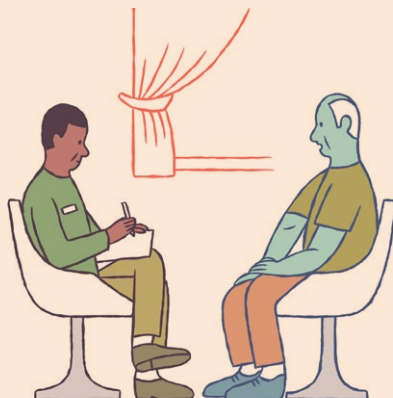




(O)jämslällldhet i hälsa och vård

EN SAMMANFATTNING



Sveriges
Kommuner
och Landsting

(O)jämsställdhet i hälsa och vård

EN SAMMANFATTNING



Upplysningar om innehållet:
Magnus Jacobson, magnus.jacobson@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2019
ISBN: 978-91-7585-792-3
Text: Goldina Smirthwaite
Illustration: Stina Löfgren
Produktion: Advant
Tryck: LTAB, 2019

Förord

Målet för den svenska hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Men i praktiken når inte alltid hälso- och sjukvården upp till målen. Hur människors hälsa ser ut och vilken vård de får påverkas av exempelvis kön, könsidentitet, utbildningslängd, sexuell läggning och etnicitet.

SKL:s kunskapsöversikt (O)jämsställdhet i hälsa och vård ger exempel på könsskillnader i vårdtillgång och vårdkvalitet inom ramen för den typ av vård som ges till både kvinnor och män och där jämförelser kan göras. Den belyser hälsoskillnader mellan olika grupper av kvinnor och män och berör hur stereotypa föreställningar om kön kan påverka bemötande och medicinska bedömningar vid diagnostik och behandling.

Syftet med kunskapsöversikten är att ge kunskap till stöd för en jämställd hälso- och sjukvård. Den riktar sig främst till professioner verksamma inom området, samt till studerande på vårdutbildningar.¹

Med denna sammanfattning vill SKL göra kunskapen tillgänglig i ett mer koncentrerat format, särskilt för förtroendevalda och chefer inom hälso- och sjukvården.

Stockholm i september 2019

Fredrik Lennartsson

Avdelningsdirektör

Avdelningen för vård och omsorg

Sveriges Kommuner och Landsting

Not. 1. Kunskapsöversikten finns att läsa i sin helhet på <https://rapporter.skl.se>.

Innehåll

- 7 **Kapitel 1. Den ojämsställda hälsan**
- 8 Hälsa och arbetsliv
- 9 Psykisk ohälsa

- 11 **Kapitel 2. Våld – ett "könat" folkhälsoproblem**
- 11 Kvinnors utsatthet för våld
- 12 Våld i samkönade relationer
- 12 Mäns utsatthet för våld
- 13 Våld i hederns namn

- 15 **Kapitel 3. Könsskillnader i vårdtillgång**
- 15 Könsskillnader i behandling vid hjärtsjukdom
- 16 Underbehandling vid stroke, diabetes och benskörhet
- 17 Män får dyrare läkemedel
- 18 Dyrare rullstolar till män
- 18 Vems syn prioriteras?
- 19 Kvinnor har mer ont före ryggoperation
- 19 Ojämsställd dialysbehandling
- 20 Insatser vid Alzheimers sjukdom varierar
- 20 Information och diagnostik
- 20 Vaccination av pojkar mot HPV
- 21 Vem deltar i patientutbildningar?

- 23 **Kapitel 4. Kön och vårdkvalitet**
- 24 Patientskador i psykiatri
- 25 Kränkningar och diskriminering

- 27 **Kapitel 5. Hur uppstår ojämsställdhet i vården?**
- 28 Att överdriva eller skapa könsskillnader
- 28 Att bortse från könsskillnader
- 29 Att göra individen könstypisk
- 29 Genusbias – eller inte?
- 30 Metoder för att undvika genusbias i vården

- 33 **Kapitel 6. Förändring är möjlig**

- 34 **Referenser**



Den ojämställda hälsan

Sedan länge har det varit en skillnad i genomsnittlig livslängd mellan kvinnor och män, men skillnaden har succesivt minskat. Idag lever kvinnor i Sverige i genomsnitt drygt tre år längre än män. Enligt Statistiska centralbyrån var medellivslängden år 2018 80,8 år för män och 84,3 år för kvinnor [1]. Enligt Folkhälsomyndigheten ökade medellivslängden under perioden 2006–2017 för både kvinnor och män i olika utbildningsgrupper, med undantag för kvinnor med förgymnasial utbildningsnivå [3 s. 14].

I ett globalt perspektiv är folkhälsan i Sverige god, men utvecklingen skiljer sig åt mellan olika grupper definierade utifrån till exempel kön, ålder och socioekonomi. För både kvinnor och män har de socioekonomiska livsvillkoren stor betydelse: ju kortare utbildning och lägre inkomst, desto sämre hälsa, och omvänt. Detta har med resurser, möjligheter och villkor att göra – ju högre social position, desto större handlingsutrymme att påverka sitt eget liv och sin hälsa [3].

Det finns också hälsoskillnader mellan personer som riskerar att utsättas för diskriminering och den övriga befolkningen. Hälsan är generellt sett sämre bland exempelvis hbtq-personer, personer med vissa funktionsnedsättningar, nyanlända, nationella minoriteter och personer som står utanför arbetsmarknaden, och ofta har kvinnor sämre hälsa än män i samma grupp. Enligt Folkhälsomyndigheten skapas ojämlikhet i hälsa av att olika grupper i samhället, som kvinnor och män eller socioekonomiska grupper, systematiskt har olika livsvillkor och levnadsvanor [4].

Levnadsvanor hänger bland annat ihop med hur kön konstrueras, dvs. med vad som ses som kvinnligt respektive manligt. Kvinnor har generellt sett hälsosammare levnadsvanor än män. De är oftare normalviktiga, har hälsosammare matvanor, rör på sig mer och använder mindre alkohol och droger än vad män gör.

Men trots att kvinnor generellt sett lever längre och har mer hälsosamma levnadsvanor rapporterar kvinnor sämre hälsa än vad män gör. 69 procent av kvinnorna jämfört med 74 procent av männen uppger att de har ett bra eller mycket bra hälsotillstånd [2]. Betydligt fler kvinnor uppger att de har besvär av långvarig sjukdom. Den självskattade hälsan är ett av flera mått på hälsa i befolkningen. Där mäts den enskildes upplevelse av sin hälsa. Mot bakgrund av att vi på många olika sätt påverkas av de normer som knyts till könstillhörigheten, kan det självklart även finnas skillnader i hur kvinnor och män skattar sin hälsa, dvs. vad kvinnor och män uppfattar som en god hälsa.

Hälsa och arbetsliv

När det gäller hälsa och arbetsliv brukar sjukfrånvaron mätas i sjukpenningtal, dvs. det genomsnittliga antal dagar en viss befolkningsgrupp varit sjukskriven med ersättning från Försäkringskassan. Kvinnors sjukpenningtal är nästan dubbelt så högt som mäns: 12,8 dagar för kvinnor jämfört med 6,7 dagar för män [5]. Det finns inga entydiga förklaringar till varför kvinnors sjukfrånvaro är så mycket högre än mäns. En förklaring som lyfts fram är att kvinnor tar ett avsevärt större ansvar för det obetalda arbetet i sitt eget eller i någon nära anhörigs hushåll. Enligt Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU) är det troligt att det dubbelarbete som kombinationen av förvärvsarbete, hushållsansvar och föräldraskap innebär för kvinnor, bidrar till könskillnaderna i sjukfrånvaro [6].

Även villkoren i arbetslivet spelar in. De vanligaste skälen till sjukskrivningar är psykiska orsaker och värk i rörelseorganen. Sjukskrivning för psykiska orsaker har ökat för både kvinnor och män och mest i så kallade kontaktyrken – yrken där man har kontakt med brukare, elever, patienter eller kunder. ”I samma yrkeskategorier påbörjas också flest sjukfall för kvinnor och män, men bland kvinnorna är de betydligt fler”, sammanfattar Folkhälsomyndigheten [8 s. 26].

