



**KVINNORS VÅRD
& HÄLSA**

KVINNORS VÅRD OCH HÄLSA

Utgiven av Kristdemokratiska Kvinnoförbundet

Utgiven av:
Kristdemokratiska Kvinnoförbundet
Box 2372 ,103 18 Stockholm
E-post kvinnoforbundet@kristdemokraterna.se
Tel 08-723 25 61

Serie: RAPPORTER NR 16
Utgiven: 2015

Innehåll

Förord	5
Kristdemokratiska Kvinnoförbundet vill:	6
Värdegrund och ideologi	8
Kvinnor och hjärt- kärlsjukdomar	9
Kvinnor, graviditet och förlossning.	11
Kvinnor och psykisk hälsa	14
Unga kvinnor	14
Äldre kvinnors psykiska hälsa	15
Kvinnor och osteoporos	18
Kvinnor och endometrios	20
Kvinnor och könsstympning	22
Forskning och utbildning	24
Referenser	26

Förord

Den här rapporten är utgiven av Kristdemokratiska Kvinnoförbundet. Syftet med rapporten är att belysa och uppmärksamma kvinnors vård och hälsa. Vården ska ges på lika villkor men är vården jämställd? Får kvinnor lika vård och behandling i jämförelse med män? Hur ser forskningen ut generellt och i synnerhet när det gäller kvinnors specifika sjukdomar och besvär?

Rapporten avser inte att vara heltäckande. Vi har valt att lyfta fram endometrios, hjärt- och kärlsjukdomar, benskörhet, graviditet- och förlossning, könsstympning och psykisk hälsa. Kan vi förbättra vården inom dessa områden så kommer det att göra skillnad för många kvinnor.

Vi avslutar med forskning och utveckling som är central för en ökad kunskap och bättre vård av och för kvinnor.

Det material som används är rapporter från statliga myndigheter, forskning om kvinnors hälsa och kunskap från organisationer såsom hjärt-lungfonden och Endometriosisföreningen.

Inledningsvis redovisas ett antal punkter och förslag som tar upp de förändringar och förbättringar som Kristdemokratiska Kvinnoförbundet vill genomföra för att åstadkomma en mer jämställd vård och ökad hälsa för kvinnor.

Stockholm augusti 2015

Marie- Louise Forslund Mustaniemi
Förbundsordförande

Kristdemokratiska Kvinnoförbundet vill:

- öka och utveckla forskning om kvinnors vård och behandling vid hjärt- och kärlsjukdom.
- öka kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvård som regelbundet följer upp och analyserar vårdens resultat samt jämställd och jämlik vård.
- utreda åtgärder i syfte att utjämna den ojämslällda vården vid hjärtinfarkt.
- uppmärksamma övervikt och fetma i samband med graviditet och utreda åtgärder i syfte att minska övervikt och fetma.
- öka valfriheten inom förlossningsvården genom LOV, Lagen om valfrihet.
- utarbeta stöd till barmorskor vid MVC i syfte att hjälpa kvinnor i behov av stöd för en rök- och alkoholfri graviditet.
- öka resurserna och patientsäkerheten inom förlossningsvården.
- särskilt utreda orsakerna till förskrivning och användning av läkemedel vid depression hos äldre kvinnor
- att de som drabbas av depression och ångest i ökad utsträckning kan få psykoterapi i öppenvården.
- att kommuner och landsting ska prioritera det förebyggande arbetet med unga kvinnors psykiska ohälsa och självskadebeteende
- att benskörhetsmätningar ska ingå som en del i hälsokontroller av kvinnor över 50-år.
- åtgärda bristerna i den låga följsamheten till Nationella riktlinjerna för osteoporos.
- att endometriosis klassas som en folksjukdom.
- att ungdomsmottagningar uppmärksammar flickor med menstruationsbesvär i syfte att upptäcka endometriosis i tid.
- upprätta endometriosiscentrum eller endometriosteams i alla regioner för en likvärdig vård och behandling i hela landet.
- att all läkemedelsbehandling av endometriosis ska ingå i högkostnadsskyddet.
- öka kunskapen och stärka det förebyggande arbetet mot könsstympning i kommuner och landsting
- stärka rättsskyddet för flickor mellan 0-18 år som riskerar könsstympning.
- att forskning ska uppmärksamma skillnader och likheter mellan män och kvinnor när det gäller vård och behandling.
- att den medicinska forskningen ska uppmärksamma kvinnors specifika sjukdomar.
- att fördelningen av anslag för forskning och forskarutbildning vid universitet ska beakta jämställdhetsperspektivet.

