med könsspecifika strategier.

Vi anser också att Läkemedelsverket i underlaget för godkännande av läkemedel skall kräva könsspecifik dokumentation av läkemedlens säkerhet och effektivitet och att verket i sin regelbundna biverkningsrapportering även skall redovisa könsspecifika uppgifter om risker med medicinering.

För att ge en samlad bild av värdet av olika medicinska metoder i vården arbetar Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik, SBU, med synteser av det vetenskapliga underlaget avseende metoder för prevention, diagnostik, behandling och rehabilitering. MFR, Spri, Socialstyrelsen och Läkemedelsverket producerar andra typer av kunskapssammanställningar, rekommendationer, konsensusuttalanden, riktlinjer och vårdprogram m.m. Vi anser att dessa kunskapssammanställningar så långt som möjligt skall klargöra huruvida det är möjligt och framgångsrikt att tillämpa könsspecifika strategier i prevention, utredning, behandling och rehabilitering av sjukdomar.

Det är viktigt att både forskare och vårdansvariga har tillgång till uppdaterad och könsspecifik information om kvinnors och mäns hälsa och vård. Idag innebär det svårigheter att söka könsspecifik information i de elektroniska databaserna. Vi anser att vid spridning av elektronisk information om vetenskapliga studier, State of the Art, riktlinjer, rekommendationer osv. till forskare, vårdpersonal och patienter skall de svenska databasproducenterna utveckla strategier som underlättar sökning och framtagning av könsspecifika uppgifter. Dessutom skall i såväl nationellt som internationellt utvecklingsarbete avseende hälso- och sjukvårdsinformatik behov av könsspecifik information på olika nivåer inom hälso- och sjukvården beaktas.

Hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvarsområden

Vårt motiv till förslagen som berör hälso- och sjukvårdshuvudmännen är att de kunskaper som redan finns om skillnader och likheter mellan kvinnliga och manliga patienter i hälso- och sjukvården i olika avseenden behöver uppmärksammas, fördjupas och spridas bland sjukvårdspersonal. Därmed kan de integreras i praktisk vårdverksamhet och komma patienter av båda könen tillgodo. Ett ytterligare motiv bakom förslagen är att kunskaper ur ett könsperspektiv i vissa fall är bristfälliga eller saknas helt.

Vi föreslår att övergripande policys och målformuleringar bör innehålla uttalanden om vikten av att uppmärksamma jämställdhet mellan könen samt att vid behov en konkret handlingsplan utformas med strategier för att förbättra jämställdheten mellan patientgrupper. Vi föreslår att information till befolkningen om grundläggande rättigheter även tar upp kvinnors och mäns lika rätt till god vård och behandling samt till ett gott bemötande.

Fortbildning och information till personalen är ett sätt att sprida kunskaper som befrämjar jämställdhet mellan könen. Vi föreslår att kunskaper om könsperspektivet kontinuerligt uppdateras och integreras med andra kunskaper. Vi föreslår även att ansvariga för kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården integrerar könsaspekten i kvalitetsarbetet via utbildning och attitydpåverkan.

Ett sätt att uppmärksamma och få underlag till diskussion lokalt om kvinnors och mäns behov i olika avseenden är att studera könsuppdelade data från sjukvårdsverksamheten. Vi anser att data från den löpande verksamhets- och kvalitetsuppföljningen på kliniknivå och från klinisk forskning skall vara möjlig att analyseras per kön. Vi föreslår också att sådana kvalitetsaspekter som kvinnor och män tycker är de allra viktigaste i en viss verksamhet följs upp ur ett könsperspektiv.

Kommunikationen i mötet mellan patient och vårdare är central i vårdsammanhang. Patienten vill bli bekräftande mött, lyssnad till, tagen på allvar och respekterad samt är i stort behov av att få information som hänger samman med sjukdomens alla skeden och möjligheten till bot. Attityden, språket och samspelet i samtalet, tillsammans med den skriftliga informationen och med hjälp av modern informationsteknik, har därför stor betydelse för att mobilisera patientens hälsoresurser. Inte minst för att patientens delaktighet och inflytande på sin egen vård är ett väsentligt inslag i modern hälso- och sjukvård. Vi föreslår att

ökad uppmärksamhet riktas på interaktionen mellan hälso- och sjukvårdspersonal och kvinnliga och manliga patienter.

Verksamhetscheferna har ett speciellt ansvar enligt Socialstyrelsens föreskrift Kvalitetssäkring i hälso- och sjukvård inklusive tandvård, (SOSFS 1993:9). Vi föreslår att detta ansvar bör omfatta även könsaspekten i bemötande, vård och behandling.

Könsperspektivet bör beaktas i utveckling och utvärdering av vård och bemötande. Vi vill uppmuntra hälso- och sjukvårdshuvudmännen till att pröva alternativa modeller för att tillgodose olika grupper av manliga och kvinnliga patienter. Vi föreslår också att pågående projekt som bygger på alternativa lösningar utvärderas så att kunskaper kommer fram om effekter av behandling och bemötande samt om ändamålsenligheten i organisation och bemanning.

1 Inledning

1.1 Direktiven

Regeringen beslutade vid sammanträde den 8 september 1994 om direktiv för Utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården (Dir. 1994:95, Bilaga 1). Enligt direktiven skulle en särskild utredare tillkallas med uppgift att

- kartlägga hur kvinnor och män bemöts när de söker vård och hjälp inom hälso- och sjukvården
- undersöka i vilken utsträckning könstillhörighet i sig påverkar hur kvinnor respektive män bemöts och behandlas inom hälso- och sjukvården
- belysa internationella erfarenheter och kunskaper inom området
- analysera vad som påverkar hälso- och sjukvårdspersonalens beteende i mötet med patienter liksom orsaker till skillnader i bemötande och vid behandling som följd av könstillhörighet hos såväl patient som personal
- analysera och redovisa vilka effekter skillnader i bemötande och vid vård och behandling kan ha ur ett folkhälsoperspektiv
- föreslå åtgärder som kan bidra till att utjämna skillnader mellan hur kvinnor och män bemöts och behandlas inom hälso- och sjukvården i den mån dessa skillnader har sin grund i könstillhörighet och inte är relevanta för aktuell sjukdomsbild och vårdbehov.

Utredaren skulle även kartlägga och redovisa kunskapsläget vad gäller i första hand sjukdomen primär fibromyalgi, men också Duchennes muskeldystrofi och mot denna bakgrund analysera forsknings- och andra resursbehov.

Den 27 januari 1995 utsåg dåvarande socialminister Ingela Thalén landstingsrådet Olivia Wigzell till särskild utredare med ovanstående uppdrag.

1.2 Varför detta uppdrag?

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är det övergripande målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Målsättningen gäller sålunda oavsett kön, ålder, socioekonomiska förhållanden, bostadsort m.m. Sjukvården i Sverige uppfattas allmänt hålla god standard och i internationella jämförelser utmärker den sig när det gäller jämlikhet och tillgänglighet. Stora delar av befolkningen har i olika undersökningar lämnat positiva bedömningar av hälso- och sjukvården, vilket tyder på att vården generellt sett åtnjuter ett stort förtroende hos medborgarna.

Dessa bedömningar är dock ingen garanti för att vården i alla avseenden är optimalt utformad och på bästa sätt tillgodoser olika gruppers behov av vård och stöd. Flera problem avseende kvalitet, tillgänglighet och jämlikhet har aktualiserats på senare tid. En del av debatten har handlat om hur olika reformer och förändringar i hälso- och sjukvårdens styrning, finansiering och organisation påverkat vårdens kvalitet och tillgänglighet.

Många frågor med tydligt könsperspektiv har aktualiserats; exempelvis frågan om kvinnors möjlighet att välja gynekolog, om vårdgarantin omfattar åtgärder vid kvinnliga åkommor i lika hög grad som vid hälsoproblem som är vanliga hos män, och om vården för äldre långtidssjuka, av vilka en stor majoritet är kvinnor, har påverkats negativt av ÄDEL-reformen. Olika frågor i prioriteringsdebatten inbegriper problem med tydliga könsaspekter; exempelvis frågan om alla kvinnor över 40 års ålder bör kallas till mammografisk hälsokontroll, om män bör kallas till massundersökning för prostatacancer, och om man bör prioritera forskning så att den ägnar sig åt mäns och kvinnors sjukdomar i lika utsträckning.

Utredningsuppdraget kan också ses mot bakgrund av den allmänna samhällsutvecklingen och strävan efter jämställdhet i olika samhällssektorer. Det är sålunda frågan om en naturlig fortsättning på det nationella jämställdhetsarbetet, som tidigare kommit till uttryck i bl.a. Jämställdhetspropositionen Delad makt – delat ansvar (Prop. 1993/94: 147). I propositionen skrevs att särskild uppmärksamhet bör ägnas åt att öka kunskaperna om kvinnors hälsa och att detta område bör belysas bättre i den grundläggande läkarutbildningen. Man hänvisade också till studier som visar att kvinnliga patienter behandlas annorlunda

än män och att kvinnor ofta beskriver sina symptom på ett annat sätt än män, vilket kan leda till att kvinnors sjukdomar underdiagnosticeras.

När det gäller kvinnohälsofrågor har flera initiativ tagits i syfte att beskriva kvinnors ohälsa, ohälsans bestämningsfaktorer och dess samband med kvinnors allmänna livsvillkor, exempelvis inom ramen för Folkhälsoinstitutets Kvinnohälsoprojekt och liknande projekt i enskilda landsting. Likaså har man uppmärksammat behovet att bättre beskriva kvinnors hälsa i läkarutbildningen. I Kvinnovåldskommissionens betänkanden har våldet mot kvinnor uppmärksammats och bl.a. hälso- och sjukvårdens insatser för att hjälpa kvinnor som utsatts för våld lyfts fram. När det däremot gäller bemötande och omhändertagande i hälso- och sjukvården generellt, har tidigare initiativ inte tagits för att analysera hur vården fungerar i relation till kvinnors och mäns könsspecifika behov och förutsättningar.

Det kvalitetsarbete, som under senare år bedrivits i sjukvården, har i många sammanhang fokuserat på frågor om service och allmänt bemötande. Denna trend har gått hand i hand med en internationell utveckling som inneburit att man bl.a. genom lagstiftning synliggör patientens rättigheter och förstärker patientens ställning. I det lokala kvalitetssäkringsarbetet har det blivit vanligt att patienterna får möjlighet att uttrycka sina åsikter om sjukvården i enkäter. Inte sällan har det största missnöjet riktats mot brister i information till patienten. Ytterst få av enkäterna har syftat till att kartlägga könsspecifika problem i vården. De flesta patientenkäter har inte heller analyserats per kön.

Under senare år har också kraven på systematisk utvärdering av hälso- och sjukvårdens insatser skärpts. Denna utveckling har drivits fram av insikten om att det finns medicinska metoder i bruk för såväl diagnostik, behandling och rehabilitering som dels är av tveksamt värde för patienten och dels förhindrar att nya och bättre metoder får plats i systemet. Moderna utvärderingar innebär att man sammanställer de vetenskapliga kunskaperna och resultaten från hundratals medicinska studier, i syfte att dra slutsatser om värdet av olika åtgärder för patienten inom vården. I samband med att sådana kunskapssammanställningar gjorts har det ofta blivit uppenbart att den kunskap som producerats inom omvårdnad och medicinsk forskning i första hand byggt på manliga populationer, medan kvinnor studerats i mindre omfattning.

Även när kvinnor inkluderats i studier, har det varit ovanligt att redovisa studieresultat separat för kvinnor och män. Detta trots att det sedan länge är känt att kvinnor och män faktiskt skiljer sig åt när det

gäller t.ex. en del grundläggande anatomiska och fysiologiska förhållanden. Detta har lett till diskussion och kritik och man har menat att det inte är rimligt att utgå från enbart männens medicinska värden och behandlingsresultat och låta dessa utgöra normen för hur också kvinnor bör behandlas.

Ett antal uppmärksammade utländska studier har analyserat om män och kvinnor med jämförbara vårdbehov får tillgång till likvärdig vård. Enligt studier från USA i slutet av 1980-talet hade kvinnor med njursvikt sämre tillgång till dialys och njurtransplantation än män. Könsskillnader upptäcktes också i diagnostiken av lungcancer med en mer aktiv strategi riktad till män än kvinnor. Det mest uppmärksammade området där könsskillnader påvisats har dock varit omhändertagandet av patienter med misstänkt eller verifierad hjärt-kärlsjukdom. Skillnader har dokumenterats inom diagnostiken, framförallt när det gällt tillgången till koronarangiografi (röntgenundersökning av hjärtats kranskärl), och i behandlingen av hjärtsjukdom, t.ex. när det gällt bypassoperationer och ballongdilatationer av kranskärlen. Några av de nyaste studierna har visat på sämre behandlingsresultat för kvinnor än män, vilka har satts i samband med tillämpningen av en mindre aggressiv behandlingsstrategi för kvinnor.

Generalisering av resultat från ett sjukvårdssystem till ett annat kan ifrågasättas. Många forskare känner särskilt stor tvekan när det gäller relevansen av fynd från USA för det svenska systemet. Detta hänger främst ihop med skillnader i vårdens styrning och finansiering samt i individens försäkringsskydd, vilka medför större sociala orättvisor mellan olika befolkningsgrupper i USA än i Sverige. Man bör dock beakta att i nyare studier av könsskillnader har man tagit hänsyn till och standardiserat för skillnader i individernas socioekonomi. Studier från Storbritannien har också i många fall bekräftat de tidigare fynden från USA. De utländska fynden avseende könsskillnader i både klinisk praxis och vårdresultat motiverar därför analyser av liknande slag i svensk vårdmiljö.

1.3. Inriktning och avgränsning

I kommittédirektiven används termen 'bemötande' dels som en övergripande rubrik för hela uppdraget, då den syftar på patientens totala kontakt med hälso- och sjukvården. Samma term används dock också

i ett mer avgänsat syfte då den avser vårdpersonalens allmänna beteende mot patienten, information, kommunikation, interaktion, patientinflytande och olika aspekter på servicekvalitet. I följande text benämns dessa frågeställningar som *allmänna bemötandefrågor* eller för enkelhets skull som bemötandefrågor. Studier av det allmänna bemötandet ur könsperspektivet har utgjort den ena huvudlinjen inom uppdraget. Den andra huvudlinjen har bestått av frågor om eventuella könsskillnader i det medicinska och omvårdnadsmässiga omhändertagandet, som nedan ofta benämns som *vård och behandling*. Till denna kategori hör frågor om män och kvinnor får lika tillgång till vården generellt och till effektiv medicinsk teknologi för prevention, diagnostik, omvårdnad, behandling och rehabilitering av sjukdomar.

Bemötande respektive medicinskt och omvårdnadsmässigt omhändertagande har inte uppfattats som två separata frågeställningar, utan ses i utredningen som ömsesidigt beroende komponenter av patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Att ge vård innebär att ge information till patienter och deras närstående om behandlingsalternativ, symptom och tänkbara sjukdomsorsaker, att övertyga, trösta och träffa överenskommelser, att diskutera levnadsförhållanden och livsstil. En väl fungerande relation mellan patient och vårdgivare, inklusive ett gott och bekräftande bemötande är nödvändiga förutsättningar för ett lyckat omhändertagande och riktiga behandlingsbeslut. Kvaliteten i de kliniska beslut som fattas om en enskild patient kan också påverka det fortsatta förhållandet mellan patient och vårdare.

Detta beroendeförhållande innebär bland annat att analys av kliniska beslut ur ett könsperspektiv kan förväntas klargöra om det föreligger skillnader i underliggande attityder, värderingar och förväntningar avseende kvinnor och män som patienter. Utredningens tredje huvudfråga har just varit att identifiera och beskriva faktorer som kan förklara könsskillnader i bemötande, vård och behandling. Denna frågeställning, till skillnad från de två övriga, handlar främst om fenomen som kan belysas och förklaras med hjälp av teorier, modeller och metoder som skapats inom ramen för andra vetenskaper än medicin och omvårdnadsforskning.

Frågor om kvinnlig och manlig ohälsa och ohälsans bestämningsfaktorer har uppfattats ligga utanför det primära utredningsuppdraget. I detta avseende skiljer sig utredningen från många tidigare initiativ som syftat till att belysa hälsofrågor ur ett könsperspektiv. Uppgifter om ohälsa och ohälsans samband med kvinnors respektive mäns livsvillkor utgör dock nödvändigt bakgrundsmaterial för förståelsen av könsskillnader i vårdutnyttjande och vårdens resultat. Därför har en

översikt av könsskillnader i dessa avseenden inkluderats i utredningen. En annan avgränsning har gällt djupare analyser av bemötandet av äldre patienter inom hälso- och sjukvården. Eftersom en särskild utredare våren 1996 tillkallats med uppgift att kartlägga och analysera bemötandet av äldre inom vård och omsorg med beaktande av bl.a. betydelsen av patientens kön (Dir. 1995:159), har vi avstått från närmare studier kring vissa viktiga frågor, såsom analyser av konsekvenser av ÄDEL-reformen. I våra övergripande kartläggningar ingår naturligtvis uppgifter om kvinnor och män i alla åldrar. Vi har inte heller funnit anledning att behandla frågan om omhändertagande av kvinnor som utsatts för våld, eftersom den statliga Kvinnovåldskommissionen nyligen utrett dessa frågor (SOU 1995:60).

Folkhälsomässiga effekter av skillnader i bemötande, vård och behandling hör också till uppdraget. Utredningen har dock inte haft möjlighet att inom den angivna tidsramen analysera dessa konsekvenser för hela hälso- och sjukvårdsområdet. Analys av konsekvenser för folkhälsan kompliceras av att det finns många andra faktorer vid sidan om patientens kön som – ofta i kombination med könsfaktorn – påverkar bemötande, behandling och resultat av vården. Dessutom påverkas och styrs folkhälsan bara till en liten del av just hälso- och sjukvårdens insatser. I samband med genomgången av vissa utvalda vårdverksamheter, främst omhändertagandet vid stora folksjukdomar, har det emellertid varit möjligt att delvis belysa de folkhälsomässiga konsekvenserna av skillnader i bemötande och behandling.

1.4 Genomförande

Tvärvetenskaplig ansats

Till följd av de mångsidiga frågeställningarna har vi valt att tillämpa en bred och tvärvetenskaplig ansats. I det följande ges några definitioner och utgångspunkter från bl.a. antropologisk och sociologisk forskning med inriktning mot könsteoretisk forskning (genusforskning). Dessa kan vara användbara när man försöker förstå könsskillnader i bemötande, vård och behandling. Några utgångspunkter från hälso- och sjukvårdsforskning med inriktning mot klinisk epidemiologi och hälsoekonomi redovisas i början av Kapitel 2.

Sjukdomars kulturella och sociala natur. Kön och genus.
Inom medicinsk antropologi studeras kulturella aspekter på sjukdom, det vill säga samband mellan hur sjukdom upplevs, uttrycks, beskrivs, tolkas och behandlas i ett speciellt samhälleligt sammanhang. Med begreppet *kultur* menas det gemensamma medvetande och undermedvetande, som människor gör tillgängligt genom att på olika sätt kommunicera med varandra. Eftersom kultur i form av uppfattningar och värderingar till stor del ligger på ett omedvetet plan, har människor dock ofta svårt att själva formulera sig om den.

Kulturen kan uppfattas som styrande vad gäller människors tänkande, handlingar och relationer till varandra. Men människor påverkar och förändrar också sin kultur med sina handlingar och sitt agerande. Man kan till exempel förvänta sig att den svenska makrokulturen, dvs. de gemensamma ideal som de flesta på något plan är medvetna om, definierar vad det är att vara kvinna eller man och de roller som var och en förväntas ha. Men kategorierna utformas framförallt i vardagslivets praktiska situationer. Makrokulturen definierar hur kvinnor och män får bete sig mot varandra som män och hustrur, som föräldrar och barn, men på mikroplanet utformas vilket utrymme de får i förhållande till varandra, och den dagliga interaktionen ger människors kultur dess innehåll.

Kultur är därmed inte något statiskt eller enhetligt ens inom ett samhälle. Institutioner som byggs upp kring lag och ordning, utbildning och inte minst sjukvård utgör grupperingar där en *subkultur* skapas och utvecklas. Struktur, ideologi och verksamhet inom dessa institutioner utgör ramar för en kunskap och erfarenhet som samhällsmedlemmarna i allmänhet inte delar. Kulturella skillnader kan också förekomma mellan grupperingar som skiljer sig med avseende på socioekonomi, etnisk bakgrund, religion, ålder och gender.

Med *gender eller genus* menas det kulturellt skapade beteendet hos kvinnor och män, till skillnad från biologiskt betingade skillnader mellan könen. *Genderforskning eller genusforskning,* så som den lanserats på 1970- och 80-talet har främst studerat könsskillnader som sociala och kulturella fenomen. På senare tid har man dock (återigen) uppmärksammat vikten av samspelet mellan kön som biologisk enhet och genus/gender i social och kulturell mening. När man vill förstå kvinnors och mäns sjuklighet, räcker det alltså inte att betrakta detta enbart utifrån biologiska utgångspunkter. Kvinnors och mäns hälsa kan inte isoleras från familjestruktur, från barnens behov och utgångspunkter, från det sociala och kulturella sammanhanget, inte heller från gender ideologier eller kulturellt uppbyggd förståelse av sjukdom.

Insikten om att sjukdom inte enbart har biologiska utgångspunkter har gjort att forskare delat upp sjukdomsbegreppet i olika delar som motsvarar tre begrepp i det engelska språket: *illness, disease och sickness*. *Illness* står för det som människan upplever som obehag, smärta, illamående, yrsel m.m. och som uttrycks på kulturellt föreskrivna sätt till omgivningen som ett 'symptomspråk'. *Disease* står för det patologiska tillstånd (sjukliga förändringar i kroppen) som illness kan vara resultat av men som inte nödvändigtvis behöver motsvaras av obehag. Patologi som inte känns måste upptäckas med hjälp av medicinsk teknologi såsom röntgen, laboratorieprover etc. *Sickness* står för den legitimerade sjukrollen som en människa har i förhållande till samhället. Den behöver inte vara baserad på varken illness eller disease (exempelvis vid graviditet) men ger alltid en person vissa rättigheter och skyldigheter i förhållande till omgivningen. De flesta samhällen ger en sjuk människa denna typ av 'undantagstillstånd'. Som exempel kan man tänka på sjukskrivning. De personer som sitter som 'grindvakter' när det gäller att besluta om en människa är frisk eller sjuk och skall gå in i en legitimerad sjukroll är främst läkare.

När personer söker sjukvården utan att man där kan upptäcka någon strukturell förändring uppstår problem. Biomedicinsk kunskap inriktas oftast mot kroppens förändringar i termer av patologi. Flera sjukdomstillstånd uppvisar emellertid lidande utan patologi. Under historiens gång har sådana tillstånd inte sällan tillskrivits kvinnor snarare än män, tillstånd såsom hysteri och neurasteni, och under nutiden kroniskt trötthetssyndrom, elallergi, fibromyalgi m.fl.

Kommunikation i vården och kön

Hälso- och sjukvården bedrivs till stor del med språk och samtal som viktiga resurser. Att ge vård innebär bland annat att ge information till patienter och deras närstående om behandlingsalternativ, symptom och tänkbara orsaker för ett tillstånd, att övertyga, trösta och träffa överenskommelser, att diskutera levnadsförhållanden och livsstil.

En viktig aspekt av relationen mellan språk och sjuklighet är att det finns ett nära samspel mellan språkliga kategorier och människors sjukdomsupplevelser. I viss utsträckning förefaller det som om människor uppvisar de sjukdomar som samhället, inklusive den medicinska vetenskapen, tillhandahåller. Detta innebär att patienter när de t.ex. fått besked om att de lider av högt blodtryck, har en benägenhet att uppvisa de symptom som sammanhänger med tillståndet i fråga. Tillgången till en distinkt beteckning kan medföra att människor blir benägna att tolka signaler från den egna kroppen i bestämd riktning.

Problematiken om samspelet mellan språk och sjukdomsupplevelse har en klar könsmässig förankring. Idéhistorikern Karin Johannisson har visat hur samspelet mellan språklig metaforik och kvinnors hälsoproblem såg ut under andra hälften av 1800-talet och de första decennierna av detta århundrade. Ett av hennes exempel illustrerar hur beteckningen 'neurasteni' slog igenom som en beteckning för de sjukliga tillstånd av utmattning som människor, framförallt medel- och överklasskvinnor, drabbades av vid denna turbulenta tid under trycket av den skadliga överstimulans som det moderna samhället ansågs ge upphov till genom utbudet av "skådespel, komedier ... luftgymnaster, nervskakande och upphetsande musik, sinnligheten och ögat retande bilder, utställningar, starka viner och drycker, likörer, cigarrer, klubbar, spelhelveten, kärleksäfventyr." När neurastenin "var medicinskt namngiven och erkänd blev den en modell som kunde styra ett helt sjukdomsbeteende".

Problemet med vilka tillstånd som erkänns som instanser av medicinsk sjukdom är en aktuell fråga även idag. Sannolikt kan man hävda att det har funnits – och alltjämt finns – en könsmässig fördom (bias) i den meningen att kvinnliga hälsoproblem har svårare att framstå som klara och övertygande i biomedicinskt språk. Många nya hälsoproblem som oftare drabbar kvinnor än män, såsom fibromyalgi, värk och elöverkänslighet, och där den biomedicinska bakgrunden är oklar, har därför svårt att framstå som legitima hälsoproblem.

Inom forskningen om kommunikation i vården kan ett antal studier identifieras som tar sin utgångspunkt i ett tydligt genusperspektiv, dvs. att man inte inskränker sig till att betrakta kön som en biologisk variabel, utan intresserar sig för hur *föreställningar* om män och kvinnor, liksom om manliga och kvinnliga egenskaper, reproduceras i vården. Kön uppfattas i dessa studier som en grundläggande princip för social ordning och som knutet till makt och maktutövning.

Genusordning och standardkontrakt – maktsociologiska begrepp
Historiskt utmejslade maktförhållanden bildar en väsentlig del av den fundamentala ramen för i stort sett alla typer av mänskliga samspel. Två centrala maktbaser som framträder tydligt är de som förknippas med köns- och klasstillhörighet, en tredje handlar om etnisk bakgrund. *Genusordningen* kan uppfattas som den mest fundamentala av dessa. Den kan beskrivas som en grundläggande bestämning av vad som betraktas som manligt respektive kvinnligt i ett bestämt kulturellt /historiskt sammanhang.

Det råder en ganska bred enighet bland forskare om genusordningens två logiska principer: 1) tendensen att könen hålls isär eller har olika platser genom segregering, arbetsdelning etc. och 2) tendensen att det manliga är primärt och utgör normen dvs. vad män gör har högre värde än vad kvinnor gör, även då de gör samma saker. Handlingar av män respektive kvinnor uppfattas av omgivningen och av aktörerna själva på olika sätt, och detta blir begripligt endast mot bakgrund av att könen har olika platser och ett asymmetriskt maktförhållande i enlighet med principerna ovan.

Genusordningen kan studeras som en övergripande struktur eller den kan undersökas mer närgånget som den verkar i samspelen bland män och kvinnor. Då kan man istället tala i termer av ett *standardkontrakt* mellan könen. Detta betecknar inte något medvetet överenskommet mellan likvärdiga parter utan är snarare ett begrepp för den uppsättning handlingsdispositioner som osökt brukas i samspelet mellan könen därför att det faller sig naturligt eller upplevs som självklart. Standardkontraktets oskrivna regler blir därför synliga först när någon bryter mot dem, genom sanktioner som då brukar komma till uttryck.

Man kan också tala om genusordningen på olika analytiska nivåer; på samhällelig /historisk, på institutionell och på individuell nivå. Det är möjligt att använda standardkontrakt för att konkretisera genusordningen på arbetsplatsnivå, t.ex. inom vårdsorganisationen, eller som ett sätt att se det betydligt vidare historiska begreppet genusordning i samspelsrelationer här och nu.

Problemformulering

Mot bakgrund av uppdragsbeskrivningen och vetenskapliga resonemang kring könsskillnader i hälsa och vård, kan man fråga sig om utredningen arbetat utifrån en specifik hypotes, dvs. ett i förväg definierat antagande som skall prövas. I kommittédirektiven hänvisas till könsskillnader, främst negativ särbehandling av kvinnor, samtidigt som utredaren förutsätts sammanställa det vetenskapliga kunskapsläget och kartlägga de faktiska förhållandena i svensk hälso- och sjukvård.

Den utgångspunkt som kan formuleras handlar om att kvinnor både historiskt sett och även i dagens samhälle har en underordnad maktställning gentemot män. Centrala frågor för utredningen blir då huruvida detta förhållande kommer till uttryck i hälso- och sjukvården, vilka verksamheter eller områden som i så fall är särskilt problematiska,

vilka patientkategorier som drabbas, vilka mekanismer som skapar och upprätthåller missförhållanden samt hur man kan åtgärda problemen. Vi har emellertid inte avgränsat arbetet till ett kvinnocentrerat perspektiv, utan också strävat efter en kartläggning av hur hälso- och sjukvården fungerar ur såväl kvinnlig som manlig synpunkt.

Arbetssätt och betänkandets struktur

Utredningen har dels sammanställt existerande vetenskapligt kunskapsunderlag, dels sökt belysa dagens förhållanden i svensk hälso- och sjukvård utifrån statistiska och andra uppgifter från tidigare kartläggningar, tillgängliga databaser m.m. Uppdragets omfattning tillsammans med den relativt korta utredningstiden har gjort att vi avstått från egna kvalitativa studier av patientbemötande på individnivå, vilka skulle ha krävt för omfattande tid och intensiva forskningsinsatser.

I Kapitel 2 redovisas övergripande uppgifter om kvinnors och mäns hälsa/ohälsa, vårdutnyttjande och konsumtion av läkemedel. Den epidemiologiska redovisningen bygger på uppgifter som tagits fram av Epidemiologiskt Centrum, EpC, vid Socialstyrelsen bl.a. i samband med folkhälsorapporteringen. Studien av vårdutnyttjande och dess bestämningsfaktorer bygger på uppgifter från Statistiska Centralbyråns (SCB) undersökningar av levnadsförhållanden (ULF). Uppgifterna om förskrivning och användning av läkemedel bygger främst på statistik från Apoteksbolaget.

I Kapitel 3 ges en övergripande beskrivning av trender i sjukskrivning och förtidspensionering för kvinnor och män. En viktig frågeställning härvid har varit om det finns skillnader i yrkesinriktad rehabilitering för kvinnor respektive män. Redovisningen bygger på kvalitativa analyser genomförda på Institutionen för socialt arbete vid Umeå universitet samt rikstäckande statistik från Riksförsäkringsverkets projekt och databaser.

Trender i s.k. 'åtgärdbar dödlighet' presenteras i Kapitel 4. Redovisningen bygger på rikstäckande dödsorsaksstatistik för åren 1971-1994, som analyserats vid Institutionen för socialmedicin vid Uppsala universitet.

I Kapitel 5 redovisas närmare analyser av kvinnors och mäns tillgång till vården och de kliniska beslut som fattas om vård och behandling av specifika patientgrupper. Av praktiska skäl har det varit nödvändigt att

avgränsa analyserna till att omfatta enbart ett urval större och betydelsefulla verksamheter, såsom omhändertagandet vid hjärt-kärlsjukdom, diabetesvården och delar av psykiatrisk verksamhet.

Kapitel 6 syftar till att beskriva olika aspekter på bemötande, vård och behandling utifrån patienters egna uppfattningar. Ett viktigt delunderlag har varit de synpunkter som olika patient- och handikapporganisationer lämnat till utredningen, dels skriftligt, dels i samband med ett särskilt seminarium. Kvinnors och mäns synpunkter på bemötande i vården har också inhämtats i en rikstäckande enkätundersökning, som genomförts i samarbete med SCB. Medan Kapitel 6 ger en bred beskrivning av patientsynpunkter, syftar Kapitel 7 till att identifiera brister och problem i vården som drabbar kvinnliga respektive manliga patienter. Material från Patientförsäkringen, Socialstyrelsens RiskDataBas, Hälso- och Sjukvårdens Ansvarsnämnd samt Förtroendenämnden i Stockholms läns landsting har analyserats per kön.

I Kapitel 8 diskuteras fenomen och faktorer bakom könsskillnader i bemötande och behandling. Hit hör demografiska faktorer vid sidan om kön, såsom patientens ålder, socioekonomi och etnisk bakgrund, men också karakteristika hos vårdgivaren, såsom kön, ålder och utbildning. Betydelsen av sociala och kulturella faktorer, språkets inverkan och köns/maktförhållanden i vårdorganisationen diskuteras i ett antal avsnitt. Kapitel 9 behandlar betydelsen av hälso- och sjukvårdens styrning, finansiering och organisation för vården av kvinnor och män. I fokus står eventuella konsekvenser av senare års förändringar av sjukvårdens makrostruktur.

I Kapitel 10 presenteras utredningens överväganden och åtgärdsförslag. Dessa berör patientens ställning; forskning; utbildning; tillsyn, uppföljning och utvärdering; samt sjukvårdshuvudmännens ansvarsområden.

Utöver denna publikation, ger utredningen samtidigt ut två ytterligare delbetänkanden. I det ena, Jämställd vård. Möten i vården ur ett tvärvetenskapligt perspektiv (SOU 1996:134), presenteras resultat från antropologisk, sociologisk och kommunikationsforskning avseende könsskillnader i bemötande och behandling. Dessutom ges en mer fyllig presentation av de teoretiska utgångspunkterna för respektive forskning än vad som varit möjligt inom ramen för denna publikation. I det andra delbetänkandet, Fibromyalgi och Duchennes muskeldystrofi. Kunskapsläge och behov av framtida FoU (SOU 1996:135), redovisas det vetenskapliga kunskapsläget när det gäller omhändertagandet av patienter med dessa två diagnoser. Likaså presenteras bedömningar av behov av fortsatt forskning och andra resursbehov.

2 Behov, efterfrågan och utnyttjande av vård

Sammanfattning: Det är väl belagt att det existerar könsskillnader i fråga om medellivslängd och dödlighet i olika sjukdomar. Män har högre dödlighet i alla åldrar, medan kvinnors ohälsa oftare medför sjukdom och lidande. Förutom könsspecifika sjukdomar såsom prostatacancer hos män och livmodercancer hos kvinnor drabbas båda könen av i stort sett samma typer av sjukdomar. En del sjukdomar är dock vanligast hos endera könet och en del av sjukligheten drabbar ett av könen genomsnittligt tidigare i livet än det andra.

Kvinnor har ett högre vårdutnyttjande än män, framförallt när det gäller öppenvårdsutnyttjande. Bland faktorer som kan förklara detta finns kvinnors längre livslängd, behov av vård till följd av kvinnors reproduktiva funktioner samt skillnader i könsspecifik sjuklighet. I en nyligen genomförd svensk studie kan könsskillnaden i öppenvårdsutnyttjande inte förklaras av skillnader mellan män och kvinnor avseende ålder, utbildning eller självrapporterad hälsa. Könsroller och skillnader i beteenden kan vara en förklaring, skillnader i livsvillkor och könsspecifik sjuklighet andra.

Läkemedelsanvändningen i Sverige visar stora skillnader mellan könen. Orsaker till och konsekvenser av könsolikheter är ofullständigt kända. Kvinnor i alla åldersgrupper utom de allra yngsta använder läkemedel i större utsträckning än män. En faktor som i högsta grad påverkar den totala användningen är kvinnors längre livslängd. En annan förklaring är den läkemedelskonsumtion som sammanhänger med kvinnors reproduktiva funktioner. Ytterligare en möjlig förklaring är kvinnors könsspecifika sjuklighet och högre vårdutnyttjande. Det saknas emellertid könsspecifik information om vad som utgör optimal läkemedelsbehandling vid olika tillstånd. I USA är det numera ett krav att vid kliniska läkemedelsprövningar inkludera både kvinnor och män och att analysera materialet könsspecifikt. Vi anser att motsvarande policy bör skapas även i Sverige. Därutöver bör en systematisk genomgång av de svenska biverkningserfarenheterna ske för att ge en bättre kunskap om läkemedlens säkerhet och underlag för bedömning av om män och kvinnor bör få olika stora doser av vissa läkemedel.

Ett sätt att definiera vård på lika villkor går ut på att det är behovet av vård som skall ligga till grund för hur vården utnyttjas. *Vårdbehov* kan definieras på olika sätt, men oftast menas att en individs eller grupps hälsotillstånd bedöms vara på en nivå som behöver förbättras. Denna bedömning kan bygga på användningen av objektiva mått (exempelvis genom mätning av blodtryck för att bestämma behov av blodtrycks-sänkande medicinering) eller subjektiva mått (exempelvis när en individ söker sig till vården med symptom som huvudvärk).

Det är emellertid inte enbart vårdbehovet som styr vårdutnyttjandet, utan även en rad andra *efterfrågefaktorer* såsom ekonomi, utbildning, kunskaper och attityder kan påverka vårdutnyttjandet både på individ-, grupp- och befolkningsnivån. Dessutom påverkas vårdutnyttjandet av hur lätt- eller svårtillgänglig vården är för patienterna samt av *utbudet* av sjukvårdstjänster. Vårdutbudet å sin sida är beroende av hur stora *resurser* som avsätts för hälso- och sjukvården och hur de fördelas.

Skillnader i vårdefterfrågan mellan olika grupper, t.ex. mellan kvinnor och män, kan uppstå genom att dessa har olika förväntningar avseende i vad mån man kan bli hjälpt av sjukvårdens insatser. Sådana förväntningar kan ha att göra med individernas egenskaper, såsom tidigare kunskaper och erfarenheter, men kan också styras av vård-givarna. Detta hänger ihop med att patienten inom hälso- och sjuk-vården har svårt att själv bedöma värdet av en viss vårdåtgärd. I det komplicerade förhållandet mellan patient och läkare representerar läkaren å ena sidan vårdproducentens (landstingets, klinikens, privat-mottagningens) intressen, å andra sidan skall hon/han värna om patientens bästa. I interaktionen mellan patient och vårdare påverkas efterfrågan på många vårdåtgärder, genom beslut om fortsatta besök, undersökningar och behandlingar. Därmed är denna efterfrågan också känslig för vårdgivarnas uppfattning om vad som är kvinnligt respektive manligt.

Inom sjukvårdssystem där den enskilde läkarens, klinikens eller sjuk-vårdshuvudmannens inkomster är direkt relaterade till antal produce-rade undersökningar och behandlingar (prestationer), har det funnits anledning att granska att vårdgivarna inte uppmuntrar efterfrågan på icke-motiverade behandlingar i vinstsyfte. I Sverige har man däremot en starkare tradition att fokusera på de problem och hinder som patienterna kan stå inför när de behöver få sina vårdbehov tillgodo-sedda. Enbart det faktum att ohälsa föreligger, betyder dock inte automatiskt att vårdproducenten skall leverera vård eller att vårdkonsu-menten – patienten – skall utnyttja vården. För att utnyttjandet av vård

skall kunna betraktas som meningsfullt bör det finnas dokumentation om att de aktuella vårdinsatserna faktiskt leder till goda *resultat*, dvs. positiva hälsoeffekter hos den aktuella patientgruppen. Dessutom bör verksamhetens kostnads-effektivitet, dvs. relationen mellan insatta resurser och vårdresultat i form av hälsoeffekter vara på en rimlig nivå.

Denna utvärderingsansats (som har implikationer för prioriteringar i vården) komplicerar bedömningar av hur sjukvården fungerar ur ett könsperspektiv. Det är först under senare år som man kommit till insikt om att både nyttan, riskerna och kostnads-effektiviteten av olika medicinska insatser kan skilja mellan könen. Detta gäller inte minst inom läkemedelsområdet, där bakgrunden till sådana skillnader kan utgöras av både metabola, hormonella och andra faktorer, såsom kvinnors lägre kroppsvikt. Även om graden av ohälsa vore identisk mellan könen – t.ex. när det gäller hjärtsvikt eller förhöjt blodtryck – innebär detta inte att kvinnor och män nödvändigtvis skall ges lika behandling, t.ex. samma medicinering och i lika doser. För att kunna anpassa vården så att den tillgodoser både mäns och kvinnors särskilda vårdbehov, behövs könsspecifika uppgifter om vårdåtgärdernas medicinska effektivitet och säkerhet.

2.1 Kvinnors och mäns ohälsa: skillnader och likheter

Skillnader i ohälsomönster mellan kvinnor och män kan ha direkta konsekvenser för behov av vård och hur vården utnyttjas. I detta avsnitt beskrivs skillnader och likheter i hälsa, sjuklighet och dödlighet mellan kvinnor och män.

Medellivslängd

Varje år föds cirka 5 procent fler pojkar än flickor i Sverige. Eftersom dödligheten bland pojkar är högre ända från fosterlivet reduceras dock med tiden överrepresentationen av män i befolkningen och i åldrarna över 57 år har vi numera (1994) ett kvinnoöverskott som blir allt större i högre åldrar.

Skillnaden i livslängd mellan könen, som år 1995 var 5,3 år, har minskat sedan mitten av 1980-talet genom att männens dödstal gått ner snabbare än kvinnornas (Tabell 1). Enligt SCB:s prognos kommer könsskillnaden i livslängd att minska ytterligare till 4,3 år ett par decennier in på nästa sekel.

Tabell 1. Återstående medellivslängd vid födelsen samt vid 50 och 80 års ålder 1983-1994.

	0 år		*50 år*		*80 år*	
År	*Män*	*Kvinnor*	*Män*	*Kvinnor*	*Män*	*Kvinnor*
1983	73.6	79.6	26.5	31.6	6.3	8.0
1985	73.8	79.7	26.6	31.6	6.3	8.0
1987	74.2	80.2	27.0	32.0	6.5	8.3
1989	74.8	80.6	27.6	32.4	6.7	8.4
1991	74.9	80.5	27.6	32.3	6.6	8.4
1993	75.5	80.8	27.9	32.4	6.6	8.4
1994	76.1	81.4	28.4	32.9	7.0	8.7
1995	76.2	81.5	28.4	32.9	6.9	8.7

Dödligheten bland män är i stort sett dubbelt så hög från ungdomsåren och upp i övre medelåldern. Männens överdödlighet beror till stor del på att de avlider tidigare i hjärt- och kärlsjukdomar, som är den vanligaste gruppen av dödsorsaker.

Hjärt-kärlsjukdom

Av Figur 1 framgår hjärt-kärldödligheten bland kvinnor och män i olika åldrar år 1994.

Av Statistiska centralbyråns undersökningar av levnadsförhållanden, ULF, framgår att det bara är i åldersgruppen 45-54 år som fler män än kvinnor bland de intervjuade säger sig ha någon långvarig sjukdom i cirkulationsorganen – i alla andra åldersgrupper är det vanligare hos

kvinnor. Hos kvinnor rör det sig då emellertid oftare om högt blodtryck, framförallt efter 65-årsåldern, medan män något oftare än kvinnor rapporterar en hjärtsjukdom.



Figur 1. Döda i hjärt-kärlsjukdom 1994. Män och kvinnor.
Källa: Dödsorsaker 1994. Socialstyrelsen

Skador

Dödligheten till följd av skador av våld och förgiftning är också högre bland män i så gott som alla åldrar. Män drabbas oftare av olycks-händelser i trafiken och t.ex. i samband med alkoholförtäring eller sportaktiviteter. Fler män än kvinnor begår självmord. När det gäller förekomst (enligt ULF) av besvär efter skada är skillnaden mellan män och kvinnor inte så stor: upp till 75-årsåldern säger sig någon procent mer av männen ha långvariga sådana besvär, medan det ännu senare i livet är något vanligare bland kvinnor.

Skador av våld och misshandel är en typ av problem som är svår att redovisa med tillförlitlig statistik. Enligt ULF-undersökningen utsätts framförallt män för sådana skador, i synnerhet unga män. Var tionde man i 16-24-års ålder angav 1992-93 att de under en ettårsperiod utsatts för våld som ledde till synliga märken eller kroppsskada.

En speciellt utsatt grupp är dock i detta sammanhang ensamboende småbarnsföräldrar. Var fjärde småbarnsförälder utsattes under en ettårsperiod för våld eller hot. För 10 procent av småbarnsföräldrarna var det så allvarligt att det medförde kroppsskada eller synliga märken.

Var tionde ensamstående småbarnsförälder drabbades av upprepat våld under ett år. Gruppen består till ungefär 90 procent av kvinnor. Merparten av våldshändelserna som riktades mot ensamstående kvinnliga föräldrar ägde rum i någon bostadslägenhet. Nästan hälften avstod från polisanmälan för att de inte ville, inte vågade eller ansåg det meningslöst att anmäla våldshandlingar.

Våldet mot kvinnor leder också till dödsfall. Under perioden 1987-1994 dödades i Sverige i genomsnitt varje år 39 kvinnor av mord, dråp eller annan skada som uppsåtligt tillfogats av någon annan.

Cancer

Cancersjukdomar orsakar omkring en femtedel av den samlade dödligheten. En stor del av cancerfallen inträffar i höga åldrar. I synnerhet gäller det för män. Den cancerform som är vanligast bland män, prostatacancer, och som utgör 26 procent av all cancer bland män, inträffar huvudsakligen efter 70 års ålder. Bröstcancer som är den vanligaste cancerformen bland kvinnor utgör likaså 26 procent av all cancer bland kvinnor. Den är visserligen relativt ovanlig före 50-årsåldern, men blir snabbt vanligare med stigande ålder.

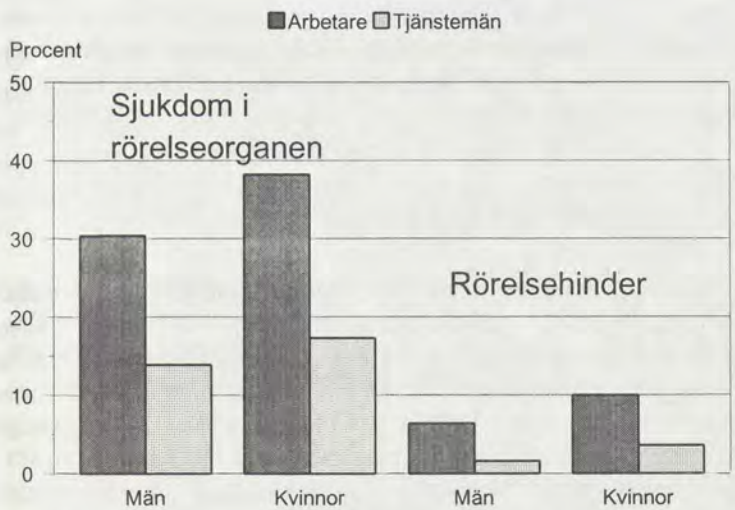
Dödligheten i cancer är totalt sett något högre bland män än bland kvinnor. Det är dock framförallt i åldrarna över 60 år som männens cancerdödlighet är högre. Lungcancer, som är en av de vanligaste cancerformerna bland både män och kvinnor och en av dem som har sämst prognos, är ungefär dubbelt så vanlig bland män som bland kvinnor. Denna cancerform har numera börjat minska bland män men ökar kraftigt bland kvinnor – med i genomsnitt 3,7 procent per år. Utvecklingen förklaras främst av förändrade rökvanor.

Sjukdomar som påverkar funktionsförmågan

En stor del av ohälsan präglar många människors dagliga liv utan att nödvändigtvis behöva ha dödlig utgång. Av ULF-undersökningen framgår bland annat hur vanligt det är att män och kvinnor har någon långvarig sjukdom. Yngre kvinnor och kvinnor i övre medelålder (45-64 år) anser sig något oftare än män "ha en långvarig sjukdom, besvär efter skada, något handikapp eller annan svaghet". Kvinnor i yngre medelåldern (25-44 år) anser sig också oftare än män ha dålig hälsa.

Sjukdomar i rörelseorganen och psykisk ohälsa är sjukdomsgrupper som i hög grad kan påverka funktionsförmågan. Det är dessa sjukdomsgrupper som oftast leder till förtidspensionering – rörelseorganens sjukdomar dock drygt dubbelt så ofta bland män och mer än tre gånger så ofta bland kvinnor som de psykiska störningarna.

Rörelseorganens sjukdomar
Rörelseorganens sjukdomar liksom rörelsehinder – här definierat som svårigheter att gå en kortare sträcka eller stiga på en buss – är särskilt vanliga bland kvinnor i övre medelåldern (Figur 2).



Figur 2. Andel av män och kvinnor, 45-64 år, med sjukdom i rörelseorganen respektive rörelsehinder.
Källa: ULF 1992/93

Mer påtaglig än könsskillnaden är dock skillnaden mellan arbetare och tjänstemän, framförallt i övre medelåldern. Bland förklaringarna till könsskillnaderna i fråga om rörelseorganens sjukdomar kan anföras att kvinnor har mindre muskelmassa än män och därför är fysiskt svagare, samtidigt som t.ex. arbetslivet ofta inte är utformat med detta i åtanke.

Sjukdomar i rörelseorganen medför ofta värk. Betydligt fler kvinnor än män uppger sig ha värk från rörelseorganen och konsumerar också mer smärtstillande medel av alla slag.

Psykiska symptom
Även psykiska symptom såsom att känna ängslan, oro eller ångest är mycket vanliga bland i synnerhet äldre kvinnor. Huvudvärk förekommer framförallt hos yngre kvinnor. Även ständig trötthet och sömnbesvär är vanligast hos kvinnor och kvinnor använder i större utsträckning lugnande medel, sömnmedel och antidepressiva läkemedel. Även dessa psykiska symptom är vanligare bland arbetare än bland tjänstemän, men de socioekonomiska skillnaderna är inte alls så utpräglade som i fråga om rörelseorganens sjukdomar.

Bland kvinnor är depression och ångesttillstånd de vanligaste formerna av psykisk störning medan alkoholberoende är vanligast bland män.

Man kunde ha förväntat sig att kvinnors sämre psykiska välbefinnande skulle ha inneburit högre självmordsfrekvens, men som nämnts ovan är självmord tvärtom vanligare bland män – nästan tre gånger så vanligt som bland kvinnor. Däremot är självmordsförsök betydligt vanligare bland kvinnor.

Antal levnadsår med full hälsa

Kan mäns och kvinnors hälsa och dödlighet jämföras i ett enda sammanfattande mått? Det är tveksamt om dödlighet och hälsa-ohälsa kan beskrivas som grader på en skala från död till fullt frisk. Försök har dock gjorts att väga samman de två dimensionerna 'hälsa' och 'dödlighet' till ett index. Hälsan har mätts i termer av långvarig sjukdom, funktionsnedsättning och personers egen uppfattning om sitt allmänna hälsotillstånd. Man har på så sätt beräknat 'antal levnadsår med full hälsa' mellan 16 och 84 års ålder för femårsperioder 1975/80 till 1986/90.

Resultatet av den beräkningen visade att såväl män som kvinnor under första delen av perioden förbättrade sin hälsa mätt med friska levnadsår. Under andra delen av perioden försämrades dock hälsan för kvinnor under 65 års ålder. Man kunde också visa att antalet år med full hälsa ökade för manliga tjänstemän men minskade bland manliga arbetare från första till andra halvan av 1980-talet. Bland kvinnorna minskade under samma tid antalet år med full hälsa för *alla* grupper, minst för kvinnliga tjänstemän på hög- och mellannivå och mest för ej facklärda kvinnliga arbetare.

Diskussion och slutsatser

Av ovanstående framgår att män genomsnittligt lever ett kortare liv än kvinnor. Män betraktar oftare än kvinnor sitt hälsotillstånd som gott och har mindre symptom och plågor i sitt dagliga liv. De har mindre ofta funktionsnedsättningar, med undantag för nedsatt hörsel.

Det finns troligen många orsaker till de redovisade skillnaderna, dels mellan kvinnor och män, dels mellan olika socioekonomiska grupper. Det bör dock framhållas att för såväl sjuklighet och skador som dödlighet av olika orsaker spelar vissa levnadsvanor som alkoholförtäring, rök-, kost- och motionsvanor och olika slags riskbeteenden en viktig roll.

Skillnaderna i levnadsvanor mellan kvinnor och män är ofta påtagliga. Som exempel kan nämnas att andelen som röker dagligen visserligen har minskat på senare år bland båda könen, men mer bland män än bland kvinnor. År 1995 rökte 22 procent av männen och 24 procent av kvinnorna 16-84 år dagligen. Vid 1980-talets början rökte 35 procent av männen och 28 procent av kvinnorna.

Rökvanor sammanhänger liksom flertalet andra hälsorelaterade levnadsvanor med vilken socialklass man tillhör. Det är mer än dubbelt så vanligt att vara rökare bland icke facklärda, 16-44-åriga, kvinnliga arbetare som bland kvinnliga högre tjänstemän i samma ålder. Även bland män finns motsvarande skillnad, men den är något mindre.

Av väl så stor betydelse är att skillnaderna i livsvillkor mellan kvinnor och män är stora. Bland annat har kvinnor i stor utsträckning sämre betalt än män, mindre inflytande över sitt liv och arbete, mer ansvar för hem och barn, samt mindre sammanhängande fritid.

2.2 Könsskillnader i vårdutnyttjande

Några statistiska uppgifter

Slutenvårdsutnyttjande

Av Socialstyrelsens slutenvårdsstatistik för år 1993 framgår att cirka 13 procent av kvinnorna och 10 procent av männen i Sverige under året vårdats inom den slutna vården. Det totala antalet registrerade vårdtillfällen var för män cirka 770.000 och för kvinnor 947.000.

För att förstå dessa uppgifter måste de relateras till antal kvinnor och män i befolkningen. I Tabell 1 redovisas antal vårdtillfällen inom de största specialiteterna per 1000 män respektive kvinnor i olika ålderskategorier. Även denna redovisning avser år 1993.

I den yngsta ålderskategorin, 0-19 år, finns det enbart mindre könsskillnader i slutenvårdsutnyttjandet. I åldrarna 20-64 år däremot har kvinnor avsevärt fler vårdtillfällen än män, vilket hänger samman med kvinnors utnyttjande av gynekologisk och obstetrisk vård. Detta kan ses mot att kvinnor i Sverige i genomsnitt föder drygt två barn. Varje normal graviditet utan extra kontroller ger upphov till 1-2 läkarbesök, ett antal barnmorskebesök, sjukhusbesök för ultraljudscreening, sjukhusvård för förlossning samt läkar/barnmorskebesök för efterkontroll. Antalet aborter är cirka 30.000 per år och leder till läkarbesök och behandling på sjukhus. Även spontana missfall är vanliga och leder ofta till sjukhuskontakter och operativa ingrepp.

Både mäns och kvinnors slutenvårdsutnyttjande ökar starkt med stigande ålder. I ålderskategorin 65+ år hade män år 1993 totalt 346.000 vårdtillfällen och kvinnor 399.000 vårdtillfällen. Beräknat per 1000 personer var vårdutnyttjandet högre bland män än bland kvinnor; 531 vårdtillfällen per 1000 män, jämfört med 450 per 1000 kvinnor.

Äldre män hade högre vårdutnyttjande framför allt inom allmän internmedicin, allmän kirurgi och urologi, äldre kvinnor inom ortopedi och kvinnosjukvård. Man bör dock observera att redovisningen bygger på Socialstyrelsens patientregister, som innehåller uppgifter om landstingens, men inte kommunernas, hälso- och sjukvård.

Tabell 1. Antal vårdtillfällen år 1993 inom vissa specialiteter samt totalt. Per 1000 män respektive 1000 kvinnor i olika åldrar.

Kliniktyp	0-19 år		20-64 år		65+ år	
	Män	Kv	Män	Kv	Män	Kv
Allm.in-ternmed.	1.9	2.3	30.9	23.5	215.5	166.1
Infektions sjukvård	1.6	1.5	4.2	3.9	15.9	13.1
Barmed./ kirurgi	64.3	47.2	0.7	2.6	0.0	0.0
Geriatrik/ långvård	0.1	0.1	1.6	1.5	41.0	47.4
Allmän kirurgi	10.1	9.0	26.3	27.5	119.2	78.8
Ortopedi	3.3	2.8	9.8	8.1	23.7	40.4
Urologi	0.2	0.1	2.3	0.8	19.6	2.5
Gyn./ obstetrik	0.0	5.8	0.1	76.7	0.0	15.7
Öron NäsaHals	8.8	7.0	8.7	5.5	10.3	6.3
Psykiatri	0.9	1.0	18.9	12.6	11.2	11.4
Samtliga	94.6	86.1	124.5	184.2	531.4	450.3

Källa: Patientregistret. Socialstyrelsen.
SCB:s befolkningsstatistik 1993

Öppenvårdsutnyttjande

När det gäller uppgifter om öppenvårdsutnyttjande publicerade Epidemiologiskt Centrum (EpC) vid Socialstyrelsen år 1995 en rapport om sociala skillnader i vårdutnyttjandet i Sverige, 'Vård på lika villkor'. Av rapporten framgår att cirka 30 procent av män hade gjort minst ett läkarbesök under en tremånadersperiod, medan motsvarande andel bland kvinnor uppgick till närmare 40 procent (Tabell 2).

Tabell 2. Uppgifter om öppenvårdsutnyttjande enl. ULF 80-81, 82-83, 88-89 och 90-91.

Vårdutnyttjande	Män		Kvinnor	
	1980-81 proc	1988-91 proc	1980-81 proc	1988-91 proc
-besökt läkare under en tremånaders-period[1]	30.0	30.9	38.6	38.6
- andel jourbesök	23.9	28.8	21.2	26.0
- egen läkare	46.7	38.5	49.8	44.7
- ej tillgodosedda vårdbehov under tremånadersperiod	7.4	10.4	7.6	12.3

[1]avser åren 1982-83 respektive 1990-91

Källa: EpC-rapport 1994:3 Vård på lika villkor

En högre andel av kvinnor än män rapporterade att de hade egen läkare, 45 procent jämfört med 39 procent. Från början av 1980-talet till början av 1990-talet hade andelen män och kvinnor med egen läkare sjunkit. Samtidigt hade andelen jourbesök stigit, och var generellt något högre för män än för kvinnor. Andelen män och kvinnor med ej tillgodosedda vårdbehov hade också stigit, särskilt bland kvinnor. De sociala skillnaderna i utnyttjandet av öppen vård var genomgående mycket små och i den mån det fanns olikheter mellan könen så föreföll kvinnornas vårdutnyttjande något mer jämlikt.

Mot bakgrund av ovanstående uppgifter om vårdutnyttjandemönster i Sverige är det angeläget att söka analysera de könsskillnader som finns framförallt i öppenvårdsutnyttjandet. Följande analys har genomförts på Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen.

Analys av könsskillnader i öppenvårdsutnyttjande

I den internationella vetenskapliga litteraturen har olika hypoteser lanserats för att förklara varför kvinnor i de flesta studier visar högre vårdutnyttjande än män. Bland tänkbara förklaringar har märkts biologiskt, socialt och kulturellt betingade skillnader i hälsorisker, psykosociala aspekter på symptom och vård, olika beteenden vid rapportering av hälsa och vårdutnyttjande samt betydelsen av tidigare erfarenheter av vård.

I det följande presenteras en analys av orsaker till könsskillnader i utnyttjande av öppen vård utifrån uppgifter från SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF). ULF-undersökningar är årliga intervjustudier som vänder sig till ett urval av hela befolkningen i åldern 16 till 84 år. Den första ULF-studien genomfördes 1974 och till en början omfattade varje årgång mellan 12.000 och 15.000 intervjuer. Från och med 1980 halverades detta antal, varför det i allmänhet krävs två årgångar för att få tillfredsställande materialstorlek.

Föreliggande studie baseras på ULF-material från åren 1990-91 och 1993-94. Bortfallet för dessa fyra årgångar varierade mellan cirka 19 och 21 procent. För att kompensera för bortfallet har materialet viktats för att ge representativitet med avseende på ålder, kön, civilstånd och s.k. H-region (typ av bostadsort). Studien har begränsats till personer i åldern 25 till 74 år och omfattar drygt 18.000 intervjuer.

Till grund för analysen av vårdutnyttjande ligger svaret på frågan "Har Ni under de senaste tre månaderna på grund av egen sjukdom besökt läkarmottagning eller läkare vid sjukhus?" Med hänsyn till att könsskillnader står i fokus bör det observeras att rutinmässiga kontroller av graviditeter eller hälsokontroller inte skall tas med när denna fråga skall besvaras.

Flera frågor i ULF-intervjuerna rör personens hälsa. I denna studie sammanfattas bedömningen av hälsotillståndet i ett index där personer som anser sig ha ett gott hälsotillstånd och inte har några långvariga sjukdomar anses ha god hälsa, medan personer som bedömer sitt eget hälsotillstånd som dåligt eller har i hög grad nedsatt arbetsförmåga eller har minst tre långvariga sjukdomar bedöms ha i hög grad nedsatt hälsa. De som inte faller i någon av dessa kategorier karaktäriseras som personer med måttligt nedsatt hälsa.

Inledningsvis jämförs män och kvinnor som har gjort minst ett läkarbesök. Härutöver redovisas även resultatet av analyser som genomförts för att reducera inflytandet av eventuella skillnader i åldersfördelning m.m. som kan tänkas påverka vårdutnyttjandet.

Vårdutnyttjandet efter kön, ålder och utbildning

Det mått på vårdutnyttjande som används i denna studie avser således huruvida personen besökt läkare på grund av egen sjukdom under de senaste tre månaderna. I Tabell 3 redovisas den procentuella andelen som besökt läkare i olika grupper och vid två tidsperioder. Av tabellen

framgår att en större andel bland kvinnorna än bland männen gjorde läkarbesök under såväl 1990-91 som 1993-94. Denna skillnad som uppgick till knappt åtta procentenheter för hela materialet fanns i växlande omfattning i samtliga åldersgrupper och utbildningskategorier. Skillnaden i mäns och kvinnors utnyttjande av öppen läkarvård förefaller vara störst i åldrarna 45-54 år och minst efter pensioneringen.

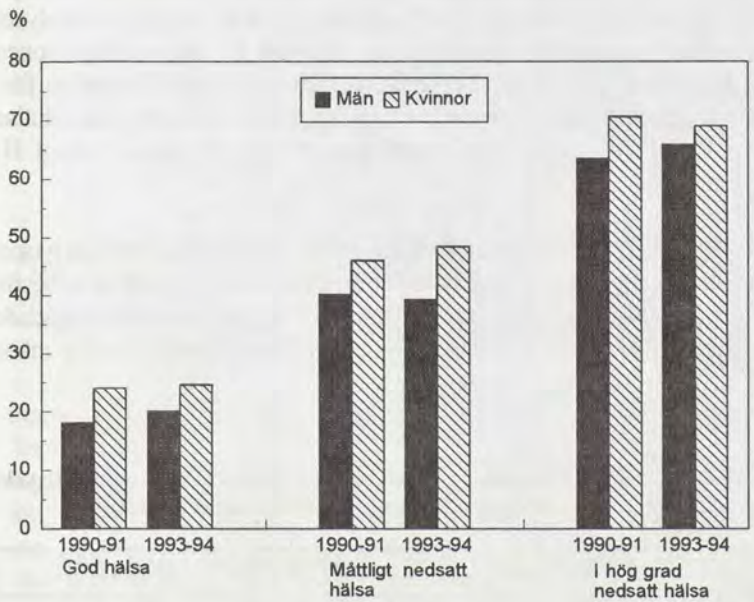
Tabell 3. Antal personer och procentuell andel med minst ett läkarbesök efter kön, ålder och utbildning enligt ULF 1990-91 respektive 1993-94.

	År 1990-91				År 1993-94			
	Män		Kvinnor		Män		Kvinnor	
	Antal	Proc	Antal	Proc	Antal	Proc	Antal	Proc
Ålder								
25-34 år	1060	27.7	1076	35.4	1099	29.6	1054	38.3
35-44 år	1051	26.5	1175	33.6	1050	26.2	1066	33.2
45-54 år	974	29.0	990	38.1	1074	32.0	1067	41.3
55-65 år	744	36.0	683	43.9	722	38.4	743	44.1
65-74 år	642	40.4	695	45.3	649	43.3	712	45.9
Utbildning								
Högst grund.	1372	36.2	1370	43.9	1190	34.2	1226	42.1
Kort gymn.	1360	29.3	1755	38.1	1454	33.3	1721	40.8
Gymnasium	653	30.4	351	36.8	605	31.5	381	38.5
Postgymn.	1071	26.2	1138	33.2	1341	31.3	1305	37.5
Uppg. saknas	15	..	5	..	4	..	9	..
Totalt	4471	30.9	4619	38.6	4594	32.7	4642	40.1

För både män och kvinnor ökade andelen med läkarkontakt med stigande ålder och minskade med ökande utbildning. Detta förhållande – framförallt beträffande utbildning – har analyserats tidigare beträffande tidsperioden 1982 - 1991. Det har därvid framkommit att skillnaderna i allt väsentligt förefaller bero på skillnader i hälsa mellan de olika utbildningsgrupperna. De funna resultaten illustrerar behovet av att föra in uppgifter om hälsotillstånd i analysen.

Hälsans betydelse för vårdutnyttjandet

Som tidigare påpekats finns det flera variabler i ULF-materialet som på olika sätt beskriver intervjupersonernas hälsotillstånd. I preliminära analyser användes några av dessa var för sig för att belysa könsskillnader i vårdutnyttjande som inte kan förklaras av skillnader i hälsa. De preliminära analyserna visade dock att ett sammanfattande mått på hälsa mycket väl kan användas i detta sammanhang. Detta sammanfattande mått används i Figur 1.



Figur 1. Andel med läkarbesök efter hälsotillstånd och kön.

Cirka 55 procent av intervjupersonerna hade god hälsa, måttligt nedsatt hälsa hade cirka 30 procent och gruppen med sämst hälsa omfattade cirka 15 procent. Av figuren framgår att vårdutnyttjandet ökar med försämrad hälsa och att i samtliga tre grupper var det en större andel kvinnor än män som hade besökt läkare. Det kan således konstateras att det mått på hälsotillstånd som används i denna analys samvarierar mycket väl med andelen som får läkarvård. Däremot kan detta mått inte förklara skillnaderna i vårdutnyttjande mellan kvinnor och män.

Kan en fördjupad analys förklara könsskillnaderna?

De data som hittills presenterats tyder på att kvinnornas större öppenvårdsutnyttjande finns oberoende av andra förhållanden. Trots detta är det möjligt att smärre skillnader beträffande ålderssammansättning, utbildning och hälsa tillsammans kan förklara åtminstone en del av skillnaderna. Härtill kommer även den mindre troliga möjligheten att kvinnorna i detta urval skulle kunna vara överrepresenterade i områden med god tillgång till öppen sjukvård.

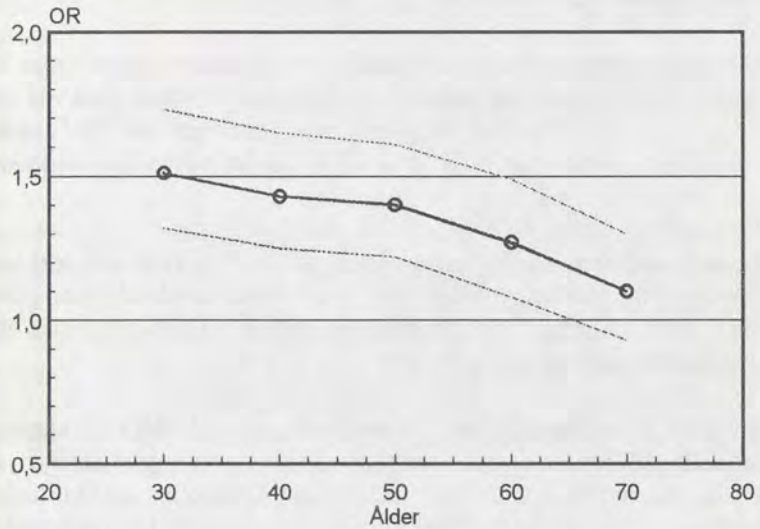
För att undersöka om kvinnornas högre vårdutnyttjande kan bero på några av dessa förhållanden genomfördes ett antal statistiska analyser (logistiska regressionsanalyser). I dessa analyser är frågan om personen fått läkarvård eller ej den beroende variabeln. Denna kan sedan förklaras av en eller flera oberoende variabler, i detta fall kön, ålder, hälsa och tillgång till öppen vård (mätt som typ av bostadsort enligt H-regioner).

Resultatet redovisas i Tabell 4 i form av s.k. oddskvoter som uttrycker hur många gånger större oddset är för en kvinna att göra ett läkarbesök än för en man. Av tabellen framgår att ingen av de i modellen ingående variablerna har något nämnvärt inflytande på förhållandet mellan mäns och kvinnors utnyttjande av öppen vård.

Tabell 4. Kvinnors utnyttjande av öppen vård i jämförelse med mäns uttryckt som oddskvoter (OR) med 95-procentiga konfidensintervall (CI).

Variabler i modellen	År 1990-91		År 1993-94	
	OR	95% CI	OR	95%CI
Kön	1.40	1.28 - 1.53	1.38	1.27 - 1.51
Kön och ålder	1.41	1.29 - 1.54	1.38	1.27 - 1.51
Kön, ålder och hälsa	1.38	1.25 - 1.51	1.34	1.22 - 1.47
Kön, ålder, hälsa och utbildning	1.38	1.25 - 1.51	1.34	1.22 - 1.47
Kön, ålder, hälsa, utbildning o. bostadsort	1.37	1.25 - 1.51	1.34	1.22 - 1.47

De analyser som ligger till grund för Tabell 4 är samtliga gjorda under förutsättning att de förklarande variablerna har samma effekt för både män och kvinnor. För att undersöka om så är fallet genomfördes ett



Figur 2. Kvinnors utnyttjande av öppen vård i jämförelse med mäns uttryckt som oddskvoter med 95-procentiga konfidensintervall.

antal regressionsanalyser som även omfattade s.k. interaktionstermer mellan kön och övriga förklarande variabler. Dessa analyser visade att kvinnornas större vårdutnyttjande var av ungefärligen samma omfattning oavsett god hälsa, måttligt nedsatt hälsa eller i hög grad nedsatt hälsa. Vidare kunde inga skillnader påvisas vid analysen av utbildning och boendeort.

Däremot var kvinnornas större vårdutnyttjande inte lika i alla åldersgrupper. Efter 65 års ålder fanns det inte någon skillnad mellan andelen män och andelen kvinnor som besökt läkare. Kvinnornas större vårdutnyttjande minskade kontinuerligt med stigande ålder vilket illustreras av Figur 2.

Genomsnittligt över alla åldrar var således kvinnornas vårdutnyttjande cirka 1,3 gånger högre än männens, men i åldern 25-34 år utnyttjade kvinnorna vården 1,5 gånger mer än männen, medan skillnaden mellan könen minskat till 1,1 bland pensionärerna. För den äldsta gruppen kan skillnaden inte säkerställas statistiskt.

Diskussion och slutsatser

De analyser som presenterats ovan tyder på att kvinnor utnyttjar den öppna vården i högre grad än män. Detta överensstämmer med vad som tidigare rapporterats på basis av äldre årgångar av ULF-undersökningar. Situationen är likartad i flera andra västerländska länder, exempelvis i USA.

De skillnader som framkommer i föreliggande studie kan inte förklaras i eventuella skillnader mellan män och kvinnor avseende exempelvis ålder, utbildning eller det mått på hälsa som finns i ULF-materialet. Vad kan då skillnaderna bero på?

Inledningsvis påtalades att det finns en mängd olika förklaringsmodeller till att kvinnorna utnyttjar vården i högre grad än män. En studie baserad på amerikanska data tar upp könsroller och skillnader i beteenden och livsvillkor som möjliga förklaringar. Därvid framförs bl.a. synpunkten att kvinnors större ansvar för familjens hälsa och deras benägenhet att lättare diskutera symptom än män påverkar benägenheten att söka vård.

Detta kan naturligtvis även gälla svenska förhållanden. Skillnaden i benägenheten att söka vård borde dock rimligen minska med försämrat hälsotillstånd. Några belägg för minskande könsskillnader i utnyttjande av vården med försämrat hälsotillstånd finns dock inte i denna studie. Däremot om åldern ses som ett indirekt mått på hälsa kan minskande skillnader mellan män och kvinnor med ökande ålder ses om ett visst stöd åt hypotesen att könsskillnaderna delvis beror på skillnader i benägenheten att söka vård.

Betydelsen av tidiga kontakter med sjukvården brukar uppmärksammas främst när det gäller vård och behandling av cancer. Överlevnaden i cancer är oftast något bättre för kvinnor än för män, vilket kan ses som ett visst stöd för hypotesen att kvinnor är mer uppmärksamma än män på tidiga symptom och mer benägna att söka vård tidigt.

De kanske mest närliggande förklaringarna utgår från att kvinnans sjukvård i samband med graviditet och förlossning, men även andra könsspecifika sjukdomar medverkar till kvinnornas större vårdkonsumtion. Det är dock viktigt att påminna om att de läkarbesök som analyseras i denna studie endast gäller besök för sjukdom, varför hälsokontroller i samband med graviditet inte skall påverka analysen. Det finns för övrigt andra studier som visar att kvinnor utnyttjar vården

mer än män även om vård i samband med graviditet och förlossning borträknas.

Utöver vård i samband med graviditet finns dock en omfattande vård av könsspecifika manliga och kvinnliga sjukdomar som kan bidra till att förklara könsskillnader i vårdutnyttjandet. Exempelvis framgår det av en holländsk studie att cirka två procent av diagnoserna i öppen vård bland män är könsspecifika, medan kvinnornas andel i åldern 15-24 år är närmare 12 procent och minskar sedan med stigande ålder.

Kvoten mellan kvinnors och mäns antal diagnoser för all sjuklighet uppgick till 1.4 för hela åldersgruppen och minskade med stigande ålder. Detta mönster stämmer väl överens med den utveckling efter ålder av skillnaden mellan mäns och kvinnors vårdutnyttjande som framgår av denna studie.

Den analys som genomfördes i föreliggande arbete gör anspråk på att ta hänsyn till skillnader i sjuklighet när förhållandet mellan kvinnors och mäns vårdutnyttjande studeras. De sjuklighetsskillnader som diskuteras i föregående stycke bör således redan ha hanterats i analysen. Det går dock inte att utesluta att frågorna i intervjumaterialet på ett inte helt tillfredsställande sätt fångar upp skillnader i mäns och kvinnors sjuklighet. Dessvärre tillåter inte en jämförelse av detta slag några kvantifieringar av hur mycket den könsspecifika sjukligheten förklarar skillnader i vårdutnyttjande.

Den skillnad mellan mäns och kvinnors utnyttjande av den öppna vården som faktiskt finns kan inte på basis av här tillgänglig statistik till fullo förklaras. Den rimliga slutsatsen blir därför att de observerade skillnaderna kan bero på beteendemässiga skillnader och skillnader i könsspecifik sjuklighet.

Därutöver ger resultatet av analysen utrymme för hypotesen att det – i stället för vårdsökandens karakteristika och vårdbehov – faktiskt kan vara vårdgivares attityder, beteende och beslutsmönster som skapar och upprätthåller könsskillnader i vårdutnyttjandet.

Ytterligare data om vårdutnyttjande, hälsotillstånd, besöksorsaker och diagnoser samt attityder till sjukvård, m.m. krävs för att fördjupa kunskapen om skillnaderna i mäns och kvinnors utnyttjande av vård.

2.3 Läkemedelsanvändning bland kvinnor och män

Källor för kunskap om förskrivning och försäljning
Kunskap om läkemedelsanvändningen i Sverige relaterat till användarens ålder och kön kan hämtas ur flera kontinuerligt pågående studier. Samtliga studier som redovisar förskrivna eller försålda läkemedel har ett mörkertal för hur mycket patienterna egentligen använder av sina läkemedel. Studierna ger därför totalt högre tal än vad som verkligen konsumeras.

I den s.k. *receptundersökningen* redovisas ålder och kön för patienter som får recept expedierade på landets apotek. Undersökningen är en urvalsstudie där en 25-del av de expedierade recepten ingår, vilket ger en god säkerhet i materialet. Under år 1994 expedierades 44 miljoner recept. Utöver uppgifter om ålder och kön för patienterna redovisas fullständig information om läkemedlet (art, styrka, mängd och kostnad).

I en annan undersökning – *Diagnos-Receptundersökningen* – ombeds ett urval förskrivare att vid receptskrivningstillfället komplettera en receptkopia, bl.a. med uppgift om varför läkemedlet förskrivits. Diagnos-Receptundersökningen redovisar den totala mängd läkemedel som förskrivs och inte vad som köpts ut av patienterna. Den ger möjlighet att relatera läkemedelsanvändningen till diagnoser och har också uppgifter om vilka doser som förskrivs. Urvalet i Diagnos-Receptundersökningen är litet och data kan därför inte användas med lika stor säkerhet som i receptundersökningen.

I *Tierp* och *Jämtland* genomförs sedan början av 1970-talet individbaserade studier av befolkningens utköp av receptförskrivna läkemedel. I Tierp registreras utköp för hela befolkningen (cirka 22.000 personer), i Jämtland för en sjundedel av befolkningen (drygt 19.000 personer). Genom att studierna är individbaserade är det möjligt att följa kontinuitet i behandling. Även om dessa studier har ett begränsat underlag ger den långa studieperioden goda möjligheter att följa användningen över tid.

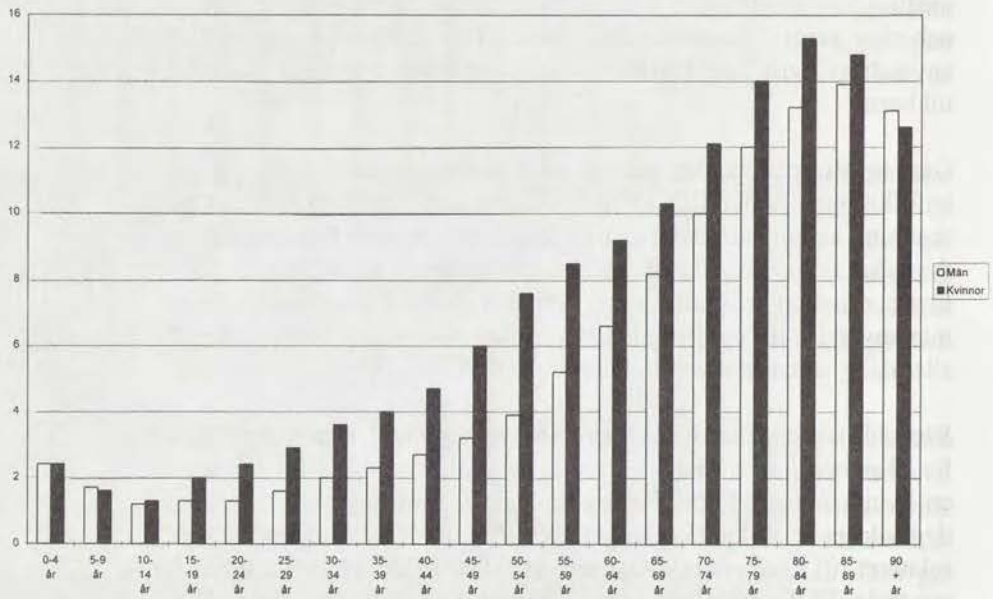
Mätenheter
Läkemedelsanvändningen kan bl.a. redovisas som antal receptexpeditioner (recipe), mängd tabletter etc. eller mängd verksamma beståndsdelar, kostnader, andel av befolkningen som använder läkemedel osv. I studier av läkemedelsanvändning har ett system med s.k. *definierade dagliga dygnsdoser (DDD)* utvecklats. För varje grupp av läkemedel fastställs terapevtiskt ekvivalenta doser, som svarar mot den mängd som används av en vuxen vid underhållsbehandling vid medlets huvudindikation. I normalfallet fastställs endast en dygnsdos och den avser "genomsnittlig" vuxen. För läkemedel som endast används av barn, t.ex. tillväxthormon, faställs en dygnsdos anpassad till barn.

Genom att relatera den mängd som används i en befolkning till befolkningen (antal DDD per 1000 invånare och dag) får man en skattning av hur stor andel av befolkningen som varje dag kan inta en dygnsdos av det aktuella läkemedlet. Uppgiften är användbar för jämförelser mellan geografiska områden och över tid, men kan vanligen inte användas för epidemiologiska studier eller som indikator på god eller dålig läkemedelsanvändning.

Särskilda könsbundna dygnsdoser förekommer inte. Däremot har DDD för läkemedel som endast används av kvinnor, såsom P-piller, givetvis en kvinnoanpassad dos. Förutsättningen för att ange könsspecifika dygnsdoser är att kunskapen om läkemedlets "öde i kroppen" är känt relaterat till kön, vilket oftast inte är fallet. Eftersom syftet med att använda DDD är att ge grova, översiktliga mått på läkemedelsanvändningen är en sofistikering av den tekniken mindre angelägen än att man, när man finner svårförklarliga företeelser skapar metoder och resurser för att genomföra fördjupade studier, som kan ge svar på varför förskrivning och användning ser ut som de gör och vilka konsekvenser detta får för patienterna.

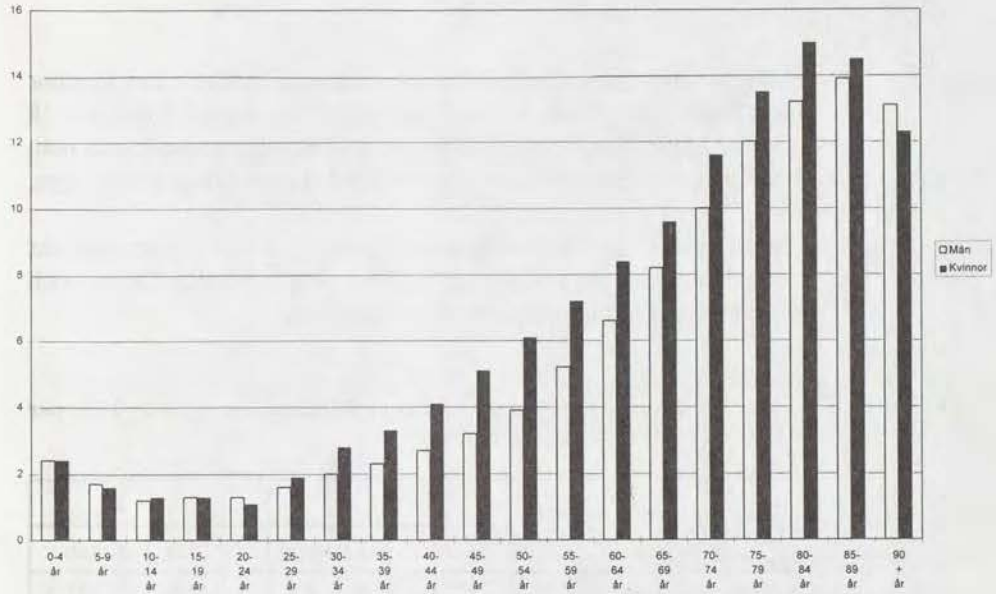
Konsumtionsmönster

Läkemedelsanvändningen i befolkningen visar stora skillnader mellan könen med en högre användning hos kvinnor i alla åldersgrupper utom de allra yngsta (Fig. 1). Denna observation har gjorts i praktiskt taget alla studier där läkemedelsanvändning studerats könsspecifikt. Mönstret har också funnits länge – redan de första studier som redovisades gav denna bild.

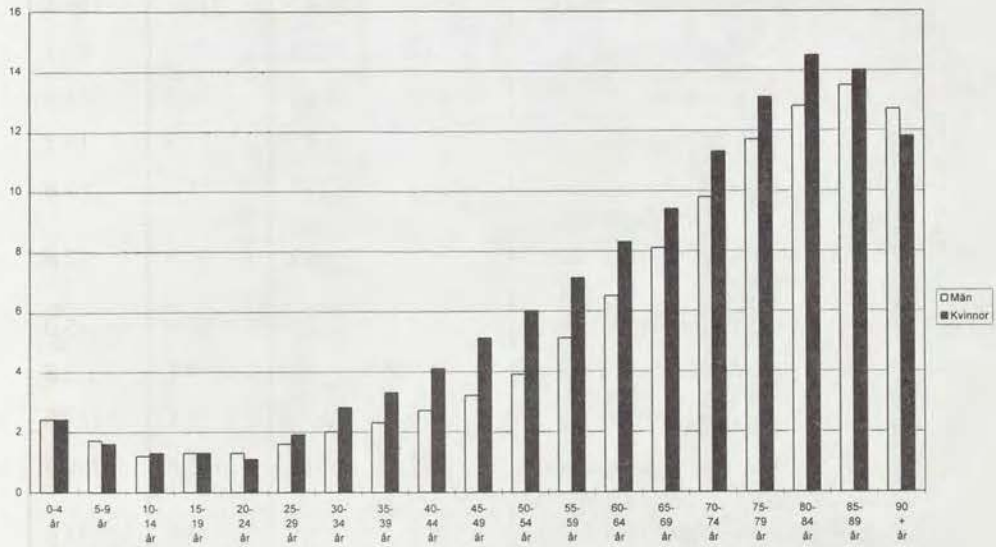


Figur 1. Antal recipe per invånare 1994.

Genom att exkludera vissa läkemedelsgrupper från jämförelsen kan man se minskade skillnader mellan könen. Om man t.ex. redovisar läkemedelsanvändningen utan P-piller och andra könshormoner (Fig. 2) respektive utan P-piller, andra könshormoner och vitaminer och mineralämnen (Fig. 3) finner man att olikheterna mellan könen minskar. Fortfarande har dock kvinnor en större användning i alla åldersgrupper mellan 25 och 90 år.



Figur 2. Antal recipe per invånare utom P-piller och andra könshormoner 1994.



Figur 3. Antal recipe per invånare utom könshormoner, vitaminer och mineralämnen 1994.

Om hela befolkningen haft samma konsumtionsmönster som kvinnor (utom P-piller) skulle antalet recept under 1994 ha varit 3,5 miljoner (8 procent) högre. Om hela befolkningen haft samma mönster som män skulle antalet recept under 1994 ha varit 9 miljoner (20 procent) lägre.

I Tabell 1 redovisas för vissa läkemedelsgrupper användningen uttryckt i antal definierade dygnsdoser per 1000 invånare och dag för män och kvinnor i åldersgrupperna över och under 65 år.

Tabell 1. Läkemedelsanvändningen i vissa läkemedelsgrupper år 1994 per kön. Antal DDD /1000 invånare /dag.

ATC-grupp	0-64 år		65 + år	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Magsårsmedel, protonpumpshämmare	5.5	6.4	21.6	21.5
Laxermedel	5.9	11.4	77.3	95.5
Diabetesmedel	16.3	12.2	76.3	66.8
Blodfettsänkande medel	5.1	3.0	12.3	10.3
Diuretika	14.4	21.8	286.1	352.9
Betareceptorblockerare	18.0	18.9	110.0	109.2
Kalciumantagonister	16.2	12.7	106.1	87.1
ACE-hämmare	18.5	12.2	92.7	61.6
Antiinfektiva medel	12.5	17.5	17.5	18.2
Nonsteroida antiinflammatoriska medel	15.1	25.6	47.6	69.8
Narkotiska smärtstillande medel	4.8	6.9	31.8	47.6
"Lättare" smärtstill. medel	9.5	14.2	30.8	45.0
Neuroleptika	5.6	5.5	7.4	8.8
Bensodiazepiner	14.0	20.6	83.1	127.8
Sömnmedel och lugnande medel	20.2	30.8	113.8	168.5
Antidepressiva medel	8.3	15.9	18.8	35.6
Astmamedel	36.7	46.8	151.5	115.8

Uppgifterna i tabellen avser endast de läkemedel som expedierats mot recept i öppen vård. Härtill kommer vad som används av patienter som är inlagda på sjukhus och vad patienter använder av receptfria läkemedel. Som exempel kan nämnas att av s.k. lättare analgetika är det endast 40 procent av dygnsdoserna som försäljs mot recept. Slutenvårdsanvändningen är marginell för samtliga läkemedelsgrupper i tabellen. Bensodiazepinerna ingår också i totalsiffrorna sömnmedel och lugnande medel.

Kvinnor har högre användning i de flesta läkemedelsgrupperna, med undantag för magsårsmedlen, framförallt omeprazol, som har jämförbar användning mellan könen; diabetesmedel, där förekomsten av diabetes är högre hos män; blodfettsänkande medel samt de nyare hjärtmedicinerna kalciumantagonister och ACE-hämmare.

Orsaker till och konsekvenser av könsolikheterna är ofullständigt kända. I vissa studier (fr.a. Svarstad et al) har man funnit att förebyggande av graviditet, graviditet, förlossning och amning leder till en läkemedelsanvändning som i stor utsträckning förklarar kvinnors högre bruk. Samtidigt kan man se att kvinnors konsumtion av hjärt-kärlläkemedel, psykofarmaka och smärtstillande medel börjar tidigare i livet. Eftersom kvinnor dessutom lever längre leder det till en totalt sett högre konsumtion. Som framgår av tidigare avsnitt i detta kapitel har kvinnor ett högre sjukvårdsutnyttjande. Det är möjligt att se den större läkemedelsanvändningen som en följd av detta högre sjukvårdsutnyttjande, utan att det kan tas till intäkt för att kvinnors läkemedelsanvändning är optimal.

Dosering av läkemedel

Hur läkemedel doseras registreras endast i Diagnos-Receptundersökningen. En kartläggning av hur läkemedel doseras i förhållande till ålder (över och under 65 år) och kön vid behandling av högt blodtryck visar inga tydliga mönster i dosering. Dosolikheterna varierar så att understundom yngre män har de lägsta doserna, för andra läkemedel de äldre kvinnorna. Olikheter i förskriven mängd till män och kvinnor kan därför troligen inte förklaras med att män får större doser.

I FASS, som är den informationskälla förskrivare oftast använder vid läkemedelsförskrivning finns mycket få underlag för att ge olikstora doser till män och kvinnor. För några få läkemedel rekommenderas dosering relaterat till kroppsvikt eller kroppsyta, vilket bör föranleda

olika dosering för kvinnor och män. I övrigt förekommer mycket sällan någon information överhuvudtaget om i vad mån män och kvinnor har samma eller olika förmåga att tillgodogöra sig läkemedel.

Denna avsaknad av könsspecifik information överensstämmer med det faktiska kunskapsläget. Den dokumentation som finns om hur läkemedel bör doseras bygger huvudsakligen på kunskaper från s.k. kliniska prövningar av läkemedlen. De bör ge information om vilka läkemedel som bör doseras olika till män och kvinnor. Denna kunskap är fortfarande ofullständig och även om både män och kvinnor ingått i kliniska prövningar har det till helt nyligen varit ovanligt att resultaten analyserats könsspecifikt.

Det är numera ett krav i USA att vid den kliniska prövningen ha könsspecifik representation och att i underlaget för godkännande av läkemedel också analysera materialet könsspecifikt (Bilaga 2: National Institutes of Health riktlinjer för inklusion av kvinnor och etniska minoriteter i klinisk forskning). Det har lett till att pågående och publicerade prövningar i större utsträckning än tidigare innehåller tillräckligt stora grupper för att tillåta könsspecifik analys.

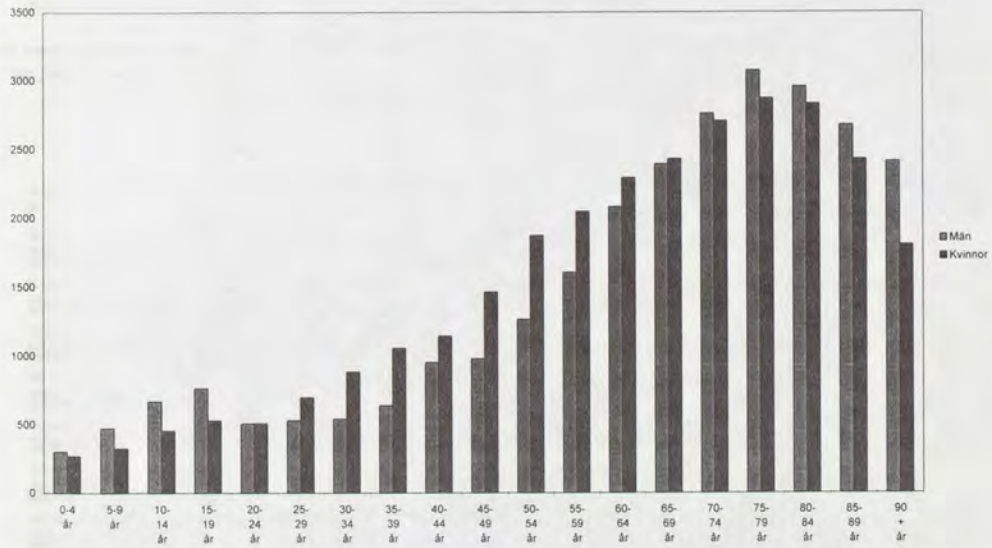
I Sverige finns inte motsvarande lagstiftningskrav. Det vore dock möjligt att, utifrån den information som lämnas i ansökningar om godkännande av kliniska prövningar respektive ansökan om försäljningstillstånd, kartlägga både proportionerna män-kvinnor i studierna och i vilken omfattning som könsspecifik analys av resultaten gjorts.

Kostnader för läkemedelsbehandling

Kostnaden för läkemedel i olika könsåldersgrupper redovisas i Figur 4. I de flesta åldersgrupper är könsskillnaden i kostnad proportionellt sett mindre än könsskillnaden i förskrivning. I de yngsta och de äldsta grupperna är kostnaden högre för män än för kvinnor.

Kostnaden för läkemedel är en funktion av den mängd som förskrivs och styckekostnaden för det enskilda läkemedlet. I mer än tre fjärdedelar av läkemedelsgrupperna fick män större mängd läkemedel per recept än vad kvinnorna fick, och i mer än fyra femtedelar av läkemedelsgrupperna kostade männens recept mer än kvinnornas. Att kostnaden blir högre för män beror till en del på att större mängd förskrivs till män, men det finns också andra skillnader mellan mäns

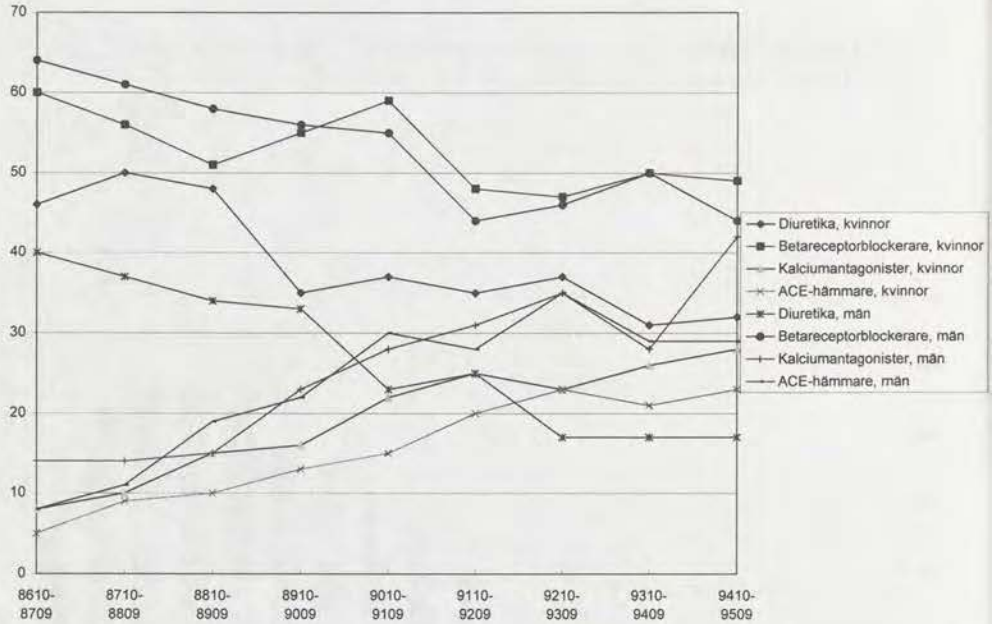
och kvinnors läkemedelsanvändning än att kvinnor nyttjar mer läkemedel totalt och män får större mängd per förskrivningstillfälle.



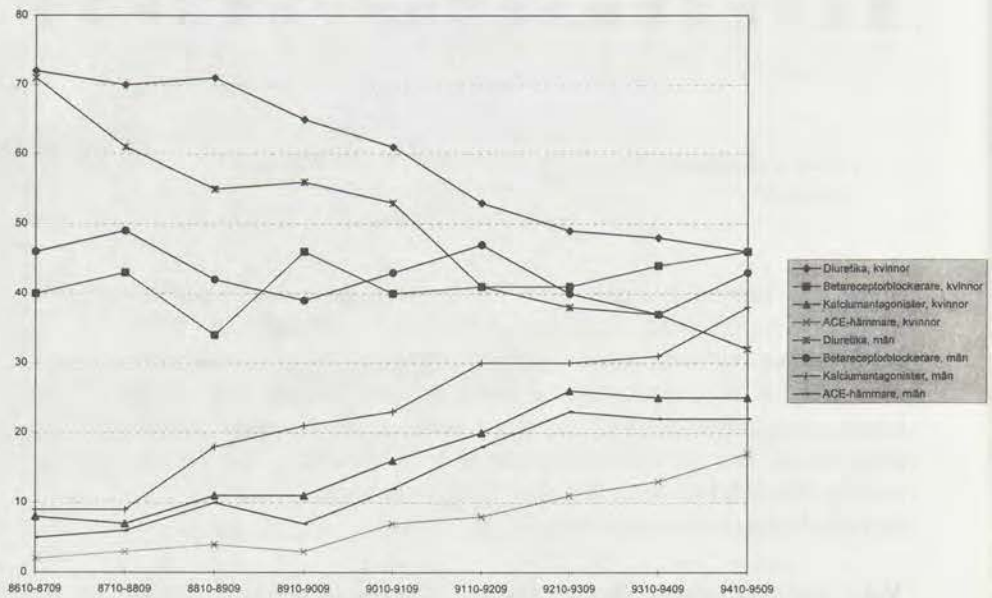
Figur 4. Kostnad (kr) för receptförskrivna läkemedel per invånare 1994.

Som t.ex. framgår av Figur 5 och Figur 6 sker genomslag i användningen av nya läkemedel åtminstone i samband med hjärt-kärlsjuklighet snabbare hos män än hos kvinnor. Figurerna visar behandlingsmönstret för högt blodtryck. De nyare och betydligt dyrare medlen kalciumantagonister och ACE-hämmare, som snabbare tagits i bruk för män, är inte lika bra vid behandling av högt blodtryck som de äldre medlen. Här behöver det alltså inte vara någon nackdel att kvinnor får en mera konservativ behandling.

Vid hjärtsvikt däremot rekommenderar Läkemedelsverket behandling med ACE-hämmare. År 1995 behandlades 34 procent av männen som hade hjärtsvikt med ACE-hämmare mot endast 17 procent av kvinnorna. Detta behandlingsmönster är sannolikt en nackdel för kvinnorna.



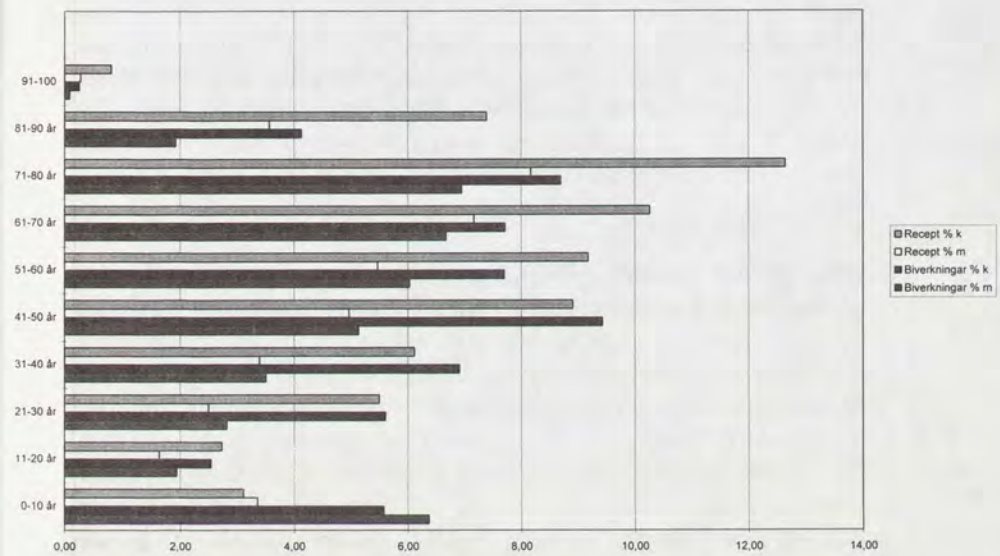
Figur 5. Behandlingsmönstret vid högt blodtryck för kvinnor och män. Åldersgrupper 0-64 år.



Figur 6. Behandlingsmönstret vid högt blodtryck för kvinnor och män. Åldersgrupp 65 + år.

Biverkningar

Det totala antalet biverkningsrapporter för år 1993 och 1994 och den procentuella fördelningen framgår av Figur 7. I figuren har också fördelningen för antal recipe lagts in.



Figur 7. Fördelning recept-biverkningsrapporter.

67 procent av de expedierade recepten avser kvinnor; de svarar för 59 procent av de anmälda biverkningarna. Yngre har proportionellt en större andel av biverkningarna än av recepten under det att det för äldre är tvärtom.

Dessa uppgifter avser de rapporterade biverkningarna utan specifikation av samband eller svårighetsgrad av biverkan. Av de biverkningar där Läkemedelsverket bedömt samband föreligga avser 58 procent kvinnor. Av de biverkningar som lett till intensivvård eller sjukhusvård eller förlängd sjukhusvård avser 55 procent kvinnor. Av dödsfallen avser 48 procent kvinnor.

I vissa kartläggningar av biverkningsförekomst har man funnit att kvinnor löper större risk att få biverkningar, bl.a. dosberoende biverkningar på grund av sin lägre vikt. För vissa andra typer av biverkningar förefaller resultaten motstridiga. Det är vår bedömning att en systematisk genomgång av litteraturen och av de svenska biverkningserfarenheterna skulle kunna ge en bättre kunskap om biverkningsrisker. Det skulle också kunna utgöra underlag för bedömning av om män och kvinnor bör få olikstora doser av vissa läkemedel.

Diskussion och slutsatser

Läkemedelsanvändningen i befolkningen visar stora skillnader mellan könen med en högre användning hos kvinnor i alla åldersgrupper utom de allra yngsta. Denna observation har gjorts i praktiskt taget alla studier där läkemedelsanvändning studerats könsspecifikt. Mönstret har också funnits länge, redan de första studier som redovisades gav denna bild.

Olika förklaringar har sökts och givits. En faktor som leder till olika användning mellan könen är t.ex. kvinnors längre livslängd,vilket leder till en märkbar påverkan på den totala användningen, genom att äldre kvinnor är stora läkemedelskonsumenter. En annan sådan faktor är den läkemedelskonsumtion som sammanhänger med kvinnors reproduktion. Ytterligare en möjlig förklaring är kvinnors könsspecifika sjuklighet och högre vårdutnyttjande. Kvinnors tätare kontakter med sjukvården kan i sig leda till högre förskrivning av läkemedel. Därutöver kan de behandlande läkarnas kunskaper och attityder påverka nivån av läkemedelsanvändning hos kvinnor och män. I Kapitel 8 redovisas resultat från studier som analyserat kliniska beslut avseende läkemedelsbehandling ur ett könsperspektiv.

Det saknas könsspecifik information om vad som utgör optimal läkemedelsbehandling vid olika tillstånd. I USA är det numera ett krav att vid kliniska läkemedelsprövningar inkludera både kvinnor och män och att analysera materialet könsspecifikt. Vi anser att motsvarande policy bör skapas även i Sverige. Därutöver bör en systematisk genomgång av litteraturen och av de svenska biverkningserfarenheterna ske för att ge en bättre kunskap om läkemedlens säkerhet och underlag för bedömning av om män och kvinnor bör få olika stora doser av vissa läkemedel.

3 Könsskillnader i sjukskrivning, rehabilitering och förtidspensionering

Sammanfattning: Under 1980-talet ökade sjukfrånvaron kraftigt och särskilt de långa sjukfallen bland kvinnor. Det var framförallt äldre kvinnor och kvinnor i lägre medelålder som bidrog till ökningen. I syfte att minska frånvaron och kostnaderna ändrades bestämmelserna i sjukförsäkringen vid 1990-talets början. Därefter har antalet sjukskrivningar och förtidspensioneringar minskat eller stabiliserats, men skillnaderna mellan män och kvinnor har ökat. Andelen långtidssjuka och förtidspensionerade kvinnor ökar, medan männens andel minskar.

Det har skett stora satsningar på rehabilitering under 1990-talet och tyngdpunkten i rehabiliteringsprocessen har förskjutits mot arbetslivet, eftersom sjukfrånvaro ofta beror på brister i arbetsmiljön. Det är dessutom i regel på arbetsplatsen som sjukfrånvaro och behov av rehabilitering uppmärksammas först. Det bedrivs även alltmer forskning om arbetsinriktad rehabilitering, men mycket sällan könsteoretisk forskning med den inriktningen. Den mycket begränsade forskning som finns visar dock att kvinnor missgynnas vid arbetsrehabilitering.

Resultaten från en undersökning i Västerbotten visar att rehabiliteringspersonalen önskade behandla långvarigt sjuka män och kvinnor lika, men att deras förhållningssätt gynnade männen på sådant sätt att deras rehabilitering påbörjades tidigare än kvinnornas och dessutom var mer omfattande. Skillnader i mäns och kvinnors levnadsvillkor och deras betydelse för möjligheterna att rehabilitera långvarigt sjuka blev sällan uppmärksammade. De skillnader i mäns och kvinnors rehabilitering som framkom i denna kvalitativa studie återfinns inte i Riksförsäkringsverkets landsomfattande undersökningar, men tendenserna är likartade.

Med hänsyn till ökade könsskillnader vid långvarig sjukfrånvaro och förtidspensionering anser vi att det är angeläget att uppmärksamma de långsiktiga effekterna av kvinnors och mäns arbetsrehabilitering och att närmare undersöka om den praktiska tillämpningen av socialförsäkringen innebär diskriminering på grund av kön eller andra grunder.

Sjukfrånvaron har varit ett återkommande tema i samhällsdebatten under flera decennier. Sedan slutet av 1980-talet har man framförallt diskuterat kostnadsutvecklingen i sjukförsäkringen och behovet av att minska antalet sjukdagar och därmed kostnaderna. Sjukfrånvaron ökade kraftigt från 80-talets mitt, särskilt de långa sjukfallen medan korta och medellånga sjukfall minskade eller stabiliserades. Trots detta kom debatten i hög grad att handla om kortvarig sjukskrivning och eventuellt missbruk av sjukförsäkringen. Olika myndighetsrepresentanter oroades dock av de stora kostnadsökningarna till följd av ett allt större antal långtidssjuka och förtidspensionerade. Arbetslinjen blev lösningen på problemet. Människor skulle uppmuntras att arbeta genom lägre ersättning vid sjukfrånvaro och större satsningar på rehabilitering.

Det var kvinnor som nyrekryterades till skaran av långa sjukfall. Medan den långa sjukfrånvaron bland män minskade något ökade kvinnornas. Det var framförallt äldre kvinnor och kvinnor i lägre medelåldern som bidrog till ökningen. Det gjordes alltså krafttag för att minska sjukfrånvaron och förutom sänkt sjukersättning skärptes kraven på rehabilitering av långvarigt sjukskrivna. Ansvaret för att samordna rehabiliteringen tilldelades försäkringskassorna och de skulle komma in på ett tidigt stadium av sjukskrivningen. Man skärpte även kraven mot arbetsgivarna och deras skyldighet att försöka rehabilitera sina anställda markerades i och med att sjuklöneperioden infördes 1992.

3.1 Sjukskrivning och förtidspensionering

Sjukfrånvaro och förtidspensionering har minskat eller stabiliserats sedan 90-talets början. Skillnaderna mellan män och kvinnor har däremot ökat på så sätt att andelen långtidssjuka och förtidspensionerade kvinnor ökar, medan männens andel minskar. Det bör därför vara i samhällets intresse att uppmärksamma den rehabilitering som erbjuds långvarigt sjuka män respektive kvinnor.

Sjukfrånvaro 1992-1995

I detta avsnitt redovisas förändringar i sjukfrånvaron 1992-1995. Tidsperioden har valts med hänsyn till ändrade bestämmelser i sjukförsäkringen där avsikten var att minska sjukfrånvaron och effektivisera

rehabiliteringen. I januari 1992 infördes en sjuklöneperiod vilket betyder att arbetsgivaren skall betala sjuklön under de första 14 dagarna i en sjukperiod. Ytterligare regelförändringar av betydelse för sjukfrånvarons omfattning inträffade april 1994 då en karensdag återinfördes i sjukförsäkringen och ersättningen vid sjukfrånvaro sänktes. Sammantaget har detta medfört en minskning av antalet sjukskrivningar.

Den statistik som Riksförsäkringsverket (RFV) har tillgång till i sjukfall som pågått 1-14 dagar omfattar huvudsakligen dem där försäkringskassorna betalar ut ersättning, företrädesvis egna företagare och arbetslösa. Rapporteringen från arbetsgivarna beskrivs som bristfällig och RFV har därför valt att utesluta deras uppgifter ur statistikredovisningen. De korta sjukfallen på 1-14 dagar kommer inte att behandlas här på grund av de beskrivna bristerna i statistikuppgifterna.

De långa sjukfallen, vilka omfattar mer än 60 dagar, har minskat och/eller stabiliserats. 1993 skedde en minskning av långa sjukfall för både män och kvinnor. 1994 ökade antalet sjukfall bland kvinnor med undantag av de allra längsta sjukskrivningarna, överstigande två år, medan antalet sjukfall fortsatte att minska bland män. Som framgår av Diagram 1 hade kvinnor generellt sett fler sjukfall än män under tidsperioden 1992-1995 och könsskillnaderna har ökat sedan 1992.

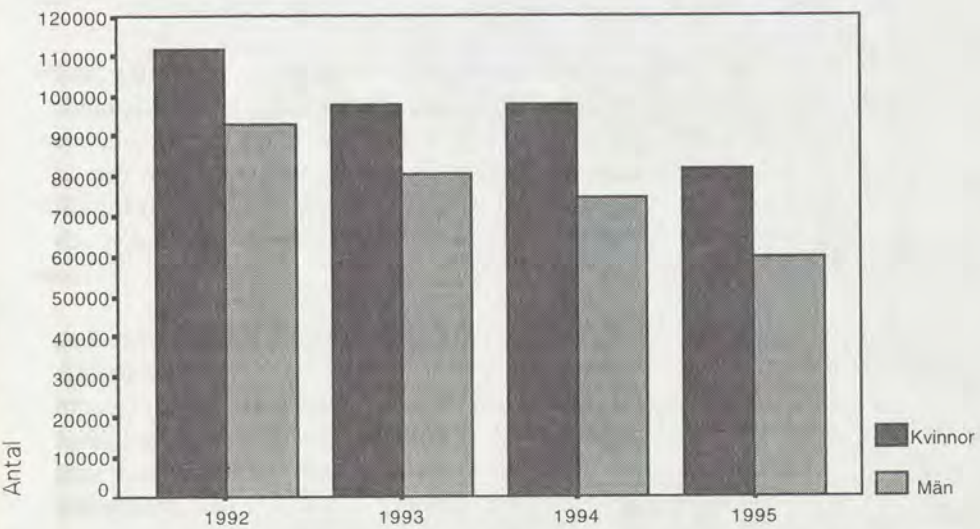


Diagram 1. Sjukfrånvaron överstigande 15 dagar bland kvinnor och män 1992-1995.
Källa: Statistikenheten, Riksförsäkringsverket

RFV:s statistik över sjukfrånvaron och dess utveckling innehåller inga uppgifter om frånvarons orsaker, dvs. sjukdomstyp eller diagnos. Diagnos redovisas däremot i undersökningar om långvarig sjukfrånvaro (se avsnitt 3.3) där det framkommer att den vanligaste orsaken till sjukskrivning är sjukdomar i rörelseorganen. Komplikationer vid graviditet är en vanlig anledning till sjukfrånvaro bland yngre kvinnor.

Det är kvinnor mellan 25 och 54 år som har flest sjukfall 1992-1995. Den höga sjukfrånvaron bland kvinnor under 40 år torde till viss del kunna förklaras av omfattande sjukskrivning till följd av graviditetskomplikationer. Sjukskrivning av kvinnor som är över 40 år får dock antas ha sin grund i andra orsaker. Kindlund finner det troligt att skillnader i mäns och kvinnors sjukfrånvaro beror på olika livsvillkor, biologiska förutsättningar, samt "attityder till sjukdom och frånvaro". Kvinnornas sjukfrånvaro ses först och främst som en naturlig följd av att allt fler kvinnor förvärvsarbetar. I och med att fler människor arbetar finns det fler personer med hälsoproblem på arbetsmarknaden. Långvarig arbetsbelastning i kombination med åldrande kan vara en av orsakerna till de äldsta kvinnornas sjukfrånvaro.

Sjukdom och sjukfrånvaro påverkas av ett flertal olika faktorer och orsakssambanden är komplexa. Kindlund poängterar arbetsmiljöns och familjesituationens betydelse för kvinnors sjukfrånvaro. Kvinnor har lägre inflytande på den egna arbetssituationen än män och de utför ofta arbetsuppgifter som innehåller ensidiga och upprepade rörelser.

Livets krav på män och kvinnor är olika. Kvinnor ansvarar fortfarande för huvuddelen av hushålls- och omsorgsarbetet, trots deras omfattande förvärvsarbete. Kvinnors sjukfrånvaro orsakas alltså inte uteslutande av belastningar i arbetet eller av deras hälsotillstånd, utan den är dessutom beroende av de resurser som kvinnorna kan ha tillgång till för att minska de sammanlagda kraven från arbetet, på fritiden och inom familjen.

Om det finns resurser för avlastning inom familjen kan man lösa dubbelarbetets påfrestningar utan sjukskrivning. Om de personliga resurserna däremot är otillräckliga slår den dubbla belastningen igenom både som långtidsfrånvaro och korttidsfrånvaro. Det visar sig tydligt vid en jämförelse av sjukfrånvaron bland sammanboende kvinnor med barn och ensamstående mödrar. Kvinnor som lever i parförhållanden minskar sin frånvaro ju fler barn de har medan ensamstående mammors sjukfrånvaro ökar i takt med antalet barn. Kindlund menar att "det är inte orimligt att anta att en del av variationerna i sjukskrivningsmönstren mellan dessa två kvinnogrupper i själva verket ger uttryck för

skillnader i deras möjligheter att bygga sig ett drägligt liv". Kvinnor som lever ensamma med sina barn har i motsats till sammanboende kvinnor, inte möjlighet att dela hem- och omsorgsarbete med någon man. De utgör en sårbar grupp även i andra avseenden och har ofta låg utbildningsnivå, okvalificerade arbeten och dålig ekonomi.

Förtidspensioner och sjukbidrag 1992-1995

År 1992 nybeviljades drygt 58.000 förtidspensioner och sjukbidrag och det var dittills det högsta antal som registrerats. Ökningen fortsatte även 1993 till drygt 62.000 för att sedan minska under 1994 till knappt 49.000.

Under 70-talet och första halvan av 80-talet var det övervägande män som fick pension[1], men fr.o.m 1986 har pendeln svängt och kvinnor har tilldelats pension i större utsträckning än män. Diagram 2 visar att majoriteten av de personer som förtidspensionerades 1993 och 1995 var kvinnor.

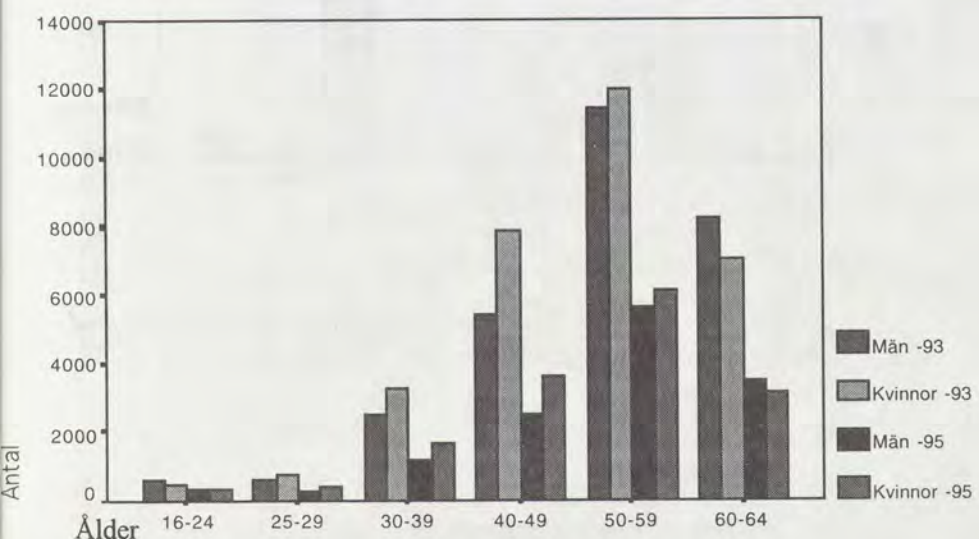


Diagram 2. Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag 1993 och 1995 med uppgift om ålder och kön.
Källa: RFV Informerar Statistikinformation Is-l 1996:1

[1] Pension används som sammanfattande beteckning för sjukbidrag och förtidspension

Under den studerade tidsperioden har kvinnor beviljats pension i något större utsträckning än män. Lite mer än hälften (53 procent) av dem som fick förtidspension eller sjukbidrag 1993-1995 var kvinnor. Ovanstående diagram visar att könsskillnaderna är särskilt framträdande i åldersgrupperna 40-54 år där kvinnorna utgör 56-59 procent. Det är endast de yngsta och äldsta männen som pensioneras i samma omfattning som kvinnor.