Arbetsmiljöverkets årliga undersökning visar att det är dubbelt så vanligt bland kvinnor att ha varit utsatt för våld eller hot om våld i arbetet någon gång de senaste 12 månaderna: två av tio kvinnor jämfört med en av tio män uppger detta. Kvinnor utsätts också i mycket högre utsträckning än män för sexuella trakasserier från chefer eller arbetskamrater. Bland vårdpersonal är det dessutom vanligare att kvinnor uppger att de i stort sett varje dag har en känsla av att arbetet inte kan göras bra nog [9].

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett vitt begrepp som spänner från ångslan och oro till psykiatriska sjukdomar. Även om psykisk ohälsa är vanligt bland både kvinnor och män finns det könsskillnader, och det redan från tidig ålder.

Folkhälsomyndighetens rapport från 2019 redovisar psykisk hälsa bland 11-, 13- och 15-åringar, och där rapporterar flickorna mer hälsoproblem – både fysiska och psykiska – i alla åldersgrupper. Flickorna har även lägre nivåer av allmänt välbefinnande än pojkar. Över hälften av de 15-åriga flickorna och närmare en tredjedel av pojkarna i samma ålder rapporterar psykosomatiska besvär [7]. Detta tycks ligga i linje med statistiken från BUP, som bland de äldre barnen har en betydligt större andel flickor än pojkar som patienter. Mot bakgrund av de normer för manlighet som finns i samhället kan det ifrågasättas om pojkar och män söker hjälp i den utsträckning som de skulle behöva. Egenskaper som är associerade med manlighet, såsom styrka, oberoende och självbehärskning kan skapa hinder för att uttrycka sårbarhet och söka hjälp. Skillnaderna kan också bero på att unga män känner skam inför att öppet visa svaghet och be om hjälp. [68]

Folkhälsomyndigheten redovisar fördelningen av psykiska besvär och psykiatriska diagnoser inom specialiserad psykiatrisk öppenvård och slutenvård bland unga vuxna och skriver att ”förekomsten av psykisk ohälsa är signifikant större bland unga kvinnor (alla fyra mått på psykiska besvär) (...) och att de har en lägre förekomst av välbefinnande jämfört med unga män” [15].

Suicidförsök är tre gånger vanligare bland unga kvinnor än bland unga män [10] och självrapporterat nedsatt psykiskt välbefinnande är betydligt vanligare bland unga kvinnor än bland unga män [11]. Nära en av tre unga kvinnor och en av sju unga män uppger att de har nedsatt psykiskt välbefinnande [7].

Mönstret med större förekomst av psykisk ohälsa hos kvinnor än män går igen även bland vuxna och den äldre delen av befolkningen. Men även om kvinnor i större utsträckning än män vårdas för försök till suicid är fullbordade suicid mer än dubbelt så vanligt hos män: år 2017 dog knappt 350 kvinnor respektive drygt 840 män på grund av suicid. En utmaning för vården är att uppmärksamma mäns psykiska ohälsa, och en utmaning för hela samhället är de maskulinitetsnormer som skapar hinder för män när det gäller att söka hjälp.



Våld – ett "könat" folkhälsoproblem

Mäns våld är ett allvarligt samhällsproblem och börjar alltmer uppmärksammas som ett folkhälsoproblem.

Varje dag utsätts både kvinnor och män i Sverige för våld. Men oavsett vilket kön den våldsutsatta har är förövaren vanligen en man. Fler än 30 000 fall av misshandel mot män över 18 år anmäldes under 2017 i Sverige. Samma år anmäldes 28 000 fall av misshandel mot kvinnor och 1 800 fall av grov kvinnofridskränkning

Utsatthet för Sexuella trakasserier/våld

- › Sexuella trakasserier: 42 % kvinnor, 9 % män.
- › Annan form av sexuellt övergrepp: 39 % kvinnor, 9 % män.
- › Försök till samlag genom fysiskt våld eller hot om fysiskt våld: 11 % kvinnor, 1 % män.
- › Påtvingat samlag genom fysiskt våld eller hot om fysiskt våld: 7 % kvinnor, 1 % män.
- › 2018 anmäldes enligt Brottsförebyggande rådet 7 440 fall av våldtäkt mot flickor och kvinnor, och 521 fall av våldtäkt mot män eller pojkar.

Källa: Folkhälsomyndigheten. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige 2017.

Kvinnors utsatthet för våld

Det våld som kvinnor främst utsätts för är av en annan art än det våld som drabbar män. Män utsätts oftare för våld på allmän plats där gärningsmannen är okänd eller ytligt bekant. Kvinnor utsätts oftare för våld av en närstående man, vanligen nuvarande eller tidigare pojkvän, sambo eller make. Att upprepade gånger bli slagen, kränkt och hotad av någon man älskar eller har älskat och litat på, får konsekvenser för hälsan långt utöver vad misshandeln rent

fysiskt orsakar. Kvinnor som misshandlats berättar till exempel att de fått svåra skuld- och skamkänslor, förlorat sin självkänsla, blivit deprimerade, fått ångest och sömnstörningar [12–14]. Exempel på fysiska hälsoproblem bland våldsutsatta är psykosomatiska symptom som huvudvärk, smärta i axlar eller nacke, yrsel, öronsus eller återkommande tarmbesvär och hjärtinfarkt. Våldet orsakar alltså inte bara akuta kroppsskador, utan kan dessutom ha andra långtgående konsekvenser för både den psykiska och fysiska hälsan. Utöver de personliga konsekvenser detta får för den enskilde medför det även stora merkostnader för samhället. Här ingår kostnader för sjukvård, skyddat boende och andra hjälpinsatser samt för produktionsbortfall på grund av sjukdom och dödlighet [15, 16]. Barn och ungdomar som bevittnat/upplevt våld under sin uppväxt utgör även en riskgrupp för att själva utsättas för direkt våld både före och efter 18 års ålder [17 s. 5]. Forskningen visar entydigt att utsatthet för våld under barndomen ger stora hälsokonsekvenser även i vuxen ålder.

Hälso- och sjukvården är troligen den plats i samhället som har störst möjlighet att upptäcka kvinnors utsatthet för våld, men många våldsutsatta kvinnor berättar inte om sin utsatthet när de söker vård. Kvinnor kan återkommande söka vård för kroniska, diffusa åkommor utan att personalen vågar eller ens tänker på att ställa frågor om våld. Andra tecken på att det förekommer våld kan vara gynekologiska besvär, diffus trötthet, smärtor och illamående [17]. Hur dessa kvinnor bemöts när de söker vård beror på vårdpersonalens attityder, värderingar och kunskap.

Våld i samkönade relationer

Forskning visar stora likheter mellan situationen för kvinnor som i sin parrelation utsätts för våld från män, och för personer som utsätts för våld i samkönade relationer [18]. En särskild risk som våldsdrabbade i samkönade relationer löper är att sjukvården inte förstår att "den snälla vännen/väninnan" som följer med till vårdmottagningen i själva verket kan vara personens partner och förövare.

