

FÖRSLAG TILL BETÄNKANDE

About the impact of gender differences in the matter of public health
2004/2218 (INI)

Motivering:

Den allmänna uppfattningen har länge varit att det inom hälso- och sjukvården inte funnits skillnader i behandling och vård beroende på kön. Denna uppfattning har delats av både hälso- och sjukvårdens aktörer, beslutsfattare och allmänhet. Under de senaste tjugo åren har dock en förändring skett, som innebär att alltfler har fått ökade kunskaper om att kvinnor och män behandlas olika inom vården. Det finns numera acceptans och förståelse av att genus är en lika viktig bestämmelsefaktor för hälsa som social, ekonomisk och etnisk bakgrund. Efter FN-konferenserna i Kairo 1994 och Beijing 1995 har sambanden mellan genus och hälsa tagits upp på dagordningen. Trots dessa internationella framgångar för att främja kvinnors hälsa har det inte medfört några systematiska reformer/implikationer, varken på nationella nivåer eller på EU-nivå. Kommissionen har gjort några uppföljningar av Beijing-plattformen, men inte uppmärksammat utvecklingen av genderperspektiv inom hälsosektorn. Kvinnors hälsa ses ofta som synonymt med sexuell och reproduktiv hälsa.

De ökade kunskaperna har inte heller i någon nämnvärd grad resulterat i förändrat/förbättrat förhållande för kvinnors speciella behov inom hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdens samlade resurser har inte omfördelats till att komma kvinnors vårdbehov till del i samma utsträckning som till männens. I majoriteten av EU:s medlemsländer saknas fortfarande statistik och data, baserat på kön. Könsuppdelad statistik och data är nödvändiga för att tydliggöra och belägga skillnaderna mellan män och kvinnor i diagnos, behandling och resursfördelning.

Kvinnor lever längre än män men har en sämre upplevd hälsa och söker mer vård. En av förklaringarna kan vara det komplexa sambandet mellan biologiska och sociala faktorer, men det är

nödvändigt med forskning inom området för att finna förklaringar till kvinnors högre mått av ohälsa/upplevd ohälsa och behov av sjukvård

Kvinnors längre medellivslängd kommer att leda till att majoriteten bland den äldre befolkningen är kvinnor, speciellt bland den äldsta delen av befolkningen. Förutom att kvinnor är den största gruppen bland den åldrande befolkningen, så drabbas äldre kvinnor oftare än män, av vissa åldersrelaterade sjukdomar som reumatisk värk och Alzheimer demens. Beroende av ojämställdheten i inkomster och ägande tidigare i livet har äldre kvinnor sämre ekonomiska resurser till sitt förfogande för vård och omsorg. I majoriteten av medlemsländerna har kvinnor mycket lägre deltagande i det betalda arbetet på arbetsmarknaden, varför också kvinnor har sämre pensionsförmåner. Av bl a dessa skäl måste EU:s medlemsstater ha en väl utbyggd och offentligt finansierad sjuk- och äldreomsorg. I annat fall kommer en stor del av äldre kvinnor i medlemsstaterna att helt sakna nödvändig vård och omsorg. Kvinnors rätt och möjlighet till egen försörjning måste också prioriteras av medlemsstaterna.

Fattigdom är en stark påverkansfaktor gällande hälsa, Kvinnor är överrepresenterade i de fattiga grupperna inom hela EU. Cirka 120 miljoner kvinnor i EU lever i fattigdom. Fattigdomen gör det naturligtvis svårt för kvinnor att uppnå fysisk och psykisk hälsa. Att genomföra fattigdomsbekämpning bland kvinnor kommer att ha en positiv effekt på kvinnors hälsa.

I detta betänkande används definitionen av genus = "kön med helhetssyn". Begreppet helhetssyn syftar till en vedertagen och även medicinsk term som inkluderar sociala, psykologiska, kulturella och biologiska aspekter. Genusperspektivet innebär att man inom helhetsperspektivets ram analyserar hur könstillhörigheten påverkar livsvillkoren och hur kön knyts till t ex makt och privilegier.¹

Nyckelbegrepp inom genusforskningen är konstruktion, maktordning, relation och social situation.² Kvinnor är den underordnade gruppen i genusordningen. Begreppet "genusbias" är ytterligare ett problem som

¹ Hamberg: "Medicinsk genusforskning", Vetenskapsrådet, ORD & FORM AB (2004), sid. 26

² ibid. Sid. 12

både män och kvinnor möter inom hälso- och sjukvården. Genusbias är ett resultat av avsaknaden om genusmedvetenhet hos forskare och beslutsfattare. Det betyder att när könsskillnader i en viss åkomma, beteende eller livsvillkor har påvisats finns det en risk att genusbias orsakas i mötet med den enskilda patienten. Exempel: Läkare tänker mindre ofta på att fråga om alkoholvanor hos en kvinna med magbesvär än hos en man med samma symptom. Orsaken är sannolikt att alkoholbesvär är vanligare hos män, ändock bör företeelsen ses som ett genusbias. (Den enskilda patienten måste dock ses som unik och inte som representant för en grupp.)³