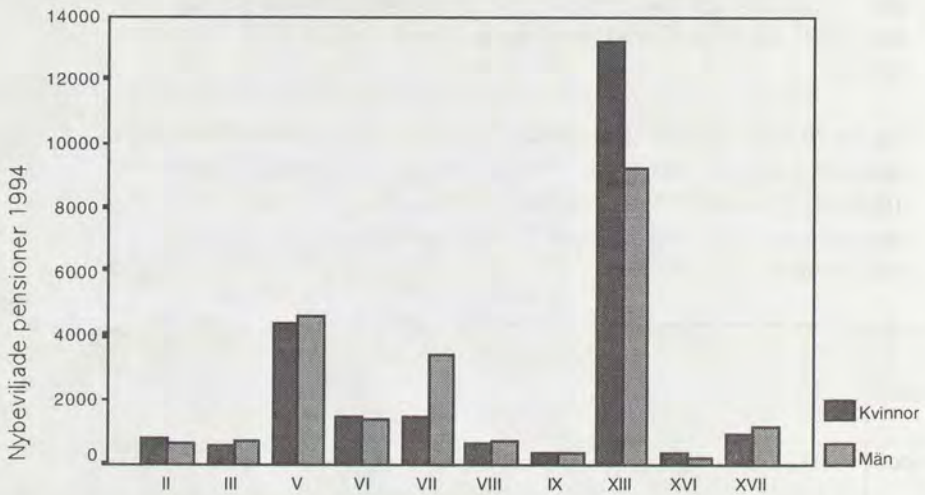


Diagram 3. Nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag 1994 med uppgift om diagnosgrupp[2] och kön.

II	Tumörer
III	Endokrina systemets sjukdomar m.m.
V	Psykiska störningar
VI	Sjukdomar i nervsystem och sinnesorgan
VII	Cirkulationsorganens sjukdomar
VIII	Andningsorganens sjukdomar
IX	Matsmältningsorganens sjukdomar
XIII	Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven
XVI	Symptom och ofullständigt preciserade fall
XVII	Skador och förgiftningar

[2] Klassifikation enligt ICD-9, Systematisk förteckning utgiven av Socialstyrelsen 1987

De medicinska skälen till att kvinnor och män förtidspensioneras är vanligtvis sjukdomar i muskler, skelett och bindväv. År 1992 beviljades hälften av de nya pensionerna till följd av sjukdomar i det muskuloskeletala systemet. Andelen nybeviljade pensioner med dessa diagnoser minskade 1993-1994, men översteg fortfarande 50 procent bland kvinnorna. De tio vanligaste diagnosgrupperna som låg till grund för beslut om pension framgår av Diagram 3.

Sammanfattningsvis har sjukfrånvaro och förtidspensionering minskat i omfattning sedan 1992 både för män och kvinnor. Därmed har samhällets kostnader i samband med sjukskrivning reducerats. Under perioden 1992-95 minskade sjukpenningkostnaderna med 1,7 miljarder kronor[3]. I det avseendet har intentionerna med regelförändringarna i sjukförsäkringen, samt en mer restriktiv prövning av pensionsansökningarna uppfyllts. Däremot har skillnaderna i mäns och kvinnors sjukfrånvaro och förtidspensionering ökat och könsskillnaderna är särskilt tydliga i åldersgruppen 40-54 år.

3.2 Rehabilitering – ett mångtydigt begrepp

Det som förenar olika former av rehabilitering är att man riktar sig till människor som på olika sätt och av olika skäl befinner sig i utsatta situationer. I fokus för myndigheternas intresse och aktiviteter finns alltid en enskild person som bedöms vara i behov av samhällets stödinsatser. Rehabiliteringens form, inriktning och avsikter kan däremot vara av fundamentalt olika slag, något som även återspeglas i rehabiliteringsbegreppets mångtydighet.

Rehabilitering i dess ursprungliga betydelse innebär någon form av aktivitet eller verksamhet för att personen ifråga skall återfå eller få duglighet. Det betyder vanligtvis att individen ställs inför krav på förändring eller återanpassning till det existerande samhällssystemet och ett s.k. normalt samhälls- eller arbetsliv. Men rehabiliteringens syfte kan även vara nästintill det motsatta genom att man försöker tillgodose individens behov av att få upprättelse och sin värdighet tillbaka.

[3]Uppgift från Statistikenheten, Riksförsäkringsverket.

Rehabiliteringsbegreppet har förändrats från att uteslutande ha ett medicinskt innehåll till att även omfatta sociala, psykologiska och arbetsorganisatoriska aspekter. Jeppsson-Grassman menar att rehabilitering tidigare dominerades av medicinska åtgärder, men att "sjukdomen översatts och omdefinierats till arbetets föreställningsvärld". Tyngdpunkten i rehabiliteringsprocessen har förskjutits mot arbetslivet eftersom sjukfrånvaro ofta beror på brister i arbetsmiljön och det är i regel på arbetsplatsen som sjukfrånvaro, samt behov av rehabilitering uppmärksammas först.

I betänkandet Tidig och samordnad rehabilitering (SOU 1988:41) föreslogs en definition av rehabiliteringsbegreppet där förskjutningen från medicinsk till arbetsinriktad rehabilitering blir tydlig.

> *"Med rehabilitering avses en sammanhängande process som syftar till att återge den som drabbas av sjukdom eller av annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar att leva ett självständigt liv. En rehabiliteringsåtgärd kan avse förändringar av den försäkrades arbetsförhållanden eller vara av medicinsk, psykologisk eller social art. Rehabiliteringsåtgärden skall planeras efter samråd med den försäkrade och utgå från hans individuella förutsättningar och behov".*

Rehabiliteringsbegreppets förändrade och utvidgade innehåll speglar förändringar i den politiska och praktiska verkligheten. Politiska beslut har lett till ökad satsning på rehabilitering, bland annat i syfte att minska sjukfrånvaron och samhällets kostnader. Den ursprungliga, medicinskt inriktade rehabiliteringen har fått ett oräkneligt antal förgreningar eller utväxter som trots detta, kan inrymmas i de olika huvudgrupperna medicinsk, social och arbetsinriktad rehabilitering. I något slags försök att knyta samman dessa olika förgreningar betonas nödvändigheten av samarbete mellan olika rehabiliteringsaktörer och olika yrkesgrupper som arbetar med rehabilitering i någon form. Försäkringskassorna har getts huvudansvaret för att samordna den arbetsinriktade rehabiliteringen av människor som är långvarigt sjukskrivna och ansvaret för att vidta nödvändiga åtgärder åvilar i första hand arbetsgivarna.

Rehabiliteringsforskning

Rehabilitering framställs vanligtvis som ett könsneutralt fenomen. De långvarigt sjuka kvinnor och män som skall rehabiliteras blir inte synliggjorda och i de fall kön nämns åsyftas vanligtvis en person av manligt kön (se ovanstående definition). Hetzler uttrycker det som att vi inte har "vant oss vid att se män och kvinnor i socialförsäkringssystemet, utan könsneutrala försäkrade". Hon menar i likhet med kvinnovetenskapliga forskare, att den statliga socialpolitiken reproducerar och ibland förstärker kvinnors underordnade ställning, eftersom den återspeglar de makt- och könsskillnader som redan finns i samhället. Hetzler ställer frågan om det finns "diskrimineringsmekanismer i socialförsäkringssystemet som kommer till uttryck vid utgivande av handikappersättning". Rätten till ersättning på grund av handikapp är liksom rätten till ersättning vid sjukdom och rehabilitering, könsneutral. Det innebär en formell jämställdhet som återfinns "på en lång rad områden i samhällslivet där faktisk könsdiskriminering av kvinnor har påvisats".

I studien av försäkringskassornas beslut om handikappersättning finner Hetzler att reglerna tillämpas på ett sådant sätt att handikappade kvinnor diskrimineras. Att män beviljas ersättning i större utsträckning och med högre belopp än kvinnor kan inte motiveras av deras handikapp och hon frågar sig om det är en "systematisk, om än omedveten, diskriminering på könsmässig grund".

Rehabiliteringsforskning med ett könsteoretiskt perspektiv är ovanligt. Vetenskapliga undersökningar där rehabilitering relateras till kön är fortfarande av förhållandevis liten omfattning och internationell, könsteoretisk forskning handlar för det mesta om personer med ett visst handikapp eller en viss sjukdom. Forskning om arbetsinriktad rehabilitering förekommer i ännu mindre utsträckning och könsteoretisk forskning med den inriktningen finns knappast alls. I en amerikansk undersökning om förmåner för handikappade konstateras dock att kvinnor missgynnas vid arbetsrehabilitering eftersom kvinnor får färre och mindre generösa förmåner (Kutza 1981). I en undersökning utförd på uppdrag av ILO (International Labour Organisation) fann Stace i likhet med Kutza, att kvinnor med handikapp verkar bli erbjudna färre möjligheter, ha lägre krav och acceptera en högre grad av beroende än deras handikapp kan motivera. Stace anser att tillgänglig forskning om den sociala och ekonomiska ställningen för kvinnor med handikapp visar att de har begränsad tillgång till anställning på grund av det dubbla handikappet att vara både handikappad och kvinna.

Kertz, Werner och Wesser menar att det gemensamma för flertalet svenska studier om rehabilitering är att analyserna har sin utgångspunkt i offentliga direktiv eller problemformuleringar och att mycket sägs vara oklart inom den offentliga utvecklingen. Författarna anser att forskarna kan ha bidragit till "förvirring och komplicering av problematiken i flera avseenden" eftersom de inte utvecklat och fördjupat sig i oklarheter om beröringspunkter mellan statliga delmål och det offentliga rehabiliteringsmålet. Vanligtvis presenteras en allmän bild av "rehabiliteringsfrågan" innan man ger sig i kast med undersökningens specifika problemformulering. Detta tillvägagångssätt har resulterat i att teoriutvecklingen på makronivå har blivit lidande. Författarna ger även exempel på hur allmänna uppfattningar får sanningskaraktär till följd av bristande begrepps- och teoriutveckling. I litteratur om rehabilitering förekommer upprepade gånger hänvisningar till den s.k. rehabiliteringspotentialen och utifrån den argumenterar man för behovet av tidiga insatser vid rehabilitering. Forskarna är däremot inte överens om nyttan av tidiga rehabiliteringsinsatser vid sjukfrånvaro och Marklund nämner bl.a. två danska undersökningar som visar att tidiga insatser kan vara tveksamma eftersom de snarast ledde till att antalet förtidspensionärer ökade (1995:108).

Rehabiliteringsforskning blir en spegelbild av 'rehabiliteringspraktiken', med en mängd förgreningar åt olika håll, dock med den skillnaden att det saknas samordning inom forskningen. Hetzler (i Kerz m.fl.) uttrycker det som att forskare inom området "arbetar med skygglappar", att "kommunikationen mellan olika forskare, forskargrupper, forskningsinriktningar och traditioner är mycket begränsad".

3.3 Olikheter i kvinnors och mäns rehabilitering

Jeppsson-Grassman ställer sig frågan om rehabilitering har blivit "en av vår tids centrala metaforer" och hon menar att det kan symbolisera samhällets syn på problem och behov av åtgärder. Dess medicinska innehåll har ersatts av ett begrepp som alltmer definieras i förhållande till människors möjligheter att försörja sig genom eget arbete, men den medicinska referensramen finns fortfarande kvar. Enligt Jeppsson-Grassman förmedlar ordet rehabilitering bilder av översyn och effektivisering av trasiga människor m.m. och i det sammanhanget blir rehabilitering av sjuka människor en tydlig markering av upprustningen

av "vårt försoffade välfärdssamhälle". Bortsett från dessa mer pragmatiska motiv för olika rehabiliteringsinsatser bygger ändå själva idén om rehabilitering på att människor tros fara väl av att försörja sig genom eget arbete, något som vanligtvis bekräftas av dem som erbjuds sådana insatser. Rehabilitering kan med andra ord, både vara till nytta för samhället och till gläjde för den enskilde.

I det följande presenteras resultat från forskning om arbetsinriktad rehabilitering av långvarigt sjukskrivna. Resultaten som redovisas bygger på följande fyra undersökningar:

- En kvantitativ studie av fyra lokala rehabiliteringsgrupper och 121 klienter[4]
- En kvalitativ undersökning av könsskillnader vid arbetsrehabilitering av 23 långvarigt sjukskrivna kvinnor och män
- Två riksomfattande undersökningar om långvarig sjukskrivning och rehabilitering

Samtliga studier undersöker myndigheternas ansträngningar att hjälpa kvinnor och män som är långvarigt sjuka tillbaka i arbete, men med den skillnaden att två av dem beskriver förhållanden i Västerbotten och två studerar rehablitering av långtidssjukskrivna i hela riket.

Vilka blir långvarigt sjuka?

Långtidssjukskrivna män och kvinnor, vilka ingår i de studier som redovisas här liknar varandra i flera avseenden. De är ofta lågutbildade och har arbetat med fysiskt ansträngande arbetsuppgifter i många år. De manliga klienterna har inte sällan gått någon yrkesinriktad utbildning efter grund- eller folkskolan för att sedan arbeta som facklärda arbetare i varuproduktionen. Kvinnorna saknar i stor utsträckning yrkesutbildning och de har huvudsakligen arbetat inom tjänstesektorn som icke facklärda arbetare. Dessa män och kvinnor är ofta mellan 40 och 50 år när de blir långvarigt sjuka och har då vanligtvis problem med smärtor i rygg, muskler och leder. I denna grupp återfinns sällan några personer med akademisk examen. De långtidssjuka som erbjuds rehabilitering av försäkringskassorna är personer som hänvisats till arbeten där risken för utslitning i förtid är stor.

[4] Klienter används liktydigt med personer som är långvarigt sjukskrivna.

De lokala rehabiliteringsgrupperna och deras klienter

Undersökningen av de lokala rehabiliteringsgrupperna genomfördes i slutet av 80-talet. Avsikten med studien var främst att undersöka samarbetet mellan olika aktörer som medverkade i dessa grupper, resultatet av deras arbete och hur detta uppfattades av de sjukskrivna klienterna. Den granskning som gruppernas arbete därmed utsattes för visade även att långvarigt sjukskrivna män och kvinnor behandlades olika av myndigheterna som medverkade i deras rehabilitering. Myndigheternas representanter tog vanligtvis kontakt direkt med männen och de erbjöds konkreta åtgärder som utbildning eller arbete, medan kvinnorna lämnades mer åt sitt öde och sin eventuella förmåga att klara sig på egen hand. Man talade inte heller med kvinnorna utan man talade om dem. Många blev slutligen pensionerade, såväl kvinnor som män, och kvinnorna i högre utsträckning än männen.

Könsskillnader vid rehabilitering av sjukskrivna i Västerbotten

Vid undersökningen av de lokala rehabiliteringsgrupperna var den primära avsikten inte att studera eventuella könsskillnader vid rehabilitering, men forskarna kunde inte undgå att uppmärksamma att det förekom sådana. I syfte att undersöka detta fenomen närmare genomfördes därför en kvalitativ undersökning av långvarigt sjuka kvinnor och män i Västerbotten. Undersökningen pågick i ett års tid, 1992-1993 och den omfattade återkommande intervjuer med de sjukskrivna, samt avslutande intervjuer med tjänstemän och vårdpersonal. Syftet med studien var att undersöka i vilka avseenden män och kvinnor behandlades olika vid rehabilitering, vad det kunde bero på och om skillnader i deras livssituation kunde motivera att de behandlades olika.

De långvarigt sjuka som medverkade i undersökningen liknar på många sätt andra långtidssjuka. Studien omfattar intervjuer med 23 personer i 40-års åldern, elva kvinnor och tolv män som hade varit sjukskrivna i ungefär 1,5 år. Intervjupersonerna var i genomsnitt något yngre än långtidssjuka i allmänhet, men i övrigt fanns det många likheter. De hade besvär i rygg, muskler och leder, var lågutbildade och hade arbetat med fysiskt ansträngande arbetsuppgifter under många år.

För de sjukskrivna handlade rehabilitering dels om *vad* som gjordes, dels *hur* det gjordes, dvs. hur de blev bemötta av tjänstemän och vårdpersonal som skulle hjälpa dem. I allmänhet menade klienterna att det

uträttades lite och det tog lång tid innan det verkligen inträffade någonting. De fick lov att vara aktiva själva för att det överhuvudtaget skulle hända någonting. Dessutom var det onödigt mycket krångel med papper hit och dit, oanträffbara tjänstemän och många byten av handläggare på arbetsförmedlingen och försäkringskassan. Det kändes som att man 'bollades' hit och dit och att ingen egentligen ville veta av en.

De manliga klienterna tenderade att påbörja sin rehabilitering tidigare än kvinnorna och vanligtvis med omskolning. Kvinnornas rehabilitering inleddes något senare och oftast med arbetsträning.

När de sjukskrivna berättade om sin rehabilitering riktade de stark kritik mot tjänstemännen på arbetsförmedlingen och försäkringskassan. Männen besvärades framförallt av att andra personer styrde och ställde med deras liv, att de inte fick bestämma själva vilken utbildning de skulle gå osv. Kvinnorna framförde sin kritik på ett mer lågmält sätt och de var inställda på en dialog med myndigheternas representanter. Men de kunde bli både ledsna och besvikna när de möttes av ringa förståelse och liten respekt.

Kontakten med myndigheterna kunde även vara präglad av kamp när klienten uppfattades som obekväm eller protesterades mot deras förslag. Det gällde att hitta något slags balans för att inte uppfattas som besvärlig. Kvinnorna fick inte vara för påstridiga, men ändå var det nödvändigt att "ha skinn på näsan" för att undvika at hamna i "andra sorteringen". Däremot uttalades många berömmande ord om läkarna, över deras förståelse och hjälpsamhet. Superlativen staplades på varandra och doktorn var noggrann, medmänsklig och en "bra människa" eller t.o.m. "den enda som gjort något och som har haft tid att lyssna".

Kvinnorna ville bli tagna på allvar, att rehabiliteringspersonalen skulle lyssna, engagera sig och bry sig om dem och sådana personer hittade de inte sällan i vården. Annars gick det ofta trögt och några kvinnor beskrev hur de nästan fick "tigga och be" för att få hjälp och det kunde kännas som att man var "ett problem som dom inte ville ta itu med".

Undersökningen avslutades med intervjuer av tjänstemän och vårdpersonal som varit särskilt betydelsefulla för de sjukskrivna, antingen i positiv eller negativ bemärkelse. Urvalet baserades på klienternas erfarenheter av rehabiliteringspersonalen och nio män, samt tio kvinnor intervjuades och av dem var:

- sex läkare
- tre kuratorer
- tre handläggare på försäkringskassan

- tre tjänstemän på arbetsförmedlingen
- två kommunanställda personalhandläggare
- en biträdande vårdhemsföreståndare
- en mentalskötare

Vid intervjuerna med rehabiliteringspersonalen framkom att de helst ville hjälpa samtliga som var långvarigt sjukskrivna, men att det inte var möjligt med hänsyn till hinder hos individen, situationen på arbetsmarknaden och tillståndet i samhället i övrigt. Eftersom det saknades resurser blev man tvungen att göra något slags val eller åtminstone en prioriteringsordning, och i det sammanhanget föredrog man människor som var lätta att rehabilitera. Det ideala rehabiliteringsfallet som framtonade ur deras berättelser var en person som inte varit sjukskriven för länge, som var positiv och kunde ta egna initiativ och som framförallt var starkt motiverad att återgå i arbete.

Personalens beskrivning av det ideala rehabiliteringsfallet saknar kön. De uttryckte sig inte heller i sådana termer, utan man talade om de sjukskrivna som individer. De professionella som intervjuades intog ett könsneutralt förhållningssätt, både i förhållande till sig själva, de sjukskrivna och omvärlden. De menade med andra ord att deras eget och klientens kön saknade betydelse för möjligheten att rehabilitera honom eller henne. I de fall det blev skillnader mellan mäns och kvinnors rehabilitering ansågs det bero antingen på individen eller på faktorer i samhället som rehabiliteringspersonalen inte kunde påverka, men inte på kön.

Rehabiliteringspersonalen återkom i olika sammanhang till hur viktigt det var att de sjukskrivna var arbetsmotiverade. Saknades viljan att arbeta var det mycket svårt att lyckas med deras rehabilitering. De hade däremot sällan frågat klienterna om de ville arbeta, utan det tog man för givet.

Undersökningen innehåller flera olika frågeställningar om de sjukskrivnas inställning till arbete. Samtliga klienter ville ha ett förvärvsarbete, ibland till nästan villket pris som helst. Att bli förtidspensionerad skulle kännas "som att gå i graven" och man skulle bli helt "förstörd". Det var kort uttryckt, "det värsta som kunde hända".

Såväl män som kvinnor ville förvärvsarbeta, men de flesta var inte beredda att ta vilket jobb som helst. Arbetet skulle kännas meningsfullt och trivseln med arbetskamraterna var viktig. De kvinnliga klienternas syn på förvärvsarbete skiljde sig påtagligt från männens. Förvärvsarbete relaterades till levnadsvillkoren i övrigt och det var för dem

en del i en helhet som visserligen var viktigt, men det var inte allt. Arbetet utanför hemmet fick inte vara på bekostnad av hälsa, familj och barn. Skillnaderna förstärktes i klienternas beskrivning av sjukrollen. Sjukdom undanröjde inte kraven på kvinnorna att utföra oavlönat hemarbete medan männen snarast blev undersysselsatta. I klienternas berättelser om sina behov av hjälp framträder könsskillnaderna mycket tydligt när männen frågar efter rättigheter, inflytande, faktaupplysningar och information medan kvinnorna efterlyser någon att prata med, en god lyssnare som visar förståelse och respekt.

De kvinnliga klienternas hjälpbehov uttrycker både maktlöshet och underordning. De ville att rehabiliteringspersonalen skulle lyssna på dem, visa förståelse och de var mycket tacksamma om det inträffade. Männens behov av hjälp var mer konkreta och handfasta, och de besvärades om de tvingades in i en underordnad position som begränsade deras självbestämmanderätt. I likhet med kvinnorna kunde de manliga klienterna uppskatta att tala med någon, men det framställdes inte som ett behov eller något som de behövde vara tacksamma för.

De kvinnliga klienterna skall inte uppfattas som offer för rådande omständigheter. De visade på många olika sätt att de var aktivt handlande subjekt. Däremot kunde de inte undgå att påverkas av sina faktiska omständigheter, vilket blir särskilt tydligt i deras inställning till förvärvsarbete. De behövde både ett avlönat arbete och tillräckligt med tid och ork för att utföra det oavlönade omsorgsarbetet.

Riksförsäkringsverkets studie 1986-1991[5]

Riksförsäkringsverket har undersökt försäkringskassornas arbete med långvarigt sjuka och deras rehabilitering sedan mitten av 1980-talet. I en av dessa undersökningar, vilken ingår i det s.k. LS-projektet, har man studerat faktorer som leder till långvarig sjukskrivning, försäkringskassornas och andra aktörers agerande, förekomsten av rehabilitering, samt resultaten för individen och samhället. Undersökningen innehåller uppgifter om 3.000 personer som varit långvarigt sjukskrivna vid något tillfälle 1986-1991. De resultat som redovisas här baseras på enkätuppgifter från försäkringskassorna om 853 rehabiliteringsärenden, samt intervjuer med 2.030 sjukskrivna. Av de personer som intervjuades i undersökningen var 57 procent kvinnor och

[5] Källa: Ingegärd Bäckström, manuskript 1996

43 procent män. Medelåldern för kvinnor respektive män var 42 och 48 år. I övrigt liknar dessa långvarigt sjuka i allt väsentligt den beskrivning som givits i ansnitt Vilka blir långvarig sjuka? (s. 85).

Uppgifterna från försäkringskassornas personal och de långvarigt sjukskrivna skiljde sig åt på flera väsentliga punkter. Intervjupersonerna bekräftade t.ex. inte att de besvärades av psykiska störningar i den omfattning som försäkringskassepersonalen uppgav och i många fall överensstämmer inte uppgifterna om rehabilitering i sjukfallen. Beskrivningarna av försäkringskassornas insatser vid rehabilitering var inte heller desamma, liksom uppfattningarna om förekommande könsskillnader. Intervjupersonerna kunde inte påminna sig att försäkringskassorna hade en sådan framträdande och aktiv roll i rehabiliteringen som redovisas i enkätsvaren från kassorna. De ansåg inte heller att könsskillnaderna vid rehabilitering var lika framträdande som kassapersonalen.

Försäkringskassan hade kontakt med majoriteten av de långvarigt sjukskrivna och drygt hälften kunde påminna sig att de hade fått någon slags hjälp. Däremot förefaller den arbetsinriktade rehabiliteringen ha varit av begränsad omfattning eller också har den satt mycket otydliga spår i de sjukskrivnas minne. Ungefär en fjärdedel av intervjupersonerna kunde påminna sig att de hade fått någon slags arbetsrehabilitering och 60 procent av dem återgick i någon form av arbete.

När det gäller resultaten från intervjuundersökningen är skillnaden i rehabiliteringsinsatser för män, respektive kvinnor liten. De långvarigt sjukskrivna kvinnor och män som intervjuades beskriver i liten utsträckning skillnader i rehabiliteringen som kan relateras till kön. Materialet innehåller tendenser till könsskillnader som att de långvarigt sjuka männen blev erbjudna hjälp och arbetsrehabiliterades i större utsträckning än kvinnorna, men skillnaderna mellan könen är små och inte statistiskt säkerställda.

I enkätuppgifterna från de anställda på försäkringskassorna blir kassans roll mer framträdande, arbetsrehabiliteringen mer omfattande och könsskillnaderna tydligare. Resultaten från enkätundersökningen visar att 24 procent av de sjukskrivna fick förslag om rehabilitering från försäkringskassan och att de vanligtvis erbjöds arbetsträning för att komma tillbaka i arbete. Kvinnorna föreslogs arbetsträning i större utsträckning än männen och männen rekommenderades utbildning i högre grad än kvinnorna. De föreslagna rehabiliteringsåtgärderna framgår av Diagram 4, där skillnaden mellan könen är statistiskt signifikant på 1%-nivån.

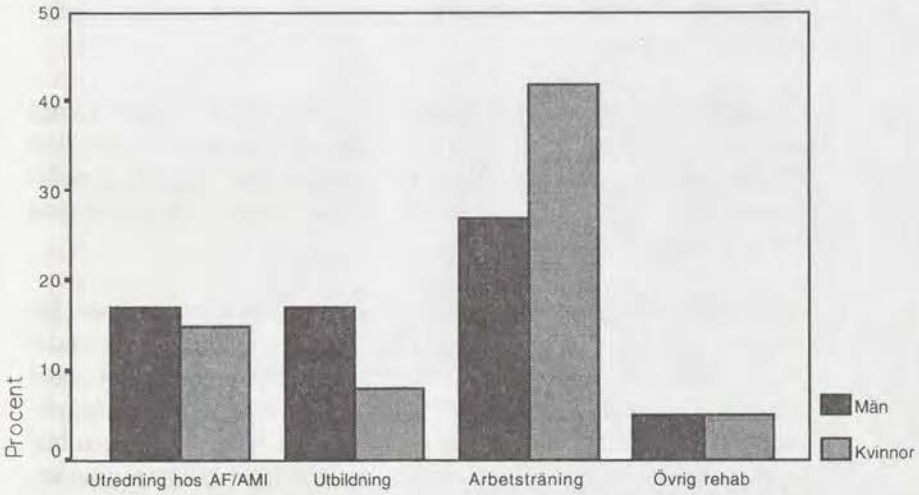


Diagram 4. Försäkringskassornas rehabiliteringsförslag.
Källa: LS-projektets databas, Riksförsäkringsverket.

Riksförsäkringsverkets studie 1991-1994

RFV:s undersökning av försäkringskassornas arbete med långvarig sjukskrivning och rehabilitering, RIKS-LS är en riksomfattande studie av cirka 64.000 sjukfall som påbörjades 1991-1994 och var minst 60 dagar långa. Undersökningen genomfördes för att få tillförlitliga uppgifter om utvecklingen av arbetet med långa sjukfall och rehabilitering i försäkringskassorna, med hänsyn till de stora satsningar som skett sedan 90-talets början i syfte att underlätta återgången i arbete för långvarigt sjuka. I och med att försäkringskassorna fick samordningsansvaret för arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser tillskapades 2.000 nya tjänster för arbete med rehabilitering.

I motsats till LS-projektet omfattar RIKS-LS uteslutande uppgifter som besvarats av anställda på försäkringskassorna. Samtliga lokalkontor i alla län, utom Stockholm, ingår i undersökningen och enkäten innehåller uppgifter om de sjukskrivnas bakgrund, kassans aktiviteter i sjukfallen, vidtagna rehabiliteringsåtgärder och resultaten av rehabiliteringsarbetet.

Vid en jämförelse mellan de långtidssjuka och befolkningen i övrigt konstaterar RFV att de sjukskrivna skiljer sig i flera avseenden från befolkningen i motsvarande ålder. Det fanns en betydligt högre andel kvinnor bland de långtidssjukskrivna, äldre människor, personer med arbetaryrken och arbetslösa.

Drygt hälften (58 procent) av de långtidssjukskrivna var kvinnor. De var i genomsnitt yngre än männen; 65 procent av kvinnorna var under 50 år jämfört med 58 procent av männen. I studien ingår en stor andel kvinnor (12 procent) som sjukskrivits till följd av graviditetskomplikationer, vilket torde förklara kvinnornas lägre ålder. Dessutom blir dessa kvinnor som sjukskrivs under graviditeten vanligtvis inte erbjudna rehabilitering, eftersom arbetsoförmågan bedöms vara av mer tillfällig art. Bland männen finner man fler som är ogifta, arbetslösa och utländska medborgare. Personer med utländsk bakgrund är däremot inte överrepresenterade i gruppen långtidssjuka som helhet.

De långvarigt sjuka som ingår i undersökningen liknar andra långtidssjuka på många sätt. Majoriteten av dem var arbetare, männen var ofta facklärda och arbetade med produktion av varor medan kvinnorna jobbade som icke-facklärda arbetare i tjänsteproduktionen. Många av dem (37 procent) sjukskrevs på grund av muskuloskeletala besvär och kvinnorna i större utsträckning än männen. De sjukskrivnas sjukdomsbild följer även i övrigt ett välbekant mönster med psykiska störningar som sjukdomsgrupp nummer två och därefter sjukdomar till följd av skador och förgiftningar. Det var övervägande män som sjukskrevs till följd av psykiska besvär samt skador och förgiftningar av olika slag.

Sedan 1992 är det arbetsgivarens skyldighet att utreda anställdas behov av rehabilitering och försäkringskassan ansvarar numera endast för rehabiliteringsutredning i de fall den sjukskrivne saknar arbetsgivare. Rehabiliteringsutredning förekom i liten utsträckning i de sjukfall som ingår i RFV:s riksstudie. Rehabiliteringsbehovet utreddes i en tredjedel av sjukfallen, antingen av arbetsgivaren eller försäkringskassan. I de fall där rehabiliteringsutredning genomfördes ledde den i allmänhet inte till några omedelbara, konkreta insatser utan i cirka 40 procent av fallen valde försäkringskassepersonalen att avvakta. Rehabilitering påbörja-

des i hälften av sjukfallen där man antog att det fanns behov av rehabilitering och ungefär i samma utsträckning för män och kvinnor.

De flesta som deltog i arbetslivsinriktad rehabilitering arbetsträinade. Två tredjedelar erbjöds arbetsträning, antingen på den egna arbetsplatsen eller på någon annan arbetsplats. Kvinnorna kunde påbörja sin rehabilitering i genomsnitt 25 dagar före männen. Det kan vara en följd av arbetsgivarnas engagemang i utredningarna av de kvinnliga arbetstagarnas rehabiliteringsbehov i och med att det dessutom var mycket vanligt att kvinnorna fick arbetsträna på den egna arbetsplatsen. Männen påbörjade däremot utbildning i något högre grad än kvinnorna och RFV menar att det finns anledning att uppmärksamma utvecklingen eftersom "utbildning förefaller vara en förhållandevis framgångsrik rehabiliteringsåtgärd" (RFV 1995:68).

De långvarigt sjuka kvinnorna och männen erbjöds och påbörjade rehabilitering i lika stor utsträckning, men däremot blev rehabiliteringsresultaten något olika. Dessa sjukfall avslutades med friskskrivning för 86 procent av männen och 81 procent av kvinnorna medan 15 procent av kvinnorna och 12 procent av männen fick sjukbidrag eller förtidspension. RFV konstaterar att "trots att arbetslivsinriktad rehabilitering hade påbörjats i samtliga dessa fall, var andelen, som avslutades med sjukbidrag eller förtidspension, lägre bland män än bland kvinnor...lägre bland svenskfödda än bland utlandsfödda" (1995:62). Sjukskrivna födda i Sverige rehabiliterades dessutom tidigare och i större utsträckning än personer födda utomlands.

3.4 Diskussion och slutsatser

De skillnader i mäns och kvinnors rehabilitering som framkom i undersökningarna från Västerbotten återfinns inte i RFV:s landsomfattande studier. Det finns likartade tendenser på sådant sätt att männens rehabilitering är något mer omfattande än kvinnornas samt att kvinnor pensioneras i högre grad än män. Skillnaderna mellan könen är små i RFV:s undersökningar och statistiskt säkerställda skillnader mellan män och kvinnor återfinns endast i enkätuppgifterna från försäkringskassorna.

Av detta kan man kanske dra slutsatsen att könsskillnader vid rehabilitering av långvarigt sjukskrivna är sällsynta och att det huvudsakligen rör sig om geografiskt begränsade fenomen. En annan möjlig slutsats är att undersökningarnas skilda syften och olika undersökningsmetoder även får betydelse för undersökningsresultaten. Studien som omfattar sjukskrivna i Västerbotten är en kvalitativ undersökning, vilken genomfördes i syfte att undersöka könsskillnader vid rehabilitering. Det innebär att undersökningsmetoden tillät fördjupning och vidareutveckling av frågor och svar, vilka dessutom fokuserades på könsskillnader i olika avseenden. RFV har haft andra avsikter med sina undersökningar. Man har i första hand valt att undersöka försäkringskassornas arbete med långa sjukfall och rehabilitering. I dessa undersökningar redovisas sjukfallsstatistik och sjukfallen i sig har inget kön. Undersökningsresultaten innehåller sällan uppgifter relaterade till kön och metodanvändningen har inte tillåtit någon vidareutveckling av frågorna i den riktningen.

Under 90-talet har könsskillnaderna ökat vid långvarig sjukfrånvaro och förtidspensionering. Kvinnorna utgör en allt större andel av de långtidssjuka och förtidspensionerade. Det är av den anledningen angeläget att noggrant följa den fortsatta utvecklingen och fästa uppmärksamheten på de långsiktiga effekterna av mäns och kvinnors arbetsinriktade rehabilitering. Vi anser att det finns skäl att närmare undersöka om den praktiska tillämpningen av bestämmelserna i socialförsäkringen innebär diskriminering på könsmässiga eller andra grunder. Fokusering på arbetsinriktad rehabilitering får dock inte medföra att medicinsk rehabilitering av långtidssjuka och förtidspensionerade, av vilka en stor andel är kvinnor med sjukdomar i rörelseorganen, blir lidande och får mindre uppmärksamhet.

4 'Åtgärdbar dödlighet' bland kvinnor och män

Sammanfattning: Det finns skillnader i dödstal mellan män och kvinnor för sjukdomar som hälso- och sjukvården bedömts kunna påverka förloppet av – s.k. 'åtgärdbar dödlighet'. Dessa skillnader har i de flesta fall minskat betydligt under de senaste decennierna, vilket framgår av en undersökning av könsskillnader för ett antal 'åtgärdbara' dödsorsaker hos personer under 70 år som genomförts för perioden 1971-1994.

Den totala dödsrisken i denna åldersgrupp var cirka 80 procent större bland män än bland kvinnor. Denna skillnad har bestått över tiden. För flera av de åtgärdbara sjukdomarna – som tillsammans står för knappt 30 procent av den totala dödligheten – var skillnaderna större i början av tidsperioden med en klar överdödlighet för männen jämfört med kvinnorna. I flertalet fall har emellertid dödstalen minskat kraftigare för män än för kvinnor. För sjukdomar som astma, tuberkulos, bakteriell hjärnhinneinflammation och reumatisk hjärtsjukdom har skillnaderna mellan könen försvunnit helt. De tre sistnämnda diagnoserna har överhuvudtaget blivit mindre vanliga bland befolkningen. Ett likartat mönster med minskade könsskillnader i dödlighet finns även för levercirrhos. För denna sjukdom, som ofta är relaterad till överkonsumtion av alkohol, kvarstår dock viss ökad risk för männen.

För de rökningsrelaterade sjukdomarna lungcancer, kronisk luftrörskatarr och lungemfysem har dödligheten ökat för kvinnorna. Det kan sammanhänga med att det blivit vanligare med rökning hos kvinnor de senaste decennierna. Det finns således ett behov av förebyggande insatser för att minska förekomsten av rökning. För diabetes, högt blodtryck och slaganfall ökade i stället skillnaderna mellan könen.

Sammantaget vill vi peka på behovet av fortsatta undersökningar av hur förebyggande vård och vård vid vissa kroniska sjukdomar bör utformas för att ge god effekt för respektive kön. Forskning kring sociala faktorers betydelse för vårdens resultat är vidare starkt motiverad mot bakgrund av de stora skillnader i 'åtgärdbar dödlighet' som fanns mellan dem som var yrkesverksamma och de som stod utanför arbetsmarknaden.

4.1 'Åtgärdbar dödlighet' som indikator på hälso- och sjukvårdens kvalitet

Metoden att studera 'åtgärdbar dödlighet', dvs. dödlighet i sjukdomar som hälso- och sjukvården bedömts kunna påverka förloppet av, introducerades av en amerikansk forskargrupp under ledning av David D. Rutstein i slutet av 1970-talet. En expertpanel gjorde en bedömning av vilka dödsorsaker som hälso- och sjukvården bör kunna påverka med förebyggande eller behandlande insatser. En ansamling av dödsfall i sådana s.k. 'åtgärdbara' dödsorsaker skall ses som en varningssignal som motiverar en fördjupad undersökning av hälso- och sjukvårdens kvalitet.

Metoden har tillämpats och utvecklats vidare av forskare från flera länder. Exempelvis har en forskargrupp inom EU publicerat två atlaser över regionala skillnader i 'åtgärdbar dödlighet' för ett modifierat urval av dödsorsaker. Vidare har studier över utvecklingen över tid (trenden) i 'åtgärdbar dödlighet' genomförts i flera länder. Exempelvis har Mackenbach studerat utvecklingen för åtgärdbara dödsorsaker i Nederländerna. Han har då funnit en nedgång i dödligheten som var snabbast under perioder efter att innovationer introducerats i hälso- och sjukvården. Det gällde exempelvis för preventiva insatser gällande sjukdomar som slaganfall (cerebrovaskulär sjukdom) och cancer i livmoderhalsen. Han menar att dessa tidsamband kan stärka valet av dessa dödsorsaker som indikatorer på hälso- och sjukvårdens resultat.

I en svensk avhandling vid Socialmedicinska Institutionen i Uppsala från 1993 har metoden anpassats till svenska förhållanden och tillämpats på data från det svenska dödsorsaksregistret 1974-1985. De svenska dödstalen för åtgärdbara dödsorsaker hörde som regel till de lägsta inom EU. Skillnaderna visade sig också vara större för de åtgärdbara dödsorsakerna än för dödligheten totalt. De svenska resultaten var således särskilt gynnsamma när jämförelsen genomfördes för sjukdomar som hälso- och sjukvården bör kunna påverka. I studier från andra länder av 'åtgärdbar dödlighet' har ingen uppdelning gjorts för kön. I den svenska studien genomfördes emellertid en analys av utvecklingen över tid för perioden 1974-1985 med uppdelning på kön. Hos männen hade de behandlingsbara sjukdomarna som helhet en mer gynnsam utveckling än övriga dödsorsaker under perioden. Hos kvinnorna däremot fanns ej någon motsvarande särskilt gynnsam utveckling för behandlingsbara sjukdomar. Hos båda könen fanns en nedgång i dödligheten hos de förebyggbara sjukdomarna jämfört med

den totala dödligheten, lungcancer undantaget. Risken att avlida i dessa sjukdomar minskade således under tidsperioden.

Det kan finnas flera förklaringar till skillnaderna i trenden mellan könen. Skillnaderna kan exempelvis bero på att det är olika dödsorsaker som dominerar hos män och kvinnor inom gruppen behandlingsbara sjukdomar. En annan kan vara att det finns en skillnad i sjukdomsförloppet eller behandlingsrutiner mellan könen. Inom det preventiva området kan tidstrenderna sammanhänga med förändringar i levnadsförhållanden och levnadsvanor hos respektive kön.

Åtgärdbara dödsorsaker som en indikator på hälso- och sjukvårdens resultat och kvalitet har introducerats i svensk hälso- och sjukvård genom en Spri-rapport 1994. Rapporten innehåller dödsorsaksdata för olika tidsperioder och olika landstingsområden 1976 till 1990 för ett urval potentiellt åtgärdbara dödsorsaker. Dödstalen har standardiserats för ålders- och könssammansättningen i de olika landstingen. Därigenom har man tagit hänsyn till att skillnader mellan könen kan påverka resultaten.

4.2 Könsskillnader i 'åtgärdbar dödlighet' i Sverige

Inom ramen för denna utredning har könsfaktorns betydelse för den 'åtgärdbara dödligheten' undersökts vidare. Utvecklingen över tid för dödligheten i de olika åtgärdbara dödsorsakerna har studerats med uppdelning på kön i åldersgruppen 0-69 år från 1971 till 1994. Data över dödsorsaker har hämtats från det svenska dödsorsaksregistret. För att kunna jämföra resultaten över tid har dödstalen standardiserats för åldersammansättningen de olika åren. Vidare har uppgifter om socioekonomiska skillnader hos respektive kön hämtats från en aktuell studie vid Epidemiologiskt Centrum och Socialmedicinska institutionen i Uppsala.

De dödsorsaker som ingår i utredningen presenteras i Tabell 1. Dödsorsakerna har huvudsakligen hämtats från EU-gruppens lista över indikatorer på åtgärdbar dödlighet. Vissa dödsorsaker från den ursprungliga amerikanska listan som även tillämpats av andra forskargrupper ingår också i undersökningen. I enlighet med EU-listan delas

Tabell 1. Dödstalen (årligt antal döda i medel per 100 000 personer) för ett antal potentiellt åtgärdbara dödsorsaker i åldrarna 0-69 år med uppdelning efter kön i Sverige 1971-1994.

ICD-9-kod[1]	Dödsorsak	Dödstal Män	Dödstal Kv	Kvoten för dödstalen Män/Kv	Exempel på åtgärder
Sjukvårdsindikatorer:					
010-018, 137[2]	Tuberkulos	1,5	0.9	1.7	Vaccination Smittspårning Antibiotika
320	Bakteriell hjärnhinne-inflammation	0,5	0,3	1,7	Diagnostik Antibiotika
201	Hodgkin's sjukdom	0,9	0,5	1,8	Upptäckt av fall Kemoterapi Strålterapi
393-398	Kronisk reumatisk hjärtsjukdom	2,6	2,2	1,2	Antibiotika mot streptokockinfektioner Hjärtklaffkirurgi
40I-405	Hypertoni-sjukdomar	1,7	1,1	1,5	Upptäckt och behandling av hypertoni Behandling av komplikationer
430-438	Cerebro-vaskulär sjukdom	24,2	17,8	1,4	Upptäckt och behandling av hypertoni Omhändertagande i akutskede
491, 492	Kronisk luft-rörskatarr, lungemfysem	4,7	2,4	2,0	Prevention Rökstopp
493	Astma	2,7	2,4	1,1	Behandling Akutvård
540-543	Blindtarms-inflammation	0,2	0,1	2,0	Upptäckt av fall, kirurgi
550-553	Bukbråck	0,3	0,4	0,8	Upptäckt av fall Kirurgi innan komplikationer

[1]ICD-8 1971-1986, ICD-9 1987-1994
[2]ICD-8-kod 010-019

574,575,1 576,1[3]	Gallsten Gallblåse-inflammation	0,9	0,7	1,3	Upptäckt av fall Kirurgi innan komplikationer
531, 532	Sår i mag-säck och tolvfingertarm	3,8	1,5	2,5	Diagnostik Behandling
250	Diabetes	5,7	4,0	1,4	Behandling Kostråd
746	Medfödda hjärtmissbild-ningar	2,0	1,7	1,2	Utredning Kirurgi
Hälsopolitiska indikatorer:					
162	Cancer i luftstrupe, luftrör och lungor	26,0	10.5	2.5	Prevention Minskad rökning
571	Levercirrhos	9,2	3.4	2.7	Prevention, behandling av alkoholism
150	Cancer i matstrupe	4,3	0,9	4,8	Alkohol- och rökprevention
E810-E825[4]	Motor-fordons-olyckor	14,1	5,8	2,4	Prevention Akutvård
Övriga indikatorer:					
E950-E959 E980-E989	Självmord och självtill-fogad skada samt ovisshet om uppsåt	33,2	14.2	2.3	Prevention Tidig upptäckt av risksignaler
Alla	Total dödlighet	453,1	253,7	1,8	

dödsorsakerna upp på dem som främst bedömts vara möjliga att påverka med olika medicinska insatser, såsom tidig upptäckt och behandling (sjukvårdsindikatorer) dels sådana som var möjliga att påverka med bredare hälsopolitiska insatser (hälsopolitiska indikatorer). Blindtarmsinflammation, gallstenssjukdom och astma är exempel på sjukdomar som definierats som indikatorer på vårdens resultat

[3]ICD-8-kod 574-575
[4]ICD-8kod E810-E823

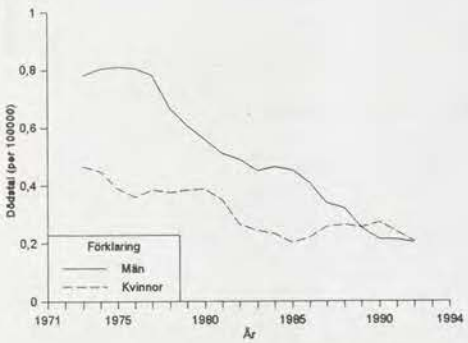
medan lungcancer, levercirrhos och motorfordonsolyckor bedömdes vara indikatorer på utfallet av hälsopolitiken. För varje sjukdom finns angivet exempel på vilka medicinska insatser som skulle kunna minska risken att avlida i sjukdomen. Cancer i matstrupe har tillförts listan som en hälsopolitisk indikator. Denna cancerform påverkas av såväl rökning som alkohol och är den dödsorsak inom cancerområdet som har uppvisat de största regionala skillnaderna i Sverige med en överdödlighet i storstadsområdena. Självmord och självtillfogad skada (samt ovisshet om uppsåt) har tillförts listan som en övrig indikator. För denna dödsorsak har särskilda preventiva program utformats inkluderande åtgärder inom såväl sjukvård som andra samhällssektorer. Resultaten presenteras i form av figurer för de åtgärdbara dödsorsaker där könsskillnaderna förändrades signifikant över tiden samt för total dödlighet. I figurerna presenteras s.k. glidande femårsmedelvärden. (Medelvärdet för perioden 1971-1975 avläses vid år 1973 i figuren; 1972-1976 vid år 1974 osv.).

Undersökningen baseras på den underliggande dödsorsaken, dvs. den sjukdom som startat den kedja av händelser som lett fram till dödsfallet. Ibland anges även en eller flera bidragande dödsorsaker på dödsbevisen. Vissa kroniska sjukdomar förekommer relativt ofta som bidragande dödsorsak. Den underliggande dödsorsaken har emellertid visat sig vara en god indikator på skillnader i dödligheten även för dessa sjukdomar. För diabetes genomfördes för åren 1982-1991 en fördjupad analys där alla dödsorsaker på dödsbevisen (s.k. multipla dödsorsaker) togs med i beräkningarna. Trenden för respektive kön var samma oavsett om den underliggande eller multipla dödsorsaker användes.

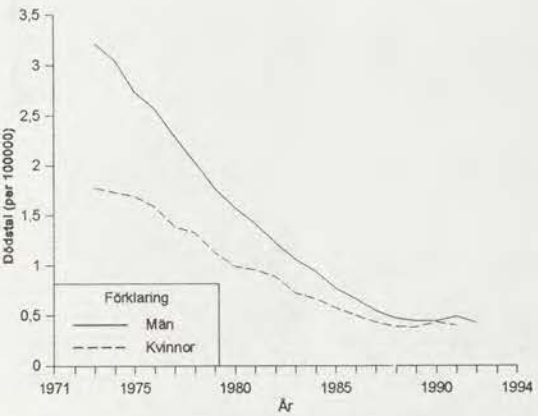
Genomgående var dödligheten i den studerade åldersgruppen (0-69 år) större bland män än bland kvinnor. De vanligaste åtgärdbara dödsorsakerna var självmord (eller ovisshet om uppsåt), lungcancer, cerebrovaskulär sjukdom, samt motorfordonsolyckor, dvs. huvudsakligen preventivt åtgärdbara dödsorsaker. De största skillnaderna mellan könen fanns för de hälsopolitiska indikatorerna samt för självmord och sår i magsäck och tolvfingertarm. Bland dessa dödsorsaker var dödligheten två till fem gånger större hos männen än hos kvinnorna. För flera av dödsorsakerna förändrades emellertid skillnaden signifikant mellan könen under tidsperioden.

Ett återkommande mönster var att dödstalen minskade för båda könen men att nedgången var kraftigare hos männen vilka startade från en högre nivå. På detta sätt minskade således könsskillnaderna i dödlighet. Detta mönster återfanns hos flera av de behandlingsbara sjukdomarna,

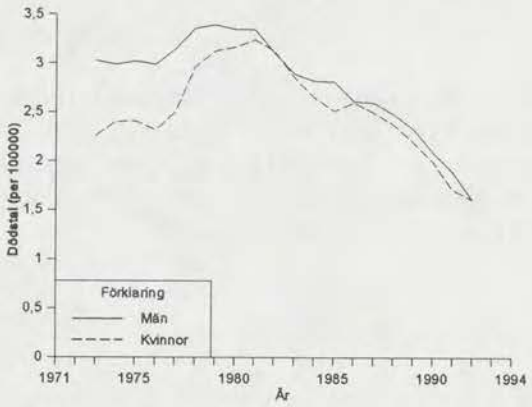
såsom bakteriell hjärnhinneinflammation (Figur 1), tuberkulos (Figur 2), astma (Figur 3) och kronisk reumatisk hjärtsjukdom (Figur 4). För dessa har könsskillnaderna i stort sett försvunnit vid periodens slut dvs. 1990-1994. Ett likartat mönster fanns även för levercirrhos för vilken viss ökad risk emellertid kvarstår hos männen (Figur 5).



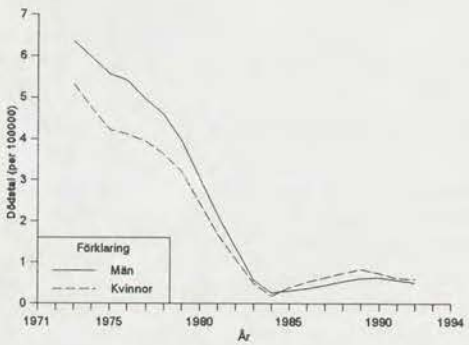
Figur 1. Trenden för dödstalet[1] i bakteriell hjärhinneinflammation i åldersgruppen 0-69 år i Sverige 1971-1994 efter kön.
[1]glidande femårsmedelvärden, standardiserat för ålder.



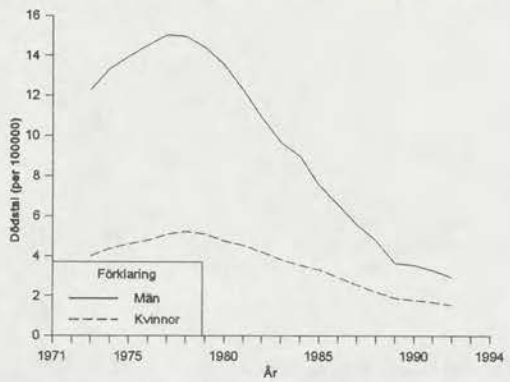
Figur 2. Trenden för dödstalet[1] i tuberkulos i åldersgruppen 0-69 år i Sverige 1971-1994 efter kön.
[1] glidande femårsmedelvärden, standardiserat för ålder.



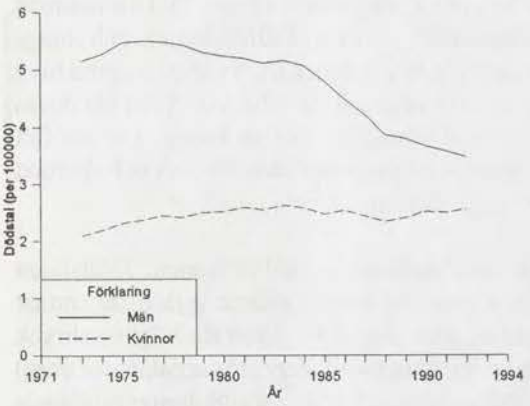
Figur 3. Trenden för dödstalet[1] i astma i åldersgruppen 0-69 år i Sverige 1971-1994 efter kön.
[1]glidande femårsmedelvärden, standardiserat för ålder.



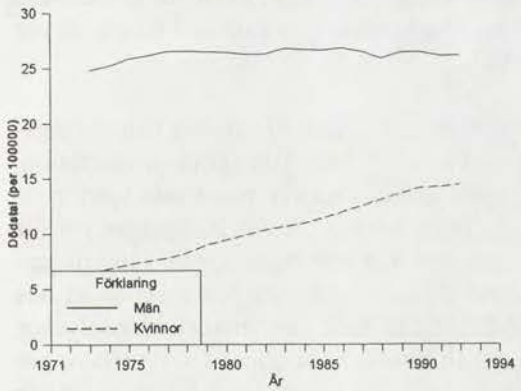
Figur 4. Trenden för dödstalet[1] i kronisk reumatisk hjärtsjukdom i åldersgruppen 0-69 år i Sverige 1971-1994 efter kön.
[1]glidande femårsmedelvärden, standardiserat för ålder.



Figur 5. Trenden för dödstalet[1] i levercirrhos i åldersgruppen 0-69 år i Sverige 1971-1994 efter kön.
[1]glidande femårsmedelvärden, standardiserat för ålder.



Figur 6. Trenden för dödstalet[1] i kronisk luftrörskatarr och lungemfysem i åldersgruppen 0-69 år i Sverige 1971-1994 efter kön.
[1]glidande femårsmedelvärden, standardiserat för ålder.



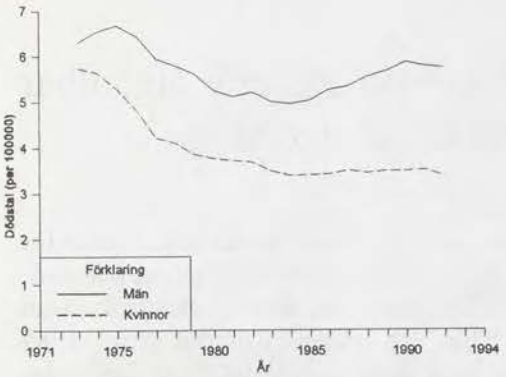
Figur 7. Trenden för dödstalet[1] i cancer i luftstrupe, luftrör och lungor i åldersgruppen 0-69 år i Sverige 1971-1994 efter kön.
[1]glidande femårsmedelvärden, standardiserat för ålder.

Hos kvinnorna ökade dödligheten signifikant i kronisk luftrörskatarr och lungemfysem (Figur 6) samt i lungcancer (Figur 7). Hos männen däremot minskade dödligheten i kronisk luftrörskatarr och lungemfysem. Lungcancerdödligheten hos männen låg kvar på samma nivå även om det fanns en tendens till något ökade dödstal. Även för dessa sjukdomar minskade således skillnaderna mellan könen. I dessa fall skedde det emellertid genom att kvinnorna ökade sin risk och därmed närmade sig männens högre dödlighet.

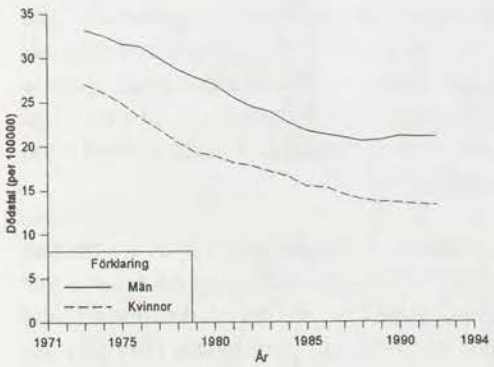
För diabetes ökade däremot skillnaden mellan könen. Dödstalen minskade signifikant hos kvinnorna medan männens dödstal endast visade en svag nedåtgående tendens (Figur 8). Även för högt blodtryck (hypertonisjukdomar) liksom för slaganfall (cerebrovaskulär sjukdom) ökade skillnaderna något mellan könen. För dessa sjukdomar minskade dödstalen hos såväl män som kvinnor men nedgången var något snabbare hos kvinnorna (Figur 9). Skillnaderna var statistiskt signifikanta men ej lika uttalade som för diabetes.

För dödligheten totalt och för flera av de åtgärdbara dödsorsakerna förändrades inte skillnaderna i dödstal mellan könen signifikant. Det vanligaste mönstret var att dödstalen minskade parallellt för de båda könen. Det totala dödstalet minskade med i genomsnitt 0,6 procent per år för båda könen (Figur 10).

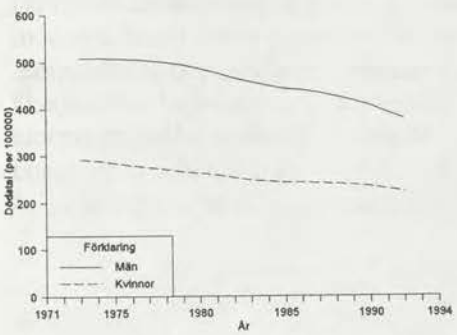
En likartad men kraftigare nedgång återfanns bland flera behandlingsbara sjukdomar såsom Hodgkin's sjukdom, blindtarmsinflammation, bukbråck, gallsten och gallblåseinflammation, medfödda hjärtmissbildningar samt magsår och sår i tolvfingertarmen. Nedgången var för dessa i genomsnitt en procent per år. För magsår och sår i tolvfingertarmen var nedgången under 70-talet kraftigare hos männen än hos kvinnorna. Även för dödsfall till följd av motorfordonsolyckor minskade dödligheten parallellt hos de båda könen (-0.9 procent per år). Detta gällde även för självmorden, även om nedgången där var mindre uttalad; i nivå med dödligheten totalt. För cancer i matstrupe fanns snarast en tendens till ökade dödstal hos båda könen och könsskillnaderna kvarstod.



Figur 8. Trenden för dödstalet[1] i diabetes i åldersgruppen 0-69 år i Sverige 1971-1994 efter kön.
[1]glidande femårsmedelvärden, standardiserat för ålder.



Figur 9. Trenden för dödstalet[1] i hypertonisjukdomar och cerebrovaskulära sjukdomar i åldersgruppen 0-69 år i Sverige 1971-1994 efter kön.
[1]glidande femårsmedelvärden, standardiserat för ålder.



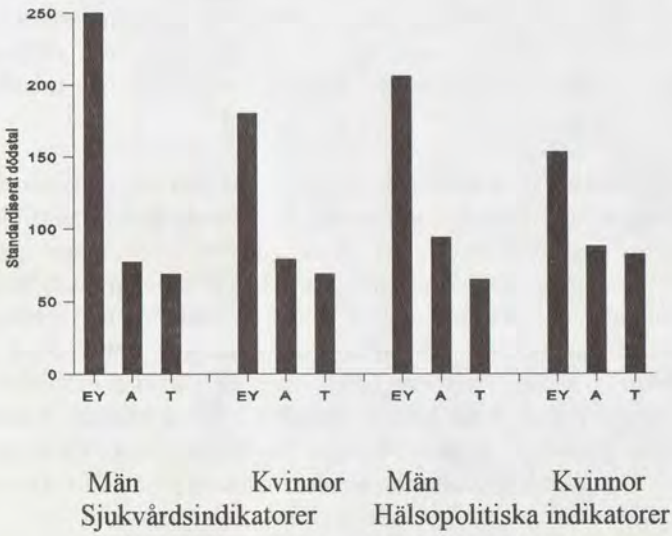
Figur 10. Trenden för det totala dödstalet[1] i åldersgruppen 0-69 år i Sverige 1971-1994 efter kön.
[1]glidande femårsmedelvärden, standardiserat för ålder.

4.3 Socioekonomiska skillnader i 'åtgärdbar dödlighet' hos respektive kön

I en aktuell studie från Epidemiologiskt Centrum och Institutionen för socialmedicin i Uppsala har de socioekonomiska skillnaderna i 'åtgärdbar dödlighet' analyserats för respektive kön. I undersökningen kopplades uppgifter från Folk- och bostadsräkningen (FoB) 1985 samman med uppgifter från dödsorsaksregistret 1986-1990. Den socioekonomiska uppdelningen baserades på folk- och bostadsräkningens uppgifter om vilket yrke de olika personerna hade. Dessa delades in i arbetare, tjänstemän samt i ej yrkesverksamma. Antalet avlidna i respektive grupp under perioden 1976-1990 analyserades med uppdelning på olika dödsorsaker. Undersökningen omfattade alla personer i Sverige i åldersgruppen 21 till 64 år. Analyserna genomfördes med standardisering för ålder. De åtgärdbara dödsorsakerna grupperades i sjukvårdsindikatorer och hälsopolitiska indikatorer enligt samma princip som ovan. Listan är något modifierad jämfört med ovan men följer i stort samma uppläggning.

Enligt FoB var 83 procent av männen och 66 procent av kvinnorna yrkesverksamma år 1985. Cirka hälften av de yrkesverksamma var arbetare och hälften tjänstemän. Bland de ej yrkesverksamma fanns såväl hemarbetande, studerande, personer med sjukbidrag eller förtidspension som arbetslösa. Hos båda könen fanns det stora skillnader i 'åtgärdbar dödlighet' mellan de yrkesverksamma och dem som stod utanför arbetsmarknaden (Figur 11).

De största skillnaderna fanns hos männen där risken att avlida i potentiellt åtgärdbara dödsorsaker var 3,4 (sjukvårdsindikatorer) respektive 2,6 (hälsopolitiska indikatorer) gånger större bland dem som stod utanför arbetsmarknaden jämfört med de yrkesverksamma. Motsvarande siffror för kvinnorna var 2,4 (sjukvårdsindikatorer) respektive 1,8 (hälsopolitiska indikatorer). Bland de yrkesverksamma var variationerna betydligt mindre. Den största skillnaden fanns bland de hälsopolitiska indikatorerna hos männen för vilka arbetarna hade 1,4 gånger större risk.



Figur 11. Åldersstandardiserat dödstal för de totala grupperna av sjukvårdsindikatorer respektive hälsopolitiska indikatorer[1] för åldrar 21 till 64 år i Sverige 1986-1990 efter kön och socioekonomisk grupp (standardiserat dödstal för riket = 100 för respektive kön).
1: Indikatorer enligt referens
EY= Ej yrkesverksamma
A = Arbetare
T= Tjänstemän

Källa: Westerling R, Gullberg A, Rosén M. Socioeconomic differences in "avoidable" mortality in Sweden 1986-1990. Int J Epidemiol 1996;25:560-67. (Publiceras med tillstånd från tidskriften).

4.4 Diskussion och slutsatser

Den åtgärdbara dödligheten studeras som en indikator på hälso- och sjukvårdens resultat och kvalitet. För flera av de potentiellt åtgärdbara dödsorsakerna har skillnaden mellan könen i dödlighet förändrats de senaste decennierna. Någon motsvarande förändring har ej ägt rum för dödligheten i stort. Det förefaller således som om förskjutningar skett mellan könen inom vissa av de områden där hälso- och sjukvården bedömts kunna påverka utvecklingen. Det vanligaste var att skillnaderna mellan könen minskade. I de flesta fall skedde detta genom att

männens dödstal minskade snabbare än kvinnornas. Det förefaller således som om framstegen för flera behandlingsbara sjukdomar inneburit att den överdödlighet som funnits för männen jämfört med kvinnorna minskat och i vissa fall, såsom för astma, bakteriell hjärnhinneinflammation, kronisk reumatisk hjärtsjukdom och tuberkulos försvunnit helt.

För lungcancer och för kronisk luftrörskatarr och lungemfysem fanns en ökning av dödstalen hos kvinnorna. Sannolikt hänger denna ökning samman med den ökade rökningen hos kvinnor under gångna decennier (under det senaste decenniet har rökningen dock minskat både bland män och kvinnor, se avsnitt 5.1). Rökning bör förebyggas genom allmänpreventiva insatser i befolkningen. För kronisk luftrörskatarr och lungemfysem tillkommer en särskild möjlighet för sjukvården. Personer med dessa sjukdomar har upprepade kontakter med sjukvården och kan då informeras om betydelsen av rökstopp. De ökande dödstalen hos kvinnorna pekar emellertid på att den preventiva rådgivningen kan ha haft begränsad effekt hos kvinnorna.

För diabetes och i viss utsträckning även för hypertonirelaterade sjukdomar var resultaten emellertid bättre för kvinnor än för män. Dödstalen i dessa sjukdomar var redan vid periodens början lägre för kvinnor än för män och skillnaderna ökade genom att dödstalen minskade kraftigare för kvinnorna. Även diabetes och hypertoni är kroniska sjukdomar vid vilka patienterna har upprepade kontakter med vården. Vårdens genomförande är till stor del beroende av patienternas aktiva medverkan i behandlingen exempelvis när det gäller kosthållning vid diabetes och medicinering. Goda resultat underlättas om patienterna lär känna sin sjukdom och om de med stöd av vården klarar att anpassa sitt liv till denna. Hur detta sker kan variera mellan könen. Diabetesvården diskuteras vidare i avsnitt 5.3.

Utvecklingen för den 'åtgärdbara dödligheten' är en samlad indikator på hälso- och sjukvårdens insatser för en bättre folkhälsa. Minskade dödstal kan exempelvis bero på att en sjukdom blivit mindre vanligt förekommande och/eller att diagnostik eller behandling förbättrats. Förekomsten av sjukdomen kan i sin tur påverkas av preventiva insatser. Det är således svårt att dra slutsatser om orsakerna till förändringar i dödligheten. Försiktighet i slutsatserna motiveras även av att rutinerna för att fastställa och klassificera dödsorsaker kan förändras över tiden. Förändringar i förekomsten av de åtgärdbara dödsorsakerna kan emellertid vara en utgångspunkt för hypoteser om möjliga förklaringar till förändringen. De skillnader mellan olika grupper, exempelvis mellan könen som upptäcks bör följas upp med

fördjupade studier av kvaliteten i det vårdförlopp som föregått dödsfallen.

Denna utredning pekar på behovet av att undersöka hur vården utformats för vissa kroniska sjukdomar som diabetes och kronisk luftrörskatarr för respektive kön. Dessutom ger den ett stöd för satsning på tobakspreventiva program för såväl män som kvinnor. Forskning kring sociala faktorers betydelse för vårdens resultat är vidare starkt motiverad mot bakgrund av de stora skillnader i 'åtgärdbar dödlighet' som fanns mellan dem som var yrkesverksamma och de som stod utanför arbetsmarknaden.

5 Könsperspektiv på vissa verksamheter

Sammanfattning: I detta kapitel redovisas analyser av hur hälso- och sjukvården bemöter och behandlar kvinnor och män med vissa sjukdomar eller problem. I avsnitt 5.1 analyseras hälso- och sjukvårdens insatser för minskat tobaksbruk. Vi pekar på kvinnors behov av nya program för tobaksprevention och rökavvänjning. I avsnitt 5.2 presenteras fakta om omhändertagandet vid hjärt-kärlsjukdom, bl.a. statistik som visar att 30-dagarsdödligheten i samband med kranskärlskirurgi är högre för kvinnor än för män. Vi anser att det är viktigt att genomföra närmare könsspecifika analyser av resultaten vid dessa ingrepp. I klinisk forskning finns det anledning att rikta större uppmärksamhet mot kranskärlssjukdomens manifestationer hos kvinnor.

Avsnitt 5.3 tar upp könsskillnader i diabetesvården i Sverige. Kvinnliga diabetiker har i flera studier rapporterat sämre hälsotillstånd och livskvalitet än manliga diabetiker, och en större andel av kvinnorna är missnöjda med bemötandet i vården. Både när det gäller allmänt bemötande, omhändertagande och dödlighet i diabetes, är det angeläget att vidare studera interaktionen mellan kön, ålder och social bakgrund. I avsnitt 5.4 presenteras könsspecifika uppgifter om de största sjukdomsgrupperna som behandlas kirurgiskt inom svensk ortopedi. De registerdata som funnits tillgängliga visar inte på könsskillnader i det kirurgiska omhändertagandet, men faktaunderlag saknas om olika bemötandeaspekter.

I avsnitt 5.5 analyseras behov av psykosocialt stöd vid cancersjukdomar. Det troliga är att män och kvinnor har lika svårt att tackla det hot och de förluster som cancer för med sig, men att sätten att uppleva och visa reaktioner och söka hjälp är olika. Man kan behöva ompröva de kunskaper som finns om krisreaktioner och hantering av stress (coping), då dessa kan vara baserade på ett alltför smalt underlag, främst studier av kvinnor med bröstcancer. Avsnitt 5.6 tar upp bemötandet av patienter med sexuella problem till följd av sjukdom eller handikapp. Från tillgängliga data förefaller mäns sexuella problem uppmärksammas oftare, de antas uppleva sexuell problematik som mer bekymmersamt och de remitteras oftare till vidare utredning. Att kvinnors sexualitet uppmärksammas mindre än mäns ger dem sämre möjligheter till sexuell rehabilitering.

Avsnitt 5.7 redovisar litteratur och en studie av bemötande och vårdpraxis inom psykiatrin. Tillgänglig litteratur ger motstridiga uppgifter om eventuella könsskillnader i den psykiatriska vården. Kvinnor är i större utsträckning än män patienter inom den specialiserade psykiatrin, förutom bland missbrukare. Kvinnliga patienter fungerar socialt bättre än manliga patienter i alla här studerade diagnoser i den psykiatriska vården. Det finns risk för att de mest psykiskt handikappade har svårare att få hjälp.

Av litteraturstudien i avsnitt 5.8 framgår att hälso- och sjukvården ofta missar tecken på alkoholproblem hos patienter och att kvinnor med alkoholproblem riskerar att identifieras på ett sent stadium. Idag är hälso- och sjukvården i för liten utsträckning anpassad efter den missbrukande kvinnans behov.

Som framgått av tidigare kapitel utnyttjar kvinnor mer vård och läkemedel än män. Allmänna könsskillnader i vårdutnyttjande kan dock inte tas som garanti för att kvinnors vårdbehov skulle vara bättre – eller ens lika väl – tillgodosedda som männens. Som nämnts tidigare har studier från framförallt USA under senare år antytt att kvinnor med vissa diagnoser haft mindre tillgång till effektiv medicinsk teknologi för prevention, diagnostik, behandling och rehabilitering av sjukdomar än män. Avsaknad av könsspecifik kunskap om livsvillkor, hälsa och effekter av vård och behandling kan göra att vården inte är optimalt anpassad efter mäns och kvinnors respektive behov och förutsättningar.

I detta kapitel redovisas analyser av kvinnors och mäns tillgång till vården och de kliniska beslut som fattas om vård och behandling av kvinnor och män med specifika problem eller diagnoser. Grundfrågeställningen är om kvinnor och män med jämförbara hälsoproblem eller sjukdomstillstånd får likvärdigt bemötande och behandling. Som i andra delar av betänkandet, bygger redovisningen på omfattande sammanställningar av vetenskapligt faktaunderlag. Så långt som möjligt har vi också försökt belysa dagens förhållanden i svensk hälso- och sjukvård.

Av praktiska skäl har det varit nödvändigt att avgränsa analyserna till att omfatta enbart ett urval vårdverksamheter. För val av dessa har vissa gemensamma kriterier använts; kvantitativt omfattande verksamheter med stor betydelse för folkhälsan har prioriterats, såsom delar av psykiatrin samt diabetesvården. Tidigare redovisade trender i dödlighet i lungcancer har motiverat granskningen av tobakspreventiva åtgärder. Analyser avseende särskilt avancerad, dyrbar och effektiv teknologi, såsom utredning och behandling vid hjärt-kärlsjukdom, har också

ansetts vara av principiellt intresse. I vissa fall har förekomsten av tillförlitligt faktaunderlag, såsom uppgifter från de s.k. kvalitetsregistren inom ortopedi och hjärtsjukvård, styrt valet av studieområde.

5.1 Hälso- och sjukvårdens insatser för ett minskat tobaksbruk

Sammanfattning: Rökning är den största enskilda orsaken till förtida död såväl i Sverige som i hela den industrialiserade världen. Drygt hälften av de drabbade är medelålders personer, i första hand män. I Sverige beräknas årligen 8.000-10.000 personer avlida i förtid till följd av tobaksbruk. Kvinnors dödlighet i lungcancer och andra rökningsrelaterade sjukdomar ökar. Under det senaste decenniet har rökningen minskat bland både män och kvinnor i samtliga åldersgrupper. Totalt sett röker idag fler kvinnor än män. Den senaste tidens utveckling utmärks av att skillnaderna i rökvanor mellan socioekonomiska grupper ökat, i synnerhet bland kvinnor.

Utformningen av olika befolkningsinriktade preventionsprogram och studier av effekter av programmen har ofta saknat könsperspektiv. Det finns ett behov att utveckla nya preventionsprogram, särskilt för kvinnor. Forskning kring betydelsen av olika livsstilsskapande faktorer för kvinnor respektive män bör stödjas.

Även när det gäller effekter av hälso- och sjukvårdens åtgärder för ett minskat tobaksbruk, har flertalet av studierna hittills saknat uppdelning i kön eller genomförts på män. Det finns idag behov av att utforma och utvärdera könsspecifika tobakavvänjningsprogram. Forskning kring hur det individuella stödet bör utformas för att underlätta avvänjning och förstärka kvinnors respektive mäns motivation att avstå från rökning bör främjas.

Rökning är idag den största enskilda orsaken till förtida död såväl i Sverige som i hela den industrialiserade världen. Drygt hälften av de drabbade är medelålders personer, i första hand män. I Sverige beräknas årligen 8.000-10.000 personer avlida i förtid till följd av tobaksbruk. Risken att drabbas av sjukdom och förtida död ökar med mängden rökt tobak. Cigarettrökning är en av de viktigaste orsakerna till hjärtkärlsjukdomar bland såväl män som kvinnor. Rökning är också den viktigaste orsaken till lungcancer, som idag är den vanligaste orsaken till cancerdöd i världen. Som redovisats i Kapitel 4 ökar fram-

förallt kvinnors dödlighet i lungcancer och andra rökningsrelaterade sjukdomar. Tobaksrökning är också den viktigaste orsaken till cancer i struphuvudet och en viktig orsak till cancer i munhåla, svalg och matstrupe. Även cancer i bukspottkörtel, urinblåsa, njurbäcken och livmoderhals har samband med tobaksrökning.

Tobak förstärker också de negativa effekterna av en rad olika arbetsmiljöfaktorer – kemiska, fysikaliska och psykosociala – och ökar därmed risken att insjukna i arbetsrelaterade sjukdomar. Det finns också ett tydligt samband mellan rökning och överkänslighetsbesvär, liksom mellan rökning och utveckling av allergi. Under senare år har ett stort antal studier visat på samband mellan passiv rökning och lungcancer.

Nya studier tyder på att kvinnor utvecklar lungcancer snabbare än män. Det är dock först under de senaste åren som kvinnliga rökare börjat synas i sjuklighetsstatistiken, eftersom de svåraste rökrelaterade sjukdomarna, lungcancer och hjärt- och kärlsjukdomar tar lång tid, ibland 30 år, att utvecklas. Misstanken att kvinnor drabbas snabbare av rökningens skadeverkningar än män gäller även andra sjukdomar än lungcancer, såsom hjärtinfarkt och stroke (infarkt i hjärnan). Förutom de sjukdomar, som både rökande män och kvinnor riskerar att få, drabbas rökande kvinnor av olika sjukdomar i samband med den reproduktiva fasen. Kvinnor som röker har fler komplikationer under graviditet och förlossning och föder barn med lägre födelsevikt än icke-rökare. Det finns också ett samband mellan rökning och plötslig spädbarnsdöd. Barn är särskilt känsliga för passiv rökning, bl.a. ökar risken för infektion i luftvägarna om barn utsätts för tobaksrök.

Även snusning innebär hälsorisker. WHO klassade snus som cancerframkallande redan år 1985. Några studier har visat på ökad risk för snusare att få munhålecancer, medan andra studier inte kunnat bekräfta sådana fynd.

Tobaksvanor i befolkningen

Under det senaste decenniet har rökningen minskat bland både män och kvinnor i samtliga åldersgrupper. Data från SCB:s levnadsnivåundersökningar visar att andelen dagligrökare bland män har minskat från 35 procent 1981 till 22 procent 1994. För kvinnor är motsvarande siffror 28 procent respektive 24 procent. Rökningen är idag vanligast bland medelålders personer, både bland män och kvinnor. Idag röker sålunda

fler kvinnor än män. Den senaste tidens utveckling utmärks av att skillnaderna i rökvanor mellan socioekonomiska grupper ökat, i synnerhet bland kvinnor.

I början av 1980-talet rökte 26 procent av kvinnliga tjänstemän och 31 procent av kvinnliga arbetare, tio år senare var motsvarande siffror 21 procent respektive 31 procent. Av manliga tjänstemän rökte i början av 1980-talet 32 procent och av manliga arbetare 41 procent, motsvarande siffror tio år senare var 22 procent respektive 31 procent. Rökning bland skolungdomar har minskat under de senaste årtiondena. I början av 1970-talet rökte 41 procent av pojkarna och 47 procent av flickorna i årskurs 9. År 1995 var enligt Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning, CAN, motsvarande andelar 19 procent respektive 27 procent. Under senare delen av 1980-talet ökade andelen rökare särskilt bland flickor, men under 1990-talet tycks denna utveckling ha stagnerat.

Enligt den senaste tillgängliga statistiken snusar 21 procent av männen och 2 procent av kvinnorna. Alltsedan den bottennivå i snusförsäljningen som inträffade i slutet av 1960-talet har försäljningen av snus ökat. Nästan var tredje man under 35 år snusar dagligen. I årskurs 9 snusar var femte pojke. Det finns också en överlappning mellan rök- och snusvanor. Många snusare röker och många rökare har börjat sitt tobaksbruk med snus. Till detta kan även läggas de män som efter sitt rökstopp övergått till att snusa.

Samhälleligt åtgärdsprogram för minskat tobaksbruk

Det finns ingen 'patentmedicin' mot tobaksbruket. Ett samhälleligt åtgärdsprogram måste innefatta en rad olika åtgärder. En del tar sikte på att påverka människors kunskaper och attityder i frågan. Andra åtgärder syftar till att minska tobaksvarornas tillgänglighet och ytterligare andra påverkar tobaksbrukets 'sociala acceptans' och samhällsklimatet kring bruket. De åtgärder som står till buds utgörs av informationsåtgärder, behandlingsinsatser och regleringar. Som framgår kan en del av åtgärderna endast förverkligas genom lagstiftning eller andra beslut medan andra åtgärder förutsätter kontinuerliga centrala, regionala och lokala insatser inom skiftande samhällssektorer som t.ex. hälso- och sjukvården.

Sverige har genom Folkhälsoinstitutets tobaksprogram en nationell strategi för att minska tobaksbruket i landet. Tobaksprogrammets verksamhet har för närvarande fyra operationella mål, nämligen:

- att så få som möjligt skall börja använda tobak
- att så många som möjligt skall sluta använda tobak
- att ingen mot sin vilja skall utsättas för obehag eller hälsorisk av tobaksrök i gemensamhetsmiljöer, samt
- att samhället skall utformas så att miljön stödjer valet att inte använda tobak.

Insatserna mot tobaksbruket karakteriserades under lång tid av generella insatser utan ett särskilt könsspecifikt fokus varken på män eller kvinnor. Av Folkhälsoinstitutets arbete har emellertid merparten handlat om att påverka kvinnors rökvanor. Viktigt i detta arbete har varit att minska andelen rökare bland gravida och småbarnsföräldrar. Graviditet och småbarnstid är perioder i livet som kan vara mycket gynnsamma för förändringar i riktning mot mer hälsoriktiga levnadssätt. Det finns också en väl fungerande organisation med specialutbildad personal inom mödra- och barnhälsovård som kan arbeta med att påverka rökande gravida och småbarnsföräldrar.

Som en effekt av den ökade andelen rökare bland kvinnor ökade andelen gravida rökare kraftigt fram till 1980-talets början. Vid den första registreringen 1983, enligt Medicinska födelseregistret, rökte 31 procent av de gravida. Mot denna bakgrund startade Folkhälsoinstitutet 1992 i samarbete med Cancerfonden och Hjärt-Lungfonden projektet 'Rökfri Graviditet'. Syftet var dels att utbilda mödravårdens personal i samtalsmetodik för att minska rökningen bland gravida, dels att utbilda mödravårdens personal i tobaksfrågan som en viktig kvinnofråga. Inom ramen för projektet utbildades under åren 1992-94 närmare 85 procent av landets mödravårdspersonal. För att betona vikten av rökning som en viktig kvinnofråga användes enbart kvinnliga föreläsare vid studiedagarna. Hittills gjorda utvärderingar av projektet visar att utbildningen lett till ökade kunskaper och ett större engagemang hos barnmorskor att arbeta aktivt för att minska andelen rökare bland kvinnor och gravida i synnerhet. Enligt uppgifter ifrån Medicinska födelseregistret rökte 1994 endast 18 procent av de gravida i jämförelse med 25 procent 1991.

Som en fortsättning på projektet 'Rökfri Graviditet' startade projektet 'Rökfria Barn' under våren 1995 med inriktning på barnavårdscentralernas personal. Projektet genomförs i samarbete mellan Folkhälsoinstitutet, Cancerfonden, Hjärt-Lungfonden och Astma- och Allergi-

förbundet. För närvarande anordnas regionala utbildningar om dels medicinska fakta, dels samtalsmetodik runt om i landet. Även denna gång genomförs utbildningarna med ett kvinnofokus och med enbart kvinnliga föreläsare.

Hälso- och sjukvårdens roll

Hälso- och sjukvården kan betraktas som den viktigaste kanalen för hjälp och stöd till den som vill ändra sin tobaksvana. Sjukvårdshuvudmännen har ett viktigt ansvar för tobaksinformation och för att integrera rökavvänjningsstöd i olika former av hälso- och sjukvård.

Såväl allmänhetens uppfattning om hälso- och sjukvårdens inställning till tobak som hälso- och sjukvårdspersonalens tobaksvanor påverkas i hög grad av vilka bestämmelser som gäller för tobaksbruk inom vården. Vårdpersonalens beteenden och inställning till tobaksbruk påverkas också av arbetssituationen och t.ex. ansträngande förhållanden med jäkt, stress och tunga arbetsmoment. På många arbetsplatser har rökpauser av många kommit att betraktas som legitima avbrott för avkoppling och återhämtning i arbetet. De som inte röker påtalar ofta att någon motsvarande rätt till pauser inte alltid självklart tillkommer dem. Alla arbetsplatser särskilt inom hälso- och sjukvården bör därför präglas av förhållanden som gynnar minskat tobaksbruk.

Inom hälso- och sjukvården inleddes i slutet av 1980-talet en utveckling för 'Rökfritt landsting'. Idag gäller att lokaler för hälso- och sjukvård enligt tobakslagen skall vara rökfria. Undantag kan dock göras för patienter i stadigvarande vård och för rökning i särskilda rökrum. Personalen får oftast röka utomhus. Trots denna utveckling är tobaksbruk fortfarande vanligt bland kvinnlig hälso- och sjukvårdspersonal med undantag för kvinnliga läkare.

Ännu i slutet av 1960-talet rökte läkare ungefär i samma utsträckning som svenskarna i övrigt. År 1988 var andelen nere i 15 procent. För manliga läkare har andelen rökare minskat från 48 procent år 1969 till 17 procent år 1988. För kvinnliga läkare är motsvarande siffror 35 procent respektive 11 procent. Många av de yngre läkarna har aldrig varit rökare. Det kan jämföras med annan hälso- och sjukvårdspersonal, där rökningen fortfarande är lika vanlig som i motsvarande åldersgrupper i befolkningen i övrigt. Även inom hälso- och sjukvården finns således ett samband mellan utbildningsnivå, kön och rökning. Det är därför synnerligen angeläget att sjukvårdshuvudmännen har ett

tydligt kvinnofokus i sina aktiviteter för att minska rökningen bland hälso- och sjukvårdens egen personal.

Basen i arbetet för ett minskat tobaksbruk bland såväl personal som patienter utgörs av hälsoinformation. Detta kräver en systematisk och vid flera olika tillfällen återkommande tobaksundervisning både vad gäller grund- och fortbildning av olika personalkategorier i vården. Syftet med utbildningen bör vara att inte enbart påverka de faktiska kunskaperna utan också att skapa ett medvetande om den roll personalens egna attityder och beteenden har i hälso- och sjukvårdens arbete för att minska tobaksskadorna.

Rökavvänjning

Tobaksbruket är inte ett frivilligt val. Det finns ofta en uttalad önskan hos tobaksbrukare att upphöra med sin drog. Trots detta har många tobaksbrukare stora svårigheter att sluta. Hälso- och sjukvårdspersonalen besitter unika kunskaper om tobakens medicinska följder. Att upplysa varje tobaksbrukare om sambandet mellan tobaksbruket och det sjukdomstillstånd han/hon söker för liksom att ge avvänjningsstöd bör vara självklara inslag i den gängse verksamheten.

Eftersom kvinnor i genomsnitt söker vård oftare än män bör hälso- och sjukvården ha stora möjligheter att hjälpa vårdsökande kvinnor till ett rökstopp. I det sammanhanget är det viktigt att varje läkare i samband med all form av sjukvård tar upp patientens tobaksanamnes. En viktig del av läkarens pedagogiska roll kan vara att förhöra sig om patientens egna kunskaper om rökningens inverkan på hälsan, om hon/han någonsin funderat på att sluta och vad som skulle kunna få henne/honom att sluta. Handledningar med program för en integrerad avvänjningsverksamhet har utarbetats av t.ex. Folkhälsoinstitutet.

I en amerikansk rapport från år 1980 sammanfattades resultat från ett stort antal rökavvänjningsstudier. Man drog slutsatsen att kvinnor oavsett behandlingsmetod har svårare för att sluta röka än män. Detta gällde såväl under behandlingen som vid uppföljningar längre fram i tiden. Ett flertal studier har därefter visat på samma resultat, men det finns även sammanställningar som inte visar på könsskillnader. Det bör dock påpekas att såväl kvinnor som män som söker avvänjningshjälp är en speciell grupp, som inte behöver vara typisk för varken kvinnliga eller manliga rökare i allmänhet.

De skillnader i resultat mellan mäns och kvinnors rökslutande, som framförallt sågs i studier från 1970- och 1980-talet, har gett upphov till många spekulationer. En orsak till skillnaderna skulle kunna vara att kvinnor har sämre tro på sin förmåga att sluta röka, en annan att nikotinet har olika effekt på män och kvinnor eller att avvänjningsbesvären skulle skilja sig mellan kvinnor och män. Kvinnor i vår kultur har t.ex. ett starkare krav på att vara smala än vad män har. Det är även välkänt att rökare väger mindre än icke-rökare och att en viktökning är vanlig efter rökstopp. Man skulle därför kunna förmoda att kvinnor som är angelägna att hålla en bestämd vikt, skulle ha svårare att sluta röka. I en nyligen publicerad amerikansk studie fanns dock inget samband mellan hur pass angelägen man var att hålla en viss vikt och om man lyckades sluta röka.

Vid Sahlgrenska sjukhusets rökavvänjningspoliklinik, landets äldsta verksamma rökavvänjningsklinik, har andelen kvinnor under årens lopp ökat. Från 1975 till 1980 var 53 procent av de hjälpsökande kvinnor. Därefter har en stadig ökning av andelen kvinnor märkts och under de senaste åren har det rört sig om närmare 70 procent. En anledning är sannolikt den förändring i rökvanor som skett under de senaste 20 åren, med alltfler kvinnliga rökare i förhållande till manliga rökare. Majoriteten av de rökare som kommer till kliniken är i åldrarna 30-60 år. I dessa åldrar röker idag i stort sett lika många män som kvinnor. Trots detta söker för närvarande fler kvinnor hjälp.

En orsak till att kvinnor oftare söker hjälp än män kan vara att de upplever det som svårare att sluta röka än män. En studie från USA talar emellertid emot detta argument. Studien visade att kvinnor och män i lika hög utsträckning klagar över abstinensbesvär när de försöker sluta röka. Däremot framkom en könsskillnad när man bad rökare att i efterhand berätta om hur de upplevt sina abstinensbesvär. Män tenderade att undervärdera sina besvär, medan kvinnor rapporterade lika många besvär som under själva avvänjningen. Kanske är det lättare för kvinnor att acceptera att man har besvär och därmed att söka professionell hjälp.

Vid Sahlgrenska sjukhuset erbjuds män och kvinnor samma avvänjningshjälp. Den helt dominerande metoden är rökavvänjning i grupp bestående av cirka 10 deltagare, vanligen både män och kvinnor. De träffas 6-8 gånger under två månaders tid. Deltagarna erbjuds eller rekommenderas att använda nikotinhjälpmedel. Resultat från 1975-76 visar på ett bättre resultat för män än för kvinnor. I en studie av effekten av nikotintuggummi hade dock kvinnor ett bättre resultat än män, medan två senare studier av effekterna av nikotinnässpray och

nikotininhalator inte visat på några könsskillnader. Hittillsvarande resultat har inte föranlett Sahlgrenska sjukhuset att utforma könsspecifika rökavvänjningsprogram. Däremot har man prövat och utvärderat program riktade till speciella målgrupper bl.a. gravida rökare.

Även om man inte kan bortse från könsspecifika faktorers betydelse, kan man fråga sig om de inte har en underordnad betydelse för mäns och kvinnors rökslutande. Drivkrafterna som håller kvar en rökare i sin vana, som nikotinberoende och oförmågan att bryta vanemönster har sannolikt en större inverkan på människors förmåga att sluta röka än skillnader mellan könen. Vad som däremot kan vara angeläget att utveckla är avvänjningsprogram, som riktar sig till speciella kvinnliga och manliga målgrupper. I det arbetet kan man använda generella avvänjningsmetoder kompletterade med material som är utformat för den speciella målgruppen. Detta har redan gjorts för gravida kvinnor men bör också utformas för andra grupper, såsom olika sjukdomsgrupper, yrkesgrupper eller arbetslösa.

Diskussion och slutsatser

Nyligen har det kommit flera forskningsrapporter som visar att cigarettrökning kan vara skadligare för kvinnor än för män. Rökning är dessutom vanligare hos kvinnor som samtidigt är utsatta för andra riskfaktorer, t.ex. ett monotont och stressigt arbete med små möjligheter att kontrollera arbetssituationen. När en kvinna idag söker vård för kärlkramp eller hjärtinfarkt kan det vara svårt att upptäcka hur sjuk hon är, eftersom tillämpningen av metoder för diagnostik och behandling oftast inte bygger på könsspecifika data.

Tyvärr har såväl utformningen av olika befolkningsinriktade preventionsprogram som studier av effekter av programmen saknat könsperspektiv. Det finns således ett behov att utveckla nya preventionsprogram, särskilt för kvinnor. Forskning kring betydelsen av olika livsstilsskapande faktorer för kvinnor respektive män bör stödjas. Även när det gäller effekter av hälso- och sjukvårdens åtgärder för ett minskat tobaksbruk, har flertalet av studierna hittills saknat uppdelning i kön eller genomförts på män. Av detta följer att det idag finns behov av att utforma och utvärdera könsspecifika tobakavvänjningsprogram. Forskning kring hur det individuella stödet bör utformas för att underlätta avvänjning och förstärka kvinnors respektive mäns motivation att avstå från rökning bör främjas.

5.2 Omhändertagande av kvinnor och män med hjärt-kärlsjukdom

Sammanfattning: Rapporter har publicerats från flera amerikanska och brittiska centra om könsskillnader i utnyttjande av diagnostiska och terapeutiska åtgärder vid kranskärlssjukdom. År 1993 publicerades en undersökning från Göteborg där man studerat symptom och välbefinnande hos bägge kön efter hjärtinfarkt. Fynden där talar i samma riktning som den internationella litteraturen, dvs. att trots att kvinnorna var sjukare fick de ett mer passivt omhändertagande. Denna passivitet visavi kvinnorna kan bidra till den sämre prognosen som noterats hos kvinnor med kranskärlssjukdom. Det finns dock också preliminära resultat från ett pågående SBU-projekt om kranskärlsingreppen i Sverige som inte visar på några könsskillnader när det gäller indikationer för kranskärlskirurgi och ballongdilatation.

I det nationella registret över öppen hjärtkirurgi i Sverige kan utläsas att 30-dagarsdödligheten är högre för kvinnor än för män; 3,6 procent respektive 1,8 procent. Uppdelat på kranskärlskirurgi är siffrorna 3,1 procent respektive 1,4 procent. Någon närmare analys av dessa skillnader könen emellan har inte skett. Det är viktigt att det registermaterial som för närvarande samlas avseende kvaliteten i hjärtsjukvården blir föremål för närmare könsspecifika analyser. Detta kan ge nya kunskaper om eventuella könsskillnader i såväl bemötande och tillgänglighet som vårdens medicinska innehåll och resultat.

Inom klinisk forskning finns det anledning att rikta större uppmärksamhet mot kranskärlssjukdomens manifestationer hos kvinnor. Detta kan motivera ett särskilt omhändertagande av vissa kategorier av kvinnliga patienter. Det är således mycket viktigt att i kontrollerade prövningar av nya behandlingsalternativ inkludera ett tillräckligt antal kvinnor i olika åldrar.

Hjärt-kärlsjukdomar är vanliga hos både män som kvinnor över 50 år och orsakar omkring hälften av alla dödsfall i den industrialiserade västvärlden. Den totala dödligheten i dessa sjukdomar är densamma för bägge könen. Inom detta komplex av sjukdomar finns flera olika diagnostiska enheter, men den allt överskuggande diagnosen är numera olika manifestationer av sjukdom i hjärtats kranskärl, som sammanfattas under rubriken ischemisk hjärtsjukdom, IHD.

Det finns mycket som talar för att kranskärlssjukdom är annorlunda sjukdomar hos kvinnor och män. Både de symptom som individerna registrerar, utbredningen och karaktären av förändringarna i hjärtats kranskärl och dess förhållande i relation till individens ålder är olika. Detta hindrar inte att slutresultatet, oftast hjärtinfarkt med hjärtmuskelskador och död, plötsligt utanför sjukhus eller efter en period av vård, är densamma för bägge könen.

Under 1960-talet uppmärksammades betydelsen av kranskärlssjukdom hos kvinnor av europeiska forskare, främst svenska och brittiska, medan amerikansk kardiologisk och epidemiologisk forskning först senare visade större intresse för sjukdomen hos kvinnor. Svårigheten att utifrån dagens kunskap tolka sjukdomsbilden hos många kvinnliga patienter jämte den varierande patologin hos de äldre kvinnor som utgör huvuddelen av de som drabbats av kranskärlssjukdom, medför ett behov av ytterligare studier för att bättre klarlägga många kontroversiella eller oklara fynd. De senaste åren har också framförallt i USA betydligt ökade resurser dirigerats till detta forskningsområde. Det vore önskvärt med liknande satsning även i Sverige.

Totalt vårdades i Sverige 27.000 personer med huvuddiagnosen 'akut hjärtinfarkt' inom den somatiska korttidsvården år 1989. Antalet har sedan dess minskat med 3-5 procent per år. Ungefär 15 procent av patienterna som vårdas i akutsjukvården för hjärtinfarkt är under 60 år, majoriteten är således män och kvinnor i icke arbetsför ålder.

Fram till 65 års ålder har hjärt-kärlsjukdomarna inte samma framträdande roll hos kvinnor som hos män, men i åldrarna mellan 60 och 70 år sker det en ganska snabb ökning i prevalenstalen för hjärtkärlsjukdom i den kvinnliga befolkningen. Hos kvinnor över 75 år är hjärtinfarkt den vanligaste dödsorsaken. Infarktincidensen för kvinnor i åldrarna mellan 60 och 70 år motsvarar den för 6-10 år yngre män.

I Nord-Amerika, Väst- och Nordeuropa har antalet dödsfall i hjärtkärlsjukdomar sjunkit med cirka 30 procent sedan 1970-talets början. Den största minskningen har skett under senare hälften av 80-talet och minskningen har skett i alla åldersgrupper och bägge kön.

Prognos

I Sverige avlider cirka 10.000 hjärtinfarktpatienter per år utanför sjukhus. Med hjälp av patientregistret för slutenvårdstillfällen för åren

1987-91 har Socialstyrelsen analyserat vårdtid, dödlighet och dödsrisker för patienter som vårdats på sjukhus för akut hjärtinfarkt. Ur denna analys framkommer att kvinnor som drabbas av hjärtinfarkt i genomsnitt är sex år äldre än män. Vidare finner man att medianvårdtiden för hjärtinfarkt har minskat med två dygn (från 9 till 7) för män och med ett dygn (från 9 till 8) för kvinnor. Dödsrisken för 75-åriga män och kvinnor har minskat med 2,5 procent och vidare analys visar att såväl dödsrisken som minskningen av risk, i denna speciella ålder är beroende av kön. På grund av kvinnans förväntat längre livslängd minskar hennes överlevnadschans mer än mannens i relation till befolkningen då hon drabbas av hjärtinfarkt. Tyvärr tillåter inte registret under dessa år en längre prognosuppföljning på grund av att personidentifikation ej var möjlig.

Från andra källor framgår att de som insjuknar i hjärtinfarkt i åldrarna 30-45 år överlever 72 procent minst ett år. I äldre åldersgrupper är överlevnaden lägre och av personer som insjuknat i hjärtinfarkt i åldern 65-79 år är ett-års-överlevnaden 46 procent. Detta gäller för alla som insjuknat, alltså inberäknat även dem som dör innan de når sjukhus (prognosen är bättre för sjukhusvårdade). Kvinnor har generellt högre dödlighet än män, och patienter över 70 år högre dödlighet i hjärtinfarkt än yngre patienter. I ett Göteborgsmaterial har både kvinnor och män följts under tolv år (1968 till 81) med en dödlighet på 45 procent. Någon skillnad mellan män och kvinnor förekom inte.

Vid långtidsuppföljning i andra länder konstateras att kvinnor med stigande ålder och framförallt vid inträffad hjärtinfarkt har högre dödlighet (letalitet) än män; 32 procent vs. 27 procent. I ett nyligen publicerat material från Ontario i Canada framkommer att kvinnor oberoende av ålder och andra bidragande faktorer har en 2-3 procent högre sjukhusdödlighet än män. Detsamma konstateras i ett material från London, publicerat 1994. Här fann man dock att detta enbart gällde de första 30 dagarna efter insjuknandet.

Riskfaktorer

Ett antal metabola faktorer har identifierats som medför ökad risk för utveckling av hjärt-kärlsjukdom. Bland dessa faktorer finns blodfettmönstret, kolhydrattoleransen, koagulationsfaktorer och fetma.

Blodfettsnivåerna och då speciellt *HDL- och LDL-kolesterol* anses vara de mest betydelsefulla determinanterna för risken att utveckla

kranskärlssjukdom. För kvinnor har man funnit att kvoten totalkolesterol/HDL-kolesterol liksom halten av *lipoprotein(a), Lp(a),* har starkast samband med kranskärlssjukdomen. Lp(a) är av speciellt intresse eftersom halten av detta är ärftligt betingad och förblir stabil från tidiga barnaår. Mönstret av de övriga blodfetterna och lipoproteinerna förändras på ett ofördelaktigt sätt under livstiden och framförallt hos kvinnor där dessa förändringar börjar vid tiden för menopaus. Därvid sker en ökning av LDL-kolesterol och minskning av HDL-kolesterol.

Triglyceridernas roll i utvecklingen av hjärtkärl-sjukdom är fortfarande inte helt säkerställd. I många epidemiologiska studier har man funnit ett samband mellan serumtriglyceridnivåerna och dödligheten i kranskärlssjukdom. Sambandet försvagas och försvinner dock ofta när övriga riskfaktorer tas med i bilden. De flesta studier avseende detta har utförts på män, men bland det fåtal studier som berör kvinnor faller triglyceridnivåerna ut som en oberoende riskfaktor som det synes unikt för kvinnor. Mekanismerna bakom detta står dock fortfarande oförklarade.

Kranskärlssjukdom förknippad med *högt blodtryck (hypertoni)* är vanligt förekommande även utan samtidig utveckling av hjärtsvikt. Redan på 1920-talet påvisades att allvarlig kranskärlssjukdom var 10 gånger vanligare hos hypertoniker än i en grupp med normalt blodtryck. Samma författare kunde också visa ett samband mellan allvarlig åderförkalkning (ateroskleros) i hjärnans kärl och det systoliska blodtrycket. Kärlkramp (angina pectoris) utgör huvudsymptomet vid symptomatisk hypertoni. Fler än två tredjedelar av patienterna med allvarlig primär hypertoni kräver behandling även för kranskärlssjukdom. Sambandet mellan blodtrycksnivån och insjuknande i den första hjärtinfarkten är dåligt definierat. Sänks blodtrycket snabbt eller i stor omfattning hos en patient med högt blodtryck (resulterande i lågt blodtryck) finns det risk att detta kan utlösa en akut infarkt, vilket visar svårigheterna med att relatera förekomst av klinisk kranskärlssjukdom till blodtrycket.

Det är klart visat att högt blodtryck är en riskfaktor för kranskärlssjukdom även hos kvinnor. Förekomst av hypertoni är högre hos kvinnor med kranskärlssjukdom än hos män med samma sjukdom. Den ökade risken med förhöjt blodtryck *relativt sett* är densamma hos bägge könen, men jämförs individer i medelåldern då sjukdomens förekomst är så mycket mindre hos kvinnor än män, blir den *absoluta* risken av en blodtrycksförhöjning hos kvinnor betydligt mindre än hos män.

Andra ofördelaktiga förändringar kan äga rum i *kolhydrat-metabolismen*. Diabetes ökar flerfaldigt risken för kranskärlssjukdom hos både kvinnor och män. Interaktionen med s.k. insulinandrogena hormoner har därvid diskuterats. Man har hos icke-insulinberoende diabeteskvinnor funnit att de har hyperinsulinemi, insulinresistans och manlig bålfetma.

Fetma leder i sig till ofördelaktiga metabola förändringar. Blodfettprofilen ändras med förhöjda triglycerider, lägre HDL-kolesterol och en sämre LDL/HDL-kvot. Glukostoleransen försämras, insulinkänsligheten minskar och blodtrycket ökar. Dessa förändringar ökar risken för hjärt-kärlsjukdomar hos bägge könen även om övervikten som enda faktor inte bidrar till en ökad risk hos kvinnor. Däremot har man funnit att just bålfetma, även hos kvinnor, ökar risken för hypertoni, diabetes och hjärt-kärlsjukdom mer än generell fetma.

Rökning är en betydelsefull riskfaktor för utveckling av hjärt-kärlsjukdom hos såväl kvinnor som män. Risken ökar med antalet cigaretter, och är generellt ungefär 4-faldig. I vissa studier har man funnit att storrökande (> 25 cig/dag) yngre (< 55 år) kvinnor har en 10-faldigt ökad risk att utveckla hjärtinfarkt. Risken hos exrökare är likadan som hos de som aldrig rökt. Rökare har sin första infarkt cirka ett decennium tidigare än icke-rökare och storrökare får infarkt i genomsnitt två decennier tidigare. Skillnaden i ålder vid första infarkten mellan rökare och icke-rökare är större för kvinnor än för män. Rökningens skadliga inverkan är oomtvistad, men vilka exakta mekanismer som spelar roll för utvecklingen av kranskärlssjukdom är fortfarande oklart. Hos rökande kvinnor inträder menopaus tidigare varför rökning på detta sätt bidrar till stor risk hos kvinnor.

Psykosociala faktorer har betydelse för utveckling av kranskärlssjukdom, liksom personligheten. S.k. typ A beteende ansågs redan på sextiotalet ha betydelse för utvecklingen av kranskärlssjukdom, framförallt hos män. I den fortsatta utvecklingen har dock svårigheter förelegat att upprepa de tidiga fynden, delvis beroende på metodologiska svårigheter. Vissa komponenter i detta beteende, framförallt fientlighet och ilska, är signifikant relaterade till hjärt-kärlsjukdom hos bägge kön. Dessa fynd måste dock tolkas med en viss försiktighet då metodologiska svagheter förekommer i många av studierna.

Det skilda åldersmönstret för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom hos män och kvinnor talar också för att de *kvinnliga könshormonerna* har betydelse. Östrogenbrist är associerad med en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom. Mekanismerna bakom detta är sannolikt flera. Man har sett

förändringar i de totala kolesterolnivåerna, liksom mönstret av subtyperna HDL-kolesterol och LDL-kolesterol som ändras i en atherosklerotisk riktning efter menopaus. Utöver detta har noterats att förändringar i nivåerna av hemostasfaktorer, glukos, insulin och hypertoni, ökar risken för hjärt-kärlsjukdom. Att den fertila kvinnan är skyddad mot atherosklerotiska förändringar i sina kärl kan bero på en gynnsam verkan av östrogen på kärlens endotel. Initiala studier på apor har påvisat detta.

Den postmenopausala kvinnan får således successivt med minskande östrogennivåer allt fler för hjärt-kärlsjukdom erkända riskfaktorer. Intressant i sammanhanget är också fyndet att kvinnor som fött många barn/varit gravida många gånger har en ökad risk för utveckling av hjärt-kärlsjukdom. Orsakerna till detta kan vara flera. Det finns belägg för att upprepade graviditeter ger upphov till metabola förändringar som ökar risken. Ökad stress och livsstilsförändringar som sammanhänger med många barn kan vara en annan förklaring. Slutligen kan den ökade risken hänga samman med socioekonomiskt status som har samband med både fler graviditeter/födslar och högre risk för utveckling av hjärt-kärlsjukdom.

Dessa fynd talar för ett starkt samband mellan de kvinnliga könshormonerna och kvinnans utveckling av kardiovaskulär sjukdom. Huruvida denna hormonella skillnad könen emellan även leder till skilda mekanismer för uppkomst (patogenes) av hjärt-kärlsjukdomar finns ännu ej vetenskapligt belagt.

Symptomatologi

Symptombilden vid hjärtinfarkt respektive angina pectoris med ansträngningsutlösta bröstsmärtor är i stor utsträckning densamma för bägge könen. I klinisk praxis finner man dock ofta att kvinnor uttrycker sina symptom på ett annorlunda sätt. Vanliga är uttryck som "obehag, oro i bröstet, andnöd, trötthet, matthet" etc. Om detta är beroende på en annan smärtupplevelse eller ett annorlunda sätt att kommunicera är oklart. Denna 'känsla' av annorlunda anamnes hos kvinnor jämfört med män bör vetenskapligt studeras. Risken är annars stor att kvinnor med ett annorlunda sätt att uttrycka sina symptom på angina misstolkas och diagnosen missas. Detta fenomen skulle kunna bidra till att de kvinnliga patienterna kommer senare till adekvat vård och därmed får en sämre prognos.

Vad man däremot vet är att kvinnor med typiska anginösa symptom och klara EKG-förändringar i vila och vid arbetsprov har inte i lika hög utsträckning som män aterosklerotiska kranskärlsförändringar, åtminstone inte i de kärl som åskådliggörs vid en kranskärlsröntgen.

Detta skulle möjligen kunna förklaras av att kvinnan i stället för att utveckla aterosklerotiska stenoser har en ökad benägenhet för trombos (proppbildning) och/eller minskad benägenhet för firbrinolys (propp-upplösning). Detta kan leda till syrebrist med något annorlunda symptombild än den atherosklerotiska och möjligen mer drabbande de små kärlen. En annan förklaring är de direkta, positiva, östrogeneffekterna på endotelet. Måhända har kvinnor med normal anatomi i de stora kranskärlen trots typisk angina och typiska EKG-förändringar, begynnande förändringar i endotelet, men en gynnsam hormonprofil som skyddar mot högre grad av ischemi och aterosklerosutveckling. Man har nämligen visat att dessa kvinnor, till skillnad från kvinnor med konstaterad aterosklerotisk kärlsjukdom, har en god kardiovaskulär prognos. Fenomenet med de normala kranskärlen trots symptom skulle också kunna förklaras av skillnad i prevalens av sjukdomen i de populationer som studerats. Ju äldre kvinnor som undersöks desto högre är prevalensen av kranskärlssjukdom, vilket ger ett lägre prediktivt värde för negativa fynd vid olika diagnostiska prov som t.ex. arbetsprov.

Diagnostik

Kvinnor med typisk angina pectoris har inte lika hög förekomst av kranskärlssjukdom som män och bland kvinnor med atypiska symptom är prevalensen mycket låg. Återigen spelar åldern här en roll, då premenopausala kvinnor med typisk angina har en prevalens på 50 procent mot 90 procent hos äldre kvinnor med samma symptom.

Kvinnor får ofta en sent ställd korrekt diagnos vilket kan bero på att det är svårt att med de vanliga diagnostiska metoderna påvisa hjärtkärlsjukdom innan den manifesterats i en klar hjärtinfarkt. Förekomsten av bröstsmärta ensamt är ej speciellt sensitivt[1] i att identifiera de kvinnor som har signifikanta kranskärlsstenoser vid kranskärlsröntgen.

[1] Sensitivitet avspeglar ett tests förmåga att upptäcka diagnosen hos de sjuka.

Andelen falskt positiva *EKG-reaktioner* i vila och vid arbetsprov hos kvinnor är högre än hos män, vilket gör diagnosen osäker och har lett till att kvinnor uteslutits ur studier rörande kranskärlssjukdom. Den låga specificiteten[2] kan delvis förklaras av högre förekomst av vilo-EKG-förändringar hos kvinnor.

Det diagnostiska värdet av en undersökning är dock beroende av förekomsten av sjukdom i den studerade populationen. Kvinnor har en lägre åldersrelaterad prevalens av kranskärlssjukdomen än män och detta kan sannolikt förklara en stor del av den diagnostiska osäkerheten av vilo- och arbets-EKG hos kvinnor även om det inte förklarar hela fenomenet. Vid studier av äldre kvinnor framkommer resultat tydande på att det vanliga arbetsprovet kan användas i diagnostiskt syfte, speciellt om andra mätningar än EKG-förändringar genomförs, t.ex. hjärtfrekvens, arbetsmax och bröstsmärta.

Ett flertal *nuklearmedicinska metoder* finns, där ett radioaktivt agens injiceras i samband med arbete eller under infusion av ett farmakologiskt preparat. Detta agens fördelar sig sedan i hjärtmuskeln beroende på kärlförsörjningen till de olika delarna av muskeln. Strålningen från det radioaktiva preparatet uppmäts sedan i en speciell gammakamera och defekter i blodförsörjningen analyseras. Dessa metoder har i ett flertal stora studier visat sig ha såväl högre sensitivitet som specificitet än vanligt arbetsprov vid diagnos av kranskärlssjukdom. Antalet kvinnor i dessa studier, om könsfördelningen alls angetts, har dock varit litet varför värdet av nuklearmedicinska metoder hos kvinnor ännu inte är helt utrett.

Arbetsekokardiografi beskrevs första gången 1979 av Wann och medarbetare. Till en början hade man lovande resultat men svårbemästrade tekniska problem vilket gjorde metoden svåranvänd. Numera är det möjligt att avbilda, digitalisera, spara och återspela varje enskild hjärtcykel och samtidigt, sida vid sida, visa bilder tagna ur samma vinkel i vila och efter arbete. I studier som involverat mestadels män har man funnit en sensitivitet varierande mellan 61och 86 procent och en specificitet på 75-100 procent. Det finns få studier av arbetseko hos kvinnor. Det finns dock en studie från 1989 där man undersökte 57 kvinnor och drog slutsatsen att arbetseko är kliniskt värdefullt även hos kvinnor, väl i jämförelse med manliga material. Könsskillnader vid ekokardiografi och samtidig provokation med farmaka har blivit

[2] Specificitet avspeglar ett tests förmåga att utesluta diagnosen hos de friska.

föremål för ännu färre studier och det finns idag inga rapporter som visar på könsskillnader vad gäller dobutamineko. Sammanfattningsvis kan sägas att både arbetseko och stresseko med farmaka kan vara användbara på kvinnliga patienter. För närvarande finns dock väldigt få data publicerade på tillförlitligheten och ingen information alls om det prediktiva värdet av metoderna.

Könsskillnader i utnyttjandet av diagnostiska test och terapeutiska medel

Under de senaste åren har rapporter inkommit från flera centra att det finns könsskillnader i utnyttjandet av diagnostiska och terapeutiska åtgärder vid hjärt-kärlsjukdom till nackdel för kvinnorna. En snedfördelning i det förra skapar snedfördelning i det senare.

Redan på akutmottagningen har kvinnor särhanterats avseende omhändertagande och *utredning*. I en studie från USA -92 visades att kvinnor fick vänta längre än män på undersökning och EKG-tagning och kvinnor med infarkt fick i större utsträckning än män vårdas på vanlig vårdavdelning i stället för på intensivvårdsavdelning (56 procent mot 83 procent). År 1987 rapporterades att män i långt högre utsträckning (6 ggr högre chans) än kvinnor remitterades till kranskärlsröntgen vid positiva fynd på thalliumscintigrafi. Denna skillnad fanns kvar även om man tog hänsyn till andra faktorer som tidigare infarkt och anginasvårighetsgrad. I samma studie fann man att trots att kvinnorna hade mer symptom än männen trodde den undersökande läkaren att symptomen kunde förklaras med icke-kardiella orsaker, speciellt hos kvinnor med patologiska testresultat. Någon skillnad i förskrivning av antianginösa mediciner såg man trots detta ej.

I flera andra studier från USA, England, Irland och Canada har dessa fynd verifierats vid såväl utredning av misstänkt kranskärlssjukdom som efter sjukhusvård för manifest sjukdom. Någon liknande studie från Skandinavien har ej publicerats.

I en publikation av King et al -92, framgick att patienternas symptom tolkades olika beroende på kön. Efter bypassoperation tolkades kvinnornas psykologiska symptom oftare vara emotionella och behandlades med lugnande medel medan mannens likartade symptom ansågs vara organiskt betingade. Färre kvinnor remitterades således till kranskärlsröntgen, men vid påvisad ateroskleros i kranskärlen gjordes kranskärlsingrepp i lika hög utsträckning hos kvinnor som hos män.

Vad gäller skillnader könen emellan avseende medicinsk *behandling* har även detta uppmärksammats på senare år. I engelska undersökningar visade sig männen i högre utsträckning än kvinnorna få nitroglycerindropp under sjukhustiden och vid utskrivningen förskrevs signifikant mer betablockerare och acetylsalicylsyra till männen. Kvinnorna kan enbart med anledning av detta förväntas ha en högre risk för återinsjuknande i hjärtinfarkt eller död.

I samma undersökningar fann man även att kvinnorna i mindre utsträckning fick trombolys (proppupplösande behandling). I flera andra studier har man funnit att även om kontraindikationer saknas för trombolys, får kvinnor i mindre utsträckning än män tillgång till detta. I Maynards undersökning befanns bara 55 procent av kvinnorna med indikation för trombolys verkligen få detta jämfört med 78 procent hos männen. Författarna fann detta svårt att förklara och hade funderingar på om det kunde vara så att kvinnliga patienter behandlas mindre aggressivt än män av manliga kardiologer.

I en väl planerad och genomförd studie (SAVE) fann man att, trots att kvinnorna rapporterade mer invalidiserande angina än männen, remitterades kvinnorna mer sällan till invasiva utredningar och behandling trots vetskapen om möjligheten att med dessa procedurer förbättra symptomen och funktionen. I SAVE-studien utfördes inte kranskärlsröntgen ens på kvinnor med återkommande angina efter indexinfarkten, och exkluderades därför dubbelt så ofta som männen från ingång i studien.

År 1993 publicerades en undersökning från Göteborg där man studerat symptom och välbefinnande hos bägge kön efter hjärtinfarkt. Fynden där talar i samma riktning som den internationella litteraturen, dvs. att trots att kvinnorna var sjukare fick de ett mer passivt omhändertagande. Denna passivitet visavi kvinnorna kan bidra till den sämre prognosen som noterats hos kvinnor med kranskärlssjukdom. Det finns dock också preliminära resultat från ett pågående SBU-projekt om kranskärlsingreppen i Sverige som inte visar på några könsskillnader när det gäller indikationer för kranskärlskirurgi och ballongdilatation.

Om omhändertagandet av kranskärlssjuka kvinnor i vissa fall varit passivt, kan detta förklaras av de tidiga resultaten vid bypassoperation där man fann en 5-faldigt ökad risk för död hos kvinnor. Orsaken till detta har man i flera studier kunnat förklara med kvinnornas högre ålder, mindre kroppsyta och därmed mindre kranskärl, fler patienter med diabetes, hypertoni och hjärtsvikt samt mer utbredda förändringar i kranskärlen, och akut operation på grund av instabil angina.

Rahimtoola påpekar dock i en rapport från 1993 att bypassoperation är en effektiv behandlingsform för angina (vid uppföljning 15-20 år) hos såväl kvinnor som män, vilket också påpekas av Ståhle i en artikel i Läkartidningen -95 efter genomgång av ett Uppsalamaterial.

Vid kranskärlsingrepp har man funnit en högre dödlighet i samband med operation hos kvinnor, medan långtidsresultaten har varit jämförelsevis lika könen emellan. Man bör dock ha i åtanke att av de tre stora prospektiva randomiserade studier som utfördes på 70-talet avseende bypassoperationers effekt i jämförelse med medicinsk behandling inkluderade två studier enbart män och den tredje cirka 10 procent kvinnor. Alltså har över 2.000 män, mest i medelåldern, studerats mot mindre än 80 kvinnor. Ur dessa randomiserade data torde det därför vara svårt att dra slutsatser för kvinnornas eller för de äldre patienternas del.