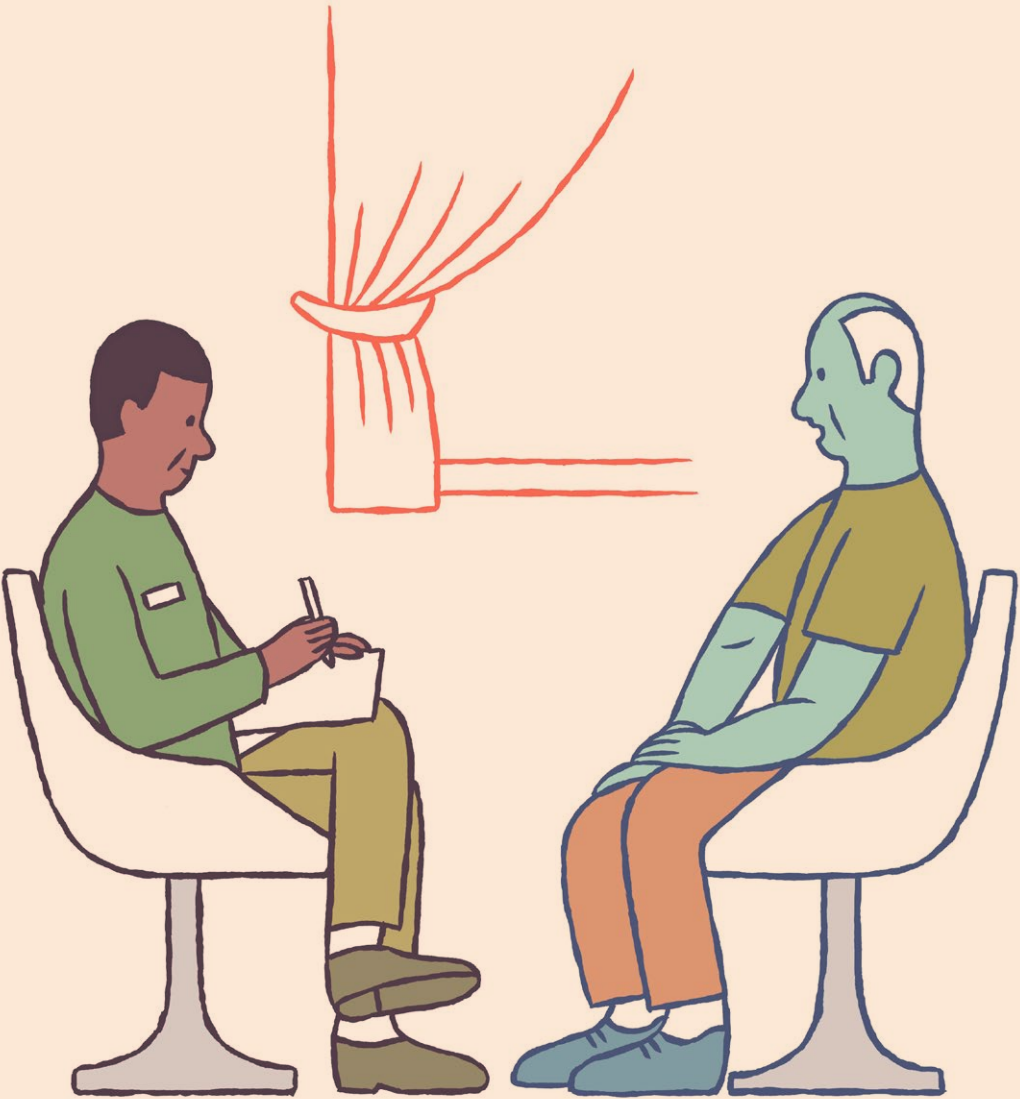
Mäns utsatthet för våld

Mäns våld mot kvinnor börjar alltmer uppmärksammas som ett folkhälsoproblem. Ur ett folkhälsoperspektiv är det viktigt att uppmärksamma att mäns våld i mycket stor omfattning även drabbar män, med skador och olika former av allvarliga hälsokonsekvenser som följd. Män utsätts betydligt oftare än kvinnor för våld som utövas av en okänd gärningsman på allmän plats. Våldet leder ofta till svåra fysiska skador och inläggning på sjukhus [11].

Även om majoriteten av män inte begår våldsbrott är majoriteten av våldsbrotten utförda av män. Åtskilliga forskare har pekat på hur uppfattningar om maskulinitet hänger samman med våld [20–23]. Ändå förekommer det att kvinnor använder våld mot män, och allt mer forskning ägnas åt att undersöka mäns utsatthet för våld från kvinnor. Detta våld handlar oftare om psykiskt och kontrollerande beteende än fysiskt våld. Kunskapen om situationen för män som utsätts för våld i nära relationer behöver fördjupas.

Våld i hederns namn

Våld, förtryck och kontroll i hederns namn har, liksom mäns våld mot kvinnor generellt, sin grund i kulturella föreställningar om kön, makt och sexualitet. Vid våld och förtryck i hederns namn står föreställningar om oskuld och kyskhets i fokus. Familjens rykte och anseende ses som avhängigt av flickors och kvinnors faktiska eller påstådda beteende. Även pojkar och unga män kan drabbas, oavsett sexuell läggning. Homosexuella, bisexuella och personer med könsöverskridande identitet eller uttryck är utsatta grupper. I sin extrema form kan familjens upplevda behov av kontroll över medlemmarna leda till våld, inklusive dödligt våld. Våld och förtryck i hederns namn kan, liksom alla former av våld och förtryck, påverka hälsan både fysiskt och psykiskt och är därför en angelägenhet för vården och folkhälsoarbetet.



Könsskillnader i vårdtillgång

Studier visar att det finns skillnader mellan kvinnor och män vad gäller tillgång till vård. Det kan handla om att väntetiderna är olika för kvinnor och män, att vården sätts in i olika skeden av sjukdomsförloppet och att omfattningen av insatserna skiljer sig åt. Detta sker trots att det inte finns några uppenbara medicinska skäl till särbehandling på grund av kön.

Könsskillnader i behandling vid hjärtsjukdom

Kvinnor behandlas i lägre grad än män enligt de nationella riktlinjerna för hjärt-kärlsjukvård, och får i lägre grad än män läkemedelsbehandling med bevisad nytta [24–27]. Forskningen har bland annat pekat på följande: "... underbehandling för kvinnor inom hjärtkärlområdet kvarstår fortfarande (...) med vissa läkemedel, speciellt Warfarin vid förmaksflimmer, ACE-hämmare vid hjärtsvikt och högt blodtryck, blodfettsänkare och acetylsalicylsyra efter hjärtinfarkt" [29 s. 10].

Kvinnor får heller inte lika ofta som män implanterbar hjärtstimulerare tillsammans med hjärtsviktpacemaker, detta trots att behovet är lika stort. Socialstyrelsen lyfter fram att det finns "stora könsskillnader till kvinnors nackdel", och skriver: "Resultatet visar på oskäligen skillnader i vilken utsträckning män och kvinnor får behandling. Betydande variationer förekommer avseende behandling med pacemaker vid hjärtsvikt och implanterbar defibrillator vid hjärtrytmrubbningar. Behandlingarna är tre gånger vanligare hos män än hos kvinnor, och i enskilda landsting är könsskillnaderna ännu större" [27 s. 8].

Vid behandling av hjärtinfarkt är tiden viktig. Ju tidigare infarkten behandlas, desto mindre skador hinner det bli på hjärtmuskeln. Därför finns det tidsmål uppsatta, men det är en lägre andel kvinnor än män som behandlas enligt tidsmålet [25].

En studie visar att kvinnor i Sverige med en form av rubbningar i hjärtrytmen får vänta i 15 år på rätt diagnos och behandling.² Män får också vänta, men sex år kortare än kvinnorna. Detta trots att kvinnorna hade mer symtom i form av exempelvis trötthet, andningssvårigheter, hjärtrusning och extra hjärtslag. Studien visar också att kvinnorna i större utsträckning fick fel diagnos för hjärtbesvären: de blev oftare inte trodda eller tagna på allvar, och deras besvär tolkades som psykiska problem, till exempel som panikångest eller depression [29].

Underbehandling vid stroke, diabetes och benskröhet

Kvinnor ges blodfettssänkande behandling i lägre grad än män. Störst är könsskillnaden för patienter över 80 år, där 64,2 procent av männen och 53 procent av kvinnorna behandlas.

Vid behandling med blodförtunnande medel är det däremot kvinnor som i något högre utsträckning (1,3–2,2 procent) än män får läkemedel.