Det är idag känt att patienternas kön är avgörande för hur läkare/sjukvårdspersonal förstår symptom, ställer diagnos och behandlar – detta även när kvinnor och mäns symptom är exakt lika och utan att några biomedicinska fakta utgör motiv till diskrepans. Ett genusperspektiv på medicinen innebär även att synliggöra ohälsa som har sin grund i ojämlika maktrelationer mellan könen, som mäns våld mot kvinnor. Den medicinska genusforskningen har haft avgörande betydelse när det gäller att lyfta fram betydelsen och hälsokonsekvenserna av det våld och de övergrepp som kvinnor utsätts för av makar, sambor, närstående män och genom trafficking och prostitution.⁴

Trots att våld mot kvinnor utgör ett så omfattande folkhälsoproblem har det förblivit ett osynligt fenomen i den medicinska utbildningen och praktiken. Exempelvis tillfrågas patienter om sina rökvanor. Men flertalet kvinnliga patienter tillfrågas fortfarande inte om de är utsatta för våld, trots att våld mot kvinnor, enligt s k omfångsundersökning, förekommer oftare än exempelvis rökning.⁵ Studier genom intervjuer/enkäter har gjorts med kvinnor som tillfrågats om våld och dessa studier visar att en stor majoritet av kvinnorna uppskattar att frågan ställs.⁶

³ ibid. Sid. 108-109

⁴ Risberg: "Sexualiserat våld som folkhälsoproblem", Läkartidningen 1994:91 (50): 4770-71

⁵ Lundgren, Heimer, Westerstrand, Kallioski: "Slagen dam – en omfångsundersökning", Fritzes 2001

⁶ Stensson, Kristina: Men's violence against Women – a Challenge in Antenatal Care, Uppsala Universitet 2004, sid 12, Bacchus L, Mezay G, Bewley S: Women's perception and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service, BJOG 2002:109:9-16 och McNutt LA, Carlsson BE, Gagen D; Reproductive violence screening in primary care: Perspectives and experiences of patients and battered women

Våld mot kvinnor orsakar högre dödlighet bland kvinnor i åldrarna 15 till 44 år än cancer, malaria, trafikolyckor eller krig.

Världshälsoorganisationen uppskattar att minst en av fem kvinnor i världen under sin levnad har utsatts för fysiska eller psykiska övergrepp.⁷

Detta betänkande fokuserar på två olika områden när det gäller kvinnors hälsa och genusskillnader i sjuk- och hälsovården. Det ena fokusområdet (Område A) behandlar skillnader i vården mellan män och kvinnor som drabbats av samma eller likartade sjukdomar. Det andra fokusområdet (Område B) är kvinnors hälsa ur perspektivet s k kvinnliga sjukdomar, alltså sjukdomar som nästan enbart drabbar kvinnor. Som exempel kan nämnas vissa muskelsjukdomar, typ fibromyalgi, bröstcancer, osteoporosis, hälsorisker när kvinnor tvingas till illegala aborter. Kvinnors rätt att bestämma över sin egen sexualitet och sin egen kropp är en viktig faktor för kvinnors hälsa.

Område A

En verksamhetsanalys på Danderyds sjukhus i Stockholm, Sverige, visade stora skillnader mellan män och kvinnor gällande ordination, behandling och kostnader. Exempelvis fick män dubbelt så många ljusbehandlingar av kroppen än kvinnor vid diagnosen eksem och psoriasis trots att dessa sjukdomar är lika vanligt förekommande hos båda könen. Den kostnadsmässiga slutsatsen av undersökningen är att om kvinnor skulle behandlas med samma behandlingsintensitet som män skulle de resurser som läggs på kvinnors behandling öka med 61 %. Om man å andra sidan tar kvinnors behandlingsintensitet som norm och i relation till denna, underbehandlar män i samma omfattning som man underbehandlar kvinnor idag, skulle man spara 33 % av behandlingkostnaderna.⁸

Kvinnors kranskärllsjukdomar yttrar sig delvis annorlunda och när de uppsöker sjukhus får de inte ett lika snabbt omhändertagande som männen. Kvinnor vid akuta hjärtbesvär tvingas vänta längre på ambulanstransport, när de väl kommit in på sjukhus får de inte samma

⁷ World Health Organisation: Violence against Women. Fact Sheets WHO/FRHWHD/97.8, 1997

⁸ Osika, Ingrid: "Ett konkret exempel på ojämsställd vård", Linköpings Universitet

mottagande. Det tar längre tid innan deras hjärtan röntgas och de får inte lika ofta snabb behandling i form av ballongutvidgning eller by-pass-operation. Kvinnor får oftare biverkningar av hjärtmedicinerna och en förklaring kan vara att de får fel dosering. Men det saknas forskning som klarlägger orsaken.⁹

En granskning av ögonsjukvården visar att kvinnor har sämre tillgång till operationer för gråstarr (karakteroperationer). Statistik visar också att män får snabbare tillgång till nya läkemedel och modern behandling.¹⁰

Medicin påverkar män och kvinnor olika. Trots att kvinnor konsumerar mer medicin än män är män fortfarande oftast normen vid medicinsk forskning och utveckling av nya läkemedel.