I ett tämligen färskt Nationellt register över öppen hjärtkirurgi i Sverige (starttid 1992) som innehåller uppgifter om totalt 27.000 ingrepp (cirka 9.000 per år) kan utläsas att männen utgör 73 procent och att 30-dagarsdödligheten är högre för kvinnor än för män; 3,6 procent respektive 1,8 procent. Uppdelat på kranskärlskirurgi är siffrorna 3,1 procent respektive 1,4 procent. Männen får i genomsnitt ett något högre antal kärl insatta (3,7) jämfört med kvinnor (3,5). Någon närmare analys av dessa skillnader könen emellan i registret har ännu ej skett.

Vid ballongdilatation av kranskärlen (coronar angioplastik, PTCA) har man likaledes i tidiga studier funnit liknande perioperativa resultat som vid bypassoperation, dvs. kvinnor uppvisar fler komplikationer och en högre dödlighet i anknytning till ingreppet än män. På samma sätt som tidigare har detta delvis kunnat förklaras med kvinnornas högre ålder, hjärtsvikt, svårare kärlsjuka, mindre kranskärl etc. En bättre teknik har kanske lagt grunden för de resultat som presenterats på senare år, där slutsatsen blir att säkerheten och resultaten för kvinnor är densamma som för män. Hela tiden har dock långtidsresultaten vid PTCA varit likvärdiga dem som männen uppvisar.

Preliminärt resultat från Svenskt register för coronar angioplastik (starttid 1990) med uppgifter om cirka 3.000 ingrepp per år, visar att 73 procent av ingreppen sker hos män och att lyckandefrekvensen är 90 procent och är lika hög hos båda könen. Någon skillnad i omedelbara komplikationer ses ej heller. Man ser dock att kvinnorna är signifikant äldre och sjukare vid ingreppet och att vårdtiden är längre. Männen har oftare haft infarkt eller genomgått revaskulariserande ingrepp tidigare.

Primär PTCA vid akut hjärtinfarkt utfördes oftare på män liksom stentinläggning och aterektomi.

Från svenska nationella kvalitetsregister för år 1993 kan hämtas att män utgör 80 procent av de kranskärlsopererade och 75 procent av de som genomgått ballongutvidgning. Komplikationsfrekvenserna vid dessa procedurer har dock inte delats upp på kön vid redovisningen.

Det ter sig naturligt att associera utvecklingen av hjärt-kärlsjukdom hos äldre kvinnor till östrogenbristtillstånd postmenopausalt. Förebyggande behandling med östrogen skulle således kunna leda till minskad sjuklighet och dödlighet i hjärt-kärlsjukdom. Detta har också undersökts i mer än 20 epidemiologiska studier av varierande uppläggning. De flesta av studierna har så gott som enhälligt visat att hormontillägg minskar risken för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom med 40-50 procent. Värdet av studier som byggt på långtidsuppföljning av kvinnor som valt att använda östrogen har dock ifrågasatts, då den skyddande effekten kan förklaras av att det är friska kvinnor som väljer hormoner. Det har därför framkommit starka önskemål om att genomföra prospektiva randomiserade dubbelblinda studier för att verifiera resultaten. I dag finns ingen sådan studie genomförd varför hormontillägg postmenopausalt på denna indikation ej kan rekommenderas. Det finns dock inga bevis för att hormontillägg skall undanhållas kvinnor med hjärt-kärlsjukdom om behov på annan indikation finns.

Diskussion och slutsatser

Av vad som hitintills framgått förekommer ålders- och könsskillnader i förekomst, prognos och manifestation av hjärt-kärlsjukdom och detta fenomen har varit känt sedan lång tid tillbaka. Det är dock först sedan slutet av 1980-talet som detta har allmänt diskuterats. Kranskärlssjukdom hos både kvinnor och män utgör med stor sannolikhet ett flertal olika sjukdomsenheter. Forskningen inom området har under lång tid varit fokuserad på vissa metabola förändringar, men har under senare tid breddats till en rad andra mekanismer. Betydelsen av inflammatoriska förändringar, infektioner (chlamydia, TWAR), kärlens reaktivitet liksom andra mekanismer har börjat belysas i experimentella och kliniska studier. I denna nytändning av forskning kring kranskärlssjukdomen spelar skillnad mellan manligt och kvinnligt reaktionsmönster en viktig roll. Det är angeläget att man ser till att denna satsning fortsätter och intensifieras.

Rapporter har publicerats från flera amerikanska och brittiska centra om könsskillnader i utnyttjande av diagnostiska och terapeutiska åtgärder vid kranskärlssjukdom. I en undersökning från Göteborg talar fynden i samma riktning som den internationella litteraturen, dvs. att trots att kvinnorna var sjukare fick de ett mer passivt omhändertagande. Denna passivitet visavi kvinnorna kan bidra till den sämre prognosen som noterats hos kvinnor med kranskärlssjukdom. Det finns dock också preliminära resultat från ett pågående SBU-projekt om kranskärlsingreppen i Sverige som inte visar på några könsskillnader när det gäller indikationer för kranskärlskirurgi och ballongdilatation.

I det nationella registret över öppen hjärtkirurgi i Sverige kan utläsas att männen utgör 73 procent av de opererade patienterna och att 30-dagarsdödligheten är högre för kvinnor än för män. Någon närmare analys av dessa skillnader könen emellan har ännu inte skett. Det är viktigt att det rika registermaterial som för närvarande samlas avseende kvaliteten i hjärtsjukvården blir föremål för närmare könsspecifika analyser. Detta kan ge nya kunskaper om eventuella könsskillnader i såväl bemötande och tillgänglighet som vårdens medicinska innehåll och resultat. Den medicinska rehabiliteringens betydelse för långtidsresultaten hos kvinnor och män bör därvid också uppmärksammas.

Inom klinisk forskning finns det anledning att rikta större uppmärksamhet mot kranskärlssjukdomens manifestationer hos kvinnor. Detta kan motivera ett särskilt omhändertagande av vissa kategorier av dessa patienter. Det är således mycket viktigt att i kontrollerade prövningar av nya behandlingsalternativ inkludera ett tillräckligt antal kvinnor i olika åldrar. Forskning avseende hälsoproblem som berör bägge kön skall inkludera både män och kvinnor och helst i alla åldrar. Viktigt att påpeka är också att onödigt restriktiva ingångskriterier till kliniska studier minskar generaliserbarheten av resultaten.

Än kvarstår många frågetecken att besvara innan vi kan hantera den kranskärlssjuka kvinnan på ett adekvat sätt. Som avslutning kan följande frågor ställas:

- Kan vi genom mer könsinriktad forskning lösa de diagnostiska problem som fortfarande utgör ett stort problem vid kvinnlig kranskärlssjukdom?
- Är den kvinnliga kranskärlssjukdomen delvis en annan än mannens eller är det bara en åldersfråga?
- Hur kan vi öka medvetandet om skillnader i omhändertagandet av kvinnor inom sjukvården, och uppmärksamma speciellt behandlande läkare mer än kvinnorna själva på detta?

5.3 Kvinnor och män i diabetesvården

Sammanfattning: Det förekommer könsskillnader i diabetesvården i Sverige, både när det gäller vårdutnyttjandemönster, tillfredsställelse med vården och livskvalitet. I flera studier rapporterar kvinnliga diabetiker sämre subjektivt hälsotillstånd och livskvalitet än manliga diabetiker och en större andel av kvinnorna är missnöjda med bemötandet i vården och vårdens medicinska innehåll.

Det finns anledning att närmare analysera hur mötet mellan patient och vårdare ser ut i diabetesvården. En del studier tyder på att kvinnor har en större benägenhet att acceptera att de blivit diabetiker, att de tar större ansvar för egenvård än manliga diabetiker och också ställer höga krav på vården. Män lägger över ansvaret för diabetes på läkaren, sjukvården, hustrun etc. Detta kan vara en orsak till att diabetesvården uppfattas olika av män respektive kvinnor.

När det gäller blodsockerkontroll vid diabetes, föreligger det inte tillräckligt täckande svenska data för att allmänna slutsatser kan dras om eventuella könsskillnader. Möjligheterna till rikstäckande uppföljning av diabetesvården kommer sannolikt att bli bättre under de närmaste åren, då användningen av datorjournaler och skräddarsydda program för uppföljning av diabetespatienter når större spridning.

Sociala mönster och klassbakgrund förefaller betyda mera för risken att avlida i diabetes för kvinnor än för män. En förklaring till detta kan vara att lågutbildade kvinnor ej får det stöd och den utbildning som de behöver för att förstå sin sjukdom, medan män i motsvarande situation kanske får mera hjälp av anhöriga. Både när det gäller allmänt bemötande, medicinskt och omvårdnadsmässigt omhändertagande och dödlighet i diabetes, är det angeläget att vidare studera interaktionen mellan kön, ålder och social bakgrund. Med de tidigare resultaten från 'Aktiv Uppföljning' som bakgrund föreslår vi att man följer upp utvecklingen inom diabetesvården inom ett antal landsting, med särskilt fokus på könsperspektivet.

I Sverige anses drygt tre procent av befolkningen ha sockersjuka, diabetes. Den allvarligaste formen, s.k. *Typ 1 diabetes* eller insulinberoende diabetes drabbar huvudsakligen barn, ungdomar och vuxna före 40-års ålder. Cirka två tredjedelar av dessa diabetiker är män. Typ 1 diabetiker utgör 10-15 procent av alla diabetiker, medan majoriteten, 85-90 procent, har s.k. *Typ 2 diabetes* eller icke-insulinberoende diabetes. Patienter med Typ 2 diabetes brukar insjukna först efter 40-års ålder, och majoriteten av dem är kvinnor. Ett ytterligare tillstånd som liknar och ofta föregår diabetes är s.k. graviditetsdiabetes. Den

drabbar kvinnor under graviditet och innebär en avsevärt ökad risk att senare i livet utveckla diabetes, oftast Typ 2.

Diabetes kan leda till akuta komplikationer såsom ketoacidos (syraförgiftning, koma) och till typiska senkomplikationer, som påverkar både livskvalitet och livslängd. Undersökningar från 1960-talet visade att diabetes är vid sidan av olyckshändelser den vanligaste orsaken till grav synnedsättning i arbetsför ålder. Svår njurskada, som kan leda till dialys och transplantation drabbade förr omkring 30 procent av Typ 1 diabetiker. Dessa löper också ökad risk att insjukna och dö i hjärtkärlsjukdom. För Typ 2 diabetiker föreligger huvudsakligen ökad risk för insjuknande i hjärtkärlsjukdomar och detta gäller speciellt kvinnor. Typ 2 diabetes är i betydande utsträckning kopplad till de aterosklerotiska riskfaktorerna högt blodtryck, blodlipidrubbning och fetma, men är således i sig en allvarlig riskfaktor. Både internationella och svenska undersökningar har under 1990-talet visat att god sockerkontroll uppnådd med intensifierad insulinbehandling kan motverka uppkomst av ögon- och njurkomplikationer. Även hjärtkärlsjukdomar är relaterade till förhöjda blodsockernivåer. Det är däremot inte klarlagt i vad mån god metabol kontroll kan reducera risken för dessa komplikationer.

För de som insjuknar i diabetes innebär sjukdomen täta kontakter med hälso- och sjukvården. Akut insjuknande i diabetes är i sig förknippat med stora vårdbehov, inklusive behov av psykosocialt stöd. För att nå bra sockerbalans och förhindra eller senarelägga uppkomsten av komplikationer krävs sedan omfattande insatser från såväl patienten själv som från ett antal medicinska specialiteter. Rätt kosthållning utgör grunden för all diabetesbehandling. Effektiv patientutbildning krävs för att patienten själv skall kunna forma och anpassa sin livsstil och justera sina insulindoser. Vid Typ 2 diabetes, som ofta är förknippad med övervikt, är det angeläget att patienten får hjälp med viktminskning. Regelbundna kontrollbesök på diabetesmottagning eller inom primärvården krävs också för att hypertoni och njursjukdomar tidigt skall upptäckas. Regelbundet återkommande besök på ögonmottagningar är en förutsättning för tidig upptäckt och behandling av ögonbottenförändringar, retinopati.

Hos kvinnliga diabetiker i fertil ålder föreligger alldeles speciella vårdbehov förknippade med planering och uppföljning av graviditeter.

Infektioner kan i varierande utsträckning rubba sockerbalansen, vilket kan föranleda akuta sjukhusbesök. Vid otillfredsställande sockerkontroll ökar risk för infektioner, och vid långvarig diabetes samt hos

äldre diabetiker föreligger en hög risk för fotsår som kan kräva besök på mottagningar under långa tidsperioder. Efter tio till femton års sjukdom kan utvecklingen av långtidskomplikationer börja föranleda vårdbehov inom hjärtsjukvård, njursjukvård m.m.

Vid uppföljning och utvärdering av diabetesvården är det viktigt att ha ett longitudinellt perspektiv på sjukdomens utveckling och dess konsekvenser för individ och samhälle. De resurser som behövs för initialt omhändertagande och effektiv kontroll av diabetes utgör investeringar för framtiden, genom att de minskar behov av vård och vårdresurser under senare faser av sjukdomen. År 1989 fastställde WHO och den Internationella Diabetesfederationen ett antal mål för diabetesvården i Europa. Med denna s.k. S:t Vincent deklaration som bakgrund har ett antal kartläggningar av diabetesvårdens kvalitet genomförts i Sverige, t.ex. inom ramen för Socialstyrelsens program för Aktiv Uppföljning. Dessa har främst varit inriktade på att mäta vårdens kvalitet i termer av vårdpraxis och -rutiner, men i viss mån även i termer av hälsoeffekter. Ett problem i det senare avseendet har varit bristen på relevanta uppgifter, då vårdgivarna bara i begränsad omfattning påbörjat systematisk registrering av de relevanta hälsovariablerna.

I det följande presenteras könsspecifika uppgifter från uppföljningar och utvärderingar av den svenska diabetesvården utifrån fyra aspekter: vårdutnyttjandemönster; allmänt bemötande och patienttillfredsställelse; blodsockerbalans och livskvalitet; samt dödlighet i diabetes. Av dessa är vårdutnyttjandet relaterat till resursfördelning och resursanvändning i vården, medan de tre övriga belyser i vad mån man med olika vårdinsatser lyckas tillgodose de kvinnliga och manliga diabetikernas behov av vård och stöd.

Vårdutnyttjande vid diabetes

Analyser av vårdutnyttjande till följd av diabetes har generellt varit förknippade med metodproblem. Ett problem har varit att man i analyserna inte kunnat skilja mellan vårdutnyttjande och samhällskostnader relaterade till primär behandling och kontroll av diabetes från det vårdutnyttjande som är relaterat till behandling av komplikationer. Medan den förstnämnda komponenten utgör en satsning för diabetikernas framtida hälsa, avspeglar den senare åtminstone delvis misslyckanden i att förebygga komplikationer av sjukdomen.

Ett annat problem är att registerbaserade analyser av vårdutnyttjandet försvåras av variationer i registreringsrutinerna, särskilt det faktum att diabetes ibland förekommer som huvuddiagnos, ibland som bidiagnos i statistiken. Det är sålunda svårt att analysera vilken del av vårdutnyttjandet som har direkt samband med diabetessjukdomen. En jämförelse av antal vårdtillfällen med huvuddiagnosen diabetes år 1993 utifrån uppgifter från Socialstyrelsens slutenvårdsregister, visar att män står för majoriteten av det totala antalet av registrerade vårdtillfällen i åldersgrupper 30-65 år, sedan jämnar könsskillnaden ut sig, och i åldrar 75+ dominerar kvinnor statistiken. Dessa fynd överensstämmer väl med förekomsten av diabetes hos kvinnor och män i olika åldrar. Slutenvårdsdata speglar dock dåligt det tidiga omhändertagandet vid diabetes, då kontroller vid diabetes till stor del sker inom den öppna vården och alltmer av omhändertagandet vid insjuknande och utbildningsinsatser sker inom dagvårdsverksamhet.

För att analysera diabetikernas vårdutnyttjandemönster och olika aspekter på vårdens kvalitet, genomförde Spri, Institutionen för folkhälsovetenskap och Institutionen för medicin vid Karolinska Institutet samt Institutionen för epidemiologi och folkhälsovetenskap vid Umeå Universitet år 1991-94 en enkätundersökning bland diabetiker som registrerats inom ramen för den s.k. Diabetesincidensstudien i Sverige, DISS. Inom DISS har man sedan år 1983 registrerat samtliga nyinsjuknade diabetiker i åldrarna 15-34 år, årligen mellan 350 och 400 individer, huvudparten med Typ 1 diabetes. Nästan två tredjedelar av dessa diabetiker är män.

I Spri-projektet analyserades uppgifter om diabetiker som insjuknat år 1983 och kontrollindivider från den övriga befolkningen. Könsfördelningen i materialet avspeglar fördelningen i DISS-registret: 201 (63 procent) män och 116 (37 procent) kvinnor. Kontrollgruppen bestod av 369 (64 procent) män och 211 (36 procent) kvinnor. Vid tidpunkten för undersökningen var individerna 23-42 år gamla. Enkätfrågorna avsåg förhållandena hösten 1991/våren 1992, dvs. drygt åtta år efter det att diabetikerna insjuknat.

Storkonsumenter

En fråga som belystes i projektet var om det fanns 'storkonsumenter' av öppenvård som i något avseende skiljde sig från de övriga diabetikerna. Analysen ansågs vara av intresse, eftersom diabetikerna åtta år efter insjuknandet bör ligga i en relativt stabil fas av sjukdomen. Högt vårdutnyttjande kan då avspegla dels hur vårdorganisationen fungerar, dels hur diabetikerna själva omhändertar sin sjukdom. 26 procent av diabetikerna och 12 procent av kontrollindividerna hade

haft minst tre öppenvårdskontakter under mätperioden och definierades som storkonsumenter. Det fanns fler storkonsumenter bland kvinnliga diabetiker, 38 procent, än bland manliga diabetiker, 19 procent. I kontrollgruppen var motsvarande andelar 14 procent bland kvinnor och 11 procent bland män. Därmed var även skillnaden mellan kvinnliga diabetiker och kvinnliga kontrollindivider statistiskt signifikant.

Mot denna bakgrund redovisas i det följande ett antal nya analyser av vårdutnyttjande och patienttillfredsställelse, som har inriktats på jämförelser mellan kvinnliga och manliga diabetiker respektive kvinnliga diabetiker och kvinnliga kontrollindivider.

Andelar som besökt olika vårdgivare

När det gällde vård på sjukhus, hade 24 procent av de kvinnliga och 15 procent av de manliga diabetikerna vårdats inom sluten vård under det senaste året. Motsvarande könsskillnad avseende dagvård låg inom den statistiska felmarginalen. Vid en jämförelse av antal vårddagar inom diabetesdagvården, hade kvinnliga diabetiker ett signifikant högre vårdutnyttjande än manliga diabetiker. Fler av de kvinnliga diabetikerna än av de kvinnliga kontrollindividerna hade vårdats inom såväl slutenvård som dagvård.

I Tabell 1 presenteras uppgifter om öppenvårdsutnyttjande under en tremånadersperiod. En större andel av de kvinnliga än av de manliga diabetikerna hade besökt vårdcentraler och privatpraktiker. Motsvarande skillnader kunde inte säkerställas mellan kvinnliga diabetiker och kvinnliga kontrollindivider. När det gäller privatmottagningar kan detta sannolikt sättas i samband med att kvinnor, såväl diabetiker som icke-diabetiker, hade besökt privata gynekologer.

Det genomsnittliga antalet besök på sjukhusmottagningar under tremånadersperioden var också högst bland kvinnliga diabetiker, 1,6 besök, vilket kan jämföras med 1,1 besök per manlig diabetiker och 0,36 besök per kvinnlig kontrollindivid. Ungefär hälften av de diabetiska kvinnornas besök avsåg diabetesmottagningar, 15 procent ögonmottagningar och cirka 10 procent gynekologi- och medicinmottagningar vardera.

Resultat från Socialstyrelsens Aktiv Uppföljning i Stockholms län tyder på att män med diabetes tenderar att föredra att gå till specialistmottagning på sjukhus medan kvinnor oftare går hos husläkare.

Tabell 1. Andelar (procent) som besökt olika öppenvårdsmottagningar under en tremånadersperiod. 1983-års kohort.

Mottagning	Kvinnliga diabetiker (n=116)	Manliga diabetiker (n=201)	p	Kvinnliga kontroller (n=211)	p
Sjukhus-mottagning	75.7	72.0	n.s.	23.3	<0.005
Akut-mottagning	6.0	10.5	n.s.	7.6	n.s.
Vårdcentral	37.9	23.1	< 0.05	29.5	n.s.
Privat-praktiker	10.3	2.5	<0.05	8.1	n.s.
Företags-hälsovård	10.3	9.5	n.s.	10.3	n.s.

Specifika vårdåtgärder

Tillgången till vissa återkommande undersökningar och behandlingar, såsom ögonbottenundersökningar och fotvård, kan betraktas som indikatorer på diabetesvårdens kvalitet. Knappt 73 procent av diabetikerna hade träffat en diabetessjuksköterska och 17 procent besökt en dietist under det senaste året (Tabell 2). Fotvården hade besökts av var femte diabetiker. I dessa avseenden fanns det inga könsskillnader.

Tabell 2. Andelar (procent) som rapporterade diabetesrelaterade besök under det senaste året. 1983-års kohort.

Mottagning	Kvinnliga diabetiker (n=115)	Manliga diabetiker (n=199)	p
Diabetessjuksköterska	72.2	72.9	n.s.
Dietist	15.7	17.1	n.s.
Fotvård	22.6	19.6	n.s.
Ögonundersökning	69.6	62.3	n.s.

70 procent av de kvinnliga och 62 procent av de manliga diabetikerna hade genomgått en ögonundersökning under det senaste året. Skillnaden når inte statistisk signifikans men kan tänkas motivera analyser i ett större material.

Även i Aktiv Uppföljning i Stockholms län studerade man vårdutnyttjandemönster. Kvinnor med både Typ 1 och Typ 2 diabetes hade besökt sjukvården oftare än motsvarande män. Fler kvinnor än män med Typ 1 diabetes hade erhållit undervisning i minst 45 minuter. Bland Typ 2 diabetikerna var det däremot fler män som erhållit undervisning. Kvinnor med Typ 1 diabetes gjorde också oftare regelbundna självkontroller av blodsockernivån än motsvarande män. Det fanns ingen klar skillnad i detta avseende mellan kvinnor och män med Typ 2 diabetes.

Kvinnor mer missnöjda med vården

I Spri-undersökningen rapporterade nästan var tredje kvinnlig diabetiker att de hade upplevt problem med vården under det senaste året, medan motsvarande andel bland manliga diabetiker var 17 procent och bland kvinnliga icke-diabetiker 18 procent (Tabell 3).

Tabell 3. Andelar (procent) som upplevt problem med vården under det senaste året.

Problem	Kvinnliga diab. (n=116)	Manliga diab. (n=201)	p	Kvinnliga kontr. (n=211)	p
Upplevt problem (alla kategorier)	32.5	16.7	< 0.005	17.7	<0.005
- medicinskt innehåll /resultat	12.1	7.5	n.s.	5.2	< 0.05
- bemötande, service	14.7	3.5	< 0.005	7.1	< 0.05
- tillgängl., väntetider	13.8	5.0	< 0.05	10.0	n.s.
- bristande information	1.7	3.0	n.s.	1.9	n.s.

De kvinnliga diabetikerna klagade mest på allmänt bemötande och service och skiljde sig i detta avseende från både manliga diabetiker och kvinnliga icke-diabetiker. Jämfört med manliga diabetiker hade fler av de kvinnliga diabetikerna också haft problem med vårdens tillgänglighet och väntetider. De manliga diabetikerna klagade oftast på vårdens medicinska innehåll och /eller vårdens resultat. Även denna typ av problem rapporterades emellertid oftare av kvinnliga diabetiker men könsskillnaden låg inom den statistiska felmarginalen.

En efteranalys av uppgifter från Aktiv Uppföljning i Stockholms län tyder på att de flesta av de deltagande diabetikerna var nöjda med vården. Manliga diabetiker prioriterade kompetens hos vårdgivarna och var generellt mer nöjda med både information om sjukdomen och med vården, medan kvinnor var mindre nöjda med information och vård och prioriterade ett gott bemötande från vårdpersonalen. Kvinnliga diabetiker var mindre nöjda med kostinformation och en högre andel kvinnor än män önskade träffa en fotterapeut. Kvinnorna var mer benägna att delta i olika gruppaktiviteter än männen.

En analys av material från INREGIA:s kartläggning av patienters syn på den internmedicinska vården vid akutsjukhusen i Stockholms läns landsting visar på en rad skillnader, som tyder på sämre vård för kvinnliga än manliga diabetiker. I enkätundersökningen, som riktades till ett konsekutivt urval av utskrivna patienter hösten 1993, deltog 80 manliga och 83 kvinnliga diabetiker. Färre kvinnor än män hade talat med läkare i enrum, färre kvinnor hade fått ett utskrivningssamtal och färre kvinnor än män ansåg att de skrevs ut i rätt tid. En större andel av kvinnorna än männen, 35 procent jämfört med 11 procent, uppgav att de var oroliga över hur vården efter utskrivning skulle fungera. 16 procent av kvinnorna jämfört med bara 3 procent av männen ansåg sig ha fått felaktig behandling.

Blodsockerbalans och livskvalitet

Ett av behandlingsmålen vid diabetes är att uppnå en god sockermetabol kontroll. I Laxå har man analyserat eventuella skillnader i metabol kontroll mellan kvinnor och män. Vid en analys av metabol kontroll hos diabetiker i incidenskohorten 1972-79 kunde inga könsskillnader påvisas. I en analys som utgick ifrån den befintliga kohorten (med genomsnittligt längre diabetesduration) fanns det heller ingen könsskillnad. Aktiv Uppföljning i Gotland, Uppsala och Stockholm

omfattade uppgifter om blodsockerkontroll hos totalt cirka 1.100 diabetiker. Inte heller bland dessa fanns det någon könsskillnad.

I en studie av Eriksson, som omfattade ett 80-tal Typ 2 diabetiker, uppnådde manliga diabetiker efter ett års behandling signifikant bättre behandlingsresultat i termer av fasteblodsocker än kvinnliga diabetiker. Män som uppgav att de hade ett högt socialt stöd hade ett signifikant bättre behandingsresultat än män med ett lågt socialt stöd samt hela gruppen kvinnor. För kvinnor betydde graden av socialt stöd inte något för behandlingsresultatet, dvs. kvinnor kunde ha ett gott eller dåligt socialt stöd – deras behandlingsresultat var relativt dåligt i alla fall.

När patienten får diagnosen diabetes ställs hon/han inför en helt ny livssituation. Vissa personer i den ovan nämnda studien vände sig framåt, tog ett aktivt initiativ och försökte göra någonting åt sin nya livssituation. Det var individer som var högutbildade, gifta, yngre, hade god kostkunskap, högt socialt stöd liksom få symptom och god följsamhet. Dessa personer hade ofta ett gott behandlingsresultat. I riskzonen för ett dåligt behandlingsresultat däremot befann sig äldre, lågutbildade, ensamstående, tablettbehandlade patienter med dålig kunskap om kosten, särskilt kvinnor.

I Aktiv Uppföljning i Stockholm jämfördes förekomsten av riskfaktorer mellan kvinnliga och manliga diabetiker. Av Typ 1 diabetiker hade en högre andel män ett antal riskfaktorer, såsom diastolisk hypertoni, alkoholanamnes och förhöjda s-triglycerider. Vid en jämförelse mellan kvinnliga och manliga Typ 2 diabetiker hade en högre andel män diastolisk hypertoni, proteinuri, tidigare hjärtinfarkt samt rök- och alkoholanamnes. Kvinnor dominerade bara när det gällde s-kolesterolvärden.

I Aktiv Uppföljning i Uppsala/Gotlands län år 1993 analyserades dels uppgifter från det s.k. DIAB-CARE-formuläret, dels fick patienterna själva besvara frågor avseende välbefinnande och tillfredsställelse. 193 manliga och 230 kvinnliga diabetiker deltog i undersökningen. Av de manliga diabetikerna behandlades 60 med insulin och 133 med kost och/eller tabelletter. Motsvarande antal bland kvinnorna var 93 insulin- respektive 137 kost/tablettbehandlade. De kvinnliga diabetikerna var mer depressiva än de manliga diabetikerna, både bland insulin- och kost/tablettbehandlade diabetiker. Jämfört med männen, hade de insulinbehandlade kvinnorna också mer ångest och lägre allmänt välbefinnande. De insulinbehandlade kvinnorna ansåg sig också få sämre behandling och upplevde att deras liv påverkades mer av sjukdomen.

I den tidigare nämnda Spri-enkäten studerades subjektiv hälsa och livskvalitet med hjälp av frågor ur ett s.k. 'globalt' frågebatteri, SwedeQual. Denna typ av livskvalitetsmätning har fördelen att sammanfatta hela spektrat av hälsoproblematik förknippat med t.ex. diabetes. Fem aspekter på hälsa ur SwedeQual inkluderades i analysen: bedömning av allmänt hälsotillstånd; fysisk funktionsförmåga; tillfredsställelse med fysisk funktionsförmåga; samt hur väl man klarar av vardagliga aktiviteter både fysiskt och psykiskt (fysisk och psykisk ADL, Activities of Daily Living). De kvinnliga diabetikerna rapporterade sämre allmänt hälsotillstånd än både manliga diabetiker och kvinnliga (och manliga) icke-diabetiker. En liknande skillnad fanns även avseende tillfredsställelse med fysisk funktionsförmåga. I kontrollgruppen fanns inga signifikanta skillnader mellan könen avseende någon av de aktuella hälsoaspekterna.

En undersökning från Västerbotten som omfattade 273 manliga och 215 kvinnliga diabetiker i åldrarna 20-50 år visade att kvinnor oftare reagerade med rädsla vid sjukdomsbeskedet, medan män oftare blev fundersamma eller förvånade. Kvinnliga diabetiker var också oftare missnöjda med omhändertagandet vid sjukdomsdebuten. Det svåraste med att leva med diabetes var för kvinnorna hotet om kommande komplikationer, medan männen upplevde frihetsinskränkningen och den begränsning av livsvillkor som sjukdomen innebär som det största problemet. Trots att kvinnorna oroade sig mer för sin sjukdom, kunde de oftare än männen se positiva saker som sjukdomen hade medfört. De tyckte att de uppskattade livet i högre grad och inte tog allt för givet. Diabetes hade också bidragit till bättre levnadsvanor vad gällde kost och motion. Fler kvinnor än män rapporterade också att sjukdomen hade fördjupat deras vänrelationer. Allmänt sett föreföll kvinnliga diabetiker ta ett större ansvar för sin egenvård. De sökte förebyggande vård i större utsträckning, medan männen inte ansåg sig ha samma behov av fotvård, kurator eller psykologkontakt som kvinnorna.

Skillnader i dödlighet i diabetes

I Kapitel 4 redovisades analyser av s.k. 'åtgärdbar dödlighet' under perioden 1972-95. Ett generellt mönster är att befolkningens dödlighet i de behandlingsbara sjukdomarna minskar och att det förekommer en kraftig överdödlighet i dessa diagnoser hos män jämfört med kvinnor. Könsskillnaden har dock minskat under tjugoårsperioden, dvs. den 'åtgärdbara dödligheten' har gått ned kraftigare för män än för kvinnor.

När det gäller befolkningens dödlighet i diabetes, har däremot skillnaden mellan könen ökat. Dödstalen minskar hos kvinnor medan mäns dödstal endast visar en svagt nedåtgående trend. Ett stort problem med denna typ av analys utgörs av variationer i registreringsrutiner, framförallt underrapportering av diabetes som dödsorsak. En studie av registrering av dödsorsaker hos diabetiker från Laxå kommun, avlidna under perioden 1972-1986, visade att diagnosen diabetes förekom på dödsbeviset hos 67 procent av kvinnorna men bara hos 48 procent av männen med diabetes. Den ovan beskrivna trenden i mäns dödlighet i diabetes kan delvis ha samband med att rapporteringsrutinerna förbättrats under senare år.

Förbättringar i diabetesvården kan ha förbättrat prognosen för Typ 2 diabetiker, av vilka majoriteten är kvinnor. Detta synsätt får visst stöd av resultaten från en randomiserad studie i Stockholms läns landsting, där man utbildade personalen från en grupp vårdcentraler om effektiv diabetesvård, och jämförde sedan deras patienter med patienter från vårdcentraler där man inte genomfört motsvarande utbildning. En uppföljning efter två år visade att kvinnliga diabetiker från de vårdcentraler som deltagit i utbildningen hade lägre dödlighet än motsvarande diabetiker från kontrollvårdcentralerna. Det har dock ifrågasatts om undervisning av vårdpersonal ens hypotetiskt skulle kunna påverka dödligheten efter bara två år eller om andra omständigheter spelat in.

Inom ramen för den tidigare beskrivna DISS studerades dödligheten hos diabetiker insjuknade i 15-34 års åldern och avlidna under perioden 1983-92. Undersökningen omfattade drygt 4.000 diabetiker. Dödligheten var 3,5 gånger högre för diabetiker jämfört med bakgrundspopulationen. Den högsta dödligheten konstaterades hos personer med sekundär diabetes, vanligtvis orsakad av kronisk bukspottkörtelinflammation på grund av alkoholism. I denna grupp var dödligheten likartat stegrad hos kvinnor och män. Även hos män med Typ 1 respektive Typ 2 diabetes, däremot inte hos kvinnor, förelåg ökad dödlighet.

Förloppet av en kronisk sjukdom som diabetes kan påverkas av patientens sociala bakgrund. I ett försök att beskriva betydelsen av kön och sociala faktorer för dödligheten vid diabetes, har en registerstudie nyligen genomförts vid Institutionen för samhällsmedicinska vetenskaper i Lund. I studien användes uppgifter från cirka 40.000 svenska män och kvinnor i åldersgruppen 25-74 år som intervjuats inom ramen för ULF-undersökningarna under perioden 1979-85. Cirka två procent av dessa individer uppgav att de hade diabetes. Även uppgifter om

civilstånd, utbildningsgrad, tillgång till olika socioekonomiska resurser, såsom innehav av bil och egen bostad, vilka registreras i ULF, utnyttjades i analysen.

Vid en uppföljning av dödligheten fram till 1993 framkom att mellan 40-50 procent av individerna med diabetes hade avlidit under perioden. Efter justering för ålder fann man att kvinnor med diabetes och låg utbildningsnivå hade 47 procent ökad dödlighet jämfört med dem med hög utbildningsnivå. Motsvarande analys bland manliga diabetiker visade på en ökad dödlighet med 22 procent. Detta betyder att interaktionen mellan diabetes, kön och social bakgrund när det gäller dödlighet i diabetes är mer påtaglig för kvinnor än för män. Slutsatsen från studien blir att sociala mönster och klassbakgrund synes betyda mera för risken att avlida i diabetes för kvinnor än för män.

Diskussion och slutsatser

Sammanställningen av resultat från ett antal studier och uppföljningar av diabetesvården i Sverige tyder på att det förekommer könsskillnader, både när det gäller vårdutnyttjandemönster, tillfredsställelse med vården och livskvalitet. Bakom de kvinnliga diabetikernas sämre subjektiva hälsa och livskvalitet kan finnas ett antal ålders- och könsrelaterade fysiska och biologiska konsekvenser av diabetes, såsom särskilda problem i samband med graviditeter och barnafödande. Andra möjliga förklaringar är av social och kulturell karaktär, såsom att de kvinnliga diabetikerna i sin familje-, studie- eller yrkesmiljö har svårare att få acceptans för diabetessjukdomens praktiska konsekvenser.

En möjlig slutsats därutöver är att hälso- och sjukvården inte lyckas med att tillfredsställa de kvinnliga diabetikernas behov av vård och stöd i samma utsträckning som de manliga diabetikernas. Resultaten från olika mätningar av patienttillfredsställelse, där kvinnor oftare rapporterar missnöje och problem, tyder på att diabetesvården för kvinnornas del kan förbättras, både när det gäller det medicinska innehållet och det allmänna bemötandet. Kvinnliga diabetiker tycks också lägga större vikt vid ett gott bemötande än manliga diabetiker.

Kvinnliga diabetiker har ett högre vårdutnyttjande än manliga diabetiker, även om man i jämförelsen skulle bortse ifrån uppgifter avseende gynekologi /obstetrik. Samtidigt kan dock även en del av vårdutnyttjandet hos husläkare, privatpraktiker och på diabetesmottagningen vara förknippad med kvinnors reproduktiva funktioner. Ett intressant

observandum är att kvinnliga och manliga diabetiker besöker specialistmottagningar på sjukhus i ungefär samma utsträckning, men att kvinnorna avsevärt oftare vänder sig till vårdcentral eller privatläkare. I dessa avseenden liknar de kvinnliga diabetikerna mera kvinnliga icke-diabetiker än manliga diabetiker, vilket pekar på betydelsen av reproduktiva funktioner för kvinnors vårdutnyttjandemönster.

När det gäller patientundervisning och återkommande kontroller, t.ex. ögonbottenundersökningar, vid diabetes finns det inget som tyder på att kvinnor skulle ha sämre tillgång till dessa än män. Tvärtom kan det finnas anledning att studera närmare i vad mån yngre och medelålders manliga diabetiker nås av regelbundna ögonbottenundersökningar.

Beträffande metabol kontroll vid diabetes, föreligger det inte resultat från tillräckligt täckande svenska kartläggningar för att allmänna slutsatser kan dras om eventuella könsskillnader. Omfattande material från Stockholm, Uppsala, Gotland och Laxå visar att det inom dessa områden inte finns några könsskillnader i detta avseende. När det gäller olika hälsoparametrar, bl.a. uppgifter om metabol kontroll, väntas möjligheterna till rikstäckande kartläggningar bli bättre under de närmaste åren, då användningen av datorjournaler och skräddarsydda program för uppföljning av diabetespatienter når större spridning i hälso- och sjukvården.

Hur hanterar män och kvinnor diagnosen diabetes? Kvinnor kanske har en större benägenhet att acceptera att de blivit diabetiker, de tar större ansvar för egenvård än manliga diabetiker, och ställer också höga krav på vården. Män lägger över ansvaret för diabetes på läkaren, sjukvården, hustrun etc. Detta kan vara en orsak till att diabetesvården uppfattas olika av män respektive kvinnor. Beträffande metabol kontroll visar en svensk studie att män med gott socialt stöd har ett bättre resultat i termer av metabol kontroll, medan kvinnor inte tycks få socialt stöd som kan förbättra deras behandlingsresultat.

Kvinnliga diabetiker kan behöva större utrymme för att bearbeta sin oro och ångest, medan manliga diabetiker kan behöva mer stöd för att acceptera sin sjukdom och själv vidta nödvändiga åtgärder. Det är också möjligt att diabetes påverkar mäns och kvinnors självbild olika. Kvinnors självbild kan eventuellt påverkas mera, eftersom vården av diabetes i hög utsträckning handlar om frågor om vikt och kostomläggning, vilka kan vara viktigare för kvinnor än för män. Dock kan även manliga Typ 1 diabetikers självbild bli sämre vid diagnosen då den överensstämmer sämre med mansrollen.

När det gäller dödlighet i diabetes, synes sociala mönster och klassbakgrund betyda mera för risken att avlida i diabetes för kvinnor än för män. En förklaring till detta kan vara att lågutbildade kvinnor ej får det stöd och den pedagogik som de behöver för att förstå sin sjukdom, medan män i motsvarande situation kanske får mera hjälp av anhöriga för att klara sin kroniska sjukdom. Å andra sidan finns det en hög överdödlighet också bland männen i det redovisade DISS-materialet. Många av de avlidna manliga diabetikerna har s.k. sekundär diabetes förknippad med alkoholism.

En konkret fråga som aktualiseras är hur vården skall agera med diabetiker som har dålig kontakt eller inte kommer till mottagningen. I denna grupp finns många lågutbildade med missbruksproblem. Det finns ett behov att utveckla bemötandet och vårdens innehåll så att de är bättre anpassade till dessa gruppers behov och förutsättningar. Eftersom patienten själv har ett centralt ansvar för vården av diabetes, kan det finnas anledning att utveckla särskild pedagogik riktad till grupper med låg utbildning och sociala problem.

Det finns tecken på att dödligheten i diabetes kan ha ändrat karaktär under senare år. Den har ökat särskilt för kvinnor vad gäller kardiovaskulära sjukdomar. Detta innebär att det inte räcker att enbart fokusera på den kvinnliga patientens diabetes, utan att man bör även ägna uppmärksamhet åt andra faktorer och tillstånd, såsom upptäckt och behandling av högt blodtryck, hypertoni. Det är möjligt att just behandlingen av hypertoni hittills varit för stereotyp.

Mot bakgrund av ovanstående könsskillnader finns det anledning att närmare analysera hur mötet mellan patient-vårdare ser ut i diabetesvården. Uppfattar sjukvårdens företrädare män och kvinnor olika? I studiesyfte kunde det också vara värdefullt att upprätta könsspecifika diabetesmottagningar och pröva om vårdens resultat, särskilt för kvinnornas del, kan förbättras.

Socialstyrelsens projekt Aktiv Uppföljning genererade en hel del uppgifter om diabetesvården i olika delar av landet. Dessa visade att t.ex. i Stockholms läns landsting skiljde sig vårdens kvalitet mellan stora och små enheter. Med de tidigare resultaten från 'Aktiv Uppföljning' som bakgrund föreslår vi att man följer upp utvecklingen inom diabetesvården inom ett antal landsting, med särskilt fokus på könsperspektivet. Både när det gäller det allmänna bemötandet, medicinskt och omvårdnadsmässigt omhändertagande och dödlighet i diabetes, är det angeläget att vidare studera interaktionen mellan kön, ålder och social bakgrund.

5.4 Tillgång och resultat av vissa ortopediska behandlingsmetoder

Sammanfattning: I föreliggande avsnitt presenteras könsspecifika uppgifter om de största sjukdomsgrupperna, vilka behandlas kirurgiskt i den svenska ortopedin: ryggproblem, protesersättning av höft- och knäled samt fraktur på övre delen av lårbenet, s.k. höftfraktur.

Diskbråcksoperationer förekommer enligt en rad studier ungefär dubbelt så ofta hos män som hos kvinnor. Emellertid visar ett aktuellt material från Värmland ungefär lika frekvenser för män och kvinnor; 0,28 operationer per 1000 män och 0,25 per 1000 kvinnor. Kvinnorna hade något högre ålder vid operationstillfället och deras operationer var förknippade med en högre totalkostnad.

Protesersättning av höftleden utförs vid i huvudsak tre diagnoser; osteoartros, reumatoid artrit och fraktur på lårbenshalsen. De två sistnämnda diagnoserna är betydligt vanligare hos kvinnor än hos män. I det nationella kvalitetsregistret var under perioden 1992-1994 60 procent av de opererade kvinnor. Kvinnor uppvisar ett bättre resultat efter höftledsersättning i form av lägre risk för proteslossning över tiden. Detta beror sannolikt på skillnader i fysisk aktivitet, kroppsvikt och arbetsbelastning. I kvalitetsregistret finns tyvärr ej data insamlade rörande patientens status eller väntetid före operation. I det nationella kvalitetsregistret för primära knäartroplastiker är relationen kvinnor: män 3:1. Detta förklaras av att såväl knäartros som reumatoid artrit är vanligare hos kvinnor. Kvinnorna har i regel sämre funktionellt status vid operationstillfället. De synes å andra sidan efter operationen uppnå ett bättre funktionellt status än männen.

Höftfraktur är den vanligaste orsaken till sjukhusvård för benbrott. Tre fjärdedelar av dessa frakturer drabbar kvinnor. I Värmlandsstudien var den årliga förekomsten 1,0 per 1000 män och 2,0 per 1000 kvinnor. Medelåldern för män var 74,2 år och för kvinnor 80,1 år. Kvinnorna hade fler vårddagar och högre kostnader, vilket kan förklaras med kvinnornas högre ålder och högre sjuklighet utöver höftfrakturen.

De registerdata som idag finns tillgängliga tyder inte på könsskillnader när det gäller kirurgisk behandling vid vanliga ortopediska sjukdomar. Faktaunderlag saknas om bemötandet inom ortopedin, liksom uppgifter om vårdens tillgänglighet och väntetider. Det är angeläget att fortsatta analyser och uppföljningar vid sidan av medicinteknologiska aspekter även fokuserar på bemötandet som en del av den ortopediska vårdens kvalitet.

Den ortopediska specialiteten i Sverige ägnar sig åt diagnostik och behandling av medfödda och förvärvade skador och sjukdomar i rörelseorganen dvs. skelett, leder, muskulatur, senor och ligament. Symptom från dessa organ är synnerligen vanliga, vilket bl.a. manifesteras i att dylika symptom är den vanligaste besöksorsaken hos allmänläkare, vanligare än hjärtkärlsjukdomar, infektioner, magtarmbesvär och psykiska besvär.

För vissa ortopediska sjukdomar och skador finns klara könsskillnader i incidens (årlig förekomst av nya fall). Exempel på sjukdomar med kvinnodominans är medfödd höftledsluxation, distal radiusfraktur, lårbenshalsfraktur samt broskdegeneration (artros) i knäleden, och med mansdominans Perthes sjukdom i höftleden, glidning av ledkulan i höften (fyseolysis capitis femoris) samt medfödd klumpfot.

För att utröna huruvida det finns skillnader i bemötandet i vid mening av kvinnor och män inom svensk hälso- och sjukvård har genomförts dels litteratursökning i medicinska databaser (Medline, Medlars), dels inhämtats data från de svenska kvalitetsregistren (Nationalregistret för höftledsplastik, Nationella knäplastikregistret och Rikshöft). Vidare har uppgifter rörande ryggproblem erhållits av professor Tommy Hansson och docent Björn Rydevik på Sahlgrenska sjukhuset och rörande epidemiologi från professor Olof Johnell på Universitetssjukhuset MAS. Docent Henrik Weibull på socialmedicinska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, har tillhandahållit data från en undersökning av vårdutnyttjande och vårdkostnader i Värmlands läns landsting.

Allmänt kan sägas att det saknas publicerade artiklar, såväl från Sverige som övriga världen, där ortopediska problem diskuteras ur ett könsperspektiv. Naturligtvis finns redovisat vetenskapliga materials uppdelning på män och kvinnor, men resultaten av studierna redovisas regelmässigt utan uppdelning för respektive kön. Av detta skäl presenteras i föreliggande avsnitt de könsspecifika data som framkommit ur svenska ovan angivna källor. Det rör sig då om uppgifter om de kvantitetsmässigt största sjukdomsgrupperna i den svenska ortopedin: ryggproblem, protesersättning av höft- och knäled samt fraktur på övre delen av lårbenet, s.k. höftfraktur.

Ryggproblem

I en dansk undersökning där man prospektivt följde en slumpvist vald del av befolkningen i en förstad till Köpenhamn fann man att såväl

incidens som prevalens (andel sjuka i befolkningen) av ländryggsbesvär ökade med stigande ålder hos kvinnor, medan förhållandena var relativt konstanta hos män. Detta förklaras troligen av kvinnornas utveckling av benskörhet (osteoporos) efter klimakteriet. Andra könsskillnader i denna studie var att livstidsincidensen av ländryggsbesvär var högre hos män mellan 40 och 50 år och hos kvinnor över 60 år. Samma resultat har erhållits i undersökningar i USA (National Health and Nutrition Examination Survey 1970-74 och 1976-80).

När det gäller durationen av sjukfrånvaro på grund av ryggbesvär finns distinkta skillnader mellan könen. Således är kvinnor sjukfrånvarande längre i åldrarna 40-49 år medan män är betydligt längre frånvarande i åldrar mellan 50 och 65 år. Ryggdiagnos som sjukskrivningsorsak var 1983 dubbelt så vanlig hos män som hos kvinnor. Genomsnittligt varade dock kvinnornas sjukfrånvaro åtta dagar längre än männens vid diagnoser inom det muskuloskeletala systemet, där ryggbesvär är den dominerande undergruppen.

Diskbråcksoperationer förekommer enligt en rad studier ungefär dubbelt så ofta hos män som hos kvinnor. Det finns många förklaringar till detta, till exempel olika smärt- och toleransnivåer hos män och kvinnor, vanligare förekomst av vibrationsexponering hos män och att män genomsnittligt har en smalare spinalkanal än kvinnor. Emellertid har andra studier funnit likartade frekvenssiffror för män och kvinnor; 1,9 procent respektive 2,2 procent (Valkenburg et al 1983) och 0,28 operationer per 1000 män respektive 0,25 operationer per 1000 kvinnor i Värmlands läns landsting år 1994. I den svenska undersökningen hade kvinnorna något högre ålder vid operationstillfället, och deras operationer var förknippade med en högre totalkostnad beroende på något högre kostnader för apoteksvaror och intensivvård.

Protesersättning av höftleden

Protesersättning av höftleden är en operation som utförs vid i huvudsak tre diagnoser, osteoartros, reumatoid artrit och fraktur på lårbenshalsen. Av dessa diagnoser är de två sistnämnda betydligt vanligare hos kvinnor än hos män.

I det svenska nationella kvalitetsregistret var under perioden 1992-1994 60 procent av de opererade kvinnor. Detta förklaras av den högre frekvensen reumatoid artrit och lårbenshalsfraktur hos kvinnorna.

Män och kvinnor har samma åldersfördelning vid operationstillfället med en medelålder på 69,6 år (+/- 10,6).

Kvinnor uppvisar ett bättre resultat efter total höftledsersättning än män i form av lägre risk för proteslossning över tiden. Detta gäller för alla tre diagnoserna och beror sannolikt på skillnader i fysisk aktivitet, kroppsvikt och arbetsbelastning. Dock har detta inte kunnat visas statistiskt i några publicerade studier. Män och framförallt yngre män löper en betydligt större risk för proteslossning än kvinnor.

I den ovan nämnda Värmlandsundersökningen var den årliga frekvensen operationer samma för bägge könen, 1,1 per 1000 män och 1,2 per 1000 kvinnor. Kvinnorna uppvisade högre antal vårddagar och högre kostnader för avdelningsvård, apoteksvaror, kemiska laboratorieundersökningar och röntgenundersökningar samt en högre totalkostnad för vård i samband med operationen.

62 procent av alla totala höftledsartroplastiker i USA görs på kvinnor, vilket är lika som i Sverige. I amerikanska studier har man funnit att kvinnor är funktionellt sämre vid operationstillfället, vilket bland annat visar sig i att 35 procent fler kvinnor än män använder käpp. I det svenska kvalitetsregistret finns ej data insamlade rörande patientens status eller väntetid för operation varför det saknas fakta för jämförelse i detta avseende. Detta gäller även registret för knäledsprotes.

Protesersättning av knäleden

Protesersättning av knäleden är en operation som utföres vid i huvudsak två diagnoser, osteartros och reumatoid artrit. Av dessa diagnoser är bägge vanligare hos kvinnor. I Sverige gjordes år 1976 78 procent av knäartroplastikerna för artros på kvinnor och 1992 var denna siffra 74 procent. Motsvarande siffror för reumatoid artrit var 70 procent respektive 65 procent. Medelåldern vid operationstillfället har stigit något under denna period, från 69 till 71 år för kvinnor och från 67 till 69 år för män. Detta motsvarar befolkningsutvecklingen.

I det svenska nationella kvalitetsregistret 1976-1992, omfattande 30.003 primära knäartroplastiker, är relationen kvinnor:män 3:1. Detta förklaras av att såväl knäartros som reumatoid artrit är vanligare hos kvinnor. Kvinnorna har i regel sämre funktionellt status vid operationstillfället i likhet med vad som är fallet för höftledsartroplastikerna. Detta kan bero på den högre andelen reumatiker bland kvinnorna.

Kvinnorna synes å andra sidan efter operationen uppnå ett bättre funktionellt status än männen.

Misslyckandefrekvensen i form av omoperation minskade över åren för både män och kvinnor. Det förelåg ingen könsskillnad för artrospatienterna under det att de reumatiska kvinnorna hade längre protesöverlevnad än männen. Detta kan bero på högre ålder vid primäroperationen med mindre fysisk aktivitet efter ingreppet.

I Värmlandsundersökningen opererades kvinnor dubbelt så ofta som män, 0,84 operationer per 1000 kvinnor respektive 0,47 per 1000 män. Kvinnorna hade något högre apoteks- och laboratoriekostnader under det att männen hade högre kostnader vad avser vårdavdelnings-, röntgen- och totalkostnader.

Höftfraktur

Med höftfraktur menas fraktur på övre delen av lårbenet, dvs. genom lårbenshalsen (collum femoris-fraktur) eller muskelfästena nedanför lårbenshalsen (trokantär fraktur). Det är den vanligaste orsaken till sjukhusvård för benbrott i Sverige. Frekvensen av dessa frakturer är stigande och utgör en allt större belastning på de ortopediska resurserna i landet. Tre fjärdedelar av dessa frakturer drabbar kvinnor.

Det nationella kvalitetsregistret Rikshöft visar att vid 80 års ålder har var femte kvinna haft en höftfraktur och vid 90 års ålder varannan. Männen har samma exponentiella riskökning men med fem till tio års förskjutning uppåt i ålder. Vid mitten av 1980-talet inträffade 14.000 höftfrakturer i Sverige och år 1995 18.000 frakturer. Medelåldern för de drabbade var 80 år. Antalet frakturer har fördubblats i Skandinavien och västländerna under de senaste två decennierna och en ytterligare ökning på upp till 50 procent väntas till år 2010. Detta beror på ökat antal åldringar med osteoporos. Möjligen kan ökningstakten minskas genom förebyggande åtgärder och behandling av osteoporos hos kvinnor (östrogentillförsel, motion, rökningsminskning) och profylax mot fallolyckor hos gamla (upplysning, bostadsanpassning etc.).

Behandlingen av höftfrakturer är alltid kirurgisk med tillrättaläggande av frakturen och fixation med skruvar och/eller plattor. Patienten kräver alltså sjukhusvård i samband med operationen. I det aktuella åldersklientelet är hälften ensamstående och behöver i regel någon form av eftervård antingen i hemmet med hemhjälp och sociala insatser eller på

geriatrisk klinik eller sjukhem. Även många av de som har en make/maka kan inte komma hem direkt då denne/denna själv är sjuklig och ej kan ta hand om den nyopererade. Först efter fyra månader har tre fjärdedelar av de som kom från eget boende återvänt dit.

I cirka 20 procent av fallen inträffar komplikationer i form av utebliven läkning eller kollaps av ledhuvudet. En sådan komplikation kräver då en ny operation med insättande av höftledsprotes med ytterligare behov av sjukvård.

Ovanstående data bekräftas av Värmlandsundersökningen där den årliga frakturincidensen var 1,0 per 1000 män och 2,0 per 1000 kvinnor. Medelåldern för män var 74,2 år och för kvinnor 80,1 år. Kvinnorna hade fler vårddagar och högre kostnader för vård, apotek, kemiska laborationer, röntgen, operation, intensivvård och totalt. Alla dessa kostnader kan förklaras med kvinnornas högre ålder och därmed högre sjuklighet utöver höftfrakturen.

Sammanfattningsvis kan sägas att de registerdata som idag finns tillgängliga inte tyder på könsskillnader när det gäller kirurgisk behandling vid vanliga ortopediska sjukdomar. Däremot framkommer att såväl kvinnors som mäns behov av ortopediska insatser framförallt i högre ålder är omfattande. Faktaunderlag saknas om bemötandet inom ortopedin, liksom uppgifter om vårdens tillgänglighet och väntetider. Det är angeläget att fortsatta analyser och uppföljningar vid sidan av medicinteknologiska aspekter även fokuserar på bemötandet som en del av den ortopediska vårdens kvalitet. Uppgifter om rapporterade brister och problem i vården, bl.a. inom ortopedisk verksamhet, redovisas i Kapitel 7.

5.5 Könsskillnader i psykosocial cancervård

Sammanfattning: Bröstcancer och prostatacancer är kvinnors respektive mäns vanligaste tumörformer och båda har kopplingar till sexualitet och könsidentitet. Trots det är efterfrågan på psykologiskt stöd olika, avspeglande mäns och kvinnors olika sätt att tackla en livshotande sjukdom med dess konsekvenser av förluster och förändringar. Det behövs forskning som kan generera kunskaper om båda könen i dessa avseenden. Här kan man behöva ompröva de kunskaper som finns om krisreaktioner och hantering av stress (coping), då dessa kan vara baserade på ett alltför smalt underlag, nämligen studier av kvinnor med bröstcancer. Det är sjukvårdens uppgift att anpassa stödfunktionerna efter mäns och kvinnors behov.

För att analysera könsskillnader i behov och bemötande vid cancer kan det vara intressant att studera en cancerform som drabbar män och kvinnor i samma utsträckning, t.ex. malignt melanom. Könsskillnader har observerats när det gäller intresse för förebyggande åtgärder, kunskaper om dessa samt solningsbeteende. Kvinnor söker vård för melanom som redan från början har bättre prognos.

Av patienter med melanom har kvinnor mer ångestproblem och reagerar tidigare med depressiva besvär. Sent i förloppet har män depressiva besvär i samma frekvens. Här finns sannolikt en av förklaringarna till att kvinnliga cancerpatienter efterfrågar och utnyttjar psykosocial och psykiatrisk stödverksamhet mer än manliga patienter. Fynden kan också återspegla skillnader mellan mäns och kvinnors sätt att reagera – män med utåtriktad aktivitet, aggressivitet och avledande manövrer, vilka ej registreras som psykosociala symptom. De ångestsymptom kvinnor visar har den psykosociala onkologin ägnat mycket möda åt att systematiskt mäta. Det troliga är dock att män och kvinnor har lika svårt att tackla det hot och de förluster som cancer och andra livshotande sjukdomar för med sig – men sätten att uppleva och visa reaktioner och söka hjälp är olika.

Många cancersjukdomar är könsspecifika och förekommer enbart hos ett av könen – prostatacancer och andra urogenitala maligna sjukdomar hos män och bröstcancer och gynekologiska tumörsjukdomar hos kvinnor. Andra cancersjukdomar, exempelvis lungcancer och magsäckscancer, har i modern tid haft en tydlig könsskillnad med män i övervikt, men könsskillnaderna är på väg att jämnas ut, sannolikt till följd av utjämnade könsskillnader i fråga om livsstil, såsom tobaks-

och alkoholbruk. Vissa cancersjukdomar är könsneutrala och drabbar män och kvinnor i ungefär samma utsträckning – exempelvis malignt melanom, colorektal cancer och lymfom.

Det är svårt att dokumentera könsskillnader i behov respektive omhändertagande för de cancersjukdomar där könen är ojämnt representerade. Så har det under många år diskuterats inom cancervården varför bröstcancerpatienter tycks ha så stora psykosociala problem. Tolkningarna har gått i riktning mot att det är bröstförlusten och bröstets symboliska innebörd, som ger mer psykiska reaktioner än vid andra cancersjukdomar. En annan tolkning har varit att engagerade kvinnogrupper bidragit till att synliggöra bröstcancersjukdomen hos allmänhet och medpatienter. Ett tredje synsätt är att bröstcancerpatienterna är många – det är den vanligaste cancersjukdomen – och många kvinnor lever med eller efter sjukdomen ute i samhället. Av dessa kvinnor har en minoritet sökt kuratorsstöd, terapeutisk eller psykosocial hjälp och deras behov har blivit uppmärksammade.

En stor del av de kunskaper som finns internationellt om psykiska reaktioner på cancer och psykosociala behov av rehabilitering och /eller stöd kommer från kontakten med bröstcancerpatienter. Som framgått av tidigare avsnitt ifrågasätter man idag många av de sanningar inom medicin och psykologi, som bygger på erfarenheter, studier och generaliseringar av manliga patienter. I den psykosociala onkologin har man likaså en gryende insikt om att 'sanningarna' på detta område kan vara baserade på ett alltför smalt underlag, nämligen studier av kvinnor med bröstcancer.

Psykosociala enheten inom Radiumhemmet arbetar med psykiatrisk behandling, psykologiskt stöd och rehabilitering inom cancervården. På enheten har man sedan flera år uppmärksammat och dokumenterat de könsskillnader man hittat i det kliniska arbetet och i olika utvecklings- och forskningsprojekt. En utgångspunkt har varit att det är vid de könsneutrala cancersjukdomarna som eventuella skillnader i behov och omhändertagande lättast kan studeras. Melanom har blivit föremål för särskilda psykosociala studier ur könsperspektiv.

Följande redovisning bygger dels på kliniska erfarenheter och studier gjorda på enheten, dels på genomgång av internationell litteratur på området.

Individuellt psykologiskt stöd vid cancer

Patienter remitteras till Psykosociala enheten av läkare och sjuksköterskor verksamma inom den cancervård som är knuten till Radiumhemmet. Det har visat sig att de flesta patienter som önskar eller accepterar förslag om en individuell stödkontakt är kvinnor. En stor del av dessa kvinnor har bröstcancer eller gynekologisk cancer, vilket delvis sammanhänger med att dessa grupper utgör en stor andel av patienterna vid kliniken, men dessutom är dessa patienters intresse eller behov större än andra gruppers. Cirka 40 procent av cancerpatienterna vid Radiumhemmet är män, men dessa remitteras inte till den psykosociala verksamheten i samma utsträckning som kvinnor. De män som personalen rekommenderar professionell psykologisk hjälp till tackar ofta nej eller ber att få återkomma vid behov. Enligt personalen på mottagningarna är männen mycket sällan intresserade av att delta i grupp men ibland av en individuell kontakt. Under 1994 och 1995 var andelen män endast 17 procent av enhetens patienter.

I en undersökning av hur den manliga patientgruppen inom psykosociala enheten såg ut under 1995 framkom att av de 52 männen var 27 äldre än 50 år och 25 mellan 20-49 år. Cirka 60 procent av männen kom för 1-4 samtal, 25 procent för 5-10 samtal och 15 procent för mer än 10 samtal. En femtedel av de remitterade manliga patienterna kom inte alls utan avböjde kontakt. I en tidigare kartläggning av de 43 bröstcancerpatienter som under ett år behandlades vid enheten, var 58 procent äldre än 50 år. 46 procent av patienterna kom för korta kontakter (< 5 besök), 34 procent för 5-10 besök och 20 procent hade en lång kontakt (> 10 besök).

De manliga patienterna var jämnt fördelade mellan unga och gamla. Det tyder dock på att de yngre kommer i högre grad än de äldre, då manliga cancerpatienter har en hög genomsnittsålder. Åldersfördelningen bland de manliga patienterna är också förskjuten åt yngre ålder jämfört med de kvinnliga patienterna.

De manliga patienterna är sökande och uttalar ofta att de inte vet hur stödsamtal går till. Inte sällan behöver de hjälp av pedagogisk karaktär för att kunna använda samtalet som hjälp. De är nöjda med att få bekräftat att deras reaktioner är normala och vill ofta därefter gå vidare själva. De vill diskutera sin arbetssituation och ekonomi. Om det finns problem i deras relationer kommer dessa upp, men ofta kortfattat och med en anstrykning av skam eller förbud för att diskutera detta med en utomstående. Ofta tar de chansen att ta upp funderingar av existentiell

karaktär. Flera av de manliga patienterna har med sig en anteckningsbok, där de skrivit ned tankar och frågor och de för ofta anteckningar under samtalet.

Kvinnorna är mer hemvana i samtalssituationen och har vanligen lätt att använda relationen till terapeuten för att ventilera sina känslor av oro och sorg. Ofta handlar samtalen om relationer – till make eller partner, till barn och föräldrar, till vänner och till sjukvårdspersonal.

Vad beträffar de långvariga kontakterna finns det inte några tydliga könsskillnader. De män som behöver långvariga kontakter lever i belastade situationer, medicinskt och socialt, och är angelägna om att ha en stödjande kontakt för att kunna hantera sig själva och sin omgivning.

Skillnader i psykisk sjuklighet mellan könen i samband med cancer har endast undantagsvis varit i fokus i vetenskapliga studier på det psykosociala området. Dock har det framkommit skillnader i såväl psykiska reaktioner som livskvalitet i flera studier utan att man lagt särskilt stor vikt vid dessa fynd. I studier av malignt melanom har det framkommit att kvinnor är mer missnöjda med sättet att få sin diagnos än männen. De missnöjda kvinnorna hade också mer negativa psykiska reaktioner inför sjukhusbesök än de nöjda.

Vid longitudinella studier hade kvinnor högre frekvens av ångest än män, mer sömnproblem och trötthet såväl kort tid efter diagnos som ett år efter behandlingen. När det gällde depressiva besvär hade kvinnor också mer problem, men könsskillnaden nådde ej statistisk signifikans. I samband med spridd sjukdom ökade depressiviteten hos män till liknande nivåer som hos kvinnor. Bland svårt sjuka melanompatienter fanns det inga könsskillnader i rapporterad livskvalitet eller psykiskt välbefinnande.

Gruppverksamhet för rehabilitering

År 1985 började Psykosociala enheten bygga upp en rehabiliteringsverksamhet för att förebygga psykosociala problem efter avslutad cancerbehandling. De s.k. Kom-igång-grupperna innebär ett program under sex veckor, där patienterna får tillfälle att en gång i veckan få information och en gång i veckan fysisk träning. Programmet skapades i ett pilotprojekt med manliga och kvinnliga patienter med ett strukturerat informations- och träningsprogram och samtalsmöjligheter

för att dela erfarenheter och ge varandra stöd på vägen mot ett friskt liv. Utvärdering av gruppverksamheten visade att könsfördelningen bland patienterna var mycket sned, vilket överraskade forskarna, som konstruerat programmet för att det skulle passa både män och kvinnor. Av 192 patienter som deltog i en undersökning från november 1987 till april 1990 var endast 7 män. Av de patienter som tillfrågades om intresse att delta var det få kvinnor, 22 procent, som tackade nej, medan majoriteten av de tillfrågade männen, 71 procent, tackade nej.

Efter 1991 har rehabiliteringsverksamheten funnits som ett erbjudande med ersättning från Försäkringskassan, annonserat med affischer och broschyrer på kliniken. Patienter har anmält sig själva eller genom personal. Under flera år har endast fem manliga patienter hörts av, jämfört med cirka 300 kvinnliga patienter. Av de män som spontant hört av sig har ingen velat delta som enda man bland kvinnor.

I ett pilotprojekt under 1994-95 har enheten erbjudit gruppverksamhet med enbart fysisk träning till cancerpatienter med spridd eller kronisk sjukdom. Här fanns ett klart intresse bland de manliga patienterna och männen har utgjort en stor andel av patientgrupperna. Vid något tillfälle under 1995 var mer än hälften av gruppdeltagarna män.

År 1995 har ett nytt projekt inletts inom rehabiliteringsverksamheten på Psykosociala enheten. Kroniskt sjuka patienter erbjuds att välja grupprogram: Informations- och samtalsgrupp (kognitiv inriktning); skapande terapigrupp med musik och bild (emotionell inriktning); eller fysisk träning i grupp (fysisk inriktning). Samtliga män har valt den fysiska träningen och utgör där cirka 45 procent av deltagarna. De utgör dock en klar minoritet inom hela projektet, cirka 20 procent.

Inom ramen för ett annat forskningsprojekt erbjöds nyligen opererade patienter med melanom ett informationstillfälle i grupp inför fortsatta efterkontroller. Av 231 patienter accepterade 65 procent erbjudandet, män och kvinnor i samma utsträckning. Det var inte heller någon skillnad mellan män och kvinnor i hur tillfredsställda de var med den information de fått.

I ett samarbete med sjuksköterskor på den poliklinik som tar emot män med urologiska tumörer skickades ett informationsbrev om möjlighet att delta i gruppverksamhet speciellt för män till 35 manliga patienter. Programmet som presenterades var i huvudsak baserat på information och diskussion. Ingen av patienterna svarade på inbjudan under de påföljande fem veckorna.

Utifrån dessa erfarenheter kan man fråga sig om manliga patienter har mindre behov av psykosocial rehabilitering än kvinnor eller om behoven skiljer sig i fråga om mål, form och innehåll. Hur kan mäns behov av stöd under sjukdomsförloppet fångas upp? Ser mäns önskemål om rehabiliteringsprogram annorlunda ut än kvinnors? Kan det vara gruppformen, med dess innebörd av att träffa andra i samma problemsituation, som inte tilltalar män? Är det samtal i grupp som avskräcker, medan träning i grupp är acceptabelt?

En möjlig slutsats är att män behöver rehabiliteringsinsatser i samma utsträckning som kvinnliga patienter men har andra preferenser än kvinnor vad gäller form och innehåll. Det kan vara så att möjligheten att dela emotionella problem snarast är avskräckande för män, medan gruppverksamhet med ett väl avgränsat innehåll med information eller fysisk träning kan vara tilltalande.

En grundläggande fråga är hur män och kvinnor skiljer sig åt i krisreaktioner och copingstrategier, dvs. sätt att anpassa sig till svåra livssituationer och hantera problem. Detta är märkligt nog hittills inte utforskat. De modeller för krisreaktioner och krisförlopp som emanerat ur klinisk praxis är sannolikt byggda på en majoritet av kvinnliga patienter – när det gäller cancer har bröstcancerpatienter varit den normerande gruppen – och det har inte tidigare ansetts som intressant att fråga sig hur generaliserbara dessa erfarenheter är.

Det har påpekats i flera artiklar att könsaspekter ej är behandlade. Schuster och Waldron skriver i en artikel om rehabilitering inom hjärtsjukvården att det bedrivs mycket lite forskning som definierar skillnaden mellan rehabiliteringsbehov för män respektive kvinnor. Kvinnor är mer intresserade av hälsofrågor och har lättare att rapportera oro och har kanske därför i en del undersökningar rapporterat mer problem än män. Också enligt Cameron och Hill rapporterar kvinnor mer oro än män. De tar upp den högre frekvensen av fobier och posttraumatiskt syndrom hos kvinnor, men påpekar att det kan bero på mäns ovilja /ointresse att rapportera psykiska problem. Män har en tendens att agera ut sin oro och ångest genom alkoholkonsumtion, ökade fysiska aktiviteter, ett aggressivt beteende gentemot omgivningen, m.m. För att fånga relevanta problem för männen måste man undersöka beteendeförändringar och inte enbart förlita sig på rapporterad oro eller ångest.

Man finner inte någon skillnad mellan mäns och kvinnors anpassning till cancersjukdom enligt Sneed et al, 1992. Däremot mår kvinnor med

bröstcancer eller gynekologisk cancer bättre vad beträffar ångest och depressivitet än andra cancergrupper enligt författarna.

I en studie av 39 par där ena partnern hade coloncancer verkade manliga patienter anpassa sig bättre än kvinnliga patienter. Det motsatta var sant för deras friska partners, där männen mådde mycket sämre. Paret med en manlig patient mådde således mycket bättre än paret med en kvinnlig patient. Författarna antog att rollförändringarna för båda var större när kvinnan var den sjuka än när mannen var patient.

Manliga cancerpatienters syn på psykosocialt stöd

För att förstå manliga patienters behov av och syn på psykosocialt stöd, intervjuades samtliga manliga patienter, som under fyra månader hösten 1995 remitterades till Psykosociala enheten och sex av de män som hade en pågående stödkontakt, sammanlagt 30 män. När frågan gällde samtalsstöd framförde flera män att de ville ha en strukturerad och snabb form av stöd efter avslutad behandling, t.ex. i form av 'debriefingsamtal'. Information och teman skulle framgå tydligt. Man föredrog individuella kontakter men kunde eventuellt tänka sig gruppsammankomster. De skulle i så fall gärna innehålla fysisk aktivitet och ge handfasta råd kring arbetsrelaterade problem och hur man kan hantera specifika problemsituationer. Den psykologiska information, som man önskade var att få veta om ens reaktioner är normala. Man vill eventuellt också diskutera existentiella frågor.

Även om de flesta av de intervjuade männen var tveksamma till en samtalskontakt i samband med det primära insjuknandet var många otvetydigt positiva till en stödkontakt om och när de drabbas av ett recidiv, men helst individuellt och bara några få samtal.

Det var endast en av dessa män som spontant var intresserad av en stödgrupp med patienter i liknande situation. De flesta männen ville ha ett klart deklarerat mål med en eventuell gruppverksamhet, som skulle vara direkt relaterat till att må bättre. Mer än hälften av männen tyckte att det var viktigt att man ventilerade eventuella problem bland människor med liknande social status, eller i ungefär samma ålder. Hälften av gruppen hade åsikter om mäns svårigheter med grupper, vad beträffar den sociala strukturen eller hierarkin i gruppen. Några framförde att en arbetare inte skulle kunna prata fritt om en chefsperson var med i gruppen. De betonade också att man har olika språkbruk och olika problem. En man (högre tjänsteman) trodde att

arbetare hade det mycket lättare i sin arbetssituation än män med mer ansvarsfullt arbete. De bekräftade att män inordnar sig hierarkiskt mycket snabbt i en grupp och har svårt att kliva ur sin sociala roll.

Som jämförelse kan nämnas att sociala skillnader inte ter sig som ett problem bland de kvinnliga patienterna i enhetens grupper. De fokuserar ofta på den känslomässiga problematiken som patient, hustru och moder och svårigheter att möta omgivningens attityder och förväntningar. I grupperna ingår kvinnliga patienter från olika samhällsklasser och kulturer och de enas lätt omkring sjukdomsproblematiken och de emotionella och sociala konsekvenserna.

Många av männen hade stöd av sin flickvän eller fru och tyckte att det räckte. Tre av männen tyckte att de kunde få stöd av vissa arbetskamrater. Flera använde gärna stödet från en kamratgrupp som var "lagom intresserade" av deras sjukdom och som snarare kunde ge distraktion genom umgänge kring intressen, t.ex. sport. De män som kunde tänka sig att en grupp kunde tillföra något, även om de själva inte var intresserade, föreslog någon aktivitet som samlande gemenskap, t.ex. landbandy eller en film om existentiella frågor, för att sedan kanske "fika en stund" eller "ta en öl "och prata lite. Det verkade som samtalet behövde avdramatiseras och inte vara ett självändamål.

I stort sett alla de manliga patienterna var övertygade om att män och kvinnor fungerar olika och har olika sätt att möta problem i samband med sjukdom. De antydde att män är obenägna att visa sin svaghet och sårbarhet, särskilt inför andra män. Män har behov av att lösa sina problem på ett intellektuellt, praktiskt och målinriktat sätt. De intervjuade männen trodde att kvinnor har lättare att visa känslor och "kan prata av sig" på ett sätt som ter sig mer främmande för männen.

Dessa utsagor stöds av mansforskare med erfarenhet av att använda gruppsamtal som forum för män att ventilera och bearbeta kriser: *"Män är rädda för att visa sin svaghet och är rädda för att gråta. En bra karl reder sig själv. Mannen ska klara både smärta och sorg utan att bli känslosam medan kvinnor närmast har en press på sig att vara känslosamma. Män känner dessa känslor precis som kvinnor men hindras eller har svårt att uttrycka dem. Det är vanligt att mannen reagerar med aggressivitet istället. Det är inte brukligt att män söker upp varandra för att tala med varandra om hur de mår. En man går ut på krogen istället"(Lars Jalmert, docent, Pedagogiska institutionen i Stockholm).*

Erfarenheterna från Manscentrum, ett kriscentrum för individuellt stöd och gruppsamtal, har relevans även inom cancerområdet. Manscentrum bedriver bl.a. gruppterapi för våldsbenägna män. *"Ofta är kvinnan mannens enda känslokanal och när den bryts har han ingen att vända sig till. Kvinnor har svårt att acceptera manlig vänskap och intimitet. Mäns egen homofobi kan också hindra dem att närma sig andra män för att få stöd i en krissituation" (Per Eliasson, gruppledare).*

Eliasson rekommenderar ofta gruppsamtal till män som inte kommit så långt i insikt och bearbetning. Han betonar vikten av att ha en pedagogisk och faderlig roll som gruppledare. Det är viktigt att från början strukturera gruppsamtalen i hög grad för att hjälpa männen att bli så trygga att de kan ta egna initiativ i diskussionen. Eliasson anser att det ligger en viss respektlöshet i att anse att män inte är förmögna att eller behöver tala om sina problem. Män är inte vana att tala med varandra spontant och ostrukturerat utan behöver hjälp av en aktiv ledare och förebild för att komma igång och kan då ha stor nytta av gruppsamtal.

En pågående undersökning vid Radiumhemmet belyser hur sexualiteten påverkas hos män som genomgått strålning för prostatacancer. Preliminära resultat tyder på att man tidigare bagatelliserat de effekter som cancern och behandlingen ger i form av nedsatt förmåga och lust hos patienterna. 70 procent av männen som hade haft ett tillfredsställande sexualliv innan fick genom behandlingen en nedsatt sexuell lust och förmåga. De upplevde också att partnern tog färre initiativ. I ett frågeformulär frågade man om patienterna delar sina känslomässiga problem med någon: 69 procent svarade att de kan tala om alla eller nästan alla problem med sin partner och 14 procent kan tala om vissa problem med partnern. Männen gav intryck av att vara mycket försiktiga med till vem de ger sitt förtroende, de vill helst tala med sin livskamrat.

Cancerprevention ur ett könsperspektiv

Amerikanska sociologiska studier har visat klara könsskillnader i preventivt beteende: Män nås sämre än kvinnor av preventiva åtgärder, särskilt när det gäller att söka sjukvård som en del av preventionen. Kvinnor har en tendens att 'medikalisera' sina problem medan män undviker detta. Kvinnor tar ansvar för sina barns och ibland sin mans hälsobeteende, som hemmets 'health officer'. Män utsätter sig för

större risker än kvinnor genom beteende som alkoholkonsumtion och riskfylld bil- och motorcykelkörning.

Nedan redovisas resultat från studier av prevention av melanom, en av de få tumörsjukdomar som drabbar män och kvinnor i ungefär lika utsträckning. År 1992 drabbades 668 kvinnor och 663 män i Sverige av denna cancerform.

Män har sämre prognos – en större andel av diagnosticerade och primäropererade melanom leder till spridd sjukdom och död i sjukdomen än hos kvinnor. En intressant fråga är om detta beror på biologiska skillnader (enbart) eller om skillnader i hälsobeteende mellan män och kvinnor spelar in. Det är känt att män vid diagnostillfället uppvisar större och tjockare melanom, vilka är prognostiskt ogynnsamma. Det är inte klarlagt om detta beror på att män söker senare eller på att deras tumörer är snabbväxande. Frågan är om prognosen för manliga patienter med melanom kan förbättras av sekundärpreventiva åtgärder (avlägsnande av tidiga tumörer) i riktade interventioner (familjemottagning) eller genom allmän screening och andra åtgärder som främjar tidig upptäkt.

Intresset för födelsemärken är större hos kvinnor än hos män. På frågor om man är intresserad av sina nevi anger kvinnor en högre grad av intresse än män – detta gäller såväl friska som deltog i en hälsoundersökning, s.k. prickdagar som patienter som opererats för melanom.

Kvinnor är också mer intresserade av och har fångat upp mer av aktuell information om melanom. I en enkät, som testade om friska människor tagit till sig de hälsobudskap som spritts om melanom under slutet av 80-talet angav kvinnor mer rätta svar på nästan alla områden – fakta om sjukdomen, riskfaktorer, varningssignaler och om solningsbeteende. Kvinnor och män använde olika informationsvägar. Kvinnor nåddes av hälsoinformation från läkare, genom broschyrer med sjukvårdsinformation och artiklar i veckopress i högre grad än män. Män nåddes i större utsträckning av hälsoinformation på TV. Kvinnor använde fler källor till hälsoinformation än män.

Vid s.k. prickdagar för hälsoundersökning av huden var 56 procent av deltagarna kvinnor och 44 procent män. När det gällde svar på frågor om man sökt läkare för hudförändringar utan att någon sjuklig förändring hade kunnat upptäckas, fanns det ingen könsskillnad – det tycks alltså inte vara så att kvinnor sökte 'i onödan' mer än män.

Diskussion och slutsatser

Inför starka hot – att som t.ex. en cancerpatient, stå inför att förlora kroppsdelar, att förlora trygghet och kontroll, att förlora livet, att förlora livspartner eller barn, skulle man tro att vi människor är lika, att män och kvinnor reagerar lika. Detta är sannolikt fel – mäns och kvinnors reaktionssätt, ned till fundamentala psykiska strukturer som ångest och ångesthantering (försvar, coping) kan vara olika. Hälso- och sjukvården bör upphöra med att förbise könsskillnader i forskningsresultat och klinisk erfarenhet och istället lyfta fram dem. Resultaten kan användas till att ompröva etablerade modeller, som kan vara byggda på manliga eller – som i den psykosociala onkologin – kvinnliga studieobjekt och forskarsubjekt.

En gren av den psykosociala onkologin arbetar med modeller för coping, olika strategier för att hantera och stå ut med att leva med problem. Könsaspekter har varit svåra att utreda, bl.a. därför att coping ofta studeras i sammanhang där män och kvinnor har olika typer av stress eller livsproblem. Modern beteendeforskning har beskrivit mönster av s.k. nyhetssökande respektive undvikande beteende, som kan vara motsvarigheter till manliga respektive kvinnliga mönster.

Hur kan männen nås med kunskap och budskap om prevention? Den nu gängse uppfattningen inom hjärt- och kärlprevention och vid melanomprevention är att det kan ske genom media som intresserar män och som har maskulina förtecken. När det gäller hälsobeteende kan männen sannolikt nås med maskulina förebilder – idrottsmän, framgångsrika företagare eller politiker, som kan bygga upp attraktiva ideal vad gäller ny livsstil. Kvinnorna å andra sidan kan nås med information om hälsorisker och hur dessa kan undvikas genom att påverka sin livsstil. Detta är redan nu vanliga teman i de media som kvinnor tar del av.

Hur kan männens behov av psykologisk hjälp i samband med sjukdom tillgodoses? Ett svar är: Möt männen med respekt för deras sätt att möta faror och förluster. Det kan inte förutsättas att män har problem, i alla fall inte samma problem som kvinnor. Ett annat svar, som förutsätter att cancer väcker starka emotionella reaktioner även hos män är: Män måste få veta att det är tillåtet att ha problem, att vara rädd och bli ledsen för att inte behöva göra sig så ensamma i sin nöd. Läkare kan stå för en pedagogisk intervention, som sanktionerar och normaliserar upplevelser av svaghet, osäkerhet och hjälplöshet och ger hopp om att man kan klara av det. Särskilt skulle manliga läkare kunna

göra en stor insats för att hjälpa manliga patienter, som ledare och auktoriteter.

Istället för att försöka förmå män att acceptera kvinnliga modeller för stöd i form av samtal och gruppgemenskap kan hälso- och sjukvården behöva bygga upp former som passar män, kanske med tyngdpunkt på information och fysisk träning, med klara budskap och respektfullt förhållningssätt inför mäns tvekan att vittna om sina problem i grupp.

Ett system bör prövas med mentorer i form av män – f.d. patienter, som erbjuder sig som stödperson för nyinsjuknade. En sådan modell har varit en viktig del av bröstcancerföreningarnas arbetssätt. Det kräver utbildning av mentorerna och fortlöpande handledning, alltså en viss medverkan från professionella.

När det gäller bröstcancer och kvinnors 'rätt' att reagera och begära hjälp var förebilder, filmstjärnor, författare och presidentfruar, en viktig del av processen fram till att erkänna behov och skapa hjälpformer för psykosocialt stöd. Att lyfta fram kvinnors reaktioner på cancer och behov av stöd väckte på sin tid mycket motstånd. Karin Gyllensköld bidrog som forskare på psykiska reaktioner på bröstcancer aktivt till bildandet av bröstcancerföreningen i Stockholm och erbjöd stöd till den nybildade föreningen. Denna utveckling har just börjat för männen. När männen går in i samma process som bröstcancerföreningarna kan det väcka än mer motstånd. Det kan finnas olust inför ökad öppenhet om de emotionella och sociala konsekvenserna av svår sjukdom. De män som framför att män kan drabbas av problem och svaghet 'bryter kontraktet' i den manliga världen och kan riskera att bli effektivt tystade. Det är viktigt att de föreningar och de män som är pionjärer får stöd för att inte ge upp.

5.6 Brister i bemötande av kvinnor och män med sexuella problem till följd av sjukdom eller handikapp

Sammanfattning: För människan är sexualiteten integrerad i hennes personlighet och en viktig källa till positivt livsinnehåll. Sjukdomar, mediciner och behandlingar kan på olika sätt påverka hennes sexuella funktioner och upplevelser. Dagens kunskaper om effekter på sexuell funktion av olika sjukdomar kan sägas vara ganska goda, men kunskaper om i vilken utsträckning sjukvården möter människors sexuella behov saknas. Personalens egna värderingar och erfarenheter hos de som vårdar spelar roll för bemötandet. Utbildningen i sexologi för sjukvårdspersonal är obetydlig eller bristfällig.

I vad mån könet hos patient eller vårdgivare påverkar behandlingen är lite studerat. Från tillgängliga data förefaller mäns sexuella problem uppmärksammas oftare, de antas uppleva sexuell problematik som mer bekymmersamt och de remitteras oftare till vidare utredning. Att kvinnors sexualitet uppmärksammas mindre än mäns ger dem sämre möjligheter till sexuell rehabilitering.

Det är anmärkningsvärt att sjukvården inte ägnat sexuell problematik i allmänhet och ur könsperspektiv i synnerhet större uppmärksamhet. Det finns ett dokumenterat intresse från rehabiliteringskliniker att hjälpa patienterna med sexuell rehabilitering, och det är viktigt att utbildningsmöjligheter ställs till förfogande.

Både i forskning och i praktiskt utvecklingsarbete bör särskild vikt läggas vid att båda könens sexualitet uppmärksammas i lika stor utsträckning. Det är angeläget att ansvariga för utbildning av läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer och kuratorer inför undervisning i klinisk sexologi i tillräcklig omfattning. Sjukvårdsinrättningar, i synnerhet rehabiliteringskliniker, bör kunna erbjuda patienter tillräckligt kvalificerad rådgivning, upp till s.k. PLISSIT-nivå 2.

Människan är en i vid mening sexuell varelse hela livet och sexualiteten utgör en integrerad del av hennes personlighet. Sexualiteten är en viktig källa till positivt livsinnehåll. Sexuell hälsa har definierats av WHO på följande sätt: "Sexual health is the integration of the somatic, emotional, intellectual, and social aspects of sexual being, in ways that are positively enriching and that enhance personality, communication and love."

Mänsklig sexualitet innefattar mycket mer än enskilda funktioner såsom förmågan att kunna genomföra ett samlag. Den innehåller fysiska och emotionella element och samspelet däremellan. Den är ett instrument för reproduktion. Människor önskar inte bara sexuell behovstillfredsställelse utan också fysisk och emotionell närhet, ömhet, erotik och kärlek. Sexualitetens uttryck skiftar med ålder, erfarenheter, upplevelser, personlig inställning och levnadsomständigheter. Den är både något mycket privat och mycket centralt. Vi bär den ständigt med oss, också när vi blir sjuka eller blir inlagda på sjukhus.

Sjukdom, handikapp och medicinering påverkar människans sexualitet och förmågan att uttrycka denna på mångahanda sätt. Det kan röra sig om en specifik effekt beroende på att sjukdomen eller skadan direkt interfererar med de organsystem vars normala funktion är nödvändig för den s.k. sexuella responscykeln (erektionsförmåga, lubrikation, orgasm). Effekterna kan bero på smärta, trötthet och rörelseinskränkning eller på psykologiska mekanismer som förändrad självbild till följd av sjukdom, förändrat utseende eller social isolering.

Sexualitet sammankopplas ofta med ungdom, skönhet och hälsa. Denna kulturellt grundade föreställning förstärks av reklam och massmedia på olika sätt. Patienter hamnar ofta utanför denna schablon och riskerar att rimlig hänsyn inte tas till deras sexualitet varken inför planerad medicinsk intervention eller under rehabilitering.

Syftet med detta avsnitt är att beskriva hur sjukvården bemöter vuxna mäns och kvinnors sexualitet vid sjukdom och handikapp. Handikapporganisationer har uppgivit att sjukvården inte möter dessa behov hos människor på ett tillfredsställande sätt. Det framförs ofta både av patienter och vårdgivare att kvinnans sexuella problem, som inte är lika tydliga för ögat som mannens, negligeras i större utsträckning. Kvinnans reproduktiva möjligheter sägs visas ett större intresse än hennes sexuella.

Dokumentationen när det gäller fysiska effekter på sexuell förmåga av olika sjukdomstillstånd är tämligen god. Det finns också studier som beskriver psykologiska effekter på patienter och deras anhöriga av den försämring i livskvalitet sexuella problem kan innebära. Dessa områden ligger dock utanför syftet med denna rapport liksom sexuella effekter av psykiatriska tillstånd och förståndshandikapp. När det gäller hur sjukvården bemöter patienternas sexualitet finns anekdotiska beskrivningar från patienter och handikappgrupper men den vetenskapliga dokumentationen är sparsam.

En enkät har skickats till landets rehabiliteringskliniker för att få en uppfattning om hur sjukvården ser på sin egen insats när det gäller att uppmärksamma och behandla sexuella problem. Däremot har det inte varit möjligt att inom ramen för denna utredning genomföra någon egen undersökning av hur patienter med sexuella problem uppfattar sjukvårdens omhändertagande.

Sexuella problem vid somatisk sjukdom

Det är känt sedan länge att sexuell problematik och sexuella funktionsstörningar är vanligt förekommande som en följd av sjukdom eller handikapp. Uppgifter om förekomsten vid olika sjukdomar och skador finns men är inexakta och beroende av vad som anses vara normal sexuell funktion i olika åldrar. Några exempel på uppgifter som anges i litteraturen ges nedan.

Bland patienter som behandlats vid rehabiliteringsklinik efter slaganfall uppgav endast 18 procent av männen och 42 procent kvinnorna att deras sexualliv var tillfredsställande. I gruppen män och kvinnor med ryggbesvär uppgav 37 procent detta, medan kvinnor och män av motsvarande ålder utvalda ur befolkningen angav sexuell tillfredsställelse i 62 procent respektive 57 procent. Den sexuella funktionsstörningen uppfattades av patienterna som orsak till den låga sexuella tillfredsställelsen samtidigt som endast få patienter hade efterfrågat eller fått information eller råd kring dessa problem.

Män med långvarig diabetes anges i de flesta undersökningar vara impotenta i 50-60 procent. Detta kan jämföras med cirka 15 procent i en population män i åldrarna 40-70 år. Sexuell dysfunktion hos kvinnor med diabetes är mindre studerad men sannolikt relativt omfattande. I en svensk undersökning uppgav 90 procent av intervjuade personer som drabbats av cerebrovaskulär sjukdom att den lett till negativa effekter i sexuallivet, 52 procent av unga kvinnor med lindrig multipel skleros (MS) hade sexuell dysfunktion under ett skov och 80 procent av alla kvinnor och 90 procent av alla män med avancerad MS hade sexuella problem. Minskad sexuell tillfredsställelse angav 53 procent av både män och kvinnor med kroniska ryggsmärtor. Människor med reumatoid artrit angav detta i 60 procent och män som vid drygt 50 års ålder drabbats av hjärtinfarkt angav detta i 45 procent .

Handikapp och bemötande från vårdpersonalen

Ett handikapp kan definieras som ett resttillstånd, ett fysiskt eller psykiskt funktionshinder, efter en medfödd eller förvärvad sjukdom eller skada. Sjukdom och handikapp ger ofta sexuella funktionsstörningar. Funktionsnedsättningen är organrelaterad ('impairment' i WHO-nomenklatur) och kan leda till begränsad förmåga ('disability' i WHO-nomenklatur) att uppnå sina vitala sexuella mål. I den situationen får individen finna nya vägar för måluppfyllelse eller omorientera till andra mål.

Hur patienters sexualitet bekräftas och hanteras inom sjukvården är till stor del beroende på sjukvårdspersonalens egna sexuella erfarenheter och attityder. Det är känt att sjukvårdspersonal ofta har svårigheter att diskutera sexuella problem med patienter. Det som ger både vårdgivaren och patienten svårigheter att öppet diskutera sexuella frågor är att sexualitet är privat men också värde- och känsloladdad. Med vissa patienter kan det kännas mindre besvärande att diskutera sexualitet än med andra. Patientens kön, ålder, etniska ursprung och sociala förhållanden är exempel på faktorer som är av betydelse men även handikappets art och svårighetsgrad och om det är synligt eller osynligt.

Läkarens ålder, kön och intresse för sexologi har också betydelse för förmågan att uppfatta behovet av sexualrådgivning hos den enskilde patienten. En enkätundersökning skickades till 90 diabetesläkare i USA. Endast 27 svarade, varav tre var kvinnor. Av dessa uppgav nästan alla att de rutinmässigt frågade män med diabetes om deras sexuella funktion men endast en tredjedel frågade även kvinnorna. Det förelåg också en skillnad i benägenhet att remittera en man med diabetes och sexuella problem för vidare utredning jämfört med en kvinna. Dubbelt så många av läkarna skulle remittera en man jämfört med det antal som skulle remittera en kvinna. Läkarnas föreställning om betydelsen av sexuell dysfunktion hos män och kvinnor skilde sig också signifikant. Män antogs vara mer bekymrade för sin sexuella funktion.

En undersökning av attityder hos medicinska och paramedicinska studenter påvisade ett uttalat främlingsskap inför fysiskt funktionshindrade människors sexualliv och ett avståndstagande från en egen roll som sexualrådgivare. Sådana attityder samvarierade starkt med om studenternas attityder till sitt eget sexualliv var mekanisk och prestationsinriktad. Det är troligt att en nyare undersökning och av kliniskt verksam sjukvårdspersonal skulle ge en annan bild. Den

prestationsinriktade definitionen av sexualitet (ett 'normalt' samlag med orgasm för båda och helst samtidigt) är vanlig. Patienter där sådan sexualitet inte längre är möjlig riskerar att få mer eller mindre tydliga meddelanden från sjukvårdspersonal att dessa uppfattar deras bristande fysiologiska förmåga till sexuell aktivitet som att deras sexuella behov också har försvunnit. De riskerar att betraktas som asexuella. Utan sexuella behov och utan möjligheter att tillfredsställa dessa anses de inte vara i behov av sexualrådgivning.

Denna attityd blir sannolikt mer uttalad ju äldre och ju mer fysiskt skröplig patienten är. För en ung och frisk läkare kan det förefalla inaktuellt att diskutera sexuella funktionsstörningar inför operation av en 70-årig man med prostatacancer eller att fråga honom om sexuella problem till följd av förlamningar efter hjärnblödning. En äldre kvinna med rörelsesvårigheter till följd av multipel skleros eller spastisk förlamning riskerar att inte ges tillfälle till diskussion kring eventuella funderingar eller problem gällande hennes sexualliv. Man kommer sannolikt också att utgå ifrån att alla patienter är heterosexuella vilket kan göra det särskilt svårt för personer med annan sexuell läggning att ta upp och diskutera sina sexuella funktionsstörningar.

Att vara en ung person med en begränsad stationär skada är sannolikt mest gynnsamt för att få erkännande som en sexuell individ med rätt till hjälp till ett tillfredsställande sexualliv och där tekniken kan behöva anpassas till de begränsningar som handikappet ger. En typisk representant för den gruppen är den unge mannen med ryggmärgsskada efter olyckshändelse. Av alla människor som årligen drabbas av förvärvad kroppslig funktionsnedsättning utgör dessa dock en liten grupp. Långt mer vanligt förekommande är personer med kroniska ryggsmärtor, patienter som överlevt hjärtinfarkt, patienter med motoriska eller perceptuella skador efter slaganfall eller patienter med funktionshinder efter stympande kirurgiska ingrepp.

En mindre svensk undersökning finns sammanställd där personer med handikapp intervjuats om sin samlevnadssituation och informationsbehov. En grupp självanmälda personer, 17 kvinnor och 13 män, i olika åldrar, sociala situationer och med olika handikapp intervjuades. I denna grupp hade knappt hälften fått möjlighet att diskutera sexuella frågor med någon vårdgivare och bland dem som inte gjort det ville majoriteten ha en sådan möjlighet. Det borde vara självklart att när en rehabiliteringsplan görs för en patient att möjligheter och hinder till sexuell tillfredsställelse ingår i diskussion och planläggning. Sexuell rehabilitering bör innefatta också partnern om sådan finns. Man måste vara förutsättningslös när det gäller patientens sexuella läggning och

patientens ålder får inte avgöra om sexualitet ingår i anamnes och rehabilitering.

Utbildning och behandling

Klinisk sexologi är en tvärvetenskaplig disciplin som inom den kliniska medicinen behöver kompetenser från bl.a. psykiatri, gynekologi, pediatrik, andrologi, fysiologi och neurologi. Behovet av utbildning i sexologi och information om sexuella funktionsförändringar vid olika sjukdomar och handikapp är stort inom de olika yrkesutbildningarna i vårdsektorn. Att blivande läkare borde beredas utbildning i sexologi är självklart men sådan kunskap måste också ges till blivande sköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer och psykologer. Lika viktigt som det är att tillföra kunskaper i psykologi, samtalsmetodik och attitydbearbetning till de som går somatiskt inriktade utbildningar är det att ge studenterna i mer humanistiska utbildningar, som kuratorer och psykologer, tillräcklig kunskap i somatisk medicin för att öka deras möjligheter att förstå sexuella effekter av sjukdom och vilka hjälpinsatser som är möjliga.

Sexologi finns bara undantagsvis i grundutbildningen för de olika yrkeskategorier som är aktuella och inte alls i den omfattning som ämnets vikt skulle kräva. Teoretisk undervisning är nödvändig men inte tillräcklig. Det är också viktigt att diskutera och medvetandegöra egna attityder till egen och andras sexualitet och att lära sig skilja på sin egen privata sexualitet och normer kring den och att inta en professionell attityd till patientens. Även förmågan till kommunikation är viktig att träna.

Ett problem när det gäller undervisning av sjukvårdspersonal i sexologi är att det inte finns någon professur i klinisk sexologi eller någon centrumbildning där kunskap och kompetens kunde samlas och undervisning planeras och initieras. I Sverige finns det enbart få tjänster med sexologisk kompetens som behörighetskrav och i den mån forskning, utvecklingsarbete och undervisning sker är det beroende av enskildas initiativ och intresse.

Preben Hertoft, professor i klinisk sexologi vid Köpenhamns universitet, har beskrivit en modell för inrättandet av sexologiska centra i de skandinaviska länderna. Han menar att man inte skall utveckla en särskild sexologisk specialitet motsvarande gynekologi, psykiatri, medicin osv. Inte heller bör varje centralsjukhus ha en egen sexologisk

avdelning då detta innebär att problem kring sexuell funktion isoleras och hänvisas till särskilda 'specialister' istället för att hanteras i det sammanhang där det hör hemma. Istället bör man hjälpa specialister inom olika discipliner att utveckla kunskaper och kompetens inom sexologin. På platser med tillgång till olika specialister (psykiatri, kirurgi, psykologi, gynekologi, andrologi, endokrinologi och genetik) bör upprättas särskilda tvärvetenskapliga mottagningar med möjligheter till forskning och utredning inom det sexologiska området bl.a. med hjälp av fysiologiska, neurofysiologiska och reproduktionsmedicinska laboratorier. Forskartjänster knutes till centret som åtar sig relevant behandling, forskning och undervisning. Centret måste vila på klinisk grund med kontakt med ett tillräckligt stort antal patienter med olika problematik, sexuella böjelser, handikappade etc. och kunna ge råd till såväl dessa som till olika samhällsinstanser.

Vid anamnesupptagande skall det vara lika självklart att fråga efter sexuell funktion som efter andra kroppsliga funktioner. Vid samtal med handikappade och kroniskt sjuka kan en god princip vara att inbjuda till samtal kring sexuella frågor till alla patienter och vid varje återbesök. Partnern skall gärna inkluderas i samtalen och det bör finnas en beredskap att aktivt hjälpa till med det som patienten själv upplever som problematiskt. Det är inte så sällan något annat än vad vårdgivaren skulle antagit. Genom ett standardiserat förfarande utesluts ingen patient, t.ex. på grund av hög ålder eller svår skada, från erbjudandet om samtal. Genom att denna inbjudan återkommer vid varje uppföljningskontakt ges patienter som inte kände det aktuellt att diskutera sexualitet vid ett tillfälle möjlighet att göra detta vid ett annat.

Om man i sin anamnes avstår från att ta upp frågor kring sexualitet blir det således ett val att avstå från det som i verksamheten betraktas som god rutin, vilket givetvis kan vara motiverat i enskilda fall. Hur vanligt detta synsätt är inom sjukvården är oklart. Ett exempel på ett standardiserat och datoriserat anamnesformulär enligt sådana principer finns utarbetat för ryggmärgsskadevården och används av exempelvis stiftelsen Spinalis.

En modell för handläggning av sexuella problem i en terapeutisk situation kallad **PLISSIT** har blivit mycket omtalad och använd. Den klargör att rådgivning kan ske på olika nivåer beroende på kunskap och kompetens.

P – (permission). Det framgår genom frågor och kroppsspråk att vårdgivaren är villig att tala om sexuella frågor. Atmosfären är tillåtande. Böcker och broschyrer om sexuella problem och hjälpmedel kan ligga framme.

LI – (limited information). Information om olika sexuella aspekter skall kunna ges.

SS – (specific suggestion). Vårdgivaren ger direkta råd om hur ett sexuellt problem skulle kunna lösas. Det kan vara enkla råd som medicinbyte eller mer handfast instruktion i samlagsställningar och injektionsteknik.

IT – (intensive therapy). Egentlig sexualterapi som kräver specialutbildning.

Det vore önskvärt att flertalet läkare och annan vårdpersonal är kompetenta upp t.o.m. nivå 2. Detta innebär att sexuella problem uppmärksammas och hanteras på ett självklart sätt och ger möjlighet där så fordras att hänvisa till hjälp enligt nivå 3 och 4. Det är rimligt att tro att om sexuell anamnes ingår lika självklart som funktionsanamnes i övrigt så kommer det att leda till ökade krav från patientens sida att få hjälp vilket kommer att leda till efterfrågan på utbildning och ökad kompetens från sjukvårdspersonalens sida.

Sexualhjälpmedel

En utredning om hjälpmedel i sexuallivet för män och kvinnor med funktionshinder utfördes på regeringens uppdrag år 1987. Av enkätsvaren framgick att det var åtskilligt fler män än kvinnor som rekommenderats sexualhjälpmedel. I utredningen påpekades rimligheten i att sexualhjälpmedel betraktas och behandlas enligt samma principer som andra hjälpmedel till handikappade t.ex. rullstolar. Det föreslogs att sexualhjälpmedlen bör finnas upptagna på landstingens hjälpmedelslistor, vilket hos den rådgivande läkaren, psykologen, kuratorn eller arbetsterapeuten avdramatiserar själva begreppet sexualhjälpmedel och underlättar både för vårdpersonal och patient att diskutera sexuell funktion i samband med sjukdom och handikapp. Sexualhjälpmedel fyller en viktig funktion genom att ge ökade möjligheter till sexuell tillfredsställelse för den enskilda individen. De kan dessutom vara av stor betydelse för individens självkänsla, ge mod att våga närma sig en

partner och även vara ett uttryck för omtanke om partnerns sexuella behov.

Nedan följer en sammanfattande beskrivning av sexualhjälpmedlens funktion och betydelse i ovanstående rapport. Sexualhjälpmedel används dels för att öka sexuell lust och njutning dels för att ersätta, stödja och underlätta vid bristande sexualfunktion. Vid handikapp kan män och kvinnor uppnå en sexuell tillfredsställelse som närmar sig den som icke handikappade kan uppnå utan hjälpmedel. Sådana hjälpmedel är t.ex. pubisringar, konstgjorda vaginor, massiva eller ihåliga penisliknande vibratorer i olika utföranden för clitoris, vagina- eller glansstimulering.

Sexualhjälpmedel används t.ex. av män med multipel skleros, traumatiska ryggmärgsskador med bibehållen handfunktion, muskeldystrofi, cerebral pares och andra rörelsehinder. Massagestavar används som erektionsunderstöd, och ejakulationshjälpmedel vid samlag, för ökad sexuell stimulering vid onani och vid smärtor på grund av utebliven ejakulation. Kvinnor använder dildos (konstgjord penis) och vibratorer i samband med en rad olika tillstånd som reumatism, slidkramp (vaginism), när maken har erektionsproblem och vid orgasmsvårigheter. Kvinnor behöver ibland operativ hjälp t.ex. för att återställa slidan i rätt anatomisk position efter stomioperation vid vilken ändtarmen avlägsnats. Operationen ger anatomiska förhållanden som försvårar samlag. Inopererandet av nya höftleder vid höftledsartros kan vara en förutsättning för att samlag skall kunna genomföras utan smärta. Det vanligaste sexualhjälpmedlet för män torde idag vara injektionsbehandling lokalt i penis för att åstadkomma erektion.

Enkät till rehabiliteringskliniker

På rehabiliteringskliniker genomgår patienter ofta långa och resurskrävande utredningar och behandlingar. Det finns uppgifter från patientorganisationer att bemötandet när det gäller sexuell funktionsstörning är bristfällig eller att sådana frågor inte alls berörs. På Läkaresällskapets Riksstämma 1980 presenterades resultat från en enkät som 1977 skickats till 35 rehabiliteringskliniker där personal tidigare varit på seminarium om samlevnadsfrågor. Hälften av klinikerna svarade. Det framkom att det var ovanligt att patienternas sexualitet uppmärksammades annat än på deras eget initiativ. Vårdpersonal selekterade ofta utifrån patientens ålder, handikapp, kön och civilstånd om

sexualitet skulle diskuteras vilket innebar att den i detta avseende mest gynnade patienten var en ung, gift man med neurologiskt handikapp.

Följande procentsiffror redovisades när klinikerna ombads ur en lista välja vilka frågor som var särskilt viktiga att diskutera med patienter: rädsla att förlora partner 75 procent, graviditet och förlossning 70 procent, mannens förmåga erhålla erektion, ejakulation, orgasm, fertilitet 65 procent, möjligheter träffa partner 50 procent, kvinnans möjlighet till sexuellt gensvar 50 procent, annan sexuell aktivitet än samlag 50 procent.

En kort enkät skickades hösten 1995 till verksamhetscheferna på 35 rehabiliteringskliniker över landet. Förhoppningen var att få en aktuell uppfattning huruvida sexualitet och sexuell funktion uppmärksammas av rehabiliteringskliniker och i så fall på vilket sätt och av vem. Vidare om patienter remitteras när den egna kliniken inte kan erbjuda behandling, samt om skillnad i handläggning föreligger mellan olika diagnosgrupper och mellan kön. Svar har erhållits från 23 kliniker, 65 procent. Dessutom har två kliniker meddelat per telefon att enkäten inte var tillämplig på deras patientgrupper. Enkätsvaren får bedömas utifrån förutsättningarna, dvs. att den högst ansvarige för vården ombeds uttala sig om hur den egna kliniken hanterar en för patienterna central del av livet.

Personer med hjärnskador och rörelsehinder behandlas på alla kliniker. Nästan alla har patienter med hjärnskador, 87 procent och ryggmärgsskador, 78 procent. Patienter med andra sjukdomar (hjärt/kärl, smärta, diabetes) vårdas hos 52 procent av klinikerna. Manliga patienter dominerar som förväntat när det gäller ryggmärgsskador men sannolikt också när det gäller sjukdomar med andra rörelsehinder. Könsfördelningen förefaller mer jämn vid övriga somatiska sjukdomar.

Nästan alla kliniker, 82 procent, uppgav att sexuella effekter av patienternas sjukdom uppmärksammades i klinisk vardag, men bara i hälften som en del i klinikens rutiner. Beskrivningen av hur rutinerna ser ut varierar från formaliserade anamnesscheman eller vårdprogram till att problemen uppmärksammas på patientens initiativ. Diskussion om sexuell problematik skedde hos 34 procent i samband med inskrivningssamtalet. Oftast angavs, 61 procent, att olika befattningshavare i ett team kunde uppmärksamma sexuella problem, 22 procent angav läkare, 14 procent patienten och 3 procent sköterska.

På frågan om vilka besvär som brukar förekomma angav samtliga att erektiva (+ ev. ejakulatoriska) besvär förekom och 30 procent nämnde

inga andra. Nedsatt sexuell lust och smärta var också vanligt förekommande, 36 procent respektive 27 procent. Spasticitet och andra rörelsehinder, psykosociala besvär, lubrikationsbesvär hos kvinnan, dysorgasmi, sensibilitetsnedsättning och fertilitetsproblematik nämndes också av några kliniker. Någon form av behandling erbjöds av 65 procent av klinikerna och samtliga dessa uppgav sig hänvisa patienter (ofta till urolog eller gynekolog) vid behov.

Vad gäller könsskillnader i omhändertagande angav 38 procent att en könsskillnad fanns i omhändertagandet och alltid på det sättet att männens problematik uppmärksammades mer eller att män själva oftare tog upp sådana bekymmer. De som svarat att könsskillnader förekommer har kommenterat: "män har öppet tillstått problem och önskar oftare kontakt", "problemen uppmärksammas oftare och anses mer bekymmersamma av manliga patienter", "i praktiken huvudsakligen manliga patienter med erektionsproblem som söker hjälp", "svårt med anamnestagande på kvinnor, ej så konkret".

Vid bedömning av enkäten finns flera felkällor att ta hänsyn till. Vi har bett verksamhetscheferna själva ange hur de hanterar sina patienters sexuella problematik. Något patientperspektiv finns inte med i enkäten. Det finns anledning anta att de kliniker som inte svarat, 35 procent, inte heller tillhör de som mest aktivt uppmärksammat denna problematik. Man kan med dessa utgångspunkter betrakta enkätsvaren som 'det bäst möjliga alternativet'.

Det är uppenbart att man idag på många håll inom rehabiliteringsvården har en seriös ambition att uppmärksamma och hjälpa patienter med deras sexuella funktion på olika sätt. Man beskriver att man använder eller håller på att utarbeta anamnesformulär för sådana frågor, att det finns en person på kliniken med särskild kunskap om t.ex. sexualhjälpmedel (erektions- och ejakulationshjälpmedel nämns), att enskilda befattningshavare (på en klinik hela personalen), har varit på kurs.

Det är vidare uppenbart att sexuella problem hos män uppmärksammas oftare än hos kvinnor och att män oftare tar upp sexuella spörsmål. Antagligen finns ofta en, kanske oreflekterad, uppfattning hos sjukvårdspersonal att mäns sexuella bekymmer (ofta erektions /ejakulationsproblem) är mer problematiskt för dem än kvinnors problem t.ex. med lubrikation, smärtor vid samlag, dysorgasmi. Mäns problem kan förefalla mer konkreta, de är synliga och dessutom finns idag bra sexualhjälpmedel för erektions och ejakulationsbesvär. Risken blir för männens del att andra sexuella problem hos dem inte uppmärksammas

och att det kanske känns mindre tillåtet att diskutera dem, t.ex. lustproblem. Det finns anledning anta att kvinnor har svårare att själva ta upp sexuell problematik inom sjukvårdens ram och att många upplever sig bli betraktade som asexuella, i synnerhet om de inte är unga och vackra. Det kan förefalla mindre självklart att erbjuda kvinnor sexualhjälpmedel (dildos och penisattrapper). Kvinnors signaler kanske inte är lika tydliga och beredskapen att uppfatta signaler om sexuell problematik kanske är mindre utvecklade i förhållande till kvinnor, även hos sjukvårdspersonal där viljan finns. Man kanske måste inta ett annat förhållningssätt när sexualitet tas upp med kvinnor än vad som brukas med män.

Diskussion och slutsatser

För människan är sexualiteten integrerad i hennes personlighet och en viktig källa till positivt livsinnehåll. Sjukdomar, mediciner och behandlingar kan på olika sätt påverka hennes sexuella funktioner och upplevelser. Våra kunskaper när det gäller effekter på sexuell funktion av olika sjukdomar kan sägas vara ganska goda men våra kunskaper om i vilken utsträckning sjukvården möter människors sexuella behov är ganska små. Personalens egna värderingar och erfarenheter hos de som vårdar spelar roll för bemötandet. Sjukvårdspersonalen behöver inte bara faktiska kunskaper i klinisk sexologi utan också träning i att samtala kring sexualitet samt möjlighet till medvetandegörande och bearbetning av egna attityder och värderingar.

I vad mån könet hos patient eller vårdgivare påverkar behandlingen är lite studerat. Från tillgängliga data förefaller mäns sexuella problem uppmärksammas oftare, de antas uppleva sexuell problematik som mer bekymmersamt och de remitteras oftare till vidare utredning. Att kvinnors sexualitet uppmärksammas mindre än mäns ger dem sämre möjligheter till sexuell rehabilitering.

Det är således anmärkningsvärt att sjukvården inte ägnat sexuell problematik i allmänhet och ur könsperspektiv i synnerhet större uppmärksamhet. Det finns ett dokumenterat intresse från rehabiliteringskliniker att hjälpa patienterna med sexuell rehabilitering, och det är viktigt att utbildningsmöjligheter ställs till förfogande. Utbildning och forskning i sexologi inom sjukvårdens olika specialiteter och för dess olika personalkategorier är en nödvändig förutsättning för att detta område skall ges ökad klinisk uppmärksamhet. Både i forskning och i

praktiskt utvecklingsarbete bör särskild vikt läggas vid att inget köns sexualitet får mindre uppmärksamhet än det andras.

Det är angeläget att ansvariga för utbildning av läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer och kuratorer inför undervisning i klinisk sexologi i tillräcklig omfattning och vid tillämpliga delar i undervisningen. Sjukvårdsinrättningar, i synnerhet rehabiliteringskliniker, bör kunna erbjuda patienter rådgivning upp till PLISSIT-nivå 2 samt samarbeta med sexologiskt mer kunniga personer eller organisationer med tillgång till mer kvalificerad rådgivning eller behandling. Sexualhjälpmedel, både till kvinnor och män, bör betraktas som viktiga hjälpmedel för handikappade.

5.7 Bemötande och vårdpraxis inom psykiatrin ur ett könsperspektiv

Sammanfattning: Den litteratursökning vi låtit göra visar att det saknas studier med inriktning på kön inom psykiatrin. Detta förhållande utgör en allvarlig brist.

Kvinnor uppvisar högre frekvens av psykisk ohälsa och frågan är är hur bilden skall tolkas. Är det biologiska, sociala eller kulturella skillnader i sjuklighet som förklarar detta? Är psykiatriker mer benägna att sjukförklara friska kvinnliga beteenden? Den tillgängliga litteraturen ger motstridiga uppgifter beträffande könsskillnader i den psykiatriska vården.

Studien om könsrelaterade skillnader i vårdpraxis vid öppenvårdsbesök i psykiatrin, som redovisas efter litteraturgenomgången, visar att det finns likheter i vårdpraxis mellan män och kvinnor, men också vissa skillnader. Kvinnor är i större utsträckning än män patienter inom den specialiserade psykiatrin förutom bland missbrukare.

Kvinnor fungerar socialt bättre än män i alla här studerade diagnoser i den psykiatriska vården. Möjligen söker kvinnor tidigare än män. Behandlingsutbudet verkar vara bredare till kvinnor. Männen behandlas mer med psykofarmaka och tar i större utsträckning kontakt med psykiatrin själva. Kvinnorna har ett annorlunda nätverk som ingriper och ser till att de får psykiatrisk vård. För båda könen ökar dock läkemedelsförskrivningen med stigande ålder och försämrad psykisk funktion.

Det finns risk för att de mest psykiskt handikappade har svårare att få hjälp. Med tanke på de stora strukturförändringar, som äger rum i samhället och inom hälso- och sjukvården, är det angeläget att uppmärksamma dessa frågor inte minst i aktuell behandlingsforskning och pågående utvecklingsarbete inom den specialiserade psykiatriska vården.

Det är en övervikt av kvinnor som söker hjälp för psykiska problem, vanligen 60 procent och män cirka 40 procent i material med blandade diagnoser. Det finns klara könsskillnader i incidens för flera psykiska sjukdomar. Kvinnor har oftare affektiva störningar som depression, ångeststörningar som panikångest, fobier eller somatiseringsyndrom. Kvinnor har däremot lägre frekvens av missbruk och antisocial personlighetsstörning.

Kvinnor har högre frekvens självmordsförsök men frekvensen fullbordade självmord är betydligt högre för män än för kvinnor i hela världen. Lättare psykiska symtom som ångest och depression hos de som betecknas som friska är vanligare hos kvinnor. Det är dubbelt så många kvinnor som män som söker för depressioner och i enbart öppenvård är andelen troligen ännu större, kanske tre gånger så många kvinnor som män.

Många olika teorier kring förklaringar till detta finns: Att kvinnor har en tendens att söka hjälp oftare och tidigare, att kvinnor har en livssituation med mer stressande livshändelser, att de tar på sig ett större ansvar för andras välmående och att vissa livshändelser är mer traumatiska för kvinnor än för män då relationer till andra är viktigare för kvinnor. Andra förklaringar är att vissa kvinnor har ett mer begränsat livsutrymme och lägre social status, är mer beroende ekonomiskt, och möter mer motstånd samt har ett större ansvar för familjen. Det är också svårare för kvinnor att kunna påverka och förändra sin situation.

Att vara gift förs ofta fram som en skyddande faktor mot psykisk ohälsa men vissa menar att detta framför allt tycks gälla män. Att vara gift kvinna, med barn och ha låg social status ger däremot ökad risk för ohälsa. En tredje förklaring är att depressionssjukdomen oftare drabbar kvinnor av olika biologiska orsaker, exempelvis könshormoner.