Även vid diabetes typ 2 förekommer könsskillnader till kvinnors nackdel i behandling med blodfettssänkande medel. Kvinnor med diabetes typ 2 uppnår i mindre utsträckning än män målvärdet för LDL-kolesterol, det ”onda kolesterolet” [30].

Ett exempel på underbehandling som kan gälla både kvinnor och män handlar om läkemedel mot benskröhet – en sjukdom som ökar kraftigt med stigande ålder. Den är vanligare bland kvinnor men förekommer även hos män. Det tycks finnas underbehandling inom området, och främst har frågan lyfts gällande kvinnors situation. Det finns också forskare som påpekar risken för att män med benskröhet inte diagnostiseras och får rätt behandling, eftersom forskningen inom detta område varit vanligast på kvinnor [31]. I *Vården i siffror* finns indikatorn ”Läkemedel mot benskröhet efter fraktur”. Den visar att 17,6 procent av kvinnorna och 5,5 procent av männen över 50 år behandlades med läkemedel mot benskröhet ett år efter fraktur. Det innebär att det finns stora glapp, för både kvinnors och mäns del, till det mål om 30 procent som Socialstyrelsen satt upp.

Not. 2. Paroxysmal supraventrikulär förmakstakykardi.

Män får dyrare läkemedel

E-hälsomyndighetens rapport över läkemedelsförsäljningen 2017 tyder på att män ordinerar dyrare läkemedel än kvinnor [32]. Detta tycks ligga i linje med vad Folkhälsomyndigheten visade i en rapport 2009: män fick en mindre mängd läkemedel, men till en högre kostnad jämfört med kvinnor. I beräkningen ingick inte könsspecifika preparat som kvinnors östrogen- och p-pilleranvändning eller de dyra läkemedlen mot blödarsjuka som främst används av män [10]. Även tidigare studier visar på liknande mönster. Exempelvis publicerade Socialstyrelsen 2004 en granskning av de läkemedelsgrupper som ökat mest i användning och som samtidigt toppade listan över de mest förskrivna läkemedelsgrupperna. I fem av de sex läkemedelsgrupperna fanns en tendens att dyrare läkemedel förskrevs till män och billigare till kvinnor [33].

Att män oftare får nyare och dyrare mediciner innebär inte automatiskt att männens behandling håller högre kvalitet än kvinnornas. Nyast är inte alltid bäst, men den skillnad i prislapp som i praktiken sätts på den behandling kvinnor respektive män får väcker frågor om värderingar och föreställningar om kön. Socialstyrelsen skriver att könsskillnaderna i förskrivning av de dyrare läkemedlen ”ger upphov till frågor om orsakerna, de ekonomiska konsekvenserna, samt betydelsen av kön för det kliniska beslutsfattandet” [34 s. 8].

Även socioekonomisk status har visat sig ha betydelse för hur pass dyra läkemedel patienter får. I Region Skåne fann forskare att personer med hög inkomst i större utsträckning än de med lägre inkomst fick ett dyrt läkemedel, utan att först pröva ett billigare. Så här resonerar forskarna om medicinskt omotiverade skillnader i läkemedelsförskrivning: ”Även patientens egenskaper, till exempel patientens kön, ålder och inkomst kan vara orsak till icke-medicinskt motiverade val av läkemedel [...] Dessutom, även om flera läkemedel har en likartad effekt, att välja gamla och billiga eller nya och dyra läkemedel kan vara ett led i den socioekonomiska gruppens identitet som läkaren medvetet eller omedvetet försöker bibehålla” [34].

Dyrare rullstolar till män

Mäns rullstolar, både eldrivna och manuella, är cirka 10 procent dyrare än kvinnors. Könsskillnaden är störst i åldersgruppen 40–49 år, där männens elrullstolar var drygt 25 procent dyrare än de som kvinnorna fick. Det konstaterades i en jämställdhetsanalys av förskrivningen av elrullstolar i Västra götaland-regionen, som publicerades 2017 av Kunskapscentrum för jämlik vård [69]. Mönstret känns igen från tidigare analyser av förskrivning av hjälpmedel vid förflyttningar som gjorts i Örebro läns landsting och landstinget i Värmland [70, 71]. Båda dessa rapporter har visat att det finns ett samband mellan kön, typ av hjälpmedel som förskrivs och kostnaderna för hjälpmedlen: generellt har kvinnor fått billigare hjälpmedel medan män har fått dyrare eldrivna rullstolar i högre utsträckning. Kvinnors kostnader för hjälpmedel låg lägre än kostnaden för mäns hjälpmedel och minst pengar lades på äldre kvinnor.

Vems syn prioriteras?

Kvinnor har längre väntetider till operation av grå starr (kataraktoperation) och ser sämre än män när de väl opereras [35, 36]. En doktorsavhandling om grå starroperationer i Sverige visar att bland annat följande grupper hade längre väntetid än andra: kvinnor, personer födda utanför Norden och personer med lägre inkomst och personer som saknar utbildning på universitetsnivå [37]. I alla grupper hade kvinnor längre väntetider än män i samma grupp. Skillnaderna i väntetid till kvinnors nackdel beror inte på skillnader i synskärpa, eftersom kvinnor även har längre väntetid än män inom alla olika grupper av synskärpa.

Intervjustudier med ögonläkare pekar mot att bland annat följande orsaker kan spela roll för mäns kortare väntetid:

Det uppfattas som mer riskabelt att låta män vänta, då det finns erfarenheter och uppfattningar om att män skulle köra bil och jaga älg trots sin dåliga syn. Kvinnor uppfattas inte i samma utsträckning fortsätta köra bil när synen försämras.

Manliga patienter kan också upplevas som mer påstridiga när det gäller att snabbt få operation, och vårdpersonal upplever det som mer tidseffektivt att ge snabb tid till operation än att upprepade gånger motivera varför operationen inte sker snabbare [36, 37].

Kvinnor har mer ont före ryggoperation

Vid en rad olika typer av ländryggsbesvär har kvinnor mer smärta än män innan de blir opererade. Svensk ryggkirurgisk förening skriver angående tre olika diagnoser "Kvinnorna hade preoperativt sämre livskvalitet, högre smärtintensitet och sämre fysisk funktion" [39 s. 39]. Resultatet stämmer väl med tidigare studier som visar att kvinnor med knäledsartros, höftledsartros och spinal stenosis har mer symtom och större funktionsinskränkning än män när de väl opereras. "De kan böja sämre i knäleden, går mer med hjälpmedel och anger subjektivt mer problem" [39]. Senare studier visar också liknande resultat för både diskbråcksoperationer [40] och operationer för så kallad segmentell smärta i ryggen.

Ojämsställd dialysbehandling

När det gäller behandling av njursvikt får män oftare än kvinnor tillgång till nyare dialysteknik. Könsskillnaden är sådan att i de landsting/regioner som har sämre tillgång till den nyare tekniken får kvinnor i än mindre utsträckning än män denna behandling [41]. För dialysbehandling krävs det tillgång (access) till blodbanan, och den tillgången kan skapas på olika sätt, där kvinnor i lägre utsträckning än män får tillgång till de sätt som anses som bäst och ger minst risk för infektioner [42]. Enligt uppgifter från Svenskt njurregister var det 73 procent av män med njursvikt som fick tillgång till de bästa formerna för kärlaccess år 2017, jämfört med 61 procent av de kvinnliga patienterna [25]. Vården i siffror presenterar en tänkbar förklaring: "Till viss del kan detta förklaras av sämre anatomiska förutsättningar i blodkärlen (...) men det kan också finnas påverkbara orsaker, till exempel att kvinnor kanske remitteras senare till specialistvård, och därför i mindre omfattning har en optimal kärl-access vid dialysstart." [43]

Ur ett jämställdhetsperspektiv kan frågan ställas om det är så att kvinnor med njursjukdom remitteras senare än män till specialistvård, och vad det i så fall beror på.

Enligt en ny avhandling är sannolikheten för att få dialys i hemmet tre gånger högre för män som lever med en partner än för singelmän. Ett liknande samband finns inte för kvinnor [44].