Område B

Osteoporos är en urgammal sjukdom som ända in i vår tid betraktats som en oundviklig följd av åldrandet, främst kvinnors åldrande. Först under senare tid och som en följd av en kraftigt ökad frakturefrekvens och belastning på sjukvården har sjukdomen uppmärksammats av den medicinska forskningen och av beslutsfattare över hela världen. Så sent som i början av 1990-talet ingick osteoporos endast undantagsvis i grundutbildningen av läkare. Aktuell forskning visar att också ungdomar och män drabbas mer än vad som tidigare antagits och att osteoporos är en vanlig sekundär följd av en rad andra sjukdomar och/eller läkemedelsbehandlingar. Orsakerna är komplexa och mångfacetterade och fortfarande otillräckligt utforskade, men det är väl belagt att utvecklingen påverkas av bland annat ärftliga faktorer, förändrad livsstil och det ökande antalet äldre i befolkningen.

I dag betraktas osteoporos som ett globalt folkhälsoproblem med vad som ibland benämns epidemisk utbredning som under de senaste åren med oro har lyfts fram av internationella organ såsom WHO och EU. Den medicinska och tekniska utvecklingen visar att det finns goda möjligheter att på ett tidigt stadium förebygga, diagnostisera och behandla osteoporos och därmed förhindra frakturer. Alltför få inom de berörda samhällssektorerna har emellertid tillräcklig kännedom om

⁹ Asplund, Wigzell: "Jämställd våd?", Socialstyrelsen (2004), sid. 55-57

¹⁰ ibid. Sid 74-74

osteoporos för att ta tillvara dessa och andra möjligheter. Tillgången till bentäthetsmätare är också helt otillräcklig. Den bästa tillgången inom EU:s medlemsstater finns i Österrike, Belgien, Grekland och Portugal.

Bröstcancer är en av de vanligaste typerna av cancer bland kvinnorna i EU och i andra industrialiserade länder som USA och Canada.

Bröstcancerfallen ökar fortfarande i EU:s medlemsstater men det kan vara beroende på att tidig upptäckt genom mammografi-röntgen blivit vanligare. Hittills har mycket lite forskning genomförts om orsaker och riskfaktorer för bröstcancer. Existerande forskning visar att riskerna ökar med stigande ålder, att ärftlighet har betydelse, men många kvinnor utvecklar cancer utan någon av dessa faktorer.

Kroniskt trötthetssyndrom och fibromyalgi drabbar kvinnor oftare än män. Om dessa sjukdomars orsaker och symtom finns en stor osäkerhet som innebär att patienterna ofta får ta ett eget ansvar för att finna hjälp. Dessutom finns en risk att de blir avvisade av vårdgivare om de upplevs problematiska eller krävande. Kvinnornas sjukdomsupplevelse ifrågasätts, besvären psykologieras felaktigt och negativa typifieringar av diagnoserna görs, enligt intervjuundersökningar av kvinnor med dessa sjukdomar. För att vård på lika villkor ska kunna uppfyllas i förhållande till patienter med kroniskt trötthetssyndrom och fibromyalgi behöver omhändertagandet i vården förändras.¹¹

Bland speciellt unga kvinnor har ätstörningar, t ex bulimia nervosa och anorexia, ökat. Detta förklaras ofta med modeindustrins och medias bantnings- och utseendefixering. Ytterst få vetenskapliga undersökningar har gjort inom ätstörningsproblematiken. Några av dessa visar att det också kan finnas kopplingar till övergrepp och våld i familjerna.¹² Eftersom stor okunskap råder är det därför nödvändig med forskning för att förklara och därmed kunna förebygga och genom adekvata åtgärder hjälpa redan drabbade unga kvinnor.

¹¹ Tidskriften Smärta, nr 2/2004, Åsbring, Pia

¹² WHO World Report on Violence and Health 2002, Heise Lori et al Population Report: Ending Violence against women, John Hopkins school of Public Health 1999

Både män och kvinnor är i olika faser i livet beroende av omsorg och omhändertagande – både som barn, vuxna, i åldrandet och i livets slutskede. Därför måste också båda könen – inte endast motta omsorg – utan också kunna ge omsorg och omhändertagande. Det är hög tid att män involveras i det obetalda arbetet. Detta är av stor betydelse för både mäns och kvinnors hälsa. Låt oss hoppas att vi i en nära framtid delar både det obetalda och betalda arbetet på ett jämställt sätt och att det obetalda arbetet därmed inte längre ses som ett kvinnligt ansvar utan ett mänskligt ansvar.