Frågan är då om det verkligen finns skillader i insjuknandefrekvens mellan män och kvinnor eller om det bara är en effekt av skillnader i mönstret att söka hjälp. Kvinnor söker hjälp i högre utsträckning och tidigare än män. Det finns få studier som belyser den totala sjukligheten i samhället men vi har en unik studie i Sverige. Lundby-studien presenterar den totala sjukligheten i befolkningen och är gjord med hjälp av intervjuer 1947 och 1972. Den visar att risken för att under hela sin livstid (livstidsrisken) få någon typ av psykisk ohälsa av alla svårighetsgrader är 86 procent för män och 93 procent för kvinnor. Risken att få någon typ av neuros är 72 procent för kvinnor och 47 procent för män. För psykoser fann man ingen skillnad i insjuknadefrekvens och inte heller för demenser. Organiska syndrom som psykiska besvär efter skallskada är nästan tre gånger så vanligt bland män.

När man analyserade materialets diagnostiska subgrupper fann man att ångest drabbar kvinnor dubbelt så ofta som män, kvinnor har oftare trötthetstillstånd, kvinnor drabbas dubbelt så ofta av depressioner. Man finner att antalet som insjuknar i depression ökat både för män och kvinnor under de senare årtiondena men svårighetsgraden har inte ökat.

Detta stämmer med internationella studier som finner en ökning av insjuknandefrekvensen i depressioner i de flesta europeiska länder. Man har också funnit en ökad risk för i varje fall milda och moderata depressioner bland ofrivilligt arbetslösa. Antalet män som vårdades inneliggande på psykiatrisk klinik i Lundby-studien var fler än kvinnor. Livstidsrisken var 16 procent för män och 12 procent för kvinnor. Det var däremot fler kvinnor än män som kontaktat en psykiatriker i öppenvård.

Tidigare var en majoritet på mentalsjukhusen män medan det var övervikt för kvinnor på lättare psykiatriska sjukhus. I en jämförande studie mellan tvångsvård LPT och frivilligvård HSL i Uppsala och Västmanladslän 1991 var bland psykoser antalet män och kvinnor lika i båda grupperna. Man fann inte heller några åldersskillnader.

Skillnader i synsätt, förväntningar och bedömning av män och kvinnor

Hur mycket bemötandet av män och kvinnor inom psykiatrin idag är påverkat av vår kulturs ideologi genom tiderna och olika psykologiska teorier är svårt att säga. Man kan dock notera att under en lång period har tongivande psykologiska teorier utgått från mannen på ett oriktigt och för kvinnor negativt sätt.

I den klassiska psykoanalysen finns klara influenser från tidigare socio-kulturella könsskillnader enligt Patricia Klein Frithhiof. Hon visar på att Freuds ursprungliga teorier utgår från mannen som norm och kvinnan som det avvikande, han som aktiv och hon som passiv, han som subjekt och hon som objekt. Den psykodynamiska teorin har sin grund i den klassiska psykoanalysen även om den förändrats mycket genom åren. Psykodynamiska teorier har haft stor betydelse för utvecklingen av omhändertagande och bemötande inom psykiatrin idag varför det kan vara av intresse att reflektera över detta.

Jean Baker Miller hävdar att mansorienterade värderingar har behärskat våra psykologiska och psykoanalytiska värderingar under en lång period och delvis gör det fortfarande, dvs. att kvinnor definierats med männens språk. Idag lyfts kvinnors perspektiv fram med nya teorier om barnets utveckling. Alternativa kvinnobilder inom psykoanalysen fanns redan på 1920-talet men utvecklades mest på 60-70-talet. Man betonar där att kvinnor utvecklas i relation till andra medan männen har en identitetsupplevelse som betonar avskildhet och autonomi.

Det har tidigare funnits skillnader i hur kliniker inom psykiatrin sett på män och kvinnor. En klassisk studie från 1970 av Boverman visade att

psykiatriska vårdgivare (psykiatrer, psykologer och socionomer) hade stereotypa mönster för hur friska personer skulle vara. Olika kvalitéer bedömdes som normalt för kvinnor och män. Friska kvinnor ansågs skilja sig från män genom att vara mindre självständiga, mindre äventyrliga, mer förutsägbara, mer uppjagade av små kriser, mera känslomässiga, lättare för att bli sårade, mindre objektiva och mer ologiska. Både kvinnliga och manliga professionella delade dessa synsätt i lika utsträckning. Senare studier talar för att dessa könsstereotypa bedömningsmönster minskat och att psykiaterkårens attityder till kön förändrats under de senaste 20 åren.

Ett antal tidigare studier har visat att läkare har haft en tendens att oftare ge kvinnliga patienter en psykiatrisk diagnos än män, även om de har samma symptomatologi. Kessler och medarbetare kunde däremot inte visa detta i en studie av 175 primärvårdsläkare i USA 1985 som träffade 2 300 patienter. Primärvårdläkarna kände igen psykiatriska problem och satte psykiatriska diagnoser i samma utsträckning för manliga och kvinnliga patienter.

Det finns en mängd studier som försöker belysa vilken betydelse terapeutens kön i förhållande till klientens spelar för resultatet av terapin. De flesta studierna handlar om psykoanalys vilket har liten betydelse för den kliniska psykiatriska vardagen men det finns studier som fokuserar på psykoterapi, framför allt dynamisk psykoterapi. Det finns en mängd studier med skiftande resultat och teorier. Efter genomgång av många studier drar Mogul i sin översiktsartikel slutsatsen att om det är en långtidsterapi spelar könet på terapeuten en liten roll under förutsättning att det är kunniga, duktiga, tränade terapeuter. Möjligen kan terapeutens kön spela roll vid korttidsterapier, enstaka konsultationer eller med otränade terapeuter. För många patienter kan det kännas lättare att starta en terapi eller en konsultation om de fått möjlighet att välja kön på terapeut. Många författare betonar vikten av att man inom den psykiatriska vården har med ett könsperspektiv och att man alltid strävar efter att undvika stereotypa bedömningar efter kön. Av den anledningen är det angeläget att i utbildning och handledning uppmärksamma risken för felbedömningar på grund av låsning i kulturella könsmönster och skillnader i kvinnors och mäns språk.

Skillnader mellan mäns och kvinnors önskemål på vården och resultat av behandling

En studie från USA rapporterar att den hjälp som patienter hoppades få då de kom till psykiatrin var (med högsta frekvensen först och sedan i fallande ordning): att få råd, få ventilera, en förstående lyssnare,

psykodynamisk insikt, problemanalys, hjälp att få kontroll över sig själva m m. Man fann inga könsskillnader. Hjälp med problemanalys och att få ventilera sina problem var det man ansåg som de komponenter som hjälpt mest i behandlingen. De som inte var nöjda önskade sig i högre utsträckning direkta råd och att få veta terapeutens åsikt och få mer hjälp att diskutera sina problem.

Män och kvinnor hade likvärdig effekt av kognitiv-betendeterapeutisk behandling vid depression. Kvinnorna behövde fler sessioner men männen hade samtidigt lägre svårighetsgrad av depressionssymptom. Kvinnor var mer nöjda med kvalitén på terapin liksom med terapeutens hjälpsamhet än männen. Kvinnorna rapporterade en mer uttalad förbättring vad gällde fysiska besvär och allmän funktionsnivå än männen. Förbättringsgraden relaterade till terapins längd för kvinnor men inte för män. Något annorlunda resultat framkommer i en studie som jämför två grupper som fått antingen ensessionsbehandling eller flersessionsbehandlingar. Man fann att dubbelt så många kvinnor som män ansåg sig hjälpta av en session medan dubbelt så många män som kvinnor ansåg sig hjälpta av flersessionsbehandling.

Könsskillnader i prognos

För de flesta diagnoser finns inga klara könsskillnader i prognos rapporterade. Vid schizofreni finns många studier som visar en bättre prognos för kvinnor än för män. Det finns också en mängd andra könsskillnader rapporterade för schizofreni som senare insjuknande för kvinnor, mer tecken på små hjärnskador hos män, skillnader i symptombild, ärftlighetsmönster m.m.

På Gotland gjordes ett interventionprogram för att minska suicidfrekvensen genom att distriktsläkarna skulle lära sig att tidigt känna igen en depression och behandla den på ett bra sätt. Programmet var framgångsrikt och man lyckades sänka suicidfrekvensen signifikant. Vid senare genomgång av materialet och kontroll för kön visade det sig att den signifikanta minskningen av suicid bara fanns bland kvinnorna. Männen lyckades man ej identifiera beroende på att de inte söker hjälp i samma utsträckning som kvinnor eller att de presenterar sig på ett annorlunda sätt.

I en studie av sjukhusvårdade patienter med varierande diagnoser visade kvinnliga patienter en större förbättring än män under vårdtiden. Kvinnor med schizofreni, manodepressiv sjukdom eller psykotisk depression hade högre GAF-värde (Global funktionsskattningsskala), det vill säga bättre funktionsnivå.

Diskussion och slutsatser från litteraturstudien

Kvinnor uppvisar en högre frekvens av psykisk ohälsa i statistiken. Om detta är en verklig skillnad eller någon typ av falsk bild är svårt att med säkerhet säga. Det skulle kunna bero på att kvinnor är mer benägna att söka psykiatrisk hjälp och att vi har ett större mörkertal för män. Mot detta talar Lundby-studien som visade en högre livsrisk för psykisk ohälsa bland kvinnor i en befolkningsgrupp jämfört med män. En annan hypotes skulle då kunna vara att psykiatriker är styrda av gamla sociala och kulturella könsskillnader som gör att de är benägna att sjukförklara friska kvinnliga beteenden. Om det finns en könsskillnad kan den bero på biologiska skillnader mellan män och kvinnor eller psykosociala skillnader i mäns och kvinnors livssituation.

Litteraturen visar motstridiga uppgifter om eventuella könsskillnader i psykiatrisk vård i dagens sjukvårssystem mot bakgrund av de behandlingstraditioner som finns. Vissa tecken talar för att kvinnor missbedöms eller bemöts felaktigt i vård och terapier på grund av det kulturella och sociala arv av människosyn hälso- och sjukvården har och den teraputiska tradition som finns med mannen som norm. Samtidigt finns det klara indikationer på att kvinnor har bättre prognos, bättre effekt av den terapi de får och är mer nöjda med vården. Den behandling hälso- och sjukvården erbjuder idag är kanske bättre anpassad för kvinnor. Majoriteten av personalen är kvinnor och mycket av de gruppaktiviteter som erbjuds motsvarar kvinnliga fritidsintressen. Män med tunga psykiska sjukdomar är kanske de som löper störst risk att inte få optimala behandlingsinsatser idag.

Det saknas behandlingsforskning med intention att utvärdera och finna optimala behandlingsinsatser utifrån individens behov och med hänsyn till eventuella könsskillnader.

Det är en klar brist på undersökningar och studier kring bemötande inom psykiatrin och kunskapen om eventuella könsskillnader är mycket begränsad. Utifrån den litteratursökning som vi låtit göra förefaller det ha varit ett större intresse för könsskillnader i samband med vård/behandling och dess effekter i början av 80-talet än idag. Av de studier som belyser könsskillnader och som pubilcerats i den internationella psykiatriska litteraturen de senaste åren, fokuserar majoriteten på biologiska skillnader.

Det saknas idag entydiga studier som belyser behandlarens kön gentemot patientens kön. Sådana studier måste också kombineras med

en mängd andra faktorer i bemötandet, kunnandet hos terapeuten, patientens problem, situationen, osv. Det tycks dock inte finnas några klara belägg för att samma kön behandlare-terapeut spelar större roll än personliga kvalifikationer hos vårdaren.

Många undersökningar och studier fokuserar inte på kön och analyserar inte materialen noga för män och kvinnor var för sig. Detta är nödvändigt för att öka vår kunskap och det är en viktig uppgift att aktualisera detta bland forskare och kliniskt aktiva vårdgivare.

Det är alltså svårt att dra några säkra slutsatser om det idag finns betydelsefulla skillnader i bemötande av män och kvinnor inom psykiatrin. Många studier och författare visar att attityderna till kön förändrats inom psykiatrin under de senaste 25 åren och att situationen förbättrats för kvinnorna även om vi ännu inte nått ända fram till lika attityder till kvinnor och män.

Könsrelaterade skillnader i vårdpraxis vid öppenvårdsbesök

För att belysa om det finns könsrelaterade skillnader i vårdpraxis inom psykiatrin, har vi analyserat data som tidigare samlats in i ett Spri-projekt. Detta projekt syftade till att utveckla metoder för beskrivningar av allmänpsykiatrins verksamhet, innehåll och omfattning. Under en tvåveckorsperiod vintern 1991 insamlades, genom den behandlade personalens försorg, patientrelaterad information vid totalt 26 psykiatriska kliniker i landet. Uppgifter om sammanlagt 15 000 personers öppenvårdsbesök har sammmanställts och bearbetats av Spri. Materialet i databasen innehåller bl.a. uppgifter om patientens olika kontaktvägar till psykiatrin, diagnoser och skattningar av funktionsförmåga, behandlingar och andra åtgärder samt vilka yrkesgrupper som varit behandlare.

Uppgifterna som den ursprungliga studien bygger på samlades in via ett gemensamt formulär. Det var inte möjligt att i förväg gå igenom formuläret och träna ifyllning med all den personal som medverkade, vilket gör att olika personer kan ha tolkat anvisningarna olika. Detta bör dock inte påverka resultaten nämnvärt i föreliggande studie som bearbetats per kön, eftersom samma terapeuter träffar både manliga och kvinnliga patienter och använder samma formulär som underlag för bearbetning av materialet.

Materialet visar, att behandlingsutbudet varierar mellan de 26 klinikerna. Detta gäller för såväl män som för kvinnor. Förekomsten av regionala variationer i vårdutbud har Psykiatriutredningen framhållit bl.a. i sitt arbete "Psykiskt störda levnadsvillkor" (SOU 1993/94: 218). I den aktuella studien har klinikvariationerna ej studerats, utan databasens totala material har analyserats enbart med avseende på vårdpraxis för män och kvinnor.

Följande målgrupper och frågeställningar har studerats ur ett könsperspektiv:

* Hur blir den specialiserade psykiatrins "kärngrupp" dvs. personer med en schizofrenidiagnos omhändertagna?

* Hur blir personer med andra relativt vanligt förekommande problem behandlade? Vi har studerat människor som har ångest- och förstämningssyndrom, dvs. har psykiska problem som inskränker på individens dagliga livsföring.

* Hur blir personer bemötta, vars problem kan vara svåra att acceptera och som kan uppfattas som svåra att söka för? Vi har studerat patienter som har en definierad missbruksdiagnos.

Nedan redovisas enbart situationer där skillnaderna mellan könen är påtagliga och statistiskt signifikanta. Med statistiskt signifikans menas i det följande att $p < 0,05$ vid chi2 -test. I materialet kan några generella tendenser konstateras.

Kontaktvägarna till psykiatrin

Det vanligaste sättet att få kontakt med den psykiatriska vården är att patienten själv söker vård. Det gäller i större utsträckning för män än för kvinnor. Personer med en schizofrenidiagnos skiljer sig dock, oavsett kön, från andra grupper genom att någon annan än patienten själv, bl.a. vårdpersonal inom psykiatrin, bidrar till att patienten kommer under vård (Fig 1).

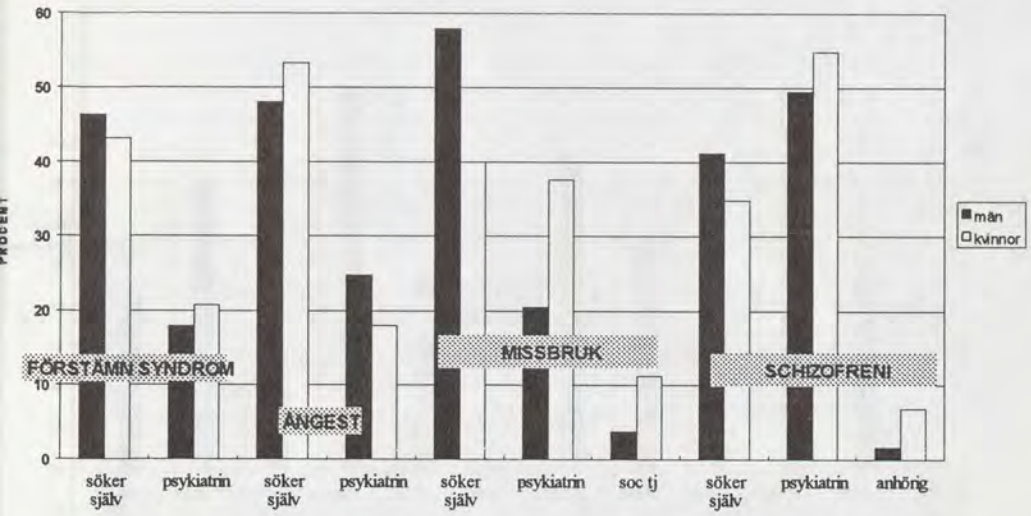


Fig. 1. Inititativet till kontakter med psykiatrin

Patienternas funktionsnivå

Kvinnornas funktionsnivå bedöms generellt något bättre/högre inom samtliga patientgrupper utom för patienter med diagnosen schizofreni, där inga egentliga skillnader föreligger mellan män och kvinnor. Bedömningen har gjorts enligt GAF-skalan, Global Function Assessment Scale, en skala från 0-90 som mäter den allmänna psykosociala funktionsnivån. Ju lägre värde desto lägre funktionsförmåga. (Fig.2).

Det kan konstateras, att behandlingsutbudet rent allmänt förefaller variera med patientens aktuella funktionsnivå. (Jfr. nedan) Funktionsnivån, mätt enligt GAF-skalan samvarierar även med andra studerade variabler. Därför har en uppdelning av patienternas funktionsnivå gjorts i tre grupper enligt GAF-skalan, där grupp I motsvarar GAF =0-39, dvs. uppvisar omfattande funktionsinskränkningar och har behov av dygnetruntvård, grupp II motsvarar GAF 40-59, dvs. har begränsande funktionsinskränkningar och grupp III motsvarar GAF 60-90 eller lätta alternativt inga funktionsinskränkningar.

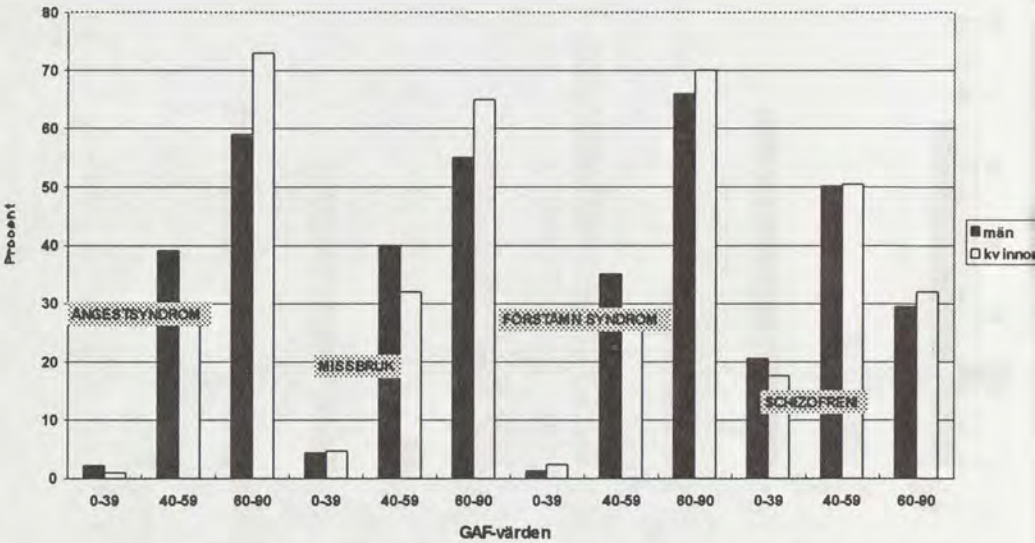


Fig. 2. Patienternas funktionsnivå vid besöket (GAF)

Mäns och kvinnors kontakt med vårdgivarna i det psykiatriska teamet

Män och kvinnor möter till vissa delar olika vårdgivare från skilda yrkesgrupper inom det psykiatriska teamet. Kvinnorna har i större utsträckning än männen sina behandlingskontakter med s.k. paramedicinska vårdgivare, dvs. psykologer, kuratorer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Detta gäller för samtliga studerade patientgrupper utom för patienter med förstämningssyndrom. Kontakterna med sk medicinsk personal, dvs. läkare, sjuksköterskor och mentalskötare, sker däremot i ungefär samma omfattning för män som för kvinnor. Män med ångestsyndrom, har dock till skillnad från kvinnorna, i större utsträckning kontakt med läkare, sjuksköterskor och mentalskötare.

Behandlingsutbudet

Kontakterna med de olika vårdgivargrupperna avspeglar sig även i behandlingsutbudet. Kvinnornas behandling omfattar i signifikant större utsträckning än männens olika former av samtalsterapier, såväl enskilt som med familjen, förutom för kvinnor med schizofrenidiagnos, där könsskillnaderna i denna studie är omvända. Männen återfinns i större utsträckning än kvinnorna i denna studie i behandlings-

former, som inriktar sig på systematisk social träning inkluderande arbetsterapier av skilda slag (Fig. 3).

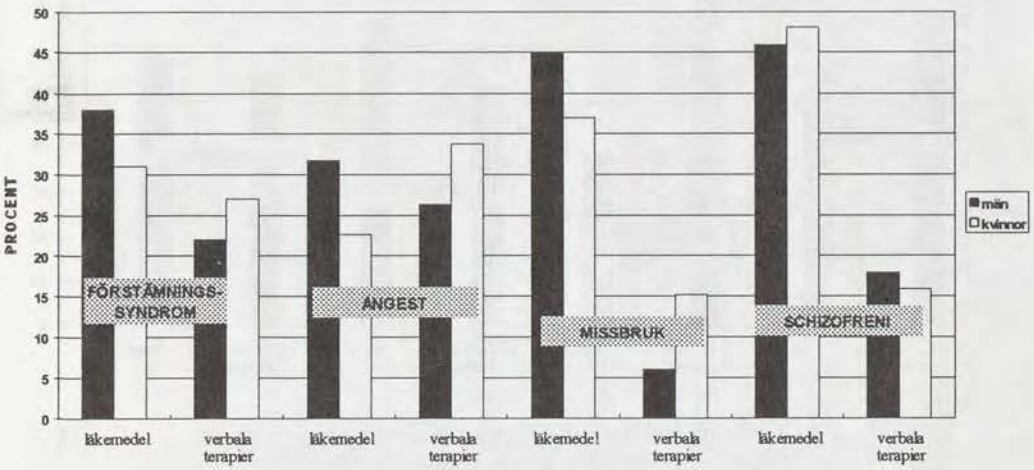


Fig. 3. Behandlingsutbud

Uteblivna besök

I denna studie är det generellt sett vanligare att kvinnor lämnat återbud i förväg till planerade besök, medan männen i större utsträckning enbart uteblir från besöket. Missbrukande män uteblir oftast, därefter uteblir män med schizofrenidiagnos från besök utan att meddela i förväg (Fig. 4).

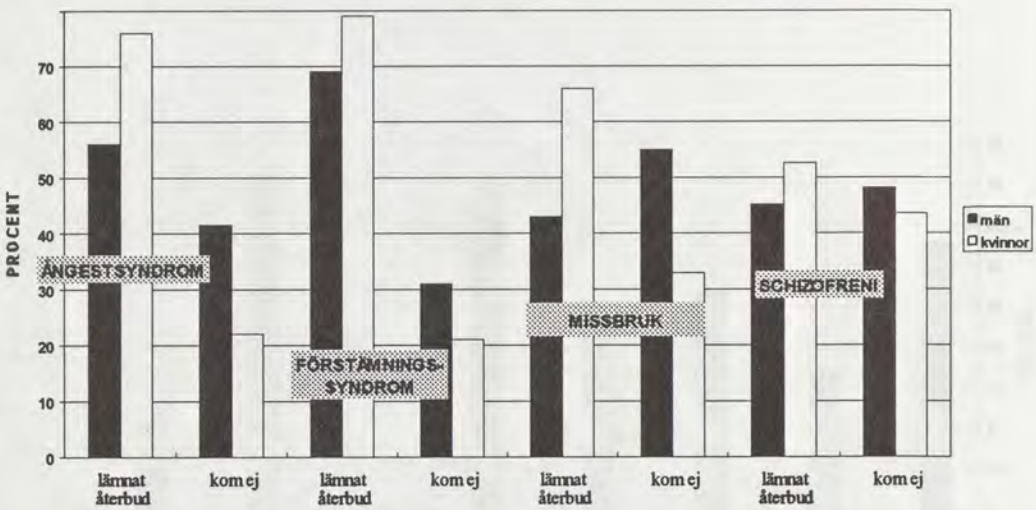


Fig. 4. Orsaker till uteblivna besök

Rekommendationer om arbetsmarknadsåtgärder skiljer
Det kan noteras, att männen, särskilt i yngre åldrar, rekommenderas till arbetsmarknadsåtgärder i större utsträckning än kvinnorna trots att inga skillnader bedömts föreligga i den aktuella funktionsnivån (GAF). Med tanke på att dessa åtgärder totalt sett berör ett relativt fåtal personer bör man dock inte dra alltför långtgående slutsatser.

Terapival och patienternas ålder
Behandlingsinsatserna varierar med patienternas ålder. För samtliga studerade patientgrupper gäller, att läkemedelsförskrivningen ökar med stigande ålder. För männen ökar psykofarmakabehandlingen, från att i åldersgruppen 18-29 år beröra 23 procent och i åldern över 65 år 58 procent. För kvinnorna ökar den från 13 procent till 50 procent.

Omfattningen av samtalsterapier minskar för männens del från 31 procent till 5 procent och för kvinnornas från 43 procent till 6 procent.

Samtidigt minskar förekomsten av ADL-träning, social träning, arbetsterapi för männens del från 20 procent till 8 procent. Kvinnornas andel är i stort sett oförändrad ; från 13 procent till 12 procent (Fig 5).

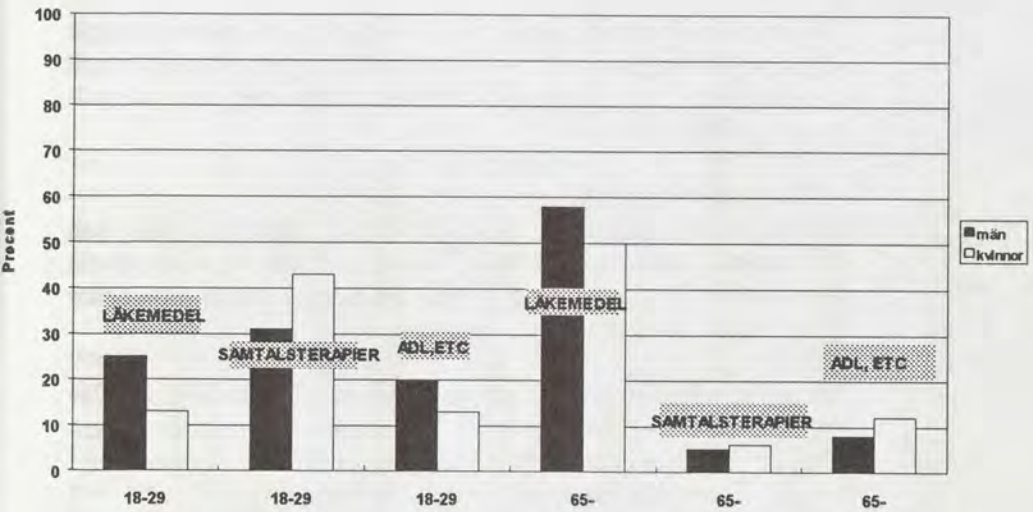


Fig 5. Terapivalets samband med ålder

Patienter med schizofrenidiagnos

I detta material uppvisar patienter med en schizofrenidiagnos mindre könsskillnader beträffande vårdpraxis avseende studerade variabler (fig. 1-5) än övriga grupper. Det är dock vanligare att männen i denna grupp återfinns i den numerärt sett lilla patientgrupp, som har de allra längsta besökstiderna (över tre timmar). Det kan även konstateras, att kvinnorna i gruppen får läkemedel förskrivet i något större utsträckning än männen till skillnad från andra studerade patientgrupper.

Bland patienterna i de sämst och bäst fungerande grupperna förekommer könsskillnader i vårdpraxis. Så tar t.ex. de sämst fungerande männen kontakt själva med psykiatrin i betydligt högre utsträckning (26 procent) än kvinnorna (7 procent). I den bäst fungerande gruppen tar männen del av arbetsterapeutiska behandlingsutbud i högre grad än kvinnorna.

De sämst fungerande männen får oftare läkemedel av olika slag än kvinnorna medan motsatt könsförhållande gäller för patienter med den högsta funktionsnivån. Detta gäller framför allt användningen av sedativa och antidepressiva läkemedel. Männen använder rent allmänt mer neuroleptica än kvinnorna, något som sker i ökande utsträckning

vid försämrad funktionsförmåga. I den sämst fungerande gruppen använder 31 procent män neuroleptica mot 17 procent av kvinnorna.

När det gäller de personalkategorier, som patienterna möter, framgår i den mest utsatta gruppen (0-39) kvinnornas dominans i kontakter med psykologgruppen som vårdgivare, liksom männens med mentalskötargruppen.

Patienter med ångestsyndrom
Förutom de generella könspecifika skillnader som beskrivits ovan, kan det även här konstateras, att männen i större utsträckning än kvinnorna får psykofarmaka förskrivet åt sig oavsett ålder, sedativa enbart eller i kombination med antidepressiva läkemedel.

I grupp I (GAF 0-39) framgår samma fenomen tydligt då 50 procent av männen och enbart 18 procent av kvinnorna har ordinerats psykofarmaka. Denna skillnad är också påtaglig, om än inte lika markant, i den bäst fungerande gruppen, däremot inte i grupp II.

I grupp I (GAF 0-39) har män och kvinnor likartade kontakter med psykiatrin. Bland de patienter som har en högre funktionsnivå finns flera påtagliga skillnader i vårdpraxis mellan män och kvinnor. Kvinnorna behandlas oftare av psykologer och kuratorer i dessa grupper och de behandlas oftare med litium.

Patienter med förstämningssyndrom
I denna studie finns en tendens till att männens anhöriga i större utsträckning än kvinnornas medverkar när man söker hjälp inom den psykiatriska vården. Det rör dock ett mindre antal patienter totalt sett, varför inga långtgående slutsatser bör dras.

I Grupp I (GAF 0-39) finns inga påvisbara könsskillnader beträffande vårdpraxis, medan inom grupp II har kvinnorna däremot läkarkontakter i något större utsträckning än männen.

I den bäst fungerande gruppen finns skillnader beträffande såväl vilka personalkategorier som patienterna möter som vilka behandlingsåtgärder som vidtas. Psykologernas insatser riktas mer mot kvinnor och mentalskötarnas mot män. Medicinering är generellt vanligare bland män. Vid läkemedelsbehandling ordineras kvinnor i större utsträckning än män antidepressiva läkemedel med samtidiga koncentrationsbestämningar, medan männen i större utsträckning än kvinnorna behandlas med neuroleptica vid förstämningssyndrom.

Patienter med missbruksproblem
Materialet omfattar fler män (M=936) än kvinnor (N=524) till skillnad från övriga diagnosområden. Förutom för patientgruppen med lägst funktionsförmåga, tar män med missbruksproblem i högre grad än kvinnor själva kontakt med den psykiatriska vården för att få hjälp med sina problem.

Kontakten med specialistläkare är betydligt vanligare för kvinnor än män. Med försämrad funktionsförmåga ökar även kvinnornas läkarkontakter betydligt snabbare än männens. I den sämst fungerande gruppen har 19 procent av männen läkarkontakter mot 52 procent av kvinnorna. Vad beträffar kontakter med mentalskötare är förhållandena i stort sett de omvända. Kvinnor med högre funktionsförmåga har i detta material fler psykologkontakter än männen med motsvarande funktionsnivå.

I övrigt framgår, att skillnaderna mellan mäns och kvinnors kontakter med psykiatrin är mest framträdande i den bäst fungerande gruppen. Män får i grupp III läkemedelsbehandling i högre omfattning, medan de i mindre utsträckning än kvinnorna samtidigt får ta del av övriga psykiatriska behandlingsmetoder.

Kvinnorna inom detta problemområde blir även, i större utsträckning än männen, samtidigt föremål för sociala stödåtgärder, vilket delvis kan förklaras av, att kvinnorna oftare än männen aktualiserats av sociala myndigheter.

Diskussion och slutsatser av vårdpraxisstudien

Resultaten från vår analys visar, att det föreligger många likheter vid vårdpraxis av män och kvinnor inom den psykiatriska vården, men vissa skillnader har dock kunnat konstateras.

- Kvinnor är i större utsträckning än män patienter inom den specialiserade psykiatrin förutom bland patienter med missbruksproblem. Möjligen skulle detta kunna tala för att kvinnorna tidigare söker hjälp än männen.

- Kvinnorna fungerar socialt bättre än männen vid sin kontakt med psykiatrin i alla här studerade diagnoser. Behandlingsutbudet förefaller vara bredare till kvinnorna än till männen. Det gäller framför allt beträffande olika psykoterapeutiska insatser av olika

slag (verbala som ickeverbala, enskilt eller tillsammans med andra familjemedlemmar.)

- Männen behandlas oavsett ålder i större utsträckning än kvinnorna med psykofarmaka. För båda könen gäller, att läkemedelsförskrivning ökar med stigande ålder och försämrad funktionsnivå.

- Män med psykiska störningar, som samtidigt har omfattande inskränkningar i sin funktionsförmåga, är oftare än kvinnor utlämnade till att själva få ta kontakt med den psykiatriska vården för att få hjälp. Det sociala skyddsnätet förefaller vara mer benäget att ingripa när det gäller kvinnors psykiska hälsa.

Denna resultatredovisning har bl.a. visat, att männen inte i samma utsträckning får tillgång till den psykiatriska vårdens tvärprofessionella behandlingsutbud.

Studien visar dock inte huruvida patienterna behandlas av den som har den för den enskilde patienten bästa och högsta kompetensen. Det framgår ej heller hur specialistläkarens ansvar för bedömning och delegation till andra behandlare inom det psykiatriska vårdlaget har utövats.

Det är angeläget att kontinuerlig verksamhetsuppföljning ur ett könsperspektiv, med fokus på såväl servicekvalitet som olika vårdprograms innehåll och kvalitet, utvecklas och utgör en integrerad del av det praktiskt kliniska arbetet på den enskilda kliniken.

Verksamheternas personalsammansättningar och kompetens är andra centrala frågeställningar som ytterligare behöver belysas för att kunna uppmärksamma skillnader i vårdpraxis mellan män och kvinnor.

Vid psykiska störningar föreligger ofta funktionsinskränkningar, som medför dels nedsatt förmåga att söka hjälp dels att kunna samarbeta kring sin behandling. Denna studie har visat, att det finns risk för att ju mer omfattande handikappet är desto svårare kan det vara att få hjälp. Med tanke på de stora strukturförändringar, som äger rum i samhället hälso- och sjukvården, är det angeläget att uppmärksamma dessa frågor inte minst i aktuell behandlingsforskning och pågående utvecklingsarbet inom den specialiserade psykiatriska vården.

5.8 Missbruk ur ett könsperspektiv

Sammanfattning: Hälso- och sjukvården missar ofta tecken på alkoholproblem hos patienter. Kvinnor med alkoholproblem riskerar att identifieras på ett sent stadium, om man utgår från manliga identifikationer på hög alkoholkonsumtion (offentlig berusning m.m.). Utvärdering och forskning behövs om olika behandlingars effekter ur ett könsperspektiv. En fråga är om behandling som använts på män är applicerbar på kvinnor eller om det behövs speciella program för kvinnor. Det är viktigt att underlätta för kvinnor att söka hjälp för sitt missbruk eftersom kvinnor är känsligare för kroppsliga skador av alkohol. I dag är hälso- och sjukvården i för liten utsträckning anpassad efter den missbrukande kvinnans behov. Många kvinnor ser drogproblemen som en följd av sina andra problem och söker hjälp för dem i första hand.

Den pedagogiska kompetensen behöver ökas hos dem som arbetar med beroendeproblem. Personalen behöver uppmärksammas på konsekvenserna av negativa attityder mot både kvinnor och män. Ändamålsenliga system med kriterier istället för personlighetstest behöver utvecklas för diagnostik av missbruk.

Det saknas drogepidemiologiska studier bl a om blandmissbruk samt psykosociala studier om manliga missbrukares verklighet.

Det finns olika typer av substanser som påverkar den levande organismens funktion. Hit hör mediciner och rusgivande medel såsom alkohol, lösningsmedel och narkotika. Bruket av alkohol är en integrerad del av kulturen i många länder och utgör ett av de verkligt stora folkhälsoproblemen. Ungefär 15 procent av männen och 5 procent av kvinnorna utvecklar alkoholberoende (definition enligt Svenska Läkaresällskapets rapport, 1992). Beroendet behöver ej vara livslångt. Ytterligare cirka 10 procent av männen och 3 procent av kvinnorna är högkonsumenter utan att utveckla beroende.

Under ett år använder mellan 9 och 15 procent av den vuxna svenska befolkningen sömn eller lugnande medel. Upp till ett par hundra tusen i Sverige uppskattas vara beroende och missbrukar benzodiasepiner. I flertalet fall är det ett kombinerat missbruk av alkohol och lugnande medel. Medelålders kvinnor är överrepresenterade bland tablettmissbrukare. Omkring två tredjedelar av förskrivningarna år 1992, gällde kvinnor.

Regelbundet bruk och överbruk av smärtstillande medel, analgetika, är vanligt, särskilt bland kvinnor. Ofta startar bruket på grund av tillfällig värk men kan övergå i slentrianmässigt intag, i värsta fall direkt missbruk.

År 1992 var antalet narkotikamissbrukare mellan 14 000 och 20 000 i Sverige (definition enligt Folkhälsoinstitutet, 1995 och Socialstyrelsens Folkhälsorapport, 1994). Under de senaste åren har allt fler rapporter om nyrekrytering till mera allvarliga missbruksformer kommit in. Hos de tunga narkotikamissbrukarna är blandmissbruk med alkohol eller sömn- och lugnande medel mycket utbrett. Kvinnorna utgör 25-30 procent av narkomanerna och skiljer sig på flera sätt från männen. De har ofta en tidigare debut och börjar tidigare med ett avancerat injektionsmissbruk. Samtidigt är kvinnorna mer benägna att fullfölja vårdprogram och prognosen är överlag bättre än för männen. Många kvinnor slutar missbruka i samband med graviditet.

Cirka en procent av pojkarna i årskurs nio och knappt tre procent av pojkarna i gymnasiet har prövat anabola steroider. Det finns ett samband mellan doping och styrketräning, och ett samband mellan doping och användning av alkohol och narkotika.

Fysiska, psykiska och sociala konsekvenser

Det är först under de senaste decennierna som forskning har ägnats åt fysiologiska, psykologiska och sociala aspekter på kvinnors bruk och missbruk.

Könsskillnader har påvisats när det gäller alkoholens fysiska skadeverkningar. Vid konsumtion av samma mängd alkohol som en man, får kvinnan högre promillehalt. Följdsjukdomar i hjärna, nervsystem, hjärta, kärl, bukspottskörtel, lever och mag-tarmkanal är alla vanligare bland kvinnor liksom högt blodtryck, undernäring, blodbrist och folsyrebrist. Ökad infektionskänslighet ger ofta upphov till urinvägsinfektioner samt i kombination med slemhinneskörhet och psykosomatiska symtom ökad benägenhet för gynekologiska besvär och sexuella dysfunktioner. Sambandet mellan måttlighetskonsumtion och risken för bröstcancer är dokumenterad. Det föreligger en ökad risk för cancer i mun, svalg, struphuvud och matstrupe hos både kvinnor och män. Den generella sjukligheten, oavsett orsak, är lika hög hos kvinnor som hos män med alkoholproblem.

Alkoholförgiftning är dubbelt så vanligt hos män och diagnoserna alkoholism och alkoholberoende är fem till sex gånger vanligare hos män. Alkoholberoende är ett allvarligt tillstånd med hög dödlighet och sjuklighet. Det medför en överdödlighet hos män 2-5 gånger och hos kvinnor 6-8 gånger den förväntade. Den högre dödligheten hos kvinnor betingas främst av skrumplever och självmord. Hos båda könen är det en överdödlighet i olyckor av olika slag, med livsstilsförändringar med rökning, dålig social miljö, osv. Män begår oftare självmord medan kvinnorna oftare gör självmordsförsök. (Wasserman 1992), fann att ungefär 30 procent av patienterna som gjort självmordsförsök hade haft alkoholproblem, många av dem var unga flickor.

Det råder en osäkerhet om betydelsen av psykologiska faktorer för utveckling av drogproblem både hos män och kvinnor. Kvinnor använder mer psykofarmaka och smärtstillande medel, ofta i överdos. Hos män förekommer tablettmissbruk framförallt vid tyngre missbruk. Kvinnor börjar i allmänhet dricka senare i livet men beroendeutvecklingen tycks gå fortare än hos män. Kvinnor har ofta en svår social situation med missbrukande partner och en bakgrund av misshandel, sexuella övergrepp, incest. Förutom den negativa attityd som möter alla missbrukare, så är attityden mer fördömande gällande kvinnor. Kvinnor reagerar med skam och skuld inför sitt missbruk och söker i första hand medicinsk hjälp för konsekvenserna av sitt missbruk, där sällan alkoholproblemen identifieras. Gifta kvinnor, med anställning och god social status dricker ofta ensamma. Samtidigt finns det sociala faktorer, som skyddar kvinnor från en missbruksutveckling t.ex mindre tryck att dricka och olika dryckersvanor. Sociala konsekvenser t.ex. fylleri, rattonykterhet, slagsmål ses vanligen hos män. Kvinnor anför konsekvenser på det känslomässiga planet.Yngre kvinnor verkar ha mer gemensamt med unga män när det gäller missbruk över huvud taget, såsom tidig debut, konsumtion av starkare sorter, oftare berusningsdrickande och mer öppet drickande. Matstörningar, anorexi och bulemi, är vanligt hos missbrukande kvinnor.

Behandlingen i olika vårdformer

I Sverige är huvudmannaskapet för beroendevård delat mellan landstings- och primärkommun. I princip innebär det att socialtjänsten har ansvaret för behandling av beroendet, samt för de sociala komplikationerna det ger upphov till, medan sjukvården har ansvaret för behandling av de medicinska komplikationerna. Hälso- och sjukvård och socialtjänst har olika handläggningsrutiner och behandlingstradi-

tion, vilket ställer stora krav på samordning. Utveckling inom socialtjänst och sjukvård idag, tenderar att konvergera mot likartade insatser. Detta är angeläget eftersom behandling kräver både medicinsk och social kompetens. Det finns idag en obalans inom alkoholvården, mellan öppna och slutna vårdformer. Ett okritiskt användande av olika typer av institutionsvård har hindrat utvecklingen av behandlingsformer i öppenvård. Den svenska missbruksvården är fortfarande starkt institutionsinriktad. En omfattande internationell forskningslitteratur talar nu för att flertalet problemdrickare får likvärdig eller bättre vård i öppna former, samtidigt som denna vård är betydligt billigare än institutionsvård. Föreningslivet och de idella organisationerna har viktiga uppgifter både när det gäller att hjälpa människor i början av ett problemdrickande liksom i vård av de gravt skadade.

Bland dem som får vård inom socialtjänstens olika verksamheter – institutionsvård, inackorderingshem, dagcentraler, rehabiliterings-team och andra öppenvårdsverksamheter - dominerar gruppen ensamstående män med avsevärda sociala problem. Det finns cirka 10 000 hemlösa missbrukare. Mer än 80 procent är män. 2/3 har dokumenterade alkohol- och/eller narkotikaproblem. 20 procent bedöms ha psykiska problem. Fleråriga vistelser på inackorderingshem, skyddade boendeformer och försökslägenheter, kan dock vara sätt att minska drogkonsumtion och bryta hemlösheten. Bland annat visar studier, där man systematiskt utnyttjat boendeformen, s.k. försökslägenheter, en möjlighet att långsiktigt uppnå en rehabilitering.

Hälso- och sjukvården erbjuder vård främst inom specialiserade toxikomanikliniker, inom kliniker för allmänpsykiatri, av distriktsläkare inom primärvården och inom företagshälsovård. Specialiserade alkoholkliniker visar också att deras patientgrupp till mycket stor del är ensamstående kroniska missbrukare med mycket svåra sociala problem.

Effekter av behandling – aktuell forskning

Det finns ingen behandling som leder till goda behandlingsresultat för alla människor med drogproblem. Utvärderingslitteraturen talar för att breda behandlingsprogram i öppen vård med inslag av social färdighetsträning och återfallsprevention kan ha goda effekter. Detta förutsätter en pedagogik som premierar positiva förändringar och förstärker individens motivation att ändra sina drogvanor och livsstil. Självkontrollträning med kognitiv/beteendeterapeutisk inriktning har dokumen-

terade effekter för personer med mindre avancerat drogberoende. Dessa metoder tenderar att vara förhållandevis billiga att genomföra. Samtidigt har man visat att många vanligt förekommande behandlingsmetoder har svaga eller inga effekter. Exempel är den psykodynamiskt orienterade terapin individuellt och i grupp. Det finns numera en omfattande forskning om effekterna av psykoterapi som visar tämligen entydigt att den dynamiska psykologin saknar empiriskt stöd i kontrollerade studier, både vad gäller diagnos baserad på projektiva test eller på intervjuer, och behandling (Miller W, et al, 1994 m fl studier).

Aktuell behandlingsforskning talar för att behandlingsmetoder med dokumenterad effekt används i mindre omfattning, medan icke dokumenterade metoder förekommer mer allmänt, t.ex. Minnesotamodellen och psykodynamiska teorin. Bristande kunskaper på detta område innebär att behandlingen ofta vilar på osäker grund. Detta får betydande ekonomiska konsekvenser då stora resurser satsas på ineffektiv behandling. Behandlingsforskningen behöver således stärkas.

Minnesotamodellen har under 80-talet fått stor internationell spridning och har dominerat den svenska institutionsvården, trots avsaknad av stöd och dokumentation. Det finns mycket lite forskning som beskriver dess effektivitet. De få studier som gjorts talar för att denna modell uppnår lika goda resultat som annan behandling .

Ensidiga metodval har alltför länge fått styra behandling vid missbruk (Melin A-G, Näsholm C, 1994) Polariseringar har uppstått mellan företrädare för å ena sidan sjukdomsteori och inlärningsteori och å andra sidan psykologiska och sociala symptomteorier. Möjligheten till adekvat behandling har därför begränsats för åtskilliga missbrukare. Biologiska, psykologiska, sociala och kulturella faktorer samverkar på ett svåröverskådligt sätt på vägarna in i, under och ut ur missbruk. Tillståndet kan inte förklaras ensidigt, varför det är nödvändigt att integrera kunskap från många skilda områden .

I många väl kontrollerade studier har olika psykofarmaka visat sig ha goda effekter på alkoholberoende personers begär efter alkohol. Störst effekt uppnås då farmakologisk behandling kombineras med psykologiska och psykosociala insatser (Svenska Läkaresällskapet, 1992).

Psykiskt störda missbrukare hamnar inte sällan "mellan två stolar". Psykiatrin hänvisar till missbruksbehandling och missbruksbehandlingen bortser ibland från, eller avisar, samtidig förekomst av psykisk sjukdom och betonar missbruket. Psykiska störningar är vanligare hos personer med drogproblem än i övriga populationen. Det föreligger ett

behov av specialiserad bedömning och samverkan mellan socialvården och psykiatrin.

Behandling av kvinnor

Enligt Vanicelli M, 1988 ger de översikter som tidigare publicerats om behandling av kvinnor med drogproblem, begränsat stöd för att insatser speciellt riktade till kvinnor förbättrar deras behandlingsresultat. 1989 kom Lena Dahlgrens et al kontrollerade studie, som funnit att kvinnor som behandlats på en enhet speciellt inriktad på att möta kvinnors behov (EWA-projektet vid Karolinska sjukhuset i Stockholm) hade bättre resultat gällande såväl missbruk som social anpassning, sjuklighet och dödlighet än den kontrollgrupp (män och kvinnor blandat) som behandlats utanför projektet. Kvinnorna har själva framhållit att det varit positivt att enheten varit enkönad. Många har påpekat att de inte skulle ha sökt hjälp om inte denna möjlighet funnits.

Antalet kvinnor med alkoholberoende som behöver vård har ökat i snabb takt. Beroendevården har ännu inte anpassat sina insater till en situation med en ökad andel kvinnliga problemdrickare. Merparten av insatserna är anpassade för män. Aktuell behandlingsforskning föreslår att särskilda behandlingsmetoder för kvinnor skall prioriteras och att det ibland är nödvändigt att skilja de kvinnliga från de manliga vårdtagarrna. Gemensam vård kan i en del fall försämra rehabiliteringsmöjligheterna (Läkaresällskapet, 1992).

Mäns missbruk har varit och är fortfarande långt mera omfattande än kvinnors missbruk. Männens missbruk är därför mer resurskrävande än kvinnornas, vilket bidragit till större uppmärksamhet inom forskning och utveckling. Forskningsresultat från studier av män har ibland generaliserats till att gälla kvinnor och kriterier och normer som gäller för män tillskrivs kvinnor. Om de skillnader som finns ej beaktas riskerar kvinnors särskida behov och utveckling kring hjälp, stöd och behandling att försummas.

Kunskaper om kvinnors behov och situation behöver tillgodoses bättre inom alkoholvården (Öjehagen 1994). Erfarenheter från praktiken som stöds av flera studier, påvisar flera områden som skiljer män från kvinnor och som utgör skäl för skillnader i behandlingsinsatser. Det finns hittills enbart ett fåtal studier som stöder könsspecifika insatser. Kunskapen om huruvida speciella behandlingsprogram behövs för missbrukande kvinnor behöver öka.

Det finns få mottagningar som vänder sig enbart till kvinnor. Enligt Socialstyrelsens enkätundersökning till öppenvårdsmottagningar år 1991 vände sig 7 av 310 mottagningar till enbart kvinnor. Under 1995 genomförde Socialstyrelsen en enkätundersökning om öppenvården. Resultaten är ännu ej klara.

Behandlingstiden
Tracy J. Jarvis 1992, har gjort en genomgång av 20 behandlingsstudier där man utvärderat behandling av män och kvinnor separat. I resultatet framkom att kvinnor i allmänhet hade bättre resultat första året efter behandling än män, men andra året visade fler återfall. Data är osäkra då studierna innehåller ett flertal behandlingsmodeller (Dahlgren 1992). Behandlingstidens längd har den starkaste betydelsen för god prognos hos kvinnor.

Det finns inte så många studier om behandligsresultatens stabilitet över längre tid. I Malmö har Berglund et al, följt upp manliga och kvinnliga alkoholberoende efter åtta respektive tjugo år. Antalet missbruksfria individer var ungefär detsamma efter tjugo år, men förbättringen var snabbare hos kvinnor och förbättringen var mer stabil. Över 90 procent av kvinnorna, som var missbruksfria efter åtta år, fortsatte att vara det efter tjugo år, för männen var motsvarande siffra 65 procent.

Utbildning
I de utbildningar som leder till behörighet att arbeta inom hälso- och sjukvård och socialtjänst bör kurser om beroendetillstånd ur ett könsperspektiv ingå. Det är även angeläget att öka den pedagogiska kompetensen hos dem som idag arbetar med beroendeproblem. Framför allt måste undervisningen utvecklas inom de områden som visat sig innehålla de mest lovande behandlingsmetoderna dit bl.a. de kognitiva och beteendeterpautiska behandlingsmetoderna hör. En utvärdering från Göteborg (Persson G, 1992) visar att psykodynamisk och kognitiv terapi i samma kurs gett gott resultat.

Hur bemöter hälso- och sjukvården män och kvinnor med missbruk och finns det någon skillnad?

Attityder och osäkerhet
Mer än 90 procent av Sveriges befolkning har mer eller mindre regelbundna alkoholvanor (Österling, 1994). Trots att beteendet är så vanligt förekommande finns generellt sett en ambivalent inställning till att prata om alkoholvanor, speciellt våra egna, oavsett om vi har

alkoholproblem eller inte. Kombinationen av negativa attityder och negativt bemötande mot patienter med drogproblem är vanligt i hälso- och sjukvården. Attitydstudier både i Sverige och utomlands visar en ganska utbredd osäkerhet om hur man ska ta sig an drogberoende människor, men också positiva erfarenheter då man väl engagerar sig.

Brister i anamnes och identifikation av drogproblem

Trots de ökade kunskaperna om alkoholens sjukdomsalstrande effekter inom såväl somatik som psykiatri och vinsterna med tidig identifikation och intervention av högkonsumtion, råder fortfarande brister vid diagnostiska överväganden. En adekvat anamnes kan snabbt ge korrekt diagnos utan onödiga och kostnadkrävande utredningar, men det är inte unikt att journaluppgifter om alkoholvanor är mycket summariska eller saknas helt.

I en undersökning från medicin- och kirurgavdelningar på ett amerikanskt universitetssjukhus framkom att läkare inte tog adekvata alkohol- och droganamneser. Om man noterade ett beroende, identifierade man det inte som ett medicinskt problem och avstod från att engagera sig i behandling. I utbildning av vårdpersonal, inklusive läkare fann man, att 75 procent av läkarna inte kunde hantera patienter med alkoholproblem beroende på bl.a. otillräcklig utbildning i beroendelära, missbruksproblem i den egna familjen, personliga missbruksproblem, och negativa erfarenheter av patienter med alkoholproblem. Det finns skillnader mellan olika specialiteter beträffande förmågan att identifiera alkoholproblem och benägenhet att behandla eller initiera behandling. I en studie från USA jämfördes psykiatriker, medicinare och kirurger. Psykiatriker hade större kompetens på båda områdena, följt av internisterna. Kirurgerna hade den lägsta identifikationskompetensen och var också minst benägna att förmedla behandling. Detta förklaras delvis av att psykiatriker hade en mer positiv syn på behandlingsbarhet jämfört med både medicinare och kirurger. Det visade sig att studenter i början av utbildningen har en mer positiv syn på behandling, vilket avklingar under studietiden. Attityderna är också påtagligt stabila i tiden.

Tecken på alkoholproblem missas

Läkare missar oftare tecken på alkoholproblem hos kvinnor än män och skriver ut lugnande medel istället för att söka efter orsaken till ångest och depression (Reed 1991). Detta förstärker användningen av droger eller undvikande som lösning på problemet istället för bearbetning. Läkare tänker sällan på problem med alkohol eller andra droger när de bedömer en välklädd, säker, effektiv, yrkesarbetande kvinnlig patient. Även i de fall där patientens klagomål och fysiska tillstånd ger tydliga

tecken brukar frågor kring alkoholkonsumtion inte ställas. Styrda av stereotyper identifierar sjukvårdspersonal inte kvinnor med alkoholproblem förrän på ett sent stadium. Att utgå ifrån manliga identifikationer på hög alkoholkonsumtion som offentlig berusning, slagsmål och arresteringar gör att man inte upptäcker kvinnor som har problem.

Sjukvårdspersonal uppmärksammade inte alkoholproblem hos mellan 34 och 93 procent av de patienter som vid närmare undersökning visade sig ha ett missbruk. Den största andelen missade diagnoser fanns bland kvinnor och bland patienter från överklassen. På en gynekologmottagning var det 12 procent av kvinnorna som kom för rutinkontroll och 21 procent av kvinnorna som sökte för premenstruell spänning som hade alkoholproblem. Utbildning till sjukvårdspersonal om kvinnor och missbruk är ett angeläget behov inom vården (Blume 1992).

På Försäkringskassan i Stockholm pågår forskning om hur stor del av sjukfrånvaron som kan förklaras med dolda drogproblem. Resultaten visar att dolt missbruk är ett stort problem. Detta på grund av att läkaren inte uppmärksammar problematiken och att handläggaren på försäkringskassan bortser från den försäkrades arbetsoförmåga.

Varje läkare eller sjuksköterska har möjlighet att på ett enkelt sätt få vetskap om en patients alkoholvanor i samband med samtal med patienten om levnadsvanor av betydelse för sjukdoms- eller hälsoproblem. Erfarenheten visar att detta i regel upplevs som naturligt av patienten, och även av sjukvårdspersonalen när de fått lite vana. Farhågor för att patienterna upplever frågorna som kränkande och reagerar negativt förefaller ofta vara överdrivna.

Kliniska bedömningar och "sjukförklaring"

I en aktuell översikt av forskningen om kliniska bedömningars kvalitet (RM Dawes 1994) summeras 50 års forskning om subjektiva bedömningar som psykologer och psykiatriker gör. Personlighetstest har inte visat sig användbara för prognos och diagnos. Det finns många forskningsrapporter som visar att dessa test saknar tillförlitlighet, och även om det i undantagsfall kan ha ett svagt prediktivt värde är detta så svagt att det i stort sett inte säger någonting om den enskilda individen. Dawes uppmanar på goda grunder sina läsare att vägra att underkasta sig en sådan testning.

En historisk analys av det psykologiska-psykiatriska diagnossystemet och dess konsekvenser, (Greenspan U, 1992) visar att kvinnor söker

mer terapi och sjukvård än män och får dessa psykologiskapsykiatriska diagnoser (sjukförklaringar) mer än män.

Attitydförändring och handledning
En ökad kunskap inom missbruksområdet kan förmedlas ganska enkelt. Däremot kräver attitydförändringar och färdighetsutveckling helt andra tekniker än traditionella föreläsningar. Att ta till sig och behålla positiva attityder kräver ett aktivt deltagande i inlärningsprocessen och fortsatta färdighetsövningar. Effekten av korta kurser avklingar snabbt, om man inte får fortlöpande positiv förstärkning och stöd i form av klinisk handledning under lång tid.

Hinder för män och kvinnor att söka hjälp för alkoholproblem
En faktor som framhålls är att kvinnor inte anser att det är alkohol som är huvudproblemet och därför anser det lönlöst att söka hjälp för det. Många kvinnor ser drogproblemen som en följd av sina andra problem och söker hjälp för dem i första hand (Thom 1986). Männen i denna studie ansåg att alkoholen var deras huvudproblem. Både män och kvinnor var rädda för att bli stämplade som alkoholister eller få psykiatriska diagnoser. Männen rapporterade svårigheter att söka hjälp, de tyckte att de själva kunde klara att sluta, det tillhörde den maskulina rollen. Enligt (Dahlgren 1993) är det vanligt att maken sätter sig emot att hans hustru söker behandling. Barn och andra släktingar brukar däremot uppmuntra en kvinna att söka hjälp. Liknande resultat har Baily S kommit fram till 1990.

Kvinnor med alkoholproblem söker ofta läkare för en rad fysiska besvär såsom magvärk, huvudvärk, migrän, oro, sömnproblem, depression, trötthet, blodbrist och gynekologiska besvär (Dahlgren 1994). När alkoholproblemet väl är identifierat har de en tendens att söka både alkoholistvård och allmänpsykiatrisk vård, att bli "pendlare" inom hälso- och sjukvården. De kan då riskera att inte få sina psykiatriska symtom rätt beaktade inom alkoholistvården eller sina alkoholproblem optimalt åtgärdade inom allmänpsykiatrisk vård.

Män remitteras till alkoholistvård via "vanliga" kanaler dvs. läkare, arbetsgivare, myndigheter (Dahlgren 1994). Kvinnor skaffar sig ofta information via vänner, massmedier, annonser dvs söker sig fram på egna vägar. Aktiv identifikation liksom mer informella kontaktvägar lönar sig därför när det gäller kvinnor. Det finns exempel på att enkönade behandlingsalternativ är attraktiva.

Kvinnorna döljer ej sitt alkoholberoende mer än män. Studier från Malmö, visar att bland 42-åriga män och kvinnor var andelen dolda

missbrukare i proportion till antalet kända missbrukare för båda könen. En slutsats var bl.a att resultaten motsäger att dolt missbruk uteslutande är ett kvinnligt fenomen. Kvinnor tvekar att söka hjälp inom traditionell alkoholistvård både av känslomässiga skäl och på grund av olika omständigheter (struktuerlla) inom hälso- och sjukvårde (Dahlgren 1994). Vården är t.ex. föga anpassad till den kvinnliga missbrukarens behov utan är uppbyggd av och för män. Specifika behandlingsprogram för kvinnor förekommer och intresset för sådan verksamhet ökar men omfattningen är alltjämt begränsad. Omvårdnad av minderåriga barn försvårar ofta deltagande i behandlingsprogram som sällan erbjuder hjälp åt både mor och barn.

En dansk studie (Schmidt-Fibiger 1991), visade att många kvinnor hade ägnat mycket tid åt behandlingar som inte hade hjälpt. De kände sig inte sedda eller hörda som individer. De hade erbjudits samtal men tyckte inte att det var nog, de ville ha hjälp att förstå sig själva. Intervjuer med kvinnor visade att knappt hälften av kvinnorna inte ville söka vård eftersom de inte trodde det skulle hjälpa.

En norsk studie, visade att information i massmedia om en öppenvårdsmottagning hörsammades främst av män och kvinnor med högre socioekonomisk status. Man uttryckte besvikelse och frustration med tidigare behandling, om man haft sådana erfarenheter. Särskilt kvinnorna visste mycket väl att de hade alkoholproblem och ville göra något åt det.

Anhörigperspektivet

Internationellt sett har under de senaste åren intresset för familjens betydelse för missbrukarens hälsa ökat. Det finns dock begränsad forskning rörande anhöriga till kvinnliga missbrukare. Det är egentligen bara den manliga partnern som har studerats i ett fåtal fall. Från 1980-talet har medvetenheten ökat om familjebehandlingen och dess betydelse när det gäller den anhöriges hälsa. All behandling bör enlig delbetänkande av alkoholpolitiska kommissionen, SOU:1994:29, involvera familjen i behandlingen.

Primärvårdens roll

Ett flertal studier visar god effekt av enkla och tidiga insatser då det gäller att få riskkonsumenter av alkohol att minska sin konsumtion. Primärvården framhålls i svensk och internationell litteratur när det gäller att nå människor med högkonsumtion av alkohol. I en översikt av effektiviteten av tidiga individuella insatser mot missbruk från primärvårdens sida framgår att 5-10 minuter för bedömning följt av rådgivning till högkonsumenter medför en reduktion av alkohol-

konsumtionen på 25-30 procent efter 6-12 månader. En mer långvarig insats baserd på kognitiv beteendeterapi är mer effektiv för de med mer långvarig högkonsumtion. Effekten var sämre för kvinnor än män i vissa studier (Anderson P, Scott E 1992).

Diskussion och slutsatser

Alkohol och andra drogproblem utgör ett av de största folkhälsoproblemen, och är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor. Kvinnor är känsligare för kroppsliga skador av alkohol och andra droger än män. Det är av den anledningent viktigt att underlätta för kvinnor att söka hjälp och motverka de hinder av praktisk och emotionell natur som finns. Kvinnors missbruk är omgärdat med en mer fördömande och negativ attityd jämfört med män, vilket inte underlättar möjligheterna att söka hjälp.

För att komma till rätta med attitydproblemen till missbrukare i vården är det väsentligt att genomföra attitydundersökningar bland vårdpersonal lokalt och att utbilda om attityder och dess konsekvenser Handledning när det gäller attityder bör ges under lång tid och med fortlöpande positiv förstärkning. Effekterna härav bör följas upp och utvärderas. Attitydundersökningar är främst gjorda bland läkare. Attityder mot drogberoende människor bland psykologer, sjuksköterskor, mentalsköterskor och kuratorer behöver också studeras som utgångspunkt för diskussioner och eventuella åtgärder bland vårdpersonal.

Det är angeläget att öka den pedagogiska kompetensen hos alla dem som idag arbetar med beroendeproblem, och att i samband därmed beakta könsperspektivet vad gäller mäns och kvinnors erfarenheter och behov. Det bör vara obligatoriskt att i all utbildning till vårdpersonal (läkare, sjuksköterskor, psykologer, socionomer, undersköterskor, mentalsköterskor) och i all psykoterapiutbildning lära ut den könsspecifika personlighetstorin med inriktning på kvinnors och mäns identitetsutveckling och den kliniska tillämpningen i terapeutiskt arbete. Psykodymamisk och kognitiv betendeterapi, drogutbildning och återfallsprevention kan mycket väl integreras i psykoterapiutbildning.

Det dubbla huvudmannaskapet mellan landsting och kommun med-för krav på samordning för ett effektivt resursutnyttjande. Samarbetsformer omkring behandlingsplanering som kräver både medicinsk och social kompetens behöver vidareutvecklas.

Personlighetstesten som används för att diagnosticera skadligt bruk av alkohol, alkoholberoende och beroende av läkemedel och narkotika är ej tillförlitliga. Detta talar för att ändamålsenliga system med kriterier för identifikation och diagnosticering behöver utvecklas. Innan behandlingsform väljs och och påbörjas bör individens situation belysas ur såväl ett könssperspektiv som ur social, medicinsk, kulturell och psykologisk synvinkel och sammanvägas i samråd med klienten. Även familjeperspektivet bör beaktas.

Aktuell behandlingsforskning tyder på att behandlingsmetoder med dokumenterad effekt används i ganska liten utsträckning, medan icke dokumenterade metoder förekommer i stor utsträckning, Bristande kunskaper på detta område innebär att behandlingen ofta vilar på osäker grund. Det kan få betydande ekonomiska konsekvenser om stora resurser satsas på ineffektiv behandling. Forskning om effekter av olika behandlingsalternativ bör förstärkas och beakta könsperspektivet eftersom utvärderingar av vård och behandling oftast inte har gjort åtskillnad mellan män och kvinnor. Vidare bör man undersöka om den missbruksbehandling som huvudsakligen använts på män, är applicerbar på kvinnor eller om det behövs speciella program och metoder för kvinnliga missbrukare.

Det saknas drogepidemiologiska studier både för män och kvinnor i Sverige för alla beroendeframkallande droger förutom alkohol. Sådana studier motiveras bl.a. av att en bred klinisk erfarenhet visar att blandbruk är vanligt, både hos män och kvinnor. Blandbruk ger mer svårartade medicinska, sociala och psykiska komplikationer vilka kostar samhället stora resurser. Studier bör även ägnas åt könsperspektivet beträffande faktorer i mötet mellan läkare och patient som påverkar förskrivning av sömn-, lugnande och smärtstillande medel.

Kvinnor beskriver sin verklighet delvis annorlunda än män. Det finns en hel del psykosocial litteratur om kvinnor, men mycket få psykosociala studier om män. De få studier som finns ger ofta en ensidig, onyanserad bild av den manliga missbrukaren. Psykosociala studier om mäns verklighet behöver därför initieras.

6 Kvinnors och mäns synpunkter på hälso- och sjukvården

Sammanfattning: Vi har haft både skriftlig kontakt med och träffat företrädare för patientförbund/föreningar och inhämtat deras synpunkter om eventuella problemområden ur ett könsperspektiv. Studier på området saknas men det finns erfarenheter om bemötandet allmänt. Problem som framfördes var att en del patienter upplever sig inte bli trodda och får vänta länge på diagnos samt att kunskaper saknas i hälso- och sjukvården om vissa sjukdomar. Sexuella störningar till följd av sjukdom uppmärksammas inte tillräckligt. Några föreningar pekade särskilt på kvinnors utsatta situation och att en del patientgrupper har lägre status i hälso- och sjukvården.

Våra litteratursökningar visar att mycket få av de patientenkäter som genomförts tidigare har ett könsperspektiv. De studier som refereras i avsnittet är mer exempel från främst befolkningsenkäter hos olika sjukvårdshuvudmän. Mot den här bakgrunden beslutade vi att genomföra en egen enkätstudie till befolkningen.

Enligt vår enkätundersökningen är det ingen skillnad mellan kvinnors och mäns synpunkter på den behandling och bemötande man fått. Skillnaderna mellan åldersgrupper och vissa andra undergrupper är större än skillnaderna mellan könen. Kvaliteten bedöms lägst av både kvinnor och män när det gäller inflytande över behandling och information om behandlingsalternativ. Inflytandet behöver stärkas för båda könen. Närmare en femtedel har blivit arga eller besvikna – ungefär lika för kvinnor och män totalt sett. Främst har man klagat på den medicinska vården, bemötandet och väntetider.

Kvinnor som besökt gynekolog är bland de mest nöjda med både bemötande och behandling.

Närmare 90 procent tycker att könet på vårdgivaren har ingen eller liten betydelse. Både kvinnor och män anser samma saker vara mest betydelsefulla vid mottagningsbesök.

En slutsats är att det behövs mer och fördjupad forskning och utveckling om patientperspektivet med inriktning på kön när det gäller bemötande och behandling i hälso- och sjukvården.

6.1 Synpunkter från patient- och handikapporganisationer

Sammanfattning: Bristen på studier med könsperspektiv för olika patientgrupper bekräftades både skriftligen och vid ett möte med patient- och handikapporganisationer. En del erfarenhetsmässiga synpunkter fanns dock om kvinnors eller mäns behov eller problem. Det gällde bl.a. bemötande allmänt och kvinnors mer utsatta situation. Synpunkter framfördes främst om olika patientgruppers problem generellt i kontakter med hälso- och sjukvården. Vissa patientgrupper ansågs ha lägre status i hälso- och sjukvården. Sexuella störningar till följd av sjukdom uppmärksammas ej tillräcklig. En del patienter upplever sig inte bli inte trodda och tycker att de får vänta länge på att få diagnos och blir kvar onödigt länge i primärvården innan de remitteras till t.ex. medicinkliniken. Hälso- och sjukvårdens bristande kunskaper om vissa sjukdomar påtalades och personalens attityder, kompetens och utbildning samt forskning på eftersatta områden ansågs viktigt.

Utredningen sände en skriftlig förfrågan till alla patient- och handikappförbund/föreningar i Sverige angående studier hos dem som kunde belysa könsperspektivet i patienternas kontakter med hälso- och sjukvården. Utredningen bjöd även patientförbund/föreningar som representerade många medlemmar eller stora patientgrupper epidemiologiskt till ett möte för att närmare fånga upp deras erfarenheter om eventuella problemområden för kvinnor och män samt diskutera åtgärder för att vid behov förbättra jämställdheten. De förbund/föreningar som deltog vid detta möte framgår av bilaga 3.

Skriftligt material

Få studier med könsperspektiv

Drygt hundratalet patient- och handikappförbund/föreningar kontaktades skriftligen och ett 15-tal svarade. Främst berättade de om förbundets/föreningens medlemmar och deras besvär samt problem de kunde uppleva generellt i kontakter med hälso- och sjukvården. Ett fåtal hade skriftligt material som var könsuppdelat.

Några referenser hade dock resultat om män och kvinnor. En var en avhandling (Mattiasson, 1995), där bl.a. 60 personliga intervjuer gjorts med kroniskt sjuka äldre från 13 olika sjukhem i Stockholm. Av avhandlingen framgår att det inte fanns några könsskillnader ifråga om patienternas synpunkter på kvaliteten beträffande tillfredsställelse med trygghet och olika rutiner vid sjukhemmen.

En annan studie var en populärvetenskaplig version av en landsomfattande kartläggning av dialyspatienters situation (Jöberger, 1991). 55 procent av dialyspatienterna ansåg att de av sin institution fått den information som de behövt om olika sociala och ekonomiska villkor som berör en dialyspatient. Fler män än kvinnor var nöjda med den här typen av information.

Av Reumatikerförbundet fick vi en undersökning om arbetsrehabilitering av långvarigt sjukskrivna män och kvinnor, vilken visade att männens rehabilitering påbörjas tidigare och med mera omfattande insatser. Omskolning erbjöds huvudsakligen männen och kvinnor fick börja med arbetsträning (Bäckström, 1994). Från Reumatikerförbundet lämnades även CMT-rapporten om Samhällsekonomiska aspekter på reumatisk sjukdom, 1995, där det framgår att många skäl talar för ökade FoU-insatser för reumatiska sjukdomar, men också att det finns ett stort behov av att utvärdera olika aspekter av den vård och rehabilitering som erbjuds svårt sjuka.

Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation hänvisade till en projektrapport (Bröstcancerbehandlade kvinnors situation, 1987, som berör kvinno- och omsorgsperspektivet och beskriver hur kvinnor med bröstcancer vill trösta sina anhöriga för att de drabbats av en cancersjuk i familjen.

Kvinnors situation

Några föreningar pekade särskilt på kvinnors mer utsatta situation eller behov. Det är tf Tandvårdsskadeförbundet vars fallbeskrivningar gäller främst kvinnor som upplever sig förödmjukade, ej förstådda eller trodda av vårdgivare när de sökt för metall- och amalgamproblem. Man menar att framsteg inom internationell forskning på området ej beaktas i svensk sjukvård eller i anvisningar och råd från Socialstyrelsen. FBIS Förbundet Blödarsjuka i Sverige vill uppmärksamma att kvinnor med blödarsjuka kan få leva med sina besvär utan att veta vad de beror på, på grund av att vården inte alltid känner till sjukdomen. De bemöts ibland med oförståelse och remitteras inte alltid för blödningsutredning.

Reumatikerförbundet skriver att kvinnors förmåga att ta för sig av erbjudna sjukvårdsresurser borde analyseras samt att det inte bara är bemötandet utan vilka resurser som erbjuds män och kvinnor som är det centrala. Reumatikerförbundet menar att kvinnor erbjuds färre resurser än män. De anser även att erfarenheter från projektet Kvinnor och handikapp bör tas tillvara. Projektet kvinnor och handikapp – Handikappförbund i samverkan har som mål att skapa ett nätverk av intresserade personer för att stötta handikappade flickor och kvinnor och många handikappförbund har personer knutna till projektet. Slutrapport väntas hösten 1996.

Generella synpunkter som framförts skriftligt

Riksförbundet för utvecklingsstörda Barn, Ungdomar och Vuxna (FUB) vill uppmärksamma utredningen på att vuxna kvinnor och män med utvecklingsstörning betraktas utan könsidentitet inom hälso- och sjukvården och i andra sammanhang. Särskilt nämns situationer där vuxna utvecklingsstörda kvinnor och män haft anledning att söka hälso- och sjukvårdens information och behandling i samband med graviditet/förlossning, gynekologiska och urologiska sjukdomar samt vid misstanke om övergrepp eller sexuellt överförda sjukdomar. Förbundet tycker att man inom hälso- och sjukvården bör se till behov hos manliga respektive kvinnliga vuxna utvecklingsstörda, uppmärksamma behov som hör ihop med kvinnors hälsa/sjukdomar samt skaffa sig ingående kunskap om utvecklingsstörningens konsekvenser för bemötande, diagnostik och behandling.

Göteborgs Fibromyalgiförening (SFF) beskriver att en del får bra bemötande inom hälso- och sjukvården, korrekt diagnos, bra omhändertagande och behandling. Till de negativa erfarenheterna hör att det kan ta lång tid att få diagnosen fibromyalgi, vissa läkare förnekar att diagnosen finns, det är svårt att få förståelse, behandling och lindring av smärtan, man har stora problem med försäkringskassan angående sjukskrivningar samt utredningar för förtidspensionering och eventuella arbetsskador. Dessa senare problem bottnar många gånger i att läkare skrivit knapphändiga intyg och fört ofullständiga journaler.

Föreningen har observerat att allt fler människor, företrädesvis kvinnor, drabbas och att sjukdomen sprider sig ned i åldrarna och anser därför att det är av största vikt att man satsar på forskning om fibromyalgi samt att speciella mottagningar för fibromyalgipatienter behövs.

Svenska Migränförbundet framför att många migrändrabbade far illa på grund av okunskap på olika nivåer i samhället. Även i sjukvården

möter dessa patienter okunskap och nonchalans och blir bemötta som besvärliga patienter samt betraktas som hopplösa fall.

Genomförda, pågående och planerade studier
Reumatikerförbundet som består av 75 procent kvinnor organiserar också personer med fibromyalgi. Inom ramen för det pågående projektet Fibroliv har Reumatikerförbundet genomfört en enkätundersökning till denna patientgrupp. Undersökningen har gjorts i samarbete med professor Robert Olin och bygger på 679 svar och har en svarsfrekvens som är över 80 procent. Av Reumatikerförbundets skrivelse framgår att den genomsnittliga väntetiden för diagnos är över åtta år, att bemötandet av denna patientgrupp är dåligt i hela vårdkedjan, inte bara inom sjukvården utan också av försäkringskassan med flera. Reumatikerförbundet anser också att de resurser som hälso- och sjukvården satsar på dessa sjukdomar, till exempel i förhållande till antalet sjuka och i förhållande till sjukdomarnas skadeverkningar, säger mycket om hur kvinnor diskrimineras i vården.

Dercum-gruppen för människor med Dercums sjukdom eller fettvävsreumatism genomförde en enkätundersökning om bemötandet i hälso- och sjukvården bland sina medlemmar (enbart kvinnor) med anledning av utredningens förfrågan. Endast 30 procent svarade (68 av 225). Av dem ansåg 37 procent av kvinnorna att de blivit bra bemötta när de sökt läkare, 26 procent hade blivit oförstående bemötta och 37 procent dåligt bemötta. Svårigheten med den låga svarsfrekvensen är att veta vad de som inte svarat ansåg. Föreningen för Ehlers-Danlos syndrom (bindvävsdefekter med förändringar i hud, leder och blodkärl) planerar en studie om bl.a. bemötandet av kvinnor och män i hälso- och sjukvården. Hjärt- och lungsjukas förening planerar att genomföra en kartläggning under 1996 där arbetshypotesen är att kvinnor blir sämre omhändertagna och får sämre rehabilitering än män.

Möte med patient- och handikappföreningar

Till mötet kom tio förbund/föreningar, varav ett tidigare hade hört av sig skriftligen. Nedan redovisas de synpunkter som framfördes av de olika förbunden/föreningarna.

Bemötande
Psykiskt sjuka bemöts sämre än somatiskt sjuka (Riksförbundet av intresseföreningar för Schizofreni). Psykiatripatienter anses ha lägre människovärde. Psykiatrin är en sluten värld där man inte kan göra sin

röst hörd som patient och det är en tråkig utveckling att elbehandlingarna kommit tillbaka. Många kvinnor i medelåldern får depression och det råder en beklaglig brist på psykoterapi i vissa landsting (Riksförbundet för social och mental hälsa). Kvinnor får oftare psykisk diagnos jämfört med män. Män som får diagnosen fibromyalgi blir frustrerade av att ha fått en kvinnosjukdom (Reumatikerförbundet). Män med hjärtinfarkt och både kvinnor och män med obstruktiv lungsjukdom känner sig missgynnade i hälso- och sjukvården (Hjärt- och lungsjukas förbund).

De flesta som ringer till Riksföreningen mot Cancer är kvinnor. Ofta handlar det om upplevda informationsproblem. De få psykosociala insatser som erbjuds av sjukvården intresserar främst kvinnor. Det har dock stor betydelse vad man kallar t.ex. ett informationsmöte för att det skall locka båda könen. Aktiviteter lockar män mer än samtal (Riksförbundet mot Cancer). Kvinnor med övervikt blir sämre mottagna än män med övervikt (Diabetesförbundet).

Sexuella störningar till följd av sjukdom
Vården står handfallen inför patienternas sexuella problem på grund av sjukdom, t.ex. vid MS. Därmed missas en viktig bit i rehabiliteringen (Neurologiskt handikappades riksförbund). Sexproblem tas inte gärna upp, men borde uppmärksammas eftersom det finns hjälp att få. Männen som drabbas är ofta ganska unga, därför blir traumat större (Diabetesförbundet). Kvinnor har sin gynekolog, men vart går de unga männen? (Mag- och tarmsjukas förbund).

Människor upplever sig ej trodda eller får vänta på diagnos
Neurologiska sjukdomar som myasthenia gravis är svåra att diagnostisera och det är lätt att som patient inte bli trodd och klassad som psykiskt sjuk. Människor med Huntingtons sjukdom skjutsas runt och hamnar mellan stolarna och deras anhöriga kämpar och är utsatta. Föräldrar till handikappade barn vittnar också om att de inte blir trodda angående sitt eget barns besvär (Neurologiskt Handikappades Riksförbund). Speciellt människor med Colon irritabile och andra funktionella störningar upplever brist på hjälp och stöd och tid för samtal och tycker sig inte bli trodda (Mag- och tarmsjukas förbund). Människor med reumatiska sjukdomar får vänta länge på att få diagnos och rehabilitering. Det leder till långa sjukskrivningar och ökat antal förtidspensioneringar (Reumatikerförbundet). Vissa diabetespatienter blir kvarhållna för länge på vårdcentralerna utan att få komma till medicinkliniken (Diabetesförbundet). Det finns en ovilja hos allmänläkare att remittera t.ex. barn till allergitester med motiveringen att

barnet är för litet (Astma-Allergiförbundet). Man blir inte trodd och fastnar i primärvården (Mag- och tarmsjukas förbund).

Sjukvårdens kunskaper om vissa sjukdomar
Kunskaperna om Sjögrens syndrom, som drabbar mest kvinnor, är dåliga bland läkare. Människor med små och okända handikapp missgynnas. Läkarna vill inte erkänna att de inte har kunskaper och patienten kommer till fel vårdnivå, diagnos ställs men det blir inte mer. Kunskaperna om reumatiska sjukdomar borde öka hos läkare i primärvården. Patienterna får ofta vänta länge på att få en diagnos och fastnar i primärvården. En stående fråga är vilken doktor man som sjuk skall vända sig till för att få bra vård (Reumatikerförbundet). Det är inte säkert att man skall anlita en specialist för att man har en sällsynt sjukdom eftersom kunskaperna kan bli utarmade och stanna hos få läkare (Neurologiskt Handkappades riksförbund).

Personalens attityder, utbildning och forskning viktigt
Flera förbund pekade på eftersatta forskningsområden när det gällde olika sjukdomstillstånd och när det gäller omvårdnad. Man menade också att utbildningen av läkare och sjuksköterskor kan förbättras.

Diskussion och slutsatser
Det saknas studier med könsperspektiv, vilket bekräftades vid mötet med patient- och handikappföreningarna/förbunden. De frågor som diskuterades rörde främst olika patientgruppers problem generellt i kontakter med hälso- och sjukvården. En del erfarenhetsmässiga synpunkter framkom om kvinnors eller mäns behov eller problem. Några föreningar pekade särskilt på kvinnors mer utsatta situation. Andra frågor som togs upp av representanterna för flera förbund/föreningar var att vissa patientgrupper har lägre status i hälso- och sjukvården, att sexuella störningar till följd av sjukdom inte uppmärksammas tillräckligt och att vissa patienter ej blir trodda och får vänta länge på att få diagnos. Andra synpunkter var att en del patienter blir kvar onödigt länge i primärvården innan de remitteras till t.ex. medicinkliniken samt att sjukvården har bristande kunskaper om vissa sjukdomar. Beträffande rehabilitering påtalades att brist på ekonomiska resurser kan vara en attityd från sjukvården till kroniskt sjuka och förtidspensionerade. Personalens attityder, kompetens och utbildning samt forskning på eftersatta områden ansågs viktigt.

6.2 Resultat från tidigare befolknings- och patientenkäter

Sammanfattning: Mycket få av de patientenkäter som genomförts tidigare har ett uttalat könsperspektiv. Resultat som är uppdelade på kvinnor och män förekommer endast i enstaka tabeller eller i en kommentar till en tabell. Den begränsade litteratur som finns med könsuppdelade resultat visar både likheter och skillnader mellan mäns och kvinnors synpunkter på olika aspekter av bemötande, omvårdnad, information och behandling. Lokala förhållanden spelar förmodligen en stor roll för utfallet. I många studier kommenteras att det är skillnad mellan åldersgrupper. Yngre personer är mer kritiskt inställda än äldre. Det går inte att få någon enhetlig bild av eventuella skillnader mellan kvinnors och mäns synpunkter på behandling och bemötande. De studier som refereras här är mer exempel från främst befolkningsenkäter hos olika sjukvårdshuvudmän.

Mot bakgrund av bristen på tidigare studier med könsperspektiv på patientsynpunkter i Sverige beslutade vi att genomföra en egen enkätstudie till befolkningen och fånga upp synpunkter från dem som besökt sjukvården senaste halvåret. Enkätresultaten redovisas i närmast efterföljande avsnitt (6.3). I kapitel 8 återfinns forskningsresultat från olika discipliners forskning i Sverige och internationellt.

Vi gjorde inledningsvis litteratursökningar i Spris databas Spriline för att samla befintliga kunskaper om kvinnors och mäns synpunkter på bemötandet och behandling i vården. Dessa efterforskningar resulterade i cirka 500 referenser varav ett drygt 20-tal var studier fr.o.m. 1990 där resultat för kvinnor och män framgår. Litteratur efterlystes även skriftligen från patient- och handikapporganisationer, landstingens FoU-enheter och samhällsmedicinska enheter samt kontinuerligt i olika kontakter under utredningens gång. Detta gav få tillskott. Någon rikstäckande studie av patientperspektivet på bemötandet per kön har inte gått att finna. Det är således mycket få av de förhållandevis många patientenkäter från kliniker, vårdavdelningar och vårdcentraler som redovisar könsuppdelade data, och då ofta i någon enstaka tabell eller kommentar. Vi har därför valt att redovisa främst större studier på befolkningsnivå där några tusen svarat. Referenser med stort bortfall eller stor snedfördelning mellan kvinnor och män som svarat har uteslutits.

En befolkningsenkät från Nordvästra sjukvårdsområdet i Stockholm 1993 syftar till att analysera skillnader mellan män och kvinnor när det gäller attityder till vården. Frågorna avsåg tillfredsställelse med olika aspekter av vård under en 12-månadersperiod. Inga signifikanta skillnader fanns mellan könen ifråga om nöjdhet med medicinsk vård, service, bemötande samt väntetider. Däremot fanns signifikanta skillnader mellan könen beträffande medicinsk vård hos specialistläkare. I åldersgruppen 16-44 år var kvinnor betydligt nöjdare än män och i åldersgruppen 45-64 fanns främst en högre andel missnöjda män. Sammantaget var tendensen att män var något mer missnöjda med specialistläkare.

Däremot var det fler missnöjda bland kvinnorna än bland männen då det gällde synpunkter på företags- och skolläkare , sjukgymnast och sluten vård, dock ej signifikanta skillnader. Fler män är missnöjda med den medicinska vården vid tidsbeställda besök på sjukhus. Sammantaget konstateras att könsskillnaderna är relativt små. Skillnaden mellan olika åldersgrupper och olika vårdgivare är betydligt större än skillnaderna mellan könen. Inget talar alltså för att kvinnor upplever sämre vård konstaterar författarna.

I samma studie frågades i vilken utsträckning vårdresurserna borde ändras beträffande tio olika typer av vårdgivare. Det var fler signifikanta skillnader mellan könen främst på grund av att kvinnor var mer positiva till att ge olika vårdgivare ökade resurser, speciellt specialistläkare, tidsbeställda besök vid sjukhus och homeopater. Mycket tydliga skillnader mellan kvinnor och män framträdde ifråga om vikten av förebyggande vård och rehabilitering. Genomgående är det fler kvinnor som anser det är mycket viktigt att sjukvården ägnar sig åt både förebyggande hälsovård och eftervård. Möjligen märks en viss nedtoning av könsskillnaderna bland pensionärer, men även här blir skillnaden oftast signifikant.

Skillnaderna mellan kvinnor och män är betydligt mindre framträdande ifråga om man fått eller saknat hjälp med rehabilitering, psykologiskt stöd, förändring av levnadsvanor och hälsokontroller. Smärre skillnader mellan könen finns i åldersgruppen 45-64 år, där kvinnor trots högre utnyttjande av psykiskt stöd oftare anser att de saknar sådan hjälp. De anger också oftare än män att de saknat hjälp med rehabilitering. Då det gäller förändring av levnadsvanor och hälsokontroller är det något vanligare att männen saknar sådan hjälp.

I befolkningsenkäten från Södermanland 1993 kommenteras att inga skillnader fanns mellan könen beträffande synpunkter på information om undersöknings- och behandlingsresultat och tillfredsställelse med den den offentliga vården. Kvinnor tenderade att vara litet mer bestämda i sina åsikter om den sistnämnda frågan eftersom få svarat varken eller.

Befolkningsenkäten om östgötarnas bedömning av vårdkvalitet inom primärvård, sjukhusvård och tandvård 1993 visar vad gäller primärvård att män var mer missnöjda med väntetider, behandling och information om resultatet av undersökningar. Yngre män var mest missnöjda med väntetider, med möjligheten att få påverka vården och information angående behandling och undersökning.

Även beträffande sjukhusvården i Östegötland var yngre män mer missnöjda med möjligheterna att påverka vården. Samma gällde kvinnor i de båda övre åldersgrupperna. Kvinnors intryck av den medicinska behandlingen vid sjukhus var genomgående sämre jämfört med männen. Det var vanligare att män fått råd av läkare angående kost- och motionsvanor.

I en enkätundersökning 1995 har allmänheten och vårdpersonal i Kalmar, Malmöhus, Skaraborg och Stockholms län fått lämna synpunkter på val av distriktsläkare, sjukhus, läkare på sjukhus och val av behandlingsalternativ. De som svarat var generellt sett mindre intresserade av möjligheten att utöva inflytande vid val av behandlingsalternativ. En tredjedel instämmer helt i påståendet att läkaren bör avgöra behandlingsalternativ om sådant finns. I denna fråga finns en intressant omvänd ålderseffekt, starkt signifikant, som innebär att yngre personer är mindre benägna att överlåta avgörandet på läkaren. Detta kontrasterar mot preferenserna vad gäller frågorna kring val av vårdgivare, vilket de äldre var mer positiva till. Högskoleutbildade var mindre benägna att överlåta beslut enbart på läkaren. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan könen.

I Patienternas syn på den slutna kirurgiska vården i Stockholm 1994 framgår beträffande allmänkirurgi att alla patienter som togs in akut och kvinnor i större utsträckning ansåg att de inte fått diskutera provtagningar och undersökningar i den omfattning de velat. Män var i något högre grad än kvinnorna nöjda med informationen om resultaten av undersökningar och provtagningar. Endast skillnader som är signifikanta på 95-procentsnivån redovisas.

Tumörpatienter hade i högre grad än andra patienter fått tala enskilt med läkaren och män ansåg detta i högre grad än kvinnor. Män hade i samband med utskrivningen i högre grad än kvinnor fått möjlighet att samtala om hur sjukdomen kommer att inverka på det dagliga livet i fortsättningen. Män fick i större utsträckning information om omläggningar.

Av de allmänkirurgiska patienterna hade dubbelt så många av kvinnorna jämfört med männen känt sig oroade av att personalen dröjde för länge när de ringde efter hjälp. Närmare var tionde patient tyckte inte att personalen hann ge dem tillräckligt med omtanke och omvårdnad. Patienter under 45 år ansåg detta tre gånger oftare än andra åldersgrupper. Dubbelt så många kvinnor som män tyckte att personalen inte hann ge tillräcklig omtanke.

Drygt var tionde patient av de som varit ledsna tyckte inte att personalen tog sig tid att trösta. Kvinnor ansåg detta i dubbelt så hög grad som män. Äldre patienter ansåg i något större utsträckning att de inte blivit botade, däremot var det ingen skillnad mellan könen.

Beträffande ortopedpatienter i samma studie var sammanfattningsvis äldre patienter i högre grad helt nöjda med sjukvårdsvistelsen än yngre och kvinnor något oftare än män. När det gällde om utskrivningen var riktig ansåg kvinnor och äldre att de borde fått stanna längre liksom ensamboende. Inga könsskillnader fanns beträffande frågan om man fått sova minst en natt i korridor på grund av överbeläggning. Inga könsskillnader fanns heller ifråga om att ha fått vara med och diskutera vilka provtagningar och undersökningar som skulle göras. Män var i något större utsträckning nöjda med att ha fått veta tillräckligt om resultaten av provtagningar och undersökningar än kvinnnor.

Kvinnor uppgav i större utsträckning än män att de inte fått tala i enrum med sin behandlande läkare. Kvinnor hade i litet större utsträckning än män svårt att veta vem man skulle vända sig till med frågor. Närmare två patienter av tre bland dem som velat samtala om hur sjukdomen skulle komma att inverka på deras dagliga liv hade fått göra det, män i något högre grad än kvinnor. Män fick i större utsträckning än kvinnor information vid utskrivningen om vart de skulle vända sig om de behövde hjälp med hygien, städning, omläggning respektive färdtjänst.

Framför allt kvinnor och patienter med ryggåkommor svarade att de känt sig oroade av att personalen dröjde för länge när de ringde på hjälp. Män svarade oftare att de fått omtanke och omvårdnad. Kvinnor

svarade i högre grad än män (6 respektive 3 procent) att personalen inte tog hänsyn till behovet av enskildhet. Kvinnor och yngre uppgav i större utsträckning än andra att de inte fått tillräcklig tröst när de känt sig ledsna. Det fanns inga könsskillnader på frågan om man var botad från den sjukdom man vårdades för.

I patienternas syn på den slutna internmedicinska vården vid de tio akutsjukhusen i Stockholm 1993 framgår att efterfrågan på mer hjälp från hemtjänst/hemsjukvård var signifikant större bland kvinnor än bland män, 12 mot 5 procent. Kvinnor uppgav oftare än män att de velat stanna längre på sjukhuset, 15 respektive 10 procent. Män hade oftare fått återbesökstid på sjukhuset än kvinnor (84 mot 77 procent) medan kvinnor oftare än män fått sitt återbesök på vårdcentral (18 mot 12 procent). Inga större skillnader mellan könen fanns beträffande besked om resultat av undersökningar och provtagningar.

En högre andel yngre än äldre hade obesvarade frågor om medicinering, vilket också gällde välutbildade jämfört med lågutbildade och kvinnor jämfört med män. När det gällde behov av svar på frågor före återbesök fanns inga signifikanta skillnader mellan könen. Inga könsskillnader fanns heller beträffande information om vart man skulle vända sig om man behövde hjälp med städning, personlig hygien, omläggning, färdtjänst m.m.

Kvinnor ansåg oftare än män att det var svårt att veta vem man skulle vända sig till med olika frågor när man var inlagd. Fler män än kvinnor kände till vilken sjuksköterska som var närmast ansvarig för deras vård. Yngre uttryckte oftare än äldre oro inför undersökningar och provtagningar och kvinnor oftare än män. Ingen skillnad mellan könen fanns när det gällde oro över att personalen dröjde när de behövde hjälp. Inga skillnader fanns heller ifråga om omvårdnadsaspekterna omtanke, varsamt handlag, hänsyn, tid att trösta och adekvat smärtlindring. Inga skillnader mellan könen fanns heller ifråga om det allmänna omdömet om sjukhusvistelsen.

I en befolkningsstudie i Stockholms län 1991 nämndes att kvinnor angav att de hade mindre förtroende för den offentliga vården än män och ett större förtroende för privatläkare.

Av enkätundersökningen till patienter som opererats inom de dagkirurgiska enheterna i Stockholm 1993 framgår inga könsskillnader inom allmänkirurgi beträffande omfattningen av kontakt efter själva vårdtillfället. Samma gällde behov av hjälp från sjukhuset efter hemkomsten, information före ingreppet, skriftlig information om hur

man skulle sköta sig efter hemkomsten, bristande hjälp från personalen och smärtlindring. Däremot var fler kvinnor än män oroliga inför ingreppet (21 respektive 14 procent).

I samma undersökning fast för ortopdiska ingrepp i dagkirurgi redovisades för de flesta kvalitetsaspekterna inga nämnvärda skillnader mellan könen. Däremot var det en markant skillnad mellan könen ifråga om man hade ont 24 timmar efter operation. Nästan två av tre män sade sig inte ha haft särskilt ont jämfört med en av tre kvinnor. Samma förhållande gällde när de som haft mycket svår smärta studerades. Ålder spelade också stor roll för smärtupplevelsen; 30 procent av patienterna under 25 år hade haft mycket ont jämfört med 6 procent av patienter över 64 år.

Vid kirurg-, kvinno- och medicinkliniker i Sörmland, 1992 skilde sig mäns och kvinnors uppfattning åt på så sätt att andelen helt nöjda med personalens bemötande var högre hos män. Samma gällde personalens skicklighet samt miljön på sjukhuset. Andelen helt nöjda patienter var högre hos män även då det gällde information vid inläggning.

Samtliga patienter som gjort distriktsläkarbesök i Uppsala län en vecka i mars och i oktober 1989 fick en enkät med sig hem. Bland de patienter som ansåg sig mindre bra eller dåligt bemötta var 75 procent kvinnor. Ingen könsskillnad fanns när det gällde väntetiden i tidsbeställningen. Män och kvinnor hade likartad uppfattning om läkarens tid för dem och om de fått svar på sina frågor.

Kvinnor och män som besökt distriktsläkare i Örebro 1993 hade i stort sett liknande uppfattning. När det gällde att ha fått svar på frågor om besvär hade däremot kvinnor som träffat kvinnlig läkare svarat ja i högre utsträckning än män. De var också mer nöjda med besöket och ville ha samma kvinnliga läkare i större utsträckning än män som besökt kvinnliga läkare. Av de som träffat manliga läkare hade 12 procent av kvinnorna blivit arga och besvikna över något till skillnad mot männen som besökt manlig läkare där ingen hade blivit arg eller bevsiken. Kvinnor som träffat manlig läkare var i något mindre omfattning än männen nöjda med besöket och ville i något mindre omfattning träffa samma läkare igen.

Diskussion och slutsatser

Mycket få patientenkäter har ett uttalat könsperspektiv. Resultat uppdelade på kvinnor och män förekommer endast i en enstaka tabell eller i en kommentar till en tabell. Ibland framgår inte hur stora eventuella skillnader är. Den begränsade litteraturen med könsuppdelade resultat visar både likheter och skillnader mellan mäns och kvinnors synpunkter på olika aspekter av bemötande, omvårdnad, information och vård. Lokala förhållanden spelar förmodligen en stor roll för utfallet. I några studier kommenteras att det är skillnad mellan olika åldersgrupper. Yngre personer är mer kritiskt inställda än äldre. Någon enhetlig bild går ej att få från tidigare befolknings- och patientenkäter. Det är därför svårt att dra generella slutsatser om skillnader mellan könen från dessa studier. De studier som refereras här får mer ses som exempel från olika sjukvårdshuvudmän. Mot bakgrund av bristen på tidigare studier med könsperspektiv på patientsynpunkter i Sverige beslutade vi att genomföra en egen enkätstudie till befolkningen och fånga upp synpunkter från dem som varit patienter i hälso- och sjukvården. Resultaten från denna enkät redovisas i närmast efterföljande avsnitt (6.3). I kapitel 8 återfinns forskningsresultat från olika discipliners forskning i Sverige och internationellt.

6.3 Rikstäckande enkätstudie av bemötande, vård och behandling

Sammanfattning: Utredningen ville spegla uppfattningen inom breda patientgrupper och beslutade att göra en enkät till befolkningen och fånga upp synpunkter från dem som senaste halvåret gjort besök på mottagningar i hälso- och sjukvården. Enligt enkätundersökningen är det totalt sett ingen skillnad mellan kvinnors och mäns synpunkter på den behandling och det bemötande man fått. Skillnaderna mellan åldersgrupper och vissa andra undergrupper är större än skillnaderna mellan könen.

Kvaliteten bedöms lägst av både kvinnor och män när det gäller inflytande över behandling och information om behandlingsalternativ. Inflytandet behöver stärkas för båda könen. Resultaten tyder också på att problem omkring hur diagnos ställs och meddelas för kvinnor och yngre män behöver ägnas uppmärksamhet såväl som smärtlindring och information om läkemedel för yngre kvinnor.

Närmare en femtedel har blivit arga eller besvikna – ungefär lika för kvinnor och män totalt sett. Främst har man klagat på den medicinska vården, bemötandet och väntetider. Mest arga är män som besökt akutmottagningar, män som besökt yngre vårdgivare samt både män och kvinnor med sämst hälsa jämfört med dem med bäst hälsa. I nästan lika hög grad hade högskoleutbildade män men även kvinnor, utlandsfödda kvinnor och ensamboende män blivit arga och besvikna. Orsakerna härtill behöver analyseras för respektive grupp så att de därefter kan leda till förbättringar.

Kvinnor som besökt gynekolog är bland de mest nöjda med både bemötande och behandling.

Närmare 90 procent tycker att könet på vårdgivaren har ingen eller liten betydelse. På följdfrågan vilket kön man skulle föredra svarar dock kvinnor i större utsträckning att de föredrar att besöka en kvinnlig vårdgivare, i synnerhet de som besöker gynekolog. Män föredrar något mer att besöka en manlig vårdgivare.

Vi frågade även hur betydelsefulla de olika studerade kvalitetsaspekterna var. Både kvinnor och män anser samma saker vara mest betydelsefulla, nämligen att få rätt diagnos, att bli bemött med respekt och bli tagen på allvar, att få bästa möjliga medicinska behandling, att få ärliga och uppriktiga svar samt att mottagningen har nödvändig utrustning. En slutsats är att det behövs mer forskning och utveckling avseende patientperspektivet på vård och bemötande med inriktning på kön i hälso- och sjukvården.

Litteraturstudierna gav begränsad kunskap ifråga om kvinnors och mäns synpunkter på bemötande i hälso- och sjukvården. Utredningen beslutade därför att genomföra en egen studie för att spegla uppfattningen inom breda patientgrupper. De frågor som vi ville belysa var om det fanns skillnader eller ej mellan kvinnors respektive mäns tillfredssällelse med bemötandet inklusive information och delaktighet i beslutsfattandet om vårdåtgärder vid mottagningar i hälso- och sjukvården.

Motiv för att studera bemötandet inklusive informations- och beslutsfrågor vid mottagningar

Tidigare undersökningar har visat att patienter är mindre nöjda med olika aspekter av information. Detta framkom även vid den internationella föreningens för kvalitetsutveckling, d v s International Society for Quality in Health Care (ISQA) konferens 1995 i Canada. Patientens inflytande på kliniska beslut om vård och behandling samt information därom står i fokus. På senare år har intresset bland sjukvårdspersonal, administratörer och politiker ökat när det gäller att inhämta patienternas synpunkter på kvaliteten i vården, vilket är ett sätt att som patient få ökat inflytande

Behovet av information för att kunna ta ställning till beslut om vårdåtgärder är stort i början när en patient söker hjälp för något besvär. Första kontakten, informationsutbytet och beslut om olika vårdåtgärder sker i stor utsträckning på mottagningar både i primärvården och i akutsjukvården. Detta talade för att avgränsa kartläggningen till bemötandet vid besök på mottagningar.

För att få en så bred bild som möjligt valde vi att genomföra en enkätstudie till befolkningen och att däribland fånga upp synpunkter från dem som gjort besök på olika typer av mottagningar i hälso- och sjukvården. Möjligheten diskuterades att även komplettera med att göra kvalitativa studier av patientbemötandet på individnivå för att få förklaringar och fördjupad kunskap om olika faktorer som påverkar interaktion mellan patient och vårdare ur ett könsperspektiv. Sådana studier bedömdes dock kräva för omfattande forskningsinsatser för att hinnas med inom utredningens ram. Exempelvis kan enskilda djupintervjuer eller fokusgrupper med kvinnliga och manliga patienter ge fördjupad kunskap att grunda både utveckling av metoderna och verksamheten på. I kapitel 8 beskrivs olika faktorer som påverkar behandling och bemötande. En generell slutsats är att det behövs mer forskning och utveckling avseende patientperspektivet på vård och bemötande inklusive inriktning på kön i hälso- och sjukvården. Se även förslag till forskning i avsnitt 10.

Formulär, datainsamling och bearbetning
Frågeformuläret Kvalitet Ur Patientens Perspektiv, KUPP, utvecklat av Centrum för folkhälsoforskning i Karlstad har använts efter smärre vidareutveckling. Därmed kunde både kunskaper om kvinnors och mäns synpunkter på kvaliteten inhämtas, men även hur betydelsefulla motsvarande kvalitetaspekter är. Statistiska centralbyrån, SCB, har genomfört datainsamling, bearbetning och redovisat övergripande resultat. Vi har bearbetat öppna svar och undergrupper, jämfört resultaten av bedömningarna med resultaten av hur betydelsefulla olika aspekter av kvalitet är för kvinnor och män samt gjort bortfallsanalys.

Datainsamlingen har skett via enkät med två påminnelser och telefonintervju av bortfallet. Studien utgår från ett normalurval från befolkningen på 4 800 personer som var 18 år och äldre. Stratifiering gjordes på kön. Genom en filterfråga – om man besökt eller icke besökt någon mottagning i öppenvården under sex månader – kunde den grupp som gjort besök vid mottagning renodlas.

Svarsfrekvens
67 procent av urvalet besvarade enkäten under enkätfasen. Vid den efterföljande telefonuppföljningen erhölls svar från 38 procent av delurvalet på 50 procent av de som ej svarat tidigare, vilket fick representera hela den del som ej svarat. Den totala – uppräknade – svarsandelen uppgick därefter till 81 procent – 82 procent för kvinnor och 79 procent för män.

Av alla som svarat har 58 procent av kvinnorna och 42 procent av männen besökt en mottagning de senaste sex månaderna. I besöksgruppen är både kvinnor och män fler i de två övre åldersgrupperna än bland icke-besökarna. Andelarna både bland kvinnor och män i åldern 35-49 år är lägre i besöksgruppen än i icke-besöksgruppen. I yngsta åldersgruppen är männen färre i besöksgruppen än bland icke besökare.

Tabell 1. Svarsfrekvensen fördelad på kön samt på besöksgrupp respektive icke besöksgrupp

Svars-frekvens	Kön	18-34 år %	35-49 år %	50-64 år %	65- år %	Sum-ma %
Gjort besök	kvinnor	30	26	26	17	100
	män	30	25	27	17	100
Ej gjort besök	kvinnor	30	37	21	11	100
	män	36	34	21	9	100
Samtliga	kvinnor	30	30	24	15	100
	män	34	30	23	13	100
Befolkn. statistik 31/12 94	kvinnor	28	26	20	25	100
	män	31	28	21	20	100

Bortfallsanalys

Bland samtliga som svarat är alla åldersgrupper utom den äldsta något överrepresenterade jämfört med SCBs befolkningsstatistik per 31 december 1994. Det rör sig om två procentenheter för både män och kvinnor utom i åldrarna 35-64 där kvinnor är överrepresenterade med fyra procent. Bland 65-åringar och äldre är det däremot ett bortfall på tio procent för kvinnorna och sju procent för männen i hela svarsgruppen. Jämför man besökare och icke-besökare visar det sig att bortfallet bland de äldsta är större bland dem som inte besökt hälso- och sjukvården.

Inga skillnader finns mellan könen i hela svarsgruppen i vår studie ifråga om självuppskattad hälsa medan i Ulf-undersökningen 1988-89 4,3 procent av männen och 5,8 procent av kvinnorna ansåg sig ha dålig hälsa. Totalt sett bedömde 3,8 procent sin hälsa som dålig jämfört med 5,1 procent i Ulf. Med tanke på att Ulf har tre månaders mätperiod och vi sex skulle den här överslagsmässiga jämförelsen tyda på att de som svarat i vår studie bedömer sig vara något friskare än i befolkningen i sin helhet. Att ingen skillnad fanns mellan könen beträffande självuppskattad hälsa kan kanske förklaras av bortfallet bland de äldsta. Bland både kvinnor och män som gjort besök anser sig närmare sju procent må dåligt eller mycket dåligt.

Kvinnor och män som gjort besök har jämförts med befolkningens fördelning ifråga om utbildning, civilstånd, sysselsättning och etnicitet.

Utbildningsbakgrunden för männen i vår studie stämmer i stort med befolkningens, dock med ett par procentenheter fler grundskoleutbildade på bekostnad av samma andel högskoleutbildade. För kvinnorna är andelen grundskoleutbildade cirka sex procentenheter fler och de gymnasieutbildade cirka åtta procent färre än i befolkningen. Andelen högskoleutbildade kvinnor var samma som i befolkningen, dvs. drygt 22 procent.

Andelen ensamboende i vår studie är 23 procent för kvinnor och 21 procent för män, vilket stämmer med befolkningen i riket, så när som på tre procent mer för män och en procent mer för kvinnor.

Sysselsättningen i åldersgruppen 18 till 64 år, stämmer för männens del helt överens med befolkningen, dvs. 80 procent och för kvinnorna i vår studie är den tre procent lägre, 71 procent, än i befolkningen.

Andelen utlandsfödda i vår studie var totalt sett 11,7 procent, vilket är en procentenhet mer än i befolkningen.

Slutsatsen av bortfallsanalysen är att den grupp som besvarat enkäten huvudsakligen stämmer överens med befolkningens struktur beträffande de studerade variablerna men att den studerade gruppen saknar en del av de äldsta och är något friskare än befolkningen i sin helhet.

Det interna bortfallet är endast någon enstaka procent för kvalitetsaspekter som rör bemötandet. Frågorna om medicinsk behandling och beslutsinflytande har ett internt bortfall på cirka 25 procent i genomsnitt eftersom ett sjukvårdsbesök inte alltid avser medicinsk behandling.

Resultatens säkerhet

De redovisade värdena är skattningar som har en viss felmarginal inom vilket det sanna värdet bör ligga, vanligtvis med 95-procentig sannolikhet. Om en skillnad är verklig, statistiskt signifikant, eller har uppkommit av en slump, prövas med nollhypotesskattning som beräknas med hjälp av konfidensintervallet (osäkerhetstal) för ett värde. I resultatredovisningen används orden signifikant skillnad när det är fråga om en statistiskt signifikant skillnad.

Läsanvisning
Närmast kommer en beskrivning av vilka mottagningar och personalkategorier som kvinnor och män besökt samt vilken behandling som erhållits vid besöket. Det är det senaste besöket under sista halvåret som avses. Därefter redovisas resultaten av kvinnors och mäns bedömning av kvaliteten vid besök på mottagningar i hälso- och sjukvården. Vilken betydelse olika kvalitetsaspekter har för män och kvinnor framgår också. Jämförelse görs därefter mellan bedömd kvalitetsnivå och betydelse/angelägenhetsgrad.

Två öppna frågor gav möjligheten att beskriva om man eventuellt blivit arg och besviken på och generade över något och i så fall på vad. Resultaten av de öppna frågorna redovisas per kön men även för andra undergrupper. Därefter framgår uppskattad ålder på den personal som kvinnor och män mött och vilken betydelse vårdgivarens kön har. Resultaten sammanfattas, varefter diskussion och slutsatser redovisas. Frågeformulär återfinns i bilaga 4.

Besökta mottagningar och personalkategorier

Vårdcentraler besöks mest av alla typer av mottagningar och i något högre utsträckning av kvinnor. Skillnaden mellan könens besöksmönster är störst i yngsta åldersgrupppen där vårdcentral är målet för 56 procent av kvinnorna men bara för 39 procent av männen

Därnäst besöks tidsbeställda specialistmottagningar vid sjukhus med 18 respektive 20 procent för kvinnor och män. Män besöker akutmottagningar och företagshälsovård något mer än kvinnor, 10 och 9 procent respektive 5 och 4 procent.

Läkare är den personalkategori de flesta besökt, 77 procent av männen och 74 procent av kvinnorna. Häri inkluderas kvinnornas besök hos gynekolog med 12 procent. Fyra procent av kvinnorna har därtill besökt barnmorska. Sju procent av både kvinnor och män har besökt sjuksköterska/distriktssköterska.

Arbetsterapeut, sjukgymnast, kiropraktor/naprapat, homeopat/zonterapeut och andra kategorier svarade endast för mellan 0,1 till 4 procent av besöken och är utan egentliga könsskillnader.

Kronisk/långvarig sjukdom är den vanligaste besöksorsaken, mer än en tredjedel. Knappt 30 procent hade sökt för sjukdom/besvär som

man haft en kortare tid. För såväl kort- som långtidssjuka är det ungefär samma andelar kvinnor som män. Däremot är andelen hastigt sjuka eller skadade kvinnor signifikant lägre än männen, knappt en tiondedel mot nästan två tiondedelar för männen. Kvinnors andel av besöksorsaken "annat skäl" är däremot större än männnens, drygt 22 procent mot 15 procent. Bägge skillnaderna är signifikanta.

Det är främst i den yngsta åldersgrupppen som skillnaden mellan kvinnor och män är stor när det gäller hastigt sjuk/skadad. Drygt 10 procent av kvinnorna, men närmare 30 procent av männen. Det omvända gäller i yngsta åldersgruppen beträffande "annat skäl" till besöket där drygt 30 procent av kvinnorna jämfört med 17 procent av männen angett detta.

De vanligaste åtgärderna vid besöket är att få genomgå någon form av provtagning och att få recept på medicin. I båda fallen får kvinnor detta fem procent mer än männen, 65 respektive 60 procent. Däremot fick männen oftare tid för återbesök än kvinnorna, 39 respektive 30 procent, vilket är en signifikant skillnad.

Även när det gäller att få remiss till annan läkare/mottagning är männen signifikant fler än kvinnnorna. Skillnaden är närmare 9 procent.

Inga skillnader fanns mellan könen beträffande åtgärderna röntgen/ultraljud, behandling/terapi, läkarintyg samt remiss till rönten/ultraljud utanför mottagningen. De utgjorde 22 till 13 procent av åtgärderna. Ungefär en tiondedel, samma för män och kvinnor, fick ingen av ovan nämnda behandlingar.

Bedömning av kvaliteten och åsikter om vad som är betydelsefullt

Enkätens huvuddel gäller de s.k. KUPP-frågorna – Kvalitet Ur Patientens Perspektiv – bestående av 24 påståenden om kvaliteten. De som besökt en mottagning de senaste sex månaderna skulle dels ta ställning till om påståendet stämde eller inte med hur de uppfattade besöket och samtidigt ange hur betydelsefullt påståendet var.

En del av dessa påståenden/kvalitesaspekter har anknytning till den medicinska behandlingen och deltagande i beslut om vårdåtgärder och andra avser bemötandet av den personal som hon/han huvudsakligen kom för att träffa. Ett påstående vardera handlar om ordningen och

utrustning vid mottagningen samt om man fick välja vårdgivare. Bedömningen av kvaliteten kunde göras enligt svarsalternativen: Stämmer inte alls (1), Stämmer något så när (2), Stämmer ganska bra (3), Stämmer precis (4) samt Ej aktuellt. Hur betydelsefull innebörden av påståendet var för den svarande kunde anges med: Av ingen betydelse (1), Av liten betydelse (2), Av stor betydelse (3), Av allra största betydelse (4) samt Ej aktuellt.

Resultaten per kön totalt sett och per ålder redovisas i medelvärden för KUPP-frågorna. Man kan naturligtvis diskutera det lämpliga i att göra medelvärden på diskreta variabler som förutsätter att skillnaden mellan skalstegen är lika stora. Men fördelarna med att kunna sammanfatta resultaten i medelvärden överväger eventuella nackdelar. Bearbetningen på undergrupper är däremot gjord på skalorna (se även avsnitt 8.1 Betydelsen av patient- och vårdgivarkaraktäristika) och i förhållande till andelen som blivit arga och generade.

Kvinnor och män bedömer kvaliteten på liknande sätt

Kvalitetsbedömningarna varierar mellan 3,5 och 2,8 på den fyrgradiga skalan, där 4 är mest positivt. Skillnaderna i kvalitetsbedömning mellan kvinnor och män är små och ej signifikanta för de flesta påståendena. För sex kvalitetsaspekter är värdena helt lika. Detta gäller bl.a. påståendet *att bli respekterad och tagen på allvar,* vilket är den *bemötandeaspekt* som både män och kvinnor tycker är allra viktigast vid besök på mottagning. Vad som i övrigt anses viktigt vid mottagningsbesök redovisas längre fram i detta avsnitt.

Totalt sju kvalitetsaspekter av 24 har fått en signifikant högre bedömning bland kvinnorna jämfört med männen. Beträffande bemötandet var det påståendena om möjlighet att samtala i enrum när så behövdes, att egna erfarenheter och kunskaper om sjukdomen togs till vara, att den som främst besöktes visade medkänsla vid oro och smärta, att anhöriga och vänner bemöttes på ett positivt sätt. Se tabell 2.

Tabell 2. Bedömning av kvaliteten i bemötandet

KVALITETSASPEKTER BEMÖTANDE	BEDÖMNING Medelvärde Kvinnor	Män	Sign. skilln.*)
Fick möjlighet att samtala i enrum	3,6	3,4	S, 5 0
Fick möjlighet att ställa frågor	3,5	3,4	
Fick ärliga svar	3,5	3,5	
Egna erfarenheter tillvaratogs	3,2	3,0	S
Skyddad integritet	3,5	3,4	
Blev respekterad/tagen på allvar	3,5	3,5	
Fick medkänsla vid oro eller smärta	3,3	3,1	S, 50
Blev positivt bemött av huvudperson	3,5	3,5	
Blev positivt bemött av mottagn. pers.	3,5	3,4	
Anhöriga blev positivt bemötta	3,4	3,2	S

*)Signifikant skillnad mellan kvinnor och män totalt och i olika åldersgrupper
S = hela besöksgruppen
18= 18-34 år
35= 35-49 år
50= 50-64 år
65= 65 år eller äldre

Översiktsfrågan, att bemötas positivt av den som främst besöktes, har lika höga värden för både kvinnor och män. Den medicinska översiktsfrågan, att ha fått bästa möjliga medicinska behandling (tabell 3), visar ett signifikant högre värde för kvinnor, vilket då skulle kunna tolkas så att kvinnorna anser sig ha fått en något bättre medicinsk behandling än männen.

Skillnaden mellan åldersgrupperna är stora

Speciellt i fråga om bemötandet är yngre människor mindre benägna än äldre att hålla med om att det var positivt. Medelvärdet i yngsta åldersgruppen är 3,3 mot 3,7 i den äldsta. Även ifråga om den medicinska behandlingen är de yngsta minst nöjda. Där är det dock jämnare mellan de övriga åldersgrupperna. En signifikant skillnad mellan könen till kvinnornas fördel finns i åldrarna 35 - 64 år ifråga om

kvaliteten på medicinsk behandling. Det är dock betydligt större skillnader mellan och inom vissa andra undergrupper än mellan könen, vilket framgår längre fram i detta avsnitt och i avsnitt 8.1.