Insatser vid Alzheimers sjukdom varierar

Nationella Alzheimersstudien Swedish Alzheimer Treatment Study visar att kvinnor med Alzheimers sjukdom fick tre timmar mindre hemtjänst i veckan än män i samma situation [45]. Det fanns ingen signifikant könsskillnad i fråga om ensamboende bland patienterna, så skillnaden kan inte förklaras med att kvinnor oftare hade en sambo som de fick hjälp av. Analyser av situationen för alzheimerpatienter som har en sambo visar att det då i stället är kvinnor som får mest hemtjänst. Det tyder på att män är mindre benägna – eller i lägre utsträckning förväntas – att ta på sig en vårdande roll i förhållande till en partner med alzheimer [46].

Information och diagnostik

En studie visar hur kvinnor och män med cancer fick ojämförbar tillgång till information om fertilitet: en majoritet (80 procent) av männen uppgav att de fått sådan information, jämfört med knappt hälften (48 procent) av kvinnorna. Dessutom hade 68 procent av männen fått information om olika möjligheter till fertilitetsbevarande åtgärder. Motsvarande siffra för kvinnor var endast 14 procent.

Ett annat område är diagnostik vid astma och lungsjukdomen KOL, där kvinnor i lägre grad än män diagnostiseras med metoder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna.

Vaccination av pojkar mot HPV

Ett område där pojkar tidigare helt saknat tillgång till vård gäller vaccination mot humant papillomvirus (HPV). HPV-vaccin av flickor infördes i det nationella allmänna vaccinationsprogrammet för barn 2010 för att ge skydd mot livmoderhalscancer. Sedan dess har kunskapen om HPV-relaterade cancerformer och deras epidemiologi utvecklats betydligt, skriver Folkhälsomyndigheten, som bedömer att vaccination mot HPV även bör erbjudas pojkar inom det allmänna vaccinationsprogrammet för barn. ”Idag vet man att HPV-infektioner kan kopplas till en rad cancerformer som drabbar både kvinnor och män. Varje år drabbas över 300 män och över 700 kvinnor i Sverige av HPV-relaterad cancer. Bland män rör det sig främst om cancer i svalg, penis och anus”, skriver Folkhälsomyndigheten [47].

Vem deltar i patientutbildningar?

Män med bipolär sjukdom deltar i patientutbildningar i lägre utsträckning än kvinnor. Könsskillnaden till mäns nackdel är ännu större när det gäller artroskola vid höftprotesoperation: bara 36,0 procent av männen med diagnosen deltar i sådan utbildning, jämfört med 49,2 procent av kvinnorna [25]. Kvinnor fullföljer i något högre utsträckning också artrosskola vid artrossymtom från knä och höft. Orsakerna bakom dessa könsskillnader behöver analyseras vidare. En intressant fråga är om mäns förhållandevis låga deltagande i dessa patientutbildningar hänger samman med ett större mönster där män i lägre grad än kvinnor förväntas utföra egenvård? Exempelvis visar studier från telefonrådgivning att kvinnor i större utsträckning får råd om egenvård medan män i högre grad får läkartid [48]. Liknande resultat visar även studier av det så kallade "Tvättsäcksprojektet", där män i högre utsträckning fick behandling på hudklinik jämfört med kvinnorna som istället ordinerades egenvård [49]. (Benämningen "Tvättsäcksprojektet" kom till efter att det uppmärksammats att tvättsäckarna i herrarnas omklädningsrum snabbare fylldes jämfört med de i damernas – vilket visade sig bero på att männen oftare än kvinnorna behandlades och duschade på kliniken.) En fråga som kan behöva undersökas är om män i lägre grad än kvinnor upplever att patientutbildningarna är anpassade till deras behov.



Kön och vårdkvalitet

Stora undersökningar som mäter förtroendet för och upplevelser av vården i Sverige visar på könsskillnader som ofta är små, men som är systematiska och pekar åt samma håll: män är generellt sett mer nöjda med vårdens tillgänglighet. De har större förtroende för vården, de upplever i högre grad att de blivit bemötta med hänsyn och respekt, att de fått tillräckligt med information och de är mer nöjda med bemötande, kontinuitet och koordinering. Män känner sig också i något högre grad än kvinnor delaktiga och inkluderade i vården.

Majoriteten av klagomålen på vården kommer från kvinnor, och kvinnor rapporterar betydligt oftare än män att de blivit kränkta i vården. Av de anmälningar och klagomål som inkommer till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) står kvinnliga patienter för 55 procent och manliga för 45 procent [50]. Det är också något vanligare att kvinnors ärenden utmynnar i kritik från tillsynsmyndigheten.

Detta är ett mönster som bestått under längre tid. Redan 2004 konstaterade Socialstyrelsen: "Den ojämna könsfördelningen och den större andelen bemötandearärenden bland kvinnliga patienter är således inga tillfälliga eller slumpmässiga fenomen" [34 s. 10].

Patientskador i psykiatri

Inom psykiatri är det betydligt vanligare att yngre kvinnor bältesläggs jämfört med andra grupper. Data från 2017 visar att var tredje bältesläggning inom psykiatri rörde en kvinna mellan 18 och 34 år [51]. I gruppen unga kvinnor är det vanligt att samma patient i genomsnitt blir bälteslagd många gånger till skillnad från motsvarande grupp män [52, 53]. När slumpmässigt utvalda journaler inom psykiatri granskats för skador som patienter fått inom vården, har det visat sig att kvinnor har en signifikant högre andel skador [104]. Skadorna har bland annat bedömts utifrån undvikbarhet, och delats in i två grupper:

- **Skada:** En för patienten negativ händelse som orsakats av hälso- och sjukvården, och *som inte hade* kunnat undvikas.
- **Vårdskada:** En för patienten negativ händelse som orsakats av hälso- och sjukvården och *som hade* kunnat undvikas.

Kvinnor drabbades i högre utsträckning av båda kategorierna av skador. I cirka 22 procent av kvinnornas granskade journaler identifierades en skada medan motsvarande siffra för män var cirka 13 procent. För undvikbara skador (vårdskador) sågs samma skillnad mellan könen: 9,7 procent hos kvinnor respektive 6,3 procent hos män [54].

Kränkningar och diskriminering

Forskning visar att kvinnor i mer än dubbelt så stor utsträckning som män svarar att de blivit kränkta i vården. I ett representativt befolkningsurval svarade 16 procent av kvinnorna och 7 procent av männen ”ja” på frågor om de någon gång känt sig exempelvis kränkta, förnedrade eller blivit utnyttjade i vården [55–58].

För både kvinnors och mäns del kan kränkningar i vården leda till att de undviker att söka vård, vilket kan få allvarliga konsekvenser. Till exempel var det vanligt att patienter som deltog i intervjustudier berättade att de undvikit kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal och att de inte ens på avstånd orkade se sjukhuset där kränkningen hade skett. Undvikandet kunde ta sig uttryck i allt från att patienterna körde omvägar för att slippa se sjukhuset, till att de skjutit upp planerade operationer [59, 60].

Även Diskrimineringsombudsmannen (DO) konstaterar att sjukvårdens bemötande av vårdsökande ger konsekvenser för benägenheten att söka vård, och att det finns utsatta grupper som avstår från att ta kontakt med vården på grund av egna och andras dåliga erfarenheter: ”Till exempel undviker många homo- och bisexuella personer att söka vård trots att de som grupp har större vårdbehov än befolkningen i stort. Det finns också studier som visar att personer födda utomlands avstår från att söka vård dubbelt så ofta som svenskfödda” [62 s. 9]. Transpersoner är också en grupp som upplever sämre bemötande i vården än andra.



Hur uppstår ojämställdhet i vården?

För att uppnå en jämställd vård krävs kunskap om kvinnors och mäns biologi, livsvillkor, levnadsförhållanden samt om hur stereotypa föreställningar om kön kan påverka bemötande, diagnos och behandling.