Tabell 3. Bedömning av den medicinska kvaliteten

KVALITETSASPEKTER UNDERSÖKNING OCH BEHANDLING	BEDÖMNING Medelvärde Kvinnor	Män	Sign. Skilln.
Tillfredsställande info. om undersökn/prover	3,4	3,4	
Delta i beslut om undersökn/prover	3,0	2,9	50
Bästa möjliga undersökning	3,4	3,3	
Tillfedsställande info. om provresultat	3,4	3,3	50
Rätt diagnos fastställd	3,4	3,3	
Tillfredsställande info. om behandlingsalt.	3,0	2,9	35, 50
Delta i beslut om behandling	2,9	2,8	35
Tillfredsställande info. om läkemedel	3,3	3,3	
Bästa möjliga medicinska behandling	3,4	3,2	S, 35,50
Undersökning/prov, behandl. utan dröjsmål	3,4	3,2	S
Effektiv smärtlindring v id behov	3,2	3,2	35

Inflytande på behandling och möjligheten att välja läkare fick lägre kvalitetsbedömning än bemötandet

Fyra påståenden har lägre värden, mellan 3,0 och 2,7, varav tre rör medicinska frågor. Dessa är möjlighet att delta i beslut om undersökningar och provtagning, att få tillfredsställande information om alternativ till behandling och att få diskutera och delta i beslut om val av behandling. Att få välja läkare/motsvarande fick lägst kvalitetsbedömning med medelvärde 2,9 för kvinnor och 2,7 för män. Signifikanta skillnader mellan kvinnor och män fanns i vissa åldersgrupper, vilket framgår av den högra kolumnen ovan.

Både kvinnor och män bedömer samma saker såväl högt som lägre, men kvinnorna har en något mer postiv syn både på behandling, beslutsdeltagande och bemötande. Det omvända har inte kunnat påvisas i något fall, det vill säga att männen gjort en mer positiv bedömning. Men det bör betonas att även de signifikanta skillnaderna är påtagligt små. Tre av de medicinska frågeställningarna bedöms lika av kvinnor och män.

Alla kvalitetsaspekter är något viktigare för kvinnorna
När det gäller de olika kvalitetsaspekternas grad av betydelse finns det inte något påstående som männen anser är viktigare än kvinnorna. Här finns inte något påstående där könen ens får samma värde, utan i alla 24 påståendena har kvinnor högre värden, varav 22 är signifikanta (även om flera av dem ligger alldeles på gränsen för signifikans).

Medelvärdet för de 24 olika påståendena varierar mellan 3,7 och 3,2, vilket är något högre än för bedömningen av kvaliteten och innebär att man bedömt kvaliteten något lägre än hur viktigt det var.

Rätt diagnos och att bli bemött med respekt är viktigt
Det som både män och kvinnor tycker är allra mest betydelsefullt, fast i något olika grad som framgår ovan, är att få rätt diagnos fastställd och att bemötas med respekt och bli tagen på allvar. Därnäst betydelsefulla, med medelvärde 3,6, är att få bästa möjliga medicinska behandling, ärliga och uppriktiga svar samt att mottagningen har nödvändig utrustning. Minst betydelsefullt är att få välja läkare med värdet 3,2.

Det är främst i åldersgruppen 35-49 år som det är signifikant skillnad mellan könen beträffande hur viktiga olika saker är vid besök på mottagningar. Det allra högsta medelvärdet, 3,8 återfinns bland kvinnorna i den åldersgruppen och gäller att få rätt diagnos fastställd och att få bästa möjliga medicinska behandling. Signifikanta skillnader mellan kvinnor och män bland pensionärer påvisas i bara tre påståenden.

Sammanfattningsvis kan sägas att skillnaden är mindre mellan högsta och lägsta medelvärde för hur betydelsefulla de tillfrågade anser att olika kvalitetsaspekter är, än vad skillnaden är mellan högsta och lägsta kvalitetsbedömning för både kvinnor och män. Detta tyder på att även kvalitetsaspekter som ej kommer högst i prioritering anses viktiga. Det tyder också på att det finns kvalitetsproblem att åtgärda. Kvinnor och män bedömer kvaliteten på de olika frågeställningarna på liknande sätt. En del frågor har fått något högre kvalitetsbedömning av

kvinnor. Speciellt bemötandet visar klara åldersskillnader, äldre är mer nöjda än yngre. Nivån på både bedömning och betydelsefullhet ligger alla över medelnivån totalt sett. Studerar man kvalitetsbedömningarna inom och mellan mindre grupper blir skillnaderna ibland större mellan könen och ibland mellan andra grupper än kön. Se närmare under rubriken om vad kvinnor och män blir arga, besvikna och generade över litet längre fram i detta avsnitt samt i avsnitt 8.1.

Jämförelse av bedömning och betydelse

Ytterligare en dimension av kvalitetstänkandet är att relatera den upplevda kvaliteten till hur betydelsefull den är bland kvinnor och bland män. Den möjligheten ges i och med att varje kvalitetsaspekt har besvarats från de här två utgångspunkterna samtidigt.

Kvalitetsbedömningarna ligger i de flesta fall på en något lägre nivå jämfört med hur viktiga dessa kvalitetsaspekter anses vara. Därmed uppstår en negativ skillnad mellan bedömning och betydelse. Samma tre kvalitetsaspekter står för de största negativa skillnaderna mellan bedömning och betydelsefullhet för både kvinnor (-0,5) och män (-0,4) totalt sett. Dessa var att få tillfredsställande information om alternativ till behandling, få möjlighet att diskutera och delta i beslut om val av behandling samt att få välja läkare (-0,4 för båda könen). Skillnaden uppstår på grund av att kvaliteten bedöms lägre särskilt bland de yngsta.

I den yngsta åldersgruppen bland kvinnorna finns de största skillnaderna bedömning/betydelse, -0,8, eller nästan ett helt skalsteg, för att få möjlighet att diskutera och delta i beslut om undersökningar/provtagningar, tillfredsställande information om alternativ till behandling samt möjlighet att diskutera och delta i beslut om val av behandling.

Effektiv smärtlindring vid behov har en skillnad mellan betydelse och bedömning på -0,7 i den yngsta åldersgruppen. Bland de yngsta kvinnorna finns även en negativ skillnad på -0,5 när det gäller bra information om läkemedel. Skillnaden uppstår när det gäller smärtlindring, på grund av att kvalitetsbedömningen är lägre. När det gäller information om läkemedel uppstår skillnaden för att de yngsta kvinnorna prioriterat frågan högt. För männen är skillnaden -0,3 för båda frågorna.

I den äldsta åldersgruppen är skillnaderna bedömning/betydelsefullhet mycket små eller obefintliga för båda könen och för de flesta kvalitetsaspekterna.

För kvinnor i åldrarna 18 till 64 år och för de yngsta männen är det en negativ skillnad mellan bedömning/betydelse på -0,4 (-0,5 i den mellersta för kvinnor) för påståendet om rätt diagnos. Skillnaden uppstår på grund av att den frågan hade allra störst betydelse och inte för att kvalitetsbedömningarna var speciellt låga.

Endast för några få påståenden bedöms kvaliteten lika högt som eller aningen högre än betydelsen. Detta gäller främst bemötandet för männen. De påståenden det gäller är att få samtala i enrum, att egna erfarenheter tas tillvara, att bli positivt bemött av den som besöket främst avser och av mottagningspersonal samt att det är god ordning på mottagningen.

Slutsatsen av jämförelsen bedömning/betydelse visar i samma riktning som resultaten av de båda aspekterna var för sig, dvs. att kvalitetsförbättringar behövs för både män och kvinnor främst när det gäller att stärka deras inflytande på behandling och information om vilka behandlingsalternativ som står till buds. Skillnaden hänger samman med att kvalitetsbedömningarna var lägre här, vilket även gäller smärtlindringen för de yngsta kvinnorna. Smärtlindring är en viktig kvalitetsaspekt där analys och förbättring behövs.

Problem som kan hänga samman med att ställa och meddela diagnos behöver uppmärksammas och studeras djupare främst för kvinnor. Trots att kvaliteten bedöms förhållandevis god är det dock en skillnad gentemot hur viktig frågan anses vara. Att få välja läkare hade både fått lägst kvalitetsbedömning och lägst betydelse men det var ändå en negativ skillnad vilket tyder på att den upplevda kvaliteten kan förbättras i jämförelse med hur viktig den anses vara.

När man tolkar resultaten av vad som anses mest betydelsefullt vid mottagningsbesök bör man kanske tänka på att de som svarat kan ha påverkats av olika personliga omständigheter i den aktuella situationen. Skulle samma person ha gjort en annan prioritering vid ett annat tillfälle? Hade prioriteringarna av de aktuella alternativen utfallit annorlunda om de rangordnats utan koppling till kvalitetsbedömningen vid ett visst sjukvårdsbesök som i detta fall?

Kan därtill språkvalet i skalorna ha uppfattats olika av kvinnor och män? Metodaspekterna är intressanta när det gäller vad som är viktigt ur ett könsperspektiv. Vad är det som gör att kvinnor genomgående tycker att allt är viktigare? Det är dock osannolikt att människor inte skulle värdera högt att få rätt diagnos och att bli bemötta med respekt

och få bästa möjliga medicinska behandling, vilket prioriterats högst i denna studie bland de kvalitetsaspekter som fanns att prioritera emellan.

Vad som gör kvinnor och män arga och generade

Förutom att ta ställning till påståendena i KUPP-avsnittet fick besökarna vid mottagningar även möjlighet att i två öppna frågor beskriva om och i så fall vad de blivit arga, besvikna och generade över.

Närmare en femtedel är arga och/eller besvikna
Närmare en femtedel av de besökande ansåg att det var något vid besöket som gjorde dem arg eller besviken. Det finns ingen signifikant skillnad mellan könen varken totalt eller i någon av de fyra åldersgrupperna. Däremot är det stor skillnad mellan åldersgrupperna och en del andra undergrupper. Bland de yngsta har 25 procent av kvinnorna och 31 procent av männen blivit arga och besvikna mot bara 6 procent i pensionärsgruppen.

Både kvinnor och män var missnöjda med nonchalant bemötande, väntetiden och behandlingen
Kvinnorna klagade mest på bemötandet, cirka 32 procent, jämfört med cirka 27 procent av männen. I dåligt bemötande inkluderas otrevligt beteende, att ej bli trodd, lyssnad på eller tagen på allvar. Därefter kom för kvinnornas del synpunkter på för lång väntetid, 20 procent och klagomål som hade med den medicinska behandlingen att göra, 18 procent. I den medicinska behandlingen ingår utebliven, felaktig eller fördröjd behandling samt motsvarande om undersökning och diagnos. Den största andelen klagomål under behandling avser ej tillgodosedda behov.

Kvinnorna hade ett något mer ordrikt sätt att uttrycka sitt missnöje på samt klagade på något fler olika företeelser, vilket framgår av att alternativet övrigt är förhållandevis stort, 14 procent för kvinnor. I övrigt ingår bl.a klagomål på avgifter, att ej få samtala tillräckligt med personal, miljö och underbemanning. Se närmare i tabell 4 nedan.

Tabell 4. Vad kvinnor och män blir arga och besvikna på

KVALITETSASPEKTER	KVINNOR	MÄN
	%	%
Negativt bemötande	32	27
- nonchalans m.m.	25	18
- lyssnar ej/ej trodd	7	9
Väntetid	20	29
Behandling	18	23
- ej tillgodosedda behov	13	14
Information	7	8
Valfrihet/kontinuitet	7	6
Stress	7	4
Slarv	5	4
Kompetens	2	3
Övrigt	14	3
Totalt personer som klagat	100	100

Antalet synpunkter har satts i relation till antalet personer som klagat. En del har angivit mer än en synpunkt.

Det männen främst kritiserar är för långa väntetider, 29 procent, jämfört med 20 procent för kvinnorna. Därnäst framförs synpunkter på bemötandet, 27 procent och på behandlingen, 23 procent. Den största skillnaden mellan könen rör således övriga klagomål och för lång väntetid. Skillnaderna på 11 respektive 9 procent är båda signifikanta.

Arga och besvikna – undergrupper

Här redovisas resultaten per studerad bakgrundsvariabel och rangordnade så att den variabel där de "sämsta" resultaten finns omnämns först. Eftersom det sämsta resultatet gäller män på akutmottagningar inleds redovisningen av andelen arga och besvikna för olika typer av mottagningar. Samma grupper framstår också när andelen mest nöjda och minst nöjda med bemötande och medicinsk behandling studeras på den fyrgradiga skalan. Se redovisning av undergrupper i avsnitt 8.1.

Beträffande klagomål vid olika typer av mottagningar, uttrycker i synnerhet män som besökt akutmottagning detta, 36 procent, jämfört med 21 procent av kvinnorna som besökt akutmottagning, vilket är en signifikant skillnad. Bland de som besökt tidsbeställda mottagningar

vid sjukhus ligger klagomålen för båda könen på genomsnittet. Vid vårdcentral klagar män och kvinnor, 15 respektive 18 procent. Skillnaden i klagomål är störst mellan könen bland dem som besökt övriga typer av mottagningar, 18 procent av männen och 9 procent av kvinnorna.

Yngre vårdgivare, som besöktes av ungefär lika många män och kvinnor, kommenteras av hela 33 procent av männen jämfört med 16 procent av kvinnorna, vilket är en signifikant skillnad. Medelålders och äldre vårdgivare, som besöktes av något fler män, fick bara hälften så mycket kritik av männen som de yngre vårdgivarna. Det finns däremot inga könsskillnader i kritiken av de medelålders/äldre, 18 procent.

En grupp som klagar mycket är män som skattat sitt hälsotillstånd sämst, nästan en tredjedel, vilket är mer än kvinnor med sämst hälsotillstånd, 23 procent. Av de som bedömt sin hälsa som mycket bra till ganska bra klagar 13 respektive 20 procent bland båda könen. Av de olika anledningar till sjukbesöket som angivits finns flest synpunkter bland hastigt insjuknade män och kvinnor, 28 respektive 23 procent. Bland de kortvarigt sjuka är det smärre skillnader mellan män och kvinnor, 18 respektive 21 procent. Skillnaden mellan könen är fem procent bland de som uppgivit annat skäl för besöket, 15 procent för männen och 10 procent för kvinnorna. Bland långtidssjuka finns inga könsskillnader, 18 procent, vilket är genomsnittet.

Högskoleutbildade män klagar mer än dubbelt så mycket som grundskoleutbildade män, 26 respektive 12 procent. Liknande förhållanden råder bland kvinnorna, men skillnaden är något mindre mellan utbildningsgrupperna, 23 respektive 10 procent. En femtedel av hel- och deltidsarbetande klagar, samma för könen, medan pensionärer är mycket mindre kritiska, män 9 procent och kvinnor 7 procent. Könsskillnaderna var således obefintliga eller mycket små medan det var skillnader mellan människor med olika utbildningsbakgrund.

Utlandsfödda kvinnor klagar mer, 26 procent, än svensk- och utlandsfödda män, 19 procent, och kvinnor födda i Sverige, 17 procent.

Ensamstående män klagar mer, 26 procent, än kvinnor och samboende av båda könen, 17-18 procent.

Av de som besökt personalkategorin läkare var med obetydliga könsskillnader ungefär en femtedel arga och besvikna, dvs. som genomsnittet. Sjuksköterskor kritiseras något mer av män än av

kvinnor, 18 respektive 15 procent och de kvinnor som hade synpunkter på gynekologer var 16 procent, dvs. något mindre än genomsnittet.

Manliga vårdgivare kritiserades obetydligt mer än kvinnliga av både kvinnor och män, 19 respektive 21 procent. Kvinnliga vårdgivare kritiserades i samma omfattning av könen, 17 procent.

Besvärade och generade
Knappt 7 procent anser att det under besöket förekom någon situation när man känner sig besvärad eller generad, 6,5 procent av kvinnorna och 5,5 procent av männen. Här finns det en signifikant skillnad mellan kvinnor och män bara i yngsta åldersgruppen, där nästan dubbelt så stor andel kvinnor som män (13 procent mot 7 procent) blivit generade vid besöket.

Även här är det stor skillnad mellan åldersgrupperna med betydligt fler som blir generade i yngsta åldersgruppen än i den äldsta.

Både kvinnor och män är mest besvärade och generade av bemötandet och behandling som rör underlivet
Drygt en tredjedel av kvinnorna och knappt en tredjedel av männen uppger att de blivit generade på grund av bemötandet. Drygt en fjärdedel av kvinnorna är därutöver generade utan att klandra någon i vården och på grund av att man antingen ansåg sig ofräsch som sjuk eller, "att det alltid är genant att gå till en gynekolog" eller vid undersökning och behandling i underlivet. 10 procent har negativa synpunkter på vårdgivaren för sådant som har med gynekologi eller underlivet att göra och 7 procent angav vårdgivarens könstillhörighet som generande, varav hälften innebär kritik. Observera att dessa andelar av de generade utgör mycket få personer.

Av männen är 16 procent generade i samband med behandlingen och 11 procent på något som är relaterat till underlivet.

Undergrupper
Kvinnor upplevde sig något mer besvärade och generade än männen i de flesta studerade undergrupperna, men skillnaderna var ej signifikanta. Män som bedömde sig ha sämst hälsa och män som besökt akutmottagningar samt män som besökt yngre vårdgivare hade känt sig besvikna och generade i högre utsträckning (12-15 procent) än kvinnorna (4-10 procent).

Av de kvinnor som bedömt sin hälsa sämst har till skillnad från männen endast 3,5 procent angivit att de varit generade. Här finns den största

könsskillnaden, vilken också är signifikant. Även kvinnor på akutmottagning var något mer generade än genomsnittet, 11 procent, och av kvinnor som besökt gynekolog hade 13 procent känt sig generade.

Ålder och kön på den som kvinnor och män besökt

Den person som främst besöktes – enligt patientens uppfattning – var i drygt tre fjärdedelar av fallen en person i medelåldern, cirka 35-65 år. Andelen besökta personer som uppfattats som yngre – t o m cirka 35 år – var cirka 13 procent och slutligen andelen som uppfattats som äldre – cirka 65 år eller äldre – var 7 procent.

Här finns en skillnad mellan könen så tillvida att en större andel män än kvinnor tror att de besökt en yngre person (15 procent enligt männens uppfattning och 11 enligt kvinnornas). Här kan inte påvisas någon större skillnad mellan åldrarna. Möjligen kan sägas att i pensionärsgruppen uppfattar man andelen besökta äldre vårdgivare vara påtagligt låg – vilket gäller både kvinnor och män.

Kvinnor har oftare mött kvinnlig personal och män har oftare mött manlig personal
Till närmare 60 procent har den person besöket främst gällt varit en man och till knappt 40 procent en kvinna. Här finns en alldeles klar signifikant skillnad mellan könen. Det rör sig om en skillnad på tio procentenheter för båda skattningarna, dvs kvinnor har i större utsträckning mött kvinnor och män i större utsträckning mött män. Skillnaden mellan könen ökar till 17-18 procentenheter om man enbart ser på den yngsta åldersgruppen. I gengäld är den könsskillnaden nästan obefintlig i äldsta åldersgruppen.

Personalens kön har stor betydelse för drygt tio procent
Vilken betydelse har det nu om den som ska besökas är kvinna eller man. Mer än två tredjedelar tycker det är av ingen betydelse. Cirka 16 procent tycker det har liten betydelse. Det är 8 procent som tycker det är av stor betydelse och ytterligare 4 procent som tycker det är av allra största betydelse.

Här finns det skillnader mellan könen som kan tolkas så att det har större betydelse för kvinnor än för män. Det är t ex 16 procentenheter färre kvinnor än män som svarar ingen betydelse (62 procent mot 77 procent). Kvinnor som besökt gynekologer anser i betydligt högre utsträckning att vårdgivarens kön har betydelse. 35 procent svarar

ingen betydelse, 15 procent liten betydelse, 29 procent stor betydelse och 19 procent av allra största betydelse.

Det är inte så stora skillnader mellan åldrarna. I yngsta åldersgrupppen är det dock en klart större andel bland kvinnor än bland män som tycker att vårdarens kön är betydelsefullt medan någon skillnad mellan könen inte alls kan påvisas i pensionärsgruppen i den här frågan (i varje fall ingen signifikant skillnad) .

Kvinnor vill besöka kvinnor och män vill besöka män i vården
Om det nu hade någon betydelse, vilket föredrog man, att besöka en kvinna eller en man? Här finner man ganska stora skillnader mellan kvinnor och män.

Män föredrar i något högre utsträckning att göra sjukbesök hos en man – andelen män som föredrar det är nästan 13 procentenheter högre än bland kvinnorna. Tydligre är att kvinnor föredrar att träffa kvinnlig personal – andelen som föredrar en kvinna är nästan 24 procentenheter högre än andelen män som också föredrar att besöka kvinnlig personal!

Andelen kvinnor som föredrar manlig vårdpersonal stiger med åldrarna – från fem procent i yngsta till 13 procent hos pensionärsgruppen. För männen däremot är andelen som föredrar manlig vårdpersonal konstant kring 20 procent i alla fyra åldersgruppperna.

När det gäller kvinnor som föredrar kvinnlig vårdpersonal sjunker andelen med stigande ålder. I yngsta åldersgrupppen föredrar nästan hälften kvinnlig vårdpersonal men i pensionärsgruppen är det bara knappt 20 procent.

Även för männens del visas en sjunkande andel som med stigande ålder föredrar kvinnlig vårdpersonal. Ca 13 procent bland de yngsta männen medan bara 2 procent i pensionärsgruppen föredrar att besöka kvinnor i vården.

De stora skillnaderna sammanhänger i viss mån med att denna fråga bara besvarades av en del av urvalet – av dem som tyckte könet hade betydelse vid besöket.

Av de kvinnor som besökt gynekolog var det 32 procent som inte besvarade frågan, fem procent föredrog en manlig vårdgivare och närmare 63 procent hade föredragit en kvinna.

Ganska få – cirka fyra procent – hade svårigheter rent språkligt vid besöket. Här finns inga skillnader varken mellan könen eller mellan åldrarna som kan påvisas.

Sammanfattning av resultaten

Enligt den här enkätundersökningen har drygt hälften av alla personer över 18 år gjort något besök vid en mottagning i öppen vård under ett halvt års tid. En större andel kvinnor än män har gjort besök vid mottagningar. De flesta tyckte enligt egen bedömning att deras hälsotillstånd är ganska eller mycket bra.

Vårdcentralen är målet för besöket i omkring hälften av av fallen och i större utsträckning för kvinnor än för män. Besvär som varat en längre tid/kronisk sjukdom är den vanligaste orsaken till besöket. En större andel män än kvinnor har blivit hastigt sjuka/skadade och främst yngre män.

Att genomgå någon typ av provtagning och att få recept på medicin är de två vanligaste åtgärderna som erhållits vid besöket på mottagningen. Skillnaden mellan könen när det gäller den behandling eller åtgärd som erhållits vid besöket är inte så stora. Män har dock i större utsträckning än kvinnor fått tid för återbesök och remitterats till behandling hos annan läkare/mottagning.

Kvinnor tycker sig i någon – måhända obetydlig – större utsträckning än män ha fått en bättre medicinsk behandling och ett bättre bemötande vid mottagningen. Kvinnor anser genomgående att frågor om medicinsk behandling och bemötande vid mottagningar har större betydelse för dem än vad männen tycker det har för dem.

Både kvinnor och män anser att samma saker är viktigast; nämligen att få rätt diagnos, att bli bemötta med respekt och bli tagen på allvar, att få bästa möjliga medicinska behandling, att få ärliga och uppriktiga svar samt att mottagningen har nödvändig utrustning.

Samma tre kvalitetsaspekter hade störst negativa skillnad mellan bedömning av kvaliteten och betydelsefullheten för både män och kvinnor, d v s kvaliteten hade bedömts lägre än hur viktig den ansågs vara. Slutsatsen blir att kvalitetsförbättringar behövs för både män och kvinnor när det gäller att stärka deras inflytande på behandling och information om alternativa behandlingsalterrnativ. Kvalitetsförbätt-

ringar behövs också i fråga om att få effektiv smärtlindring för de yngsta kvinnorna. Frågor som har med att ställa och meddela diagnos fordrar uppmärksamhet eftersom detta är en högt prioriterad fråga bland patienterna. Samma sak gäller smärtlindring och information om läkemedel till de yngsta kvinnorna

Knappt en femtedel av de besökande blev arga eller besvikna – ungefär lika för kvinnor och män. Yngre var mer arga och besvikna än äldre. Både män och kvinnor uttryckte mest missnöje med bemötandet, väntetider och sådant som hade med den medicinska behandlingen att göra fast i något varierande omfattning.

Mest arga och besvikna var män som besökt akutmottagning, män som besökt yngre vårdgivare och män som skattat sin hälsa sämst. I nästan lika hög grad hade även högskoleutbildade män, utlandsfödda kvinnor och ensamboende män uttryckt ilska. Kvinnor som besökt gynekolog är de som var mest nöjda med både bemötande och behandling.

Kvinnor har i något större utsträckning fått kontakt med kvinnlig personal och män i större utsträckning med manlig personal vid mottagningen. Det är fler kvinnor än män som tycker att det har någon betydelse om den som besöks är kvinna eller man. Och det är en ändå tydligare skillnad att kvinnor föredrar att besöka en kvinna och män föredrar att besöka män. För kvinnornas del är det främst vid besök hos gynekolog som en kvinna föredras.

Endast i få fall förekom språkproblem – och i så fall utan påvisbara könsskillnader.

Diskussion och slutsatser

Helhetsbilden från enkätstudien är att det inte framkommer några tydliga skillnader mellan hur kvinnliga och manliga patienter bemöts och behandlas. Det finns därför inte anledning att komma med generella åtgärdsförslag som gäller det ena eller andra könet. Förbättringar bör dock kunna ske för båda könen beträffande bemötande, medicinsk vård och väntetider med tanke på klagomålens omfattning härvidlag i enkäten.

Yngre personer oavsett kön är mindre nöjda med vården än äldre. Denna åldersskillnad, som kan ses i många studier, torde snarare vara fråga om att generationerna kan ha olika krav på vården och att yngre

människor inte drar sig för att ge uttryck för dem. Att äldre är mer nöjda skall därför inte tolkas som att inga förbättringar behövs för denna åldersgrupp. Såväl kvinnor som män som skattar sin hälsa som dålig är mindre nöjda med vården än dem som skattar sin hälsa som god. Detta kan bl a hänga samman med att den som är sjuk är mer sårbar och kan känna sig i underläge som patient, men resultaten är svåra att värdera och borde bli föremål för ytterligare studier. Det kan röra sig om olika grupper eftersom resultaten beträffande ålder och upplevd hälsa går åt olika håll.

Det bör särskilt uppmärksammas att vissa undergrupper uttrycker betydligt mer missnöje med behandling och bemötande än andra. Mest missnöjda är män som besökt akutmottagningar, män som besökt yngre vårdgivare och som nämnts män, men även kvinnor som skattat sin hälsa sämst. I nästan lika hög grad har även högskoleutbildade män men även kvinnor, utlandsfödda kvinnor och ensamboende män blivit arga och besvikna över bemötande, medicinsk behandling och väntetider. Man finner således både likheter och skillnader mellan könen när undergrupper studeras. Det finns anledning att uppmärksamma och konfirmera dessa observationer så att de vid behov blir föremål för orsaksanalys och förbättring. Åtgärderna lokalt kan bli olika för samma problem beroende på analysens resultat av vad som ligger bakom problemen. I vårdens natur torde ligga att alla inte kan bli fullt nöjda och man kan fråga sig vad som borde vara en optimal missnöjesnivå som inte bör överstigas. Omkring 30 procent missnöjda, som bland vissa grupper i enkätstudien, är dock för mycket, även om vi inte vet om missnöjet är litet eller stort.

Både kvinnors och mäns inflytande på den vård som ges behöver stärkas. Detta med anledning av de förhållandevis lägre kvalitetsbedömningarna beträffande inflytande på behandling och brister i information om vilka behandlingsalternativ som står till buds. Resultaten antyder att uppmärksamhet även bör ägnas åt smärtlindring särskilt för de yngsta kvinnorna.

När kvaliteten följs upp ur patienternas perspektiv i hälso- och sjukvården bör det vara naturligt att studera det som män och kvinnor tycker är allra angelägnast. Av de aspekter som fanns att välja mellan i vår studie av mottagningsbesök hade såväl män som kvinnor värderat högst att få rätt diagnos, att bli bemött med respekt och tagen på allvar och att få bästa möjliga medicinska behandling. En jämförelse med den upplevda kvaliteten visar att den oftast bedöms något lägre än hur viktig den anses vara. De största skillnaderna mellan bedömning och betydelsefullhet antyder att olika problem som hänger

samman med hur diagnos ställs och meddelas behöver uppmärksammas, främst för kvinnor och yngre män, trots att kvaliteten bedömdes förhållandevis god. Detta gäller även information om läkemedel som särskilt yngre kvinnor anser är viktigt.

En fråga är om man generellt kan anta att ovan nämnda kvalitetsaspekter alltid är viktiga att följa upp i mottagningsverksamhet? Eller påverkas prioriteringen av vad som är betydelsefullt så pass mycket av kvinnans eller mannens aktuella situation att det är en fördel att samtidigt med kvalitetsuppföljningen även efterfråga graden av betydelsefullhet? Kan därtill språkvalet i skalorna uppfattats olika av kvinnor och män? Vad är det som gör att kvinnor genomgående tycker att allt är något viktigare? Dessa frågor går ej att få svar på via enkätmetoden. Enkätmetoden måste kompletteras med olika kvalitativa forsknings- och uppföljningsmetoder. Exempelvis kan enskilda djupintervjuer eller fokusgrupper med kvinnliga och manliga patienter ge fördjupad kunskap att grunda både utveckling av metoderna och verksamheten lokalt. En generell slutsats är att det behövs mer forskning och utveckling avseende patientperspektivet på vård och bemötande med inriktning på kön i hälso- och sjukvården. Se även förslag till forskning i avsnitt 10.

7 Rapporterade brister och problem i vården ur ett könsperspektiv

Sammanfattning: För att belysa problem och brister i bemötande och behandling har utredningen sammanställt uppgifter om ärenden som aktualiserats hos Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Patientförsäkringen, RiskDataBasen och Förtroendenämnden i Stockholms län. I samtliga fyra delmaterial står kvinnor för cirka 60 procent och män för 40 procent av anmälningarna. Kvinnornas andel är ytterligare några procentenheter högre bland ärenden som lett till olika påföljder, dvs. ersättning från Patientförsäkringen eller disciplinpåföljd från HSAN. Patientförsäkringens och RiskDataBasens material visar emellertid att en något högre andel av skador som drabbat män lett till allvarliga konsekvenser, såsom svår bestående invaliditet eller dödsfall.

Var sjunde anmälan till HSAN och till Förtroendenämnden handlar om rena bemötandeproblem. Därutöver avser nio procent av Förtroendenämndens material klagomål på information. I många ärenden förekommer klagomål om både dåligt bemötande och bristfällig vård och behandling. Kvinnor dominerar bland bemötandeärenden hos Förtroendenämnden, medan överrepresentationen är svagare i HSAN:s material. Inom kategorin omvårdnadsärenden avser emellertid majoriteten av klagomålen vården av manliga patienter.

I HSAN:s och Förtroendenämndens material riktas mest missnöje mot allmänmedicinsk och psykiatrisk verksamhet. I RiskDataBasens material utgör sjukvård i särskilda boendeformer, inklusive sjukhem över hälften av alla ärenden. Av dessa berör en hög andel, 66 procent, kvinnor. I Patientförsäkringens material står tre stora specialiteter för merparten av de ersatta skadorna inom akutsjukvården; allmänkirurgi, ortopedi och hos kvinnor gynekologi och obstetrik.

Inom de olika specialiteterna finns få avvikelser från det generella mönstret 60 procent kvinnor, 40 procent män. I förhållande till slutenvårdsutnyttjandet genererar de kirurgiska specialiteterna, främst ortopedin, en hög andel av skadorna hos både kvinnor och män. I alla de fyra delmaterialen utgör gynekologi och obstetrik en stor andel av ärenden för kvinnorna, dock överstiger dess andel inte specialitetens andel av kvinnors slutenvårdsutnyttjande.

7.1 Källor till kunskap om problem och brister i vården

En viktig del av utredningsuppdraget har varit att kartlägga problem och brister i bemötande och omhändertagande av kvinnliga och manliga patienter, och att analysera om det finns könsskillnader i dessa avseenden.

Det finns ett antal register inom sjukvården som kan tänkas belysa förekomsten och karaktären av brister och problem. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Patientskadeförsäkringen (Patientförsäkringen) och landstingens förtroendenämnder representerar instanser, som patienterna – eller i vissa fall deras anhöriga – kan vända sig till när något i vården inte fungerat som patienten väntat sig eller när patienten misstänker sig ha blivit felbehandlad. Dessutom skall allvarliga skador, sjukdomar och risker i sjukvården under vissa omständigheter rapporteras till Socialstyrelsen. Anmälningsskyldigheten ligger i det sistnämnda fallet hos den som av sjukvårdshuvudmannen fått detta uppdrag, i praktiken ofta chefsöverläkaren eller den medicinskt ansvariga sjuksköterskan. Statistik om dessa s.k. Lex Maria ärenden samlas i Socialstyrelsens RiskDataBas i Örebro.

Patientförsäkringens material består av ärenden där patienten kräver ekonomisk ersättning för sitt lidande. Fallen granskas utifrån en strikt medicinsk synpunkt i syfte att fastslå om skadan är av den art att ersättning bör utgå. Därmed innehåller materialet huvudsakligen uppgifter om det konkreta medicinska handlandet och eventuella olyckshändelser.

HSAN har till uppgift att utreda anmälningar mot hälso- och sjukvårdspersonal för att pröva om det är motiverat att utdela disciplinpåföljd i form av erinran eller varning. En mindre andel ärenden avser återkallelse av legitimation till följd av anmälan från Socialstyrelsen. Förutom anmälningar om medicinska behandlingsfel förekommer många anmälningar om felaktigt bemötande och bristande serviceanda. Sedan oktober 1994 skall dock rena bemötandeärenden hänvisas till förtroendenämnderna.

Landstingens förtroendenämnder är instanser som behandlar klagomål som rör all den vård och omsorg som landstingen ansvarar för. Ärenden som finns registrerade kan sålunda handla om allmänt bemötande, medicinskt omhändertagande, juridiska och ekonomiska frågor mm.

Den iatrogena pyramiden

För att förebygga upprepade misstag, felbedömningar och skador i vården har de ovannämnda instanserna under senare år utvecklat nya strategier för återföring av erfarenheter från registermaterialen till praktisk vårdverksamhet. Bland annat har fallstudier från HSAN och Patientförsäkringen publicerats i Läkartidningen, RiskDataBasen utger publikationerna Riskronden och Riskronden Special, och förtroendenämnden i Stockholms län har utvecklat en årsredovisning som innehåller analyser av klagomål från patienter inom länet.

I ett särskilt samarbetsprojekt mellan Patientförsäkringen och Spri analyserades år 1992 användbarheten av försäkringens skadematerial i skadeförebyggande syfte. I projektrapporten påpekades att internationella analyser av missöden i vården tyder på att de anmälda missförhållandena enbart representerar toppen av ett isberg, medan det verkliga antalet misstag och felbehandlingar förmodas vara flerfaldigt högre. Därutöver förekommer i sjukvården också sådana iatrogena (av läkare /vården förorsakade) skador, som inte har något samband med misstag eller försummelser.

Dessa förhållanden kan illustreras med hjälp av s.k. iatrogen pyramid, där pyramidens bas utgörs av alla skador och missöden i vården. Ovanför dessa vilar de skador som faktiskt har ett samband med misstag och felbehandling. Av dessa skador leder dock enbart en mindre andel till klagomål och formella anmälningar. Ytterligare en mindre andel av de anmälda skadorna leder slutligen till ersättning och utgör därmed toppen av pyramiden.

För utredningens del har alla skador och missöden som drabbar kvinnliga och manliga patienter i vården varit av intresse, oavsett om de anmälts till Patientförsäkringen eller RiskDataBasen. På motsvarande sätt har vi varit intresserade av allt missnöje som handlar om bemötandet i vården, oavsett om detta lett till anmälningar till HSAN eller förtroendenämnder. En kritisk fråga blir då i vad mån de ärenden som anmälts till olika instanser motsvarar det generella missnöjet eller skademönstret hos kvinnor och män. Av central betydelse i sammanhanget är benägenheten hos kvinnor och män att anmäla brister i bemötande och behandling till HSAN, Patientförsäkringen m.m. Anmälningsbenägenheten kan påverkas av bl.a. kvinnors och mäns kännedom om möjligheterna att vända sig till de olika instanserna samt vårdgivarnas attityder och inställning till att informera, uppmuntra och medverka i anmälningsprocesser.

I Patientförsäkringens material kommer dessutom försäkringspraxis, dvs. vilka skador som ersätts – och därmed kommer med i registret – in som selektionsfaktor och påverkar materialets representativitet. Vid en jämförelse mellan olika huvudmän har man tidigare konstaterat att varken anmälnings- eller ersättningsfrekvensen är konstant, utan att det finns variationer i t.ex. antal anmälningar per tusen invånare, antal anmälningar per tusen vårdtillfällen samt i antal ersatta skador i relation till antal anmälningar. Det är inte uteslutet att liknande skillnader kan förekomma mellan olika kliniska specialiteter, olika åldersgrupper och även mellan könen.

Eftersom de fyra databaserna har byggts upp vid olika tidpunkter och för olika syften, skiljer de sig åt med avseende på mängden information och uppgifternas karaktär. Därmed varierar också möjligheterna att belysa olika aspekter på bemötande och behandling ur ett könsperspektiv. Samtidigt kan materialen betraktas som komplementära, vilket talar för att en gemensam analys kan ge en mer mångsidig bild av problemen i vården än analys av varje material för sig. I det följande redovisas sålunda resultat från parallella analyser av de fyra instansernas material i syfte att beskriva och analysera problem och brister som drabbar kvinnor och män i vården.

Patientförsäkringen

Patientförsäkringens databas innehåller kompletta uppgifter om skador som försäkringen bedömt som ersättningsbara sedan verksamheten påbörjades år 1975. Fram till utgången av 1994 hade försäkringen tagit emot cirka 82.300 anmälningar, av vilka 35.400 lett till ersättning. För de ersättningsbara skadorna finns uppgifter om bl.a. skadeår, landsting, typ av vårdgivare, grundsjukdom, skadeorsak och skadeeffekt, samt – sedan år 1988 – även uppgift om eventuellt operativt ingrepp.

Av de anmälda skadorna under hela tjugoårsperioden har 60 procent drabbat kvinnliga och 40 procent manliga patienter, av de ersatta skadorna har 63 procent berört kvinnor och 37 procent män. I utredningens egen studie har Patientförsäkringens material uppdelats i två 10-årsperioder (1975-84, 1985-94) enligt det år då skadan inträffade. Uppgifter om vårdnivå, medicinsk verksamhet, skadeorsak, skadeeffekt och skadornas konsekvenser har analyserats per kön och i tre ålderskategorier.

Tabell 1. Antal ärenden per register och kön.

Datakällor	Kvinnor n	proc	Män n	proc	Totalt n	proc
Patientförsäkring						
Anmälningar 1975-84	19737	(59)	13709	(41)	33446	(100)
Anmälningar 1985-94	29903	(61)	18923	(39)	48826	(100)
Ersatta skador 1975-84	9802	(62)	5902	(38)	15704	(100)
Ersatta skador 1985-94	12406	(63)	7285	(37)	19691	(100)
RiskDataBasen						
Anmälningar 1992-95	2560	(59)	1784	(41)	4344	(100)
HSAN 1993-95						
Anmälningar	1818	(57)	1352	(43)	3170	(100)
Disciplinpåföljder	232	(63)	137	(37)	369	(100)
Förtroendenämnden i Sthlms läns landsting 1993-1995						
Anmälningar	2666	(63)	1577	(37)	4243	(100)

RiskDataBasen

RiskDataBasen innehåller information om cirka 5.000 Lex Maria-ärenden som inkommit sedan januari 1992. Av dessa är drygt 4.300 uppdelade på kön och ingår i den aktuella studien. 59 procent av ärendena berör kvinnliga och 41 procent manliga patienter. Vi har analyserat uppgifter om typ av anläggning och medicinsk verksamhet inom vilken skadan eller tillbudet inträffade samt skadornas konsekvenser för kvinnor och män.

HSAN

HSAN:s databas innehåller uppgifter om ärenden som anmälts år 1993 eller senare, både sådana som lett till disciplinpåföljd och avböjda ärenden. Antalet ärenden inkomna sedan 1 januari 1993 och avgjorda per 31 december 1995 uppgår till knappt 3.800, av dessa är cirka hälften nämndbeslut och hälften ordförandebeslut som inneburit prövning i sak. Totalt finns cirka 3.200 ärenden uppdelade på kön och med information av intresse för utredningen. Av den totala mängden anmälningar berör 57 procent kvinnliga och 43 procent manliga patienter, av ärenden som lett till disciplinpåföljd berör 63 procent kvinnor och 37 procent män. Vi har jämfört anmälningar från kvinnor och män med avseende på kategori av vårdgivare, medicinsk specialitet

respektive typ av ärende (behandling, interaktion, formalia, behörighet eller övrigt) .

Förtroendenämnden i Stockholms läns landsting

Den aktuella förtroendenämndens databas innehåller uppgifter om ärenden som inkommit sedan början av år 1993. Vid tolkning av materialet bör hänsyn tas till att dessa ärenden inte kan betraktas som representativa för hela riket, utan kan delvis avspegla särskilda problem och brister i en storstadsregion. Användningen av material från Stockholms län har främst berott på att man i Stockholm relativt tidigt skapat en välfungerande databas över förtroendenämndens ärenden.

Det totala antalet ärenden under perioden 1993-95 uppgår till drygt 4.200 fall. Av dessa berör 63 procent kvinnliga och 37 procent manliga patienter. Per kön och ålder har analyserats typ av vårdgivare, medicinsk specialitet och typ av problem (behandling, bemötande, omvårdnad, ekonomi, juridik, information eller övrigt) som klagomålet avser.

7.2 60 procent av anmälningarna berör kvinnliga patienter

Gemensamt för de fyra delmaterialen är sålunda att cirka 60 procent av samtliga anmälningar berör kvinnliga och 40 procent manliga patienter. Det ligger nära till hands att sätta den kvinnliga dominansen i samband med kvinnors tätare kontakter med hälso- och sjukvården. År 1993 stod kvinnor för 58 procent och män för 42 procent av vårddagarna i riket. Om man i stället jämför antal vårdtillfällen blir könsskillnaden några procentenheter mindre. Kvinnor gör också fler öppenvårdsbesök än män, även om det är svårt att för hela riket exakt kvantifiera antal besök per kön. Som vi diskuterat tidigare kan könsskillnader i vårdutnyttjande å sin sida förklaras av ett antal olika faktorer; kvinnors reproduktion, könsskillnader i åldersstrukturen, behov av vård vid könsspecifika sjukdomar, eventuella könsskillnader i benägenhet att söka vård, vårdens tillgänglighet, samt vårdgivarnas kunskaper, attityder och praxis.

Om man utgår ifrån att risken att drabbas av skador, felbehandling och dåligt bemötande i vården är *jämnt fördelad* över olika verksamheter, skulle alla dessa faktorer – till följd av kvinnors högre vårdutnyttjande – sekundärt även påverka könsfördelningen av klagomål, skador och tillbud. Därutöver bör man dock även ställa frågan om en del av könsskillnaden kan bero på att kvinnor utsätts för större risktagande och sämre bemötande i vården. Hellre än att misstänka att kvinnor får sämre vård överlag, skulle man kunna tänka sig att det inom *vissa verksamheter*, som kvinnor särskilt utnyttjar, kan finnas säkerhetsbrister eller bemötandeproblem som genererar skador och missnöje. Om det t.ex. fanns särskilda risker eller kvalitetsproblem inom kvinnosjukvården, borde detta slå igenom i klagomålsstatistiken utöver den mängd ärenden som generellt är förknippad med en verksamhet av motsvarande omfattning. Vilka medicinska specialiteter som genererar skador, tillbud och missnöje hos kvinnor och män tas upp i avsnitt 7.4.

Särskilda problem och brister i bemötandet av äldre patienter skulle på motsvarande sätt kunna bidra till könsskillnaden i klagomål och skador, utöver den skillnad som kan hänföras till kvinnors högre vårdutnyttjande till följd av högre medellivslängd. En jämförelse i tre åldrskategorier mellan antal ärenden och antal slutenvårdstillfällen visar emellertid att majoriteten av klagomål, skador och tillbud avser patienter i åldrar 20-64 år. Denna grupp är proportionerligt sett överrepresenterad både när det gäller ärenden som berör kvinnor och ärenden som berör män. I åldrar 65+ är det däremot proportionerligt sett färre klagomål i relation till vårdutnyttjandet, särskilt bland kvinnor. Även den yngsta gruppen, 0-19 år, är starkt underrepresenterad om man jämför antal registrerade ärenden med statistik om slutenvårdsutnyttjandet.

Som beskrivits i föregående avsnitt behöver skade- och missnöjesstatistiken inte enbart vara en funktion av vårdutnyttjande och vårdens kvalitet, utan påverkas också av eventuella skillnader i anmälningsbenägenhet mellan t.ex. kvinnor och män eller olika åldersgrupper. Man kan misstänka att det är allmänt lättare för medelålders yrkesverksamma individer att initiera anmälan till olika instanser än vad det är för en del äldre, kanske långvarigt sjuka patienter.

I två av materialen, Patientförsäkringens respektive HSAN:s ärenden, är det möjligt att jämföra könsfördelningen för anmälningar med könsfördelningen för ärenden som lett till påföljd i form av ersättning eller disciplinåtgärd. Det framgår att kvinnodominansen är några procentenheter högre bland ärenden som lett till påföljder. Detta innebär att skador hos kvinnliga patienter har haft något högre

ersättningsprocent hos Patientförsäkringen än skador hos manliga patienter. Likaså har klagomål från kvinnliga patienter eller deras anhöriga haft något högre sannolikhet att leda till disciplinpåföljd hos HSAN.

Vad avspeglar dessa skillnader? Om man utgår ifrån att bedömningen av anmälningar hos Patientförsäkringen och HSAN sker utan könsmässiga fördomar (bias), skulle man kunna dra slutsatsen att kvinnors anmälningar är av aningen allvarligare karaktär än mäns. Detta skulle direkt motsäga antagandet, att kvinnor kan ha en högre anmälningsbenägenhet än män. Som kommer att framgå av avsnitt 7.6 (s. 266) verkar dock ärenden som berör kvinnor vara av något lindrigare karaktär än ärenden som berör män.

7.3 Vart sjunde klagomål handlar om bemötandeproblem

I både HSAN:s och Förtroendenämndens material går det att med hjälp av uppgifter om ärendetyp särskilja klagomål som enbart avser bemötandeproblem från de övriga klagomålen. I HSAN:s material klassificeras anmälningar som berör bemötande, information, intyg, sjukskrivning och remiss som 'interaktionsärenden'. Övriga ärendekategorier är behandlingsärenden, behörighetsärenden och s.k. formella ärenden, där de sistnämnda avser journalföring, sekretess och frågor kring utlämnande av journal.

Tabell 2. HSAN: Antal anmälda ärenden per typ av klagomål och kön. 1993-1995.

Typ av ärende	Kvinnor		Män	
	n	proc	n	proc
Behandlingsärende	1502	82.6	1069	79.1
Interaktionsärende	218	12.0	199	14.7
Formella ärenden	70	3.9	46	3.4
Behörighetsärenden	5	0.3	13	1.0
Övrigt	23	1.3	25	1.8

Behandlingsärenden är den kategori klagomål som dominerar i HSAN:s material. De står för cirka 80 procent av missnöjet hos såväl kvinnor som män. 58 procent av behandlingsärenden berör vården av kvinnliga patienter. Interaktionsärenden utgör nästan 15 procent av klagomålen från män och 12 procent från kvinnor. Inom denna ärendekategori står kvinnor för 52 procent av klagomålen.

Förtroendenämnden använder sig av liknande klassificering av ärenden. Förutom behandlingsärenden finns en särskild kategori för klagomål avseende omvårdnad. Kategorin 'bemötandeärenden' inbegriper, förutom bemötandeproblem, även ärenden som handlar om dålig planering och brister i samarbete. Klagomål om felaktig eller bristfällig information redovisas i en särskild kategori.

Tabell 3. FÖRTROENDENÄMNDEN I STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING: Antal ärenden per typ av klagomål och kön. 1993-1995.

Typ av ärende	Kvinnor		Män	
	n	proc	n	proc
Behandling	1055	42.1	590	38.8
Omvårdnad	128	5.1	139	9.2
Bemötande	375	15.0	169	11.1
Information	231	9.2	139	9.2
Ekonomi	282	11.3	215	14.2
Juridik	137	5.5	70	4.6
Övrigt	298	11.9	197	13.0

Även hos Förtroendenämnden dominerar behandlingsärenden, dock mindre än hos HSAN. För kvinnor handlar det om cirka 42 procent och för män 39 procent av alla klagomål. Omvårdnadsärenden utgör fem procent av klagomålen från kvinnor och nio procent av klagomålen från män. Bemötandeärenden utgör 15 procent av klagomålen från kvinnor och 11 procent från män. Andelen informationsärenden är cirka nio procent för såväl kvinnor som män.

Jämför man antal kvinnor och män inom olika ärendekategorier, visar det sig att kvinnor dominerar när det gäller bemötandeärenden och står för närmare 70 procent av klagomålen kring allmänt bemötande. Av behandlingsärenden berör 64 procent vården av kvinnliga patienter.

Intressant nog finns det däremot en manlig dominans, både relativt sett och i absoluta tal, inom kategorin omvårdnadsärenden.

Exempel på bemötandeproblem

För att belysa karaktären av bemötandeproblemen har utredningen tagit del av de skriftliga beskrivningar av bemötandeärenden som finns hos Förtroendenämnden i Stockholms läns landsting. I dessa sammanfattar Förtroendenämndens tjänstemän patienters berättelser om hur de upplevt bemötandet i vården. Sammanfattningarna innehåller inte vårdgivarens version.

Vi har gått igenom sammanfattningarna på bemötandeärenden inom allmänmedicin, allmän internmedicin, gynekologi /obstetrik, ortopedi och psykiatri. Nedan följer en rad exempel från dessa verksamheter. Vid val av exemplen har vi strävat efter representativitet när det gäller klagomålets tema och innehåll.

Andelen bemötandeärenden är störst inom allmänmedicin, där 30 procent av klagomålen från kvinnliga patienter och 17 procent av klagomålen från manliga patienter handlar om bemötandet. Fler kvinnor än män anser att de bemöts med en negativ attityd. Männen är framförallt missnöjda med väntetiden.

Ex: Kvinna, har tidigare fått remiss för sjukgymnastik. Önskar nu få en ny remiss och har försökt få kontakt med sin husläkare. Fått besked om att hon skall ringa under telefontid. Anmälaren som går i skola kan ej ringa på förmiddagar utan har bett personal om att läkaren skall ringa upp på eftermiddagstid. Fått till svar att om hon är så pass bra att hon kan gå i skolan så behöver hon inte någon sjukgymnastik.

Ex: Kvinna, besvär med värk sedan flera år. Arbetat som vårdare. Sjukskriven sedan mars -95 av husläkare. Vid möte med företagshälsovården, F-kassan och representant från arbetsgivaren upplevde anmälaren att personalkonsulenten och läkaren motarbetade henne på alla sätt och att de bemötte henne oförskämt. Nytt möte är planerat till mitten av oktober och anmälaren oroar sig för vad som då kommer att hända.

Ex: Anmälaren har insänt en lång redogörelse angående hennes makes kontakter med x vårdcentral. Maken har länge besvärats av ryggbesvär och tidigare läkarbesök har endast resulterat i sjukskrivningar, men inga undersökningar. Eftersom ryggbesvären blev värre ville mannen genomgå en undersökning. Han är missnöjd med läkarkontakterna. Enligt makarna har sjuksköterskan bemött dem nonchalant och detta beror på att maken är

invandrare. För påskrivning av två sjukintyg fick maken betala 240 kronor. Han fick hämta intygen hos receptionisten.

Inom gynekologi och obstetrik avser 21 procent av klagomålen bemötandeproblem. Ofta anser patienten att hon blivit okänsligt behandlad..

Ex: Kvinna var intagen på kvinnokliniken vid sjukhus x under en tid. Hon upplevde ovänligt bemötande och bristande omvårdnad. På ronderna nonchalerade läkarna hennes närvaro. De pratade med varandra om henne. Hon kände sig som någon sorts försökskanin. Vid ett rondtillfälle hade läkaren resultat från en ultraljudsundersökning som kvinnan gjort. Läkaren presenterade resultatet för kandidaterna utan att prata eller säga något till kvinnan. Kvinnans enda möjlighet att prata med läkaren var att stoppa honom när han var på väg ut från salen.

Ex: Kvinna ringer angående sin släkting som förlöstes vid kvinnoklinik x för några dagar sedan. Kvinnans förlossning blev mycket svår. Hon födde ett barn med missbildning. Den barnmorska /underläkare som var med och undersökte kvinnan strax före förlossningen med ultraljud uttalade plötsligt vid undersökningen: "Nä ...men ...va hemskt! Vårdpersonalen lämnade därefter förlossningsrummet och kvinnan fick ligga utan personal eller någon i rummet att tala med i ca 20 minuter. Kvinnans upplevelser blev extra fasansfulla genom det dåliga bemötandet.

Inom intermedicin avser 19 procent av ärenden som berör kvinnor och 16 procent av ärenden som berör män bemötandeproblem. Kvinnor klagar framförallt på nonchalans och negativ attityd, medan män anser att deras behov ej blivit tillgodosedda.

Ex: Kvinna som av husläkare remitterats till sjukhus för att få hjälp med att utreda sin diabetes. På sjukhuset läggs patienten in på en sal med flera patienter. Hon har svårt att sova på grund av att det är oroligt på salen. En av hennes medpatienter klagar på hennes parfym och får då flytta till ett eget rum. Patienten upplever att hon inte får den uppmärksamhet som hon känner att hon borde få. Kvinnan lämnar då sjukhuset och när hon gör det försöker personalen hålle henne kvar, undrar om de får göra det.

Ex: Maka till 69-årig man uppger att de åkte till akutmottagning p g a makens svåra smärtor i bröstet. De anlände till sjukhuset vid 07.00-tiden och vid det tillfället fanns inga andra patienter i väntrummet. Makarna fick av receptionisten besked om att det inte fanns läkare tillgängliga."De sover och det är snart skifte till dagpersonal. Om ca 1.5-2 timmar skulle en doktor komma. Det gick bra att ta en kopp kaffe under tiden." Makans fråga är: "Ska en patient med propp i lungan behöva vänta i ca två timmar för att få träffa en läkare och ska det behöva gå fem timmar på sjukhuset innan någon som helst behandling sätts in?"

Inom psykiatrin avser 15 procent av klagomålen från kvinnliga och 12 procent från manliga patienter bemötandeproblem. I många anmälningar ges uttryck för allmänt missnöje med vården på psykiatriska kliniker. Även klagomål på integritetskränkande bemötande och svårigheter att få tag i rätt personal /kompetens förekommer.

Ex: 30-årig kvinna som anmäler att hon tycker att en kvinnlig psykiatriker vid x psyk.klinik betett sig konstigt mot henne. Läkaren förklarade att kvinnan hade depression som ligger i generna och att hennes lilla son kommer att vara patient om cirka 20 år. Talade också mycket om andra patienter, vilket kvinnan tyckte stred mot tystnadsplikten. Kvinnan kände sig inte deprimerad innan hon kom till läkaren men däremot efteråt.

Ex: Patientens mor ringde. Familjen har kontakt med en husläkare på x vårdcentral. Familjen begärde av husläkaren en remiss för att utreda om sonen eventuellt lider av ångest. Från början avslag men efter påstötning skrevs remissen. Det visade sig sedan att misstankarna om panikångest var befogade. Svaret dröjde länge, men meddelades sedan direkt av läkaren till den unge sonen per telefon som blev mycket shockad.

Inom ortopedin finns exempel på både kvinnor och män som anser sig ha blivit nonchalant eller otrevligt bemötta. Elva procent av klagomålen från båda könen handlar om bemötandeproblem. Ofta sammanvävs temat med att patienten anser att dennes behov ej blivit tagna på allvar.

Ex: Kvinna opererad för skada i knät. Hon har blivit lovad att få besked om röntgenutlåtande inom två veckor. Då läkaren ej avhörts har hon själv vid upprepade tillfällen sökt få kontakt med aktuell läkare på dennes telefontid utan resultat, bl a har telefontiden varit inställd och det har varit svårt att komma fram i växeln. Önskar hjälp att få besked före besök hos sjukgymnast.

Ex: Behandlad vid ortopedkliniken för brutet båtben. Har haft olika läkare varje gång. När gipset togs bort fick han besked att återkomma för röntgen. När han kom för röntgen påstod läkaren att skadan måste vara läkt så någon röntgen behövdes inte. Läkaren friskskrev honom. Då smärtan kvarstod sökte patienten den läkare som tidigare gett besked om att handen skulle röntgas. Han ville dock inte kännas vid det utan betedde sig mycket otrevligt. Sa rent ut att patienten inte skulle springa där när han var friskskriven. Patienten vägrar betala besöket.

Generellt är det svårt att utifrån exemplen se några större principiella skillnader mellan klagomål från manliga och kvinnliga patienter. I många ärenden är det också svårt att skilja det allmänna bemötandet från det medicinska och omvårdnadsmässiga omhändertagandet.

En del exempel visar dock att det förekommer allvarliga bemötandefel i vården. Andra exempel tyder på att det som från vårdarens sida kan förefalla vara ett okomplicerat händelseförlopp, kan av patienten uppfattas annorlunda, särskilt om en och samma patient drabbas av upprepade brister i bemötandet. Det är också möjligt att tidsbrist och stress hos personalen kan ligga bakom det som patienten uppfattar som nonchalant bemötande.

7.4 Vilka verksamheter genererar skador och klagomål?

Den aktuella analysen visar inte på några könsskillnader när det gäller vilken vårdnivå som genererar skador och missnöje. Däremot finns det stora skillnader mellan de fyra delmaterialen, sannolikt beroende på såväl skillnader i verksamhetens karaktär som skillnader i registrering av uppgifter mellan de fyra instanserna. Av de fyra databaserna är det enbart RiskDataBasen som har möjlighet att skilja ut sjukvården i särskilda boendeformer, dvs. sjukhem, ålderdomshem och service-bostäder, från övrig sjukvård. Ärenden som berör dessa verksamheter utgör en betydande andel av RiskDataBasens totala material, 53 procent av anmälningar som berör kvinnliga och 43 procent av anmälningar som berör manliga patienter. Man har noterat en ökning i antal ärenden från den kommunala verksamheten efter införandet av ÄDEL-reformen.

Av Patientförsäkringens ärenden har det stora flertalet genererats inom akutsjukvården, inklusive den öppna mottagningsverksamheten vid sjukhus. Dessa skador utgör 86 procent av ersatta skador hos kvinnor och 87 procent av skador hos män. I HSAN:s material är det inte möjligt att på ett tillgörlitligt sätt skilja mellan akutsjukvård och långtidsvård. Totalt avser cirka 71 procent av anmälningarna, från båda könen, sjukhusvård.

I förtroendenämndens material kommer 36-37 procent av ärendena, hos såväl kvinnor som män, från akutsjukhusen. En relativt stor andel av förtroendenämndens material, cirka 40 procent hos både könen, berör bemötande eller behandling på vårdcentralerna. I HSAN:s material är motsvarande andel 17-18 procent, i Patientförsäkringens och Risk-DataBasens material cirka fem procent.

För att belysa om risken att drabbas av bristfälligt bemötande eller behandling är särskilt stor inom vissa medicinska verksamheter, ville vi jämföra antal ärenden inom olika kliniska specialiteter med nivån av vårdutnyttjande inom respektive specialitet. Statistiken om vårdutnyttjande är mest tillförlitlig för den slutna vårdens del. Nedan jämförs *fördelningen av ärenden* från akutsjukvården i Patientförsäkringens skadematerial med fördelningen av slutenvårdsutnyttjandet hos båda könen.

Tabell 4. PATIENTFÖRSÄKRINGEN: Antal och andel ersatta skador inom akutsjukvård 1985-94 och andel vårdtillfällen 1993 (Socialstyrelsens slutenvårdsregister, SVR). Per specialitet.

Specialitet	Kvinnor			Män		
	Patientförsäkring n	proc	SVR proc	Patientförsäkring n	proc	SVR proc
Allm. kirurgi	2136	25.1	15.6	1569	30.5	20.3
Ortopedi	2035	24.0	6.2	1472	28.6	5.7
Gyn./obstetrik	1762	20.7	22.2	105	2.0	0.0
Anestesi	644	7.6	0.0	376	7.3	0.0
Allmän internmedicin	354	4.2	21.9	291	5.7	28.8
Öron-näs-hals	265	3.1	2.8	207	4.0	5.0
Ögonsjukvård	288	3.4	1.3	166	3.2	1.4
Urologi	61	0.7	0.5	203	3.9	2.4
Thoraxkirurgi	106	1.2	0.4	154	3.0	1.2
Röntgen	119	1.4	0.0	42	0.8	0.0
Psykiatri	78	0.9	4.5	61	1.2	7.4

Det är tre stora verksamheter som i detta material står för merparten av de ersatta skadorna; allmänkirurgi, ortopedi och hos kvinnor gynekologi /obstetrik. Allmänkirurgin står för en fjärdedel av de ersättningsbara skadorna hos kvinnor och en knapp tredjedel hos män. I förhållande till slutenvårdsutnyttjandet genererar sålunda kirurgin en relativt hög andel av skadorna. Ortopedin är dock den verksamhet som visar den största skillnaden mellan andel skador och vårdutnyttjande. 24 procent av de ersatta skadorna hos kvinnor och 29 procent hos män

har uppkommit inom ortopedisk verksamhet, medan ortopedin enbart står för 6 procent av slutenvårdsutnyttjandet hos båda könen. För allmän internmedicin gäller motsatta förhållanden; specialiteten utgör 20-30 procent av slutenvårdsutnyttjandet, medan internmedicinens andel av de ersättningsbara skadorna bara är kring 5 procent hos båda könen.

Som vi nämnt tidigare avviker RiskDataBasens material från t.ex. Patientförsäkringens genom att ärenden som berör sjukvård i särskilda boendeformer utgör ungefär hälften av totalmaterialet. När det gäller akutsjukvården, står allmänkirurgin för en tiondel av skador/tillbud hos män och en något lägre andel hos kvinnor. Skador /tillbud i samband med ortopedisk verksamhet utgör 6-7 procent av materialet. Allmän internmedicin uppvisar ungefär samma andelar, trots att både män och kvinnor har ett betydligt högre vårdutnyttjande inom denna specialitet. Psykiatrin har en mer framträdande roll i RiskDataBasen än i Patientförsäkringens material avseende akut sjukvård; cirka 12 procent av ärenden som berör manliga och 8 procent av ärenden som berör kvinnliga patienter.

I HSAN:s totala material är allmänmedicin den verksamhet som genererar flest anmälningar; 19-20 procent av klagomålen hos både kvinnor och män. Allmänmedicinen åtföljs av psykiatrin som utgör nästan en femtedel av anmälningarna från både kvinnor och män. När det gäller vård på sjukhus, svarar ortopedin för 16 procent av anmälningar som berör kvinnor och 13 procent av anmälningar som berör män.

Även Förtroendenämnden i Stockholms län har en relativt hög andel av ärenden som berör psykiatrisk verksamhet, 15 procent av klagomålen från kvinnor och 18 procent av klagomålen från män. Gemensamt med HSAN:s material är också den relativt höga andelen ärenden från allmänmedicinsk specialitet, 9 procent av totalmaterialet för kvinnor och 10 procent hos män. Av de övriga specialiteterna svara ortopedi för den största andelen och står för närmare 11 procent av ärendena, när allmänmedicin och tandvård exkluderats från materialet.

I alla de fyra delmaterialen utgör gynekologi och obstetrik en stor andel av ärenden för kvinnorna, dock överstiger dess andel inte specialitetens andel av slutenvårdsutnyttjandet, 22 procent. I Patientförsäkringens material avseende akutsjukvården utgör gynekologi och obstetrik 21 procent av de ersatta skadorna. I RiskDataBasens och HSAN:s material avser cirka 11 procent av ärendena för kvinnor problem inom gynekologi och obstetrik, om allmänmedicin och tandvård exkluderas

från beräkningen. Motsvarande siffra i Förtroendenämndens material är ännu lägre, sex procent.

Jämförelsen mellan procentuella andelar av ärenden och specialiteternas andelar av vårdutnyttjande innebär en uppenbar svaghet, i och med att statistiken inte omfattar vårdutnyttjandet inom den öppna vården. Därför har vi t.ex. inte kunnat göra någon jämförelse beträffande allmänmedicin. När det gäller specialiteter som allmänkirurgi, ortopedi, internmedicin mm. försvåras jämförelserna av att slutenvårdsutnyttjandet generellt sett står för en krympande andel av det totala vårdutbudet. Detta påverkar dock jämförelsen bara i den mån andelen öppenvård varierar mellan de olika specialiteterna.

Om man i stället för fördelningen av skador, tillbud och klagomål analyserar andelen kvinnor och män *inom olika specialiteter*, återkommer – med några få undantag – mönstret med 60 procent kvinnor och 40 procent män. Inom gynekologi och obstetrik är naturligtvis de flesta kvinnor, även om några få ärenden bokförts på män, sannolikt gossebarn som skadats i samband med förlossning. Likaså är det, mot bakgrund av könsspecifik sjuklighet och vårdutnyttjandemönster, naturligt att t.ex. majoriteten av ärenden inom urologi avser män.

Skillnaderna mellan män och kvinnor är inte lika entydiga inom ortopedi. I Patientförsäkringens material står kvinnor för 58 procent av sådana ärenden, men i RiskDataBasens material för 51 procent. För allmänkirurgin är motsvarande andelar 58 procent hos Patientförsäkringen och 54 procent i RiskDataBasen. Av ärenden inom internmedicin avser 55 procent kvinnor hos Patientförsäkringen och 49 procent i RiskDataBasen. En förklaring till att kvinnodominansen är svagare i RiskDataBasens än i Patientförsäkringens material kan vara skilda anmälningsrutiner, då anmälan till Patientförsäkringen görs av patienten eller hennes anhöriga medan ärenden till RiskDataBasen aktualiseras genom anmälan från vårdgivarens sida.

7.5 Medicinska problem som drabbar kvinnor respektive män

I Patientförsäkringens material är det möjligt att analysera *skadeorsaker*, dvs. vilken typ av medicinsk åtgärd eller olycka som lett till den aktuella skadans uppkomst. Tidigare analyser har visat att

behandlingsskador relaterade till operation, anestesi, förlossning etc., där behandlingsåtgärden är direkt orsak till skadan, är den till antalet största gruppen. För att ersättning skall lämnas krävs att det rent objektivt hade varit möjligt att undvika skadan utan att andra liknande risker uppkommit. Diagnosskada, vanligen fördröjd diagnos, ersätts om ett iakttagbart symptom borde ha uppmärksammats och därmed lett till andra slutsatser så att skadan kunnat undvikas. Både när det gäller diagnos- och behandlinsskador relateras bedömningen till en praxis motsvarande den erfarna läkarens. – I Tabell 5 redovisas de vanligaste skadeorsakerna i Patientförsäkringens material under de båda tioårsperioderna.

Tabell 5. PATIENTFÖRSÄKRINGEN: De vanligaste skadeorsakerna per kön. Perioder 1975-84 och 1985-94.

Skadeorsak	Period 1975-1984				Period 1985-1994			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	n	proc	n	proc	n	proc	n	proc
Operation	3920	40.0	2360	45.4	4792	53.9	2703	50.1
Diagnostik	1134	11.6	837	16.1	1462	16.5	1119	20.7
Olycksfall	2058	21.0	658	12.7	640	7.2	256	4.7
Anestesi	983	10.0	560	10.8	735	8.3	446	8.3
Tand/bettsj.	504	5.1	63	1.2	218	2.5	115	2.1
Injektion /punkt/vaccin.	314	3.2	152	2.9	201	2.3	111	2.1
Infusion /transfusion	205	2.1	144	2.8	150	1.7	129	2.4
Gips, bandage	117	1.2	86	1.7	161	1.8	100	1.9

Drygt hälften av alla ersatta skador har uppstått i samband med operation. Det har skett en ökning av operationsskador både i absoluta och relativa tal från den första till den andra perioden. Samtidigt har skador relaterade till anestesi minskat från omkring 10 procent till 8 procent hos både kvinnor och män. Detsamma gäller andelen skador till följd av olycksfall där det skett en minskning med 10-14 procentenheter från den första perioden till den andra. Den största minskningen har skett hos kvinnor som gått ned från 21 procent till 7 procent. Tyvärr kan minskningen inte sättas i samband med minskad skaderisk, utan beror

i stället på ändrad försäkringspraxis, som innebär att vissa fallolyckor i vården numera anses ligga inom ramen för den 'beräknade risken' och därmed inte ersätts av försäkringen.

Både antal och andel skador relaterade till diagnostik har ökat. En högre andel av skador hos män än hos kvinnor har bristfällig diagnostik som orsak, 21 procent jämfört med 16 procent under den senaste tioårsperioden. En mer detaljerad genomgång av ärenden som berör kvinnor visar att drygt hälften av de diagnostiska skadorna uppkommer vid klinisk diagnostik. Den största andelen av dessa ligger inom åldersgruppen 20-64 år. Detsamma gäller anestesi. Narkos med intubation genererar mer än 70 procent av anestesiskadorna. Under kategorin operation utgörs de största posterna av operation på kvinnliga genitalia, cirka 17 procent, och operation på leder och mjukdelar, cirka 11 procent av skadorna. Dessa siffror avser hela perioden 1975 till 1994.

Även hos män domineras diagnostiken av den kliniska diagnostiken med mer än hälften av alla ärenden. Anestesin toppas av narkos med intubation, som står för runt 74 procent av anestesiskadorna. Operation på leder och mjukleder utgör cirka 15 procent av operationsskadorna och skador på skelett vid sjukdom cirka 11 procent. Även här genereras den största andelen av skadorna i ålderskategorin 20 till 64 år.

I Patientförsäkringens material ingår också för varje skada uppgift om *skadeeffekt*. Med detta avses skadans medicinska konsekvenser för patienten. Vissa skadeeffekter hänvisar till skadans etiologi och patogenes (orsaksmekanismer), andra till den slutgiltiga skadans lokalisation. Fördelningen av Patientförsäkringens material på de vanligaste skadeeffekterna redovisas i Tabell 6. Av denna framgår att skada på nerver eller centrala nervsystemet (CNS) är den vanligaste skadeeffekten för både män och kvinnor, särskilt under den senaste tioårsperioden. För kvinnor utgör skador på nerver eller centrala nervsystemet då cirka 20 procent av samtliga skador och för män ett par procentenheter mindre. Den markanta ökningen kan eventuellt förklaras av skador i samband med frakturer, punktioner, skopier och andra s.k. 'minimalt invasiva' ingrepp.

Den vanligaste skadeeffekten hos båda könen under perioden 1975-1984 var sårinfektion. Sårinfektioner har sedermera minskat i antal, och framförallt har infektioners andel av ersättningsbara skador sjunkit. Under den senare perioden står sårinfektioner för 12 procent av de ersatta skadorna hos kvinnor och 16 procent hos män. Det har visserligen förekommit vissa regeländringar över tiden, men den gynn-

samma trenden kan också avspegla resultat från aktivt kvalitetssäkringsarbete inom de opererande specialiteterna.

Tabell 6. PATIENTFÖRSÄKRINGEN: De vanligaste skadeeffekterna per kön. Perioder 1975-84 och 1985-94.

Skadeeffekt	Period 1975-1984				Period 1985-1994			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	n	proc	n	proc	n	proc	n	proc
Skada på nerv /CNS	1330	13.6	896	15.2	2556	20.6	1380	18.9
Sårinfektion	1553	15.8	1302	22.1	1504	12.1	1151	15.8
Skada på skelett och leder	1458	14.9	615	10.4	1057	8.5	512	7.0
Tandskada	1323	13.5	783	13.3	905	7.3	587	8.1
Försämrad grundsjukd.	449	4.6	343	5.8	1367	11.0	931	12.8

Andra betydande skadeeffekter för både män och kvinnor är skada på skelett och leder samt skada på tänder. Dessa skadetyper är något vanligare hos kvinnor än hos män och de har minskat ungefär lika mycket för båda könen. Försämrad grundsjukdom är däremot en skadeeffekt som hos båda könen ökat mycket kraftigt från den första tioårsperioden till den andra perioden. Denna kategori står numera för 11-13 procent av skadorna.

Jämfört med ovanstående stora kategorier, avser övriga skadeeffekter enbart mycket små andelar av skadorna. I några av de mindre kategorierna finns dock intressanta skillnader mellan män och kvinnor. En sådan skadeeffekt är smärttillstånd, som står för drygt en procent av skadorna och där kvinnor utgör över 70 procent av de drabbade. Ett extremt exempel på överrepresentation av kvinnor finns inom kategorin psykisk skada, där 48 av de totalt 54 ersatta skadorna avser kvinnor.

Exempel på skadeeffekter med manlig dominans utgörs av kategorierna sepsis (blodförgiftning), med 59 procent män, och övrig smitta, 53 procent män. I den mycket lilla kategorin HIV/AIDS smitta, är hälften av de 82 patienterna kvinnor, hälften män. De flesta av dessa skador inträffade under perioden 1975-84.

7.6 Konsekvenser av brister i vården

I Patientförsäkringens material kan man analysera de ersättningsbara skadornas konsekvenser för berörda patienter genom att se på skadornas allvarlighetsgrad, *'reservtyp'*. För varje skada registreras uppgift om reservtyp tidigt under skaderegleringen för att ge information om skadans svårighetsgrad och hur stora monetära belopp som skall avsättas (reserveras) för ersättning. Eftersom det handlar om prognostisk information kan uppgift om reservtyp ändras allt efter handläggaren får in nya uppgifter om skadan. De slutgiltiga uppgifterna finns i registret först efter skadans slutreglering, vilket i vissa fall kan ske flera år efter ersättningsbeslutet.

I Tabell 7 redovisas fördelningen av skador på de sex reservtyperna, av vilka reservtyp 1 är lindrigast – övergående skada som lett till kort sjukskrivning – och reservtyp 6 allvarligast – skada som lett till döden.

Tabell 7. PATIENTFÖRSÄKRINGEN: Antal ärenden per reservtyp och kön. Perioder 1975-84 och 1985-94.

Reservtyp	Period 1975-1984				Period 1985-1994			
	Kvinnor		Män		Kvinnor		Män	
	n	proc	n	proc	n	proc	n	proc
Sjukskrivning < 3 mån.	2637	26.9	1519	25.7	1083	8.7	607	8.3
Sjukskrivning ≥ 3 mån.	3620	36.9	1963	33.3	6008	48.4	3209	44.0
Invaliditet 1-15 procent	2398	24.5	1539	26.1	4240	34.2	2534	34.8
Invaliditet 16-30 procent	621	6.3	430	7.3	553	4.5	454	6.2
Invaliditet > 30 procent	329	3.4	236	4.0	309	2.5	248	3.4
Dödsfall	197	2.0	215	3.6	173	1.4	208	2.9

De flesta skador hos såväl kvinnor som män leder till övergående skada med sjukskrivning. En jämförelse mellan den förra och den senare perioden visar emellertid att andelen skador med övergående konsekvenser har minskat, för kvinnor från 64 till 57 procent och för män

från 59 till 52 procent. Man bör dock beakta att sjukskrivningspraxis inte nödvändigtvis varit enhetlig över tiden.

En något högre andel av de ersatta skadorna hos kvinnor än män är av övergående natur, medan något fler av skadorna hos män leder till permanent invaliditet eller död.

Detta avspeglas i könsfördelningen inom de olika reservtyperna. Till skillnad från den allmänna procentuella fördelningen 60/40 mellan kvinnor och män, avser 65 procent av de övergående skadorna kvinnliga patienter, medan 51 procent av skador som lett till allvarlig invaliditet eller död drabbat kvinnor. När det gäller skador som lett till dödsfall avser 55 procent av skadefallen manliga patienter.

I RiskDataBasen beskrivs skadans /tillbudets allvarlighetsgrad med uppgift om *'risknivå'*. Risknivån avser hur handläggarna värderar risken för patienten om en likartad händelse, som den som anmälts, skulle inträffa på nytt. De allvarligaste risknivåerna är livsfarlig skada eller svår bestående invaliditet samt bestående försämring av livskvaliteten. De tre lindrigare kategorierna är: inga konsekvenser för patienten; konsekvenser kan ej bedömas (i praktiken lindriga och därför svårbedömda skador /tillbud); samt övergående obehag.

Tabell 8. RISKDATABASEN: Antal ärenden per risknivå och kön. 1/1 1992-27/2 1996.

Risknivå	Kvinnor		Män	
	n	proc	n	proc
Inga konsekvenser	357	8.2	218	7.7
Kan ej bedömas	2202	50.8	1296	46.0
Övergående obehag	1039	24.0	692	24.6
Bestående försämring	145	3.4	90	3.2
Livsfarlig skada el. svår best. invaliditet	588	13.6	520	18.5

Även i RiskDataBasens material är en högre andel skador /tillbud hos män än hos kvinnor förknippade med allvarliga konsekvenser. 22 procent av skador /tillbud hos manliga patienter jämfört med 17 procent hos kvinnliga patienter avser livsfarliga konsekvenser, bestående invaliditet eller bestående försämring av patientens livskvalitet.

7.7 Diskussion och slutsatser

All hälso- och sjukvårdsverksamhet är förknippad med risker. Antal rapporterade skador och klagomål bör ses mot bakgrund av att antalet intagningar på sjukhus årligen överstiger 1.5 miljoner och antalet läkarbesök 20 miljoner. Den ökning i antal anmälningar till t.ex. Patientförsäkringen, som skett på senare år, har oftast inte tolkats som ett uttryck för försämringar av vårdens kvalitet, utan avspeglar åtminstone delvis ökad medvetenhet hos allmänheten om möjligheterna att få stöd, hjälp och ersättning när något i vården inte fungerat enligt förväntningarna. Studier av fördelningen av klagomål och skador på olika verksamheter kan emellertid ge meningsfull information om trender i problem och brister, oavsett förskjutningar i anmälningsbenägenhet.

I samtliga fyra delmaterial står kvinnor för cirka 60 procent och män för 40 procent av anmälningarna. Könsfördelningen i totalmaterialen förklaras ej enbart av könsspecifika verksamheter, såsom gynekologi /obstetrik, utan samma procentuell fördelning förekommer i de flesta verksamheter. Detta torde hänga ihop med att kvinnor utnyttjar mera vård inom de flesta specialiteterna, när även öppenvårdsutnyttjandet tas med i beräkningen.

Såsom beskrivits i Kapitel 2, har könsskillnader i vårdutnyttjande å sin sida ett antal underliggande bestämningsfaktorer. Av dessa faktorer har t.ex. kvinnors längre livslängd samband med att det oftare är kvinnor som drabbas av skador och tillbud inom sjukvård i särskilda boendeformer. I RiskDataBasen avser en särskilt hög andel, 66 procent, av ärenden inom denna verksamhet kvinnliga patienter. Vår sammanställning ger emellertid få hållpunkter för att det skulle finnas oproportionerligt många skador och klagomål i vården av äldre i relation till de äldres vårdutnyttjande. Här bör man dock beakta att det kan vara lättare för medelålders yrkesverksamma individer att initiera anmälan till olika instanser än vad det är för äldre, kanske långvarigt sjuka patienter. Det är därför angeläget att dessa frågor belyses närmare t.ex. av den statliga utredningen om bemötandet av äldre i vård och omsorg.

De kirurgiska specialiteterna genererar flest patientskador i relation till vårdutnyttjandet både hos kvinnor och män. Särskilt inom ortopedi registreras många skador. Man får dock ta hänsyn till att stora delar av ortopedisk verksamhet bedrivs inom öppenvård. Vid stora operativa ingrepp leder misslyckanden ofta till lättdefinierade konsekvenser och

för vissa skador, t.ex. i samband med höftledsplastik, finns det också en väletablerad ersättningsrutin. Därutöver kan orealistiska förväntningar avseende sjukvårdens möjligheter att bota och lindra bidra till det stora antalet anmälningar. Här har emellertid vårdens representanter skyldighet att informera och samråda med patienten, för att ge en realistisk bild av sjukdomsprognosen vid olika behandlingsval.

Kvinnors relativa andel av ärenden är några procentenheter större bland de ärenden som lett till påföljder – ersättning från Patientförsäkringen eller disciplinpåföljd från HSAN – än bland de anmälda ärendena. Patientförsäkringens och RiskDataBasens material visar emellertid att en något högre andel av skador hos män än hos kvinnor lett till allvarliga konsekvenser, såsom svår bestående invaliditet eller dödsfall. Detta kan eventuellt förklaras av att vissa kirurgiska 'högriskingrepp', t.ex. inom thoraxkirurgi, är vanligare hos män.

All mänsklig interaktion är känslig för missförstånd i situationer där den ena parten – i sjukvården patienten – befinner sig i underläge i termer av kunskap och påverkansmöjligheter. Därtill kan kvinnans underordnade ställning i samhället göra att relationen mellan patient och vårdare är särskilt känslig när det gäller just bemötandet av kvinnliga patienter. Klagomål som avser rena bemötandeproblem utgör 11-15 procent av alla anmälningar till HSAN och Förtroendenämnden. Därutöver avser nio procent av Förtroendenämndens material klagomål på information, som också kan betraktas som en del av det allmänna bemötandet. Kvinnor dominerar bland bemötandeärenden hos Förtroendenämnden, medan dominansen är svagare i HSAN:s material. Några entydiga slutsatser om könsskillnader i bemötande kan således inte dras.

Andelen bemötandeärenden är störst inom allmänmedicinsk verksamhet. Detta kan ha samband med att riskabla kirurgiska m.m. ingrepp är mindre vanliga inom allmänmedicin, medan en välfungerande, ofta långvarig, patientkontakt kan ha stor betydelse för vårdens resultat.

Generellt gäller att det i många av Förtroendenämndens ärenden är svårt att skilja mellan problem och brister i allmänt bemötande från brister i medicinskt omhändertagande. Som vi nämnt tidigare utgör en väl fungerande relation mellan patient och vårdgivare, inklusive ett gott och bekräftande bemötande nödvändiga förutsättningar för ett lyckat omhändertagande och riktiga behandlingsbeslut. Kvaliteten i de kliniska beslut som fattas om en enskild patient kan också påverka hur patienten uppfattar bemötandet i stort.

En del exempel från Förtroendenämndens material visar emellertid att det förekommer allvarliga bemötandefel i vården. Andra exempel tyder på att det som från vårdarens sida kan förefalla vara ett okomplicerat händelseförlopp, kan av patienten uppfattas annorlunda, särskilt om en och samma patient drabbas av upprepade brister i bemötandet. Det är också möjligt att tidsbrist och stress hos personalen kan ligga bakom det som patienten uppfattar som nonchalant bemötande.

Vår genomgång av material från de fyra datakällorna visar att det här finns värdefull information att hämta med tanke på återföring av erfarenheter från misslyckanden i vården till vårdpersonal och de verksamhetsansvariga. Den aktuella sammanställningen illustrerar nyttan av att kombinera information från de olika registren kring en och samma frågeställning, för att få en allsidig bild av problemens karaktär och omfattning.

Det är angeläget att de fyra instanserna har möjlighet att utveckla gemensamma strategier för återrapportering av missnöje, skador och tillbud i vården. Som en del av detta bör en återkommande redovisning av könsspecifika trender ingå. En annan strategi värd att utveckla är kvalitativa redovisningar av 'typfall' när det gäller missnöje, skador och tillbud hos kvinnor respektive män.

8 Faktorer bakom skillnader i bemötande och behandling

Sammanfattning:. Fenomen och faktorer som påverkar bemötande och behandling och som redovisas i detta kapitel är samhälle och kultur, patientens/läkarens kön, språk och kommunikation samt sjukvårdens organisatoriska uppbyggnad.

Kapitlet inleds med ett avsnitt som bygger på utredningens enkät. De faktorer som där, i större utsträckning än kön, påverkar vad patienter anser om bemötande och vård, är deras ålder, hur de upplever sitt hälsotillstånd och deras utbildningsnivå. Faktorer som patientens civilstånd, typ av besökt mottagning och personalkategori samt vårdgivarens ålder uppvisar skillnader i patienternas åsikter både inom dessa grupper och mellan könen. Ibland är skillnaderna avsevärda och manar till analys och åtgärder.

Av vår redovisning framgår det hur viktigt det är att betrakta sjukdom i ett kulturellt sammanhang. Uppkomsten av lidande kan finnas i livssituationen, men det legitima uttrycket sker ofta genom kroppens språk. Med denna utgångspunkt kan mötet med sjukvården bli en tolkningsprocess som leder bort från ett möjligt läkande. Svaren på lidandet söker man genom provtagningar etc. och inte "utanför kroppen".

Kommunikationen mellan läkare och patient kan betraktas som starkt asymmetrisk, det vill säga att den ena parten har ett övertag när det gäller expertkunskap och påverkansmöjligheter. Interaktionen mellan patient och vårdare återspeglar därför de maktförhållanden som råder mellan könen i samhället och kvinnors underordning riskerar att leda till sämre förutsättningar för vård och den form av aktivt deltagande i beslut om den egna behandlingen som hälso- och sjukvårdslagen föreskriver.

Även det biomedicinska språket som dominerar medicinsk vetenskap lämpar sig dåligt för kommunikation i praktiska vårdsammanhang. Samtal med människor om deras hälsa i den kliniska praktiken riskerar att hamna långt ifrån deras personligt grundade erfarenheter och förståelse och därmed försämra möjligheterna att delta i beslut om den egna vården. Forskningen tyder på att även i detta avseende riskerar kvinnor att missgynnas genom att deras sätt att beskriva och

uppleva ohälsa i många fall har svårare att vinna acceptans i en snäv biomedicinsk förståelse av hälsa/ohälsa.

Manliga och kvinnliga läkare använder olika kommunikativa strategier, vilket påverkar bemötandet och behandlingen. Manliga och kvinnliga läkare fattar olika beslut i jämförbara situationer. Avsnittets exempel visar att kvinnor och män i viss utsträckning får olika läkemedelsförskrivning, vilket kan få oönskade konsekvenser. Interaktionen i vården behöver ägnas ökad uppmärksamhet så att förståelsen härför fördjupas. Därmed kan vårdpersonal motiveras för att vid behov ändra sitt beteende så att jämlikhet i bemötande och vård främjas. Den svenska forskningen om vårdsamtal är ringa och avser främst kommunikation mellan patient och läkare. Detta kan ses som uttryck för en klar hierarki som inte är könsmässigt neutral.

Sista avsnittet beskriver teorier kring hur personalens könssammansättning och makthierarkin i hälso- och sjukvården kan bygga murar mellan arbetskamrater på olika positioner och av olika kön. Konsekvensen för en sjukvårdsorganisation kan bl.a. bli att energi tas från verksamheten. En hypotes är att mindre hierarki kan kanalisera energi från konflikter mellan personalgrupper till ökad kapacitet hos personalen att bemöta patienterna.

Flera olika fenomen och faktorer kan inverka på att skillnader i bemötande och behandling uppstår generellt och visavi kvinnor och män. Kapitlet inleds med ett avsnitt om hur patienter upplever hälso- och sjukvården och hur olika patient- och vårdgivarkarakteristika som kön, ålder, besökt personalkategori etc. inverkar på synpunkterna. Avsnittet är baserat på utredningens enkätstudie. Därefter refereras resultat från olika discipliners forskning beträffande faktorer som har betydelse för utfallet av vård och bemötande. I ett separat delbetänkande kompletteras de här redovisade studierna med forskningsteoretiska utgångspunkter bl.a. från antropologisk och sociologisk forskning med inriktning mot könsteoretisk forskning (genusforskning) samt forskning om bekräftande bemötande i vården (Jämställd vård. Möten i vården ur ett tvärvetenskapligt perspektiv, SOU 1996:134).

8.1 Betydelsen av patient- och vårdgivarkarakteristika

Sammanfattning: Utredningens enkätundersökning om hur kvinnor och män upplever besök vid mottagningar i hälso- och sjukvården har även studerat patientsynpunkterna utifrån olika andra variabler än kön. Beträffande kön är likheterna större än skillnaderna ifråga om kvinnors och mäns bedömning av behandling och bemötande. Hälsa och ålder spelar större roll för hur man bedömer behandling och bemötande. Ju bättre man bedömer sin hälsa ju nöjdare är man oavsett kön. Även åldern spelar en stor roll för vad män och kvinnor anser. Yngre män och kvinnor är mer negativa än äldre.

De som är mest missnöjda är män som besökt akutmottagningar, ensamboende män och män som besökt unga vårdgivare. De utlandsfödda, särskilt kvinnorna, är också mindre nöjda.

Gynekologer är de som får bästa omdömet jämfört med de övriga studerade personalkategorierna och det skiljer sig signifikant från kvinnornas omdöme om hela läkargruppen.

Det är väsentligt att fortsätta att studera skillnaderna mellan könen och hur ålder, hälsa m.m. kan påverka dessa skillnader. Enkätmetoden för att brett fånga upp problem måste kompletteras med olika kvalitativa studier där problemens art kan analyseras djupare. Det är också viktigt att ansvariga i hälso- och sjukvården blir uppmärksamma på vilka grupper som är mest missnöjda med behandling och bemötande så att förbättringar kan vidtas.

Här redovisas, ur patientens synvinkel, hur olika patient- och vårdgivarkarakteristika påverkar deras upplevelse av bemötande och vård. Resultaten baseras på utredningens enkät. Först ges en kort resumé av de huvudsakliga resultaten från enkätstudien totalt sett (se avsnitt 6.3).

Kort resumé av resultaten totalt sett

Det är få statistiskt signifikanta skillnader mellan kvinnors och mäns synpunkter på medicinsk behandling och bemötande. Både kvinnor och män anser att det är allra mest betydelsefullt att få rätt diagnos, att bli bemött med respekt och bli tagen på allvar, att få bästa möjliga medicinska behandling, att få ärliga och uppriktiga svar samt att mottagningen har nödvändig utrustning. Studiens kvalitetsaspekter har genomgående aningen större betydelse för kvinnorna än vad de har för männen.

Både män och kvinnor tycker att ett positivt bemötande är lika viktigt i alla åldrar utom i den näst äldsta för kvinnor och i den äldsta för män, där man anser att bemötandet är något viktigare. De som tycker att den medicinska behandlingen är allra viktigast är både män och kvinnor i åldersgruppen 35-49 år.

Samma kvalitetsaspekter bedöms av både kvinnor och män ha lägre kvalitet jämfört med hur viktiga de anses vara. Det är främst att få tillfredsställande information om vilka alternativ till behandling som finns, möjlighet att diskutera och delta i beslut om val av behandling.

Den största skillnaden mellan vad som anses betydelsefullt och upplevd kvalitet finns bland kvinnor i den yngsta åldersgruppen och gäller information och beslutsdeltagande i medicinsk behandling. Även männen i den yngsta åldersgruppen uppvisar större skillnad här än bland de äldre. I den äldsta åldersgruppen är skillnaden både mellan könen och mellan betydelsefullhet och faktisk kvalitet liten eller obefintlig.

Knappt 20 procent har blivit arga eller besvikna vid besöket – ungefär lika för kvinnor och män i genomsnitt – och huvudsakligen på samma saker, nämligen bemötandet, väntetiden och sådant som har med den medcinska behandlingen att göra. Män klagar dock något mer än kvinnor på väntetiden. Det var stora skillnader mellan åldersgrupperna, drygt en fjärdedel bland de yngsta hade blivit arga och besvikna mot endast sex procent bland de äldsta.

Många likheter mellan könen men skillnader mellan åldersgrupper och andra undergrupper

Som framgår av redovisningen ovan tyder resultaten på att likheterna mellan könen är större än skillnaderna. Både den medicinska behandlingen och bemötandet får för båda könen lägst betyg i den yngsta åldersgruppen och högst i den äldsta åldersgruppen. Undantag är männens bedömning av den medicinska kvaliteten som skiljer sig mindre mellan åldersgrupperna. Speciellt frågan om man blivit positivt bemött har ett starkt samband med åldern, ju äldre ju positivare, medan inga könsskillnader finns inom någon åldersgrupp.

Skillnader kan ses även mellan andra undergrupper. De undergrupper som studerats förutom ålder är självskattad hälsa, civilstånd, besöksanledning, typ av mottagning som besökts, besökt personalkategori, vårdgivarens kön och ålder samt besökarnas etnicitet, utbildning och sysselsättning.

Samma undergrupper framträder i relation till flera olika frågeställningar. Vi kan börja med att studera i vilken omfattning kvinnor och män blivit arga och besvikna vid besöket.

De som är *mest arga och besvikna* är i nämnd ordning män som besökt akutmottagningar, män som besökt yngre vårdgivare och män som har sämst hälsa. Det rör sig om mellan 36 och drygt 30 procent arga män. De båda förstnämnda skiljer sig signifikant både jämfört med kvinnorna i motsvarande undergrupper och jämfört med, i det här fallet, andra typer av mottagningar och vårdgivare som är medelålders/äldre. Inga könsskillnader finns i kritiken mot medelålders/äldre vårdgivare till skillnad mot för de yngre. Skillnaden i andelen arga mellan män med sämst och bäst hälsa och mellan könen är inte signifikant.

Män som besökt vårdcentraler klagade i något mindre omfattning i förhållande till kvinnorna. Kvinnor som besökt så kallade övriga typer av mottagningar klagar allra minst. I övriga mottagningar ingår privatläkarpraktik, företagshälsovård och annan typ av mottagning. För män och kvinnor som besökt andra mottagningar ligger klagomålen runt medelvärdet på knappt 20 procent.

Utlandsfödda kvinnor, ensamstående män och högskoleutbildade män klagar även de i större omfattning (26 procent). För utlandsfödda kvinnor är skillnaderna mindre i jämförelse med utländska män än jämfört med svenska kvinnor. Ensamstående män klagar lika mycket mer än motsatta könet som jämfört med samboende män. Skillnaden mellan högskoleutbildade och grundskoleutbildade är klart större än mellan könen där även kvinnorna klagar något mer än genomsnittet.

Pensionärer klagade minst av alla och det finns inga könsskillnader. Andra som klagar i lägre grad än medelvärdet är de som besökt sjuksköterska. Övriga ligger runt medelvärdet för arga och besvikna, det vill säga knappt 20 procent för båda könen.

Vi har vidare studerat undergrupperna i relation till de båda översiktsfrågorna – om man fick *bästa möjliga medicinska behandling* och om man *bemöttes på ett positivt sätt av den man främst besökte*. Analysen har gjorts på det bästa och det sämsta svarsalternativet på den fyrgradiga skalan eftersom de största avvikelserna finns där. Av nedanstående tabell framgår de mest framträdande resultaten när det gäller graden av instämmande i påståendet att ha fått bästa möjliga medicin ska behandling såvitt den tillfrågade själv kan bedöma.

Tabell 1. Andel patienter som instämmer helt eller inte alls i påståendet "Fick bästa möjliga medicinska behandling".

	Stämmer precis* %		Stämmer inte alls %		Medelvärde av den fyrgradiga skalan	
	Män	**Kvinnor**	**Män**	**Kvinnor**	**Män**	**Kvinnor**
TOTALT	**48**	**56**	**6**	**5**	**3,2**	**3,4**
CIVILSTÅND						
Ensamboende	33	55	6	6	2,9	3,3
Samboende	52	56	6	5	3,3	3,4
HÄLSA						
Mycket bra	63	69	4	3	3,5	3,6
Ganska bra	46	55	7	6	3,2	3,3
Någorlunda	42	52	5	6	3,1	3,3
Mycket dåligt	36	31	12	9	2,9	3,0
MOTTAGNING						
Vårdcentral	53	51	5	4	3,3	3,2
Akutmottagning	42	59	7	3	3,2	3,5
Tidsbeställd/ sjukh.	42	67	5	3	3,2	3,5
Övriga	55	46	5	2	3,3	2,9
PERSONAL-KATEGORI						
Läkare	49	58	6	5	3,2	3,4
Gynekolog	-	71	-	4	-	3,6
Sjuksköterska	68	44	3	4	3,5	3,2
Övriga	37	69	15	0	2,9	3.7

* = De båda mellersta svarsalternativen "stämmer ganska bra" och "stämmer något så när " är utelämnade eftersom avvikelserna är minst där.

Man kan konstatera att de flesta värdena i svarsalternativet "stämmer precis" ligger omkring eller över medelvärdet för alternativet. De lägsta värdena avser både kvinnor och män med sämst självskattad hälsa, ensamboende män och män som besökt så kallade övriga personalkategorier (arbetsterapeut, kiropraktor/naprapat, homeopat, zonterapeut eller annan). Bland dem är det betydligt färre som håller med om, att det "stämmer precis" att de fått bästa möjliga medicinska behandling. När det gäller ensamboende män är skillnaden signifikant både i förhållande till ensamboende kvinnor och samboende män. Skillnaderna i bedömning mellan bra och dålig hälsa är signifikanta både bland män och bland kvinnor.

De två förstnämnda grupperna ovan förekommer även bland dem som blivit mest arga och besvikna. Liksom där är det ett samband mellan bra och dålig hälsa och mer eller mindre positiva synpunkter, vilket gäller båda könen. 12 respektive 9 procent av män och kvinnor med sämst hälsa svarar dessutom att det "inte stämmer alls" att de fått bästa möjliga behandling.

När det gäller synpunkter på medicinsk behandling i relation till olika personalkategorier har således övriga personalkategorier fått den förhållandevis lägsta bedömningen och av män. Skillnaden är signifikant både i förhållande till kvinnor som besökt dessa kategorier och till andra kategorier som männen besökt. Gynekologerna är de som får absolut bästa omdöme och det skiljer sig signifikant från kvinnornas omdöme om läkargruppen totalt sett där även gynekologerna ingår.

Männens bättre omdöme om sjuksköterskorna beträffande medicinskt inriktade åtgärder skiljer sig signifikant från kvinnornas omdöme om sjuksköterskorna. Det bör noteras att betydligt färre män har blivit föremål för någon medicinsk åtgärd från sjuksköterska (34 procent) jämfört med kvinnorna (60 procent).

Männen som besökt akutmottagningar och tidsbeställda specialistmottagningar vid sjukhus är även de något mindre benägna av svara att det stämmer precis att de fått bästa möjliga medicinska behandling. De uppvisar inte lika stora skillnader gentemot andra mottagningar som gentemot kvinnorna vid motsvarande mottagningar. Skillnaden gentemot kvinnor som besökt tidsbestämda specialistmottagningar vid sjukhus är signifikant, liksom skillnaden mellan kvinnornas bedömning av dessa mottagningar som är bättre jämfört med vårdcentraler. Vårdcentralerna uppvisar ingen signifikant skillnad mellan könen beträffande synpunkter på den medicinska vården. Den obetydliga skillnad som finns är snarare till männens fördel.

Bemötande
Påståendet om att ha blivit *positivt bemött* visar liknande resultat beträffande undergrupperna som i de föregående jämförelserna. Nivån på de som instämmer precis är högre för bemötandet än för den medicinska kvaliteten (61-67 procent). De som skiljer ut sig signifikant är främst männen på akutmottagningar, ensamboende män och män som besökt yngre vårdgivare. De instämmer betydligt mindre i att bemötandet var positivt. Förutom att det är skillnader mellan undergrupperna uppstår också en skillnad genemot kvinnorna i motsvarande undergrupper.

Män och kvinnor är lika nöjda med bemötandet på vårdcentralerna och med bemötandet från medelålders/äldre läkare. Resultaten ligger i båda fallen runt medelvärdet för påståendet att det stämmer precis. Bemötandet från sjuksköterskor bedöms vara något bättre än medelvärdet för båda könen och i synnerhet av kvinnorna. För kvinnornas del är detta ett mycket bättre resultat jämfört med deras omdöme om de medicinskt inriktade åtgärderna från sjuksköterskorna.

Kvinnor och män som har grundskoleutbildning är något mer nöjda än gymnasieutbildade och skillnaden är signifikant för kvinnorna.

Diskussion och slutsatser

Kön är enligt utredningens enkät ej det mest väsentliga patientkarakteristika för hur patienterna uppfattar hälso- och sjukvården. Ålder, självuppskattad hälsa med flera faktorer har större inverkan på skillnader i i nöjdhet med medicinsk behandling och bemötande. Skillnaderna är således större mellan andra undergrupper än mellan könen. När det gäller patientens egen skattning av sitt hälsotillstånd finns ett klart samband såtillvida att ju bättre man bedömer sin hälsa ju mer nöjd är man med vård och bemötande oberoende av kön.

Åldern spelar en stor roll för vad både män och kvinnor anser om vården. Yngre män och kvinnor, främst män, är betydligt mer negativa till det bemötande och den vård man fått. Åldersskillnaderna kan ses i många studier och brukar tolkas som att yngre har större anspråk och/eller inte drar sig för att klaga. Resultaten skall därför inte tolkas så att inga kvalitetsförbättringar behövs för äldre personer. Både kvinnor och män som har grundskoleutbildning är något mer nöjda än gymnasieutbildade.

De som är mest missnöjda och skiljer sig mest både från kvinnorna och från andra motsvarande undergrupper är män som besökt akut-mottagningar, ensamboende män och män som besökt unga vårdgivare. Här är det svårt att veta om det är könet som gör skillnaden eller någon annat faktor som har med hur bemötande och vård meddelas. De utlandsfödda, särskilt kvinnorna, är också en grupp som är mindre nöjd. Här kan man tänka sig att de kulturella skillnaderna kan vara en delförklaring. Djupare analyser av orsaker och samband mellan olika faktorer behövs beträffande de här studerade grupperna.

Män och kvinnor är lika nöjda med bemötandet på vårdcentralerna och med bemötandet från medelålders inklusive äldre läkare. Gynekologer är de som får bästa omdöme och det skiljer sig signifikant från kvinnornas omdöme om läkargruppen totalt.

Resultaten ger således upphov till frågor om vad som kan ligga bakom de funna skillnaderna mellan olika grupper. Sådana faktorer kommer att diskuteras i de följande avsnitten i detta kapitel. Där finns en del förklaringar till de resultat vi sett här, men det finns kanske andra. Det är därför väsentligt att fortsätta studera skillnader mellan könen och hur olika andra faktorer som ålder, hälsa m.m. påverkar dessa skillnader. Enkätmetoden där man brett kan fånga upp problem måste kompletteras med olika kvalitativa studier där problemens art kan analyseras djupare. Det är även angeläget att ansvariga i vården blir uppmärksamma på vilka grupper som är mest missnöjda med behandling och bemötande, så att problemen kan leda till analys och kvalitetsförbättringar. Lokalt kan olika åtgärder vara aktuella för liknande problem beroende på vad analysen resulterar i.

8.2 Kulturella och sociala aspekter på interaktion i vården

Sammanfattning: Vår kartläggning visar att litteraturen som behandlar hälso- och sjukvården ur ett genusperspektiv och från en kulturell och social aspekt är mycket begränsad. Det gäller särskilt för studier inom Norden, där ett stort forskningsbehov finns.

Sjukdom kan betraktas som skapad i ett kulturellt sammanhang, som måste förstås för att kunna ge en utgångspunkt för läkande. Flera sjukdomstillstånd uppvisar lidande utan sjuklighet. När människor söker sjukvården utan att man där kan bekräfta någon strukturell förändring uppstår problem för den somatiskt inriktade läkaren.

Medicinskt antropologiska studier visar att vägen till bättring påbörjas genom att människor hjälps åt att söka lösningar på konflikter i det dagliga livets komplexitet. Mötet mellan patient och läkare är en komponent i den läkande processen. Det kan dock bara vara en liten del i en patients livssituation eller fortsatta sjukdom.

Under historiens gång har kvinnor snarare än män tillskrivits tillstånd som hysteri och neurasteni och under nutiden kroniskt trötthetssyndrom och fibromyalgi. I vår samtid finns också beskrivningar av liknande tillstånd i samhällen utanför västvärlden. Sådana beskrivningar speglar och ger ny belysning åt våra mera näraliggande problem.

Utredningens kartläggning har visat att litteraturen inom antropologisk forskning som behandlar relationen kultur-vård interaktion-gender inte är särskilt omfattande. Särskilt gäller detta studier inom Norden, vilket pekar på ett stort forskningsbehov. Detta förhållande har medfört att avsnittet istället är utformat som en diskussion om hur kulturella och sociala aspekter blir synliga i vårdorganisationen.

Antropologin jämför samhällen och kulturer

När antropologer studerar sjukdom studerar de framförallt människors livsförhållanden med inriktning på det kulturellt skapade sammanhanget. Begreppet kultur syftar här på det gemensamma medvetande och undermedvetande som människor visar genom att på olika sätt kommunicera med varandra.

Makrokulturen definierar hur kvinnor och män får bete sig mot varandra som män och hustrur, som föräldrar och barn, men på mikroplanet utformas vilket utrymme de får i förhållande till varandra och

den dagliga interaktionen ger människornas kultur dess innehåll. Detsamma gäller roller inom institutioner av skilda slag som har en ideal karaktär i socialt föreskrivna konventioner men som tolkas, lever vidare och förändras i och med den interaktion som sker där. Kultur är därmed inte något statiskt eller enhetligt ens inom ett samhälle. Vad som räknas som sjukdom skiljer sig från ett samhälle till ett annat men också mellan lekmän och professionella.

Genusforskningen rör främst kvinnors liv och hälsa
Genusforskning har framförallt kommit att fokusera på kvinnor i olika delar av världen. Under de senaste decennierna har det skett en explosion vad gäller studier av kvinnors liv och hälsa i historiskt och nutida perspektiv. Tyngdpunkten ligger i det faktum att alla mänskliga fenomen, begrepp som gender och kön inbegripna, är kulturellt skapade i tid och rum och att uppfattningarna influerar människors handlingar och de erfarenheter man får av sig själv och andra.

Det finns idag dokumenterat hur olika män och kvinnor upplever sjukdom. Olikheterna i sjuklighet mellan män och kvinnor i länder i västvärlden tycks visa att kvinnor mer än män upplever vad man kallar icke-livshotande sjukdomar, dvs. sjukdomar som inte alltid går att bekräfta som sjukliga förändringar i kroppen, och att de söker läkarhjälp för dessa sjukdomstillstånd oftare än män. Man ser från epidemiologiska utgångspunkter detta faktum som något av ett 'mysterium'.

Frågan som vissa antropologer ställer sig i sina studier av kvinnors och mäns sjuklighet rör därför "Varför är kvinnors upplevelser av icke-livshotande sjukdomar större än mäns?" Det räcker dock inte att se det från en biologisk utgångspunkt. Man måste se på människors existens och deras plats i samhället. Utgångspunkten i det sociala, kulturella och existentiella som rör sjukdom måste gå att identifiera. Kvinnors och mäns hälsa kan inte isoleras från familjestruktur, från barnens behov och utgångspunkter, från det sociala och kulturella sammanhanget eller från gender ideologier eller kulturellt uppbyggd förståelse av sjukdom.

När människor söker sjukvården utan att man där kan bekräfta någon strukturell förändring uppstår problem för den somatiske läkaren. Någonting måste det ju vara när en person visar ett starkt lidande. Men biomedicinsk kunskap inriktas oftast mot kroppens förändringar i termer av sjuklighet. Flera sjukdomstillstånd uppvisar lidande utan sjuklighet. Under historiens gång har kvinnor snarare än män tillskrivits tillstånd som hysteri och neurasteni och under nutiden kroniskt trötthetssyndrom och fibromyalgi m.fl. I vår samtid finns också

beskrivningar av liknande tillstånd i samhällen utanför västvärlden. Sådana beskrivningar speglar och ger ny belysning åt våra mera näraliggande problem.

Sjukdom skapas i ett kulturellt sammanhang

En studie som fokuserar på kulturella och sociala aspekter på interaktionen i samband med sjukvårdsmöten är Kaja Finklers ingående beskrivningar av sjukdomsorsaker och behandlingssituationer i Mexico (1991, 1994). Kanske viktigast av allt är beskrivningarna av relationen mellan könen som egentligen talar om samhällets sociala relationer överhuvudtaget och som rör kvinnornas och männens liv, upplevelser och existens i ett visst sammanhang.

Finklers studie visar att sjukdom är skapad i ett kulturellt sammanhang som måste förstås för att man skall kunna ge en utgångspunkt för läkande. Hon talar om livsupplevande och livserfarenhet som basen för lidandet. Hon tar därmed avstånd från en psykosomatisk modell där vilken upplevd sjuklighet som helst, där fysiska symptom produceras av det undermedvetna, definieras som bevis på att det föreligger en organisk sjukdom som man måste söka medicinsk hjälp för. Enligt denna syn är psykosomatisk medicinsk förståelse av sjukdom starkt förankrad i den dualistiska modellen som delar upp kropp och själ och där själen är 'farlig' för kroppen. Finkler menar att man för att förstå sjukdom och dess uppkomst och utveckling måste undvika dikotomier mellan biologi och tänkande, natur och kultur och studera ett liv i sitt totala sammanhang och den mening och betydelse som personen i fråga ger lidandet.

Kvinnorna i Finklers mexikanska etnografi upplever en outredd ambivalens i sina liv. Förutom att landets historiska, politiska och ekonomiska situation gör dem beroende av männen ekonomiskt, har de en syn på och en längtan efter ett liv som skiljer sig från männens. I samhällets ideologi finns uttalade moraliska koder som säger att äktenskapen skall vara monogamt och bygga på romantisk kärlek, och att familjefadern skall försörja sin familj och ägna sig åt den. För mannen är den moraliska koden också att han skall visa att han är man, vara en av de starkaste och kunna konkurrera med andra män både i sitt arbete och vad gäller andra kvinnor. Dessa olika ideologier möts i det verkliga livet på mikroplanet. Män som inte motsvarar männens outtalade bevis på kraft genom att vara fysiskt starka, kunna dricka och slåss med sina bröder och ha flera kvinnor och många barn anses inte vara verkliga män. Att en man har fler än en familj att försörja är därför inte ovanligt. För kvinnorna innebär detta att de inte får pengarna att

räcka till och att deras föreställningar om kärleken och det riktiga familjelivet inte infrias.

Motsättningar mellan ideologi och verklighet ger sjuklighet
Finkler visar att de kvinnor som starkast upplever motsättningarna mellan ideologi och verklighet får värk, illamående, trötthet och andra kroniska symptom. Hon visar hur kvinnorna inte alltid är medvetna om vad det är som ger symptomen men att deras beskrivningar av livserfarenheter och upplevelser innehåller stora motsättningar mellan det de tror livet skall vara och den verklighet som omger dem och som några av dem beskriver som ett fängelse. Det framgår klart att uppkomsten av lidandet finns i kvinnornas livssituation och ständiga besvikelse som inte ges några legitima uttryck annat än genom kroppens språk.

I och med att antropologen Kaja Finkler förankrar sjukdomsorsakerna i själva livet blir mötet med sjukvården en tolkningsprocess som leder bort från ett möjligt läkande. I samma ögonblick som kvinnan med sitt lidande kommer till en medicinskt utbildad somatisk läkare tar hon också sitt första steg bort från en bot eftersom läkaren fokuserar sitt intresse på hennes kropp och inte på hennes liv. Det är bara de kvinnor som upppsöker sin kvinnliga 'healer' som ges en möjlighet att bearbeta sin instängdhet. Healern riktar deras uppmärksamhet på hur livet är och ger dem kraft att börja göra något åt det. Kvinnorna hjälps bland annat genom råd att utföra vissa aktiva handlingar som i sin tur leder till att de glömmer sin kropp och mår därigenom allt bättre i sitt vardagsliv. Detaljerade beskrivningar av healerns visa råd och några långsamma läkningsprocesser är lärorika och rekommenderas till läsning.

Somatisk inriktning begränsar
När vi idag ser fler och fler människor som söker för kroniska tillstånd som värk och trötthet utan att läkare kan bekräfta några sjukliga kroppsliga processer måste vi ta utgångspunkt i något som ligger utanför själva sjukvårdsmötet och fundera vidare på den komplexitet som Finklers och andra studier gör synlig. Antropologisk forskning har hittills varit outvecklad inom detta område i Sverige.

Kroniska tillstånd där det inte finns någon logisk tolkning in i den biomedicinska modellen blir allmer problematiska för sjukvården. Flera symptombilder av kronisk karaktär har utvecklats under 1900-talet; fibromyalgi, elallergi, amalgamförgiftning, teknostress och kroniskt trötthetssyndrom. Både läkare och patient är invävda i kulturella och sociala förväntningar när de möts för att tolka de nya symptomen. De har olika kunskaper och upplevelser kring det som är deras gemen-

samma problem. Om antropologiska studier är giltiga också i vår värld bör vägen mot bättring kunna påbörjas genom det att människor hjälps att söka lösa konfliker och motsättningar i det dagliga livets komplexitet. Men den somatiske läkaren är fångad i olika dilemman som begränsar möjligheterna att hantera nya sjukdomsmönster. Byråkratisk struktur och bakomliggande ideologi kring vilken utbildning och erfarenhet är uppbyggd är två sådana dilemman.

Orsaker till lidande kommer i bakgrunden

En upplevelse av otillräcklighet och misslyckande kan leda till att läkare remitterar människor med en viss form av lidande till den ena specialisten efter den andra. Mer och mer koncentration på symptomen blir resultatet för den lidande människan som kommer att förskansa sig i sitt kroppsliga lidande och söka hjälp med det. Orsaksfrågan kommer i bakgrunden allt eftersom livet levs genom de kroppsliga symptomen, ett språk som inte kan förstås av dem som inte varit med i just det livet.

Under ytan på den process som detta vill beskriva finns en outtalad misstro som är ömsesidig. Läkaren kan inte vara säker på vad patienten egentligen känner och vill uttrycka och patienten kan komma att betvivla läkarens förmåga och vilja att hjälpa. Det här reaktionsmönstret kan kallas för *misstrons onda cirkel*, (Sachs & Uddenberg 1987) eftersom misstro hos båda parter är en väsentlig komponent som kan komma att permanenta och förstärka behovet att bekräftelse hos patienten som därmed förstärker sitt beroende av sjukvården .

Kroniskt trötthetssyndrom är ett exempel på ett tillstånd där, som beskrivs ovan, somatik samt kulturella och sociala aspekter kan komma på kollisionskurs. Här beskrivs syndromet helt kort och med utgångspunkt från studier gjorda framförallt av medicinska antropologer i USA och vad som nu pågår i Sverige, ge några inriktningar på framtida studier och insatser när det gäller de nya sjukdomarnas problematik och interaktionen i vården.

Kroniskt trötthetssyndrom eller myalgiskt encephalomyelitsyndrom (ME) som det också kallas har varit känt som neurasteni på 1800-talet, kronisk mononukleos på 1960- och 1970-talen, yuppiesjuka på 1980-talet och idag som kroniskt trötthetssyndrom. Det har först under det senaste decenniet lett till en mer systematisk forskning och riktad klinisk verksamhet. Successivt har man i västvärlden kommit att identifiera en grupp människor som tycks lida av en likartad konstellation besvär, där trötthet ingår som en hörnsten.

För att jämförelser av forskningsresultat skall kunna göras fastställdes de symptomkriterier som nu används internationellt år 1988 av Center for Disease Control i Atlanta, USA. Dessa kriterier är i något justerad version från 1994 som följer. Diagnosen kroniskt trötthetssyndrom kan således ställas om det som står under **1a** och **1b** är uppfyllt.

1a. Patienten har en kliniskt bedömd, oförklarlig, ihållande eller återkommande trötthet sex eller flera månader i följd som är:

- något nytt för patienten
- inte är resultatet av en pågående ansträngning
- inte går att vila bort
- orsakar rejält minskad möjlighet att utöva tidigare aktiviteter på arbete eller fritid.

1b. Samtidig förekomst av fyra eller fler av följande symptom, som måste ha varit ihållande eller återkommande under sex eller flera månader i följd av ohälsa. Symptomen skall inte ha funnits innan trötthetsdebuten.

- egenuppgift om försämring av korttidsminne eller koncentrationsförmåga av sådan grad att det finns en tydlig försämring av tidigare aktiviteter
- halsont
- ömma lymfkörtlar på halsen eller i axiller
- muskelvärk
- ledvärk i flera leder utan rodnad eller svullnad
- huvudvärk av ny typ, mönster eller svårighetsgrad
- patienten vaknar outsövd
- sjukdomskänsla som varar mer än 24 timmar kommer efter ansträngning.

Sedan 1992 finns vid infektionskliniken, Huddinge sjukhus, en s.k. ME-mottagning dit människor med kronisk trötthet kan vända sig. Under många år hade man vid infektionskliniken mött dessa människor utan att veta vad man skulle göra med deras svåra lidande. De lider av en multisystemsjukdom och kan ha symptom från såväl centrala nervsystemet, immunsystemet och ofta även muskler och skelett. Idag arbetar ett team med mottagning, rehabilitering och forskning kring dessa patienter (Engqvist & Åsbring, Vårdfacket 1996;1).

Män och kvinnor, (enligt hittillsvarande forskning flera kvinnor än män), med ett eller flera av dessa symptom söker sig först oftast till sina husläkare eller vårdcentraler som tolkar symptomen som vardag-

liga och föreskriver olika vitaminer, behandlingar med antibiotika eller värktabletter, sjukskrivning osv. Det är förmodligen under denna inledande period som oro och misstro avgör hur den fortsatta sjukdomshistorien kommer att gestaltas. I en nyligen genomförd utvärdering av verksamheten vid Huddinge sjukhus (Åsbring 1994) framgår det att personerna i genomsnitt varit sjuka i 38 månader och sökt sig runt inom olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet under i genomsnitt 17 månader innan de kom i kontakt med mottagningen för kroniskt trötthetssyndrom. Det är framförallt denna period då människor söker bot och lindring som utgör ett stort problem vad gäller interaktionen i vården.

Man har nu alltså i Sverige som i andra delar av västvärlden inrättat mottagningar där dessa människor kan bli hörda, undersökta och tagna på allvar i sin situation trots att man ännu inte från medicinskt håll löst gåtan med orsakerna till det stora lidandet. När dessa människor väl kommer till en mottagning som särskilt ägnar sig åt kroniskt trötta blir de ofta lättade, känner sig förstådda och får en ny syn på sitt lidande genom att tala med andra som har samma problem. Bekräftelsen på att deras lidande är verkligt för någon annan än för dem själva blir stärkande och positivt.

Är det diagnosen man vill ha?

Men för andra uppstår också problem av ett nytt slag. Är det verkligen diagnosen kroniskt trötthetssyndrom som man vill ha? Om man inte kan göra något annat med diagnosen än att få sitt lidande bekräftat, är det då inte mera hoppfyllt att fortsätta leta? Kanske finns det ändå en kroppslig förklaring som ger möjlighet till behandling. Patienterna är lika influerade som sina läkare när det gäller att leta efter något sjukligt. Den kulturellt formade inställningen till orsakerna till sjukdom som har sina rötter i upplysningstidens filosofiska diskussioner har lett till en uppdelning av psyke och soma som begränsar såväl läkares som deras patienters möjligheter att *söka svaren utanför kroppen*. Detta gäller även vid möten med kliniker/forskare vid de speciella mottagningarna som envist söker finna 'något att ta på' genom all upptänklig provtagning. Kroniskt trötthetssyndrom är en diagnos där allt annat går att utesluta. Ännu vågar medicinarna inte uttala sig om någon som helst säker orsak.

Det fysiska lidandet blir huvudsaken

Flera studier där antropologer följt personer med diagnosen kroniskt trötthetssyndrom i USA visar dock hur upplevelser och livserfarenheter utlöser kroniskt lidande. Dessutom visar dessa studier i USA att patienter med diagnosen i stor utsträckning vägrar se sitt lidande i

termer av depression eller psykiska problem. Det innebär också att diagnosen fokuserar på det kroppsliga och legitimerar detta lidande som just en fråga om kroppen. I och med att patienterna kommer i kontakt med infektionsläkare eller andra rent somatiska läkare blir inriktningen på deras fysiska lidande huvudsaken. Såsom de mexikanska kvinnorna får patienterna även här allt svårare att komma i kontakt med orsaksfrågor som kan ligga bortom den verklighet som konstrueras i den medicinska konsultationen.

Kritisk medicinsk antropologi

Den medicinska konsultationen förser oss med en scen där vi kan få en multidimensionell insikt i biomedicin i aktion, hur diagnoser skapas och hur behandling introduceras. Den asymmetri som är implicit i varje sjukvårdsmöte ger en mikrobelysning av samhällets sociala och kulturella struktur. Inom antropologin har vuxit fram en kritisk medicinsk antropologi där man vill peka på hur det som sker på mikro- och makronivå i samhället är speglar av varandra och hur därför maktfrågorna är oundvikliga när det gäller analys av interaktionen i vården. Det framgår ändå hur man bör vara försiktig när det gäller att dra för stora slutsatser om vad som sker i relationen mellan läkare och patient när det gäller själva läkandet och sjukdomsprocessen i sin helhet. Man måste se mötet mellan läkare och patient som en komponent i läkande processer där de engagerar sig i ett 'drama' som bara kan vara en liten del i en patients livssituation och fortsatta hälsa eller sjukdom. Läkare är inte utbildade till att hantera mikrohändelser som socio-kulturella, kognitiva eller emotionella uttryck men befinner sig ändå i dessa situationer där sådan förmåga behövs.

Diskussion och slutsatser

Här har ett försök gjorts att beskriva hur värdefullt det är att inkludera samhälle och kultur i definitionen av sjukdom där man sammanlänkar livserfarenheter med lidande och symtom vilka inte alltid går att observera genom kliniska standarder eller laboratorietester. Motsättningar och händelser i människors liv upplevs i kroppen genom en uppsättning relaterade mekanismer som vårdens företrädare nu kan vara med och identifiera och beskriva. Denna formulering tar oss ett steg bortom explicit biologisk förklaring, kropp-själ dualism och traditionell psykosomatik mot en modell som tar på allvar sin utgångspunkt i en komplex uppsättning samverkande faktorer i människors liv.

Forskningen som ligger som grund för de sammanfattande kommentarerna pekar mot ett flertal teman vad gäller människors erfarenheter – utmattning genom livsstil, negativa livsupplevelser och svårigheter, sociala och kulturella motsättningar mellan ideologi och livets verklighet. Allt detta möter sjukvårdspersonal i deras interaktion med patienter. Ett folkhälsoproblem som kroniskt trötthetssyndrom kan sätta strålkastaren på flera kulturella och sociala aspekter vad gäller interaktionen i vården.

a. Bemötande av människor med diffusa och outredda tillstånd med en oklar medicinsk orsak och etiologi skapar osäkerhet, oro och misstro.

b. Svårigheterna att se människors symptom som skapade i ett socialt och kulturellt sammanhang leder till fortsatt sökande efter å ena sidan somatiska å den andra psykiska förklaringar – här också inbegripet psykosomatiska besvär.

c. De nya sjukdomarna tenderar 'skapas' som benämningar för ett lidande som inte går att klassificera i befintliga kategorier. Detta innebär att samhället sanktionerar ett lidande utan behandling och ger människor möjligheter att motsvara kriterierna för att få en legitimering av sin situation i termer av sjukdom. Ur ett kulturellt perspektiv blir sjukdom bland annat till på detta sätt; den skapas och bekräftas i och med interaktionen mellan det upplevda och svaret som detta får i ett medicinskt sammanhang.

Det som sker i interaktionen mellan människor med olika roller och kultur i vården är bara en del i pågående livsprocesser där medicinens budskap kan få mer eller mindre kraftfull betydelse. Den medicinska institutionen och dess företrädare har i stor utsträckning tagit över det stöd som kyrka och familj tidigare försåg människor med i samband med existentiella problem. Det innebär i sin tur att ett begränsande till antingen kropp eller själ i vården är otillfredsställande, särskilt vad gäller de stora folkhälsofrågorna, som exempelvis kroniskt trötthetssyndrom, där ett stort lidande inte kan få några medicinska svar överhuvudtaget. Interaktionen i vården måste öppna upp mot ett vidare perspektiv där man tar hänsyn till sociala och kulturella aspekter så långt möjligt.

8.3 Kommunikation, kön och makt i patient-läkarkonsultationer

Sammanfattning: Vår litteraturöversikt ger belägg för att kommunikationen inom vården påverkas av såväl könet på patienten som på vårdaren. Manliga läkare har till exempel en annorlunda kommunikativ strategi än kvinnliga. Den kommunikativa strategin är central, eftersom den bland annat bestämmer patientens utrymme för medverkan, hur patientens problem skall förstås etc. Kvinnliga läkare är mer inriktade på att försäkra sig om patientens aktiva medverkan i samtal och strävar också efter en bredare förståelse av patientens problem.

Kvinnliga patienter visar en tendens att föredra kvinnliga läkare speciellt när det är fråga om könsspecifika hälsoproblem. Litteraturen ger dock ingen entydig bild av kvinnors och mäns förväntningar på manliga respektive kvinnliga läkare.

Det framgår också att det biomedicinska språket, exempelvis vid gynekologisk rådgivning och preventivmedelsförskrivning, kan leda till att samtalen hamnar långt ifrån kvinnors erfarenheter och att besluten därför i realiteten styrs av andra än kvinnorna själva.

Litteraturen om vårdkommunikation utgår till stor del från amerikanska studier. Den svenska forskningen på området är ringa och avser främst kommunikation mellan patient och läkare. Detta kan i sig ses som uttryck för en klar hierarki som inte är könsmässigt neutral.

Denna litteraturöversikt sammanfattar kunskapsläget inom det breda och snabbt expanderande forskningsfält som rör kommunikation i vården. Här uppmärksammas särskilt de studier som tagit fasta på kvinnors och mäns agerande och attityder i vårdsammanhang – antingen man uppträder som patient eller som vårdgivare (i det senare fallet i allmänhet som läkare, då patient-läkarrelationen är den som rönt mest uppmärksamhet i forskningen). Vård är till avgörande delar en kommunikativ verksamhet som i alla led bedrivs med språk och samtal som viktiga resurser (Frankel 1993, Mishler 1984). Att ge vård innebär bland annat att ge information till patienter (och ibland anhöriga) om behandlingsalternativ, symptom och tänkbar genes för ett tillstånd, att övertyga, trösta och träffa överenskommelser, att diskutera levnadsförhållanden och livsstil.

Samtalet i den kliniska miljön mellan patient och läkare (eller andra vårdgivare) är dock långt ifrån den enda situation där språket har en avgörande betydelse för kvaliteten i vården. Vårdkonferenser, journal-

skrivning och liknande institutionella aktiviteter är likaså språkliga verksamheter, och om man följer vårdpersonal under en dag, kan man helt säkert konstatera att en ansenlig del av tiden ägnas åt telefonsamtal med patienter och kolleger, dokumentation av verksamheten, beställning av undersökningar och laboratorieprover osv. Man kan hävda att i modern vård som bedrivs med betoning på människors delaktighet och på förebyggande arbete blir samspelet mellan patienter och vårdgivare alltmer en nyckel till framgång.

Vård, kommunikation och kön – forskningsresultat

Ett sätt att studera kön och kommunikation i hälso- och sjukvården är att behandla biologiskt kön som en variabel med två värden. Denna typ av forskning har ofta inneburit att man gjort jämförelser mellan vårdsituationer – tänkta eller verkliga – och frågat patienter om de föredrar manliga eller kvinnliga läkare (liksom ibland motiven för angiven preferens).

I en annan typ av forskning har man ställt frågor om, eller gjort observationer av, hur manliga respektive kvinnliga läkare bemöter sina patienter, vad man ägnar tid åt, och hur "kön påverkar sättet att bedriva klinisk praktik" (Bertakis, Helms, Callahan, Azari & Robbins 1995) mer i allmänhet.

En tredje typ av studier utgår mer explicit från ett könsperspektiv och är till övervägande delen intensivstudier av kvalitativ natur samt bygger på en problematisering av forskningsområdet kommunikation i vården. Detta innebär att man inte längre inskränker sig till att betrakta kön som en variabel som kan anta två värden, utan man intresserar sig framförallt för hur föreställningar om män och kvinnor, liksom om manliga och kvinnliga egenskaper, reproduceras i vården. Kön uppfattas således i dessa studier som en grundläggande princip för social ordning och som knutet till makt och maktutövning.

Patientperspektiv på vårdkommunikation och vård med utgångspunkt i läkarens kön

I denna första grupp av studier har man således intresserat sig för om patienter föredrar manliga eller kvinnliga läkare. Denna ganska omfattande litteratur har oftast sin utgångspunkt i det ökande antalet kvinnliga läkare. Den miljö som de flesta studier avser är primärvården

och allmänläkarpraktik (general practitioners, family practice, ambulatory practice).

Sammanfattningsvis kan man säga att utmärkande för denna forskning är att den visar att det finns en tendens till att kvinnor föredrar att behandlas av kvinnliga läkare och då i synnerhet när man har kvinnliga hälsoproblem. Några studier antyder också att denna tendens är mest tydligt uttalad hos yngre kvinnor (det finns i litteraturen indikationer på en allmän generationseffekt som innebär att yngre personer har mest kritiska synpunkter på den vård de erbjuds). Samtidigt kan man konstatera att forskningen vanligtvis behandlar frågan om bemötande och kön på ett tämligen trubbigt sätt. De flesta undersökningar innehåller inte någon övertygande analys av motiven till varför man föredrar eller inte föredrar läkare av eget kön. I fallet med könsspecifika sjukdomar är det kanske uppenbart varför man föredrar läkare av det egna könet, men litteraturen ger ingen entydig bild av att män och kvinnor har olika förväntningar på kvinnliga respektive manliga läkare vad gäller deras sätt att behandla och bemöta patienter (se exempelvis West 1993, Fennema, Meyer & Owen 1990, Delgado, Lopez-Fernandez & de Dios Luna 1993). Vid en del av studierna får man otvivelaktigt känslan av att de speglar den kända devisen om att som man frågar får man svar. Nästa grupp av undersökningar, som ägnat uppmärksamhet åt hur manliga respektive kvinnliga läkare praktiserar hälsovård, ger en mer ingående och upplysande bild av könsskillnadernas natur och bakgrund.

Kliniskt arbetssätt och kommunikativa mönster hos kvinnliga respektive manliga läkare

Sammanfattningsvis kan man säga att resultaten från forskning vad avser manliga och kvinnliga läkares sätt att utöva sin kliniska verksamhet i förhållande till manliga respektive kvinnliga patienter inte är helt entydiga. De flesta studier är dessutom utförda i USA med ett annorlunda hälsovårdssystem och med andra värderingar hos såväl medborgare som vårdpersonal. Det övervägande antalet undersökningar synes dock redovisa resultat som pekar på att manliga och kvinnliga läkare har delvis olika strategier i det kliniska samtalet. Även en patienteffekt synes framträda i de flesta fall. I kvantitativt avseende talar kvinnliga läkare längre, mätt i tid och antal yttranden, med sina patienter. Man har ett mer stöttande sätt att kommunicera som leder till att patienten bidrar mer aktivt till samtalet. Majoriteten av undersökningarna tycks också peka på att kvinnliga läkare har en benägenhet att

fästa mer uppmärksamhet på psykosociala faktorer och på patientens allmänna situation. Den något drastiska formulering som Hall et al. (1994) väljer som slutsats av sin studie när de påstår att "vi drar slutsatsen att trots en stark bias i urvalet [av sökande] och en socialiseringseffekt i läkarutbildningen så lyckades man inte göra män av våra kvinnliga läkare" (s 391, vår översättning) bekräftas i så motto att det finns relativt tydliga könsskillnader i sättet att bedriva klinisk praktik. Om dessa skillnader innebär att "medicin i sig kan anses inne i en förändringsprocess till en mindre machodominerad konst och vetenskap" (ibid.) som en funktion av kvinnors ökande närvaro och ansvar kan inte besvaras med utgångspunkt i undersökningen. Däremot föregriper detta sätt att formulera frågan den tematik som bearbetats i den tredje grupp av studier som karaktäriseras nedan.

Vårdkommunikation, makt och kvinnliga/manliga erfarenheter

Frågan om relationen mellan kön och interaktion kan formuleras på olika sätt. Om man uppfattar kommunikation (exempelvis läkarkonsultationen) som en arena för handling genom vilken människor skapar möjligheter för samtalspartners att agera och delta, uppkommer en rad intressanta frågor; hur fungerar dominerande mönster för kommunikation i institutionella miljöer vad gäller villkoren för olika grupper att göra sina erfarenheter hörda? Kommunikationen i den institutionella miljön (skolan, sjukvården, banken osv.) innebär en dominans för den ena parten, som vanligen representerar någon form av expertis, som den andra parten – medborgaren – är beroende av (Säljö, 1992). Som Linell (1990) har påpekat är denna dominans märkbar *kvantitativt* (experter har en tendens att dominera talutrymmet), men den är också *interaktionell* (genom att man styr den andres möjligheter att yttra sig) liksom *innehållslig* (dvs. den starkare parten styr vad man talar om). I tillägg kan man också påstå att dominansen yttrar sig i hur man talar om det man talar om och vems erfarenheter och perspektiv som ses som relevanta. Detta innebär att samtalssituationer i de miljöer vi här berör är asymmetriska (Linell, 1990) och kan ses som en del av den offentliga maktutövningen. En intressant följdfråga blir då hur olika gruppers erfarenheter speglas i samtalen och vilka möjligheter man har att göra sina intressen gällande.

Med ett sådant maktperspektiv på kommunikation blir jämförelser mellan mäns och kvinnors åsikter bara en liten del av vad som är intressant i sammanhanget. Istället blir en central tematik den som rör

vilka möjligheter män och kvinnor ges att möta sätt att beskriva och förstå sin situation som svarar mot deras erfarenheter och intressen. Det slags ojämlikhet som genussystemet ger upphov till är avhängigt av hur föreställningar om manligt och kvinnligt skapas i samspelet mellan vårdgivare och vårdtagare, och dessa förs vidare genom språket. De som reproducerar ett dominanssystem behöver självfallet inte vara medvetna om att de bidrar till att upprätthålla en sådan ojämlikhet genom sitt sätt att bemöta andra människor (i själva verket är man sällan det, jfr Waitzkin 1991, speciellt kap. 5 och 6).

Denna bakgrund är ett försök att tydliggöra premisserna för en del av den växande forskning som tagit fasta på och inspirerats av en könsteoretisk utgångspunkt och som således har ett mer kritiskt perspektiv. Om man således menar sig kunna utgå ifrån att många sociala processer innebär en underordning av kvinnor, och därmed kvinnliga perspektiv och intressen, blir den intressanta forskningsfrågan hur detta går till i ett konkret sammanhang. De studier som vi skall ange som exempel på denna forskningsstrategi har således ställt frågor kring hur man kan synliggöra kvinnliga och manliga sätt att agera och hur man kan förstå dem i ljuset av en könsteoretisk betraktelse av manligt/kvinnligt.

West (1993) anlägger ett könsteoretiskt perspektiv på en av de mest utforskade frågorna inom hälsokommunikation, den som rör patienters följsamhet (complicance). I sammanfattning innebär resultaten att *manliga läkare gav direkta instruktioner, formulerade närmast som order* ("ta en av varje [tablett] fyra gånger om dagen"; "sätt dig här"). I motsats till detta använde *kvinnliga läkare ofta en strategi för att förmedla direktiv som innebar att man arbetade med förslag.* Genom strategin att använda förslag istället för order förändras balansen mellan parterna i samtalet och blir mer jämlik. Förslag kan man, och förväntas man till och med, reagera på och ta ställning till. En order kan vara mycket svår för en underordnad part att diskutera, eftersom detta fordrar att man ifrågasätter ett beslut fattat av en part vars kunskap och hjälp man är beroende av. West menar att dessa skillnader avspeglar mer generella antaganden och ideal i amerikansk kultur om hur män och kvinnor skall agera. Att ge direktiv i form av order är förknippat med ett manligt förhållningssätt (och detta är en naturlig ordning också för patienter). Att skapa samförstånd och gemensamma åtaganden uppfattas som ett kvinnligt närmande till beslut. Wests studie illustrerar också tydligt hur jämlikhet eller ojämlikhet i kommunikation skapas genom sätt att förhålla sig. Den som tar sig rätten att ge order, tar sig också rätten att underordna den andre.

I en artikel från 1990 som bygger på samma material går West ännu djupare in i samma fråga om *vilka villkor som läkaren skapar för patienten genom sitt sätt att kommunicera*. West visar hur skillnaderna i sätten att ge direktiv och instruktioner till patienter också innebar att de kvinnliga läkarna tämligen systematiskt strävade efter att skapa en kommunikationssituation som gav en bild av ett gemensamt ansvar för vårdbeslut. West kommer också i detta arbete in på den flitigt beforskade frågan om patienters följsamhet eller compliance mot de råd/anvisningar man får (Larsson 1989, Kjellgren, Ahlner & Säljö 1995). Även om West inom ramen för den studien som genomförts inte kan uttala sig om compliance i ett långtidsperspektiv (eftersom studien inte innehöll någon uppföljning av patientens senare agerande), menar hon att man inom ramen för konsultationen kan urskilja vissa mönster vad gäller vilket sätt att ge direktiv/skapa överenskommelser som förefaller framgångsrika (s 106ff). Man kan nämligen se hur patienter reagerar på de olika sätten att ge direktiv. Det fanns en klar skillnad i den mening att det sätt som framförallt (men inte uteslutande) de kvinnliga läkarna agerade på, med förslag som gav en jämlik utgångspunkt i samtalet och som innehöll utgångspunkter som formulerats så att båda parter skulle se sig som ansvariga, så gav patienterna betydligt fler explicita responser som bekräftade deras avsikt att följa överenskommelsen. Denna strategi ledde till att patienterna i 67 procent av fallen gav svar som indikerade en sådan avsikt. Rena imperativer (som framförallt gavs av manliga läkare) fick sådana bekräftande svar från patienterna i endast 47 procent av fallen. Principen i detta avseende förfaller vara att ju mer av imperativ form direktivet hade, desto lägre frekvens av bekräftelse från patienter som signalerade att man hade för avsikt att följa rådet. Detta gällde även för kvinnliga läkare, men den stora skillnaden var, som påpekat, att de hade ett litet antal av denna typ av utsaga.

Biomedicinskt språk lämpar sig inte för kommunikation med patienten

I litteraturen finns en mer generell diskussion av den ojämlikhet som uppkommer i institutionella samtal och en ansenlig del av denna forskning har ägt rum inom ramen för hälso- och sjukvården. Problemet är principiellt intressant eftersom det finns ett mönster som innebär ett ökande inslag av professionell expertis inom många olika fält som tenderar att beröva människor inflytande över deras egna situationer (se bl.a. Melander 1995). En kritiskt hållen diskussion – med könsmässiga implikationer – exemplifieras av Mishlers (1984) arbete om det biomedicinska språket och dess roll i vården. Mishlers tes är, kort uttryckt, att man måste göra en skarp åtskillnad mellan vård och medicinsk vetenskap. Vård innebär aktiva ingrepp i människors

livsvärld och är en, i jämförelse med den medicinska vetenskapen, praktisk och i stor utsträckning också moralisk verksamhet. Det biomedicinska språk som dominerar vården är utvecklat för att fungera som ett effektivt och precist kommunikationsmedel som i första hand fungerar inåt i organisationen och med vetenskapliga ideal som utgångspunkt. Det lämpar sig däremot av flera skäl illa för kommunikation med patienter. I vanliga fall tolkas kommunikationsproblemet i sammanhang av detta slag också som en fråga som rör terminologi, men detta förefaller enligt samstämmiga studier knappast vara något större problem. I studier inom bl.a. primärvård fanns inte några tecken på att läkare numera särskilt ofta introducerar teknisk terminologi som patienter inte förstår (Johanson et al 1995; i tryck). Istället förefaller det ibland som patienter kommer med övervägande delen bidrag av detta slag (jfr studie på medicinpoliklinik, Aronsson, Larsson & Säljö 1995).

En mer intressant kritik går istället ut på att det biomedicinskt förankrade språket beskriver sjukdomar och hälsoproblem på ett sätt som fjärmar dessa från människors upplevelser av sin kropp och de problem man upplever i sitt dagliga liv. Mishler (1984) talar om denna konflikt som en spänning mellan "den medicinska rösten" (vår översättning) å ena sidan och "livsvärldens röst"(vår översättning) å den andra. Flera forskare har framfört liknande analyser av dessa problem i ett könsperspektiv.

Det medicinska språket distanserar: gynekologi och kvinnors livsvärld

En serie intressanta arbeten om hur kvinnors liv och behov kontextualiseras i medicinskt språk i USA rapporteras av Fisher (1993), Fisher och Todd (1986) samt Todd (1984). Den situation det handlar om i dessa studier är gynekologisk rådgivning och preventivmedelsförskrivning. På en allmän nivå kan man säga att analyserna av konsultationerna visar hur frågan om hur kvinnornas behov av att ha ett tillfredsställande skydd mot oönskad graviditet teknifieras och fjärmas från deras livsvärld. Fisher och Todd (1986) illustrerar hur den kunskapsproduktion som är knuten till preventivmedel, liksom hela den informationsflod som kommer via läkemedelsindustrin, leder till en argumentation i konsultationen som ensidigt kopplar preventivmedelsanvändandet till frågan om kvinnokroppens reproduktiva funktion och inte till kvinnan som en social varelse. Vad man visar mer specifikt är hur läkare använder sig av argument beträffande p-pillers förmenta ofarlighet på ett sätt som indirekt – eller till och med direkt – innebär ett övertalande av kvinnor att använda denna form av skydd. Kvinnors frågor och oro i relation till p-piller

avfärdas med hänvisning till argument hämtade från mer eller mindre auktoritativa källor som vetenskapliga tidskrifter och/eller läkemedelsreklam. Dessa aktörer beskriver utvecklingen i termer som innebär att nya medel är ofarliga och inte innebär någon risk av den typ som funnits tidigare. Genom läkarnas beroende av argumentation hämtad från sådana källor finns det likaså en risk för att själva patient-läkarrelationen påverkas. P-piller framstår som det rationella sättet att skydda sig (det är säkert, det fungerar alltid, man behöver inte planera som vid användande av mekaniska skydd osv.) oavsett vilket behov kvinnan upplever sig ha av skydd. Att inte välja denna form av skydd kommer därmed att framstå som att man inte har förtroende för läkarens bedömning.

Beslut om åtgärd färgas av kvinnans sociala situation

Fisher (1993) utgår i en studie från frågan varför hysterectomier (borttagande av livmodern) har blivit så vanliga i USA. Den fråga Fisher ställer sig är hur besluten om att göra ett sådant ingrepp går till och vilken argumentation som betraktas som relevant när beslutet fattas. Data insamlades genom deltagande observation och genom en longitudinell procedur där kvinnor vid två olika kliniker följdes genom olika steg: från provtagning via besked om cellförändringar till beslut om ingrepp och sedermera operation. Situationen här är givetvis mångfacetterad och har en djup personlig innebörd för kvinnan och hennes närmaste. Ingreppet innebär en oåterkallelig förlust av den reproduktiva förmågan och kan inte reduceras till ett medicintekniskt problem. Vad Fisher illustrerar är hur frågan behandlas som ett förment biomedicinskt problem, men hur det ändå är lätt att se att andra överväganden kommer in. Exempelvis genomfördes ingreppet på hälften av de kvinnor som kom till kliniken i den öppna hälsovården (ofta med stöd från sociala myndigheter), medan ingen av de patienter man följde vid en universitetsklinik, dit patienterna rekryterades via den privata sjukvården, genomgick en sådan operation. Istället behandlades de på alternativa sätt. Detta utfall förefaller inte slumpmässigt och i anlaysen av samtalen visar Fisher bland annat hur beslutet om ingreppet kommer att färgas av patientens sociala situation. Fattiga kvinnor med många barn tenderade att bli opererade (och därmed steriliserade), medan detta inte var fallet för andra patientgrupper. Det är omöjligt att förstå detta utfall på annat sätt än att bedömningarna från klinikernas sida innehöll andra element än rent biomedicinska.

Fisher illustrerar också hur blivande gynekologer, varav i USA vid denna tid över 90 procent var män, kan få en bild av livmodern och dess funktion som har en ensidig utgångspunkt i ett biomedicinskt

perspektiv där reproduktionen framhävs som det enda intressanta i sammanhanget.

I en artikel i ett specialnummer av Obstetrics and Gynecology uttrycker sig utgivaren på följande sätt: "Livmodern har endast en funktion: reproduktion. Efter den sista planerade graviditeten blir livmodern en värdelös, blödande, symptomproducerande, potientiellt cancerbärande organ och därför skall den tas bort" (Larned 1977, s 199, citerad i Fischer 1993, s 178. Vår översättning). Fishers poäng är att med studerandes exponering för ett biomedicinskt språk med sådana antaganden, och med en så manlig dominans i kåren av gynekologer, kommer samtalen att hamna långt ifrån kvinnors erfarenheter och besluten därför i realiteten att styras av andra än av kvinnorna själva.

Diskussion och slutsatser

Kommunikation är ett avgörande inslag i de flesta vårdsituationer och framgångsrik behandling förutsätter att interaktionen mellan vårdgivare och vårdtagare i kliniska miljöer fungerar tillfredsställande. Brister i kommunikation och information är också en av de vanligast förekommande anledningarna till klagomål på vården. I detta avsnitt ges en översikt över den internationella forskning som behandlar det kommunikativa samspelet mellan vårdgivare (i första hand läkare, eftersom det är läkarsamtalet som framförallt uppmärksammats i vetenskapliga studier) och medborgare. I genomgången läggs tonvikt på frågor om samspelet mellan kön (hos vårdgivare såväl som medborgare) och det kliniska samtalets utformning och förlopp.

Genomgången visar att det finns tydliga tecken på att kommunikation i klinisk praktik i vården påverkas av parternas kön, även om resultatbilden inte är entydig. Ett axplock bland resultaten ger vid handen att kvinnliga läkare i de flesta studier visar sig ha en annorlunda kommunikativ strategi än manliga kollegor. Denna strategi innebär att man är mer inriktad på att försäkra sig om patientens aktiva medverkan i samtalet och man strävar likaså efter en bredare förståelse av patientens problem genom att exempelvis knyta an till patientens psykosociala situation. Man lämnar också större utrymme åt patienten. På vårdtagarsidan framgår bland annat att kvinnor, särskilt yngre, föredrar att möta kvinnliga läkare vid vårdbesök och denna preferens blir än tydligare vid vad man uppfattar som könsspecifika hälsoproblem. Samtidigt kan konstateras att huvuddelen av forskningen om patientbemötande i vården utförts i USA med ett annorlunda

hälsovårdssystem och med andra attityder till frågor som rör hälsa och hälsovård. Forskningen i Europa är föga omfattande och i Skandinavien /Sverige finns mycket få systematiska studier av hur patientbemötandet faktiskt ser ut.

Genom att bearbeta autentiska data från konsultationer, och genom att välja ett medvetet könsperspektiv, kan man synliggöra de mekanismer i vårdsamtal som innebär makt och dominans och som i ogynnsamma fall leder till att människor möter ett sätt att diskutera sin hälsa och sitt liv som de inte känner igen eller kan hävda sig mot. Förändringsarbete i dessa frågor måste enligt vår mening bedrivas genom en öppen debatt och den forskning vi här redovisat utgör exempel på hur en sådan debatt kan stimuleras av forskningsresultat.

Litteraturfloran om vårdkommunikation befinner sig under stark utveckling. Den domineras kraftigt av amerikanska aktörer och perspektiv. Den svenska forskning om hur vårdsamtal bedrivs och hur vårdbeslut går till är mycket ringa och avser främst kommunikation mellan patienter och läkare. Detta kan ses som uttryck för en klar hierarki som inte är könsmässigt neutral. Tämligen omfattande vård-forskning i landet har ägnat relativt litet intresse åt vårdkommunikation och än mindre åt könsdimensionen.

8.4 Faktorer som påverkar kliniskt beslutsfattande – exemplet läkemedelsförskrivning

Sammanfattning: I den beslutsprocess som föregår val av behandling påverkas läkaren av sin egen erfarenhet och kunskapsnivå, av sina attityder, värderingar och uppfattningar samt av situationella faktorer. Klinisk bedömningsanalys kan användas för att få närmare upplysningar om läkarens användning av information inför ett beslut. En sådan studie kunde påvisa skillnader i manliga respektive kvinnliga läkares bedömning av patienterna och deras läkemedelsbehandling.

Kvinnor och män får i viss utsträckning olika läkemedelsförskrivning, vilket kan få oönskade konsekvenser. Manliga och kvinnliga läkare fattar olika beslut i jämförbara situationer. Interaktionen i vården behöver ägnas ökad uppmärksamhet så att förståelsen härför fördjupas. Därmed kan vårdpersonal motiveras för att vid behov ändra sitt beteende så att jämlikhet i bemötande och vård främjas.

Den medicinska grundutbildningen är en viktig del av de mekanismer som formar läkarnas förhållningssätt avseende könets betydelse för behandling och bemötande av patienterna. Det är därför väsentligt att utbildningen behandlar kunskaper om attityder, värderingar och uppfattningar avseende betydelsen av kön i läkar-patientkontakten och vid behandlingen.

I detta avsnitt har läkemedelsförskrivning fått bilda exempel på den beslutsprocess som föregår läkarens val av medicinska åtgärder. I beslutsprocessen påverkas läkaren bl.a. av sin egen erfarenhet och kunskapsnivå. Kunskapsnivån påverkas i sin tur av flera samverkande faktorer, inkluderande grundutbildning, fortbildning, information av olika slag från professionella och akademiska källor och från medicinska tidskrifter. Informationen kommer också från oberoende källor som t.ex. Läkemedelsverket, läkemedelskommittéer och Apoteksbolaget eller i form av muntlig eller skriftlig information från läkemedelsindustrin, inklusive annonser och reklam av olika slag. Påverkan av kollegor har också visats ha stor betydelse. Alla dessa faktorer inverkar på attityder, värderingar och uppfattningar, vilka ytterligare påverkas av situationella faktorer, som har att göra med befolkningen, sjukvården och patienten (Clark 1991).

Påverkansfaktorer på befolkningsnivån gäller regler och ekonomiska aspekter på läkemedelsförskrivning samt tillgång till hälsovård. Inom

sjukvården är organisationen av mottagningsverksamheten av betydelse liksom patientunderlagets storlek och tillgängligheten. Läkarens förmåga att få relevanta upplysningar av och förståelse för patientens sjukdomssymptom har stor betydelse, liksom patientens egna föreställningar om sjukdomen och behandlingsmöjligheter, inklusive den specifika inställningen till läkemedelsbehandling.

Vidare inverkar läkarens attityder och värderingar avseende sjukdomen i fråga liksom uppfattningar om värdet av den aktuella läkemedelsbehandlingen. Beträffande läkemedlet kan flera faktorer spela in som t.ex. effektgrad, biverkningsprofil, kostnad, läkarens tidigare erfarenhet av läkemedlet m.m. Värderingen av information om läkemedlets effekter när det gäller behandling av kvinnor försvåras av att läkemedelsprövningar ofta utförs med endast manliga försökspersoner (Council Report 1991). Patientens ålder, kön, sociala klasstillhörighet, uppträdande, förväntningar, föreställningar, behov och förmåga att överhuvudtaget beskriva sina besvär har också visats ha betydelse för beslut om läkemedelsbehandling. Dessutom påverkas läkaren av den allmänna kulturen kring läkemedel samt av traditioner och uppfattningar om hälsa och sjukdom. Inte minst påverkas läkaren av den medicinska utbildningen som sådan och det fortlöpande deltagandet i den medicinska kulturen. Läkar-patientkommunikationens karaktär och innehåll – i synnerhet beträffande den grad av delaktighet patienten har vid beslutsfattandet – har slutligen ett avgörande inflytande på såväl själva förskrivningen som patientens villighet och motivation att följa läkarens råd och ordinationer.

Läkemedelsförskrivning och läkemedelsanvändande är olika för män och kvinnor. En del av dessa skillnader kan förklaras av att män och kvinnor har könsbundet olika behov av läkemedel. Vissa läkemedel är t.ex. specifika för det ena könet. En del av förklaringen till den generellt högre förskrivningen till kvinnor i reproduktiv ålder har hänförts till de specifika behov som förutom ovanstående endast uppvisas av kvinnor i dessa åldrar. Trots dessa uppenbara orsaker till att kvinnor har en högre läkemedelsförskrivning och även högre läkemedelsanvändande, är det inte tillräckligt för att förklara de skillnader som finns, t.ex. vad gäller läkemedel för behandling av psykiska åkommor.

Kliniskt beslutsfattande vid läkemedelsförskrivning

Rationell läkemedelsanvändning kan ses från åtminstone tre perspektiv: ett 'biomedicinskt-farmakologiskt-ekonomiskt' perspektiv, läkarens

perspektiv och patientens perspektiv (Denig 1994). Ett läkemedel som ur strikt farmakologisk-ekonomisk synpunkt (effektivt, säkert, billigt) är det rationella valet kan ändå för den enskilde läkaren i kontakt med den individuella patienten framstå som mindre rationellt än ett annat läkemedelsval. Det unika individuella valet kan istället bedömas vara mest rationellt vid en sammanvägning av alla de faktorer som är väsentliga för att läkemedlet dels skall kunna förväntas ha en gynnsam effekt, dels överhuvudtaget komma att användas av patienten.

Flera faktorer samverkar vid läkarens beslut att förskriva ett visst läkemedel i en viss situation och beslutsvägarna kan variera beroende på den aktuella frågeställningen. Sammanfattningsvis kan den process som leder fram till ett beslut om att behandla (eller inte behandla) med läkemedel beskrivas på följande sätt. Läkaren möter en patient som presenterar ett problem som läkaren, i varierande grad av samförstånd med patienten, uppfattar vara möjligt att behandla med läkemedel. Läkaren har då ofta redan ett visst antal tänkbara farmakologiska eller icke-farmakologiska behandlingar i åtanke. Valet mellan dessa påverkas av läkarens värderingar av terapin och förväntningar på dess effekter. Dessa förväntningar har byggts upp genom inflytande från flera källor, inkluderande direkt kunskap om behandlingen, kollegors uppfattningar samt erfarenhet av tidigare behandlingar med läkemedlet i fråga. I en analytisk beslutsprocess överväger läkaren fördelar och nackdelar med behandlingen och kommer, med hänsynstagande till patientens önskemål, fram till ett beslut om läkemedelsförskrivning. Denna analytiska beslutsmodell används dock inte alltid. I vissa fall (åtminstone vart fjärde fall enligt vissa undersökningar) förekommer alternativa beslutsprocesser där läkaren använder sig av någon form av tumregler, antingen som en följd av tidigare överväganden, eller utifrån en behandlingsrutin som övertagits från behandlingsrekommendationer eller från andra kollegor.

Sammanfattningsvis utgörs de faktorer som främst utövar inflytande på läkarens beslut om läkemedelsförskrivning av direkta metoder (rekommendationer från läkemedelskommittéer, förskrivningsrestriktioner etc.), indirekta metoder (fortbildning, marknadsföring, påverkan av kollegor etc.) samt läkarens praktiska situation (den kliniska verksamhetens organisation m.m). Läkarens inre bearbetning av all denna information och påverkan bestäms av det ovan beskrivna sättet att hantera beslutssituationer i sjukvården samt av läkarens attityder och värderingar. Slutligen formas beslutet i dialog med patienten. Denna dialog kan dock ha mycket olika karaktär, från rena direktiv, över samförståndslösningar till handlande helt utifrån patientens önskemål.

För att förstå bakgrund och orsaker till könsspecfika skillnader avseende beslut om läkemedel, är det nödvändigt att på ett fördjupat sätt belysa de faktorer som främst påverkar läkarens beslutsprocess vid läkemedelsförskrivning respektive patientens användande av läkemedlet. Klinisk bedömningsanalys kan användas för att analysera läkarens användande av information inför ett beslut. Denna metod utnyttjar standardiserade fallpresentationer där fallbeskrivningarna varieras i bestämda avseenden, allt i syfte att utröna den enskilda läkarens sätt att använda de olika variablerna som underlag för sina bedömningar. Nedan presenteras ett exempel från ett forskningsprojekt där denna metod kommit till användning.

Kvinnliga och manliga läkares behandlingsbeslut gällande standardiserade 'papperspatienter' vid behandling av astma och urinvägsinfektion

En förklaring till variationer mellan kvinnliga och manliga läkare avseende läkemedelsbehandling kan vara att olika läkare har olika patienter och att olika läkares förskrivningsmönster därmed med nödvändighet skiljer sig åt. För att belysa förekomsten av eventuella verkliga skillnader måste man göra någon form av standardisering av patienten, vilket kan göras i en experimentell situation med hjälp av klinisk bedömningsanalys.

I en studie vid Institutionen för folkhälsovetenskap (Avdelningen för internationell hälso- och sjukvårdsforskning, IHCAR) vid Karolinska institutet har s.k. 'papperspatienter' använts för att belysa sådana variationer i behandling av standardiserade patienter. Två fallserier utformades (26 fall per serie), en gällande behandling vid försämring hos en manlig astmapatient och en gällande val av antibiotika till en kvinna med urinvägsinfektion. Fallen är konstruerade med en gemensam bakgrundsbeskrivning inom varje fallserie, ett antal faktorer som varierar på olika nivåer och sedan likalydande frågor avseende varje fall.

Analysen har fokuserat på eventuella skillnader mellan de 42 kvinnliga och 57 manliga allmänläkare från Mellansverige som deltog i undersökningen. Läkarna hade jämförbar ålder, formell kompetens och erfarenhet. Könet på patienten inom varje fallserie har inte varierats, men för att specifikt kunna studera denna frågeställning skulle detta kunna göras i en framtida undersökning.

I resultaten från astmaserien ingår 2.574 patientbedömningar. Första frågan gällde eventuell förskrivning av en kort peroral kortisonkur och där framkom ingen skillnad mellan de kvinnliga och de manliga läkarna

(kvinnorna skrev ut en kortisonkur i 56 procent och männen i 55 procent av fallen). Beträffande antibiotikaförskrivning bedömde de kvinnliga läkarna i signifikant fler fall än de manliga läkarna att antibiotikabehandling var nödvändig (kvinnorna skrev ut i 50 procent av fallen och männen i 45 procent). När en analys gjordes beträffande de olika bedömningsfaktorerna (bl.a. ålder, symptom, andningsfunktion) kunde inte någon av dessa faktorer förklara de påvisade skillnaderna.

I resultaten från serien om urinvägsinfektioner förelåg 2.487 fall. Signifikant fler manliga än kvinnliga läkare skrev ut norfloxacin, ett antibiotikum som inte rekommenderas som förstahandsval till en patient med en okomplicerad urinvägsinfektion. Av rekommenderade förstahandsläkemedel skrev kvinnliga läkare ut en signifikant högre andel trimetoprim än de manliga läkarna medan de manliga läkarna å andra sidan skrev ut en signifikant högre andel pivmecillinam än sina kvinnliga kollegor.

Vid bedömning av standardiserade 'papperspatienter' föreligger således skillnader mellan hur kvinnliga och manliga läkare behandlar dessa. Skillnaderna är små i absoluta tal men kan ändå ha betydelse eftersom båda sjukdomstillstånden är mycket vanligt förekommande. Eftersom alla läkare besvarat frågor kring samma patienter måste orsaken till skillnaderna finnas i läkarnas kunskaper, attityder, värderingar, normer, föreställningar eller förhållningssätt i den experimentella situationen.

Att kvinnliga läkare visar sig vara benägna att skriva ut antibiotika något oftare än de manliga läkarna kan vara ett uttryck för en vilja att tillmötesgå patienten. Det kan också vara ett säkerhetstänkande i samarbete med patienten. 'Patienten' var i detta fall manlig och en möjlig förklaring kan vara att de kvinnliga läkarna tycker det är bäst att behandla när patienten söker istället för att avvakta, då man eventuellt kan misstänka att kontakten annars skulle gå förlorad.

Beträffande val av antibiotikum för en okomplicerad urinvägsinfektion skriver de manliga läkarna i högre utsträckning ut norfloxacin. Detta är ett relativt nytt läkemedel, med en ny verkningsmekanism, som fått ett mycket stort genomslag på den svenska marknaden även för okomplicerad infektion, trots att det inte klassats som ett förstahandsmedel i de flesta tillgängliga behandlingsrekommendationer. De kvinnliga läkarna kan ha varit mer benägna att lyssna på detta restriktiva budskap medan de manliga läkarna istället varit mer benägna att pröva det nyare läkemedlet. Beträffande de två förstahandsmedlen valde de kvinnliga läkarna oftare trimetoprim. Detta

antibiotikum har en enklare dosering och en kortare behandlingstid, men undersökningens data kan inte visa att just detta är den underliggande orsaken till skillnaden i val av läkemedel.

Tidigare studier har visat att det kan förutses att läkares bedömningar och beslut vad gäller papperspatienter framträder på liknande sätt vid beslut om behandling av patienter i läkarens egen praktiska verksamhet. Om resultaten av den aktuella undersökningen överförs till en verklig situation skulle det innebära att var tionde manlig astmapatient som behandlas av en kvinnig läkare skulle få en behandlingskur med antibiotikum som troligen inte var nödvändig. Dessutom skulle ett antal kvinnor med urinvägsinfektion, som träffar manliga läkare, 'i onödan' få behandling med ett läkemedel som kan tänkas bidra till uppkomst av problem med antibiotikaresistents.

Läkares uppfattningar om läkemedelsförskrivning

I en större nationell studie i svensk primärvård (Wahlström 1995, Diwan 1995) registrerades cirka 600 primärvårdsläkares förskrivning av lipidsänkande läkemedel under 22 månader. De förskrivande läkarna fick också besvara en skriftlig enkät där en av frågorna gällde om män och kvinnor behandlades lika. I enkäten angav 55 procent av läkarna att de var mer restriktiva att förskriva lipidsänkande läkemedel till kvinnor med höga blodfetter än till män. Förskrivningsregistreringen visade dock att kvinnor fick läkemedel i nästan lika hög grad som män. Detta bekräftades också vid en genomgång av journaler gällande omkr 2.900 patienter i åldern 30-65 år med förhöjda blodfetter.

I en telefonintervjustudie i södra Sverige (Troein 1995) tillfrågades 236 allmänläkare hur de skulle behandla en 65-årig kvinna respektive man med förhöjt blodtryck. I svaren angav flertalet läkare att de i första hand skulle förskriva ett diuretikum (27 procent till kvinnan, 20 procent till mannen) eller en betablockerare (52 procent till kvinnan, 57 procent till mannen). Färre än 10 procent av läkarna angav förskrivning av antingen ACE-hämmare eller kalciumblockerare som förstahandsmedel. Det av läkarna uppgivna förskrivningsmönstret är inte i överensstämmelse med de förskrivningsuppgifter som har framkommit vid diagnosreceptundersökningen där det visats att kvinnor i högre utsträckning får äldre och billigare läkemedel medan männen får nyare och dyrare läkemedel (se avsnitt 2.3).

Hittills har inga studier publicerats som direkt försökt förklara vad denna typ av specifik könsskillnad i läkemedelsbehandlingen kan ha för orsaker. Tillsvidare får man förmoda att det har att göra med de allmänna skillnader i läkarnas attityder gentemot kvinnor och män som

har framkommit i olika studier. I det här aktuella fallet med skillnader i val av läkemedel vid blodtrycksbehandling skulle man kunna tänka sig att flertalet läkare, huvudsakligen på grund av sin i den medicinska kulturen formade könsrollskaraktär, i första hand skulle uppfatta männen som viktigare ur en samhällelig nyttosynpunkt och därför vara mer benägna att behandla männen med de nyare och dyrare läkemedlen. Detta resonemang förutsätter att läkarna har den underliggande uppfattningen att de nyare läkemedlen är effektivare och bättre ägnade att tillgodose behandlingsmålen, vilket inte har fått stöd i översiktliga sammanställningar av effekten av olika slags blodtrycksbehandling. Det finns inga undersökningar som direkt visar om manliga och kvinnliga läkare skiljer sig åt i dessa avseenden, men den kommande redovisningen gör det troligt att det föreligger sådana skillnader.

När brittiska allmänläkare fick redogöra för tillfällen då de känt obehag i samband med förskrivning av läkemedel (Bradley 1992), visade det sig att det framförallt uppkom vid förskrivning av antibiotika, psykofarmaka (sedativa och hypnotika) och olika typer av symptomlindrande droger (te.x. hostmedicin). Läkarna angav patientens förväntningar som främsta skäl till förskrivningsbesluten, men också att det kunde gälla att upprätthålla en god patient-läkarrelation eller att det berodde på att liknande förskrivning skett tidigare. Läkarna bedömdes behöva lära sig att säga nej till förskrivning av läkemedel och istället utveckla bättre förmåga att uppmuntra patienten att pröva icke-farmakologisk behandling. En metod att lära sig detta kan vara att just närmare studera egna erfarenheter av när läkemedelsförskrivning inger obehagskänslor. Undersökningen inriktades inte speciellt på skillnader mellan män och kvinnor men är av allmänt intresse för att förstå de variationer som finns mellan olika läkare och för att den anger förslag till åtgärder för att förbättra läkemedelsanvändandet.

Läkemedelsförskrivning i allmänhet

Vid studier av totalförskrivningen av läkemedel har det i flera länder visat sig att förskrivningen vanligtvis är något högre för kvinnor, men att kvinnorna också är något äldre i befolkningen, vilket kan förklara en stor del av skillnaderna. Vid en större registerstudie i USA (Ferguson 1990) undersöktes bl.a. förekomsten av potentiellt olämplig förskrivning. Man kunde inte påvisa några skillnader som kunde hänföras till patientens kön.

Det har formulerats flera tänkbara förklaringar till att kvinnor synes använda mer läkemedel än män. Efter en litteraturgenomgång (Lisansky Gomberg 1982) beskrevs fyra förhållanden som sannolikt särskilt betydelsefulla: a) inverkan av händelser i kvinnors liv, som är relaterade

till reproduktiva förhållanden; b) kvinnor har oftare akuta sjukdomar; kvinnor rapporterar oftast sämre hälsostatus; kvinnor har fler läkarbesök; c) kvinnor har större tendens att tillgodose ett beroendebehov i sjukrollen; kvinnor är ofta vårdande (barn, föräldrar etc.) och därför oftare i kontakt med läkemedelsbehandling; d) socialt bestämd dubbel standard vad gäller läkemedelsanvändande; t.ex. oftast kvinnor i reklam för antidepressiva.

Kvinnor har en högre livslängd än män, men har samtidigt högre sjukdomsförekomst än män i jämförbara åldrar (Stephenson 1993). Några tänkbara skäl till denna könsdifferens kan vara: (i) sjukdomsbeteende, (ii) beteende i förhållande till riskfaktorer, (iii) förmåga att uppfatta symptom från den egna kroppen, (iv) förmåga att beskriva och berätta om symptom från den egna kroppen, (v) inflytande från biologiska skillnader, t.ex. händelser som hänförs till kvinnans reproduktivitet, (vi) skilda sociala roller, (vii) olika exposition för miljö- eller yrkesbetingade riskfaktorer i omgivningen, (viii) påverkan på hälsan betingad av stress och brist på sociala stödsystem.

Det är välkänt att patientens följsamhet till föreslagen medicinering inte sällan är mycket låg. Det har också visats att läkarens uppfattning om de egna patienternas medicinering visar dålig överensstämmelse med vad patienten själv uppgivit (Hulka 1975). När det gällde psykotropa läkemedel, antibiotika, antihistaminer och medel för sjukdomar i magtarmkanalen, var patienternas användande i högre grad avvikande från läkarnas ordination, medan användandet av hjärt-kärlmedel och antidiabetika visade större överensstämmelse än genomsnittet för alla läkemedelsgrupper. Kvinnliga patienter hade en lägre grad av avbrytande av behandling och högre grad av tillägg av annan medicinering (bl.a. från annan läkare). Författarna studerade anledningen till avvikelse från ordinationen och fann att det i allmänhet inte rörde sig om direkt ovilja att följa den föreslagna behandlingen utan oftare om missförstånd på grund av bristfällig kommunikation och/eller högt antal läkemedel per patient.

I en studie i USA (Svarstad 1987) utgjordes undersökningsgruppen av 862 personer (54 procent kvinnor) som slumpvis valts ur en befolkning på 54.000 invånare. De 862 personerna undersöktes noggrant under en tvåårsperiod avseende registrerade läkemedelsinköp och besök hos läkare (journaldata). Kvinnor erhöll något fler läkemedel än män med en topp under fertil ålder. Den signifikanta skillnaden upphävdes när kvinnospecifika läkemedel (t.ex. p-piller) undantogs från analysen, men det kvarstod ändå en något högre förskrivning. Författarna kommenterar att deras data inte kan användas för att bekräfta att kvinnor får en

medicinskt korrekt eller för hög förskrivning av läkemedel eller ens att läkemedlen skrivs ut på helt riktiga indikationer. Det kan inte heller uteslutas att män, särskilt i yngre åldrar, har medicinska problem som skulle behöva behandlas med läkemedel om de blev uppmärksammade.

Läkar-patientinteraktionen och könets betydelse

I en översiktsartikel rörande inverkan av läkarens kön på läkar-patientrelationen beskrivs den teoretiska bakgrunden till hur könsskillnader kan uppstå (Weisman 1985). Det kan röra sig om könsspecifika förhållningssätt hos läkaren där den kvinnliga läkaren kan förväntas inta ett mer interpersonellt, empatiskt förhållningssätt än den manlige läkaren. Den kvinnliga läkaren skulle också med sin annorlunda könsrollsutveckling ha större förståelse både för den kvinnliga patientens kapacitet och den manlige patientens behov av stöd och hjälp. Detta till skillnad från den manlige läkaren som istället oftare skulle kunna förväntas betrakta den kvinnliga patienten som mer osjälvständig och den manlige patienten som kompetent och beslutsförmögen. Följden skulle bli att den kvinnliga läkaren oftare agerar så att både kvinnliga och manliga patienter får större möjlighet att ta aktiv del i konsultationen och de beslut som fattas om behandling. Patienten har också förväntningar på läkaren och betydelsen av könsöverensstämmelse i läkar-patientmötet måste därför beaktas. Enkelt uttryckt fungerar i allmänhet läkar-patientpar av samma kön bättre än tvärtom. Detta är särskilt viktigt om det gäller könsspecifika sjukdomstillstånd eller frågor med stor personlig och känslomässig innebörd.

I en metaanalys (Hall 1988) av 41 studier utförda mellan 1967 och 1986 studerades samband mellan läkarens beteende och viktiga bakgrunds- och utfallsvariabler. Läkarens beteende kategoriserades av undersökarna i sex olika grupper: 1. informationsförmedling (allmänt, läkemedel och behandling, undersökningar, sjukdomsrelaterat); 2. sättet att fråga (allmänt, slutna frågor, öppna frågor, uppföljning av compliance); 3. kunnande (tekniskt, kommunikativt); 4. partnerskapsbyggande; 5. socioemotionellt beteende (kroppsspråk, social interaktion, positivt tal, negativt tal); 6. totalt utrymme för kommunikationen mellan vårdgivare och patient. De vanligast förekommande utfallsvariablerna var: 1. patienttillfredsställelse, 2. patientens hågkomst/förståelse, 3. compliance (= följsamhet till ordinationer och behandingsförslag). De tre vanligast förekommande bakgrundsvariablerna var patientens kön, ålder och sociala klasstillhörighet.

Genomgången av de 41 studierna visade att mer omfattande förmedling av information om sjukdom och behandling gav större patienttillfredsställelse, bättre compliance och bättre hågkomst och förståelse av vad som förmedlades under besöket. Att ställa frågor gav negativ effekt på compliance förutom om frågorna handlade om just compliance, då effekten var positiv. Om vårdgivaren visade sig mer kompetent gav detta högre grad av patienttillfredsställelse, liksom vid högre grad av förmåga att bygga upp ett partnerskap kring behandlingen. Det senare resulterade också i bättre förståelse från patientens sida. Mer kontaktskapande icke-verbalt beteende gav större patienttillfredsställelse liksom mer kommunikation överhuvudtaget. Kvinnor fick mer kommunikationstid än män och äldre patienter fick mer kommunikationstid än yngre patienter. Kvinnliga patienter fick mer information än manliga och de blev också oftare delaktiga i behandlingsbesluten (partnerskapsbyggande) och mötte mer positiva uttalanden från läkarens sida. Detta skulle kunna förklaras av att kvinnor är mer aktiva att söka information och av att kvinnor också oftare utlöser ett positivt gensvar från läkarens sida, vilket har visats i andra studier.

Med utgångspunkt och stöd i analysmaterialet formulerar författarna en teori om reciprociteten (= växelverkan) mellan den instrumentella delen (informationsförmedling, kompetens etc.) och den socioemotionella delen (partnerskapsbyggande, icke-verbal kommunikation, positivt tal etc.) av interaktionen och motsvarande aspekter vad gäller utfallet av konsultationen, där compliance och förståelse betraktas som instrumentella, målrelaterade variabler medan patientens tillfredsställelse med läkarbesöket ligger inom den emotionella sfären. Författarna hävdar, med stöd i analysresultaten, att förbättringar i vårdgivarens instrumentella funktioner medför förbättringar avseende såväl instrumentella som socioemotionella aspekter hos patienten, men att detta inte är sant beträffande det omvända förhållandet. Förbättringar avseende det socioemotionella innehållet i interaktionen ledde således endast till ökad patienttillfredsställelse och inte till ökad compliance eller bättre förståelse.

Den senare slutsatsen är överraskande med tanke på senare studier (t.ex. Lassen 1991, Arborelius 1992, Henbest 1992) som visat att patienter som är mer tillfredsställda också är mer följsamma. En förklaring till denna oöverensstämmelse kan vara att man i de senare studierna inte skilt på de ovan beskrivna förhållningssätten som orsak till ökad patienttillfredsställelse. Kanske har en god patientkontakt förekommit samtidigt med en god instrumentell funktion, vilket enligt ovan har betydelse för båda utfallsdimensionerna. Förklaringen kan dock också vara att den senare forskningen faktiskt visar att ett

patientcentrerat arbetssätt ger ökad följsamhet och bättre förståelse oberoende av om de instrumentella delarna av konsultationen har förbättrats.

I en studie i USA (Bertakis 1995) undersöktes inflytandet av såväl patientens som läkarens kön på läkarnas förhållningssätt. I studiegruppen ingick 250 patienter (132 kvinnor och 118 män) som sökte som nybesök på sjukhusbaserad primärvårdsmottagning. Patienterna fördes slumpmässigt till en av 81 läkare (48 män och 33 kvinnor). Patienterna kunde således inte själva välja läkarens kön. Innehållet i besöken analyserades på ett flertal sätt, bl.a. genom videoinspelning av samtalen. Patienternas upplevelser efterfrågades och patienterna fick också fylla i en enkät om hälsotillstånd. Man fann, i motsats till flera tidigare undersökningar, att besöken var lika långa hos manliga och kvinnliga läkare. Denna skillnad i resultat förklaras med att man antagligen inte tillgodosett slumpmässighet i läkarval i tidigare undersökningar. Vidare fann man att kvinnliga läkare engagerade sig mer i förebyggande aktiviteter (36 procent mer) och att de samtalade mer om familjeförhållanden och sociala aspekter än männen, som i sin tur använde mer tid för att få upplysningar om sjukdomshistorien. Patienterna var mer tillfredsställda med besöket hos de kvinnliga läkarna, vilket tolkades vara beroende av skillnaderna i förhållningssätt. Kvinnliga patienter erhöll fler åtgärder av preventiv karaktär från såväl kvinnliga som manliga läkare.

Man har i andra studier tvärtom funnit (Roter 1991) att kvinnliga läkare hade längre konsultationer med betydligt mer samtalstid. Jämfört med manliga läkare engagerade sig kvinnliga läkare mer i positivt samtalsinnehåll, partnerskapsbyggande och informationsförmedling rörande såväl biomedicinska som mer psykosociala ämnen.

Psykotropa läkemedel – exempel på könsskillnader i förskrivning

Bakgrund och teoretisk modell

Med termen psykotropa läkemedel menas alla läkemedel som är avsedda att påverka psykiska funktioner, t.ex. sedativa (lugnande medel), hypnotika (sömnmedel), antidepressiva medel och medel mot psykoser. En annan term är psykofarmaka. Bensodiazepiner är en speciell typ av sedativa läkemedel som har fått en särställning bland psykotropa läkemedel på grund av stor förskrivningsvolym och samtidig risk för beroendeproblematik.

Från undersökningar i Storbritannien (Ashton 1991), har visats att av patienter registrerade hos allmänpraktiker får 20 procent av kvinnorna och 10 procent av männen recept på psykotropa läkemedel. Det förefaller som om en stor del av dessa kvinnors (och i mindre utsträckning mäns) användning av denna typ av läkemedel inte är adekvat och inte heller tydligt relaterad till symptom eller sjukdomstillstånd. Författarna anser att det kan hänga samman med att kvinnor i vår västerländska kultur i högre grad än män 'tillåts' att uttrycka känslor av oro och ängslan, att uppmärksamma emotionella problem och att använda sjukvården för att lindra dessa problem. Troligen finns det såväl en överförskrivning som en överdiagnostik av psykisk sjukdom hos kvinnor vilket i sig innebär att kvinnor förskrivs mer psykotropa läkemedel. Samtidigt talar data för att det sannolikt finns en underdiagnostik och underbehandling hos män.

I förskrivningsstudier från flera länder (bl.a. Sverige, Danmark, Österrike, Schweiz och Nederländerna) har det konstant påvisats att majoriteten av sedativa och hypnotiska läkemedel (inkluderande bensodiazepiner) förskrivs i betydligt större utsträckning till kvinnor än till män (cirka 55-100 procent högre förskrivning). Man har dessutom visat att förskrivningen ökar med stigande ålder. I Finland föreligger däremot ett avvikande förskrivningsmönster såtillvida att förskrivningen till kvinnor och män är i stort sett lika. Förskrivningen för finska män ligger på en nivå som motsvarar nivån för män i Norge, Danmark och Sverige. Dessa data talar alltså för att den annorlunda könsfördelningen i Finland beror på att förskrivningen till finska kvinnor är lägre än i de övriga nordiska länderna.

Sociologiska teorier kring användandet av psykotropa läkemedel har sammanfattats i en rapport från Nordiska alkohol- och drogforskningsrådet (Riska 1993). I rapporten redogörs också för enkätstudier i de nordiska länderna och hur resultaten från dessa studier kan understödja eller ifrågasätta olika hypoteser kring användandet av psykotropa droger. Riska beskriver tre förklaringsmodeller utgående från olika perspektiv: ett funktionalistiskt, ett om strukturell ojämlikhet, och ett socialkonstruktivistiskt.

Det funktionalistiska perspektivet utgår från en traditionell könsrollsuppdelning, vilken också återspeglas i sättet att se på hälsa och sjukdom. Mannen står för det friska och aktiva medan kvinnan lättare kan beskrivas i termer av sjukdom. Den kvinnliga könsrollen uppfattas således vara mer i överensstämmelse med sjukrollen. I detta sätt att beskriva könsrollerna ligger också att kvinnor har ett mer expressivt uttryckssätt och både upplever och kan beskriva känslomässiga

problem på ett lättare sätt. Detta uppfattas då av läkaren som sjukdomsliknande besvär vilka kan behandlas med psykotropa läkemedel. I samma övergripande könsrollsperspektiv förekommer också en teori om att män visserligen kan ha emotionella problem men att dessa inte dämpas med lugnande medel utan med alkohol (utbytbarhetshypotesen). Rapporten stödjer dock inte denna hypotes. Det är snarare så att män med alkoholproblem även använder psykotropa läkemedel i hög utsträckning.

Perspektivet kring den strukturella ojämlikhetens betydelse för könsskillnader vad gäller användande av psykotropa läkemedel innehåller förklaringsmodeller som utgår från kvinnans underordnade ställning och att läkemedlen används för att vidmakthålla detta. Begränsad social integration, bristande socialt stöd och dåligt fungerande eller icke existerande nätverk bidrar till den högre användningen av psykotropa läkemedel hos kvinnor. Ur detta perspektiv har hypotesen om konvergens utvecklats. Den innebär att när kvinnor förändrar sin sociala position genom att bli mer etablerade i yrkeslivet, så kommer de också att ändra sitt beteende avseende lugnande medel och därigenom minska användningen av psykotropa läkemedel samtidigt som alkoholanvändandet skulle öka. Detta får visst stöd i rapporten, eftersom en av förklaringarna till det annorlunda könsmönstret i Finland avseende psykotropa läkemedel skulle kunna vara att finska kvinnor tidigare och i högre utsträckning än andra nordiska kvinnor haft hög arbetsfrekvens och nästan alltid i form av heltidsarbete.

I den tredje, socialkonstruktivistiska, förklaringsmodellen betonas att användande av psykotropa läkemedel inte enbart kan ses ur ett biologiskt eller biomedicinskt perspektiv. De utgör också en typ av sociala fenomen, som kan beskrivas som produkter av sociala processer där de olika aktörerna tillsammans gör tillvaron meningsfull och definierad. De sociala relationerna är avgörande för hur könsrollsrelaterade förhållanden upprättas, vidmakthålls och förändras. Stereotypa uppfattningar om kvinnor kan få betydelse både för förväntningar om förskrivning av lugnande medel och läkarens benägenhet att verkligen förskriva ett psykotropt läkemedel. Läkemedelsreklam kan upprätthålla ett sådant könsrollstänkande men också bidra till förändringar om annonseringen görs mer könsneutral.

Några forskningsresultat

I en stor studie i USA (Cafferata 1990) inkluderande cirka 15.000 kvinnor och cirka 13.000 män, fann man att den högre förskrivningen till kvinnor kunde förklaras av att de oftare uppmärksammade psykiska sjukdomssymptom och/eller muskuloskelettala besvär samt oftare sökte

läkare för detta. Vid båda dessa tillstånd förekom förskrivning av psykotropa läkemedel och de utgjorde tillsammans mer än hälften av alla förskrivningar. Man ansåg sig däremot inte kunna visa att kvinnor fick psykofarmaka oftare än män också vid likartade sjukdomssymptom.

I Finland (Ettore 1994) undersöktes speciellt vilka faktorer som har betydelse för att börja använda psykotropa läkemedel, för att fortsätta behandlingen och för att avsluta läkemedelsintaget. 57 kvinnor och 43 män fick besvara en enkät och av dessa utvaldes sju kvinnor och tre män för intervjuer. Man fann att kvinnor oftare hänvisade till egen sjukdom eller familjerelationsproblem som orsak till att de började använda psykotropa droger, medan män oftare rapporterade hög arbetsbelastning och ekonomiska bekymmer som utlösande faktorer. Kvinnornas svar var oftast tydliga och distinkta och rörde sig mer kring områden som hade med känslolivet och det emotionella välbefinnandet att göra ('känslodimensionen'). Männens svar var mer ambivalenta och handlade mest om deras arbetskapacitet och kravet att upprätthålla en daglig rytm ('arbetsdimensionen'). Omkring 35 procent av männen och 20 procent av kvinnorna hade haft första kontakten med något av dessa läkemedel via någon anhörig, varvid männen oftast blev introducerade av kvinnor.

I en studie i USA (Hohmann 1989) användes ett datamaterial från 1985 bestående av drygt 70.000 journaler från 2.900 läkare varur man selekterade knappt 20.000 besöksjournaler från läkare i primärvård. Dessa journaler undersöktes närmare för att avgöra om kön har en oberoende inverkan på läkarens beslut att förskriva psykotropa läkemedel. Man fann att kvinnor fick högre förskrivning av anxiolytiska (ångestdämpande) och antidepressiva läkemedel, medan det inte förelåg någon könsskillnad beträffande hypnotiska och antipsykotiska läkemedel. Kvinnor fick oftare diagnosen depression och beskrevs oftare ha besvär av trötthet och oro, medan män oftare fick diagnoser som alkoholism eller alkoholmissbruk. Läkarna visade bättre förmåga att uppmärksamma symptom på psykisk ohälsa hos kvinnor än hos män. Olika förklaringar till könsskillnaderna avseende förskrivning av psykotropa läkemedel prövades. Förklaringen var inte att kvinnor hade fler besök än män. Däremot kunde orsaken vara att kvinnor efterfrågar mer läkemedel än män och/eller att män i högre grad avstår från föreslagen läkemedelsbehandling. Denna förklaring kunde dock inte bekräftas av undersökningsmaterialet eftersom väsentliga uppgifter saknades. För att få en helt säker uppfattning om läkare förskriver dessa läkemedel på ett könsdifferentierat sätt måste man försätta läkare i en experimentell situation där samma information om psykisk ohälsa

föreligger hos patienter av olika kön. En sådan undersökning skulle kunna göras med hjälp av klinisk bedömningsanalys eller med simuleringspatienter.

Fortsatt forskning

Flertalet läkare är fortfarande män, även om andelen kvinnor ökar successivt. Valet av specialitet är olika för kvinnliga och manliga läkare, vilket i sig kan påverka beslutsfattande och läkemedelsförskrivning. Denna påverkan sker inte enbart på grund av att läkemedel förskrivs mer inom vissa specialiteter utan också på grund av att läkarens erfarenheter av patientmöten blir olika, vilket har betydelse för förskrivningen. Som även antytts ovan kompliceras frågan om inverkan av läkarens kön av att kön inte enbart är en biologisk företeelse utan är en följd av bl.a. den utbildning och socialisering in i olika roller som en person genomgår. Här har inte minst den hittills manligt dominerade medicinarutbildningen en betydelsefull inverkan. Läkarrollen som sådan har också av tradition varit manlig i många kulturer. Samtidigt utför läkaren sitt arbete (rollen) i en relation till andra människor som i sin tur intar en könsrelaterad roll. I denna interaktion skapas också situationer där könet får betydelse.

För att få ökad insikt om hur dessa förhållanden griper in i varandra har det föreslagits att studier bör göras avseende könsskillnaders betydelse för t.ex. intervjustil, förmåga att skapa positiv kommunikation, förmåga att få fram patientens problematik samt mängden och djupet av informationen till patienten, och hur detta kan inverka på patienttillfredsställelse, compliance och slutligen hälsotillstånd. I en sådan intensivstudie (West 1993) videofilmades vanliga läkarkonsultationer hos kvinnliga och manliga allmänläkare. Man fann klara skillnader mellan hur de kvinnliga respektive manliga läkarna i allmänhet förhöll sig till patienten avseende sättet att påverka patienten och hur patienterna reagerade på detta.

De manliga läkarna utformade sina behandlingsanvisningar som befallningar, som vid behov förstärktes, medan de kvinnliga läkarna i stället utformade sina anvisningar mera som förslag, som vid behov snarare mildrades än förstärktes. Reaktionen från patienterna var mer följsam när det gällde de överenskomna behandlingsanvisningarna från de kvinnliga läkarna än de manliga. Ett viktigt resultat av studien var att ingen av vare sig de manliga eller kvinnliga läkarna i alla situationer fungerade enligt det här beskrivna könsspecifika förhållningssättet.

Detta belyser att könsrollen till stor del skapas i den sociala interaktionen och att det är fullt möjligt för t.ex. en läkare att förändra och utveckla sin könsrollsfunktion i en riktning som kan vara mer optimal för en välfungerande patient-läkarrelation.

Ytterligare forskning skulle kunna utformas för att klargöra vilken typ av normativa föreställningar som påverkar interaktionen i specifika situationer. Detta skulle kunna bidra till en förståelse av hur förändringar av den situationella vårdstrukturen kan främja optimala förhållanden för både kvinnliga och manliga patienter i kontakt med såväl kvinnliga som manliga läkare. En kompletterande forskningsinriktning är den typ av studier kring klinisk bedömningsanalys som redovisats tidigare i detta avsnitt. Dessutom skulle kvalitativt inriktade studier med läkare och patienter kunna ge ytterligare värdefull information om attityder, värderingar och uppfattningar rörande könsrelaterade förhållanden av betydelse för kliniskt beslutsfattande och läkemedelsförskrivning. Eftersom den medicinska grundutbildningen utgör en viktig del av de mekanismer som formar läkarnas förhållningssätt avseende könets betydelse, är det väsentligt att man under utbildningen behandlar kunskaper om de här beskrivna förhållandena och deras betydelse för ett välgrundat och medvetet sätt att fungera i läkar-patientrelationen.

Diskussion och slutsatser

I den beslutsprocess som föregår val av läkemedel påverkas läkaren av sin egen erfarenhet och kunskapsnivå, av sina attityder, värderingar och uppfattningar samt av situationella faktorer. De faktorer som främst utövar inflytande på läkarens beslut om läkemedelsförskrivning kan indelas i direkta metoder (förskrivningsrestriktioner, bindande rekommendationer från läkemedelskommittéer etc.), indirekta metoder (fortbildning, marknadsföring, påverkan av kollegor etc.) samt läkarens praktiska situation (den kliniska verksamhetens organisation m.m.). Besluten grundar sig inte alltid på rationella överväganden utan kan ha sin utgångspunkt i enklare tumregler.

Klinisk bedömningsanalys kan användas för att få närmare upplysningar om läkarens användande av information inför ett beslut. Denna metod utnyttjar standardiserade fallpresentationer där fallbeskrivningarna varieras i bestämda avseenden. En sådan studie kunde påvisa skillnader i manliga respektive kvinnliga läkares bedömning av patienterna och deras läkemedelsbehandling. Av läkare uppgiven

förskrivning är ofta inte i överensstämmelse med de förskrivningsuppgifter som framkommer vid direkt observation. Oftast beskriver läkarna själva en förskrivningspraxis som mer liknar befintliga allmänna rekommendationer än deras praktiska handlande enligt t.ex. receptdata. Bakgrunden till denna typ av skillnader mellan läkarnas uppfattning och deras egen praxis är ofullständigt undersökt. Det finns till exempel inga studier som direkt har försökt förklara varför svenska läkare har ett annorlunda förskrivningsmönster till kvinnor än till män vid behandling av högt blodtryck.

Det föreligger generellt en något högre förskrivning till kvinnor i reproduktiv ålder, vilket till större delen kan hänföras till specifika behov hos kvinnor i dessa åldrar. Utöver detta föreligger dock skillnader mellan kvinnor och män både vad gäller förskrivning och användande av läkemedel. Det finns olika teoretiska förklaringsmodeller avseende uppkomsten av dessa könsdifferenser.

Läkarens egen könsrollsutveckling har betydelse för förståelsen av patienternas situation. Undersökningar tyder på att kvinnliga läkare i högre utsträckning uppfattar den kvinnliga patientens kapacitet och den manlige patientens behov av stöd och hjälp. Detta till skillnad från den manlige läkaren som istället oftare kan förväntas betrakta den kvinnliga patienten som mer osjälvständig och den manlige patienten som kompetent och beslutsförmögen. Studier har också visat på skillnader i läkares uppfattningar om kvinnors sätt att uppfatta och beskriva sitt hälsotillstånd jämfört med mäns. Kvinnor förefaller i allmänhet ha bättre förmåga att få läkaren att uppmärksamma deras problem och känner sig också själva mer delaktiga i vården än vad män gör.

I flertalet västerländska nationer har det visats att majoriteten av psykotropa läkemedel (framförallt lugnande medel och sömnmedel) förskrivs i betydligt större utsträckning till kvinnor än till män (cirka 55-100 procent högre förskrivning). Man har dessutom visat att förskrivningen ökar med stigande ålder. Samtidigt talar data för att det sannolikt finns en underdiagnostik och underbehandling hos män.

Kvinnor får oftare diagnosen depression och beskrivs oftare ha besvär av trötthet och oro, medan män oftare får diagnoser som alkoholism eller alkoholmissbruk. Det har framförts att kvinnors högre användande av lugnande medel motsvaras av männens högre användande av alkohol. I en enkätstudie i de nordiska länderna har man dock inte kunnat verifiera att detta är fallet.

Vår genomgång av publicerade vetenskapliga undersökningar har visat att det finns belägg för att kvinnor och män i viss utsträckning behandlas olika i samband med läkemedelsförskrivning och att dessutom manliga och kvinnliga läkare i jämförbara situationer fattar olika beslut. Några säkra förklaringar till påvisade skillnader finns däremot inte redovisade.

Ökad uppmärksamhet på hur interaktionen utformas mellan män och kvinnor i vården kan tänkas påverka såväl läkare som patienter att förändra sitt beteendemönster på ett sådant sätt att mer jämlik kontakt och behandling främjas. Vidgad förståelse för hur detta skall åstadkommas kan erhållas genom fortsatta studier kring interaktionen mellan läkare och patient, vilka kan kompletteras med andra kvalitativt inriktade studier eller studier kring klinisk bedömningsanalys. Den medicinska grundutbildningen utgör en viktig del av de mekanismer som formar läkarnas förhållningssätt avseende könets betydelse för behandling och bemötande av patienterna. Det är därför väsentligt att man under utbildningen behandlar kunskaper om läkares och patienters attityder, tankar, värderingar och uppfattningar avseende betydelsen av kön i läkar-patientkontakten och vid läkemedelsförskrivning samt dessutom belyser vad detta betyder för utvecklingen av ett välgrundat och medvetet sätt att fungera i läkar-patientrelationen.

8.5 Köns- och maktrelationer i vårdorganisationen

Sammanfattning: Det här avsnittet är en teoretisk beskrivning baserad på kvalitativa studier av hur könsordningen verkar på organisationsnivån inom hälso- och sjukvården. Syftet är att synliggöra centrala drag i ett ytterst motsägelsefullt och kontroversiellt fenomen och därför har här de teoretiska resonemangen dragits till sin yttersta konsekvens.

Det kan sägas försiggå en sorts maktkamp mellan personalgrupper med olika position i hälso- och sjukvårdens organisation. Samtidigt förekommer centrering mot den egna gruppen, som utvecklar olika kulturer inom sig, i vilken man söker bekräftelse för sina kompetenser. Båda processerna pågår samtidigt och ju mer bekräftelse som måste hämtas i den egna gruppen desto starkare blir gränskonflikten.

Personalens könssammansättning och makthierarkin i hälso- och sjukvården kan bygga murar mellan arbetskamrater på olika positioner och av olika kön. Konsekvensen för en sjukvårdsorganisation kan bl.a. bli att energi tas från verksamheten. Teorin pekar mot att mindre hierarki kan kanalisera energi från konflikter mellan personalgrupper till ökad kapacitet hos personalen att bemöta patienterna.

Det här avsnittet är en teoretisk och helt igenom kvalitativ beskrivning av hur könsordningen verkar på organisationsnivån inom hälso- och sjukvården. Den teoretiska ansats som här presenteras är en bearbetning och precisering av den teori om 'genusordningen' som mer övergripande presenterades i Maktutredningens huvudbetänkande (SOU 1990:44).

Den teoretiska framställningen sker i så kallad idealtypisk form. Komplicerade processer genom vilka genus 'spelar spratt' i den vardagliga sjukvårdspraktiken – utan att någon av kontrahenterna medvetet eller avsiktligt vill eller önskar detta – beskrivs som renodlade och därmed kraftigt förenklade typhändelser. Idealtyperna är alltså inte beskrivningar av faktiska verkliga skeenden, utan teoretiska illustrationer som antas ha motsvarigheter i denna verklighet. En framställning i denna form blir lätt generalistisk och i viss mån provocerande. Men syftet är att synliggöra centrala drag i ett på ytan ytterst motsägelsefullt och kontroversiellt fenomen och därför har här de teoretiska resonemangen dragits till sin yttersta konsekvens.

Maktförhållanden och samspel

Samhället präglas av historiskt utmejslade maktförhållanden och dessa bildar tillsammans en väsentlig del av den fundamentala ramen för i stort sett alla typer av mänskliga samspel. Två centrala maktbaser framträder tydligt och det är de som kulturellt kommit att förknippas med köns- och klasstillhörighet. *Genusordningen* är den mest fundamentala av dessa. Rent generellt kan vi beskriva den som en grundläggande bestämning av vad som betraktas som manligt respektive kvinnligt i ett bestämt kulturellt/historiskt sammanhang. Det råder en bred enighet bland forskare om genusordningens två logiska principer: 1) tendensen att könen hålls isär eller har olika platser, genom segregering, arbetsdelning etc. och 2) tendensen att det manliga är primärt och utgör normen – vad män gör har högre värde än vad kvinnor gör, även då de gör samma saker (Hirdman 1988 och 1990, Lindgren 1992, Holmberg 1993).

Genusordningen kan studeras som en övergripande struktur, eller ett mönster inom vilket mäns och kvinnors platser och relativa positioner i olika hierarkier beskrivs eller den kan som här undersökas mer närgånget som den verkar i samspelen bland män och kvinnor. Då kan vi istället tala i termer av ett *standardkontrakt* mellan könen (Haavind 1982 och 1987, Holmberg 1993). Standardkontraktet är inte något medvetet överenskommet mellan likvärdiga parter utan är snarare ett begrepp för den uppsättning handlingsdispositioner som osökt brukas i samspelet mellan könen därför att det faller sig naturligt eller upplevs som självklart. Standardkontraktets oskrivna regler blir därför synliga först när någon bryter mot dem genom de sanktioner som då brukar komma till uttryck.

Man kan också tala om genusordningen på olika analytiska nivåer; på samhällelig/historisk, på institutionell och på individuell nivå. Det är i första hand den andra av dessa nivåer som avsnittet framledes kommer att beröra. Standardkontrakt används således för att konkretisera genusordningen på arbetsplatsnivå, eller som ett sätt att se det betydligt vidare historiska begreppet genusordning i samspelsrelationer här och nu.

För att se hur standardkontraktet inramar samspelet mellan könen är det lämpligt att ta utgångspunkt i parrelationen. Om man undersöker vad som bestämmer parternas tillfredsställelse i ett förhållande, och hur de relaterar till varandra för att upprätthålla tvåsamheten så finner man som regel att de flesta äktenskap upplevs som ganska bra – både mannen och kvinnan tycker att de får ut ungefär lika mycket som de ger i relationen. Forskning visar dock att bakom denna föreställning finns

en asymmetrisk utgångspunkt som just är standardkontraktet. Det innebär i korthet följande: "För den kvinnliga parten gäller att hennes handlingar i relationen till honom värderas i förhållande till om de är överordnade hennes handlingar i övriga relationer som hon ingår i. För honom gäller det omvända. Hans handlingar i relationen till henne värderas utifrån att alla hans övriga relationer är överordnade parrelationen" (Haavind 1982 s 158). Detta är inte en beskrivning av hur det är utan snarare en utgångspunkt som paret arbetar sig bort ifrån. Om han t.ex. i någon situation låter förhållandet till henne vara överordnat, så upplevs det helt enligt standardkontraktet som om han 'ger' henne något. Om hon å andra sidan arbetar för att han skall ta större hänsyn till hennes övriga åtaganden så verkar det som om hon 'får' någonting om han går med på det, alternativt utövar makt mot honom om han motsätter sig det. Standardkontraktet är med andra ord mansvänligt och när han erbjuder henne mer än kontraktet utlovar så tolkas det som en personlig eftergift till henne. Parternas upplevelse av kärleken följer det outtalade standardkontraktets regler.

Omgivningens tolkning är också den kontraktsenlig: "För utanförstående blir paret som 'delar lika' lätt förstådda som att: Han är väldigt lite karriärupptagen, öm och hänsynsfull, intresserad av barnen, duktig i hushållsarbetet osv., medan hon är tämligen äregirig, relativt kylig och sval i förhållande till barnen, opraktisk, ointresserad av hushållssysslor osv. osv." (Haavind 1982 s 159). När parterna upplever att de får igen i stort sett vad de ger så betyder det oftast att de normerat sina förväntningar i relation till just standardkontraktet, dvs. det normala.

Uppväxtmiljön och dess sociala villkor gör ett livslångt avtryck i oss. Den präglar vår självbild på djupet och följer oss genom livet som en sorts beredskap och disposition till handlande i olika situationer. Denna internaliserade handlingsbenägenhet kallas fortsättningsvis 'habitus' (Broady 1986). De som har liknande habitus attraheras och dras till varandra. De förstår, gillar och identifierar sig med varandra, medan de misskänner 'de andra' som på olika sätt är annorlunda, främmande och ibland kanske skrämmande. Det sätt på vilket människor kommunicerar med varandra är därför omedvetet reglerat också efter denna princip. Resultatet av samhandlandet ser ofta ut som om det föregåtts av målmedvetna val.

Men förutom att vi på något sätt själva bär med oss och upprätthåller köns- och habitusordningarna så befästs de också i de samhälleliga institutionerna. De som tillhör vissa habitusgrupper dominerar organisationerna och de är dessutom oftast män. Det betyder att det utvecklas t.ex. ledarbestämningar som är skräddade för just män med

viss habitus (Wahl 1994). Kvinnor och män från lägre sociala skikt får svårigheter att nå den övre delen av samhällspyramiden. De saknar kontakterna, språket, och symbolerna och anses inte rätt disponerade. Av tradition kvinnodominerade yrkeskategorier är å andra sidan oftast könsmärkta som underordnade och därmed inte attraktiva för män. Ofta behövs det tekniska, statusmässiga (uppåt eller neråt) eller andra påtagliga förändringar i en köns- och habitusmärkt verksamhet för att den skall attrahera eller öppnas för andra kategorier (Florin 1987).

Personalgrupperna i sjukhusvården är också de ordnade efter klass och kön i enlighet med dessa principer. Längst upp i hierarkin finns företrädesvis män på de medicinska högstatuspositionerna, och dessa är vanligen rekryterade från det övre samhällskiktet. I mitten finns mellanskiktet representerat, till övervägande delen kvinnor – sjuksköterskorna, och på den lägsta nivån finns också övervägande kvinnor – undersköterskor rekryterade från lägre mellanskikt, arbetar- eller småbrukarmiljöer. De tre huvudgrupperna inom sjukhusvården är alltså olika både ifråga om habitus- och könsdominans (Lindgren 1992, 1996).

Positionsmakt och gränskonflikter

Positionsmakt är knutet till själva hierarkin och den ställning en roll intar i denna. I gränslandet mellan olika positioner/roller tangerar och nöts dock innehavarna ständigt mot varandra. Men de nöts inte bara mot varandra som positionsinnehavare utan också som bärare av olika habitus och genus (Bourdieu 1989, Brante 1994).

På en hypotetisk sjukhusklinik/avdelning kan vi anta att alla anställda är införstådda med sin maktposition i förhållande till andra grupper. Positionerna medför förutom olika lön också olika arbetsuppgifter, befogenheter, inflytande och status i verksamheten kring patienterna. Att positionsmakten på detta sätt är olika och rangordnad är vanligen inte något som öppet ifrågasätts.

Vid en närmare granskning kan sägas att det försiggår en sorts maktkamp i nötningen mellan positionerna. Denna 'gränskonflikt' kommer till uttryck i samtalen/småpratet inom grupperna. De som är underordnade tycks undersöka och testa gränserna kring sin position i syfte att uppvärdera sig själva gentemot de som står närmast i status och inflytande.

Hela problematiken kring gränskonflikter och den energi den kräver av de inblandade bottnar i den vertikala hierarkin som struktur. När de inblandade har rangordnade och olika värderade områden finns alltid oenighet om, och risk för kränkning av gränser. Team- eller projekt-

organiserad verksamhet syftar till att eliminera sådana konflikter, men inom hierarkiska strukturer blir dessa 'öar' lätt offer för 'smitta' och fungerar då i praktiken som minihierarkier.

Två idealtypiska könskonstruktioner

På båda sidor om gränskonflikterna i den hierarkiska organisationen förekommer samtidigt centreringar mot den egna gruppen, t.ex. att undersköterskorna utvecklar en kultur och sjuksköterskorna en annan i vilka de söker bekräftelse för sina kompetenser. Båda processerna pågår samtidigt och tycks förstärka varandra men ju mer bekräftelse som måste hämtas i den egna gruppen desto starkare blir gränskonflikterna och tvärt om.

På sin arbetsplats utvecklar också yrkeskategorierna relativt stabila kulturer för definition av det gemensamma och för upprätthållande av gruppens yrkesmässiga område, status och självbild. Inom ramen för dessa kulturer konstrueras också arbetsplatsens olika genuskontrakt. De kvinnliga undersköterskornas och de manliga läkarnas kulturer illustrerar ganska extrema poler på ett sorts 'könskontinium'.

Underordningstablån
Bland undersköterskor utvecklas ofta tendenser till kollektivistiska värderingar: "vi är alla lika", och samspelssituationer som syftar till att bekräfta och reproducera denna likhet (Lindgren 1992).

Det kollektivistiska draget i kulturen kan härledas till undersköterskornas relativt likartade levnadsomständigheter och livsstilar, m.a.o. deras habitus och klassbakgrund. Men kulturen reproducerar också deras kontrakt i parrelationen genom att det i 'likheten' också ingår förstärkning och bekräftelse av 'kvinnlighet' och medlemmarnas uppfattningar om vad som är 'en riktig kvinna'. Dessa samspelsprocesser är komplexa fenomen i mer än ett avseende.

Medlemmarna interagerar inom en underförstådd ram som är en förutsättning för bekräftelse och deltagande i samhörigheten. Förekomsten av denna ram blir därför endast tydlig när någon av de inblandade missuppfattar den, dvs. berättar 'fel' historia. Någon eller något faller då utanför ramen och de andra deltagarna försöker korrigera misstaget eller tar till kraftigare sanktioner t.ex. utstötning. Vid dessa tillfällen blir felsägaren inte bekräftad av gruppen, och kunskapen om detta lever sedan kvar i deltagarnas kollektiva minne.

Men det är mer som konstrueras i medlemmarnas kollektiva minne. I dessa ritualsamspel, som Gerd Lindgren undersökt, framgår också tydligt att deltagarna 'inom ramen' synkroniserar sig mot en sorts konstruerad 'kvinnlighet' som alla kan sluta upp omkring. Men det är samtidigt en stereotyp som ingen av de inblandade i praktiken lever upp till eller ens kan eller vill leva upp till. Stereotypen för kvinnlighet är i ramberättelsen mer i samklang med en traditionell kvinnlighet som är underordnad i äktenskapskontraktet, hon är den givande och ständigt reproducerande som motiveras mer av andras än av sina egna behov. Det förefaller som om undersköterskorna som grupp konstruerar en 'kvinnlighet', som de kan få bekräftelse genom och känna sig förnöjsamma med trots en asymmetrisk parrelation. Här känner vi igen standardkontraktet och dess kärleksgrund.

Om vi nu betraktar de enskilda gruppmedlemmarna och deras parrelationer så finner vi att de alla i realiteten har distanserat sig från detta standardkontrakt. Deras män deltar ofta i hushållsarbetet och kvinnorna verkar individuellt för större utrymme åt sig själva och sina intressen. De vet att deras arbete är viktigt för familjens försörjning och de påverkar sina döttrar i riktning mot större självständighet. De förhandlar sig succesivt till en starkare ställning i familjen. Även om de inte lyckats rubba standardkontraktet nämnvärt så är det ingen tvekan om att förhandlingar pågår och att de vill något annat.

Det finns alltså en bristande samstämmighet mellan det lilla livets verklighet och det kollektiva talet om denna verklighet, där familjepraktiken förefaller vara mer varierad än dess presentation på arbetsplatsen. Hur kan detta komma sig? En trolig tolkning är att kollektivet och likhetsorienteringen eliminerar variation. Medlemmarna sluter upp kring något som de tror alla de andra representerar. Inom sociologin kallas fenomenet 'pluralistisk ignorans'. Gerd Lindgren bedömer att det är den belönande och positiva sidan av den underordnade kvinnligheten som utgör ram i undersköterskornas samspel. De mer negativa och vanmäktiga konsekvenserna av samma 'kvinnlighet' förtigs eller undviks.

I samspelet på arbetsplatsen värderas och initieras således deltagarna via 'underordningstablåer' som svarar mot standardkontraktet trots att alla har andra erfarenheter. Detta betyder för organisationens hierarki att undersköterskorna håller sig själva på plats inom ramen för den 'kvinnlighet' som idealiseras. De får också uppskattning för denna kvinnlighet från patienterna. Och när sjuksköterskor och läkare talar om de "fina flickor de har på avdelningen" så är det nog denna 'kvinnlighet' de har i tankarna (Lindgren 1992).

En fråga är hur generaliserbar teorin om könsordning är. Den teori som tillämpats här kan bidra till förståelse av liknande undersökningsgruppers samhandlingar. De fenomen som beskrivits, och som är hämtade från ett antal kvalitativa studier, kan antas finnas också på andra platser. Men det kommer också att finnas skillnader i arbetsorganisation, klassbakgrund, etnicitet etc. mellan de olika platserna som medför att det konstrueras andra varianter på kvinnlighet i förhållande till standardkontraktet. Det sistnämnda kommer dock allerstädes att vara närvarande som en utgångspunkt och ett riktmärke för de 'ramar' som gruppen kan tänkas synkronisera sig i förhållande till.

Överordningstablån

Som kontrast till undersköterskornas könskonstruktioner beskrivs här de motsvarigheter som finns bland läkarna i motsvarande arbetsorganisationer. De avdelningar/kliniker som studerats av Gerd Lindgren har haft en mansdominerad läkarstab. Likaledes har läkarna genomgående rekryterats från övre medelklass eller däröver. Det betyder att de motsvarar den vanligaste ordningen inom vårdorganisationen. Som regel finns också en könssegregering bland läkarna på arbetsplatsen. De manliga doktorerna samlas kring varandra och minoriteten kvinnor bildar en egen grupp eller relaterar till kollegor på andra arbetsplatser. Tendensen att män attraherar varandra i homosociala grupper är stark. Kvinnorna å andra sidan tycks välja varandra först i andra hand. Detta fenomen har diskuterats av flera andra forskare och kan förstås i förhållande till standardkontraktet. Dvs. män är överordnade och makt attraherar, alltså attraherar de varandra, men också kvinnor föredrar män om de vill komma i kontakt med makt och inflytande. Det är en gemen men icke desto mindre verksam dynamik i detta och kvinnor kan inte utan särskilda stategier ta sig in i de manliga rummen (Lindgren 1985, Ferguson 1984, Cockburn 1985, Clegg 1985, Witz 1986, Kanter 1977 m.fl.). Som representanter för det underordnade könet hotar de männens maktbas när de närmar sig positionsmässig likhet. Det här kan låta som om det fanns en manlig konspiration men Gerd Lindgren menar att det är ett viktigt antagande för förståelsen av vad som sker i organisationen. Det finns ingen manlig konspiration i detta, utan det är förväntningarna kring genusordningen som aktiverar de manliga läkarna. De är lika mycket offer för detta som undersköterskorna men deras 'utgångsvärde' är annorlunda och så också deras möjligheter att ta 'plats' inom den rådande genus- och klassordningen (Connell 1995).

Huvudtendensen är att män söker sig till varandras sällskap. De samlas kring teman och samtal som berör deras liv på olika sätt (Holter 1994). Även när kvinnliga kollegor finns med i rummet tenderar de tala på sina

egna villkor. Det betyder att kvinnor oftast reduceras och reducerar sig själva till publik eller lyssnerskor i dessa sammanhang. Till skillnad från undersköterskornas tablåer uppför männen överordningstablåer som framställer dem som mer överordnade än vad de i sin individuella praktik kan och vill vara. När det finns en kvinnlig publik, vilket inte alls är nödvändigt, får den indirekt bekräftelse på att kvinnor har lägre värde (Lindgren 1985). Om de manliga läkarna t.ex. talar om familjen, så synkroniserar de sig kring en uppskrivning av manligheten. Argument, biologiska såväl som sociala blandas och världsordningen tillskrivs 'naturliga' orsaker. Att män är den dominerande parten, den sort som styr och den som därför bör ha ett förmånligt kontrakt i relation till hustrun, är normalt, och därför ingenting de kan göra något åt eller måste ta ansvar för. Att kvinnor helt enkelt är annorlunda tycks vara den vanligaste uppfattningen bland manliga läkare i Gerd Lindgrens studier, man kan säga att de föredrar särart framför likhet. Likhet mellan könen är en uppfattning som många av läkarna i princip omfattar men den kvinnliga särarten framhålls ändå oftast i de homosociala manliga sammanhangen. De manliga läkare som i dessa sammanhang tänker annorlunda uttrycker i vart fall inte detta. Och därmed kan denna uppskrivning av manlighet oemotsagt bli effekten av samtalet.

Glappet mellan denna världsbild och männens privata kontrakt tycks heller inte vara särskilt stort bland många av läkarna. De lite äldre av dem har som regel en hustru som inrättat sitt liv efter mannens krav och som "trivs" med det enligt Gerd Lindgrens studier. Sjuksköterskan är enligt SCB den vanligaste hustrun till en läkare. Bland de yngre läkarna finns dock ett flertal som är gifta med en kvinnlig läkare eller kvinna med jämförbara yrkesambitioner som dem själva. Här är det privata kontraktet mer jämställt. Men detta hindrar dem inte delta i 'överordningstablåerna' på jobbet. Dels ger det dem en känsla av gemenskap och delaktighet i makten och dels är de inte i den positionen att de gärna motsäger de äldre kollegorna. Yngre läkare står i beroendeställning till de äldre och mer erfarna.

Överordningstablåer bland männen förekommer vid sittronder, möten, fika- och lunchpauser och i fritidsumgänget. Kvinnliga kollegor är ofta inte med i dessa sammanhang, och när de är det förblir de som regel tysta åhörare som i huvudet letar efter gångbara individuella strategier för överlevnad och respekt. De lär sig att deras chanser att förändra gruppsammanhanget är små, men också att de enskilda männen kan vara trevliga och stödjande på tu man hand. De flesta män är då generösa med att ta avstånd från jargongen, och betona att den ingenting betyder. Men den könskonstruktion som männen skapar i

tablåerna får betydelse i organisationens verklighet. Talet leder dels till att kvinnliga läkare undviker konkurrens och förlorar självförtroende, dels till att män faktiskt anser sig vara bättre och väljer varandra i första hand. Samtalen stärker dem som dominerande kategori och ger dem självförtroende att söka de ledande positionerna. Talet ger upphov till självuppfyllande profetior. Sjuksköterskorna har också betydelse för styrkan i dessa överordningstablåer genom att de på olika sätt förstärker den kvinnlighet som tablåerna konstruerar. De kvinnliga läkarna kan berätta om åtskilliga situationer där de känner sig direkt motarbetade av sjuksköterskornas bekräftelse av den manliga jargongen. Sjuksköterskorna kan ibland till skillnad från de kvinnliga läkarna ha en viss fördel av särarthållningar. Kvinnors särart kan ge vissa fördelar för den som är underordnad.

Bland läkarna förekommer ofta en karriärkultur som är relaterad till den synkroniserade överordningen. I en hierarkisk struktur eller organisation är det alltid önskvärt för medlemmarna att få kontroll över sin position och möjligheter att förbättra den gentemot de andra. I det vardagliga samhandlandet på arbetsplatsen försöker alla mer eller mindre medvetet investera för framtiden. Vid studierna av samhandlandet bland män på arbetsplatsen i detta syfte skymtas ett investeringsmönster som baseras på parvisa kontakter mellan över- och underordnade positioner (Whyte 1955). Dessa kontakter äger rum på olika platser i och utanför organisationen. Sammanträffandena tycks karaktäriseras av att den underordnade 'ger' något till den överordnade. I praktiken betyder detta att det pågår en ström av förtroenden, kompetens, lojalitet, smicker och idéer nerifrån och uppåt i hierarkin (Lindgren 1992, 1994).

De underordnade gör sig genom 'gåvorna' attraktiva för de överordnade. De sistnämnda kan i sin tur transformera vad de får vidare uppåt i hierarkin om de finner gåvan investerbar och värdefull även för eget vidkommande. De kan lansera 'gåvan' som sin egen eller välja att dela äran med upphovsmannen. Han som från begynnelsen var givare har dock inget inflytande över valet, utan bör istället räkna med att ge en 'serie' gåvor i väntan på utdelningen. Ytterst centralt här är att gåvogivandet äger rum på tu man hand. Endast under dessa villkor får händelsen lojalitetsstatus för den överordnade som därmed blir förpliktigad gentemot den underordnade. Lojaliteten innebär bland annat att mottagaren kan bruka gåvan fritt i eget syfte utan risk för 'upptäckt'. Närvaron av andra vid överlåtelsen av gåvan förtar helt värdet av den i detta avseende. Gåvan förvandlas inför publiken till ett allmängods, och ingen särskild lojalitet från eller förpliktelse mot gåvogivaren behöver då etableras. Den som givit gåvan på tu man hand

kan dock räkna med att på sikt få belöning för detta. Men gåvor har olika värde och ibland vill inte den tilltänkte mottagaren ta emot. Här kommer bl.a. betydelsen av den 'synkroniserade manligheten' in i bilden (Lindgren 1996). Män har lärt sig att konkurrensmässiga gåvor är sådana som tillerkänner mottagaren hans maktposition och gärna förstärken den. Temat i en framgångsrik gåvoprocess är att givaren får mottagaren att framstå i allt bättre dager.

Kvinnliga läkare har problem att ta sig in i dessa parvisa transaktioner. Dels är de kvinnor, dvs. som givare lägre värderade än män. Dels innebär gåvor från underordnade kvinnor till överordnade män särskilda problem. Här finns negativa sanktioner i luften. Omgivningen betraktar 'paret' med misstänksamhet, vilket kan misskreditera dem båda. "Försöker hon ge en gåva som inte kan ges av en man?" Det visar sig att vi har ord och uttryck för regelbrotten i detta system av gåvor, men ingen teori om systemet i sig (Kanter 1977). Men de negativa uttrycken för regelbrotten är ledtrådar till investeringsmodellen i sin idealtypiska form. Kvinnliga läkare undviker stämplingsrisk genom att just välja 'allmängods'-spridning istället, dvs. de försöker bidra med sin kompetens och duglighet i gruppsammanhanget, och då i första hand på officiella platser som vid personalmöten och sammanträden. Det senare för att de där tror sig undslippa den synkroniserade manligheten (Lindgren 1994), vilket inte alla är givet, då också dessa sammanhang kan vara influerade av manliga ritualer.

Diskussion och slutsatser

Ovan beskrivs teorier kring hur själva organisationen av arbetet i hierarkiska och könssegregerade former bidrar till att bygga murar mellan arbetskamrater på olika positioner och av olika kön. Det är en delförklaring till att möten ibland blir diskriminerande eller olyckliga för endera parten. Naturligtvis ligger andra förklaringar hos aktörerna själva, i deras professionalism, sociala kompetens, erfarenhet och kunskap. I skuggan av de mest extrema överordningstablåer finns trots allt många läkare som får energi över och klarar av att möta såväl kvinnliga kamrater som patienter under helt likvärdiga premisser. Det är aldrig omöjligt, trots att organisationsformerna ger dålig grund för personlig utveckling i dessa avseenden.

Någon tablå för mellangruppen sjuksköterskor har inte illustrerats. Det kommer sig av att den gruppen är mest rörlig och mångfasetterad. Huvudorsaken till detta ligger i det faktiska förhållandet att sjuk-

sköterskorna inte är så klasshomogena som de andra grupperna. Mellanskiktet är heterogent och innehåller många olika och föränderliga livsstilar (Lindgren 1992). Bland sjuksköterskorna bildas därför olika smågrupper som utvecklar motstridiga konstruktioner av kvinnlighet. Gruppen som helhet är med andra ord dynamisk och spännande i segregeringsperspektivet. Om detta förhållande kan det ställas en del hypoteser enligt nedan.

Hypotesen är att 'manligheter' och 'kvinnligheter' i första hand utmejslas och förstärks när män respektive kvinnor interagerar i enkönade, habitushomogena sammanhang. När de båda könen då möts kan vi anta att de är könsmässigt 'formaterade' med dessa ideala normativa könsuppfattningar. Men varje sådant faktiskt möte öppnar alltid för nya förhandlingsmöjligheter just därför att könsformateringen på arbetsplatsen är en gruppbaserad 'konstruktion' och sällan en individuell 'praktik'.

Möten mellan könen som sker på tu man hand på arbetsplatsen kan antas erbjuda ett relativt öppet utgångsläge därför att dessa sker utan publik. Dvs. de är inte kontrollerade av de enkönade gruppernas synkroniserade 'idealkonstruktioner'. På helgerna förekommer därför ofta gränsöverskridande möten vid fikaborden och i arbetsuppgifterna. Man agerar och samtalar i såväl könsmässigt som positionsmässigt blandade grupper.

Vad kännetecknar då sammanfattningsvis arbetsplatser där personalen av olika skäl inte medvetet uppmärksammar sociala maktförhållanden och där kunskaper om kön saknas, är felaktiga eller av tradition inte synliggjorts. När är risken som störst för att kön spelar spratt med kontrahenterna? Svaret bli följdriktigt att sådana arbetsplatser av tradition är hierarkier med enkönade positionsnivåer som dessutom i huvudsak härbergerar innehavare med likartad uppväxtmiljö och klasstillhörighet. Av detta följer ett antal hypoteser:

1. På en i huvudsak enkönad positionsnivå tenderar i enlighet med standardkontraktet synkroniserade idealkonstruktioner om manlighet respektive kvinnlighet att utvecklas och förstärkas. Dessa tas för givna av personalen, vilket kan leda till negativa reaktioner mot avvikelser såväl inom personalgruppen som i relationen till patienterna.

2. När positionsnivån är manligt dominerad så tenderar detta att leda till en överbetoning av den manliga normens primat.

3. När arbetsplatsen är dominerad av kvinnor på lägre positioner är hypotesen den att detta leder till en överbetoning av den traditionellt underordnade kvinnligheten.

4. När positionsnivån är köns- och/eller klassheterogen utvecklas inte likriktade konstruktioner av kön utan varierande sådana vilka blir föremål för omförhandling, konflikt och förändring.

5. Avsegregering och avhierarkisering öppnar förutsättningar för omförhandlingar av standardkontraktet bland personalen.

Detta är ett försök att förmedla en teori om hur vissa könssammansättningar får konsekvenser för organisationer och hur den vanligast förekommande makthierarkien vid sjukhusen drar social energi från den egentliga verksamheten. Teorin pekar mot att mindre hierarkiska och avsegregerade organisationsformer kan kanalisera den energi som nu rinner ut i strategier och gränskonflikter till ökad kapacitet och beredskap hos personalen att bemöta varandra och patienterna (Kvande & Rasmussen 1990, Blomquist 1994).

9 Konsekvenser av förändringar i sjukvårdens makrostruktur

Sammanfattning: De förändringar i hälso- och sjukvårdens makrostruktur som genomförts i slutet av 1980-talet och början av 1990-talet har vuxit fram i en situation där resurserna för hälso- och sjukvården inte ökat som tidigare. Förändringarna har i hög grad präglats av ett systemtänkande som gått ut på att skapa nya relationer mellan olika delar av sjukvårdssystemet och skapa incitament för den enskilda delen av organisationen att effektivisera arbetet. Av de reformer vi har studerat är vårdgarantin den enda, som omedelbart påverkar hur patienten bemöts.

Förändringarna har sålunda inte varit uttryckligen riktade mot att möta de stora hälsoproblemen, inte heller har de fokuserat på de växande klyftorna i befolkningens hälsa. Frågan om hur män och kvinnor bemöts inom vården har inte diskuterats i reformerna. Det gör att det heller inte finns någon uppföljning av hur män respektive kvinnor påverkats av förändringarna. Det finns dock anledning att tro att kvinnor och män har påverkats på olika sätt, både i negativ och positiv riktning.

Det är viktigt att i framtida reformarbete redan från början tydligt definiera målsättningar och analysera konsekvenser för olika gruppers hälsa och vård. Uppföljning och utvärdering av förändringar i vårdens struktur och organisation bör inbegripa könsspecifika analyser av effekter av genomförda reformer.

Förra kapitlet handlade om hur patienter och vårdpersonal möts på 'golvet' och hur olika faktorer påverkar interaktionen i vården på individnivå. Det finns också anledning att fråga sig hur sjukvårdens makrostruktur påverkar bemötandet och vad senare års förändringar av denna makrostruktur betytt för vården av kvinnor och män.

Hälso- och sjukvårdens makrostruktur formas av hur uppgifterna som finansiär, tillhandahållare, vårdgivare och kontrollant fördelas. Det svenska systemet har traditionellt byggt på att landstingen förenat de

tre första rollerna, medan staten haft huvudansvaret för kontrollen. *Finansieringen* handlar enkelt uttryckt om hur finansiären får sina pengar genom skatt, offentlig försäkring eller privat försäkring. *Styrningen* avser relationerna mellan finansiär /tillhandahållare och vårdgivare. *Organisationen* reglerar hur vårdgivarens tjänster når patienten.

Patienten har relationer till alla aktörer i makrostrukturen. Den mest konkreta och påtagliga är självfallet den med vårdgivaren. Hur och på vilka villkor patienten kan söka och erhålla vård på sjukhus och vårdcentraler ger ramen för bemötandet på mikroplanet. Med finansiären /tillhandahållaren har patienten ett synligt eller osynligt kontrakt. För den enskilde kan detta kontrakt vara mer eller mindre möjligt att påverka. I ett privat försäkringssystem går det t.ex. att påverka via val av försäkring. I ett offentligt system sker påverkan främst genom den politiska processen.

Reformer i hälso- och sjukvården kan vara inriktade på att förändra finansiering, styrning och /eller organisation. I Sverige, liksom för övrigt i andra OECD-länder, har tonvikten i senaste årens vårdreformer legat på i första hand organisation och i andra hand styrning. Finansieringen har endast i ringa grad berörts av reformerna. De förändringar i sjukvårdens makrostruktur som här tas upp rör följaktligen styrning och organisation:

- Ökad valfrihet
- Husläkarreformen
- Vårdgarantin
- Beställarstyrning ('modeller') i vissa landsting
- Förändrad utbudsstruktur

Den förändrade utbudsstrukturen är ingen reform i egentlig mening. Den har ändå tagits med eftersom den kan har direkt betydelse för hur och var patienten söker och får vård. Den för kommuner och landsting mycket betydelsefulla ÄDEL-reformen har däremot inte inkluderats i analysen, eftersom en annan statlig utredare arbetar med kartläggning och analys av bemötande av äldre i vård och omsorg.

I följande fem avsnitt presenteras varje reform för sig. Därefter diskuteras de verkningsmekanismer som kan tänkas påverka hur patienten bemöts och speciellt om det finns anledning att tänka sig att kvinnor och män bemöts på olika sätt.

Det är viktigt att notera att det finns få vetenskapliga utvärderingar av förändringar i vårdens makrostruktur ur detta perspektiv. Därför har det varit nödvändigt att i analyserna utgå ifrån ett antal antaganden. Ett annat viktigt påpekande är att – trots att utredningen haft ambitionen att analysera konsekvenser av aktivt reformarbete i vården – så inser vi att dessa förändringar enbart utgör en liten del av den totala dynamiken inom vårdsektorn. Många andra faktorer – befolkningsutvecklingen, den medicintekniska innovationstakten och den samhällsekonomiska utvecklingen – har avsevärt större betydelse för den ständiga utvecklingen inom hälso- och sjukvården.

De organistoriska och strukturella förändringar som här tas upp har inte haft för avsikt att leda till skilda konsekvenser för kvinnor eller män. Däremot kan det vara så att reformerna på olika sätt påverkar skilda grupper (åldersmässiga, socioekonomiska, typer av sjukdomar och patienter etc.) och därigenom *indirekt* hur män och kvinnor bemöts. En diskussion om dessa indirekta verkningar bygger till stor del på antaganden om vilken betydelse skillnader mellan kvinnor och män i fråga om bland annat ohälsa, vårdbehov, vårdkonsumtion samt attityder till sjukvården kan tänkas ha.

Som redovisats i tidigare kapitel lever kvinnor längre än män, men en ökad andel kvinnor känner sig sjuka. Kvinnliga arbetare har haft en sämre hälsoutveckling än kvinnliga tjänstemän, vilket ökat de sociala skillnaderna bland kvinnor. Framförallt ökade värk från rörelseorganen påtagligt bland kvinnor under 1980-talet, även om denna ökning stannat de senaste åren. Under 1980-talet ökade sjukfrånvaron mer bland kvinnor än bland män.

Kvinnor besöker också sjukvården oftare än män. Av utredningens enkätundersökning framgår att vårdcentraler inklusive husläkar- och distriktsläkarmottagningar är för både kvinnor och män den vanligaste typ av mottagning som besökts under en sexmånadersperiod. Skillnaden mellan könens besöksmönster är störst i de yngre åldersgrupperna, men även i åldersgruppen 50-64 år är det en större andel kvinnor än män som besökt vårdcentraler. Av en studie i Stockholms läns lands-tings framgick att i åldersintervallet 20-70 hade 30-40 procent av kvinnor besökt specialistläkare under den senaste 12-månadersperioden, medan motsvarande siffra för män låg på 20-25 procent. Speciellt stor var skillnaden mellan män och kvinnor i åldersgruppen 40-60 år.

9.1 Valfrihet

Vid Landstingsförbundets kongress 1989 fick förbundets styrelse i uppdrag att verka för förbättringar av den generella valfriheten i vården. Ett par år in på 1990-talet hade samtliga huvudmän infört fritt val av vårdcentral. I 17 landsting var det dessutom fritt val till länssjukhus utan krav på remiss, och i övriga fritt val med remiss. De skilda näringsgeografiska förhållandena och mönstren för boende och pendlande gjorde att valfriheten över länsgränserna kom att aktualiseras på en del håll i landet, t.ex. Skåne och Västsverige.

Sammantaget har valfriheten under det senaste decenniet ökat i sådan utsträckning att det är befogat att tala om en reform. Sverige har idag den största valfriheten av alla skattefinansierade system. Det finns emellertid nu tecken på att vissa begränsningar införs genom t.ex. remisstvång. De praktiska konsekvenserna av detta är idag svåra att överblicka.

Det är dock inte så många patienter som utnyttjar valfriheten. Enligt t.ex. Dahlström & Ramström (1994) har det inte skett några stora förändingar i var folk konsumerar sin vård, kanske på grund av att informationen om valfriheten varit dålig. För vårdorganisationen däremot har valfriheten kombinerad med prestationsersättning lett till stora förändringar. Systemeffekterna uppkom redan med *kännedom* om den teoretiska valmöjligheten, även om den faktiskt endast utnyttjas av en liten andel av det totala antalet patienter.

För att få en uppfattning om valfrihetens effekter på längre sikt är det av intresse att även studera attityderna till valfrihet i vården. Av en nyligen publicerad studie av Anell & Rosén framgår att två tredjedelar av allmänheten instämmer helt i att de själva vill välja allmänläkare och sjukhus, men man är mer tveksam till val av läkare än till sjukhus. Det är framförallt de äldre som vill välja distriktsläkare /husläkare. De yngre anser det lika viktigt att kunna välja sjukhus. Det fanns inte några skillnader mellan män och kvinnor i dessa avseenden. Av utredningens egen enkätundersökning framgår emellertid att kvinnor tillmäter möjligheten att välja läkare större betydelse än män. Könsskillnaden i detta avseende är mest utpräglad i åldersgruppen 35-49år. När det gällde de faktiska möjligheterna att välja läkare, lämnade kvinnorna en något mer positiv bedömning av valmöjligheterna än männen.

I Anells och Roséns studie var intresset för att öva inflytande på behandlingsalternativen mindre än för att välja läkare /sjukhus. Här avvek dock de yngre, som hade en mer kritisk inställning och var mindre benägna att överlåta avgörandet till läkare. Studien tog också upp vilka kvalitetsegenskaper som anses viktiga vid ett besök på vårdcentral eller vid sjukhusvistelse. Utbildning och kompetens hos vårdgivaren ansågs generellt vara den viktigaste egenskapen, medan egenskaper som nära till mottagningen och frikostighet med recept och medicin sällan satts i första hand. Inte heller här finns några skillnader mellan män och kvinnor. Däremot var kvinnor mer intresserade än män av att skaffa ytterligare information för att kunna välja distriktsläkare /husläkare.

Av vår enkätundersökning framgår att män och kvinnor bedömer samma saker som viktigast i samband med öppenvårdsbesök, nämligen att få rätt diagnos, att få bästa möjliga behandling, att bli bemött med respekt och att få ärliga och uppriktiga svar. Dessa kvalitetsaspekter bedöms av båda könen som mer betydelsefulla än möjligheten att välja läkare. Kvinnor tillmäter alla dessa aspekter något större betydelse än män.

Verkningsmekanismer av betydelse för bemötandet av kvinnor och män

Valfriheten syftar ytterst till att ge patienten en starkare ställning och ett större inflytande över vården och behandlingen. Men valfriheten kan vara mer eller mindre angelägen för olika grupper av patienter. Den kan vidare inte utnyttjas på samma sätt av alla. Den för oss relevanta frågan är om någon av dessa skillnader systematiskt inverkar på hur män och kvinnor bemöts i vården.

När det gäller graden av *angelägenhet* finns det en skillnad mellan akut och planerad vård. En annan skillnad är den mellan komplicerade (sammansatta) och enkla sjukdomstillstånd, nära den ligger skillnaden mellan kronisk vård och kortvarig vård. Vid akuta, enkla och kortvariga sjukdomstillstånd är det i första hand snabbheten som eftersträvas. Då är det den *logistiska* valfriheten som gäller, dvs. den valfrihet som har att göra med frågor om tidgivning, följsamhet från läkarens sida samt vårdens tillgänglighet. Även vid mer sammansatta och /eller kroniska vårdbehov kan det vara viktigt att kunna utnyttja den logistiska valfriheten, t.ex. för att kunna besöka vårdgivaren på en plats och vid en tidpunkt som passar bra i förhållande till arbetet. Men minst lika viktigt är att känna förtroende för vårdgivaren och de metoder han /hon

står för. Den *kliniska* valfriheten träder därför i förgrunden; den som handlar om att kunna påverka vilken vård och behandling jag som patient vill ha.

Kvinnor söker vården oftare än män. Det kan bl.a. vara ett uttryck för att man lyssnar mer lyhört på signaler om ohälsa och är mer förtänksam. Det skulle i sin tur kunna innebära att man kan planera vården bättre och därmed vara mer intresserad av valfrihet. Vid enkla och kortvariga vårdbehov är kvinnor och män sannolikt lika angelägna att snabbt kunna utnyttja den logistiska valfriheten. Men vi vet också att kvinnors behov ofta är mer sammansatta och att de därför mer än männen kan tänkas vilja utnyttja den kliniska valfriheten.

Enligt Saltman tillhör kvinnorna den grupp, som fått mer att säga till om genom en blandning av logistiska och kliniska aspekter på den behandling de får. Valfriheten till BB-avdelningarna i Stockholm utnyttjades de första åren på så sätt att ungefär 15 procent av kvinnorna valde annat sjukhus än det de 'tillhörde'. Sjukhusen anpassade också sina erbjudanden till de blivande mödrarna. Ett exempel är att ett sjukhus byggde om sina förlossningsrum för att bättre passa för ABC-förlossningar.

Det finns olika former av *hinder* som gör att vissa patienter har svårt att utnyttja valfriheten än andra. Ett hinder kan utgöras av svårigheter att förflytta sig för att rent faktiskt ha något att välja mellan. En annan dimension rör möjligheterna att ta till sig och värdera information som grund för att välja. Återigen kan vi se en skillnad mellan logistisk och klinisk valfrihet. Den information som behövs för de logisktiska valen enklare och lättare bearbeta. För den kliniska valfriheten fordras en mer omfattande information om sådant som behandlingsmetoder, kvalitet och resultat. Det är en typ av information som kräver stora kunskaper och är svårare att bedöma. I dagens läge är denna typ av information ofta bristfällig eller saknas.

Spelar kommunikationshindren olika roll för kvinnor och män? Troligen. Männen arbetar mer utanför hemmet och längre från hemmet. De har oftare än kvinnorna tillgång till bil och rör sig därigenom lättare. Som redan diskuterats är männen relativt sett mer intresserade av den logisktiska valfriheten än kvinnorna. Informationen om den valfriheten är lättare sprida och värdera. Svårigheterna för kvinnorna att utnyttja den kliniska valfriheten kan vara större.