Det finns många forskningsstudier som visar att stereotypa föreställningar om kvinnor och män kan leda till medicinska felaktigheter och kvalitetsbrister i vården. Det har gjorts experiment för att testa blivande läkares föreställningar om kön: Vid två olika tillfällen har prov på läkarutbildningen utformats så att läkarstudenterna fått göra utlåtanden om patientfall som varit identiska i allt – förutom att patienten i hälften av fallen beskrevs som en kvinna, och i andra hälften som man. I den kvinnliga beskrivningen hette patienten Siw, och i den manliga Siwert. Fick då Siw och Siwert samma utredning och behandling? Svaret är nej. Vid det ena tillfället, då frågan handlade om nackbesvär, föreslogs flera laboratorieprover för den manlige patienten än för den kvinnliga. Vid det andra tillfället, då frågan handlade om magbesvär, föreslogs oftare råd om livsstil till den kvinnliga patienten. För den manliga patienten föreslogs oftare somatiska undersökningar, till exempel tjocktarmsröntgen. Och i båda skrivningarna föreslogs mer psykofarmaka till den kvinnliga patienten [39]. Studierna visar hur kvinnors och mäns likartade besvär tenderar att tolkas olika och risken finns att det sker utifrån stereotypa föreställningar om hur kvinnor och män är. Dessa studier publicerades första gången 2002–2004 [17, 62–64], men även senare studier visar hur föreställningar om patientens kön påverkar läkarstudenternas bedömningar. I förlängningen kan det medföra att kvinnor och män får olika behandling på sätt som inte är medicinskt motiverade [65]. Även forskning om sjukvårdsrådgivning per telefon pekar mot att det finns risk för medicinskt omotiverade skillnader i hur kvinnors respektive mäns besvär uppfattas av vården [48]:

”Någonting händer i samtalen som också leder till olika utfall. [...] Vi har sett att män oftare fick en läkartid. Och det kan inte förklaras med att de var sjukare. Kvinnorna fick i stället råd om egenvård och uppmanades att vänta och se.” [66].

När diagnoser och behandlingar blir fel till följd av okunskap om medicinskt relevanta skillnader mellan kvinnor och män eller på grund av stereotypa föreställningar om kön, brukar det beskrivas med begreppet genusbias. Ordet bias kan översättas med partiskhet, snedvridning eller skevhet. Det finns olika former av genusbias i vården. Här nedan har de delats in i tre närliggande, men ändå olika former av bias.

Att överdriva eller skapa könsskillnader

I den här varianten av bias tolkas kvinnors och mäns besvär olika utifrån stereotypa föreställningar om kön. Typiska fall är när likartade besvär uppfattas olika beroende på om patienten är kvinna eller man. Vanligen tolkas då mäns symptom som kroppsliga och organiska, medan kvinnors symptom tolkas som psykiska eller psykosomatiskt betingade. Denna form av bias kan innebära risker för både kvinnor och män. Kvinnorna riskerar att deras fysiskt betingade sjukdomar inte upptäcks eller att upptäckten försenas, vilket medför risk för utebliven eller försenad behandling. Motsvarande risk löper männen när det gäller psykiskt eller psykosomatiskt betingade besvär, dvs. att mäns psykiska ohälsa inte upptäcks.

Att bortse från könsskillnader

En annan variant av genusbias är den rakt motsatta: att vara omedveten om eller bortse från faktiska skillnader mellan könen och inte ta hänsyn till köns-specifika förhållanden. Det ena könet görs till norm för det andra.

Ett flagrant exempel utgörs av operationer av kvinnor med bråck i ljumsk-trakten, där kvinnor opererats med operationsmetoder som utgår från mäns anatomi. Studier har visat att åtta av tjugo kvinnor blivit felaktigt opererade, medan motsvarande siffra för män var en av tjugo. Följden för kvinnorna blev ökad dödsrisk, ökad risk för att förlora en bit av tarmen och ökad risk för att opereras om.

För mäns del har riskerna med denna biasform diskuterats i samband med psykisk ohälsa – är diagnoskriterierna för depression i så stor utsträckning utformade efter kvinnliga patienter att män med psykisk ohälsa underdiag-nosticeras?

Att göra individen könstypisk

Trots att det finns könsspecifika skillnader är det viktigt att inte betrakta kvinnor och män som homogena grupper – då finns nämligen risk för ytterligare en variant av genusbias: att läkaren tar med sig vetskapen om påvisade könsskillnader och utgår ifrån det i mötet med den enskilda patienten, snarare än att utgå ifrån individen. Även om det är viktigt att ha kunskaper om könsskillnader på gruppnivå, får inte den kunskapen leda till att varje individ ses som typisk för gruppen – den individuella patienten måste ses som en unik person. Riskerna med den här typen av bias är att sjukdomar inte upptäcks eftersom sjukdomen vanligen inte drabbar kvinnor/män eller att behandlingen blir felaktig.

Genusbias – eller inte?

Det är inte alltid lätt att avgöra vilka vårdrelaterade skillnader mellan kvinnor och män som är medicinskt motiverade och vilka som är orsakade av fördomar och genusbias. Används könssupplade data för att undersöka tillgången till en viss form av behandling eller till att följa upp behandlingsresultat, går det att på en statistisk nivå se om det finns könsskillnader. Men utan fördjupade analyser går det inte att med säkerhet avgöra vad skillnaderna beror på, om de är medicinskt motiverade eller resultat av genusbias. Visserligen är kvinnor och män i många avseenden lika, men det finns också många skillnader – såväl biologiska som i livsvillkor och inte minst i de normer som påverkar kvinnor och män. Dessa skillnader, som inte primärt är skapade av vården, kan ligga bakom en del av de könsskillnader som kan ses i vårdresultat.³

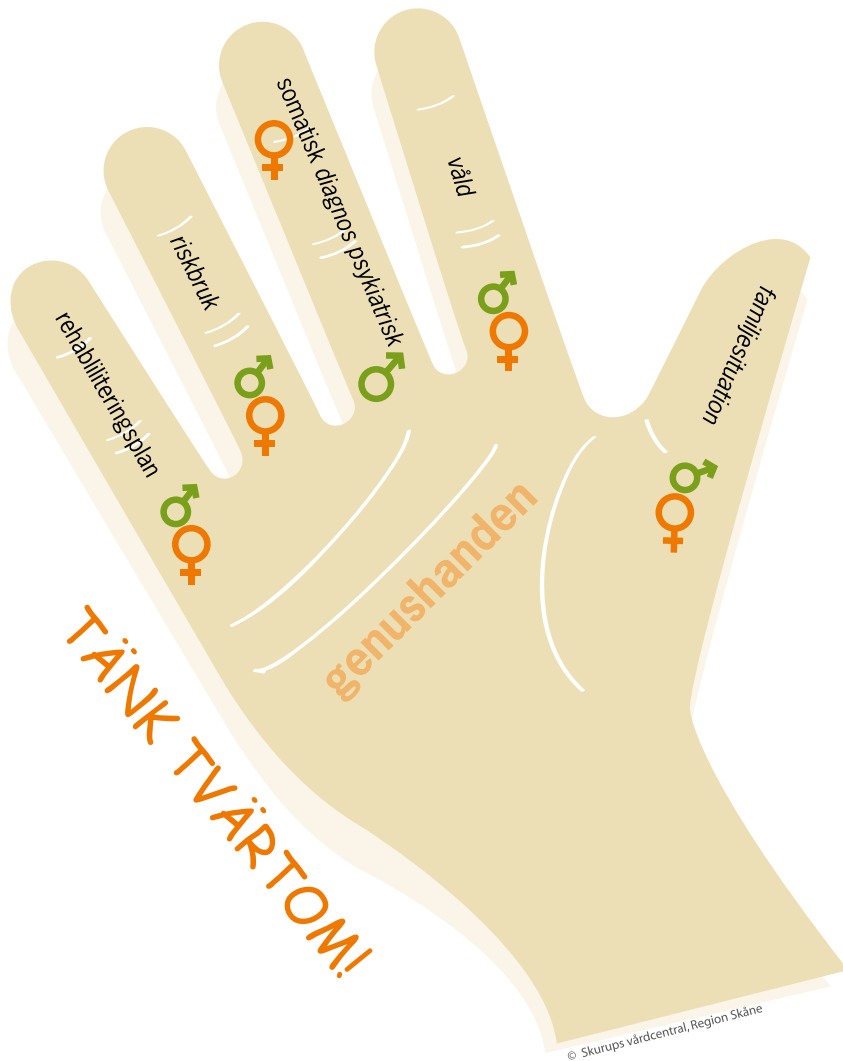
Not. 3. Den som vill fördjupa sig i hur omotiverade skillnader i vården kan identifieras rekommenderas följande rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: Hur kan man identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vården? (2013).