9.2 Husläkarreformen

Det beslut som riksdagen fattade i maj 1993 hade i huvudsak följande innehåll:

- att det skulle råda fri etableringsrätt för husläkarna under förutsättning att de var specialister i allmänmedicin eller hade speciell dispens från Socialstyrelsen
- att det skulle råda konkurrens- och producentneutralitet, dvs. att husläkarverksamhet i privat och offentlig regi skulle ha samma ekonomiska villkor
- att husläkarersättningen skulle bestå av en fast kapiteringsavgift per listad individ samt en prestationsersättning relaterad till antalet besök. De faktiska ersättningsnivåerna skulle bestämmas av de enskilda landstingen förutom den statligt bestämda åtgärdstaxan för vissa behandlingar och undersökningar.
- att staten i husläkarlagen bestämde ett grundåtagande för husläkarna. Utöver detta kunde de enskilda landstingen ålägga husläkarna vissa tilläggsåtaganden, t.ex. att de skulle kunna erbjuda patienter mödra- och barnavård.

Successivt under första halvåret 1994 infördes husläkarsystemet i flertalet landsting. I september 1994 hade 77 procent av den svenska befolkningen listat sig, dvs. valt husläkare. Det finns inga uppgifter som visar om det föreligger skillnader mellan män och kvinnor i detta avseende. Eftersom vårdkonsumtionen varierar mellan olika grupper bör ett ersättningssystem, som bygger på individersättning (kapitation), ta hänsyn till dessa variationer. I samtliga landsting har man tagit hänsyn till patienternas ålder. I ett landsting, Östergötland, använde man förutom den åldersrelaterade indelningen också olika vikter för kvinnor och män.

Under 1994 skedde en tillströmning av läkare till primärvården. De nya läkarna utgjordes inte bara av allmänläkare utan också av specialister som fått dispens. Inget landsting klarade dock målet 2.000 invånare per husläkare i början av 1995. Genom att det finns fler allmänläkare, om än ojämnt spridda, har förutsättningarna för tillgänglighet och kontinuitet ökat. Å andra sidan medförde reformen en marginalisering av distriktssköterskor, som för många patienter stått för kontinuitet och helhetssyn i vården. Tillgängligheten försvagas också av att Sverige på 1990-talet ser helt annorlunda ut än det samhälle, där bilden av den alltid beredde husläkaren en gång formades. Husläkare är borta för sådant som semester, utbildning, jourkompensation och barnledighet.

Allt fler besök av patienten är icke bokade i förväg. De är därmed svårare att slussa till den egna läkaren. En studie i Tierp visade också att trots att läkarsituationen förbättrats så var kontinuiteten fortfarande dålig, utom för vissa selekterade grupper (Winblad 1995).

En studie i Stockholms läns landsting 1995 visar att två tredjedelar av husläkarpatienterna var kvinnor. Majoriteten tyckte att husläkarreformen var bra och var nöjda med sin husläkare. Nio patienter av tio hade träffat sin egen husläkare. En klar majoritet svarade att det hade blivit lättare att alltid träffa samma läkare. Undersökningen redovisade inte några påtagliga skillnader mellan män och kvinnor, bortsett från i ett avseende; dubbelt så många män som kvinnor sökte akutmottagning på sjukhus om man inte fått tid hos sin husläkare inom rimlig tid.

Verkningsmekanismer av betydelse för bemötandet av kvinnor och män

De inslag i reformen vi skall ta upp är kontinuitet i vården och konkurrensen om patienterna. Båda dessa uppfattas omedelbart som positiva för bemötandet, men kan i praktiken falla olika ut för olika grupper. *Kontinuitet* är nästan definitionsmässigt mer angelägen vid kronisk vård än vid kortvarig vård. Det är ju just vid långvariga vårdepisoder som det är angeläget att veta att man får träffa samma doktor och att denne har tillräcklig kunskap om patienten för att kunna värdera förändringar i sjukdomen. På samma sätt är kontinuiteten viktigare vid sammansatta än enkla sjukdomstillstånd. Ser vi på de här dimensionerna är det, allt annat lika, kvinnorna som har mest att vinna av kontinuiteten. Många av de besvär, som kvinnor rapporterar oftare än män (ångest, oro, huvudvärk etc.) tillhör rimligtvis de typer av problem där man är angelägen om varaktiga relationer med sin vårdgivare. Detta förstärks av att symptom av det slaget kanske framstår som vaga och svåra att klart avgränsa. Fler kvinnor lider också av kroniska sjukdomar.

Men medaljen har en baksida. Kvinnosjukvården intar hos kvinnor en särställning och utgör för många kvinnor den fasta medicinska punkten genom livet. På grund av reproduktionens och sexualitetens särskilda laddning är gynekologisk kompetens, kombinerad med kontinuitet, av särskild betydelse för kvinnor. Av utredningens enkätundersökning framgår att kvinnor som besökt gynekologimottagning var den grupp som var mest nöjda med den medicinska behandlingen. De var också bland de mest nöjda när det gällde det allmänna bemötandet i samband

med besöket. Det är naturligt att en del kvinnor i fertil ålder vill ha möjlighet att välja annan specialist än allmänläkare, åtminstone i de delar av landet där detta kan ske utan långa resor.

Sammantaget kan man uttrycka det som att kvinnor har mest att vinna på kontinuiteten i sig, medan de relativt sett missgynnas av de begränsningar som ligger i husläkarsystemet. Trots att man politiskt tagit beslut om att kvinnor har rätt att träffa gynekolog, och i många landsting satt avgiften till samma nivå som hos allmänläkaren, går det ej att utesluta att de organisatoriska förändringarna kan ha lett till att kvinnor fått sämre tillgång till gynekologisk vård. Denna problematik illustrerar också att det är svårt att 'renodla' konsekvenserna av en enskild reform, och att flera parallella förändringar i vårdens makrostruktur kan tillsammans få svårdefinierade konsekvenser.

Konkurrensen är inte enbart positiv, även om den i grunden leder till att doktorn är mer lyhörd mot patienten och än mer försöker tillgodose patientens önskemål. Just i detta tillgodoseende ligger också en möjlig nackdel, nämligen att konkurrensen mer inriktas på att tillgodose en efterfrågan än att möta reella behov. Det kan också framstå som ett bättre konkurrensmedel för doktorn att göra servicen bättre och trivsammare än att utveckla själva vården. Med det synsättet blir det också mer givande att lägga upp vården så att man attraherar dem, som kan *förflytta* sig än dem som i praktiken är bundna av geografiska skäl. En delvis annan aspekt handlar om vem som *formulerar sin efterfrågan* på ett sådant sätt att vårdgivaren enkelt kan möta den och annonsera den. Sett i detta perspektiv verkar återigen kvinnorna kunna bli förlorare. Det är lättare att ändra sina mottagningstider än sitt sätt att bemöta patienterna.

En annan fråga kring konkurrens rör hur kvinnliga respektive manliga patienter väljer kvinnliga respektive manliga läkare. *Om* kvinnliga patienter tenderar att välja kvinnliga läkare och *om* dessa patienter är mer vårdtunga än manliga kan detta leda till ojämn arbetslastning och möjligen även sämre vård. Från husläkarförsöken i Trondheim och Tromsö rapporterade de kvinnliga läkarna i högre grad än manliga ökad arbetsbelastning och försämrad arbetssituation samt missnöje med listornas storlek och könssammansättning. Senare presenterat material från Norge visar att kvinnliga husläkare visserligen har fler kvinnliga patienter och fler besök, men att besöken inte är mer tidskrävande. Uppenbarligen finns dock här en verkningsmekanism som det finns anledning att uppmärksamma.

9.3 Vårdgarantin

Socialdepartementet och Landstingsförbundet träffade 1991 en överenskommelse om införande av en vårdgaranti för att korta väntetiderna inom vissa specialiteter. Innebörden är att en patient, som omfattas av garantin, skall få behandling inom tre månader från den dag beslut om operation eller annan insats fattas. Patient, som inte kan bli behandlad inom tre månader, skall erbjudas vård vid annan klinik inom sjukvårdsområdet, inom annat landsting eller hos privat vårdgivare .

Under hösten 1995 har staten och landstingen enats om att successivt från 1996 förändra vårdgarantins inriktning. Den ursprungliga garantin fortsätter att gälla under en övergångstid, men skall på sikt slopas. Garantin utvidgas till att gälla även patienter som söker primärvård vid icke akuta tillstånd. Man skall då få kontakt med sjukvårdspersonal samma dag man söker vård. Om kontakten är med annan än läkare skall man erbjudas tid hos läkare inom åtta dagar. Patient utan klar diagnos, som remitteras från primärvården till specialistsjukvård, skall få tid inom fyra veckor. En mer principiell förändring i vårdgarantin är att patienter med svåra kroniska sjukdomar skall garanteras en fastställd vårdstandard. Genom ett vårdkontrakt mellan patienten och vårdgivaren klargörs såväl rättigheter som skyldigheter för både patient och vårdgivare. Den första gruppen som är tilltänkt att omfattas av denna del av vårdgarantin är diabetiker.

Under 1992 förkortades köer och väntetider inom samtliga vårdgarantiområden. På nästan alla håll kunde man hålla väntetiden under tre månader. I valet mellan att vänta längre eller få sin behandling på annat sjukhus valde de flesta patienter att vänta vid det 'egna' sjukhuset. Under 1993 ökade de sammanlagda köerna till de aktuella områdena. Denna utveckling med fler köande och längre väntetid har i stort sett fortsatt under 1994 och 1995.

För kirurgisk inkontinensbehandling av kvinnor var produktionen under 1993 i stort sett oförändrad, medan antalet köande ökade kraftigt på grund av ökad efterfrågan. Trots att antalet operationer under 1994 ökade med nästan 20 procent ökade patienterna på väntelistan och väntetiden. Åtta procent av klinikerna uppgav vid årsskiftet 1994/95 att de inte klarade vårdgarantin på detta område. Den ökade efterfrågan beror troligen på att man med större öppenhet nalkas urininkontinens, ett problem som tidigare ofta dolts och förtigits.

I början av 1990-talet var köerna långa till operation av inkontinens och prolaps samt till sterilisering. Vårdgarantin omfattar de två första av dessa diagnoser. En undersökning av vårdgarantins effekter på kösituationen i sluten gynekologisk vård inom kvinnosjukvården i Göteborgsregionen visade att villkoren kunde uppfyllas redan när vårdgarantin *infördes*. Det fanns då heller inga vårdköer av betydelse. Bakom denna utveckling låg inte i första hand en ökning av antalet ingrepp; den var endast marginell. Däremot ledde vårdgarantin till större intresse för de aktuella diagnoserna. Det medförde skärpt bevakning och kontinuerlig rensning av väntelistor, organisatoriska kapacitetsökande förändringar samt nya metoder och förändrade behandlingsrutiner. Några kliniker fick tillfälliga resurstillskott. Andra bidragande orsaker kan ha varit ökad polikliniserings och dagkirurgi samt införande av remisstvång till tidsbeställd öppen vård.

Verkningsmekanismer av betydelse för bemötandet av kvinnor och män

Vårdgarantin stärker den enskildes ställning. Bemötandet av män och kvinnor bör rimligtvis i lika mån förbättras av detta. Men liksom i övriga reformer finns det implikationer som kan ge skillnader mellan patienter i intresse för och möjligheter att utnyttja reformen. I praktiken kan *olika grupper patienter värdera väntetiderna olika*. Som vi diskuterat tidigare verkar det troligt att kvinnors hälsa, sjuklighet och vårdkonsumtion gör de *relativt* sett mindre intresserade än männen av att få behandling snabbt. Speciellt kan det tänkas gälla den del av vårdgarantin, som handlar om möjligheten att vända sig till annan vårdgivare (även annat landsting) om inte det egna sjukhuset klarar av tidsgränsen. På samma sätt som när det gäller valfriheten gynnar vårdgarantin de som har lättast att förflytta sig, dvs. i praktiken männen.

Den nya utformningen av vårdgarantin innehåller två element, som går i olika riktningar i de avseenden vi här diskuterar. Det ena innebär en ytterligare betoning av att man snabbt skall få kontakt med läkare, det andra att patienter med svåra kroniska sjukdomar skall garanteras en fastställd vårdstandard. Snabbheten är troligen av relativt sett störst betydelse för männen, medan möjligheterna att få ett kontrakt med vårdgivaren om den egna vården främst kan förväntas gynna kvinnorna.

Gynnar en reform som vårdgarantin främst *grupper med stark eller svag position?* Det går att finna argument för att hävda både den ena och den andra linjen. Å ena sidan kan man hävda att vårdgarantin

främst är ett skydd för dem, som annars har svårt att komma fram i vården. Ibland brukar man tala om de grå folksjukdomarna, som inte framstår som spännande och intressanta och där patienterna som en följd av detta kan tänkas sättas åt sidan. Flera av områdena inom vårdgarantin ligger åt detta hållet, t.ex. operation vid godartad prostataförstoring, kirurgisk behandling av urininkontinens hos kvinnor, kirurgisk behandling av prolaps (framfall) samt utprovning av hörapparat.

Å andra sidan kan det finnas en tendens att det är de, som ropar högst och har starkast resurser, som har störst möjlighet att få in sina områden. Vårdgarantins utformning kom i hög grad att påverkas av den aktuella situationen för köer och väntetider inom några specialiteter i början av 1990-talet uppmärksammade områden. Det är områden, som om man utnyttjar prioriteringsutredningens mer systematiska överväganden *inte* hamnar i den högst prioriterade gruppen. En näraliggande aspekt gäller den effekt det har att ett instrument som vårdgarantin bygger på och förstärker det existerande vårdmönstret. Om det finns systematiska skevheter mellan olika grupper, såsom kvinnor och män, bibehålls de.

9.4 Beställarstyrning i hälso- och sjukvården

Knappt hälften av landstingen har under senare år förändrat sina styrsystem genom s.k. modeller, där rollerna som beställare och utförare av hälso- och sjukvård skilts åt. Två grundläggande principer är genomgående i modellerna:

- uppdelningen mellan beställare och utförare, som upprättar kontrakt med varandra
- vårdgivaren får betalt av det område där patienten bor; pengarna följer patienten och är knutna till en utförd prestation

Beställarna har ett befolkningsansvar och förfogar över resurserna för befolkningens samlade vårdkonsumtion. Resurser fördelas efter behov. Beställarstyrningen har under implementeringen successivt förskjutits enligt vad som förenklat skulle kunna betecknas som från teknisk upphandling till stöd för att utveckla vårdprocessen. Från ett formellt anbudsinfordrande, förhandling och tecknande av detaljrika avtal med ersättning per prestation går man mot mer sammanhållna avtal /överenskommelser.

Effekterna av de nya styrsystemen på hur patienterna bemöts och behandlas beror ytterst på personalens attityder och beteenden samt på hur det medicinska handlandet förändras. Forsberg och Calltorp (1994) har undersökt det medicinska handlandet och funnit att 17 procent av läkarna inom både medicin och kirurgi anser att de skriver ut patienter för tidigt. Det är vidare vanligt att läkare tar hänsyn till kostnaderna när de tar ställning till utredning. Ytterst kan detta leda till att man avstår från en diagnostisk åtgärd av kostnadsskäl. Däremot är det ovanligt att man avstår från *behandling* av detta skäl.

Dahlström och Ramström anser efter en genomgång av utvärderingsrapporterna till Stockholmsmodellen att det inte finns några klara indikationer på att vården skulle ha försämrats som en följd av att modellen införts. När klinikchefer tillfrågades om vårdens kvalitet på sin klinik ansåg man att den var hög. Man kan dock ifrågasätta värdet av denna typ av utvärderingsmetodik.

Det finns också indikationer på växande problem. Andelen läkare och sjuksköterskor som är oroliga för kvaliteten ökar. Vid de kirurgiska och urologiska klinikerna ansåg en tredjedel av läkarna att vårdtiden är för kort. Bäck och Gröjer hävdar i en av utvärderingsrapporterna att skadeutveckling och medborgarnas bedömning stöder tesen att vårdens kvalitet har minskat som en följd av införandet av Stockholmsmodellen.

Det är svårt att värdera vilka effekter beställarstyrningen kan ha haft på rättvisa och jämlikhet i vården. Diderichsen och Fredlund har i en kompletterande utvärdering av Stockholmsmodellen sett på förändringar i vårdkonsumtionen. En fråga har därvid varit om modellen medfört att sjukhusvårdens tillgänglighet förändrats totalt och /eller för olika befolkningsgrupper. En annan fråga har gällt om medelvårdtiderna förändrats för de vårdgrenar som ersätts med det s.k. DRG (Diagnosis Related Groups)-systemet och om denna förändring varit olika för olika befolkningsgrupper. Sammanfattningsvis innebär resultatet att den högre vårdkonsumtionen har kommit alla större grupper till del och inte inneburit någon prioritering som kan hota jämlikhetsmålen. Medelvårdtiden har däremot både i absoluta och relativa termer minskat kraftigast bland äldre och ensamboende, dvs. de grupper som innan reformerna hade längst medelvårdtider. Studien tar inte upp om mäns och kvinnors konsumtion påverkats olika.

Ett annat sätt att spåra problem med rättvisa och jämlikhet är att se på hur producenterna reagerar på styrsystemets incitament. Några av rapporterna i utvärderingen av Stockholmsmodellen berör dessa per-

spektiv. De ger inte stöd för uppfattningen att modellen haft negativa effekter i detta avseende. Sjukhusen upppger att man inte, åtminstone vid det egna sjukhuset, aktivt söker undvika tunga och vårdkrävande fall. Trots detta gör man förberedelser för att förebygga sådana tendenser. Antalet vårdtillfällen för äldre patienter har ökat och även antalet behandlade patienter i denna grupp.

Verkningsmekanismer av betydelse för bemötandet av kvinnor och män

Avtals- och ersättningssystemen kan påverka hur män och kvinnor bemöts i vården på åtminstone tre olika nivåer. För det första kan uppdelningen av vården i avgränsade delar som ersätts 'per styck' leda till en *fragmentisering* av vården. Varje åtgärd regleras för sig i avtalen och ersätts för sig. Den pågående utvecklingen mot att vilja knyta avtal och ersättningar till vårdkedjor och vårdprogram är ett tecken på att fragmentiseringen upplevs som ett problem som måste motverkas.

För det andra kan ett system med beställare och utförare samt prestationsbaserat system för ersättningar leda till att en vårdgivare har intresse av att *undvika patienter* med störst hälsoproblem och störst vårdtyngd. Även om vårdgivaren får betalt per fall kan det vara olönsamt med vissa patienter med kostnader som överstiger ersättning. Dessa frågor har aktualiserats t.ex. efter införandet av prospektiv betalning baserat på DRG-systemet i USA. Vid individrelaterad ersättning ökar incitamenten för att välja bort vissa patienter. Patienter som uppfattas som svårbehandlade eller i övrigt tidskrävande riskerar särskilt att bli utsatta för att väljas bort av vårdgivaren. De med sammansatta och komplicerade sjukdomar liksom med svårdiagnosticerade och diffusa symptom tillhör den gruppen av patienter. Detta kan tala för att kvinnor blir mer lidande av diskrimineringen än män. Samtidigt är det tänkbart att männen är överrepresenterade bland andra grupper som vårdgivarna inte är så intresserade av att ha som patienter. En sådan grupp kan vara missbrukare.

För det tredje bygger ett system av ersättningar av DRG på ett historiskt material. Det riskerar därför att *konservera gamla vårdmönster* och också att gynna de traditionellt starkaste grupperna i vården. Denna aspekt tas sällan upp till diskussion.

Alla dessa typer av mekanismer får olika återverkningar på olika grupper. Fragmentisering är mest negativt för grupper med långvariga och sammansatta vårdbehov och därmed sannolikt för kvinnorna. Som vi tidigare sett besöker också kvinnor fler vårdgivare än män. Kvinnor med svårdiagnosticerade och diffusa symptom kan riskera att bli mest utsatta för diskriminering i vårdgivarnas val. Eftersom männen har utgjort 'normen' i vården riskerar ett ersättningssystem, som bygger på historiska kostnader för olika sjukdomar också bli 'manligt'.

9.5 Förändringar av utbudsstrukturen

Strukturförändringar uppfattas ofta som lika med lägga ner sjukhus. Men besluten handlar knappast om att ta bort hela sjukhus. Snarare rör strukturdebatten hur uppgifterna skall fördelas mellan sjukhusen på ett sådant sätt att patienterna får en god vård och resurserna fördelas rationellt. Struktur kan med ett sådant synsätt närmast ses som synonymt med det *mönster* som bildas av relationerna mellan olika delar av sjukvårdssystemet.

Förändringarna av utbudsstrukturen är en följd av att förutsättningarna för hälso- och sjukvården, såväl de externa som interna, förändras. Det gäller sådana grundläggande faktorer som befolkning och vårdbehov, där ökningen av antalet äldre är den på lång sikt dominerande frågan. Faktorer som bättre bostadsstandard, i vid mening, betyder också andra förutsättningar för vård i hemmet. Den medicinska och tekniska utvecklingen är också en viktig faktor. Den har stor betydelse för strukturen, särskilt i kombination med kravet att begränsa den totala kostnadsutvecklingen. Ny teknik gör det möjligt att sprida vissa undersöknings- och behandlingsformer. Möjligheter att driva kvalificerad vård och behandling utanför sjukhus ökar. I andra fall kräver den att dyrbar apparatur och speciell kompetens koncentreras.

Utvecklingen leder till att den *inre* organisationen av sjukhusen förändras. Organisationen byggs upp utifrån patienternas behov av mångfacetterade insatser; gamla gränser mellan verksamhetsområden betyder mindre. Samma faktorer påverkar också den *yttre* strukturen.

I den enklaste meningen finns det ett rent *kvantitativt* samband mellan det vi nu nämnt och sjukvårdens struktur. Allt större del av vården sker utan att patienterna behöver läggas in på sjukhus. Detta minskar

väsentligt behovet av slutenvårdsplatser. En konsekvens är att organisationen av den kvarvarande slutna vården måste övervägas. Men lika intressant är vad som kanske skulle kunna benämnas ett *kvalitativt* samband. Det har att göra med vårdens intensifiering, differentiering och specialisering. Det går inte längre att splittra sina insatser över ett alltför stort fält. En profilering och renodling blir nödvändig.

Antalet vårdplatser i somatisk korttidsvård var som störst under första hälften av 1970-talet. Därefter påbörjades en reducering, som blev kraftigare från 1990 och framåt. 1990 fanns 33.500 vårdplatser inom korttidsvården, 1993 hade antalet sjunkit till 27.300. Under 1994 fortsatte denna utveckling; var tioende kirurgplats och var tjugoende medicinplats lades ner och antalet platser sjönk till 25.400. Antalet lasarett har inte minskat relativt sett lika snabbt. År 1979 var antalet 100 och 1990 fanns 94 lasarett, sedan dess har ingen reell förändring skett även om ett antal sjukhus organisatoriskt slagits samman. Antalet vårdplatser per sjukhus har alltså sjunkit.

Vad som härutöver framför allt präglat utvecklingen under senare år är att uppgiftsfördelningen mellan sjukhus förändrats och att sjukhusen samverkar mer. Detta har lett till att ett antal sjukhus fått mer differentierade funktioner:

- Sjukhus utan slutenvård
- Sjukhus med öppenvård och planerad slutenvård
- Sjukhus utan sluten kirurgisk verksamhet
- Sjukhus med begränsad sluten kirurgisk verksamhet
- Sjukhus med begränsad sluten internmedicinsk verksamhet

Samverkan betonas idag starkare än konkurrens. Gamla gränser uppfattas ofta som ett hinder i denna utveckling och bryts därför upp. Det gäller såväl professionella som administrativa gränser. Förändringarna sker därför både inom sjukhus och mellan sjukhus. Relationerna mellan sjukhusen och vården utanför sjukhus berörs också. Administrativa landstingsgränser ses inte heller som något hinder för samverkan. Samverkan mellan landsting och kommuner är också en del i denna utveckling. ÄDEL-reformen 1992 är en viktig del av förutsättningarna för strukturförändringarna i vården i och med att många s.k. klinikfärdiga patienter försvann från sjukhusen.

Inom ramen för Landstingsförbundets strukturprogram har konsekvenserna av gjorda strukturförändringar på ett antal orter (Härnösand,

Avesta och Ludvika, Kristinehamn samt Falköping) följts upp. Några av resultaten är av särskild relevans för bemötandet av patienterna:

- Kvalitetsutvecklingen påverkas inte av pågående eller avslutade strukturförändringar.
- Det viktigaste skälet vid val av sjukhus vid medicinsk behandling är närhet och vid operation tillit till kunskap och skicklighet.
- Förändringarna har generellt inte gett långa vårdköer eller väntetider.
- En majoritet av befolkningen har fortfarande förtroende för vården på respektive sjukhus, även om detta förtroende minskat något till följd av strukturförändringarna.

Verkningsmekanismer av betydelse för bemötandet av kvinnor och män

Motståndet mot strukturförändringar är som bekant ofta stort. Få saker kan bokstavligt talat få en hel bygd på fötter som hotet mot det egna sjukhuset. Argumenten mot att ändra uppgifterna för ett sjukhus bottnar främst i vad som uppfattas som negativa effekter för den ort sjukhuset ligger i; minskad sysselsättning och sämre infrastruktur. Mer sällan hävdas att den medicinska säkerheten eller kvaliteten skulle vara i fara.

För vår diskussion är det mest intressant att se på vilka mekanismer som kan påverka patientens bemötande. Förändringar av avstånd och lokal kännedom kan då vara relevanta. När verksamheten vid ett viss sjukhus förändras blir det längre resor. Den kunskap som finns på det lokala sjukhuset minskar. Vården kan också upplevas som mer opersonlig. Till viss del kan dessa negativa konsekvenser motverkas av en väl utbyggd öppen specialistvård. Genom samverkan och differentiering kan det rent av bli möjligt att få mer specialiserad vård på nära håll. Hittills har strukturförändringarna dessutom endast i mindre utsträckning rört invärtesmedicinen, där kraven på närhet är störst.

Påverkan på olika grupper och på män och kvinnor kan vara av samma slag som de vi diskuterat tidigare. Om de besvär kvinnor söker för är mer komplexa och långvariga är närheten och den lokala kännedomen relativt sett viktigare än för männen. På motsvarande sätt påverkar att kvinnorna söker läkare oftare och att de söker fler läkare.

9.6 Diskussion och slutsatser

De reformer, som genomförts inom hälso- och sjukvården i slutet av 1980-talet och början av 1990-talet har vuxit fram i en situation där resurserna för hälso- och sjukvården inte ökat som tidigare. Kritikerna har hävdat att den svenska hälso- och sjukvården har ett dåligt resursutnyttjande samt avsevärda brister i service och omhändertagande av den enskilde patienten. Denna kritik har inte på något sätt varit unik för hälso- och sjukvården eller för Sverige. Den har omfattat den offentliga sektorn i stort, i vårt land liksom i övriga OECD-länder. Reformerna har omfattat främst styrning och organisation och haft ett tydligt inslag av marknadsliknande mekanismer. Samtidigt har regleringarna bestått, om än med ändrad inriktning. Efterhand har graden av marknadsinslag avtagit och behovet av samverkan betonas nu starkare.

Det är påtagligt att reformerna i hög grad dominerats av ett systemtänkande. Förändringarna har gått ut på att skapa nya relationer mellan olika delar av systemet och skapa incitament för den enskilda delen av organisationen att göra rätt. Självfallet har reformerna i sig haft syftet att ge patienterna bästa vård, men de har inte har inte innehållit *direkta* visioner eller föreställningar i dessa avseenden. Av de reformer vi här studerat är vårdgarantin den enda, som omedelbart påverkar hur patienten bemöts. Detta skall inte uppfattas som en kritik mot övriga reformer, men det är viktigt att vara medveten om denna systeminriktning för att tolka och förstå reformerna. Detta skall illustreras med två olika punkter.

Den första gäller att förändringarna inte varit uttryckligen riktade mot att möta de stora hälsoproblemen. I inledningen har vi pekat på att det trots en positiv utveckling av hälsan i stort finns tydliga tecken på växande problem för vissa grupper, inte minst bland kvinnorna. Trots detta saknar reformerna en strategi för hur de skall bidra till en positiv hälsoutveckling. De har heller inte fokuserat på de växande klyftorna i befolkningens hälsa.

Den andra gäller att frågan om hur män och kvinnor bemöts inom vården inte diskuterats i reformerna. Det gör att det heller inte finns någon uppföljning av hur män respektive kvinnor påverkats av reformen. Det är viktigt att framtida reformer i dessa avseenden blir tydliga på ett helt annat sätt.

Frågan om hur bemötandet av kvinnor och män kan tänkas ha påverkats kan inte besvaras entydigt. Den enkla logistiska *valfriheten,* som handlar om att t.ex. välja läkare eller sjukhus, är mest angelägen vid okomplicerade problem där man snabbt vill ha hjälp. Den kräver möjligheter att förflytta sig men däremot inte särskilt avancerad information. Den står i och för sig öppen för såväl kvinnor som män. Troligen betyder den *relativt* sett mest för män, medan kvinnorna är mer angelägna om den kliniska valfriheten, dvs. möjligheterna att påverka val av vård och behandling.

Genom kombinationen av klinisk och logistisk valfrihet har kvinnor på åtminstone några områden (förlossningar, bröstcancer) kunnat öka sitt inflytande över vården. Samtidigt kan kvinnor som har mer sammansatta problem riskera att bli negativt diskrimerade som en följd av att patientens valfrihet i praktiken också ger vårdgivaren en möjlighet selektera patienter.

Husläkarreformen är tveeggad. Själva kontinuiteten är troligen av större värde för kvinnor än för män. Samtidigt kan begränsningen till en (allmän)läkare innebära en större inskränkning för kvinnor. Ersättningssystemet i kombination med listningen och konkurrensen om patienter riskerar också missgynna kvinnorna.

Vårdgarantin påverkar troligen män och kvinnor olika. Vissa delar betonar främst snabbheten och gynnar relativt sett männen. De framtida kontrakten om viss vårdstandard kan däremot vara av störst betydelse för kvinnorna. Vårdgarantin kan vidare innebära att grupper i vården med hög röst genom att ropa får med fler av sina områden. Mot detta står återigen att det för eftersatta grupper kan vara än mer viktigt att få garantier.

Beställarstyrningen innehåller element, som åtminstone potentiellt kan missgynna kvinnorna. Ersättning per styck fragmentiserar vården. Det är risk att vårdgivaren framför allt söker de lättare fallen. Ett ersättningssystem som bygger på historiska kostnader gynnar också dem, som historiskt sett haft den starkaste ställningen.

Den förändrade utbudsstrukturen innebär att patienterna i vissa fall får längre till vården och att vården kan upplevas som mer opersonlig. Det är möjligt att detta i högre grad är en nackdel för kvinnorna mot bakgrund av besvär och vårdmönster. Detta kan dock kompenseras med en väl utbyggd och differentierad öppen specialistvård.

10 Överväganden och förslag

Hälso- och sjukvårdens förmåga att anpassa bemötande och behandling efter kvinnors och män specifika behov och förutsättningar har brister i många avseenden. Detta hänger delvis samman med att de könsspecifika behoven är otillräckligt studerade och dokumenterade. Därutöver saknas könsuppdelade kunskaper om effekter av olika vårdåtgärder.

Avsaknaden av könsspecifik kunskap, bemötande och behandling påverkar hälso- och sjukvårdens möjligheter att prestera goda resultat. Det är inte tillfredsställande att kvinnor blir behandlade efter en manlig norm. Vår kartläggning visar dock att det även finns exempel på att männen erbjuds behandling som utformats enligt kvinnlig norm. Våra förslag till åtgärder vilar på synsättet att hälso- och sjukvården skulle förbättras ur patientsynpunkt om de könsspecifika kunskaperna om behov, efterfrågan och vårdåtgärder ökar och om dessa kunskaper integreras i vårdarbetet. Sjukvården skulle sammantaget bli effektivare.

En väl fungerande relation mellan patient och vårdare utgör grunden för ett lyckat omhändertagande och riktiga behandlingsbeslut. Den snabba medicinteknologiska utvecklingen under de senaste decennierna har medfört att hälso- och sjukvårdens möjligheter att bota, lindra och trösta i hög grad kommit att sammankopplas med vårdens teknologiska standard. De stora tekniska framgångarna i fråga om behandling av många sjukdomar har tyvärr lett till alltför stor betoning på teknik. Patienten som människa har i viss mån försvunnit bakom en intressant diagnos. Samtidigt har betydelsen av ett gott bemötande för patientens tillfrisknande och fortsatta hälsa ägnats liten uppmärksamhet.

Interaktionen mellan patient och vårdare kan betraktas som asymmetrisk på så sätt att den ena parten – patienten – befinner sig i underläge i termer av kunskap och påverkansmöjligheter. Denna maktobalans måste uppmärksammas och beaktas i kontakten med patienten. Interaktionen mellan patient och vårdare återspeglar även de maktförhållanden som råder mellan könen i samhället. Därför riskerar relationen

patient-vårdare bli särskilt asymmetrisk när det gäller vården av kvinnliga patienter. Vid sidan om könsfaktorn kan även andra karakteristika hos patienten, såsom ålder, utbildning och socio-ekonomisk status, styra dynamiken i patient-vårdareförhållandet och få konsekvenser för vårdens innehåll och resultat.

Vi anser att ett gott bemötande och en hög bemötandekompetens hos hälso- och sjukvårdens personal är väsentliga förutsättningar för att vården skall kunna prestera goda resultat. Därför finns det all anledning att fokusera på frågor om patientbemötande, både i praktisk vård-verksamhet, inom forskning och i utbildning.

Som vi har visat har uppföljningen av sjukvårdens kvalitet och effektivitet, till skillnad från den epidemiologiska bevakningen, ofta saknat könsperspektiv. Detta har gällt t.ex. analyser av patienttillfreds-ställelse utifrån patientenkäter, redovisningar av vårdens medicinska kvalitet utifrån s.k. kvalitets- och produktkontrollregister, samman-ställningar av uppgifter från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd m.m. Bristen på könsspecifika uppgifter har komplicerat utredningens arbete och försvårat analyser av vissa vårdverksamheter ur ett köns-perspektiv. Vi anser således att det finns ett behov att etablera nya rutiner för löpande verksamhetsuppföljning och kvalitetssäkring, som kan garantera en fortsatt positiv utveckling i vården av både kvinnor och män.

Ett antal konkreta förslag till åtgärder som berör olika vårdverksam-heter har lämnats i anknytning till betänkandets enskilda kapitel och avsnitt. I det följande tar vi upp de större, principiellt viktiga förslagen och exemplifierar deras innehåll med hjälp av några av de mer detaljerade förslagen. De förslag som inte finns med här återfinns i de sammanfattande faktarutorna i början av betänkandets olika kapitel.

Åtgärdsförslagen presenteras under fem rubriker: patientens ställning; forskning; utbildning; tillsyn, uppföljning och utvärdering; samt sjukvårdshuvudmännens ansvarsområden. Denna kategorisering motsvarar vår uppfattning att – medan lagstiftningen utgör den självklara grunden för hälso- och sjukvårdsverksamheten – så är det nödvändigt att forskningen får förutsättningar att generera köns-specifika kunskaper om bemötande, vård och behandling. Främst genom utbildning, men även via andra kanaler, sprids sedan dessa kunskaper till de olika yrkesgrupperna i vården. Först när kunskapen har nått fram kan den förvandlas till vårdpraxis och komma de kvinnliga och manliga patienterna till godo.

Förslagen avseende sjukvårdshuvudmännens ansvarsområden har samlats under en rubrik. Vi är medvetna om att denna indelning innebär vissa överlappningar, då huvudmännen vid sidan av direkt vårdproduktion även har ett omfattande ansvar beträffande t.ex. utbildning av olika personalgrupper. Grupperingen har dock gjorts för att underlätta för de olika instanserna att identifiera de relevanta åtgärderna och förverkliga deras innehåll.

Förslagen har prövats mot direktiven om offentliga åtaganden och direktiven angående utredningsförslagens inriktning med beaktande av EG-aspekter.

10.1 Patientens ställning

Ett centralt problem för bemötande och behandling i vården är den underordnade ställning i vilken patienten lätt hamnar i mötet med vårdens representanter. Denna underordning beror dels på ett kunskapsmässigt underläge, dels på att vårdaren besitter unik makt med avseende på beslut om patientens framtida vård. Dessa beslut har ofta återverkningar för patientens hela livssituation, patientens självkänsla och självbestämmande, möjligheter till fortsatt yrkesarbete, rätt till sociala förmåner etc. För kvinnliga patienter påverkar också, i olika utsträckning, de maktförhållanden som råder mellan könen i samhället interaktionen med vårdgivaren.

Den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen är inte uppbyggd på ett sådant sätt att den tar patientens rättsställning till utgångspunkt. Patientens rättigheter framgår istället av de skyldigheter som åvilar hälso- och sjukvården och dess personal. Medan rättigheterna i och för sig finns definierade på olika håll i lagstiftningen, kan det vara svårt för patienterna att få en samlad bild av vad som gäller. Ett sätt att lösa problemet kan vara att skapa en särskild lag om patientens rättigheter.

Vi har i vårt arbete övervägt att föreslå förändringar i lagstiftningen, främst komplettering av Hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) inledande paragrafer med fokus på genusperspektiv. Vi avstår dock från att lämna ett sådant förslag. Vår bedömning är att det som i dagens läge främst behövs är ytterligare forskning och utbildning om hur hälso- och sjukvården skall bemöta kvinnor respektive män.

Det är vidare tveksamt om lagstiftning är det mest effektiva instrumentet för att åstadkomma en reell förstärkning av kvinnliga respektive manliga patienters ställning. Utredningen har ej heller underlag för att lämna ett lagförslag som endast beaktar könsskillnader i livsvillkor och vårdbehov, eftersom vi inte med säkerhet kan säga om några andra skillnader (ålder, etnisk bakgrund etc.) också skall beaktas särskilt i Hälso- och sjukvårdslagen för att målet om vård på lika villkor för befolkningen skall uppnås. Som framgått av våra kartläggningar finns det anledning att också fokusera på skillnader mellan t.ex. olika socioekonomiska grupper och åldersgrupper. I det senare hänseendet kan den pågående utredningen om bemötande av äldre komma med faktaunderlag av betydelse för framtida förslag.

I framtiden kan således behov av lagstiftning aktualiseras. Dess genomslagskraft bygger då på att en större kunskapsmassa om bemötandet ur ett könsperspektiv genereras än vad som finns i dagsläget. Exempelvis har Hälso- och Sjukvårdsutredningen HSU 2000 möjlighet att lämna förslag till nya strategier för att förstärka patientens ställning.

Det är emellertid angeläget att patienter och deras representanter uppmärksammas på sina rättigheter och att man genom spridning av effektiv patientinformation skapar konkreta förutsättningar för patienter att delta i det medicinska beslutsfattandet. Vi föreslår följande:

Socialstyrelsen skall i samarbete med sjukvårdshuvudmännen utveckla och sprida information till patienter och deras representanter om patientens grundläggande rättigheter mot bakgrund av vad som står i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), Lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården och Lagen (1994:954) om disciplinpåföljd m.m. på hälso- och sjukvårdens område.

Informationen om patientens allmänna rättigheter skall kontinuerligt kompletteras med tillgänglig information om de alternativ som står till till buds vid diagnostik, behandling och rehabilitering av sjukdomar. Informationen skall i så hög grad som möjligt innehålla könsspecifika uppgifter.

10.2 Forskning

Utredningens förslag avseende forskning har grupperats enligt följande.

Allmänna förslag avseende forskning inom medicin, omvårdnad och hälso- och sjukvårdsforskning
Här föreslås åtgärder som syftar till att stödja forskning som genererar könsspecifika kunskaper om vårdbehov, effekter av olika vårdåtgärder och om vårdorganisationens kvalitet och effektivitet.

Stöd till könsteoretisk forskning (genusforskning) inom medicin, omvårdnad och hälso- och sjukvårdsforskning
Här betonas en ökad integrering av genusperspektivet i forskningen inom nämnda områden och diskuteras hur särskilt stöd till genusforskning bör organiseras.

Prioritering av forskning inom några viktiga områden
I avsnittet presenteras specifika forskningsområden, där utredningen identifierat behov av särskilt stöd och som därför föreslås få hög prioritet vid tilldelningen av forskningmedel.

Allmänna förslag avseende forskning inom medicin, omvårdnad och hälso- och sjukvårdsforskning

En viktig fråga idag handlar om samhällsrelevansen av medicinsk forskning. Ett centralt kriterium för samhällsrelevans enligt vår mening är att forskningen genererar kunskap för att förbättra hälsan hos samtliga samhällsmedborgare, med hänsyn tagen till skillnader mellan olika gruppers behov och förutsättningar.

Det är först under senare år som man kommit till insikt om att nyttan, riskerna och kostnads-effektiviteten av olika medicinska insatser kan skilja mellan könen. Detta gäller inte minst inom läkemedelsområdet, där bakgrunden till sådana skillnader kan utgöras av både metabola, hormonella och andra faktorer. Mycket av den medicinska forskningen har dock av tradition bedrivits på manliga yngre eller medelålders populationer. Även när kvinnor inkluderats i studier, har resultaten ofta redovisats gemensamt för både män och kvinnor, vilket gjort att eventuella könsskillnader inte kunnat upptäckas. Detta å sin sida har i vissa fall berott på att antalet kvinnor i studier varit så lågt att statistiskt säkerställda resultat för deras del inte kunnat beräknas. Trots

dylika brister i forskningen, har tillämpningen av olika medicinska metoder i praktisk sjukvård som regel avsett både äldre kvinnor och kvinnor i fertil ålder.

Vi anser att en situation där forskningens resultat ensidigt gagnar kunskapsframväxt avseende vissa grupper i samhället på bekostnad av andra är problematisk både ur rättvisesynpunkt och ur etiksynpunkt. Jämlikhet och jämställdhet inom kunskapsframväxten förutsätter att de studiepopulationer som ingår i forskningsprojekt är representativa i relation till befolkningen i stort eller till den patientgrupp som är föremål för studie.

I praktiken innebär detta att kvinnor bör inkluderas i medicinska studier i större omfattning än tidigare. För att stödja en sådan utveckling tillskapade man i USA år 1993 en specifik lagstiftning som innebar att National Institutes of Health (NIH) skulle etablera riktlinjer för inklusion av kvinnor och etniska minoriteter i klinisk forskning. I de nu gällande amerikanska riktlinjerna krävs kontinuerlig inklusion av kvinnor och etniska minoriteter i all NIH-finansierad forskning på människor, avseende såväl den rent biomedicinska som den mer beteendevetenskapligt inriktade forskningen. Eventuella avvikelser från denna huvudprincip skall särskilt motiveras. Höga projektkostnader kan dock inte godkännas som ursäkt för exklusion av någon grupp från studierna. NIH skall även följa upp könssammansättningen i all forskning som instituten finansierar och aktivt uppmuntra och stödja rekrytering av kvinnor och etniska minoriteter till kliniska studier.

I Sverige kan ansvaret för god representativitet av båda könen i forskningen tänkas ligga på tre olika nivåer: varje enskilt forskningsprojekt, forskningsetikkommittéer och forskningsråden. Vi föreslår följande:

Projekt som söker medel för forskning inom medicin, omvårdnad eller hälso- och sjukvårdsforskning hos Medicinska forskningsrådet (MFR), Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) eller Forskningsrådsnämnden (FRN) skall i sin ansökan redovisa studiepopulationens könsfördelning i relation till fördelningen i befolkningen eller i den aktuella patientgruppen. Forskaren skall i sin ansökan redovisa motiven för könssammansättningen i studien och sträva efter en sammansättning, som möjliggör redovisning av statistiskt säkerställda resultat för båda könen.

De etiska kommittéerna för forskning skall i sina bedömningar av ansökningar även granska att forskaren vid val av studiepopulation följt ovan beskrivna principer.

För att säkerställa att forskningen kan generera könsspecifika kunskaper, skall råden sammanställa och årligen redovisa statistik om könsfördelningen i projektens studiepopulationer. Det kan vara lämpligt att ha en separat redovisning för forskning med kvalitativ metodik (där populationerna oftast är små) respektive kvantitativ forskning (där stora populationer är en fördel.)

De berörda forskningsråden skall pröva om det finns ett behov att utarbeta riktlinjer för inklusion av kvinnor i den forskning som finansieras av råden. I detta arbete skall råden särskilt pröva om det regelverk som numera gäller för klinisk forskning finansierad av NIH i USA helt eller delvis kan tillämpas på svenska förhållanden.

När det gäller tillstånd att påbörja klinisk prövning av läkemedel, föreslås att Läkemedelsverket bör ställa samma krav på inklusion av kvinnor som föreslås för forskningsråden.

Även i den del av forskning som finansieras av olika stiftelser, ex. Vårdalstiftelsen, och genom sjukvårdshuvudmännens FoU-medel bör man ställa motsvarande krav på inklusion av kvinnor som ovan .

Stöd till könsteoretisk forskning (genusforskning) inom medicin, omvårdnad och hälso- och sjukvårdsforskning

Inom medicinsk forskning, omvårdnadsforskning och hälso- och sjukvårdsforskning råder det även brist på studier som tar sin utgångspunkt i ett genusperspektiv. Med genus menas det kulturellt skapade beteendet hos kvinnor och män, till skillnad från biologiskt betingade skillnader mellan könen. Genusforskning, så som den lanserats på 1970- och 80-talet har främst studerat könsskillnader som sociala och kulturella fenomen. På senare tid har man dock (återigen) uppmärksammat vikten av samspelet mellan kön som biologisk enhet och genus i social och kulturell mening.

FRN:s Kommitté för Kvinno- och Jämställdhetsforskning har bland sina projekt finansierat några studier av kvinnors hälsa och livsvillkor ur ett könsperspektiv. Generellt sett bör dock stödet till genusforskning öka för att t.ex. möjliggöra studier av interaktion patient-vårdare ur detta perspektiv. Vi förutsätter att denna omprioritering kan göras inom respektive forskningsråds budgetram och föreslår följande:

MFR, SFR och FRN skall vid medelstilldelning aktivt stödja integrering av könsperspektivet i tillämpliga delar av sin forskning.

Därutöver finns det fortfarande ett behov av särskilt stöd för genusforskning med tonvikt på teori- och metodutveckling. Det kan vara lämpligt att FRN även i fortsättningen har ansvaret för dessa medel.

Mot bakgrund av ovanstående ställer vi oss tveksamma till inrättandet av ett särskilt kvinnoforskningsråd eller ett särskilt kvinnoforskningsinstitut. Vi tror att det är bättre att verka för att integrera genusperspektivet i samtlig forskning för att forskningen skall få den samhällsrelevans som vi eftersträvar.

Prioritering av forskning inom några viktiga områden

Under arbetets gång har utredningen identifierat ett antal principiellt viktiga områden, där nya kunskaper behövs för att skapa förutsättningar för bättre bemötande och omhändertagande av kvinnor och män i vården. Följande områden föreslås få hög prioritet vid tilldelning av forskningsmedel:

Hälso- och sjukvårdsforskning med inriktning på interaktion mellan patient och vårdare

Resultaten från utredningsarbetet tyder på att kvalitativa studier av interaktion och kommunikation mellan patient-vårdare i olika vårdsituationer i stort sett saknas. De få studier som använt sig av socialantropologiska, etnografiska och samtalsanalytiska metoder visar att mycket av det som sker i möten mellan patient och vårdare skapas i stunden och lätt glöms bort, omtolkas eller förvrängs i efterhand. Mycket av det som sker t.ex. vid undersökning eller besked om diagnos sker dessutom på ett omedvetet plan. Därför är det angeläget att forskare som utbildats för kvalitativa studier med hjälp av deltagande och observation ges möjlighet att lägga upp och genomföra studier av interaktion och bemötande ur ett könsperspektiv.

Hälso- och sjukvårdsforskning med inriktning på faktorer som bestämmer vårdutnyttjande och läkemedelskonsumtion

Mot bakgrund av redovisade könsskillnader i vårdutnyttjande och läkemedelsanvändning, bör studier av faktorer som styr och påverkar utnyttjandet av vård och användningen av läkemedel prioriteras. Hittills har forskningen ofta fokuserat på samband mellan olika demografiska karakteristika och nivån av vårdutnytt-

jande. Däremot finns det ringa kunskap om faktorer som styr det kliniska beslutsfattandet och om patientens möjligheter att delta i besluten. Det finns ett stort behov av analyser som fokuserar på dynamiken i kliniskt beslutsfattande och betydelsen av könsroller och beteende i sammanhanget.

Hälso- och sjukvårdsforskning med inriktning på analys av konsekvenser av reformer och förändringar i vårdens makrostruktur
De reformer, som genomförts inom hälso- och sjukvården i slutet av 1980-talet och början av 1990-talet har vuxit fram i en situation där resurserna för hälso- och sjukvården inte ökat som tidigare. Frågan om hur vården av kvinnor respektive män påverkas av reformerna har som regel inte diskuterats. Det har inte heller gjorts några uppföljningar av hur kvinnor respektive män påverkats av dessa reformer. Utredningens genomgång av ett antal reformer visar dock att det finns anledning att tro att reformerna inte varit könsneutrala, utan påverkat kvinnor och män på olika sätt. Det finns exempel både på positiv och negativ påverkan.

Det är viktigt att reformarbetet beaktar eventuella sådana konsekvenser. En nödvändig förutsättning för detta är att hälso- och sjukvårdsforskningen får möjlighet att genomföra vetenskapliga analyser av konsekvenser för kvinnor och män av olika reformer som påverkar vårdens makrostruktur.

Hälso- och sjukvårdsforskning med inriktning på utvärdering av alternativa organisatoriska lösningar för bättre bemötande av kvinnor och män i vården
Under senare år har ett antal försöksverksamheter inletts i syfte att förbättra bemötandet och omhändertagandet av framförallt vissa utsatta grupper av kvinnor. För att kunna dra slutsatser av nyttan och kostnads-effektiviteten av sådana verksamheter, behövs utvärderingsprojekt som håller god vetenskaplig standard. Utvärdering av alternativa organisatoriska lösningar i vården – t.ex. särskilda 'enkönade' vårdenheter för enbart kvinnor som utsatts för våld eller för kvinnor som drabbats av depression – bör genomföras.

Epidemiologiska studier av samspel mellan kön, socioekonomi och etnisk bakgrund inklusive fördjupade studier av könsspecifika trender i 'åtgärdbar dödlighet'
Det förefaller som om framstegen i behandlingen av vissa sjukdomar medfört att den överdödlighet, som tidigare funnits för män jämfört med kvinnor, minskat och i vissa fall, såsom för astma, bakteriell hjärnhinneinflammation och tuberkulos helt försvunnit. För lung-

cancer redovisas emellertid en alarmerande ökning av dödstalen hos kvinnorna. För diabetes och i viss utsträckning även för hypertoni-relaterade sjukdomar gäller att dödstalen minskat kraftigare för kvinnor och skillnader i dödlighet mellan män och kvinnor därmed ökat. Även om en del av dessa fynd eventuellt förklaras av ändrade rutiner för registrering av dödsorsaker, ger resultaten anledning att studera hur vården utformats för vissa kroniska sjukdomar och hur man bättre kan bedriva prevention bl.a. mot tobaksbruk bland yngre kvinnor.

Forskning av sociala faktorers betydelse för vårdens resultat motiveras också av de stora skillnader som finns i 'åtgärdbar dödlighet' mellan dem som är yrkesverksamma och dem som står utanför arbetsmarknaden. Därvid är det angeläget att analysera hur kön och olika socioekonomiska faktorer samspelar, då analyser av t.ex. dödlighet i diabetes tyder på att det kan finnas en starkare klassgradient i detta avseende för kvinnor än för män.

Klinisk forskning som fyller specifika kunskapsluckor avseende omhändertagandet av vissa kvinnliga och manliga patientgrupper
Utöver det som framförts i tidigare avsnitt om generering av könsspecifika kunskaper i allmänhet, anser vi att det finns särskilda områden där man bör fylla kunskapsluckorna när det gäller framförallt vård för kvinnor. Som exempel kan nämnas studier av effekter av preventiva program för minskat tobaksbruk, analyser av träffsäkerheten i kardiologisk diagnostik av bröstsmärtor, forskning kring effekter av vissa blodtryckssänkande medel samt studier av kostnads-effektiviteten av program för avvänjning och rehabilitering av alkohol- och läkemedelsmissbrukare. När det gäller vården av manliga patienter behövs t.ex. studier av hur männens behov av psykosocialt stöd vid cancersjukdomar kan tillgodoses.

Patienter med symptom som inte motsvaras av etablerade biomedicinska koncept och diagnoser har ofta högt vårdutnyttjande, samtidigt som de kan känna sig missförstådda och illa bemötta av sjukvården. Majoriteten av dessa patienter är kvinnor. Det är angeläget att stödja studier som dels belyser problematiken bakom dessa kvinnors för vården oklara symptom, dels kan bidra till att förbättra omhändertagandet av dem.

En stor kvinnodominerad patientgrupp, som uppmärksammats först under senare år, är patienter med fibromyalgi. Detta kroniska smärttillstånd innebär mycket lidande för den enskilda patienten och stora ekonomiska kostnader för samhället. För att kunna förbättra

omhändertagandet av dessa patienter är det angeläget att stödja forskning av de patogenetiska mekanismerna bakom fibromyalgi. Det finns också ett stort behov av studier av effekter av olika behandlingar, med fler patienter och längre behandlingstider än hittills.

Omvårdnadsforskning ur ett könsperspektiv
Omvårdnadsforskningen har länge i viss utsträckning fokuserat på interaktionen mellan patient och vårdare. Såväl teorier och modeller inom omvårdnadsforskningen som konkreta studier inom området har dock vanligen saknat könsperspektiv. Omvårdnadsrelationens betydelse som en faktor i patientens mobilisering av sina hälsoresurser, vårdpersonalens egen syn på bemötandet samt vikten av att relatera bemötandet till graden av patientens sårbarhet är frågor som inte har belysts i tillräcklig omfattning.

Det är angeläget att teori- och metodutveckling inom bemötandeforskning får tillräckligt stöd. Metodutveckling och studier som kan bidra till att skapa könsspecifika kunskaper inom dessa områden bör prioriteras när medel för omvårdnadsforskning tilldelas av forskningsråden, olika stiftelser m.m.

10.3 Utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal

När forskningen genererar könsspecifika kunskaper om hälsa och vård, är det viktigt att dessa utan dröjsmål integreras i utbildningen av läkare och vårdpersonal. I samband med Högskoleverkets utvärdering av innehållet och kvaliteten i landets sjuksköterskeutbildningar har det framgått att könsperspektivet så gott som totalt saknas i kursplanerna. När det gäller läkarutbildningen pågår för närvarande en motsvarande heltäckande inventering av utbildningarna. Vi föreslår följande:

Högskoleverket skall, i sin pågående utvärdering av läkarutbildningar, även granska i vad mån könsperspektivet tas upp i olika faser av utbildningen.

Aktiv integrering av könsperspektivet i läkarutbildningen och de övriga vårdutbildningarna utgör ett svårt och kvantitativt omfattande uppdrag. Regeringen har tidigare tilldelat projektmedel för utveckling av kurser i kvinnors hälsa. Bland annat med stöd av dessa medel har de

medicinska fakulteterna initierat riktad utbildning till både medicinstuderande och lärarkåren vid universiteten. Det är angeläget att denna positiva utveckling fortsätter. Vi anser att:

Ytterligare särskilda insatser behövs för att utveckla innehållet i utbildningen av olika grupper av hälso- och sjukvårdspersonal så att den könsspecifika kunskap som genereras inom klinisk forskning, hälso- och sjukvårdsforskning, omvårdnadsforskning m.m. får ett snabbt genomslag i kursplanerna. För att öka kunskaperna om könsteoretisk forskning kan det vara lämpligt att även utbilda valda delar av lärarkåren i dessa frågor. Högskoleverket bör få i uppdrag att koordinera detta utvecklingsarbete.

För att följa upp i vad mån frågor om kvinnors hälsa och vård blir belysta inom grundutbildningarna bör universiteten och högskolorna ta upp förekomsten av könsperspektivet som ett kvalitetskriterium vid den rutinmässiga utvärderingen av kursinnehållet.

Relationen mellan patient-läkare respektive patient-omvårdare har på senare år ägnats viss uppmärksamhet. Aktuella arbeten tyder på att grundutbildningarna bör förstärkas när det gäller interaktionen patient-vårdare. Denna typ av 'strimma', som redan finns definierad inom utbildningen på olika håll, bör även innehålla konkreta övningsmoment när det gäller psykosociala aspekter på vården. Vi anser att:

Grundutbildningen av olika grupper av hälso- och sjukvårdspersonal bör utvecklas med fokus på patient-vårdarerelation. Det är viktigt att möjligheter ges att diskutera, analysera och träna interaktion i praktiken och att en del av undervisningen inriktas på betydelsen av genus /maktsystemet.

10.4 Nationell tillsyn, verksamhets-uppföljning och utvärdering

Uppföljningen av sjukvårdens kvalitet och effektivitet har, till skillnad från den epidemiologiska bevakningen, ofta saknat könsperspektiv. Det är angeläget att Socialstyrelsen påpekar vikten av att även i verksamhetsuppföljningen och kvalitetssäkringen så långt som möjligt arbeta med könsspecifika strategier. – Socialstyrelsens Kvalitetssäkringsföreskrift (SOSFS 1993:9) är ett dokument som på många håll

används som en viktig utgångspunkt för det praktiska kvalitetsarbetet. Vi föreslår följande:

Socialstyrelsens skall komplettera Kvalitetssäkringsföreskriften med att slå fast vikten av könsspecifika strategier för verksamhetsuppföljning och kvalitetssäkring i vården. När det gäller databaser för kvalitetsuppföljning i vården skall rapportering från dessa ske per kön.

Vår genomgång av material från RiskDataBasen, HSAN, Patientförsäkringen och Förtroendenämnden i Stockholms län visar att det här finns värdefull information att hämta med tanke på återföring av erfarenheter från misslyckanden i bemötande och behandling till vårdpersonal och de verksamhetsansvariga. Vi föreslår följande:

Socialstyrelsen skall koordinera ett fortlöpande samarbete för återrapportering av missnöje, skador och tillbud i vården utifrån RiskDataBasens, HSAN:s, Patientförsäkringens och Förtroendenämndernas material. Som en del av Socialstyrelsens återkommande rapportering av förhållanden inom hälso- och sjukvården bör redovisning av könsspecifika trender utifrån dessa källor ingå. En annan strategi som bör prövas är kvalitativa redovisningar av 'typfall' när det gäller missnöje, skador och tillbud hos kvinnor respektive män.

Läkemedelsverket är den myndighet som godkänner nya läkemedel och följer upp deras användning och säkerhet. Socialstyrelsen är tillsynsansvarig myndighet för medicintekniska produkter. Vi föreslår följande:

Läkemedelsverket skall i underlaget för godkännande av läkemedel kräva könsspecifik dokumentation av läkemedlens säkerhet och effektivitet.

Läkemedelsverket skall i sin regelbundna biverkningsrapportering redovisa könsspecifika uppgifter om risker med medicinering.

Som tillsynsansvarig myndighet för medicintekniska produkter skall Socialstyrelsen beakta eventuella könsskillnader i de medicintekniska produkternas säkerhet och effektivitet och främja framtagandet av könsspecifik dokumentation avseende dessa .

För att ge en samlad bild av värdet av olika medicinska metoder i vården arbetar Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik, SBU, med synteser av det vetenskapliga underlaget avseende

metoder för prevention, diagnostik, behandling och rehabilitering. MFR, Spri, Socialstyrelsen och Läkemedelsverket producerar andra typer av kunskapssammanställningar, rekommendationer, konsensusuttalanden, riktlinjer och vårdprogram m.m. Vi föreslår följande:

SBU:s rapporter skall så långt som möjligt redovisa könsspecifika uppgifter om medicinska metoders nytta, risker och kostnader. I det internationella s.k. Cochrane-samarbetet, som syftar till systematisk aggregering av uppgifter från vetenskapliga studier, skall SBU medverka till att en strategi för könsspecifik pooling av data skapas.

SBU:s vetenskapliga faktasammanställningar, Läkemedelsverkets rekommendationer, MFR:s och Spris konsensusuttalanden samt Socialstyrelsens State of the Art dokument, riktlinjer, vårdprogram m.m. skall så långt som möjligt klargöra huruvida det är möjligt och framgångsrikt att tillämpa könsspecifika strategier i prevention, utredning, behandling och rehabilitering av sjukdomar.

Det är viktigt att både forskare och vårdansvariga har tillgång till uppdaterad och könsspecifik information om kvinnors och mäns hälsa och vård. Idag innebär det emellertid svårigheter att söka könsspecifik information i de elektroniska databaserna. T.ex. saknas oftast 'gender' och 'genus' som sökord. Följande formulering kan tänkas gälla Spriline, Faktadatabas MARS och SBU:s hemsida. Samma bör även gälla för databaser som skall sprida information om vård och hälsa till patienterna. Dessutom vore det angeläget att även kunna påverka de stora internationella databasproducenterna, såsom National Library of Medicine. Vi anser att:

Vid spridning av elektronisk information om vetenskapliga studier, State of the Art, riktlinjer, rekommendationer osv. till forskare, vårdpersonal och patienter skall de svenska databasproducenterna utveckla strategier som underlättar sökning och framtagning av könsspecifika uppgifter.

I såväl nationellt som internationellt utvecklingsarbete avseende hälso- och sjukvårdsinformatik skall behov av könsspecifik information på olika nivåer inom hälso- och sjukvården beaktas.

10.5 Hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvarsområden

Vårt motiv till förslagen som berör hälso- och sjukvårdshuvudmännen är att de kunskaper som redan finns om skillnader och likheter mellan kvinnliga och manliga patienter i hälso- och sjukvården i olika avseenden behöver uppmärksammas, fördjupas och spridas bland sjukvårdspersonal. Därmed kan de integreras i praktisk vårdverksamhet och komma patienter av båda könen tillgodo. Ett ytterligare motiv bakom förslagen är att kunskaper ur ett könsperspektiv i vissa fall är bristfälliga eller saknas helt.

Dokumenterade kunskaper om könsskillnader saknas både ifråga om teorier och praxis inom omvårdnad och effekter av vård och behandling. Detsamma gäller beträffande effekter av strukturella och organisatoriska förändringar och vårdreformer samt resultat från kvalitetsuppföljningar lokalt hos sjukvårdshuvudmännen. Följden av det senare blir att hänsyn inte heller kan tas till eventuella skillnader mellan könen när förbättringar genomförs.

Här presenteras generella åtgärdsförslag som rör hälso- och sjukvårdshuvudmännen, medan förslag inom olika verksamheter behandlas i respektive avsnitt.

Åtgärder i landsting och kommuner

Jämställdhet i behandling, vård och bemötande av patienter av olika kön behöver uppmärksammas av vårdpersonalen och integreras i den gemensammma värdegrunden och människosynen.

Vi föreslår att övergripande policys och målformuleringar bör innehålla uttalanden om vikten av att uppmärksamma jämställdhet mellan könen i bemötande, vård och behandling.

De regionala och nationella epidemiologiska studierna om mäns och kvinnors hälsa samt andra befolkningsstudier är viktiga underlag för analys, diskussion och beslut om behovsinriktade åtgärder med syfte att främja jämställdheten i mäns och kvinnors hälsa och tillfredsställelse med behandling, vård och bemötande.

Vi föreslår att hälso- och sjukvårdshuvudmännen vid behov utformar konkreta handlingsplaner med strategier för att förbättra jämställdheten mellan patientgrupper ifråga om hälsa, vårdutbud, behandlingsmetoder, behandlingspraxis, bemötande m.m. Sådana strategier bör även uppmärksamma behov hos kvinnliga respektive manliga patienter med olika socioekonomisk bakgrund, ålder, kulturell bakgrund etc., eftersom skillnaderna mellan könen kan variera när kön studeras i kombination med andra faktorer.

Vi föreslår även att könsperspektivet beaktas för befolkning och patienter vid utvärdering och uppföljning av effekter av organisatoriska och strukturella förändringar och vårdreformer som är kommun- och landstingsövergripande. Om resultaten av utvärderingarna visar att jämställdheten mellan könen i behandling, vård och bemötande behöver förbättras skall de utgöra underlag för förändringar.

I avsnitt 10.2 har utredningens förslag avseende forskning presenterats. *När det gäller principer för fördelning av medel för forskning föreslår vi att hänsyn tas till att könsaspekten belyses där det är relevant vid fördelning av medel för forskning och utveckling hos hälso- och sjukvårdshuvudmännen.*

Information till befolkningen om grundläggande rättigheter till vård enligt hälso- och sjukvårdslagen kan ses som ett sätt att öka kvinnliga och manliga patienters inflytande över sin vård. *Vi föreslår att sådan information även tar upp kvinnors och mäns lika rättigheter till god vård och behandling samt till ett gott bemötande.*

Fortbildning av anställda i landsting och kommuner

Fortbildning och information till personalen är ett sätt att sprida kunskaper som befrämjar jämställdhet mellan könen.

Vi föreslår att kunskaper om könsperspektivet kontinuerligt uppdateras och integreras med kunskaper om:

- *epidemiologi, vårdbehov, vårdkonsumtion, kulturellt och socialt betingade levnadsvillkor och beteenden*
- *diagnostik, behandling, rehabilitering och omvårdnad*
- *kommunikation, information och bemötande*

- *kvinnors och mäns synpunkter på vården i olika avseenden, inklusive synpunkter från patient- och handikapporganisationer*
- *brister och problem i vården utifrån material som samlas hos förtroendenämnder, HSAN, Patientförsäkringen och RiskData-Basen*

För att kunna tillhandahålla dessa kunskaper kontinuerligt till personalen krävs att kompetensen inom detta område förstärks hos vårdlärare, utbildningsledare, klinikledningar, kvalitetsansvariga m.fl.

Vi föreslår att nya kunskaper med ett könsperspektiv genereras vid regionala kunskaps- och FoU-centra. Vidare föreslår vi att ansvariga för kvalitetsarbetet i hälso- och sjukvården integrerar könsaspekten i kvalitetsarbetet via utbildning och attitydpåverkan. Etikkommittéer m.fl. har också en roll här.

Praktisk vårdverksamhet

I praktiken finns troligen mycket kunskaper och erfarenheter om kvinnors och mäns behov och reaktioner varav en del är intuitiva. Dessa kunskaper behöver uppmärksammas, dokumenteras, fördjupas och spridas bland hälso- och sjukvårdspersonal så att de integreras i praktisk vårdverksamhet och kommer patienter av båda könen tillgodo. Ett sätt att uppmärksamma och få underlag till diskussion om kvinnors och mäns behov i olika avseenden är att ta fram och studera könsuppdelade data från sjukvårdsverksamheten lokalt.

Vi föreslår att data från den löpande verksamhets- och kvalitetsuppföljningen på kliniknivå och från klinisk forskning skall vara möjlig att analyseras per kön. Vi föreslår också att de kvalitetsaspekter som kvinnor och män tycker är de allra viktigaste i en viss verksamhet följs upp ur ett könsperspektiv.

Kommunikationen i mötet mellan patient och vårdare är central i vårdsammanhang. Patienten vill bli bekräftande bemött, lyssnad till, tagen på allvar och respekterad samt är i stort behov av att få information som hänger samman med sjukdomens alla skeden och möjligheten till bot. Attityden, språket och samspelet i samtalet, tillsammans med den skriftliga informationen, och med hjälp av modern informationsteknik, har därför stor betydelse för att mobilisera patientens hälsoresurser. Inte minst för att patientens delaktighet och inflytande på sin egen vård är ett väsentligt inslag i modern hälso- och sjukvård.

Vi föreslår att ökad uppmärksamhet riktas på interaktionen med kvinnliga och manliga patienter. Därmed kan tänkas att vårdpersonalen blir mer medvetna om sin egen kompetens när det gäller bemötande och blir villiga att förändra sitt beteende så att jämställdhet mellan kvinnliga och manliga patienter främjas. Olika strategier för information och patientutbildning kan behöva tillämpas för att nå och tilltala könen beroende på vad informationen avser. Kunskaper om kommunikation ur ett könsperspektiv syns därför som ett viktigt och intressant område att uppmärksamma i hela hälso- och sjukvården.

Resultaten från utredningens egen enkätundersökning tyder på att kvaliteten behöver förbättras generellt när det gäller patienternas ställning och beslutsdeltagande i sin egen vård. Resultaten tyder också på att vissa grupper av kvinnliga respektive manliga patienter upplever en sämre vårdkvalitet (se avsnitt 8.1). *Vi föreslår att kvalitetsförbättringar, med föregående analys av orsaker, riktas mot dessa grupper.*

Verksamhetscheferna har ett speciellt ansvar enligt Socialstyrelsens föreskrift Kvalitetssäkring i hälso- och sjukvård inklusive tandvård (SOSFS 1993:9). "En förutsättning för ett framgångsrikt kvalitetsarbete är att de för hälso- och sjukvården ansvariga är medvetna om vikten av denna aktivitet och betydelsen av att stimulera medarbetarna till kvalitetstänkande i det dagliga arbetet". *Vi föreslår att detta ansvar bör omfatta även könsaspekten i behandling, vård och bemötande.*

Alternativa organisatoriska lösningar prövas runt om i landet för att tillgodose omhändertagandet av vissa patientgrupper. Många rör kvinnor; smärtmottagningar, kvinnor med depression, kvinnor utsatta för våld samt aktiviteter riktade till olika patientgrupper inom gynekologin. Sådana projekt finns förtecknade i Landstingsförbundets och Folkhälsoinstitutets sammanställningar. Att ha personal av endast det ena könet prövas i en del av projekten. För män är det främst utbildning till blivande pappor som prövas på flera ställen i landet. Utredningen kan inte förorda någon speciell lösning på grund av att projekten ännu inte är utvärderade. *Vi vill dock uppmuntra till att pröva alternativa modeller för att tillgodose olika grupper av manliga och kvinnliga patienter.*

Vi föreslår också att sådana pågående projekt utvärderas så att kunskaper kommer fram om effekter av behandling, vård och bemötande samt om ändamålsenligheten i organisation och bemanning.

Vi föreslår också att dokumenterat framgångsrika lösningar med inriktning på speciella behov hos kvinnliga respektive manliga patienter bör permanentas så att de inte endast blir tillfälliga projekt.

Könsperspektivet bör beaktas i utveckling och utvärdering av vård och bemötande. Detta kan ske med stöd av lokala forsknings- och utvecklingsresurser men även i samarbete med Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Kommunförbundet.

Särskilda yttranden

Särskilt yttrande av sakkunniga Birgitta Åseskog och Ingwor Fredriksson samt experten Anne Hammarström

Jämställdhet mellan kvinnor och män är en fråga som berör alla delar av samhället. Inom viktiga områden, bl.a. i utbildningen, på arbetsmarknaden och i omsorgen om barn och hem, råder alltjämt olika villkor för kvinnor respektive män. Maktbalansen mellan könen är ojämn både mellan kvinnor och män som grupper och mellan enskilda kvinnor och män. Män har generellt överordnad ställning och kvinnor underordnad.

Målet för jämställdhetspolitiken är att kvinnor och män skall ha samma rättigheter, skyldigheter och möjligheter inom alla väsentliga områden i livet. Arbetet med att införliva ett jämställdhetsperspektiv i alla politikområden och att rikta särskild uppmärksamhet åt de strukturer – både formella och informella – som upprätthåller eller t.o.m. förstärker könssegregeringen och den ojämna maktbalansen mellan kvinnor och män är högt prioriterat av regeringen.

Den svenska jämställdhetslagen har till ändamål att åstadkomma jämställdhet mellan kvinnor och män i arbetslivet och siktar på förhållandet mellan arbetsgivare och arbetstagare. Det är den enda särskilda lagen på jämställdhetsområdet. För övriga delar av samhället regleras jämställdhetsfrågor inom ramen för den lagstiftning som gäller för det aktuella området. Exempel där jämställdhetsaspekten beaktas är skollagen, högskolelagen, föräldraledighetslagen och lagen om allmän försäkring.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) saknar ett uttalat genusperspektiv. Den anger inte heller jämställdhet mellan kvinnor och män som ett övergripande mål för sjukvården. Mot bakgrund av den forskning och de undersökningsresultat som presenteras i denna utredning om

könsskillnader inom hälso- och sjukvården bör HSL kompletteras för att tydliggöra kravet på lika villkor för kvinnor och män inom hälso- och sjukvården.

Vi menar därför att utredningen förutom att föreslå spridning av information till patienter om deras grundläggande rättigheter enligt HSL borde ha lämnat förslag om en komplettering av 2 a § HSL. Det är viktigt att i lagtexten tydliggöra kvinnors och mäns lika rätt till god vård, och samtidigt påpeka att detta ingalunda betyder att vården skall vara identiskt utformad för kvinnor och män.

Genom ett förtydligande av lagtexten ökar möjligheterna att följa upp hur jämställdhetsaspekten beaktas i vården. Förutsättningarna för att en informationssatsning får genomslag ökar därigenom också avsevärt.

Förslag till komplettering av 2 a § HSL:

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 a § Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt 1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, 2. vara lätt tillgänglig, 3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, 4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.	2 a § Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt 1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, *med beaktande av könsskillnader i livsvillkor, hälsa och dokumenterade effekter av vård och behandling,* 2. vara lätt tillgänglig, 3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, 4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Särskilt yttrande av experten Anne Hammarström

Detta yttrande avser utredningens utgångspunkter, innehåll och slutsatser. Vad gäller utgångspunkterna har en glidning av maktperspektiven skett på vägen från proposition "Delad makt, delat ansvar" (1993/94:147) till kommittédirektiv och därefter till utredningen. I propositionen skrivs bl.a:

"Maktstrukturer inom hälso- och sjukvården har stor betydelse för hur kvinnors olhälsa och de symptom den ger upphov till uppfattas och bemöts. På samma sätt som inom andra områden i samhället dominerar männen i besluts- och maktpositioner inom sjukvården."

Tyvärr har denna utredning inte gått vidare ifrån propositionens slutsatser och analyserat vilka konsekvenser ojämlika maktförhållanden mellan könen får för bemötandet. Utredningens brister vill jag sammanfatta i följande huvudpunkter:

1) Felaktig och diffus användning av könsrelaterade begrepp

Det ter sig märkligt att genomföra en utredning om könsskillnader utan att gå djupare in på begreppet kön. Vad menas med könsspecifik, könsperspektiv och alla närbesläktade begrepp som används? Som ideal för sitt s.k. könsperspektiv lyfter utredningen fram epidemiologisk bevakning. Könsbegreppen verkar mest handla om att få statistik om *både* kvinnor och män, något som krävdes redan i propositionen. Därmed osynliggörs också stora delar av den forskning om bemötande och hälsa som nationellt vid framförallt Kvinnovetenskapliga fora och internationellt har utvecklat begrepp, metoder och teorier om genusperspektiv.[1] Punkterna 2 och 3 nedan är kopplade till denna brist på genusperspektiv.

Biologisering och psykologisering av könsskillnader gör att utredningen för genusperspektivet ett steg tillbaka. Man återkommer ständigt till det "könsspecifika" och framhäver behovet av mer kunskap om kvinnors och mäns olika biologi. Fibromyalgins tänkbara orsaker delas in i neurohormonella förändringar, retning av smärtreceptorer och

[1] I likhet med bl.a. FRNs genuskommitté väljer jag att använda begreppet genus. Detta är ett begrepp som inkluderar makt och underordning i relationer mellan kvinnor och män. Genus konstitueras hela tiden genom det icke urskiljbara samspelet mellan biologiskt och socialt/kulturellt kön.

påverkan på centrala mekanismer för smärtupplevelser samt psykiatriska aspekter. Utredningen visar inget intresse för att studera hur livsvillkor, såsom dubbelarbete, stressiga jobb utan påverkningsmöjligheter och sexualiserat våld kan bidra till ohälsa bland kvinnor. Istället föreslås ökad satsning på forskning om fibromyalgins patogenetiska mekanismer. Det är en viktig skiljelinje såväl teoretiskt som politiskt mellan att betrakta könsskillnader som oföränderligt biologiska jämfört med att betrakta biologi som påverkbart av sociala och kulturella faktorer.

Utredningen återkommer ofta till att könsskillnader beror på människors beteenden och s.k. könsroller. Inte heller här har man tagit del av expertunderlag och den teoretiska utvecklingen från 60-talets könsrollsforskning till dagens genusforskning. Det har visat sig betydligt mer utvecklingsbart att se till människors livsvillkor, än till deras beteende.

Det finns andra bestämningsfaktorer till underordning i samhället än kön. Till könsskillnader adderas bl.a. socioekonomisk och etnisk tillhörighet och ålder. Det betyder att en äldre invandrarkvinna med arbetarbakgrund riskerar att få en mer underordnad position i vården än en ung välutbildad kvinna.

2) Brist på maktperspektiv

Utredningen kom till för att studier visar att kvinnor jämfört med män missgynnas inom vården på grund av ojämlika maktförhållanden. Ett av uppdragen var att föreslå åtgärder "som kan bidra till att utjämna skillnader mellan hur kvinnor och män bemöts och behandlas". Men utredningen tar avstånd ifrån ett "kvinnocentrerat perspektiv", vilket får ses som ett ideologiskt avståndstagande snarare än ett vetenskapligt eftersom genusperspektivet fokuserar relationer och maktstrukturer mellan kvinnor och män. På flera ställen konstaterar utredningen att kvinnor missgynnas inom vården (ex. i avsnitten om hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, sexologi, farmakologi), men trots det föreslås åtgärder för att *både* kvinnors och mäns situation skall förbättras. I åtgärdsförslagen föreslår man exempelvis att forskare skall eftersträva en undersökningsgrupp som "möjliggör redovisning av statistiskt säkerställda resultat för båda könen". Vidare anser utredningen att det finns behov av nya rutiner "för att garantera en fortsatt positiv utveckling i vården av både kvinnor och män". När utredningen konstaterar att kvinnor är förfördelade samt att det saknas kunskap om kvinnor behöver åtgärder för och forskningen om kvinnor prioriteras och intensifieras!

I några meningar konstaterar utredningen visserligen att patient-läkarrelationen blir särskilt asymmetrisk i fråga om maktförhållanden när det gäller vård av kvinnor. Men trots denna insikt dras inga slutsatser av detta i åtgärdsförslagen. I samband med patientinformation hade man kunnat betona att det inte bara är viktigt att informera utan att också stärka patienter, särskilt kvinnor som är i mest underläge gentemot behandlare. Kvinnor riskerar att som patienter bli utsatta för passivisering, medikalisering och skuldbeläggning. Därför måste vården i mycket större utsträckning arbeta för "empowerment" (maktmobilisering) av kvinnor, i syfte att öka deras självkänsla och deras mod att ställa krav för att få sina behov adekvat tillgodosedda.

I ett avsnitt jämförs könsskillnader i behov och bemötande vid cancer. Enligt utredningen är en orsak till att kvinnor med bröstcancer tycks ha stora psykosociala problem att "engagerade kvinnogrupper bidragit till att synliggöra" sjukdomen. Utredningen ser kvinnors kamp för bättre vård som en orsak till att kvinnor med bröstcancer mår dåligt. Här märks en tydlig nedvärdering av kvinnors aktivitet. Det ter sig också märkligt att jämföra behov av psykosocialt stöd vid bröstcancer med prostatacancer. Olikheter i ålder och förlopp gör det begripligt att kvinnor har större behov av stöd. Dessutom konstaterar ju utredningen att män har bättre stöd hemifrån. Trots det ägnas ett helt avsnitt åt att föreslå stödformer, karakteriserade av hierarkiska strukturer, som kan passa män. "Särskilt skulle manliga läkare kunna göra en stor insats för att hjälpa manliga patienter, som ledare och auktoriteter". Tvärtemot detta anser manliga genusteoretiska forskare att män skulle ha mycket att vinna på att träna upp sin relaterande förmåga, snarare än ett prestationsinriktat beteende.

I samma avsnitt slår utredningen fast att kartläggningen visar exempel på att män behandlas enligt "kvinnliga normer". Denna slutsats baseras på ett uttalande om sannolikhet där man utan referenser påstår något som går tvärtemot omfattande internationell genusforskning inom området. Genusforskning har visat att traditionella psykologiska teorier utgår ifrån mannen som norm. Frågan hur bemötandet av kvinnor med cancer kan förbättras tas överhuvudtaget inte upp, trots att studier refereras som visar att kvinnor mår sämre och är mer missnöjda.

I psykiatriavsnittet framförs hypotesen att kvinnor med tunga psykiatriska sjukdomar gynnas jämfört med män. Som stöd för hypotesen anammar man okritiskt en öppenvårdsstudie ifrån SPRI, där slutsatserna kan ifrågasättas. Kvinnor uppges gynnas därför att de får psykofarmaka i mindre utsträckning än män, en i och för sig uppseendeväckande slutsats med tanke på att kvinnor totalt sett står för den

största psykofarmakakonsumtionen. Samtidigt visar studien att kvinnorna har högre funktionsförmåga än män. En rimlig tolkning är att dessa kvinnors högre funktionsförmåga, i kombination med kvinnors i allmänhet större relaterande förmåga, kan medföra att kvinnorna i större utsträckning vill och kan tillgodogöra sig verbala terapier. En annan anledning till att kvinnor uppges gynnas är påståendet att de jämfört med män har större skyddsnät som ingriper och ser till att de får psykiatrisk vård, medan män i större utsträckning själva söker denna vård. Påståendet förefaller märkligt mot bakgrund av det faktum att det oftast är kvinnorna själva som utgör skyddsnätet i familjen. En alternativ tolkning är att omgivningen i mindre utsträckning tolererar svårare former av psykisk ohälsa bland kvinnor.

I avsnittet om missbruk tas uttalandet att "det finns en hel del psykosocial litteratur om kvinnor" som intäkt för att föreslå en särskild satsning på forskning av manliga missbrukare. Den alkoholpolitiska kommissionen ägnar tvärtom en särskild delrapport (SOU 1994:28) till att slå fast att kvinnliga alkoholister är försummade såväl kliniskt som forskningsmässigt och därför behöver särskild uppmärksamhet.

Utredningen visar brist på viljeinriktning genom att mest skriva 'bör' istället för 'skall'. Ett exempel på ett minimikrav är att kvinnor *skall* (inte bör) inkluderas i medicinska studier i större omfattning än tidigare. Ett annat exempel är uttalandet att forskningsråden "skall *pröva* om det finns ett behov att utarbeta riktlinjer för inklusion av kvinnor i den forskning som finansieras av råden". Utredningen borde ha slagit fast att forskningsråd skall ha sådana riktlinjer.

3) Dominerande positivistisk kunskapssyn

Utredningen domineras av en positivistisk kunskapssyn. Detta medför att stora delar av verkligheten blir osynliggjorda, eftersom de inte kan belysas med de använda metoderna. Förslag till att förbättra bemötandet av kvinnor som söker för symptom som sjukvården uppfattar som diffusa kunde ha inhämtats från nordisk genusforskning.

Inget finns skrivet om de stora ortopediska problemen exempelvis långvariga smärtsymptom i nacke och axlar och ledgångsreumatism som framförallt drabbar kvinnor. Här handlar det om hur resurser och uppmärksamhet i utredningen fördelas på ett övergripande plan, vilket återspeglar de knappa resurser som avsätts till behandling av och forskning om kvinnor som drabbas. Utredningen har istället valt att lyfta fram ett begränsat ortopedkirurgiskt avsnitt, som inte handlar om de vanligaste ortopediska sjukdomarna.

Utredningen har valt att inte lyfta fram hur kvinnor som blivit utsatta för våldtäkt, misshandel, incest m.m. bemöts. Detta våld blir osynligt när kvantitativa metoder används, eftersom det krävs en förtroendefull och stärkande relation för att utsatta kvinnor skall berätta om sina erfarenheter av våld. Utredningen borde åtminstone ha uppmärksammat Kvinnovåldskommissionens förslag i frågan (SOU 1995:60).

Bemötandet av kvinnor inom gynekologi och speciellt i den gynekologiska undersökningen förbigås också med tystnad. Det i andra sammanhang uppmärksammade utvecklingsarbetet med att integrera ett genusperspektiv i denna konsultation borde ha funnits med och lyfts fram.

Kunskap som bara samlas utan en teoretisk referensram är föga användbart. Det är en anledning till att utredningens enkätstudie blev så intetsägande. Utredningen borde ha förstått att bemötandefrågor icke låter sig studeras i en snabbt åstadkommen, ickeanonym kvantitativ tvärsnittsstudie. Det ter sig meningslöst att utifrån enkätresultaten föreslå en särskild satsning på forskning som kan förstå varför vissa grupper (bl.a. män som sökt akutmottagningen, män som sökt yngre vårdgivare, högskoleutbildade, ensamboende män) framstod som arga och missnöjda.

Ett exempel på en traditionell kunskapssyn är tron att bara vi genom forskning får mer "könsspecifik" kunskap och denna kunskap "nått fram" kan den förvandlas till vårdpraxis. Härvid osynliggörs all kunskap som inhämtas ur praktiken, den ibland så kallade tysta kunskapen. När man sedan skriver att det kan tänkas att vårdgivaren därefter blir villig att ändra sitt beteende så förbises det faktum att könsskillnader upprätthålls i vårt samhälle i stor utsträckning genom värderingar om manligt och kvinnligt på ett symboliskt plan, som gör dem svåra att förändra med bara teoretisk kunskap.

Ytterligare exempel på den begränsade kunskapssynen är att så fort det nämns något om de nya försök som pågår runt om i landet för att förbättra kvinnors hälsa, så talas det om utvärdering. Hur många manligt orienterade verksamheter har fått fortgå i åratal utan utvärdering? I princip allt som skrivs i utredningen om behandlingsmottagningar för kvinnor handlar om behovet av utvärdering. Däremot skrivs långt om ett sexologiskt centrum för både kvinnor och män, men här nämner man inte med ett ord behovet av utvärdering. Den dominerande diskursen, dvs. behandling som inte lyfter fram kvinnor, ifrågasätts inte!

Sammanfattning

Utredningens innehåll blir som helhet motsägelsefullt, fragmentariskt och utan helhetsperspektiv. Utredningen framstår som oengagerad, tunn och uddlös samtidigt som den är ett steg tillbaka vad avser maktperspektiv och kunskapssyn. En bättre utgångspunkt hade varit att utifån ett genusteoretiskt maktperspektiv försöka få ett helhetsgrepp över framförallt konsultationen, väsentliga folkhälsoproblem samt synen på kvinnligt och manligt inom vården.

Det hade varit angeläget att den här utredningen tagit ett steg framåt genom att satsa på att kompensera kvinnor för brister i kunskap och bemötande som hänger samman med kvinnors underordnade position inom vården. Möjligheterna fanns att göra en utredning som analyserade vilka konsekvenser som ojämlika maktförhållanden mellan könen får för bemötandet inom hälso- och sjukvården. Det är beklagligt att den möjligheten valdes bort.

Kommittédirektiv

Utredningen om bemötandet av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården

Dir. 1994:95

Beslut vid regeringssammanträde den 8 september 1994

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare tillkallas med uppgift att utreda frågor om hur kvinnor och män bemöts inom hälso- och sjukvården.

Utredaren skall

- kartlägga hur kvinnor och män bemöts när de söker råd och hjälp inom hälso- och sjukvården,
- undersöka i vilken utsträckning könstillhörighet i sig påverkar hur kvinnor respektive män bemöts och behandlas inom hälso- och sjukvården,
- belysa internationella erfarenheter och kunskaper inom området,
- analysera vad som påverkar hälso- och sjukvårdspersonalens beteende i mötet med patienter liksom orsaker till skillnader i bemötande och vid behandling som följd av könstillhörighet hos såväl patient som personal,
- analysera och redovisa vilka effekter skillnader i bemötande och vid vård och behandling kan ha ur ett folkhälsoperspektiv,
- föreslå åtgärder som kan bidra till att utjämna skillnader mellan hur kvinnor och män bemöts och behandlas inom hälso- och sjukvården i den mån dessa skillnader har sin grund i könstillhörighet och inte är relevanta för aktuell sjukdomsbild och vårdbehov.

Utredaren skall även kartlägga och redovisa kunskapsläget vad gäller i första hand sjukdomen primär fibromyalgi, men också Duchennes muskeldystrofi och mot denna bakgrund analysera forsknings- och andra resursbehov.

Målen för hälso- och sjukvården

Till hälso- och sjukvårdens uppgifter hör att förebygga ohälsa och återfall i tidigare sjukdom, att efter utredning och diagnos behandla och bota sjukdom och att genom habilitering/rehabilitering, omvårdnad och smärtlindring lindra effekterna av sjukdom och stödja dem som drabbas av sjukdom.

Det övergripande målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Detta mål omfattar alltså alla oavsett kön, ålder, sociala förhållanden, inkomst och bostadsort.

Bemötande, vård och behandling i ett könsperspektiv

Den svenska hälso- och sjukvården har i ett internationellt perspektiv god kvalitet och stora resurser till sitt förfogande. Undersökningar visar också att en mycket stor del av befolkningen har stort förtroende för hälso- och sjukvården. De som själva har erfarenhet av att vara patient är i regel mer positiva än de som inte har personlig erfarenhet av vården. Personalens kunnighet, tjänstvillighet, varsamhet och omtanke vid vård och behandling framhålls ofta.

Det stora förtroende som allmänheten generellt har för hälso- och sjukvården i vårt land innebär självfallet inte att det i vissa delar saknas grund för kritik eller önskemål om att den skall förbättras. En del av kritiken har gällt brister i det bemötande man som vårdsökande får snarare än det rent medicinska innehållet i behandlingen sedan diagnos ställts. Människor har ibland upplevt att det varit svårt att få kontakt med läkare eller, när de väl fått det, att deras problem inte tagits riktigt på allvar eller utretts tillfredsställande.

Systematiserad dokumentation saknas i princip vad gäller hur människor bemöts inom hälso- och sjukvården och därmed också närmare uppgifter om könsskillnader i dessa avseenden. Men vissa studier om kvinnors hälsa visar att kvinnor bemöts och behandlas på annat sätt än män. Kvinnor söker också vård oftare än män och för andra symtom. Även kvinnors sätt att beskriva sitt hälsotillstånd och sina symtom skiljer sig från männens. Detta får effekter på hur läkaren bedömer hälsotillståndet och sjukdomsbilden.

Effekterna förstärks av att den medicinska forskningen oftast har haft mannen som utgångspunkt och mannens kroppsfunktion som grund. Men kvinnors och mäns fysik skiljer sig åt, de har olika biologiska rytmer och sociala villkor m.m., vilket bl.a. kan få som följd att den

symtombild kvinnor respektive män uppvisar vid samma sjukdom inte är likartad. Kvinnors symtom vid kärlkramp stämmer t.ex. inte överens med vad läkaren lärt sig vara en "typisk angina pectoris". Kvinnor med symtom på hjärtinfarkt eller kärlkramp har heller inte lika starka och tydliga EKG-förändringar – förändringar i den elektriska aktiviteten – i hjärtmuskeln som männen. Sådana skillnader kan bl.a. leda till att kvinnors sjukdomar underdiagnostiseras.

Motsatsen – överdiagnostik – kan också förekomma. Om detta är en bidragande orsak till att t.ex. såväl kvinnliga som manliga läkare oftare ställer en psykiatrisk diagnos på kvinnliga patienter än på manliga vet man inte, men det kan ifrågasättas om det alltid finns rent medicinska skäl till dessa skillnader eller om andra faktorer spelar in. Kvinnor behandlas också oftare med psykofarmaka än män.

Den övervägande delen av sjukvårdspersonalen är kvinnor. Endast när det gäller läkarna finns det fler män än kvinnor verksamma. Om det finns skillnader i bemötande och vid diagnos och behandling som har samband med att läkaren är en kvinna eller man är inte utrett. Men det finns vissa indikationer på att såväl kvinnliga som manliga patienter ibland tycks föredra kvinnliga läkare. Deras andel av läkarkåren ökar också för varje år.

Huvuddelen av den forskning som bedrivs och den statistik som produceras inom hälso- och sjukvården saknar könsperspektiv. Epidemiologiska studier av befolkningens hälsa är sällan könsuppdelad och bygger ibland på populationer med enbart män, t.ex. undersökningar av värnpliktiga. Detta innebär att det inom den medicinska vetenskapen i dag finns föga kunskap om de faktorer som skiljer kvinnors och mäns hälsa. Kvinnor har ett högre ohälsotal än männen samtidigt som de i genomsnitt lever längre. Även om kvinnors högre ohälsotal – åtminstone delvis – kan förklaras av andra faktorer än sjukdom, t.ex. frånvaro på grund av vård av sjukt barn eller av äldre anhöriga, finns det anledning att fråga sig i vilken mån forskningsresultat som baseras huvudsakligen på män är relevanta också för kvinnor.

Fibromyalgi och muskeldystrofi

Riksdagen har givit regeringen till känna (bet. 1988/89:SoU2, rskr. 1988/89:8) att det är angeläget att öka kunskaperna om såväl primär fibromyalgi och muskeldystrofi som andra skelett- och muskelsjukdomar och att det finns anledning att analysera forsknings- och andra resursbehov.

Fibromyalgi och muskeldystrofi hör hemma inom den stora gruppen sjukdomar i rörelseorganen, som omfattar både skelett- och muskelsjukdomar. Under senare år har allt större uppmärksamhet ägnats åt sjukdomar av detta slag. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) presenterade t.ex. i februari 1991 en rapport om problemkomplexet "Ont i ryggen", där dels en vetenskaplig kunskapssammanställning, dels en syntes av denna kunskapssammanställning redovisades.

Fibromyalgi är enligt kunskapssammanställningen en inte vetenskapligt bekräftad diagnos på smärtor i nacke och arm. De kriterier som numera huvudsakligen tillämpas för att ställa diagnosen fibromyalgi är diffust lokaliserad kronisk värk, smärta eller stelhet som involverar alla fyra kroppskvadranterna samt frånvaro av annan sjukdom, t.ex. ledgångsreumatism. Huvudkriteriet är ömhet i minst 11 av 18 specificerade s.k. tenderpoints.

Smärttillstånd av dessa slag är mycket vanliga och tillhör de sjukdomsgrupper som ökar mest i Sverige för närvarande. Sedan år 1990 har Riksförsäkringsverkets sjukhus i Tranås specialiserat sig på patienter med diagnosen fibromyalgi. Forsknings- och utvecklingsarbete om denna sjukdom pågår också vid regionsjukhuset i Linköping och vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg.

Duchennes muskeldystrofi är en helt klarlagd genetisk sjukdom. I vårt land känner vi sannolikt till alla de familjer där det finns risk för nedärvning av sjukdomen. Den har svårartade följder med omfattande funktionshinder. Sjukdomen kan i dag inte botas, varför vården är inriktad på att stödja och lindra symtomen. Sedan lång tid tillbaka arbetar man med denna sjukdom vid de medicinska institutionerna, särskilt vid Akademiska sjukhuset i Uppsala och vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg.

Uppdraget

Frågor om kvinnors och mäns hälsa i ett könsperspektiv uppmärksammas och diskuteras numera i allt större utsträckning. Regeringen behandlade frågan bl.a. i sin proposition 1993/94:147 om jämställdhetspolitiken Delad makt – delat ansvar och agerar genom berörda myndigheter, främst Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen, för att öka kunskaperna vad gäller kvinnors hälsa. Forsknings- och utvecklingsarbetet har också intensifierats och är inom vissa områden omfattande. Det gäller t.ex. hjärt- och kärlsjukdomarna, som också är de dominerande dödsorsakerna i vårt land. Trots detta finns det

generellt sett föga kunskaper om de faktorer som skiljer kvinnors och mäns hälsa, vilka effekter detta har vid vård och behandling och i ett folkhälsoperspektiv.

En särskild utredare skall därför kartlägga hur kvinnor och män bemöts och behandlas inom hälso- och sjukvården och undersöka på vilket sätt könstillhörigheten i sig kan ha betydelse i dessa avseenden. Utredaren skall utifrån ett könsperspektiv analysera vad som påverkar sjukvårdspersonalens beteende i mötet med patienter och vilka effekter detta kan få vid vård och behandling och ur ett folkhälsoperspektiv.

Utgångspunkten för utredarens arbete bör vara en noggrann genomgång av det aktuella kunskapsläget vad gäller dels sådana skillnader i sättet att bemöta patienter som beror på kön, dels faktorer som skiljer kvinnors och mäns hälsa. Utredaren bör i detta arbete ta del av tillgängligt forsknings- och utvecklingsarbete, såväl inhemskt som internationellt, och analysera vilka slutsatser som kan dras.

Utredaren skall utifrån sin kartläggning och analys föreslå sådana åtgärder som kan vara motiverade för att uppnå hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) mål om en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen.

Utredaren skall också kartlägga och redovisa kunskapsläget vad gäller sjukdomarna primär fibromyalgi och Duchennes muskeldystrofi. I detta sammanhang skall utredaren främst uppmärksamma fibromyalgi, som ännu ur strikt vetenskapligt hänseende är en omdebatterad diagnos. Utifrån sin kartläggning bör utredaren analysera forsknings- och andra resursbehov.

För utredarens arbete gäller kommittédirektiven till alla kommittéer och särskilda utredare om dels att pröva offentliga åtaganden (dir. 1994:23), dels beakta EG-aspekter i utredningsverksamheten (dir. 1988:43).

Utredningsarbetet skall vara avslutat före utgången av år 1995.

(Socialdepartementet)

Reserapport **Bilaga 2.**
1996-03-18
Pia M Jonsson
Göran Tomson

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH RIKTLINJER FÖR INKLUSION AV KVINNOR OCH ETNISKA MINORITETER I KLINISK FORSKNING

Workshop arranged av Office of Research on Women´s Health vid NIH den 22 februari 1996

I den lagstiftning som sedan juni 1993 reglerar National Institutes of Health (NIH) i USA, förpliktigades NIH att etablera riktlinjer för inklusion av kvinnor och etniska minoriteter i klinisk forskning. Sedan år 1990 hade föregångare till denna typ av policy funnits separat för representation av könen respektive minoriteter i forskningen.

Guidelines i korthet

I mars 1994 publicerade NIH de nu gällande riktlinjerna. Dessa innebär en skärpning och ett förtydligande av de tidigare riktlinjerna. Nu krävs alltså en kontinuerlig inklusion av kvinnor och etniska minoriteter i all NIH-finansierad forskning på människor, avseende såväl den rent biomedicinska som den mer beteendevetenskapligt inriktade forskningen. Enligt riktlinjerna skall NIH:

* försäkra att kvinnor och minoriteter och deras subpopulationer inkluderas i all forskning på människor

* försäkra att kvinnor och minoriteter och deras subpopulationer inkluderas i Fas III kliniska försök i sådan omfattning att valida analyser av skillnader i interventioners effekter kan genomföras

* inte godta kostnader som ursäkt för exklusion av nämnda grupper

* initiera program och stödåtgärder för rekrytering av nämnda grupper till kliniska studier

Avvikelser från huvudregeln om inklusion av kvinnor och minoriteter kan dock motiveras om inklusionen:

(1) är olämplig med hänsyn till studieindividernas hälsa

(2) är olämplig med hänsyn till syftet med forskningen; eller

(3) är olämplig med hänvisning till andra förhållanden som direktören för NIH, efter rekommendation från direktören för det aktuella institutet inom NIH, godkänner.

Särskilt påpekas att kostnader för forskning inte kan användas som ett argument för exklusion, förutom i situationer där den aktuella studien på den aktuella subpopulationen skulle duplicera redan existerande kunskap. Likaså påpekas särskilt att kvinnor i fertil ålder inte skall bli föremål för rutinmässig exklusion från klinisk forskning.

I fråga om kliniska försök krävs inte inklusion, om det finns vederhäftigt vetenskapligt faktaunderlag som visar att det inte finns signifikanta skillnader i

(i) effekter av de studerade variablerna hos kvinnor respektive minoritetsgrupper

(ii) effekter av variablerna hos de individer som utgör studiepopulationen om inklusion inte krävs

I praktiken innebär detta att om resultat från tidigare studier - inklusive djurförsök, metaboliska, genetiska och farmakologiska studier av den aktuella sjukdomens naturaförlopp, epidemiologiska data eller andra icke-experimentella studier - starkt tyder på att det finns signifikanta skillnader av klinisk eller folkhälsomässig betydelse i interventionens effekt mellan subgrupperna, skall den primära forskningsfrågan och försökets uppläggning formuleras med hänsyn till detta. Om män och kvinnor förväntas svara olika mot en behandling, så skall det kliniska försöket läggas upp så att det besvarar två primärfrågor, den ena avseende behandlingens effekt hos män, den andra hos kvinnor. Båda frågorna skall belysas utifrån ett statistiskt sett tillräckligt omfattande material.

Om å andra sidan resultat från tidigare studier klart tyder på att signifikanta och kliniskt /folkhälsomässigt betydelsefulla skillnader saknas mellan subgrupperna, krävs inte hänsynstagande till kön eller etnisk tillhörighet vid selektion av studiepopulation. Dock uppmuntrar NIH även i denna situation inklusion av båda könen och olika etniska subgrupper.

Om resultat från tidigare studier varken bevisar eller motbevisar förekomsten av skillnader i interventionens effekt mellan de olika subgrupperna (vilket ofta lär vara fallet), då kräver NIH att Fas III försöket inkluderar individer av båda könen och med olika etnisk bakgrund i tillräckligt stor omfattning, så att valida analyser av interventionens effekt i subgrupperna möjliggörs. Emellertid krävs inte lika hög statistisk styrka separat i varje subgrupp, som i den först beskrivna situationen.

Implementering

Riktlinjerna trädde i kraft med omedelbar verkan och kom att reglera all NIH-finansierad forskning på människor fr o m budgetåret 1995 (dvs ansökningar som kommit in fr o m 1 juni 1994). Vissa övergångsregler har gällt för projekt som startat tidigare och sökt fortsatt finansiering.

NIH själv fick ett stort ansvar för att sprida information om regelverket till forskarsamhället och bevaka utvecklingen av forskningens inriktning i stort. Office of Research om Womens Health (ORWH) och Office of Research of Minority Health fick ansvaret att följa upp och utveckla regelverket.

Fyra övriga nyckelgrupper och deras roll i implementeringen av regelverket definierades i riktlinjerna; ansvariga forskare; Institutional Review Boards (IRB) vid universitet och högskolor motsvarande ungefär våra etiska kommittéer; prioriteringskommittéerna (Peer Review Groups) vid NIH; Advisory Council vid varje NIH institut.

När det gäller de ansvariga forskarna påpekades att det naturligtvis är deras uppgift att ta fram och sammanställa resultat från tidigare forskning för att skapa en uppfattning om behov av inklusion/exklusion av kvinnor och minoriteter. Forskarna uppmuntras att aktivt rekrytera en så mångsidig studiepopulation som möjligt, och att skapa en ömsesidigt fruktbar dialog med det samhälle som studiepopulationen representerar. Detta skulle också garantera att de individer som ingår i en studie inte lämnar försöket medan det pågår.

Ett IRB å andra sidan har lokalt ansvar att implementera den policy som kommer till uttryck i guidelines. I sin bedömning av projekt skall IRB även ta hänsyn till etiska och andra aspekter som handlar om individens skydd i klinisk forskning överhuvudtaget. Vid NIH gör prioriteringskommittéerna en värdering av ansökningarna och skall även bedöma i vad mån inklusion/exklusion av kvinnor och minoriteter enl forskningsansökan är rimlig. Advisory Council vid varje institut går igenom sådana ansökningar där prioriteringskommittéerna haft frågor avseenden inklusion/exklusion av kvinnor och minoriteter. Därutöver skall de sistnämnda organen varje halvår lämna en rapport till NIH:s ledning avseende följsamheten till riktlinjerna.

Värt att notera är att regelverket för inklusion av kvinnor även gäller NIH-finansierad forskning som bedrivs utomlands. När det gäller inklusion av etniska minoriteter tar man dock hänsyn till skillnader i etnisk sammansättning gentemot befolkningen i USA.

Nytt från workshopen

Den aktuella workshopen på NIH campus den 22 februari 1996 arrangerades av ORWH i samarbete med andra institut och byråer vid NIH. Huvudsyftet med mötet var att analysera och redovisa hur riktlinjerna fallit ut och hur de skulle kunna utvecklas i framtiden.

Till mötet hade inbjudits, förutom representanter för olika institut och byråer vid NIH, representanter för andra federala organ, såsom Food and Drug Administration (FDA) och Centers for Disease Control (CDC). Därutöver deltog ett stort antal representanter från IRBs vid universitet på olika håll i USA. Undertecknade var de enda utländska observatörerna bland de totalt ca 100 mötesdeltagarna.

Efter att ORWH:s direktör Vivian W Pinn öppnat mötet och innehållet i riktlinjerna sammanfattats, presenterade Eugene Hayunga ORWH:s erfarenheter och synpunkter på tillämpningen av dessa. Alla berörda parter hade vid tidpunkten för publicering av riktlinjerna inbjudits att inom ett år skicka in sina synpunkter till Office of Research of Womens Health (ORWH) eller till Office of Research of Minority Health.

Kommentarer hade inkommit från totalt 18 olika instanser, vilket Hayunga betraktade som mycket lågt. Eventuellt kan det låga antalet avspegla att man inte har så stora invändningar mot riktlinjerna. I många av kommentarerna ville man allmänt stödja riktlinjerna. Behovet av en inklusion av kvinnor hade inte ifrågasatts i någon av

kommentarerna. När det gällde inklusion av minoriteter hade man tagit upp ett antal problem, t ex att vissa minoriteter överhuvudtaget inte finns representerade i befolkningen inom vissa geografiska regioner i USA och att det inte heller alltid är möjligt att samarbeta med forskare från andra regioner för att komma runt detta problem.

Man hade också kritiserat riktlinjerna för att de, genom ökade kostnader för enskilda projekt, riskerade att begränsa bredden av framtida forskning, särskilt när det gäller grundforskning. Andra allmänt kritiska synpunkter handlade bl a om de definitioner som används i riktlinjerna avseende t ex begreppet "klinisk forskning" ("clinical research"). Kritik har också riktats mot att riktlinjerna även gäller för små pilotstudier och för studier som enbart omfattar vävnadsmaterial.

Man hade också framfört synpunkten att NIH:s policy utgår från att finna skillnader mellan könen och etniska subgrupper redan innan sådana har demonstrerats och därför i onödan komplicerar uppläggningen av kliniska studier. I en annan kommentar menade man att några riktlinjer inte behövdes, eftersom forskarsamhället redan blivit känsligt för dessa frågor och kommer därmed sannolikt spontant att rätta till snedrekryteringen till studiepopulationer.

System för bevakning

Under det tidiga 90-talet hade kritik riktats mot att det var närmast omöjligt att skapa sig en uppfattning om hur studiepopulationerna i NIH-finansierade projekt såg ut demografiskt. När ORWH etablerades fick det i uppdrag att utveckla ett system för att bevaka inklusionen av kvinnor och minoriteter i kliniska försök. För detta uppdrag skapades en kommitté med en representant för varje institut/center vid NIH.

Hyuangai presenterade preliminär statistik från den nya databasen. Insamlingen av data om aktuella projekt hade påbörjats i oktober 1994, då varje projekt skulle beskriva sin studiepopulation med hjälp av följande faktablad:

Årsrapport *(fylls i av varje projekt)*

	American Indian or Alaskan Native	*Asian or Pacific Islander*	*Black, not of Hispanic Origin*	*Hispanic*	*White, not of Hispanic Origin*	*Other or Unknown*	*Total*
Female							
Male							
Unknown							
Total							

Följande information var nu tillgänglig avseende det första året med data för hela NIH:

Fas III försök finanssierade under budgetår 1994 (Preliminära data per 13 februari 19969)	
Protokoll med enbart kvinnor	**91**
Protokoll med enbart män	**14**
Protokoll med både kvinnor och män	**400**
Könsfördelning har ej rapporterats	**8**
Totalt*	**513**

* Exkl nya protokoll där inklusionsdata ännu saknas

Studier där enbart kvinnor inkluderats handlade t ex om kvinnlig inkontinens, behandling av osteoporos, primär behandling av bröstcancer samt omhändertagande vid graviditets-diabetes. Protokoll där enbart män ingår avsåg t ex studier av testosteron och bentäthet hos äldre män samt frågor om behandling av benign prostataförstoring.

I de 400 protokoll där båda könen var representerade engick enligt ORWH:s preliminära uppgifter totalt 159.904 individer (!). Av dessa var 42 procent, cirka 67.000, kvinnor och 57 procent, ca 90.500 män. Uppgift om kön saknades för 1-2 procent av individerna.

Könsfördelningen har varit oklar i några äldre studier som startat innan regelverket trädde i kraft. I vissa situationer har man accepterat exklusionen av det ena könet med hänvisning till att detta kompenserats genom andra studier som stöds av respektive institut vid NIH.

I diskussionen framgick att ORWH tänkte fortsätta analysen genom att försöka relatera siffrorna till könsfördelningen bland de prelvalenta fallen av respektive sjukdom, i stället för att relatera till könsfördelningen i befolkningen.

De lokala kommittéernas arbetssätt varierar

Mycket av diskussionen kom att handla om hur IRBs vid universitet och högskolor hade uppfattat sin roll när det gällde implementering av riktlinjerna. Representanter för några universitet, ex. Paula Knudson, Committee for the Protection of Human Subjects vid University of Texas Houston Health Science Center, berättade om en mycket aktiv strategi för spridning av information till både forskarsamhället och lokalbefolkningen. Knudsons kommitté hade använt en hel del resurser för att utveckla sin roll som en länk mellan medicinsk forskning och samhällsmedborgare.

De flesta IRB-representanter hade inte lika mycket att berätta. Många av kommittéerna tar en aktiv roll först när ett projekt med uppläggning, som uppenbart strider mot rikt-

linjerna hamnar hos kommittén. I sådana fall är det vanligt att man kontaktar respektive forskare innan ansökan blir föremål för formell behandling. Även denna strategi leder så småningom till att färre studier med olämplig design söker godkännande.

Den tekniska bedömningen av ansökningarna diskuterades inte särskilt mycket. Några av IRB-representanterna påpekade att kommittéernas arbetsinriktning ändrats till följd av riktlinjerna och att de nu hade ett behov av kompetensutveckling. Man var eniga om att det behövdes samarbete mellan olika IRBs och ORWH för att garantera en någorlunda enhetlig tillämpning av riktlinjerna på lokal nivå.

Inklusion av kvinnor i fertil ålder en besvärlig fråga

Karen Rithenberg, jurist vid ORWH, höll ett föredrag om inklusion av gravida och kvinnor i fertil ålder i klinisk forskning. Eftersom det var vanligt att rutinmässigt exkludera kvinnor i fertil ålder från klinisk forskning, råder det stor brist på klinisk kunskap om olika interventioners effekter hos dem.

I september 1992 etablerade Institute of Medicine, IOM, på uppdrag av ORWH en särskild kommitté, Committee on the Ethical and Legal Issues Relating to Inclusion of Women in Clinical Studies, som skulle granska etiska och legala aspekter av tillämpningen av riktlinjerna. Många av kommitténs ledamöter ansåg att utgångspunkten i normalfallet borde vara att även kvinnor i fertil ålder kan inkluderas i studierna. Man ansåg att om inga tidigare studier tyder på risk för skada på foster eller mamma, bör kvinnan själv vara fullt kapabel att välja om hon vill delta eller ej.

Det hade emellertid varit svårt för kommittén att hitta en gemensam formulering som dels tar hänsyn till den enskilda kvinnans suveräna val, dels skyddar henne och fostret från oacceptabel risk. Arbetet ledde så småningom till de formuleringar som finns i dagens riktlinjer. Tyvärr har ORWH inga uppgifter om i vad mån kvinnor i fertil ålder de facto inkluderats i pågående forskning.

Diskussionen efter föredraget handlade om ansvarsförhållanden och risk för skadestånd vid eventuella fosterskador. Både enskilda projektansvariga, lokala IRBs och även NIH skulle åtminstone teoretiskt kunna bli ansvariga för skador som uppstått i samband med NIH-finansierade studier. Några konkreta exempel på att detta skulle ha inträffat fanns inte. Även i denna fråga ansåg man att det är viktigt att ORWH koordinerar ett effektivt informationsutbyte mellan de olika aktörerna.

Utredningen om bemötandet av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården
S 1994:08

1995-10-05

Bilaga 3

Deltagare vid informationsmöte med representanter för patientföreningar 1995-10-05

Kerstin Arenhag, Riksförbundet av Intresseföreningar för Schizofreni, Riks-IFS
Solveig Johansson, Riksförbundet för Mag- och Tarmsjuka, RMT
Sven-Åke Karlsson, Epilepsiförbundet
Ann-Marie Momqvist, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH
Bo Månsson, Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund
Margareta Nilsson, Diabetesförbundet
Monica Paulin, Neurologiskt Handikappades Riksförbund, NHR
Sylvia Sauter, Cancerfonden - Riksföreningen mot Cancer
Janne Bagge, Riksförbundet mot Reumatism, RMR
Janne Wallgren, Astma-Allergiförbundet

Från utredningen:

Ingvor Fredriksson, Handikappförbundens samarbetsorgan, sakkunnig
Lars Werkö, SBU, sakkunnig
Pia Maria Jonsson, huvudsekreterare
Birgit Rosén, sekreterare

SCB STATISTISKA CENTRALBYRÅN November 1995 *Bilaga 4*

SJV

Vad tycker Du om bemötandet i hälso- och sjukvården

Hur bemöts man vid sjukvårdsbesök

För att kunna göra hälso- och sjukvården så bra som möjlig har regeringen tillsatt en särskild utredning om hur kvinnor och män bemöts när de söker hjälp och råd inom hälso- och sjukvården. Den utredningen har nu bett Statistiska centralbyrån (SCB) att göra en undersökning kring detta.

Du är utvald

Nära 5 000 personer har slumpmässigt valts ut för att besvara en enkät, och Du är en av dessa personer.

Dina synpunkter är viktiga

Vi är säkra på att Du har synpunkter som är viktiga för oss och att vi genom Din hjälp kan få grepp om både sådant som är bra och sådant som är mindre bra när man besöker sjukvården för olika ärenden. Naturligtvis är Din medverkan frivillig men vi hoppas att Du kan ställa upp och svara på våra frågor. Ju fler som svarar ju bättre blir undersökningen. *Missa inte dina möjligheter att påverka!*

Fyll i och sänd in enkäten

Gå igenom frågorna här i enkäten och försök besvara dem så mycket som möjligt. Använd bifogade svarskuvert när du skickar tillbaka enkäten till SCB. Helst inom 10 dagar.

Om Du *inte* haft kontakt med sjuk- eller hälsovården

Även om Du *inte* haft någon kontakt med hälso- eller sjukvården på senare tid är vi angelägna om att Du *ändå besvarar enkätens fyra första frågor* och skickar det till SCB.

Resultat i tabeller

Namn och andra identitetsuppgifter tas bort när vi fått in enkäten. Svaren från enkäterna sammanställs av SCB och utredningen i statistiska tabeller som sedan kan utgöra en grund för utredningens arbete att förbättra bemötandet inom sjuk- och hälsovården.

Frågor?

Om Du vill fråga om något så ring gärna Olle Johansson på SCB, tel 08-783 49 40 eller Birgit Rosén på utredningen om bemötandet i hälso- och sjukvården, telefon 08-405 41 49.

Med vänlig hälsning
STATISTISKA CENTRALBYRÅN
Olle Johansson
Olle Johansson

FRÅGOR ANGÅENDE BESÖK PÅ MOTTAGNING I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Frågorna gäller hur man tycker sig ha blivit bemött och behandlad *vid besök på någon typ av mottagnin* (öppenvården) - alltså *inte* när man varit inlagd på sjukhus.

Frågorna gäller Ditt senaste besök *från och med maj månad i år (1995)* räknat. Om du har gjort något sådant besök vill vi gärna veta hur du känner att Du blev bemött och behandlad av läkare, sjuksköterska eller annan personal. Hur tyckte Du informationen var som Du fick om undersökningar och behandlingar, vilket inflytande hade Du ha på den vård som gavs, och vad var viktigt för Dig.

Om du gjort flera besök på någon mottagning under den här tiden (sedan maj i år) försök svara efter hur det var vid det *sista besöket*.

Gå igenom enkäten fråga för fråga och kryssa för de alternativ som gäller för Dig.

Obs. Även om Du inte har gjort något besök i sjukvården under den här tiden är vi angelägna att Du ändå besvarar de fyra första frågorna i enkäten och skickar tillbaka den till SCB i svarskuvertet..

Fråga 1 Är Du man eller kvinna?

1☐ Man 2☐ Kvinna

Fråga 2 Hur gammal är Du?

1 ☐ 18-34 år
2 ☐ 35-49 år
3 ☐ 50-64 år
4 ☐ 65- och däröver

Fråga 3 Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd? Är det....

1☐ Mycket bra
2☐ Ganska bra
3☐ Någorlunda
4☐ Ganska dåligt
5☐ Mycket dåligt

Fråga 4 Har Du för Din egen del (ej som anhörig) besökt någon mottagning i hälso- och sjukvården från och med maj 1995?

1☐ Ja. Var vänlig fortsätt att besvara resten av frågorna fr o m fråga 5

2☐ Nej, Du skall inte besvara resten av frågorna om Du inte besökt en mottagning sedan maj 1995. Det är ändå viktigt att Du sänder in svaren på de fyra första frågorna i bifogade kuvert. **Tack för Din medverkan!**

Fråga 5 Vilken typ av mottagning i hälso- och sjukvården besökte Du senast från och med maj 1995 ?

1 ☐ Vårdcentral, husläkarmottagning, distriktsläkarmottagning
2 ☐ Privatläkarpraktik
3 ☐ Företagshälsovården
4 ☐ Akutmottagning vid sjukhus
5 ☐ Tidsbeställd specialistmottagning vid sjukhus
6 ☐ Annan typ av mottagning

Fråga 6 Vilken personalkategori avsåg Ditt senaste besök främst?