Metoder för att undvika genusbias i vården

Eftersom vi alla är samhällsvarelser och påverkade av stereotypa uppfattningar om kvinnor och män, är det ingen lätt uppgift för hälso- och sjukvårdens personal att i bitvis stressade situationer stanna upp och tänka ”ett varv till” för att undvika så kallad genusbias. Det krävs stöd och ett systematiskt och kunskapsbaserat arbete inom hälso- och sjukvården för att åstadkomma en jämställd vård.

Inom ramen för ett sådant systematiskt jämställdhetsarbete har Skurups vårdcentral i Region Skåne utvecklat ett stöd för medarbetarna i mötet med patienterna. Det rör sig om en frågemetod kallad Genushanden. Syftet är att uppmuntra personalen att alltid ställa samma frågor till både kvinnor och män, för att inte missa något område som kan vara relevant för att patienter ska få likvärdiga insatser utifrån behov [67].

Genushandens fem fingrar symboliserar fem områden som är genomsyrade av stereotypa uppfattningar om kvinnor och män. För varje finger bör man fråga sig: Hade jag tänkt, frågat eller beslutat annorlunda kring detta om det istället för en man suttit en kvinna framför mig, eller vice versa?



Tumme - social situation: Hur ser familjesituationen ut? Kvinnor tillfrågas ofta om sin familjesituation, men sällan män.

Pekfinger - våld och hot: Utsätts kvinnan eller mannen för våld och hot eller utsätter hon eller han någon annan? Träna på att formulera frågor som känns bekväma inom detta område. Våld och hot är en riskfaktor för långvarig sjukskrivning.

Långfinger - somatisk inriktning på männens diagnoser och psykosomatisk på kvinnors: Det finns risk att man inte upptäcker depressioner hos män, liksom det finns risk att sjukdomsförklara - medikalisera - normala livsprocesser hos kvinnor.

Ringfinger - alkohol och droger: Riskbruk och alkoholism är mer skamligt för kvinnor, därför är det viktigt att vården frågar både kvinnor och män om detta. Inför standardprovtagning av alla inför alla långtidssjukskrivningar.

Lillfinger - rehabilitering: Män får tidigare specialistremisser och större stöd av arbetsgivaren. Män rehabiliteras utifrån arbete, medan kvinnor oftare rehabiliteras utifrån sin sociala situation.



Förändring är möjlig

Könsskillnader i hälsa, vårdtillgång och vårdkvalitet går att påverka så att både hälsan och vården blir mer jämställd.

För att olika grupper av kvinnor och män, flickor och pojkar ska kunna få en likvärdig vård måste ett jämställdhetsperspektiv finnas med i alla delar av organisationen, från planering och beslutsfattande till det dagliga görandet. Det är den strategi som kallas jämställdhetsintegrering.

Jämställdhet är i grunden en fråga om rättvisa och demokrati och jämställdhetsintegrering synliggör strukturella villkor för att utöva makt och fördela samhällets resurser. Genom arbetet med jämställdhetsintegrering upptäcks också kvalitetsbrister som inte skulle ha synliggjorts utan ett köns- eller genusperspektiv. Jämställdhetsintegrering är alltså också en kvalitetsfråga.

En viktig pusselbit för att beslutsfattare i regionerna ska kunna ge kvinnor och män likvärdig service är att jämställdhetsperspektivet integreras i lednings- och styrsystem. En annan central pusselbit är att jämställdhetsperspektivet integreras i kärnprocesserna. För vårdens del handlar kärnprocesser om den vård som erbjuds i primärvården och specialistvården för att bota, behandla och förebygga olika hälsoproblem som finns i befolkningen.

LÄSTIPS!

På SKL:s hemsida finns en vägledning för jämställdhetsintegrering:

www.skl.se/jamstalldhet

Referenser

- [1] Statistiska Centralbyrån. Snabba fakta. Medellivslängden i Sverige 2019.
- [2] Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2019. 2019.
- [3] Kommissionen för jämlik hälsa. Det handlar om jämlik hälsa: utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. SOU 2016:55. 2016.
- [4] Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling Årsrapport 2018. 2018.
- [5] Försäkringskassan. Försäkringskassans årsredovisning 2018. 2018.
- [6] Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering. Kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Rapport 2011:2. 2011.
- [7] Folkhälsomyndigheten. Ojämligheter i psykisk hälsa. Kunskapssammanställning. 2019.
- [8] Arbetsmiljöverket. Arbetsmiljön 2017. Arbetsmiljöstatistik Rapport 2018:2. 2018.
- [9] Statistiska Centralbyrån. Arbetstider och arbetsmiljö 2010–2011. 2012.
- [10] Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. 2009.
- [11] Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2013. 2013.
- [12] RiksKvinnoCentrum. Våldutsatta kvinnors hälsa och livssituation – en longitudinell deskriptiv studie. 2006.
- [13] Holmberg C, Smirthwaite G, Nilsson A. Mäns våld mot missbrukande kvinnor. Rapport nr 8. Mobilisering mot narkotika; 2005.
- [14] Sveriges Kommuner och Landsting. Mäns våld mot kvinnor i nära relationer: en kunskapsöversikt. 2006.
- [15] Häger Glenngård A, Steen Carlsson K, Berglund A. Ekonomiska konsekvenser av våld mot kvinnor. IHE Rapport 2011:1. 2011.
- [16] Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer. Nu har vi kommit över tröskeln. 2018.
- [17] Risberg G, Hamberg K, Johansson E. Gender awareness among physicians – the effect of specialty and gender. BMC Medical Education. 2003;3.
- [18] Holmberg C. Våld i samkönade parrelationer. I: Wijma B, Smirthwaite G, Swahnberg K, redaktörer. Genus och kön inom medicin- och vårdutbildningar. Lund: Studentlitteratur; 2010. s. 371–86.

- [19] Brottsförebyggande rådet. Kriminalstatistik 2017. Anmällda brott. Slutlig statistik. 2018.
- [20] Wendt Höjer M. Rädslans politik: våld och sexualitet i den svenska demokratin. Stockholms universitet; 2002.
- [21] Lundgren E. Våldets normaliseringsprocess och andra våldsförståelser. Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige. 2013.
- [22] Folkesson P. Katastrofer och män. Explorativa undersökningar av ett komplext förhållande. Göteborgs universitet; 2005.
- [23] Connell RW. Masculinities. Cambridge: Polity; 2005.
- [24] Socialstyrelsen. Ojämna villkor för hälsa och vård. 2011.
- [25] Sveriges Kommuner och Landsting. Vården i siffror – Statistik för kvalitets- och förbättringsarbete [Internet]. 2019.
- [26] Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer - utvärdering 2015. Hjärtsjukvård. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. 2015.
- [27] Alabas Oras A, et al. Sex Differences in Treatments, Relative Survival, and Excess Mortality Following Acute Myocardial Infarction: Journal of the American Heart Association. 6(12):e007123.
- [28] Schenck-Gustafsson K, Dahlin S. Områdesrapport utöver de jämställdhetspolitiska delmålen: Hälsa Underlag till Jämställdhetsutredningen U2014:06.
- [29] Carnlöf Carina. Sex and gender differences in patients undergoing ablation of atrial arrhythmias. Karolinska. Inst för medicin, Huddinge.; 2018.
- [30] Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting. Öppna jämförelser 2013. Hälsö- och sjukvård, jämförelser mellan landsting. Stockholm; 2013.
- [31] Gendered Innovations in Science, Health & Medicine, Engineering, and Environment. Osteoporosis Research in Men: Rethinking Standards and Reference Models [Internet 2019]. http://www.genderedinnovations.se/page/en-US/61/Osteoporosis_Research_in_Men.
- [32] eHälsomyndigheten. Detaljhandel med läkemedel 2017. Ett Dokumentnr: 2018/02049-2 [Internet 2018].
- [33] Socialstyrelsen. Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården. 2004.
- [34] Merlo J, Ohlsson H, Carlsson M. Tål inte rika skåningar ACEhämmare? Läkemedelsanvändning på (o) jämlika villkor i Skåne. Universitetssjukhuset MAS och Lunds universitet.; (utan år).