1 ☐ Gynekolog
2 ☐ Psykiater
3 ☐ Läkare i övrigt
4 ☐ Sjuksköterska/distriktssköterska
5 ☐ Barnmorska
6 ☐ Sjukgymnast
7 ☐ Arbetsterapeut
8 ☐ Kiropraktor/naprapat
9 ☐ Homeopat, zonterapeut eller annan alternativ behandling
10☐ Annan personalkategori

Fråga 7 Vad var den främsta anledningen till Ditt senaste besök på denna mottagning?

1 ☐ Jag hade blivit hastigt sjuk eller skadad
2 ☐ Sjukdom/besvär som jag haft en kortare tid
3 ☐ Sjukdom/besvär som jag haft en längre tid/kronisk sjukdom
4 ☐ Annat skäl

Fråga 8 **Hur många gånger (inkl. det aktuella besöket) har Du för egen del besökt denna mottagningen under det senaste året?**

1 ☐ 1 gång
2 ☐ 2-3 gånger
3 ☐ Fler än 3 gånger

Fråga 9 Stämmer något av följande på Dig? (Sätt kryss efter varje alternativ)

Fick Du	**Ja(1)**	**Nej(2)**	**Vet ej(3)**
- genomgå någon typ av provtagning i samband med besöket?	☐	☐	☐
- röntga Dig eller ta ultraljud i samband med besöket?	☐	☐	☐
- recept på medicin	☐	☐	☐
- remiss till annan läkare/mottagning	☐	☐	☐
- remiss till behandling hos sjukgymnast eller arbetsterapeut?	☐	☐	☐
- remiss till provtagning utanför mottagningen?	☐	☐	☐
remiss till röntgen eller ultraljud utanför mottagningen?	☐	☐	☐
- läkarintyg?	☐	☐	☐
- genomgå någon typ av behandling/terapi	☐	☐	☐
- tid för återbesök?	☐	☐	☐
- inget av ovanstående	☐	☐	☐
- blev inlagd (akut)	☐	☐	☐

HÄR BER VI DIG TA STÄLLNING TILL NEDANSTÅENDE PÅSTÅENDEN GENOM ATT RINGA IN DET SVARSALTERNATIV SOM PASSAR BÄST FÖR BÅDE (A) OCH (B)

(A) =Hur Du tycker att Du faktiskt blev bemött av den som Du främst träffade vid det senaste mottagningsbesöket

(B) =Hur betydelsefullt det som tas upp i påståendena nedan var för Dig

Jag fick ...	**(A) Faktisk bedömning**	**(B) Så här betydelsefullt var det för mig**
Fråga 10 ... tillfredsställande information om undersökningar och provtagningar så att jag förstod varför dessa skulle genomföras och hur de skulle gå till	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt
Fråga 11 ... möjlighet att diskutera och delta i beslut om vilken/vilka undersökningar/ provtagningar som skulle göras	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt
Fråga 12 ... bästa möjliga undersökning (så gott jag själv kan bedöma detta)	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt
Fråga 13 ... tillfredsställande information om resultatet av undersökningar och prov-tagningar	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt
Fråga 14 ... rätt diagnos fastställd (så gott jag själv kan bedöma detta)	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt

Jag fick ...	(A) Faktisk bedömning	B) Så här betydelsefullt var det för mig
Fråga 15 ... tillfredsställande information om vilka alternativ till behandling som fanns	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt
Fråga 16 ... möjlighet att diskutera och delta i beslut om val av behandling	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt
Fråga 17...Tillfredsställande information om läkemedel jag var i behov av, så att jag förstod vilken effekt läkemedlet hade och hur det skulle intas	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt
Fråga 18 ... bästa möjliga medicinska behandling (så gott jag själv kan bedöma detta)	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt
Fråga 19 ... undersökningar, provtagningar och medicinska behandlingar utförda utan dröjsmål (så gott som jag kan bedöma detta)	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt
Fråga 20 ... effektiv smärtlindring vid behov	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt
Fråga 21 ... möjlighet att samtala i enrum i den utsträckning som jag önskade	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt

Jag fick ...	(A) Faktisk bedömning	B) Så här betydelsefullt var det för mig
Fråga 22 ... möjlighet att ställa frågor i den utsträckning som jag önskade	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt
Fråga 23 ... känslan av att jag fick ärliga och uppriktiga svar på mina frågor	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt
Fråga 24 ... uppleva att mina kunskaper och erfarenheter av min sjukdom togs till vara	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt
Fråga 25 ... uppleva att min integritet var skyddad, t.ex. vid samtal, handläggning av min journal	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt
Fråga 26 ... uppleva att jag bemöttes med respekt och blev tagen på allvar	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt
Fråga 27 ... uppleva att **den som jag främst besökte** visade medkänsla när jag hade det besvärligt (t.ex. vid oro eller smärta)	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt

Jag fick ...	(A) Faktisk bedömning	B) Så här betydelsefullt var det för mig
Fråga 28 ... uppleva att jag bemöttes på ett positivt sätt av **den som jag främst besökte**	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt
Fråga 29 ... uppleva att jag bemöttes på ett positivt sätt av **mottagningssköterskan eller annan mottagningspersonal** utöver den som jag främst besökte	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt
Fråga 30...uppleva att mina anhöriga och vänner bemöttes på ett positivt sätt	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt
Fråga 31 ... intrycket att mottagningen hade den utrustning som var nödvändig för min vård (så gott jag själv kan bedöma detta)	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt
Fråga 32 ...uppleva att det var god ordning på mottagningen	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt
Fråga 33... uppleva att jag fick välja vilken **läkare/motsvarande** jag ville besöka	4 ☐ Stämmer precis 3 ☐ Stämmer ganska bra 2 ☐ Stämmer något så när 1 ☐ Stämmer inte alls 9 ☐ Ej aktuellt	4 ☐ Av allra största betydelse 3 ☐ Av stor betydelse 2 ☐ Av liten betydelse 1 ☐ Av ingen betydelse 9 ☐ Ej aktuellt

Fråga 34 Var det något vid besöket som gjorde Dig arg eller besviken?

1☐ Nej 2☐ Ja Beskriv kort vad:.....

.....

Fråga 35 **Förekom under besöket någon situation när Du kände Dig besvärad eller generad?**

1☐ Nej 2☐ Ja, Beskriv kort vilken situation:.....

.....

Fråga 36 Vilken ålder tror Du att den Du främst besökte hade?

1☐ Ung, t.o.m ca 35 år
2☐ Medelålders, ca 36-55 år
3☐ Äldre, ca 56 - och därutöver

Fråga 37 Var den Du främst besökte en man eller en kvinna?

1 ☐ Man 2 ☐ Kvinna

Fråga 38 Hade det någon betydelse för Dig om den Du besökte var man eller kvinna?

1☐ Av allra största betydelse
2☐ Av stor betydelse
3☐ Av liten betydelse
4☐ Av ingen betydelse

Fråga 39 Om det hade någon betydelse - hade Du föredragit en man eller en kvinna?

☐ Man 2 ☐ Kvinna

Fråga 40 Var det några svårigheter att förstå varandra rent språkligt?

☐ Ja 2☐ Nej

Fråga 41 Vilken är Din huvudsakliga sysselsättning? (*Välj endast ett alternativ*)

1☐ Heltidsarbetande
2☐ Deltidsarbetande
3☐ Arbetslös/arbetssökande
4☐ Sjukskriven
5☐ Pensionerad
6☐ Studerande
7☐ Annat

Fråga 42 Vilken utbildning har Du?

1☐ Folk-, grund-, real- eller folkhögskola
2☐ Fack, yrkesskola eller gymnasium
3☐ Högskole- eller universitetsutbildning

Fråga 43 Hur är Dina familjeförhållanden?

1☐ Ensamboende
2☐ Sammanboende med maka/make/sambo
3☐ Bor med annan, t.ex. barn, föräldrar

Fråga 44 Var är Du född?

1☐ Sverige
2☐ Norden
3☐ Europa, Nordamerika eller Australien
4☐ Annat land

Tack för Din medverkan!

Referenser

2.1 Kvinnors och mäns ohälsa: skillnader och likheter

Folkhälsorapport 1994. Stockholm : Socialstyrelsen, 1994. (SoS-rapport 1994:9)

Kvinn-o-hälsa. Läkardagarna i Örebro 1995. Stockholm : Spri och Svenska Läkaresällskapet, 1995. (Svensk Medicin 46)

Offer för vålds- och egendomsbrott. Stockholm : Statistiska centralbyrån (SCB), 1995. (Levnadsförhållanden 88)

Ohälsa och sjukvård 1980-1989. Stockholm : Statistiska centralbyrån (SCB), 1992. (Levnadsförhållanden 76)

Schei, B., Botten, G. & Sundby, J. (red.) – *Kvinnomedicin.* Stockholm : Bonnier utbildning, 1994.

Östlin, P. et al. – *Kön och ohälsa : en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv.* Stockholm, 1996. Under utgivning.

2.2 Könsskillnader i vårdutnyttjande

Carsjö, K. – Validiteten i självporträtterat sjukvårdsutnyttjande. *Social-medicinsk tidskrift* 1985;62:310-3.

Gijsbers van Wijk, C.M.T. et al. – Male and female morbidity in general practice : the nature of sex differences. *Social Science & Medicine* 1992;35(5):665-78.

Hamberg, K. & Johansson, E. – Fråga och lyssna : teori, metod och analys i allmänmedicinsk kvinnoforskning. *Allmänmedicin* 1993;14:238-42.

Health United States, 1994. Hyattsville, Md. : U.S. Dept. of Health and Human Services, 1995. (DHHS publication 95-1232)

Hibbard, J.H. & Pope, C.R. – Gender roles, illness orientation and use of medical services. *Social Science & Medicine* 1983;17(3):129-37.

Hur mår Du Sverige? : ohälsa och vårdutnyttjande i Sverige: undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) som underlag i planeringen. Stockholm : Spri, 1982. (Spri rapport 82)

Ohälsa och sjukvård 1980-1989. Stockholm: Statistiska centralbyrån (SCB), 1992. (Levnadsförhållanden 76)

Stenbeck, M. & Rosén, M. (eds.) – Cancer survival in Sweden in 1961-1991. *Acta Oncologica* 1995;suppl 4.

Teknisk rapport avseende 1984-85 års, 1986-87 års och 1988-89 års undersökningar av levnadsförhållanden. Stockholm : Statistiska centralbyrån (SCB), 1991. (Levnadsförhållanden Appendix 13)

Verbrugge, L.M. – Gender and health : an update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behaviour* 1985;26:156-82.
Vård på lika villkor. Stockholm : Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen, 1994. (EpC-rapport 1994:3)

2.3 Läkemedelsanvändning bland kvinnor och män

Bratthall B., Nilsson J.L.G. & Westerholm B. – *Läkemedelsanvändning – problem och möjligheter.* Stockholm : Apotekarsocietetens förlag, 1994.
NEPI: Närverk för läkemedelsepidemiologi Ds 1992:104
Svensk läkemedelsstatistik, årlig publikation. Apoteksbolaget.

3 Könsskillnader i sjukskrivning, rehabilitering och förtidspensionering

Bäckström, I. & Eriksson, N. – *Rehabiliteringsgrupper till vilken nytta? en studie av fyra lokala rehabiliteringsgrupper och deras klienter.* Umeå : Sociologiska institutionen, Umeå univ., 1989. (Research reports from the Department of Sociology, University of Umeå 97)
Bäckström, I. – *Rehabilitering för män? : en undersökning om arbetsrehabilitering av långvarigt sjukskrivna kvinnor och män.* Umeå : Institutionen för socialt arbete, Umeå univ., 1994. (Rapport / Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet 37)
Hetzler, A. – *Socialpolitik i verkligheten : de handikappade och försäkringskassan.* Lund : Bokbox Förlag, 1994.
Jeppsson-Grassman, E. – *Arbetslivets krav och människors lidande.* Stockholm : Univ., Socialhögskolan, 1992. (Rapport i socialt arbete 57)
Kerz, J., Werner, M. & Wesser, E. – *Vad vet vi om rehabilitering? : svensk rehabiliteringsforskning 1980-1993.* Lund : Bokbox, 1995. (Studier i välfärdssamhälle, socialförsäkring och arbetsliv 6)
Kutza, E. – Benefits for the disabled : how beneficial for women? *Journal of Sociology and Social Welfare* 1981;8(2):298-319.
Marklund, S. (red.) – *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv.* Lund : Studentlitteratur, 1992.
Marklund, S. (red.) – *Rehabilitering i ett samhällsperspektiv.* 2. uppl. Lund : Studentlitteratur, 1995.
RIKS-LS : en undersökning om långvarig sjukskrivning och rehabilitering. Stockholm : Riksförsäkringsverket (RFV), 1996. (RFV Redovisar 1995:20)
Statistikinformation Is-I. Stockholm : Riksförsäkringsverket, 1995. (RFV Informerar 1995:2).
Klassifikation av sjukdomar 1987. En systematisk förteckning. Stockholm: Socialstyrelsen : Allmänna förl., 1986.
Rehabiliteringsberedningen – *Tidig och samordnad rehabilitering : samverkansmetoder och rehabiliteringsinriktad ersättning m.m : betänkande.* Stockholm : Allmänna förl., 1988. (SOU 1988:41)
Stace, S. – Vocational rehabilitation for women with disabilities. *International Labour Review* 1987;126.

Vogel, J., Kindlund, H. & Diderichsen, F. – *Arbetsförhållanden, ohälsa och sjukfrånvaro 1975-1989.* Stockholm : Statistiska centralbyrån (SCB), 1992. (Levnadsförhållanden 78)

4 'Åtgärdbar dödlighet' bland kvinnor och män

Bailar, J.C. & Smith, E.M. – Progress against cancer? *New England Journal of Medicine* 1986;8:1226-1232.

Gåfvels, C., Lithner, F. & Börjeson, B. – Living with diabetes : relationship to gender, duration and complications : a survey in northern Sweden. *Diabetic Medicine* 1993;10:768-773.

Holland, W.W. (ed.) – *European Community atlas of avoidable death.* Oxford : Oxford univ press, 1988.(Commission of the European Communities health services research series 3)

Holland, W.W. (ed.) – *European Community atlas of "avoidable death".* Vol. 1. 2. ed. Oxford : Oxford Univ. Press, 1991. (Commission of the European Communities Health Services Research Series 6)

Mackenbach, J.P. et al. – Regional differences in mortality from conditions amenable to medical intervention in the Netherlands : a comparison of four time periods. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1988;42:325-332.

Mackenbach, J.P., Bouvier-Colle, M.H. & Jougla, E. – "Avoidable" mortality and health services : a review of aggregate data studies. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1990;44:106-111.

Rosén, M., Hanning, M. & Wall, S. – Changing smoking habits in Sweden : towards better health, but not for all. *International Journal of Epidemiology* 1990;19:316-322.

Rutstein, D.D. et al. – Measuring the quality of medical care. *New England Journal of Medicine* 1976;294:582-8.

Socialstyrelsen. Vårdprogramnämnden – *Underlag till vårdprogram för problemet självmord.* Malmö : Utbildningsproduktion, 1983.

Walker, A. et al. – Contributions of incidence and case fatality to mortality from bladder cancer in the South Thames Regions. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1992;46:387-9.

Westerling, R. – *The "avoidable" mortality method : empirical studies using data from Sweden.* Uppsala : Department of Social Medicine, Uppsala University ; Stockholm : Almqvist :Wiksell, 1993. (Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the faculty of medicine 396). Diss.

Westerling, R. – Components of small-area-variation in death rates : a method applied to data from Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1995;49:214-221.

Westerling, R. – Small-area variation in multiple causes of death in Sweden – a comparison with underlying causes of death. *International Journal of Epidemiology* 1995;24:552-8.

Westerling, R. – *Studies of "avoidable" factors influencing death : a call for explicit criteria.* Uppsala : Department of Social Medicine, Uppsala University, 1995. Submitted.

Westerling, R. – Systematic small-area variation in mortality for malignant neoplasms in Sweden 1975-1990. *International Journal of Epidemiology* 1995;24:1086-1093.

Westerling, R. – Trends in "avoidable" mortality in Sweden 1974-85. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1992;46:489-493.

Westerling, R. et al – *Åtgärdbara dödsorsaker – en indikator på hälso- och sjukvårdens resultat och kvalitet.* Stockholm : Spri, 1994. (Spri-rapport 377)

Westerling, R., Gullberg, A. & Rosén, M. – Socioeconomic differences in "avoidable" mortality in Sweden 1986-1990. *International Journal of Epidemiology* 1996;25:560-567.

Westerling, R. & Smedby, B. – The European Community avoidable death indicators in Sweden 1974-1985. *International Journal of Epidemiology* 1992;21:502-510.

5.1 Hälso- och sjukvårdens insatser för ett minskat tobaksbruk

Aktuellt om tobak : åldersgräns vid tobaksförsäljning?. Stockholm : Folkhälsoinstitutet, 1995. (Tobaksprogrammets faktahäfte 1995:1)

Bjornson, W. et al. – Gender differences in smoking cessation after 3years in the Lung Health Study. *American Journal of Public Health* 1995;85:223-30.

Cnattingius, S., Haglund, B. & Meirik, O. – Cigarette smoking as risk factor for late fetal and early neonatal death. *BMJ* 1988;297:258-61.

Danielsson, M. – *Rökfri graviditet : utvärdering av studiedagar.* Stockholm: Folhälsoinstitutet, 1995. (Folkhälsoinstitutet utvärderar 3)

Flegal, K.M. et al. – The influence of smoking cessation on the prevalence of overweight in the United States. *New England Journal of Medicine* 1995;333:1165-70.

French, S.A. et al. – Weight concerns and change in smoking behavior over two years in a working population. *American Journal of Public Health* 1995;85:720-2.

Grunberg, N.E., Winders, S.E. & Wewers, M.E. – Gender differences in tobacco use. *Health Psychology* 1991;10:143-53.

Haglund, M. – Tobaksvanor bland kvinnor i Sverige. I: *Är rökning en kvinnofråga?* Stockholm : Socialstyr:s byrå för hälsoupplysning, 1987. (h-rapport 1987:23). S.: 24-26.

Hjalmarsson, A. – Effect of nicotine chewing gum in smoking cessation. *JAMA* 1984;252:2835-8.

Hjalmarsson, A. – Effects of nicotine chewing gum on smoking cessation in routine clinical use. *British Journal of Addiction* 1985;80:321-4.

Hjalmarsson, A. et al – Effect of nicotine nasal spray on smoking cessation. *Archives of Internal Medicine* 1994;154:2567-72.

Hjalmarsson, A., Hahn, L. & Svanberg, B. Stopping smoking in pregnancy: effect of a self-help manual in controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1991;98:260-4.

Hjalmarsson, A., Munkberg, K. & Rudin, R. – Resultat av en rökavvänjningspolitik. *Socialmedicinsk tidsskrift* 1980;57(4-5):234-8.

Hjalmarsson, A. & Nilsson, F. – *The nicotine inhaler in smoking cessation: a double-blind, randomized clinical evaluation.* (Opublicerad).
Kleinman, J.C. et al. – The effects of maternal smoking in fetal and infant mortality. *American Journal of Epidemiology* 1988;27:274-82.
Läkare om tobak : ett tobakspolitiskt program från Sveriges Läkarförbund. Stockholm : Sveriges Läkarförb., 1995.
Magnusson, S. & Nordgren, P. – *Om tobak : bakgrund och kommentar till tobakslagen.* Stockholm : Publica, 1994.
Medicinska Födelseregistret. Stockholm : Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen, 1994. Personligt meddelande 1994.
Nordgren, P. – Tobaksbruket i Sverige 1983-1993. Stockholm : Tobaksprogrammet, Folkhälsoinstitutet, 1994.
Pirie, P.L. et al. – Smoking cessation in women concerned about weight. *American Journal of Public Health* 1992;82:1238-43.
Pomerleau, C.S. et al. – Gender differences in prospective versus retro-aspected assessed smoking withdrawal symptoms. *Journal of Substance Abuse* 1994;6:433-40.
Pomerleau, C.S., Pomerlau, O.F. & Garcia, A.W. – Biobehavioral research on nicotine use in women. *British Journal of Addiction* 1991;86:527-31.
Ragnarök : en tidning om kvinnor och rökning. Stockholm : Folkhälsoinstitutet, 1995- .
Rökfri graviditet : ett metodhandledningspaket. Stockholm : Cancerfonden : Folkhälsoinstitutet : Hjärt - Lungfonden, 1992.
The health consequences of smoking for women : a report of the Surgeon General / published by U.S. Depart. of health and human services, Publichealth service. Rockville, Md. : The Service, 1980.
Tobaksrökning eller hälsa : tobakens medicinska skadeverkningar. Stockholm : LiberFörl., 1979. (h-fakta 8)
Toneatto, A., Sobell, L.C. & Sobell, M.B. – Gender issues in the treatment of abusers of alcohol, nicotine and other drugs. *Journal of Substance Abuse* 1992;4:209-18.

5.2 Omhändertagande av kvinnor och män med hjärt-kärlsjukdom

Förekomst och prognos:

Bolooki, H. et al – Results of direct coronary artery surgery in women. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 1975;69:271-77.
Folkhälsorapport 1994. Stockholm : Socialstyrelsen, 1994. (SoS-rapport 1994:9).
Hannertz H. – *Kortttidsdödlighet bland hjärtinfaktpatienter vid svenska akutsjukhus 1987-1991.* Stockholm : Socialstyrelsen, 1996.
Hjärt-kärlsjukdom : en epidemiologisk översikt av omfattning, orsaker och förebyggande arbete : en rapport / från Socialstyrelsens medicinska rådsgrupp för hjärt- och kärlsjukdomar, oktober 1992. Stock holm : Socialstyrelsen : Allmänna förl., 1992. (SoS-rapport 1992:15)

Khan, S.S. et al. – Increased mortality of women in coronary artery bypass surgery : evidence for referral bias. *Annals of Internal Medicine* 1990;112:561-7.

Lapidus, L. et al. – Prognosis for women with different symptoms and signs suggesting ischaemic heart disease : a 12-year follow-up. *Journal of Chronic Diseases* 1985;38(9):741-8.

Laurence L, Weinhouse B. – *A women's heart.* Ladies Home Journal October 1994:112-8.

Lerner, D.J. & Kannel, W.B. – Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes : a 26-year follow-up of the Framingham population. *American Heart Journal* 1986;111:383-90.

Naylor, C.D. & Chen, E. – Population-wide mortality trends among patients hospitalized for acute myocardial infarction : the Ontario Experience, 1981 to 1991. *Journal of the American College of Cardiology* 1994;24:1431-8.

Shepherd J. for The West of Scotland Coronary Prevention Study Group. American Journal of Cardiology 1995;76:113C-117C.

Steering Committee of the Physicians' Health Study Research Group. *New England Journal of Medicine* 1989;321:129-35.

Tobin, J.N. et al. – Sex bias in considering coronary bypass surgery. *Annals of Internal Medicine* 1987;107:19-25.

Tofler, G.H. et al. –Effects of gender and race on prognosis after myocardial infarction : adverse prognosis for women, particularly black women. *Journal of the American College of Cardiology* 1987;9:473-82.

Wilkinson, P. et al. – Acute myocardial infarction in women : survival analysis in first six months. *BMJ* 1994;309:566-9.

Riskfaktorer:

Assmann, G. & Schulte, H. – Relation of high-density lipoprotein cholesterol and triglycerides to incidence of atherosclerotic coronary artery disease (the PROCAM experience). *American Journal of Cardiology* 1992;70:733-7.

Barrett-Connor, E. – Putative complications of estrogen replacement therapy: hyperten sion, diabetes, thrombophlebitis, and gallstones. I: Korenman, S.G. (ed.) – *The menopause : biological and clinical consequenses of ovarian failure; evolution and management.* Norwell, Mass. : Serono Symposia, 1990. S.:199-209.

Barrett-Connor, E.L. et al. – Why is diabetes mellitus a stronger risk factor for fatal ischemic heart disease in women than in men? *JAMA* 1991;265:627-31.

Bell, E.T. & Clawson, B.J. – Primary (essential) hypertension : a study of 420 cases. *Archives of Pathology* 1928;5:939.

Bengtsson, C., Björntorp, P. & Tibblin, E. – Ischaemic heart disease in women. *Acta Medica Scandinavica* 1973;549(suppl):1-128.

Brown, M.S. & Goldstein, J.L. – Teaching old dogmas new tricks. *Nature* 1987;330:113-4.

Castelli, W.P. et al. – Incidence of coronary heart disease and lipoprotein cholesterol levels : the Framingham Study. *JAMA* 1986;256:2835-8.

Deanfield, J.E. et al. – Direct effects of smoking on the heart : silent ischemic disturbances of coronary flow. *American Journal of Cardiology* 1986;57:1005-9.

Hansen, E.F., Andersen, L.T. & Eyben, F.E. von. – Cigarette smoking and age at first acute myocardial infarction, and influence of gender and extent of smoking. *American Journal of Cardiology* 1993;71:1339-42.

Haynes, S.G., Feinleib, M. & Kannel, W. – The relationship of psychosocial factors to CHD in the Framingham study. *American Journal of Epidemiology* 1980;111:37-58.

Hong, M.K. et al. – Effects of estrogen replacement therapy on serum lipid values and angiographically defined coronary artery disease in postmenopausal women. *American Journal of Cardiology* 1992;69:176-8.

Johansson, S., Vedin, A. & Wilhelmsson, C. – Myocardial infarction in women. *Epidemiologic reviews* 1983;5:67-95.

Kalin, M.F. & Zumhoff, B. – Sex hormones and coronary disease : a review of the clinical studies. *Steroids* 1990;55:330-52.

Kannel, W.B. – Metabolic risk factors for coronary heart disease in women: perspective from the Framingham study. *American Heart Journal* 1987;114:413-19.

Kannel, W.B., D'Agostino, R.B. & Belanger, A.J. – Fibrinogen, cigarette smoking and risk of cardiovascular disease : insight from the Framingham Study. *American Heart Journal* 1987;113:1006-10.

Lapidus, L. et al. – Distribution of adipose tissue and risk of cardiovascular disease and death : a 12 year follow up of participants in the population study of women in Gothenburg, Sweden. *British Medical Journal* 1984;289:1257-61.

McDougall. J. et al. – Components of type A, hostility, and anger: further relationships to angiographic findings. *Health Psychology*1985;4:137-52.

Meade, T.W., Imeson, J. & Stirling, Y. – Effects of changes in smoking and other characteristics on clotting factors and the risk of ischaemic heart disease. *Lancet* 1987;11:986-88.

Nabulsi, A.A. et al. – for the Atherosclerosis Risk in Communities Study Investigators. *New England Journal of Medicine* 1993;328:1069-75.

Ness, R.B. et al. – *Epidemiologic Reviews* 1994;16:298-314.

Ness, R.B. et al. – Number of pregnancies and the subsequent risk of cardiovascular disease morbidity. *New England Journal of Medicine* 1993;328:1528-33.

Nowak, J. et al – Biochemical evidence of a chronic abnormality in platelet and vascular function in healthy individuals who smoke cigarettes. *Circulation* 1987;76:6-14.

Ostlund, R.E. et al. – The ration of waist-to-hip circumference, plasma insulin level, and glucose intolerance as independent predictors of the HDL $_2$ cholesterol level in older adults. *New England Journal of Medicine* 1990;322:229-34.

Palmer, J.R., Rosenberg, L. & Shapiro, S. – "Low yield" cigarettes and the risk of nonfatal myocardial infarction in women. *New England Journal of Medicine* 1989;320:1569-73.

Solymoss, B.C. et al. – Relation of coronary artery disease in women <60 years of age to the combined elevation of serum Lipoprotein (a) and total cholesterol to hig-density cholesterol ratio. *American Journal of Cardiology* 1993;72:1215-9.

Stensvold, I. et al. – Non-fasting serum triglyceride concentration and mortality from coronary heart disease and any cause in middle aged Norwegian women. *BMJ* 1993;307:1318-22.

The Working Group on risk and High blood pressure : an epidemiological approach to describing risk associated with blood pressure levels. *Hypertension* 1985; 7:641-51.

Tverdal, A. – *A mortality follow-up of persons invited to a cardiovascular disease study in five areas in Norway.* Oslo : National Health Screening Service, 1989.

Williams, J.K. et al. – Short-term administration of estrogen and vascular responses of atherosclerotic coronary arteries. *Journal of the American College of Cardiology* 1992;20:452-7.

Winniford, M.D. – Smoking and cardiovascular function. *Journal of Hypertension* 1990;8(suppl 5):S17-S23.

Symptomatologi och diagnostik:

Armstrong, W.F. et al. – Complementary value of two-dimensional exercise echocardiography to routine treadmill exercise testing. *Annals of Internal Medicine* 1986;105:829-35.

Barolsky, S.M. et al. – Differences in electrocardiographic response to exercise of women and men : a non-Bayesian factor. *Circulation* 1979;60:1021-27.

Berman, D.S. et al. – Clinical applications of exercise nuclear cardiology studies in the era of healthcare reform. *American Journal of Cardiology* 1995;75:3D-13D.

Cerqueira, M.D. – Diagnostic testing strategies for coronary artery disease : special issues related to gender. *American Journal of Cardiology* 1995;75:52D-60D.

Chaitman, B.R. et al. – Angiographic prevalence of high-risk coronary artery disease in patient subsets (CASS). *Circulation* 1981;64:360-7.

Gibbons, R.J. – Exercise ECG testing with and without radionuclide studies. I: Wengo, N.K., Speroff, L. Packard, (eds.) – *Cardiovascular health and disease in women.* Greenwich, Conn. : le Jacq Communications, 1993. S.:73-80.

Guiteras, P. et al. – Diagnostic accuracy of exercise ECG lead systems in clinical subsets of women. *Circulation* 1982;65(7):1465-74.

Hung, J. et al. – Noninvasive diagnostic test choices for the evaluation of coronary artery disease in women : a multivariate comparison of cardiac fluoroscopy, exercise electrocardiography and exercise thallium myocardial perfusion scintigraphy. *Journal of the American College of Cardiology* 1984;4:8-16.

Johnson, L.L. – Sex specific issues relating to nuclear cardiology. *Journal of Nuclear Cardiology* 1995;2:339-48.

Kong, B.A. et al. – Comparison of accuracy for detecting coronary artery disease and side-effect profile of dipyridamole Thallium-201 myocardial perfusion imaging in women versus men. *American Journal of Cardiology* 1992;70:168-73.

Melin, J.A. et al. – Alternative diagnostic strategies for coronary artery disease in women : demonstration of usefulness and efficiency of probability analysis. *Circulation* 1985;71:535-42.

Sawada, S.G. et al. – Excercise echocardiographic detection of coronary artery disease : special issues related to gender. *Journal of the American College of Cardiology* 1989;14:1440-7.

Swahn, E. et al. – Predictive importance of clinical findings and a predischarge exercise test in suspected unstable coronary artery disease. *American Journal of Cardiology* 1987;59:208-14.

Tavel, M.E. – Specificity of electrocardiographic stress test in women versus men. *American Journal of Cardiology* 1992;70:545-7.

Wann, L.S. et al. – Exercise cross-sectional echocardiography in ischemic heart disease. *Circulation* 1979;60:1300-8.

Weiner, D.A. et al. – Exercise stress testing : correlations among history of angina, ST-segment response and prevalence of coronary-artery disease in the coronary artery surgery study (CASS). *New England Journal of Medicine* 1979;301:230-5.

Könsskillnader i diagnostik och behandling:

Ades, P.A. et al. – Referral patterns and exercise response in the rehabilitation of female coronary patients aged > 62 years. *American Journal of Cardiology* 1992;69:1422-5.

Ayanian, J.Z. & Epstein, A.M. – Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *New England Journal of Medicine* 1991;325:221-5.

Cass pricipal investigators and their associates. *Coronary Artery Surgery Study (CASS): a randomized trial of coronary artery bypass surgery.* Survival data. *Circulation* 1983;5:939-50.

Clarke, K.W. et al. – Do women with acute myocardial infarction receive the same treatment as men? *BMJ* 1994;309:563-6.

Dellborg, M. & Swedberg, K. – Acute myocardial infarction : difference in the treatment between men and women. *Quality Assurance in Health Care* 1993;5:261-5.

D'Hoore, W., Sicotte, C. & Tilquin, C. – Sex bias in the management of coronary artery disease in Quebec. *American Journal of Public Health* 1994;84:1013-5.

Eaker, E.D. et al. – Comparison of the long-term, postsurgical survival of women and men in the Coronary Artery Surgery Study (CASS). *American Heart Journal* 1989;117:71-81.

Ettinger, B. – Optimal use of postmenopausal hormone replacement. *Obstretrics and Gynecology* 1988;72:31-36S.

Grady, D. et al. – Hormone therapy to prevent disease andprolong life in postmenopausal women. *Annals of Internal Medicine* 1992;117:1016-37.

Greenberg, M.A. & Mueller, H.S. – Why the excess mortality in women after PTCA? *Circulation* 1993;87:1030-2.
Hannan, E.L. et al. – Gender differences in mortality rates for coronary artery bypass surgery. *American Heart Journal* 1992;123:866-72.
Healy B. – The Yentl syndrome. *New England Journal of Medicine* 1991;325:274-5.
Heston, T.F., Lewis, L.M. – Gender bias in the evaluation and management of acut nontraumatic chest pain. *Family Practice Research Journal* 1992;12:383-9.
Kee, F., Gaffney, B. & O'Reilly, D. – Access to coronary catheterisation : fair shares for all? *BMJ* 1993;307:1305-7.
Kelsey, S. et al. – Results of percutaneous transluminal coronary angioplastyin women. *Circulation* 1993;87:720-7.
King, K.B., Clark, P.C. & Hicks, G.L. – Patterns of referral and recovery in women and men undergoing coronary artery bypass grafting. *American Journal of Cardiology* 1992;69:179-82.
Maynard, C. et al. – Underutilization of thrombolytic therapy in eligible women with acute myocardial infarction. *American Journal of Cardio logy* 1991;68:529-30.
O'Connor, G.T. – Differences between men and women in hospital mortality associated with coronary artery bypass graft surgery. *Circulation* 1993;88(1):2104-10.
Oliver, M.F. – *Coronary heart disease in young women.* London, New York : Churchill Livingstone, 1978.
Oliver, M.F., Vedin, A. & Wilhelmsson C. (ed.) – *Myocardial infarction in women.* Edinburgh, London, Melbourne, New York : Churchill Livingstone, 1986.
Petticrew, M., McKee, M. & Jones, J. – Coronary artery surgery : are women discriminated against? *BMJ* 1993;306:1164-6.
Rahimtoola, S.H. et al. – Survival 15 to 20 years after coronary bypass surgery for angina. *Journal of the American College of Cardiology* 1993;21:151-7.
Ramström, J. et al. – Multiarterial coronary artery bypass grafting with special reference to small vessel disease and results in women. *European Heart Journal* 1993;14:634-9.
Shaw, L.J. et al. – Gender differences in the noninvasive evaluation and management of patients with suspected coronary artery disease. *Annals of Internal Medicine* 1994;120:559-66.
Stampfer, M.J. & Colditz, G.A. – Estrogen replacement therapy and coronary heart disease : a quantitative assessment of the epidemiologic evidence. *Preventive Medicine* 1991;20:47-63.
Steingart, R.M. et al. – Sex differences in the management of coronary artery disease. *New England Journal of Medicine* 1991;325:226-30.
Ståhle, E. – Bypass-kirurgi effektiv även för kvinnor. *Läkartidningen* 1995;91:666-9.
Sullivan, A. et al. – Chest pain in women : clinical, investigative, and prognostic features. *BMJ* 1994;308:883-6.

Swedish Coronary Artery Revascularization Project (SECORT), SBU.
The VA Coronary Artery Bypass Surgery Cooperative Study Group. – Eighteen-year follow-up in the Veterans Affairs Cooperative study of coronary artery bypass surgery for stable angina. *Circulation* 1992;86:121-30.
Tobin, J.N. et al. – Sex bias in considering coronary bypass surgery. *Annals of Internal Medicine* 1987;107:19-25.
Varnauskas, E. – Twelve-year follow-up of survival in the randomized European Coronary surgery Study. *New England Journal of Medicine* 1988;319:332-7.
Weintraub, W. et al. – Changing clinical characteristics of coronary artery surgery patients – differences between men and women. *Circulation* 1993;88[part 2]:79-86.
Welty, F.D. et al. – Similar results of percutaneous transluminal coronary angioplasty for women and men with postmyocardial infarction ischemia. *Journal of the American Collegeof Cardiology*1994;23:35-9.
Wenger, N., Speroff, L. & Packard, B. – Cardiovascular health and disease in women. *New England Journal of Medicine* 1993;329:247-56.
Whitfield, S. & Alpert, J.S. – Percutaneous transluminal coronary angioplasty in women. *Cardiology* 1990;77(Suppl.2):124-131.
Wiklund, I. et al. – Subjective symptoms and well-being differ in women and men after myocardial infarction. *European Heart Journal* 1993;14:1315-9.

5.3 Kvinnor och män i diabetesvården

Adamson, U. et al. – Konsensus i Europa – allmänna mål och femårsprogram: Saint Vincent deklarationen för bättre diabetesvård. *Läkartidningen* 1991;88:2464-5.
Andersson, D. – *Diabetes mellitus in a defined population. A longitudinal study with special reference to early diagnosis, occurrence and mortality.* Uppsala: Department of Family Medicine: Uppsala University, 1994. Diss.
Diabetes. I : *Sjukvården i Sverige1995. En rapport om förhållanden inom hälso- och sjukvården.* Stockholm : Socialstyrelsen, 1995. (SoS-rapport 1995:25). S.: 200-9.
Diabetesvården i Stockholms läns landsting. Kartläggning, utvärdering, kvalitetsmätning. Stockholm : Socialstyrelsen, 1994. (Socialstyrelsens Aktiv Uppföljning)
Diabetesvården i Uppsala län och på Gotland. Kartläggning, utvärdering, kvalitetsmätning. Stockholm: Socialstyrelsen, 1993. (Socialstyrelsens Aktiv Uppföljning)
Eriksson, B. – *Ett år med diabetes. Beskrivning av ett förlopp samt analys av faktorer som stött eller hindrat ett framgångsrikt behandlingsresultat.* Stockholm : Socialhögskolan : Institutionen för Socialt Arbete, 1994. Avh.
Eriksson, B. & Rosenqvist, U. – Social support and glycaemic control in non-insulin dependent diabetes mellitus patients: gender differences. *Women & Health* 1993;20:59-70.

Gåfvels, C., Börjesson, B. & Lithner F. – The social consequences of insulin-treated diabetes mellitus in patients 20-50 years of age. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1991;19:86-93.

Gåfvels, C., Lithner, F. & Börjeson, B. – Living with diabetes: relationship to gender, duration, and complications. A survey in Northern Sweden. *Diabetic Medicine* 1993;10: 768-773.

Henriksen E. – Likvärdig vård för kvinnor och män med diabetes. I: *Likvärdig vård för kvinnor och män vid jämförbara sjukdomstillstånd.* Stockholm : Hälso- och sjukvårdsnämnden, 1996. S.: 27-35.

Jonsson, P.M. et al. – Diabetes mellitus and health service utilization: A case-control study of outpatient visits 8 years after diagnosis. *Diabetic Medicine* 1996. In press.

Nilsson, P.M., Johansson, S-E. & Sundquist, J. – Diabetes mortality and social class – influence of age and gender. Lund : Department of Community Health Sciences : University of Lund, 1996. Submitted.

Nyström, L. et al. – Mortality in 4117 incident cases of diabetes diagnosed at the age of 15-34 years in the Diabetes Incidence Study in Sweden (DISS) 1983-1992. Umeå : Department of Epidemiology and Public Health, Umeå, 1996. Manuscript.

Rosenqvist U., Lindahl B.I.B. & Stawiarz L. – Mortaliteten bland medelålders kvinnor minskar när vårdprogrammet för diabetes införs. Stockholm : LUCD och Kronans Vårdcentral. Abstrakt, Svenska Läkaresällskapets Riksstämma, 1992.

Wredling, R. et al. – Quality of life among a representative sample of people with diabetes mellitus in Sweden. *Diabetes Nutrition & Metabolism* 1993;6:393-95.

Wredling, R. et al. – Well-being and treatment satisfaction in adults with diabetes: A Swedish population-based study. *Quality of Life Research* 1995;4:515-22.

Östlin P. & Rehnqvist N. – Kvinnors och mäns syn på sjukhusvård. I: *Likvärdig vård för kvinnor och män vid jämförbara sjukdomstillstånd.* Stockholm : Hälso- och sjukvårdsnämnden, 1996. S.: 86-96.

Östman, J. et al. – Diabetesvården granskad i åtta län: Sverige på väg mot Europamålet. *Läkartidningen* 1995;92:1483-6.

5.4 Tillgång och resultat av vissa ortopediska behandlingsmetoder

Biering-Sörensen, F. – Low back trouble in an general population of 30-, 40-, 50- and 60- year old men and women. *Danish Medical Bulletin* 1982;29:289.99.

Knutsson, K. et al. – The Swedish knee arthroplasty register : a nation-wide study of 30003 knees 1976-1992. *Acta Orthopaedica Scandinavica* 1994;65:375-86.

Malchau, H., Herberts, P. & Ahnfält, L. – Prognosis of total hip replacement in Sweden : follow-up of 92675 operations performed 1978-1990. *Acta Orthopaedica Scandinavica* 1993;64:497-506.

Malchau, H. & Herberts, P. – *Prognosis of total hip replacement. surgical and cementing technique in THR : a revision-risk study of 134056 primary operations : scientific exhibition presented at the 63rd annual meeting of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, February 22-26, Atlanta USA 1996.*

Basic data on osteoarthrosis for the knee, hip and sacroiliac joints in adults aged 25-74 years. USA 1971-75. National Center for Health Statistics, 1979. (HANES 1, Series 11, 213)

Total hip joint replacement. Consensus statement. National Institutes of Health, 1994. (1994:12)

RFV Is-R 1978:5.

Spangfort, E.V. – The lumbar disc herniation. *Acta Orthopaedica Scandinavica. Supplementum* 1972;142:1-95.

Thorngren, K-G. – *State of the art : höftfrakturer.* Stockholm : Socialstyrelsen., 1995. (Medicinsk faktabas, MARS 1995:4)

Thorngren, K-G. – Fractures in older persons. *Disability and Rehabilitation* 1994;16:119-126.

Weibull H. Personligt meddelande 1996.

5.5 Könsskillnader i psykosocial cancervård

Baider, L., Perez, T. & De-Nour, A.K. – Gender and adjustment to chronic disease : a study of couples with colon cancer. *General Hospital Psychiatry* 1989;11:1-8.

Belle, D. – Gender differences in the social moderators of stress. I: Monat, A. & Lazarus, R.S. – *Stress and coping : an anthology.* 3. ed. New York : Columbia University Press, 1991. S.: 258-274.

Berglund, G. – Is the wish to participate in a cancer rehabilitation program an indicator of the need? : comparisons of participants and non-participants in a randomized study. *Psycho-Oncology 1996.* In press.

Berglund G. – *Psychosocial rehabilitation after cancer treatment : the starting again program.* Stockholm, 1995. Diss. Stockholm : Karolinska inst.

Berglund, G. et al. – A randomized study of a rehabilitation program for cancer patients : the starting again group. *Psycho-Oncology* 1994; 3: 109-120.

Bolund, C., Feigenberg, L. & Westerberg, H. – *Psykosocial cancervård i Stockholms-Gotlandsregionen : redovisning av ett utredningsuppdrag.* Stockholm, 1985.

Brandberg, Y. – Perceived susceptibility to and knowledge of malignant melanoma. *Screening* 1996.

Brandberg, Y. et al. – Anxiety and depressive symptoms at different stages of malignant melanoma. *Psycho-Oncology* 1992; 1:71-78.

Brandberg, Y. et al. – Information to patients with malignant melanoma : a randomized group study. *Patient Education and Counseling* 1994; 23:97-105.

Brandberg, Y. et al. – Psychological reactions in public melanoma screening. *European Journal of Cancer* 1993;29:860-863.

Cameron, O.G. & Hill, E.M. – *Women and Anxiety. Journal of Genetic Psychology* 1991;152:295-30.

Cancer incidence in Sweden 1992. Stockholm : Epidemiologiskt centrum, Socialstyr., 1995. (Statistik hälsa och sjukdomar 1995:1)

Deans, et al. – Cancer support groups : who joins and why? *British Journal of Cancer* 1988;58,670-674.

Eidem, M., Bolund, C. & Furst, C. – *Abstract ECCO Cancer conference 1985.*

Gyllensköld, K. – *Visst blir man rädd.* Stockholm : Forum, 1976.

Heinrich, R.L. & Schag, C.C. – Stress and activity management : group treatment for cancer patients and spouses. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1985;53:439-446.

Helgason, A.R. et al. – Decreased sexual capacity after external radiation therapy for prostatic cancer impairs quality of life. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* 1995;32:33-39.

Hibbard, J.H. – Sex differences in health and illness orientation.*International Quarterly of Community Health Education* 1984;4(2): 95-104.

Jalmert, L. – Svenska Dagbladet 1996-01-12.

Moir, A. & Jessel, D. – *Brain sex : the real difference between men & women.* New York : Laurel, 1992.

Johansson, S. et al. – Aspects of patient care. *Cancer Nursing* 1992;15(1):54-60.

Magnell, G. – Cancern öppnade dörren till ett nytt liv : sjukdomen fick Lars Knutsson att söka inre värden. *Dagens Nyheter* 1996-01-12.

McCann, Stewing, L. & Short, R. – Sex differences, social desirability, masculinity, and the tendecy to worry. *Journal of Genetic Psychology* 1985;152(3):295-301.

Monat, A. & Lazarus, R.S. – *Stress and coping : an anthology.* 3. ed. New York : Columbia University Press, 1991.

Nathanson, C.A. – Sex roles and variables in preventive health behavior. *Journal of Community Health* 1977;3:142-155.

Näslund, G.K., Wardle J Streptoe, Fredriksson M. – Health behavior, knowledge and attitudes among Swedish university students. *Scandinavian Journal of Psychology* 1993;34:197-211.

Näslund, G.K. – *Relationships between health behavior, knowledge and attitudes among Swedish blue-collar workers.* Submitted 1996.

Schuster, P.M. & Waldron, J. – Gender difference in cardiac rehabilitation. *Rehabilitation Nursing* 1991;16:248-253.

Seidler, V.J. (ed.). – *The achilles heel reader : men, sexual politics and socialism.* London : Routledge, 1991.

Sigurdardottir, V., Bolund, C. & Sullivan, M. – Quality of life evaluation by the EORTC technique in patients with generalized malignant melanoma on chemotherapy. *Acta Oncologica* 1996. In press.

Sneed, Edlund, Dias. – Adjustment of gynecological and breast cancer patients to the cancer diagnosis : comparisons with males and females having other cancer sites. *Health Care for Women International* 1992;13:11-22.

Taylor et al. – Social support, support groups and the cancer patient. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1986;54:608-615.
Terje, I. – *Vägen tillbaka : rehabilitering av cancerpatienter.* Södertälje : Astra Läkemedel, 1995.

5.6 Brister i bemötande av kvinnor och män med sexuella problem till följd av sjukdom eller handikapp

Annon, J.S. & Robinson, C.H. – The use of vicarious learning in the treatment of sexual concerns. I: LoPiccolo, L. (eds.) et al. – *Handbook of sex therapy.* New York : Plenum press, 1987. S.:35-56.
Education and treatment in human sexuality : the training of health professionals : report of a WHO meeting. Geneva : World Health Organization, 1975. (Technical Report Series 572)
Feldman, H.A. et al. – Impotence and its medical and psychological correlates : results of the Massachusetts male aging study. *Journal of Urology* 1994;151:54-51
Fugl-Meyer, K. – Handikapp och sexualitet. I: *Medicinsk Sexologi : läkardagarna i Örebro 1988.* Stockholm : Svenska läkaresällsk. : Spri, 1988. (Svensk Medicin 9) S.: 143-148.
Gerdle, B., Mauritzon-Sandberg, E. & Sjögren, K. – *Förekomst av sexuella funktionsstörningar hos gifta 40-65-åringar i en nordsvensk stad : Nordic Association for Clinical Sexology 5:e årsmöte i Sigtuna 1982.*
Hertoft, P. – Den kliniska sexologins organisation i Norden. I: *Medicinsk sexologi : läkardagarna i Örebro 1988.* Stockholm : Svenska läkare sällsk. : Spri, 1988. (Svensk Medicin 9) S.:92-97.
Holst, H. von. – *Kvalitetsindikatorer för ryggmärgsskadevården : dokumentation från en arbetsgrupp (ordf H. von Holst).* 1995.
House, W.C. & Pendleton, L. – Sexual dysfunction in diabetes : a survey of physicians'responses to patients'problems. *Postgraduate Medicine* 1986;79(5):227-235.
Jensen, S.B. – Klinisk sexologi i allmän praksis. *Ugeskrift for laeger* 1982;144:3767-70.
Lundberg, P.O. – Översikt över problemområdet. I: *Medicinsk sexologi : läkardagarna i Örebro 1988.* Stockholm : Svenska läkarsällsk. : Spri, 1988. (Svensk Medicin 9) S.: 99-103
Nordqvist, I. – Sexualhjälpmedel. I: Lundberg, P.O. (red.) – *Sexologi.* Stockholm : LiberUtbildning/Almqvist och Wiksell, 1994. S.:331-340.
Nordqvist, I. – Undersökning av samlevnadssituationen för människor med handikapp. I: Nordqvist, I. (red.) – *Sexualitet, handikapp, terapi.* Bromma : Handikappinstitutet, 1984. S.: 85-112.
Nordqvist, I. – *Utredning om hjälpmedel i sexuallivet för män och kvinnor med funktionshinder.* Bromma : Handikappinstitutet, 1988.
Sexuella funktioner och somatisk sjukdom. I: *Läkaresällskapets riks-stämma 3-6 dec 1980 : sammanfattningar.* Symposium 36.
Sjögren, K. – *Sexuality and leisure after stroke : with special reference to coping and rehabilitation.* Umeå : Umeå univ., 1982. (Umeå University medical dissertations 79)

Sjögren, K., Fugl-Meyer, A.R. & Gerdle, B. – Sexualitet före och efter invalidiserande ryggsmärta. *Nordisk Sexologi* 1983;1:83-89.
Smith, D.B. – Sexual rehabilitation of the cancer patient. *Cancer Nursing* 1989;12:10-15.

5.7 Bemötande och vårdpraxis inom psykiatrin

Angermeyer, M.C., Goldstein, J.M. & Kuehn, L. – Gender differences in schizophrenia : rehospitalization and community survival. *Psychological Medicine* 1989;19:365-82.
Bardenstein, K.K. & McGlashan, T.H. – Gender differences in affective, schizoaffective, and schizophrenic disorders : a review. *Schizophrenia Research* 1990;3:159-72.
Boverman, I.K., Boverman, D.M. & Clarkson, F.E. – Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1970;34:1-7.
Bugge, I., Hendel, D.D. & Moen, R. – Client evaluations of terapeutic processes and outcomes in a University Mental Health Center. *Journal of American College Health* 1985:;3:141-146.
Carmen, E., Russo, N.F. & Miller, J.B. – Inequality and women's mental health : an overview. *American Journal of Psychiatry* 1981;138:1319-1330.
Cooke, L.E. – The significance of life events as a cause of psychological and physical disorder. I: Cooper, B, (ed.) – *Psychiatric epidemiology : progress and prospects*. London : Groom Helm, 1987.
Eales, M.J. – Depression and anxiety in unemployed men. *Psychological Medicine* 1988;18:935-945.
Hagnell, O. et al. – *The incidence of mental illness over a quarter of a century : the Lundby longitudinal study*. Stockholm : Almqvist & Wiksell International, 1990.
Hellström, T. – Psykisk ohälsa. *Läkartidningen* 1981;74:1441-1442.
Kaplan, M.J., Winget, C. & Free, N. – Psychiatrists' beliefs about gender-appropriate behavior. *American Journal of Psychiatry* 1990;147:910-2.
Kessler, L.G., Amick III, B.C. & Thompson, J. Factors influencing the diagnosis of mental disorder among primary care patients. *Medical Care* 1985;23:50-62.
Kessler, R.C. – Intervening process in the relationship between unemployment and mental health. *Psychological Medicine* 1987;17:949-962.
Kirshner, L.A. & Johnston, L. – Effects of gender on inpatients psychiatic hospitalization. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1983;171: 651-657.
Klein Frithiof, P. – *Om kvinnopsykologi : från Freud till idag*. I: Crafoord, G. (ed.)et al. –*Det kvinnliga perspektivet*. Stockholm: Nordstedts, 1994.
Klerman, G.L. – The current age of youthful melancolia : evidence for increase in depression among adolescent and young adults. *British Journal of Psychiatry* 1988;152:4-14.
La Vecchia, C., Lucchini, F. & Levi, F. – Worldwide trends in suicide mortality 1955-1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;90:53-64.

Lorefice, L.S. & Borus, J.F. – Consumer evaluation of a Community Mental Health Service. *American Journal of Psychiatry* 1994;141:1449-1452.
Marks, J.N., Goldberg, D.P. & Hillier, V.F. – Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychological medicine* 1979;9:337.
Mogul, K.M. – Overview : the sex of the terapist. *American Journal of Psychiatry* 1982;139:1-11.
Nadelson, C.C. – Ethics, empathy, and gender in health care [see comments]. *American Journal of Psychiatry* 1993;50:1309-14.
Regier, D.A. et al. – One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics : the epidemiologic catchment area study. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1993;88:35-47.
Rutz, W., Knorring, L. von, Wålinder, J. – Frequence of suicide after systematic postgraduate education of general practioners. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989;80:151-154.
Silverman, W.H. & Bech, P.B. – Length of intervention and client assessed outcome. *Journal of Clinical Psychology* 1984;40:475-480.
Silverstein, B. & Perlick, D. – Gender differences in depression : historical changes. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1991;84:327-331.
Thase, M.E. et al. – Do depressed men and woman respond similarly to cognitive behavior therapy. *American Journal of Psychiatry* 1994;151:500-505.
Weissman, M.M. & Klerman, G.L. – Sex differences in the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry* 1977;34:98-111.
Wieselgren, I-M. & Lindström, L.H. – *A prospective 1-5 year outcome study in in first-admitted and readmitted schizophrenic patients; relationship to heredity, premorbid adjustment, onset of disease and education level at index admission and neuroleptic treatment at 5 years.* 1995. (Submitted).

5.8 Missbruk ur ett könsperspektiv

Alkoholen, läkarna och samhället : en idéskrift från Svenska Läkaresällskapet, Sektionen för alkohol- och narkotikafrågor. Stockholm : Svenska Läkarsällskapet, 1992.
Alkoholpolitiska kommissionen – *Att förebygga alkoholproblem : delbetänkande.* Stockholm : Fritze, 1994. (SOU 1994:26)
Alkoholpolitiska kommissionen. – *Barn-föräldrar-alkohol : delbetänkande.* Stockholm : Fritze, 1994. (SOU 1994:29)
Alkoholpolitiska kommissionen – *Kvinnor och alkohol : delbetänkande* Stockholm : Fritze, 1994. (SOU 1994:28)
Alkoholpolitiska kommissionen – *Svensk alkoholpolitik : bakgrund och nuläge : delbetänkande.* Stockholm : Fritze, 1994. (SOU 1994:25)
Alkoholpolitiska kommissionen – *Svensk alkoholpolitik : en strategi för framtiden : huvudbetänkande.* Stockholm : Fritze, 1994. (SOU 1994:24)
Alkoholpolitiska kommissionen – *Vård av alkoholmissbrukare: delbetänkande.* Stockholm : Fritze, 1994. (SOU 1994:27)

Andersson, C. – *Marias barn : om ungdomars väg in i missbruk av alkohol och andra droger.* Stockholm : Sober förlag, 1995.

Andersson, C. – *The children of Maria : adolescent substance abusers, their families and schooling.* Uppsala : Univ., 1993. (Uppsala studies in education 46). Diss.

Anderson, P. & Scott, E. – The effect of general practitioners advice to heavy drinking men. *British Journal of Addiction* 1992;87:285-900.

Andréasson, S. – Alkoholen och samhället. I: Berglund, M. (red.) – *Behandling av alkoholproblem : en kunskapsöversikt.* Stockholm : Centrum för utvärdering i socialt arbete (CUS), 1994.

Baily, S. – Women with alcohol problems : a psycho-social perspective. *Drug and alcohol review* 1990;9:125-131.

Berglund, M. et al. – Longterm course in alcohol dependency : a Swedish study. *Archives of General Psychiatry* 1993;17:513.

Beroendeframkallande psykofarmaka : att behandla och förebygga beroende och missbruk. Stockholm : Allm. förl., 1990. (Allmänna råd från Socialstyrelsen 1990:7)

Blume, S.B. – Alcohol and other drug problems in women. I: Lowinson, J.H. (eds.) et al. – *Substance abuse : a comprehensive textbook.* Baltimore, Md. : Williams & Wilkins, 1992. S.:794-807.

Blume, S.B. – Women, alcohol and drugs. I: Miller, N.S. – *Comprehensive handbook of drug and alchol addiction.* New York : Marcel Dekker, Inc., 1991.

Chappel, J.N. – Attitudes towards the treatment of substance abusers. I: Lowinson, J.H. (eds.) et al. – *Substance abuse : a comprehensive textbook.* 2. ed. Baltimore, Md. : Williams & Wilkins, 1992.

CUS Expertgrupp för missbrukarvård : behandling av alkoholproblem : slutsatser och rekommendationer. I: Berglund, M. (red.) – *Behandling av alkoholproblem : en kunskapsöversikt.* Stockholm : Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS), 1994.

Dahl, G. – Intervention vid tidiga alkoholproblem : en pilotstudie. *Allmän Medicin 1990;2:81-85.*

Dahlgren, L. – Kvinnor. I: Berglund, M. & Rydberg, U. (red.) – *Beroendelära.* Lund : Studentlitteratur, 1994.

Dahlgren, L. & Neiman, J. – Smärtstillande medel. I: Berglund, M. & Rydberg, U. (red.) – *Beroendelära.* Lund : Studentlitteratur, 1994.

Dahlgren, L. & Wilander, A. – Are special treatment facilities for female alcoholics needed? : a controlled 2-year follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus a mixed male/female treatment facility. *Alcoholism,Clinical and Experimental Research* 1989:13

Dawes, R.M. – *House of cards : psychology and psychotherapy built on myth.* New York : Free Press 1994.

Duckert, F. – Recruitment to alcohol treatment : a comparison between male and female problem drinkers recruitet to treatment in two different ways. *British journal of addiction* 1988;83:285-293.

Folkhälsorapport 1994. Stockholm :Socialstyrelsen. (SoS-rapport 1994:9)

Frithiof, P. – Kvinnor och psykoterapi. *Psykisk Hälsa* 1984;25(1):12-22.

Frithiof, P. – Psykoanalysens kvinnobilder. *Psykologtidningen* 1986(5):13-23.
Frithiof, P. – Psykoanalytisk teori och kvinnors identitetsutveckling. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1984(1).
Greenspan, M. – *A new approach to women and therapy.* New York : McGraw-Hill, 1983.
Larsson, M-L. & Upmark, M. – *Dolt missbruk-finns det? : försäkringskassan och det dolda alkoholmissbruket bakom ohälsan.* Stockholm, 1993. (Rapport Försäkringskassan, Stockholms län 4)
Lindström, L. – Har behandling effekt? I: Berglund, M. (red.) – *Behandling av alkoholproblem : en kunskapsöversikt.* Stockholm : Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS), 1994.
Melin, A-G. & Näsholm, C. – *Behandlingsplanering vid missbruk.* Lund : Studentlitteratur, 1994.
Miller, W.R. et al. – What works? : a methodological analysis of the alchol treatment outcome literature. I: *Handbook of alcholism treatment approaches : effective alternatives.* Needham Heights, Mass. : Simon & Schuster, 1994. Chapter 2
Nationell handlingsplan för alkohol och drogförebyggande insatser. Stockholm : Folkhälsoinstitutet 1995. (Folkhälsoinstitutet 50)
Nilssen, O. – The Tromso Study : identification of a controlled intervention on a population of earlystage risk drinkers. *Preventive Medicine* 1992;20:518-28.
Nyren, I-B. – *Normbrottet - det kvinnliga perspektivet i missbruksvården.* Hägersten : Socialförvaltningen, FoU-byrån, 1995. (FoU Rapport 1995:2)
Persson, G. – Psykodynamisk och kognitiv terapi i samma kurs : breddad utbildning med gott resultat. *Läkartidningen* 1992;84:3064-67.
Rapport 95 : alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige. Stockholm : CAN : Folkhälsoinstitutet, 1995. (CAN rapportserie 2) (Folkhälsoinstitutet 46)
Reed, B.G. – Linkages : battering, sexual assault, incest, child sexual abuse, teen pregnancy, dropping out of school and the alcohol and drug connection. I: Roth, P. – *Alcohol and drugs are women's issues.* Vol. 1 : *A review of the issues.* Metuchen, N.J. : Scarecrow press, 1991.
Rommelsjö, A. – Primärvården och alkoholproblemen. I: *Allmänläkarboken.* Vol.2. Lund: Studentlitteratur 1983. S.:101-26.
Rommelsjö, A. – Sekundär prevention i primärvården : positiva erfarenheter. *Socialmedicinsk tidskrift* 1992;8:401-4.
Schmidt, C., Klee, L. & Ames, G. – Review and analysis of literature on indicators of women's drinking problems. *British Journal of Addiction* 1990;85:179-192.
Smidh-Fibiger, E. – *Kvindlige alkoholmisbrugere og behandlingstilbudene.* Köpenhamn : Social forskningsinstitut, 1993 (Rapport 1991:14)
Sjöberg, L. – Diagnosen otillförlitlig och utan prognosvärde vid psykodynamisk arbetsmodell. *Läkartidningen* 1990;87(11):851-3.
Sjöberg, L. – Dynamisk psykoterapi och empirisk psykologi. *Socialmedicinsk tidskrift* 1988;65(1):3-7.

Thom, B. – Sex differences in help : seeking for alcohol problems : the barriers to help-seeking. *British journal of addiction* 1986;81:777-8.

Thulin, S. O. – Illegal narkotika. I: Berglund, M. & Rydberg, U. (red.) – *Beroendelära*. Lund : Studentlitteratur, 1994.

Tibblin, G. – Riskfaktorn alkohol - en studie om primärvården och drogbehandling. *Socialt perspektiv* 1992;2.

Tracy, J. & Jarvis. – Implications of gender for alcohol treatment research : a quantitative and qualitity rewiew. *British Journal of Addiction* 1992:87.

Wallace, P., Cutler, S. & Haines, A. – Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *British Medical Journal* 1988;297:663-8.

Vanicelli, M. – *Executive summary : key issues related to the treatment of alcoholic woman : prepared for the IOM kommittee for the study of treatment and rehabilitation services for alcoholism and alcohol abuse.* Mars 1988.

Wasserman, D. – *Alkoholmissbruk och suicidalitet : missbrukarna och deras barn : en seminarierapport om forskning*. Stockholm : Social-vetenskapliga forskningsrådet, 1992.

Ågren, G. – Några huvuddrag i den svenska alkoholvården. I: Berglund, M. (red.) – *Behandling av alkoholproblem : en kunskapsöversikt.* Stockholm : Centrum för utvärdering i socialt arbete (CUS), 1994.

Öjehagen, A. – Kvinnor och alkoholmissbruk. I: Berglund, M. (red.) - *Behandling av alkoholproblem : en kunskapsöversikt*. Stockholm : Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS), 1994.

Öjesjö, L. – Epidemiologi. I: Berglund M., & Rydberg, U. (red.) - *Beroendelära*. Lund : Studentlitteratur, 1994.

Österling, A. – Alkohol och attityder. I: Berglund, M. & Rydberg, U. (red.) – *Beroendelära*. Lund : Studentlitteratur 1994.

Österling, A. – *Kvinnor och alkohol.* Malmö : Alkoholkliniken,. Malmö Allmänna Sjukhus, 1992.

Österling, A. et al. – Sex differences in problem drinking among 42-year old residents of Malmö, Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992;435-439.

6.1 Synpunkter från patient- och handikapporganisationer

Bröstcancerbehandlade kvinnors situation : studier i Örebro, Jämtlands och Blekinge län. Stockholm : Bröstcancerföreningarnas riks-organisation, 1987. 245 s.

Jonsson, D. & Husberg, M. – *Samhällsekonomiska aspekter på reumatisk sjukdom*. Linköping : CMT, Univ. i Linköping, 1995. (CMT rapport 1995:9)

Leva med dialys : livskvalitet för patienter i kronisk njurdialys. Stockholm : Riksförbundet för Njursjuka, 1991.

Mattiasson, A-C. – *Autonomy in nursing home settings.* Stockholm : Gerontology Research Center, Karolinska institutet, 1995. Diss.

Rehabilitering för män? : en undersökning om arbetsrehabilitering av långvarigt sjukskrivna kvinnor och män. Umeå : Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet, 1994. 50 s.

6.2 Resultat från tidigare befolknings- och patientenkäter

Anell, A., Rosén, P. & Vlachos, J. – *Valfrihet i vården : en empirisk undersökning av preferenser hos allmänhet och vårdpersonal.* Lund : Institutet för hälso- och sjukvårds-ekonomi, 1995. (IHE Arbetsrapport 1995:4)

Biterman, D. (red.) et al. – *Vad tycker du om sjukvården? : resultat från enkätundersökningarna : allmänkirurgi, kvinnosjukvård, ortopedi, urologi.* Stockholm : Inregia på uppdrag av Stockholms läns landsting, 1995. (Vårdvärdering 95)

Fredriksson, M. – *Patientenkäter i primärvården : resultat av undersökning 1-7 oktober 1989.* Uppsala : Landstinget i Uppsala län, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, 1989.

Fahlström, G. – *Tid att bry sig om : enkätstudie av patienternas uppfattning av besök hos distriktsläkare.* Örebro : Örebro läns landsting, Samhällsmedicinska enheten och Primärvårdens utvecklingsenhet, 1993. (Heureka 10)

Genell Andrén, K., Carlson, A & Larsson, J. – *Vad tycker du om sjukvården : resultat från enkätundersökningarna : allmänkirurgi, kvinnosjukvård, ortopedi, urologi.* Stockholm : Regionplane- och trafikkontoret, Stockholms läns landsting, 1993. (Vårdvärdering 93)

Genell Andrén, K., Svärd, C. & Tomth, J-E. – *Vad tycker du om sjukvården? : resultat från enkätundersökningarna : internmedicin.* Stockholm : Institutet för regional analys, 1994. (Vårdvärdering 94)

Genell Andrén, K., Larsson, J. & Svärd, C. – *"Vad tycker du om sjukvården?" : resultat från enkätundersökningarna.* Stockholm : Regionplane- och trafikkontoret, Stockholms läns landsting, 1992. (Vårdvärdering 1992:1)

Genell Andrén, K. et al. – *"Vad tycker du om sjukvården?" : resultat från enkätundersökningarna : dagkirurgi.* Stockholm : Institutet för regional analys, Inregia, på uppdrag av hälso- och sjuvårdsnämnden, 1993. (Vårdvärdering 93)

Kiilava, T-A. & Frandén, U-B. (red.) – *Din upplevelse av sjukhusvistelsen : en studie av patienternas uppfattning om vården på kirurg-, kvinno- och medicinkliniker i Landstinget Sörmland : patientenkät i Landstinget Sörmland.* Katrineholm : Landstinget i Sörmland, 1992.

Likvärdig vård för kvinnor och män vid jämförbara sjukdomstillstånd : kön och attityder till vård. Stockholm : Hälso- och sjukvårdsnämnden, 1996.

Landstingsenkät -93. Linköping : CMT, 1993.

Landstingsenkät -93. Rapport 1 : Östgötarnas bedömning av vårdkvalitet inom primärvård, sjukhusvård och tandvård. Linköping : Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, Linköpings universitet, 1994.

6.3 Rikstäckande studie av bemötande, vård och behandling

Befolkningsstatistik 1995 : Del 3 Folkmängden efter kön, ålder och medborgarskap m m. Stockholm : Sveriges officiella statistik, Statistiska centralbyrån, 1995.

Bylund, E., Cedergren, L. & Hollo, A. – *Dialogen med patienten : Handbok om att samla in och ta tillvara patienternas erfarenheter.* Stockholm : Spris förlag, 1995. (Spri rapport 391)

Fahlström, G. – *Tid att bry sig om : enkätstudie av patienternas uppfattning av besök hos distriktsläkare.* Örebro : Örebro läns landsting, Samhällsmedicinska enheten och Primärvårdens utvecklingsenhet, 1993. (Heureka 10)

Fråga patienterna på akutmottagningen : En handbok för er som vill ta reda på vad era patienter tycker om vården. Stockholm : Spri, 1991. (Spri rapport 303)

Hellberg, M. Et al. – *Patienters uppfattningar om vårdkvaliteten vid gynekologmottagningen, centralsjukhuset i Karlstad.* Karlstad : Landstinget i Värmland, Centrum för folkhälsoforskning, 1993. (Rapport nr 5)

Hollo, A. – Kompanjonskap för bättre kvalitet. *VÅRD : utbildning, utveckling, forskning* 1995:4.

Höglund, E & Bylund, E. – *Patientenkäter : värt att tänka på.* Stockholm : Spris förlag, 1995.

Karlsson, K. – *Psykosocial ohälsa i primärvården : allmänläkarnas bedömning av patienter med psykosocial problematik.* Lund : Malmöhus läns landsting, miljö- och samhällsmedicinska sektionen, 1994.

Larsson, G & Wilde, B. – Är patienten nöjd? : Nu prövas KUPP (kvalitet ur patientens perspektiv) – nytt formulär för att mäta vårdkvalitet. *Läkartidningen* 1995;92(15):1 587-1 590.

Ohälsa och sjukvård 1980-1989. Stockholm : Statistiska centralbyrån (SCB), 1992. (Levnadsförhållanden 76)

Rosén, B. & Bedecs-Högstedt, A. – *Kvalitetsutveckling från idé till resultat : exempelsamling med 94 berättelser fördelade på 27 verksamheter och 37 akutsjukhus.* Stockholm : Spris förlag, 1995. (Spri rapport 399)

Undén, A-L., Elofsson, S. & Krakau, I. – *Sjukvårdsutnyttjande och livskvalitet i olika åldersgrupper : Jämförelse mellan män och kvinnor.* Stockholm : Allmänmedicinska enheten NVSO, Borgmästarvillan, Karolinska sjukhuset, 1994.

Utbildningsnivå i kommunerna, länen och riket 1994-01-01. Stockholm : Statistiska centralbyrån, 1995. (Bakgrundsmaterial om vuxenutbildning 1995:1)

Wilde, B. – *Quality of care : Models, instruments and empirical results among elderly.* Gothenburg : Department of Geriatric Medicine, Vasa Hospital, University of Gothenburg, 1994. Diss.

Wilde, B., Hanson, B. & Larsson, G. – *Patienters uppfattningar om vårdkvaliteten vid vårdcentralen i Vålberg.* Karlstad : Landstinget i Värmland, Centrum för folkhälsoforskning, 1993. (Rapport nr 8)

Wilde, B., Larsson, G & Högfeldt, K. – *Patienters uppfattningar om vårdkvaliteten vid medicinklinikens mottagning, centralsjukhuset i Karlstad.* Karlstad : Landstinget i Värmland, Centrum för folkhälsoforskning, 1994. (Rapport nr 6)

Wilde, B. et al. – *Patienten värderar vården : en vägledning till frågeformuläret KUPP, Kvalitet ur Patientens Perspektiv.* Stockholm, Vårdförbundet SHSTF, 1995. (FoU rapport 45)

7 Rapporterade brister och problem i vården ur ett könsperspektiv

Aas, I.H.M. – Malpractice. *Quality Assurance in Health Care* 1991;3:21-39.

Bergentz, S.-E., Bauer, G. & Lugnegård, H. – *När skyddsnätet brister : lärdomar från sjukvårdens ansvarsnämnd.* Lund : Studentlitteratur, 1995.

Broström, L. – Möjligt upptäcka tendenser genom registerstudier: De svåraste skadorna ökar kraftigt enligt Patientförsäkringens register. *Läkartidningen* 1991;88:2521-2.

Broström, L. et al. – Patientförsäkringen i förebyggande verksamhet : stort skadematerial visar komplikationsrisker. *Nordisk Medicin* 1995;110:180-3.

Carlsson, B. & Isacsson, Å. – *Hälsa, kommunikativt handlande och konfliktlösning. En studie av patientens ställning och av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.* Lund : Samhällsvetenskapliga fakulteten, Lunds universitet. (Scandinavian studies in the sociology of law II). Avh.

Dahlgren, C.I. & Räf, L. – Patientförsäkringen i ny skepnad : från konsortium till landstingsbolag. *Läkartidningen* 1995;92:1364-6.

Förtroendenämnden i Stockholms läns landsting 1994-1995. Stockholm : Stockholms läns landsting, 1995.

Oldinger, E. – Positiva erfarenheter av nordiska patientförsäkringar. *Nordisk Medicin* 1995;110:176-9.

Risk för livsfarlig skada i vart femte lex Maria-fall. Riskdatabas presenteras i nytt informationsblad. *Läkartidningen* 1996;93:171.

RiskRonden Special. Information om risker inom hälso- och sjukvården. Nr 1. Socialstyrelsen, 1995.

Rosén, B. & Jonsson, P.M. – *Patientförsäkringens skadematerial som underlag för skadeförebyggande verksamhet.* Stockholm : Spri, 1992. Projekt PM.

Rosenthal, M.M. – Missöden i sjukvården – preventionsprogram : svenska databaser bör utnyttjas bättre. *Läkartidningen* 1994;91:4774-7.

Socialstyrelsen informerar : Lex Maria-anmälningarna tredubblade på sex år. *Sjuksköterskетidningen* 1995;10:164.

Ödegård, S. – I en tid med rationaliseringar och besparingar : Patientsäkerheten allt viktigare att bevaka – men frågan är hur? *Incitament* 1994;18:20-1.

8.2 Kulturella och sociala aspekter på interaktion i vården

Finkler, K. – *Spiritualist healers in Mexico*. South Hadley, MA. : Bergin and Garvey, 1985.

Finkler, K. – The social consequences of wellness : a view of healing outcomes from micro and macro perspectives. *International Journal of Health Services 1986;*16(4):627-642.

Finkler, K. – *Physicians at work, patients in pain : biomedical practice and patient response in Mexico*. Boulder, CO. : Westview Press, 1991.

Good, B.J. – *Medicine, rationality and experience : an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

Good, B.J. (red) et al. – *Pain as human experience : an anthropological perspective*. Berkeley : University of California Press, 1992.

Good, B.J. – The heart of what's the matter : the semantics of illness in Iran.*Culture, Medicine and Psychiatry* 1977;1:25-58.

Good, B.J.& Delvecchio, M-J. The meaning of symptoms : a cultural hermeneutic model for clinical pratice. I: Eisenberg, L. & Kleinman, A. (red.) – *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht, Holland: Reidel Publishing, 1985. S.: 165-96.

Hahn, R.A. – *Sickness and healing : an anthropological perspective*. New Haven : Yale University Press, 1995.

Handwerker, W.P. (red). – *Births and power : social change and the politics of reproduction*. Boulder : Westview Press, 1990.

Johnson, T.M. & Sargent, C.F. (eds.) – *Medical anthropology*. New York : Greenwood Press, 1990.

Jordan, B. – *Birth in Four Cultures*. Prospect Heights, Il. : Waveland Press, 1993.

Kleinman, A. – Neurasthenia and depression : a study of somatization and culture in China. *Culture Medicine and Psychiatry* 1982;6:117-90.

Kleinman, A. – *Patient and healers in the context of culture*. Berkeley : University of California Press, 1980.

Kleinman, A. – *The illness narratives : suffering, healing and the human condition*. New York : Basic Books, 1988.

Lindenbaum, S. & Lock, M. (red.) – *Knowledge, power & practice : the anthropology of medicine and everyday* life. Berkeley : California University Press, 1993.

Martin, E. – *The women in the body : a cultural analysis of reproduction*. Boston : Beacon Press, 1987.

MacCormac, C.P. (red.) – *Ethnography of fertility and birth*. Prospect Heights, Il. : Waveland Press, 1994.

Ong, L.M.L. et al. – Doctor-patient communication : a review of the literature. *Social Science & Medicine*1995;40(7):903-918. (en aktuell sammanfattande artikel med 112 referenser varav ett litet antal antropo logiska).

Pandolfi, M. – Boundaries inside the body : women's sufferings in southern peasant Italy. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1990;14:255-73.

Sachs, L. – Fertility and birth in an unfamiliar environment : the case of turkish migrant women in Sweden. *Ethnos* 1985:241-52, 1986;(3-4):332-45.

Sachs, L. – Har Stress Någonting med Onda Ögat att göra? I: Carlsson, G. & Arvidsson, O. (red.) – *Kampen för folkhälsan : prevention i historia och nutid.* Stockholm : Natur och Kultur, 1994.

Sachs, L. – Misunderstanding as therapy : doctors, patients and medicines in a rural clinic in Sri Lanka. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1989;13:335-49.

Sachs, L. – *Onda ögat eller bakterier : turkiska invandrarkvinnor möter svensk sjukvård.* Stockholm : Liber, 1983.

Sachs, L. – *Sjukdom som oordning.* Stockholm : Gedin, 1996. (under utgivning)

Sachs, L. & Krantz, I. – *The anthropology of medicine and society : a new perspective for a multidisciplinary audience.* Stockholm : Karolinska institutet (IHCAR), 1991.

Singer, M. – Reinventing medical anthropology : toward a critical realignment. *Social Science and Medicine* 1990;30:179-87.

Sjukdomsorsaker i nytt ljus : utmaningar för vetenskapligt samarbete. I: *Kan vetenskapen rädda oss?* Stockholm : Natur och Kultur, 1996. (under utgivning). (Prisbelönt uppsats FRN)

Thaddeus, S. & Maine, D. – Too far to walk : maternal mortality in context. *Social Science and Medicine* 1994;38:1091-110.

Young, A. – The anthropologies of illness and sickness. *Annual Reviews in Anthropology* 1982;11:257-86.

8.3 Kommunikation, kön och makt i patient-läkarrelationer

Aronsson, K., Larsson, U.S. & Säljö, R. – Clinical diagnosis and the joint construction of a medical voice. I: Markova, I. & Farr, R. (eds.) - *Representation of health, illness and handicap.* Chur : Harwood Academic Publishers, 1995. S.:131-144.

Bertakis, K.D. et al. – The influence of gender on physician practice style. *Medical Care* 1995;33:407-416.

Delgado, A., Lopez-Fernandez, L.A. & Dios Luna, J. de. – Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users. *Medical Care* 1993;31:795-800.

Fennema, K., Meyer, D.L. & Owen, N. – Sex of physician : patients' preferences and stereotypes. *The Journal of Family Practice* 1990;30:441-446.

Fisher, S. – Doctor talk/patient talk : how treatment decisions are negotiated in doctor-patient communication. I: Fisher, S. & Todd, A.D. (Eds.) – *The social organization of doctor-patient communication.* Norwood, NJ. : Ablex Publ. Corp, 1993. S.:161-209.

Fisher, S & Todd, A.D. – Friendly persuasion : negotiating decisions to use oral contraceptives. I: Fisher, S. & Todd, A.D. (Eds.) – *Discourse and institutional authority : medicine, education and law.* Norwood, NJ. : Ablex Publ Corporation, 1986. S.:3-25.

Frankel, R.M. – The laying on of hands : aspects of the organization of gaze, touch, and talk in a medical encounter. I: Todd, A.D. & Fisher, S. (Eds.) – *The social organization of doctor-patient communication.* Norwood, Nj. : Ablex Publ. Co., 1993. S.:71-105.

Hall, J.A. et al. – Gender in medical encounters : an analysis of physician and patient communication in primary care setting. *Health Psychology* 1994;13:384-392.

Johanson, M. et al. – Lifestyle in primary health care discourse. *Social Science and Medicine* 1995;40:339-348.

Johanson, M. et al. – Addressing life style in primary health care. *Social Science and Medicine*. (i tryck).

Kjellgren, K., Ahlner, J. & Säljö, R. – Taking antihypertensive medication : controlling or co-operating with patients. *International Journal of Cardiology* 1995;47:257-268.

Larned, D. – The epidemic in unnecessary hysterectomy. I: Dreifus, C. (ed.) – *Seizing our bodies : the politics of women's health.* New York : Vintage Books, 1977.

Larsson, U.S. – *Being involved : patient participation in health care.* Linköping : Tema, Univ., 1989. (Linköping Studies in Arts and Science 36) Diss.

Linell, P. – The power of dialogue dynamics. I: Markova, I. & Foppa, K. (Eds.) – *The dynamics of dialogue.* New York : Harvester Wheatsheaf, 1990. S.:147-77.

Melander Marttala, U. – *Innehåll och perspektiv i samtal mellan läkare och patient : en språk- och samtalsanalytisk undersökning.* Uppsala : Institutionen för nordiska språk, Univ., 1995 (Skrifter utg. av Institutionen för nordiska språk, Uppsala universitet, 39). Diss.

Mishler, E.G. – *The discourse of medicine : dialectics of medical interviews.* Norwood, NJ. : Ablex Publ. Co., 1984.1093.

Säljö, R. – Att ringa till myndigheten : om samtal och samspel i offentlig service. I: *Forskning om den offentliga sektorn : forskningsantologi* /utgiven av Arbetsgruppen för forskningsfrågor, Civildepartementet. Stockholm : Allmänna förl., 1992. S.:139-155

Säljö, R. – Språk som bild och språk som handling : metaforer i kampen om verkligheten : promotionsföreläsning, 1992. I: *Promotions- och hedersdoktorsföreläsningar 1991-1993 : anteckningar inför föreläsningar.* Linköping : Filosofiska fakulteten, Univ., 1994. S.:25-31.

Waitzkin, H. – *The politics of medical encounters : how patients and doctors deal with social problems.* New Haven : Yale University Press, 1991.

West, C. – Not just 'doctors' orders' : directive-response sequences in patients' visits to women and men physicians. *Discourse & Society* 1990;1(1):85-112.

West, C. – Reconceptualizing gender in physician-patient relationships. *Social Science and Medicine* 1993;36(1):57-66.

8.4 Faktorer som påverkar kliniskt beslutsfattande – exemplet läkemedelsförskrivning

Arborelius, E. & Bremberg, S. – What can doctors do to achieve a successful consultation? : video-taped interviews analysed with 'Consultation map'-method. *Family Practice* 1992;9:61-66.

Ashton, H. – Psychotropic drug prescribing for women. *British Journal of Psychiatry* 1991;158(suppl 10):30-5.

Bertakis, K.D. et al. – The influence of gender on physician practice style. *Medical Care* 1995;33(4):407-416.

Bradley, C.P. – Uncomfortable prescribing decisions : a critical incident study. *BMJ* 1992;304:294-6.

Cafferata, G.L. & Meyers, S.M. – Pathways to psychotropic drugs : understanding the basis of gender differences. *Medical Care* 1990;28(4):285-300.

Clark, J.A., Potter, D.A. & McKinlay, J. – Bringing social structure back into clinical decision making. *Social Science and Medicine* 1991;32(8)853-866.

Denig, P. – *Drug choice in medical practice : rationales, routines, and remedies.* Groningen : Rijksuniversiteit Groningen, 1994. Thesis.

Diwan, V.K. et al. – Effects of "group detailing" on the prescribing of lipid-lowering drugs : a randomized controlled trial in Swedish primary care. *Journal of Clinical Epidemiology* 1995;48(5):705-711.

Ettore, E., Klaukka, T. & Riska, E. – Psychotropic drugs : long-term use, dependency and the gender factor. *Social Science and Medicine* 1994;39(12):1667-1673.

Ferguson, J.A. – Prescribing practices and patient sex differences. *Journal of Research of Social Health* 1990;110(2):45-49,53.

Gender disparities in clinical decision making : Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. *JAMA* 1991;266(4):559-562.

Hall, J.A., Roter, D.L. & Katz, N.R. – Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care* 1988;26(7):657-675.

Henbest, R. & Fehrsen, G. – Patient-centredness : is it applicable outside the West? : its measurement and effect on outcome. *Family Practice* 1992;9:311-317.

Hohmann, A.A. – Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care. *Medical Care* 1989;27(5):478-490.

Hulka, B.S. et al. – Medication use and misuse : physician-patient discrepancies. *Journal of Chronic Diseases* 1975;28:7-21.

Lassen, L. – Connections between the quality of consultation and patient compliance in general practice. *Family Practice* 1991;8:154-160.

Lisansky Gomberg, E.S. – Historical and political perspective : women and drug use. *Journal of Social Issues* 1982;38(2):9-23.

Riska, E. – Sociological perspectives on the use of minor tranquillizers. I: Riska, E. (eds.) et al. – *Minor tranquillizers in the Nordic countries.* Helsinki : NAD, 1993. (NAD-Publication no. 23)

Roter, D., Lipkin, M. & Korsgaard, A. – Sex differences in patients' and physicians' : communication during primary care medical visits. *Medical Care* 1991;29(11):1083-1093.
Stephenson, P. & McKee, M. – Look twice. *European Journal of Public Health* 1993;3:151-2.
Svarstad, B.L. et al. – Gender differences in the acquisition of prescribed drugs : an epidemiological study. *Medical Care* 1987;25:1089-1098.
Troein, M. et al. – Reported treatment of hypertension by family physicians in Sweden and Minnesota : a physician survey of practice habits. *Journal of Internal Medicine* 1995;238:215-221.
Wahlström, R. et al. – Hyperlipidaemia in primary care : a randomized controlled trial on treatment information in Sweden : design and methodology. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 1995;4:75-90.
Weisman, C.S. & Teitelbaum, M.A. – Physician gender and the physician-patient relationship : recent evidence and relevant questions. *Social Science and Medicine* 1985;20(11)1119-1127.
West, C. – Reconceptualizing gender in physician-patient relationships. *Social Science and Medicine* 1993;36(1):57-66.

8.5 Köns- och maktrelationer i vårdorganisationen

Asplund, J. – *Det sociala livets elementära former*. Göteborg : Korpen, 1987.
Bernstein, B. – *Class, codes and control*. London : Routledge, 1975.
Blomquist, M. – *Könshierarkier i gungning : kvinnor i kunskapsföretag*. Uppsala : Univ., 1994. (Studia Sociologica Upsaliensia 39)
Bourdieu, P. – *Distinction*. London : Routledge, 1989.
Brante, T. – "Teori och typologi : om förhållandet mellan makrosociologi, institutionella sfärer och social handling". *Sociologisk forskning* 1994(2).
Bourdieu, P. – *Kultursociologiska texter*. Stockholm : Salamander, 1986.
Cockburn, C. – *In the way of women*. London : Macmillan, 1991.
Cockburn, C. – *Machinery of dominance : women, men and technical know-how*. London : Pluto, 1985.
Connell, R.W. – *Masculinities*. Oxford : Polity, 1995.
Ferguson, K. – *The feminist case against bureaucracy*. Philadelphia : Temple University Press, 1984.
Florin, C. – *Kampen om katedern : feminiserings- och professionaliseringsprocessen inom den svenska folkskolans lärarkår 1860-1906*. Umeå : Univ., 1987. (Umeå studies in the humanities 82)
Genussystemet. I: Maktutredningen – *Demokrati och makt i Sverige : Maktutredningens huvudrapport*. (SOU 1990:44). S.:73-116.
Goffman, E. – *Frame analysis : an essay on the organization of experience*. Boston : Northeastern Univ. Press, 1986.
Haavind, H. – "Makt og kjaerlighet i ekteskapet". I: Haukka, R. & Hoel, M. (red) – *Kvinneforskning : bidrag til samfunnsteori : festskrift till Harriet Holter*. Oslo : Univ.-forl., 1982.

Hirdman, Y. – Genussystemet – reflektioner kring kvinnors sociala underordning. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1988:3.
Holmberg, C. – *Det kallas kärlek.* Göteborg : Anamma förlag, 1993.
Holter, Ö.G. – *Mäns livssammanhang.* Stockholm : Bonnier, 1994.
Kanter, R.M. – *Men and women of the corporation.* 2. pr. New York : Basic Books, 1977.
Kvande, E. & Rasmussen, B. – *Nye kvinneliv, kvinner i menns organisationer.* Oslo : Ad Notam, 1990.
Lindgren, G. – *Kamrater, kollegor och kvinnor : en studie i könssegregeringsprocessen i två mansdominerande organisationer.* Umeå : Sociologiska inst., Umeå Universitet, 1985. (Research reports from the Department of Sociology, University Umeå 86)
Lindgren, G. – *Doktorer, systrar och flickor.* Stockholm : Carlssons förlag, 1992.
Lindgren, G. – Fenomenologi i praktiken. I: Starrin, B, & Svensson, P-G. (red) – *Kvalitativ metod och vetenskapsteori.* Lund : Studentlitteratur, 1994.
Lindgren, G. – Broderskapets logik. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1996(1).
Roman, C. – *Lika på olika villkor : könssegregering i kunskapsföretag.* Stockholm : Symposium graduale, 1994.
Wahl, A. – *Könsstrukturer i organisationer : kvinnliga civilekonomers och civilingenjörers karriärutveckling.* Stockholm : Ekonomiska forskningsinst. vid Handelshögskolan, 1992.
Whyte, W.F. – *Street corner society : the social structure of an Italian slum.* Chicago, 1955.

9 Konsekvenser av förändringar i sjukvårdens makrostruktur

Aktuella väntetider, patienter på väntelista m m för behandlingar/insatser som omfattas av vårdgarantin. Årskiftet 1994/1995. Stockholm : Landstingsförb., 1995. (Landstingsförb. 1519).
Anell A. & Claesson R. – *Svenska sjukhus förr och nu; ekonomiska aspekter på struktur, politik och framtida förutsättningar.* Stockholm: Landstingsförbundet, 1995. (Landstingsförb. 1510)
Anell, A. & Jendteg, S. – Valfrihet i vården – vilka blir effekterna? *IHE Information* 1993;(1):1-3.
Anell, A. & Rosén, P. & Vlachos, J. – *Valfrihet i vården : en empirisk undersökning av preferenser hos allmänhet och vårdpersonal.* Lund : Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), 1995. (IHE arbetsrapport 1995:4)
Anell, A. & Svarvar, P. – *Landstingens förnyelse av organisation och styrsystem – är strategierna samordnade?* Lund : Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, 1994. (IHE arbetsrapport 1994:8)
Bergman, S-E. – *Likt och olikt : en jämförande studie av fyra landstingsmodeller.* Stockholm :Spri, 1993. (Spri rapport 351)
Bergman, S-E. – *Nya grepp i strukturfrågan : samverkan och samordning över gränserna : en delrapport i Strukturprogrammet förhälso- och sjukvården.* Stockholm : Landstingsförbundet, 1995.

Bergman, S-E. & Bäckstrand-Einevik, K. – *Sjukvårdsreformer i andra länder : rapport till Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation, HSU 2000.* Stockholm : Fritzes., 1994. (SOU 1994:115)

Bergman, S-E. & Dahlbäck, U. – *Att beställa hälso- och sjukvård : erfarenheter från landsting med beställarstyrning.* Stockholm : Landstingsförbundet, 1995. (Landstingsförb. 1548)

Biterman, D. (red.) – *Vad tycker Du om sjukvården? : resultat från enkätundersökningarna.* Stockholm : Inregia på uppdrag av Stockholms läns landsting, 1995. (Vårdvärdering 95)

Bohlin, C. – Beslut [om remisstvång] på gång i 15 landsting. *Dagens medicin* 1995:18.

Bäck, H. & Gröjer, A. – *Stockholmsmodellen och vårdens kvalitet.* Stockholm : Företagsekonomiska inst., Stockholms univ., 1994. (IKE 50)

Dahlström, A. & Ramström, D. – *Vårdmönster i ett systemperspektiv : erfarenheter och slutsatser av Stockholmsmodellen.* Stockholm : Företagsekonomiska inst., Stockholms univ., 1995. (IKE 49)

Diderichsen, F. & Fredlund, P. – *Angående vissa fördelningseffekter av Stockholmsmodellen.* Stockholm : Socialmedicin Kronan, 1995. Stencil.

Forsberg, E. & Calltorp, J. – *Nya styrformer, förändrat medicinskt hand lande : attityd och beteendeförändringar efter två år med Stockholmsmodellen.* Stockholm : Stockholms läns landsting, 1994.

Förändrad akutsjukvård – hur gick det sedan? : rapport avseende upp drag till Spri från Landstingsförbundet. Stockholm : Landstingsförbundet, 1995. (Landstingsförb. 1559)

God vård i rätt tid : 1992 års vårdgaranti. Stockholm : Allmänna förl., 1991.(Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:11)

Husläkardelegationen – *Husläkarreformen : bakgrund, lag och genomförande.* 1994. Broschyr.

Husläkarsystemet i teori och praktik. Stockholm : Landstingsförbundet, 1994. (Landstingsförb. 1452)

Högberg, M. – *Hur påverkar fast betalning per prestation och konkurrens det ekonomiska beteendet på sjukhusen : en redovisning av enkätsvar från sjukhusdirektörer och klinikekonomer i Stockholms läns landsting.* Stockholm : Företagsekonomiska inst., Stockholms univ., 1994. (IKE 47)

Kinn, A-C. – Urininkontinens bland kvinnor : vad utlovar vi med vårdgarantin? *Läkartidningen* 1993;90(18):1734-1780.

Malterud, K., Steinert, S. & Opdahl Mo, T. – 'Kjönn, arbeidsbelastning och listeprofil i allmennpraksis.' *Tidskrift for Norsk Laegeforening* 1995;115(19):2406-411.

Norrbom, C. – *Kvalitet och kvalitetssäkring inom sjukvården; teori och verklighet.* Stockholm : Företagsekonomiska instit., Stockholms univ., 1994. (IKE 52)

Otter, C. von & Saltman, R.B. – *Valfrihet som styrmedel : fem artiklar om den offentliga sektorns möjligheter* . Stockholm : Arbetslivscentrum, 1990.

Paulsen, B. – *What happened to female doctors?* OH-bilder från Workshop 'Changes in the structural position of GP's', Oslo Nov 30 – Dec 2,1995.

Paulson, E. – *Stockholmsmodellen och fem kirurgiska kliniktyper – en longitudinell studie av vårdkonsumtion.* Stockholm : Samhällsmedicinska enheten, Huddinge sjukhus, Stockholms läns landsting ; Uppsala : Institutionen för socialmedicin, Uppsala universitet, 1994.

Rignell, S. & Rybo, G. – *Vårdgarantins effekter på kösituationen i sluten gynekologisk vård i Göteborgsregionen : rapport Dagmar 50.* Göteborg : Östra sjukhuset, 1993.

Saltman, R.B. – A conceptual overview of recent health care reforms. *European Journal of Public Health* 1994;4:287-292.

Saltman, R.B. – *Patientmakt över vården.* Kristianstad : SNS Förlag, 1992.

Sprengel, V. – 'Snart fattas det tusen husläkare'. *Landstingsvärlden* 1982:5:5

Statistisk årsbok för landsting. 1996. Stockholm : Landstingsförb., 1995.

Svensson, H. & Garelius, L. – *Har ekonomiska incitament påverkat läkarnas beslutsfattande? : utvärdering av Stockholmsmodellen.* Stockholm : Spri, 1994. (Spri rapport 392)

Vårdgaranti 1992 : uppföljning och utvärdering. Stockholm : Socialstyr. : Fritze, 1994. (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1993:11)

*Vårdgarantin 1993.*Stockholm : Socialstyrelsen, 1994. (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1994:14)

Vägval : hälso- och sjukvårdens övergripande strukturer och framtiden. Stockholm : Landstingsförbundet, 1991. (Landstingsförb. 1185)

Väntetider för oprioriterade patienter och vårdgaranti vid sjukhus i södra sjukvårdsregionen : månadsskiftet augusti/september 1995. Lund : Samverkansnämnden, Södra sjukvårdsregionen, 1995

Winblad, U. – Motiven bakom husläkarsystemets införande. *Socialmedicinsk tidskrift* 1995:4-5:170-176.

Överenskommelse om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m m för år 1996. Stockholm : Landstingsförb. (A 95:69.)

Statens offentliga utredningar 1996

Kronologisk förteckning

1. Den nya gymnasieskolan – hur går det? U.
2. Samverkansmönster i svensk forskningsfinansiering. U.
3. Fritid i förändring.
   Om kön och fördelning av fritidsresurser. C.
4. Vem bestämmer vad? EU:s interna spelregler inför regeringskonferensen 1996. UD.
5. Politikområden under lupp. Frågor om EU:s första pelare inför regeringskonferensen 1996. UD.
6. Ett år med EU. Svenska statstjänstemäns erfarenheter av arbetet i EU. UD.
7. Av vitalt intresse. EU:s utrikes- och säkerhetspolitik inför regeringskonferensen. UD.
8. Batterierna – en laddad fråga. M.
9. Om järnvägens trafikledning m.m. K.
10. Forskning för vår vardag. C.
11. EU-mopeden. Ålders- och behörighetskrav för två- och trehjuliga motorfordon. K.
12. Kommuner och landsting med betalningssvårigheter. Fi.
13. Offentlig djurskyddstillsyn. Jo.
14. Budgetlag – regeringens befogenheter på finansmaktens område. Fi.
15. Union för både öst och väst. Politiska, rättsliga och ekonomiska aspekter av EU:s sjätte utvidgning. UD.
16. Förankring och rättigheter. Om folkomröstningar, utträdesrätt, medborgarskap och mänskliga rättigheter i EU. UD.
17. Bättre trafik med väginformatik. K.
18. Totalförsvarspliktiga m95. Förslag om jobb/studier efter muck, bostadsbidrag, dagpenning, försäkringar. Fö.
19. Sverige, EU och framtiden. EU 96-kommitténs bedömningar inför regeringskonferensen 1996. UD.
20. Samordnad rollfördelning inom teknisk forskning. U.
21. Reform och förändring. Organisation och verksamhet vid universitet och högskolor efter 1993 års universitets- och högskolereform. U.
22. Inflytande på riktigt – Om elevers rätt till inflytande, delaktighet och ansvar. U.
23. Kartläggning och analys av den offentliga sektorns upphandling av varor och tjänster med miljöpåverkan. N.
24. Från Maastricht till Turin. Bakgrund och övriga EU-länders förslag och debatt inför regeringskonferensen 1996. UD.
25. Från massmedia till multimedia – att digitalisera svensk television. Ku.
26. Ny kurs i trafikpolitiken + Bilagor. K.
27. En strategi för kunskapslyft och livslångt lärande. U.
28. Det forskningspolitiska landskapet i Norden på 1990-talet. U.
29. Forskning och Pengar. U.
30. Borgenärsbrotten – en översyn av 11 kap. brottsbalken. Fi.
31. Attityder och lagstiftning i samverkan + bilagedel. C.
32. Möss och människor. Exempel på bra IT-användning bland barn och ungdomar. SB.
33. Banverkets myndighetsroll m.m. K.
34. Aktiv arbetsmarknadspolitik + expertbilaga. A.
35. Kriminalunderrättelseregister DNA-register. Ju.
36. Högskola i Malmö. U.
37. Sveriges medverkan i FN:s familjeår. S.
38. Nationalstadsparker. M.
39. Rapport från klimatdelegationen 1995. Klimatrelaterad forskning. M.
40. Elektronisk dokumenthantering. Ju.
41. Statens maritima verksamhet. Fö.
42. Demokrati och öppenhet. Om folkvalda parlament och offentlighet i EU. UD.
43. Jämställdheten i EU. Spelregler och verklighetsbilder. UD.
44. Översyn av skatteflyktslagen. Reformerat förhandsbesked. Fi.
45. Presumtionsregeln i expropriationslagen. Ju.
46. Enskilda vägar. K.
47. Cirkelsamhället. Studiecirklars betydelser för individ och lokalsamhälle. U.
48. Shaping Sustainable Homes in an Urbanizing World. Swedish National Report for Habitat II. N.
49. Regler för handel med el. N.
50. Förbud mot vapen på allmän plats m.m. Ju.
51. Grundläggande drag i en ny arbetslöshetsförsäkring – alternativ och förslag. A.
52. Precisering av handelsändamålet i detaljplan. M.
53. Kalkning av sjöar och vattendrag.M.
54. Kooperativa möjligheter i storstadsområden. S.
55. Sverige, framtiden och mångfalden. A.
55. På väg mot egenföretagande. A.
55. Vägar in i Sverige. A.
56. Hälften vore nog – om kvinnor och män på 90-talets arbetsmarknad. A.
57. Pensionssamordning för svenskar i EU-tjänst. Fi.
58. Finansieringen av det civila försvaret. Fö.

Statens offentliga utredningar 1996

Kronologisk förteckning

59. Europapolitikens kunskapsgrund. En principdiskussion utifrån EU 96-kommitténs erfarenheter. UD.
60. Miljö och jordbruk. Om EU:s miljöregler och utvidgningens effekter på den gemensamma jordbrukspolitiken. UD.
61. Olika länder – olika takt. Om flexibel integration och förhållandet mellan stora och små stater i EU. UD.
62. EU, konsumenterna och maten – Förväntningar och verklighet. Jo.
63. Medicinska undersökningar i arbetslivet. A.
64. Försäkringskassan Sverige – Översyn av socialförsäkringens administration. S.
65. Administrationen av EU:s jordbrukspolitik i Sverige. Jo.
66. Utvärderat personval. Ju.
67. Medborgerlig insyn i kommunala entreprenader. Fi.
68. Några folkbokföringsfrågor. Fi.
69. Kompetens och kapital + bilaga. N.
70. Samverkan mellan högskolan och näringslivet. N.
71. Lokal demokrati och delaktighet i Sveriges städer och landsbygd. In.
72. Rättspsykiatriskt forskningsregister. S.
73. Svensk kärnteknisk tillsynsverksamhet. Volym 1 – En granskning. M.
73. Swedish Nuclear Regulatory Activities. Volume 1 – An Assessment. M.
74. Svensk kärnteknisk tillsynsverksamhet. Volym 2 – Faktaredogörelser. M.
74. Swedish Nuclear Regulatory Activities. Volume 2 – Descriptions. M.
75. Värden i folkhögskolevärlden. U.
76. EU:s regeringskonferens – procedurer, aktörer, formalia. Sammanfattning av ett seminarium i april 1996. UD.
77. Utländska försäkringsgivare med verksamhet i Sverige. Fi.
78. Elberedskapen. Organisation, ansvarsfördelning och finansiering. N.
79. Översyn av revisionsreglerna. Fi.
80. Viktigt meddelande. Radio och TV i Kris och Krig. Ku.
81. Skydd för sparande i sparkasseverksamhet. Fi.
82. En översyn av luft- sjö- och spårtrafikens tillsynsmyndigheter. K.
83. Allmänt pensionssparande. S.
84. Ekobrottsforskning. Ju.
85. Egon Jönsson – en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet. S.
86. Utvecklad samordning inom det civila försvaret och fredsräddningstjänsten. Kartläggning, överväganden och förslag. Fö.
87. Tredimensionell fastighetsindelning. Ju.
88. Kameraövervakning. Ju.
89. Samverkan mellan högskolan och de små och medelstora företagen. N.
90. Sammanhållet studiestöd. U.
91. Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer – En översyn av de nationella taxorna för läkare och sjukgymnaster. S.
92. IT i miljöarbetet. M.
93. Ny yrkestrafiklagstiftning. K.
94. Nationell teleadresskatalog. K.
95. Botniabanan. K.
96. Strukturförändring och besparing. En uppföljning av genomförda förändringar inom försvarsmaktens ledningsorganisation. Fö.
97. Effektivare försvarsfastigheter! Utvärdering av en reform. Fö.
98. Vem styr försvaret? Utvärdering av effekterna av LEMO-reformen. Fö.
99. Avveckling med inlärning. Erfarenheter från LEMO-reformens avveckling av personal. Fö.
100. Ett nytt system för skattebetalningar. Del A. Ett nytt system för skattebetalningar. Del B. Författningsförslag, författningskommentarer och bilagor. Fi.
101. Kärnavfall – teknik och platsval. KASAMs yttrande över SKBs FUD-Program 95. M.
102. TUFF – Teckenspråksutbildning för föräldrar. U.
103. Miljöbalken. En skärpt och samordnad miljölagstiftning för en hållbar utveckling. Del 1 och 2. M.
104. Konsumentskydd på elmarknaden. C.
105. Att främja donationer till universitet och högskolor. U.
106. EU och Sverige – från Kiruna till Malmö. Sammanfattning av fyra regionala möten 1995-96. UD.
107. Union utan gränser – konsekvenser, möjligheter, problem. Sammanfattning av ett seminarium i november 1995. UD.
108. Konsumenterna och miljön. C.
109. Från åkerlotter till Paradis – ett delbetänkande från Utredningen om universitetsfastigheter m.m. angående överlåtelser och tomträttsupplåtelser av vissa högskolefastigheter. Fi.
110. Inför ett Svenskt kulturnät – IT och framtiden inom kulturområdet. Ku.

Statens offentliga utredningar 1996

Kronologisk förteckning

111. Bevakad övergång. Åldersgränser för unga upp till 30 år. C
112. Integrering av miljöhänsyn inom den statliga förvaltningen. M.
113. En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering. Del 1 och 2. S.
114. En körkortsreform. K.
115. Barnkonventionen och utlänningslagen. S.
116. Artikel 6 i Europakonventionen och skatteutredningen. Fi.
117. Expertrapporter från Skatteväxlingskommittén. Fi.
118. Station Stockholm Nord. K.
119. Lättnad i dubbelbeskattningen av mindre företags inkomster. Fi.
120. Högskolan i Malmö - Slutbetänkande. U.
121. Spår, miljö och stadsbild i centrala Stockholm. K.
122. Kunskapssyn och samhällsnytta i hantverkscirklar och hantverksutövande. U.
123. Iakttagelser och förslag efter omstruktureringen av försvarets ledning och stöd. Fö.
124. Miljö för en hållbar hälsoutveckling. Betänkande. Förslag till nationellt handlingsprogram. S. Bilaga 1. Miljörelaterade hälsorisker. S. Bilaga 2. Aktörer och verktyg i miljöhälsoarbetet. S.
125. Droger i trafiken. Ju.
126. Doping i folkhälsoperspektiv. Del A och Del B. S.
127. Folkbildningens institutioner. U.
128. Skyddet av kulturmiljön. En översyn av kulturminneslagens bestämmelser om byggnader och kulturmiljöer, prästgårdar, kyrkstäder och ortnamn. Ku.
129. Den kommunala självstyrelsen och grundlagen. In.
130. De två kulturerna. Rapporter av Klaus Richard Böhme, Bo Huldt, Carl-Einar Stålvant samt Kent Zetterberg. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. Fö.
131. Extern värdering av hot och förmåga. Mätnings- och organisationsaspekter på statsmakternas styrning av försvaret. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. Fö.
132. Det stora och snabba greppet. Om LEMO-reformens metoder och resultat. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. Fö.
133. Jämställd vård. Olika vård på lika villkor. S.
134. Jämställd vård. Möten i vården ur ett tvärvetenskapligt perspektiv. S.
135. Fibromyalgi och Duchennes muskeldystrofi. Kunskapsläge och behov av framtida FoU. S.

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

Statsrådsberedningen

Möss och människor. Exempel på bra IT-användning bland barn och ungdomar. [32]

Justitiedepartementet

Kriminalunderrättelseregister
DNA-register. [35]
Elektronisk dokumenthantering. [40]
Presumtionsregeln i expropriationslagen.[45]
Förbud mot vapen på allmän plats m.m. [50]
Utvärderat personval. [66]
Ekobrottsforskning. [84]
Tredimensionell fastighetsindelning. [87]
Kameraövervakning. [88]
Droger i trafiken. [125]

Utrikesdepartementet

Vem bestämmer vad? EU:s interna spelregler inför regeringskonferensen 1996. [4]
Politikområden under lupp. Frågor om EU:s första pelare inför regeringskonferensen 1996. [5]
Ett år med EU. Svenska statstjänstemäns erfarenheter av arbetet i EU. [6]
Av vitalt intresse. EU:s utrikes- och säkerhetspolitik inför regeringskonferensen. [7]
Union för både öst och väst. Politiska, rättsliga och ekonomiska aspekter av EU:s sjätte utvidgning. [15]
Förankring och rättigheter. Om folkomröstningar, utträdesrätt, medborgarskap och mänskliga rättigheter i EU. [16]
Sverige, EU och framtiden. EU 96-kommitténs bedömningar inför regeringskonferensen 1996. [19]
Från Maastricht till Turin. Bakgrund och övriga EU-länders förslag och debatt inför regeringskonferensen 1996. [24]
Demokrati och öppenhet. Om folkvalda parlament och offentlighet i EU. [42]
Jämställdheten i EU. Spelregler och verklighetsbilder. [43]
Europapolitikens kunskapsgrund. En principdiskussion utifrån EU 96-kommitténs erfarenheter. [59]
Miljö och jordbruk. Om EU:s miljöregler och utvidgningens effekter på den gemensamma jordbrukspolitiken. [60]
Olika länder – olika takt. Om flexibel integration och förhållandet mellan stora och små stater i EU. [61]
EU:s regeringskonferens – procedurer, aktörer, formalia. Sammanfattning av ett seminarium i april 1996. [76]
EU och Sverige – från Kiruna till Malmö. Sammanfattning av fyra regionala möten 1995-96. [106]
Union utan gränser – konsekvenser, möjligheter, problem. Sammanfattning av ett seminarium i november 1995. [107]

Försvarsdepartementet

Totalförsvarspliktiga m95. Förslag om jobb/studier efter muck, bostadsbidrag, dagpenning, försäkringar. [18]
Statens maritima verksamhet. [41]
Finansieringen av det civila försvaret. [58]
Utvecklad samordning inom det civila försvaret och fredsräddningstjänsten. Kartläggning, överväganden och förslag. [86]
Strukturförändring och besparing.
En uppföljning av genomförda förändringar inom försvarsmaktens ledningsorganisation. [96]
Effektivare försvarsfastigheter!
Utvärdering av en reform. [97]
Vem styr försvaret? Utvärdering av effekterna av LEMO-reformen. [98]
Avveckling med inlärning. Erfarenheter från LEMO-reformens avveckling av personal. [99]
Iakttagelser och förslag efter omstruktureringen av försvarets ledning och stöd. [123]
De två kulturerna. Rapporter av Klaus Richard Böhme, Bo Huldt, Carl-Einar Stålvant samt Kent Zetterberg. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. [130]
Extern värdering av hot och förmåga. Mätnings- och organisationsaspekter på statsmakternas styrning av försvaret. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. [131]
Det stora och snabba greppet. Om LEMO-reformens metoder och resultat. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. [132]

Socialdepartementet

Sveriges medverkan i FN:s familjeår. [37]
Kooperativa möjligheter i storstadsområden. [54]
Försäkringskassan Sverige – Översyn av socialförsäkringens administration. [64]
Rättspsykiatriskt forskningsregister. [72]
Allmänt pensionssparande. [83]
Egon Jönsson – en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet. [85]

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer – En översyn av de nationella taxorna för läkare och sjukgymnaster. [91]
En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering. Del 1 och 2. [113]
Barnkonventionen och utlänningslagen. [115]
Miljö för en hållbar hälsoutveckling. Betänkande. Förslag till nationellt handlingsprogram. [124]
Bilaga 1. Miljörelaterade hälsorisker. [124]
Bilaga 2. Aktörer och verktyg i miljöhälsoarbetet. [124]
Doping i folkhälsoperspektiv. Del A och Del B. [126]
Jämställd vård. Olika vård på lika villkor. [133]
Jämställd vård. Möten i vården ur ett tvärvetenskapligt perspektiv. [134]
Fibromyalgi och Duchennes muskeldystrofi. Kunskapsläge och behov av framtida FoU. [135]

Kommunikationsdepartementet

Om järnvägens trafikledning m.m. [9]
EU-mopeden. Ålders- och behörighetskrav för två- och trehjuliga motorfordon. [11]
Bättre trafik med väginformatik. [17]
Ny kurs i trafikpolitiken + Bilagor. [26]
Banverkets myndighetsroll m.m. [33]
Enskilda vägar. [46]
En översyn av luft- sjö- och spårtrafikens tillsynsmyndigheter. [82]
Ny yrkestrafiklagstiftning. [93]
Nationell teleadresskatalog. [94]
Botniabanan. [95]
En körkortsreform [114]
Station Stockholm Nord. [118]
Spår, miljö och stadsbild i centrala Stockholm. [121]

Finansdepartementet

Kommuner och landsting med betalningssvårigheter. [12]
Budgetlag – regeringens befogenheter på finansmaktens område. [14]
Borgenärsbrotten – en översyn av 11 kap. brottsbalken. [30]
Översyn av skatteflyktslagen. Reformerat förhandsbesked. [44]
Pensionssamordning för svenskar i EU-tjänst. [57]
Medborgerlig insyn i kommunala entreprenader. [67]
Några folkbokföringsfrågor. [68]
Utländska försäkringsgivare med verksamhet i Sverige. [77]
Översyn av revisionsreglerna. [79]
Skydd för sparande i sparkasseverksamhet. [81]
Ett nytt system för skattebetalningar. Del A. Ett nytt system för skattebetalningar. Del B. Författningsförslag, författningskommentarer och bilagor. [100]
Från åkerlotter till Paradis – ett delbetänkande från Utredningen om universitetsfastigheter m.m. angående överlåtelser och tomträttsupplåtelser av vissa högskolefastigheter. [109]
Artikel 6 i Europakonventionen och skatteutredningen. [116]
Expertrapporter från Skatteväxlingskommittén. [117]
Lättnad i dubbelbeskattningen av mindre företags inkomster. [119]

Utbildningsdepartementet

Den nya gymnasieskolan – hur går det? [1]
Samverkansmönster i svensk forskningsfinansiering. [2]
Samordnad rollfördelning inom teknisk forskning. [20]
Reform och förändring. Organisation och verksamhet vid universitet och högskolor efter 1993 års universitets- och högskolereform. [21]
Inflytande på riktigt – Om elevers rätt till inflytande, delaktighet och ansvar. [22]
En strategi för kunskapslyft och livslångt lärande. [27]
Det forskningspolitiska landskapet i Norden på 1990-talet. [28]
Forskning och Pengar. [29]
Högskola i Malmö. [36]
Cirkelsamhället. Studiecirklars betydelser för individ och lokalsamhälle. [47]
Värden i folkhögskolevärlden. [75]
Sammanhållet studiestöd. [90]
TUFF – Teckenspråksutbildning för föräldrar. [102]
Att främja donationer till universitet och högskolor. [105]
Högskolan i Malmö – Slutbetänkande. [120]
Kunskapssyn och samhällsnytta i hantverkscirklar och hantverksutövande. [122]
Folkbildningens institutioner. [127]

Jordbruksdepartementet

Offentlig djurskyddstillsyn. [13]
EU, konsumenterna och maten – Förväntningar och verklighet. [62]
Administrationen av EU:s jordbrukspolitik i Sverige. [65]

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Aktiv arbetsmarknadspolitik + expertbilaga. [34]
Grundläggande drag i en ny arbetslöshetsförsäkring – alternativ och förslag.[51]
Sverige, framtiden och mångfalden. [55]
På väg mot egenföretagande. [55]
Vägar in i Sverige. [55]
Hälften vore nog – om kvinnor och män på 90-talets arbetsmarknad. [56]
Medicinska undersökningar i arbetslivet. [63]

Kulturdepartementet

Från massmedia till multimedia – att digitalisera svensk television. [25]
Viktigt meddelande.
Radio och TV i Kris och Krig. [80]
Inför ett Svenskt kulturnät – IT och framtiden inom kulturområdet. [110]
Skyddet av kulturmiljön. En översyn av kulturminneslagens bestämmelser om byggnader och kulturmiljöer, prästgårdar, kyrkstäder och ortnamn. [128]

Näringsdepartementet

Kartläggning och analys av den offentliga sektorns upphandling av varor och tjänster med miljöpåverkan. [23]
Shaping Sustainable Homes in an Urbanizing World. Swedish National Report for Habitat II. [48]
Regler för handel med el. [49]
Kompetens och kapital + bilaga. [69]
Samverkan mellan högskolan och näringslivet. [70]
Elberedskapen. Organisation, ansvarsfördelning och finansiering. [78]
Samverkan mellan högskolan och de små och medelstora företagen. [89]

Civildepartementet

Fritid i förändring.
Om kön och fördelning av fritidsresurser. [3]
Forskning för vår vardag. [10]
Attityder och lagstiftning i samverkan + bilagedel. [31]
Konsumentskydd på elmarknaden. [104]
Konsumenterna och miljön. [108]
Bevakad övergång. Åldersgränser för unga upp till 30 år. [111]

Inrikesdepartementet

Lokal demokrati och delaktighet i Sveriges städer och landsbygd. [71]
Den kommunala självstyrelsen och grundlagen. [129]

Miljödepartementet

Batterierna – en laddad fråga. [8]
Nationalstadsparker. [38]
Rapport från klimatdelegationen 1995. Klimatrelaterad forskning. [39]
Precisering av handelsändamålet i detaljplan. [52]
Kalkning av sjöar och vattendrag [53]
Svensk kärnteknisk tillsynsverksamhet. Volym 1 – En granskning. [73]
Swedish Nuclear Regulatory Activities. Volume 1 – An Assessment. [73]
Svensk kärnteknisk tillsynsverksamhet. Volym 2 – Faktaredogörelser. [74]
Swedish Nuclear Regulatory Activities. Volume 2 – Descriptions. [74]
IT i miljöarbetet. [92]
Kärnavfall – teknik och platsval. KASAMs yttrande över SKBs FUD-Program 95. [101]
Miljöbalken. En skärpt och samordnad miljölagstiftning för en hållbar utveckling. Del 1 och 2. [103]
Integrering av miljöhänsyn inom den statliga förvaltningen. [112]

KUNGL BIBLIOTEKET STOCKHOLM