- [35] Smirthwaite G, Lundström M, Wijma B, Lykke N, Swahnberg K. Inequity in waiting for cataract surgery - an analysis of data from the Swedish National Cataract Register. *International Journal for Equity in Health*. 2016;15(1).
- [36] Smirthwaite G, Lundström M, Swahnberg K. Doctors Doing Gender at Eye Clinics. *NORA – Nordic Journal of Feminist and Gender Research*. 03 april 2017;25(2):107–25.
- [37] Smirthwaite G. Genom genuslinser : Om patienters jämställdhet i tillgång till operation av gråstarr i Sverige. Linnéuniversitetet; 2016.
- [38] Svensk ryggkirurgisk förening. Uppföljning av ländryggskirurgi i Sverige. Rapport år 2007. 2007.
- [39] Risberg G. Genusbias inom medicinen. I: Hovelius B, Johansson EE, redaktörer. *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur; 2004. s. 97–104.
- [40] Strömqvist F, Strömqvist B, Jönsson B, Karlsson MK. Gender differences in patients scheduled for lumbar disc herniation surgery. *Eur Spine J*. 01 januari 2016;25(1):162–7.
- [41] Sveriges Kommuner och Landsting. Öppna jämförelser. Jämställdhet – En grundläggande rättighet. 2016.
- [42] Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting. 2012.
- [43] Sveriges Kommuner och Landsting. Tillgång till blodbanan vid bloddialys vid njursvikt. Vården i siffror - Statistik för kvalitets- och förbättringsarbete [Internet 2019].
- [44] Osika Friberg I. Women's and Men's Health care utilisation from a cost perspective. Göteborgs universitet; 2018.
- [45] Wattmo C, Paulsson E, Minthon L, Londos E. A longitudinal study of risk factors for community-based home help services in Alzheimer's disease. *Clin Interv Aging*. 2013;8:329–39.
- [46] Wattmo C, Londos E, Minthon L. Solitary living in Alzheimer's disease over 3 years. *Clin Interv Aging*. 14 november 2014;9:1951–62.
- [47] Vaccination av pojkar mot HPV – Folkhälsomyndigheten [Internet 2019].
- [48] Hakimnia R, Carlsson M, T. Höglund A, Holmström IK. Doing gender in the context of telenursing. *Clinical Nursing Studies*. 2014;3(2):24.

- [49] Osika I, Evengård B, Waernulf L, Nyberg F. ”Tvättsäcksprojektet – genus-skillnader in på bara skinnet. Olika behandling för män och kvinnor vid några vanliga hudsjukdomar”. *Läkartidningen*. 2005;102(40):2864–2851.
- [50] Inspektionen för vård och omsorg. IVO – Årsredovisning 2018. 2019.
- [51] Socialstyrelsen: Psykiatrisk tvångsvård [Internet 2019].
- [52] Holm H, Björkdahl A, Björkenstam E. Tvångsvård med frågetecken. *Läkartidningen*. 2011;108(34):1544–5.
- [53] Sveriges Kommuner och Landsting. Nya vägar mot framtidens psykiatri. 2012.
- [54] Sveriges Kommuner och Landsting. Skador inom psykiatrisk vård. Markörbaserad journalgranskning. 2018.
- [55] Wijma B, Swahnberg K. Kränkningar och tystnader. I: Wijma B, Smirthwaite G, Swahnberg K, redaktörer. *Genus och kön i medicin- och vårdutbildningar*. Lund: Studentlitteratur; 2010. s. 341–56.
- [56] Swahnberg K, Wijma B, Wingren G, Hilden M, Schei B. Women’s perceived experiences of abuse in the health care system: their relationship to childhood abuse. *BJOG: An Internal Journal of Obs Till toppen jag har sovit datorGyn*. december 2004;111(12):1429–36.
- [57] Swahnberg K, Davidsson-Simmons J, Hearn J, Wijma B. Men’s experiences of emotional, physical, and sexual abuse and abuse in health care. *Scand J Public Health*. 01 mars 2012;40(2):191–202.
- [58] Swahnberg K, Wijma B. Kränkningar i vården – olika perspektiv. I: Wijma B, Smirthwaite G, Swahnberg K, redaktörer. *Genus och kön i medicin- och vårdutbildningar*. Lund: Studentlitteratur; 2010. s. 325–39.
- [59] Swahnberg K, Thapar-Björkert S, Berterö C. Nullified: Women’s perceptions of being abused in health care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. september 2007;28(3):161–7.
- [60] Swahnberg K, Wijma B, Hearn J, Thapar-björkert S, Swahnberg K, Wijma B, m.fl. Mentally Pinioned: Men’s Perceptions of Being Abused in Health Care.
- [61] Diskrimineringsombudsmannen. Rätten till sjukvård på lika villkor. 2012.
- [62] Hamberg K, et al. Gender bias in physicians management of neck pain. *Journal of Women’s Health & Gender-Based Medicine*. 2002;11(7):653–66.
- [63] Johansson E, et al. Gender bias in female physician assessments. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2002;20(2):79–84.

- [64] Hamberg K, Risberg G, Johansson E. Male and female physicians show different patterns of gender bias. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2004;32(2):144–52.
- [65] Andersson J. Genusgörande och läkarblivande. Attityder, föreställningar och förväntningar bland läkarstudenter i Sverige. Umeå Universitet; 2012.
- [66] Busk Y. Olika villkor för kvinnor och män. *Curie – en tidning från Vetenskapsrådet*. 2013;
- [67] Sveriges kommuner och landsting. Jämställda sjukskrivningar: arbetsbok för kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
- [68] Hyllander Klas, Jacobson Magnus: Maskulinitet och jämställdhet. En introduktion till att förändra mansnormer. Sveriges Kommuner och Landsting 2018.
- [69] Genusanalys av förskrivning av rullstolar i Västra Götaland. Kunskapscentrum för jämlik vård 2017.
- [70] Örebro läns landsting. Genderbudget på förvaltningen för Habilitering och hjälpmedel. 2013.
- [71] Region Värmland, Sveriges Kommuner och Landsting. Resultatrapport, program för hållbar jämställdhet. 2013.

(O)jämslälldhet i hälsa och vård

EN SAMMANFATTNING

SKL:s kunskapsöversikt (O)jämslälldhet i hälsa och vård ger exempel på könsskillnader i vårdtillgång och vårdkvalitet inom ramen för den typ av vård som ges till både kvinnor och män och där jämförelser kan göras.

Syftet med kunskapsöversikten är att ge kunskap till stöd för en jämslälld hälso- och sjukvård.

Med denna sammanfattning vill SKL göra kunskapen tillgänglig i ett mer koncentrerat format, särskilt för förtroendevalda och chefer inom hälso- och sjukvården.

ISBN 978-91-7585-792-3

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se

Post: 118 82 Stockholm | Besök: Hornsgatan 20

Telefon: 08-452 70 00 | skl.se



Sveriges
Kommuner
och Landsting