Värdegrund och ideologi

Vår vision för en god och jämställd hälsa utgår från den kristdemokratiska värdegrunden om varje människas unika och okränkbara värde. I Kristdemokraternas principprogram står det att *”människan är en person, vilket innebär att varje människa är en unik och oersättlig individ och har samma absoluta och okränkbara värde oavsett kön, ålder, social position, etnisk och religiös identitet eller sexuell identitet”*.

Kristdemokratiska Kvinnoförbundet bygger politik utifrån den kristdemokratiska ideologin och med utgångspunkt i principen om att alla människor har samma unika och okränkbara värde. Människolivets okränkbarhet, solidaritet med de utsatta och aktningen för allt levande utgör kärnan i de värden som samhället ska gestalta och förmedla. Jämställdhet är ytterst en fråga om demokrati och mänskliga rättigheter.

Kristdemokratisk feminism innebär att lyfta fram att vi är människor i första hand och att kön är sekundärt. Vi vet att kvinnor och män har olika erfarenheter som positivt kompletterar varandra. Därför måste samhällets strukturer förändras. All verksamhet ska genomsyras av ett jämställdhetsperspektiv, såväl symboliskt som praktiskt. Först när samhället ser på den enskilda människan som den person hon är och inte tillskriver henne specifika egenskaper på grund av hennes kön, är jämställdhetsmålet uppnått. (Kristdemokratiska Kvinnoförbundet, 2011)

Kvinnor och hjärt- kärlsjukdomar

En förbättrad vård vid hjärt- och kärlsjukdom har lett till att dödligheten i hjärt- och kärlsjukdom har minskat, men fortfarande är det den vanligaste dödsorsaken bland kvinnor över 85 år. Minskningen av dödligheten har främst skett för män (30 procent) men endast marginellt för kvinnor (Socialstyrelsen, 2013a).

När det gäller stroke så har antalet förstagsinsjuknandet sjunkit totalt, men inte bland kvinnor i förvärsarbetande ålder. I åldersgruppen 35-44 år har förstagsinsjuknandet istället ökat med 21 procent för kvinnor, sedan mitten på 90-talet (Socialstyrelsen, 2013a).

Enligt Cecilia Linde, professor på Karolinska universitetssjukhuset i Solna, är det ett stort problem att forskningen på kvinnor släpar efter. En av orsakerna är att kvinnor drabbas av hjärt- kärlproblem i genomsnitt tio år senare än män och därmed ofta hamnat utanför de åldersgränser som satts i vetenskapliga studier. Människor över 80 (det finns totalt sett fler kvinnor än män över 80) behandlas dessutom oftast i primärvården och blir inte tillfrågade om medverkan i studier.

I Läkartidningen redovisar Sylvia Määttä, docent, Karin Schenk- Gustafsson, senior professor m fl (Määttä & Schenk- Gustafsson, 2015), en studie genomförd av Sveriges Kommuner och landstings program för hållbar jämställdhet av diagnosgrupper i databasen för kostnad per patient (KPP). Man fann då överraskande könsskillnader i vårdkostnader för flera patientgrupper, bland annat vid akut hjärtinfarkt och appendicit. Könsskillnader vid akut hjärtinfarkt är tämligen väldokumenterade med senare insjuknande, olika symtombild och oftare avsaknad av förträngningar på kranskärlsröntgen hos de kvinnliga patienterna.

Kvinnor, graviditet och förlossning.

Syftet med studien var att undersöka om databasen för kostnad per patient kunde vara underlag för att påvisa medicinskt omotiverade skillnader i vård och behandling av kvinnor och män.

Resultatet visade att mäns behandling kostade mer än kvinnors i de flesta åldersgrupper. Vården för män med hjärtinfarkt var dyrare i alla komplikationsgrupper trots längre vårdtider för kvinnorna i vissa åldersgrupper. Detta förklarades av att kvinnor och män efter inläggning på sjukhus vårdas på olika avdelningar och att män i större utsträckning kommer på rätt vårdnivå från början och att vården därför är dyrare för dem.

Studien visade också att yngre kvinnor med hjärtinfarkt hade högre risk att dö på sjukhus jämfört med yngre män. Den ökade dödligheten för kvinnor över 80 år kan vara att de får färre PCI-ingrepp än män, inte får optimal behandling med blodtrycks- och hjärtmediciner samt att övriga ingrepp är färre än för män.

Insjuknanden i både stroke och hjärtinfarkt ökar dessvärre bland kvinnor i yngre medelåldern (Socialstyrelsen, 2013a). Förutfattade meningar att en hjärt- och kärl patient måste vara en äldre man innebär också att hjärt- och kärlproblem hos kvinnor, särskilt i yngre medelåldern, kan missas.

Kristdemokratiska Kvinnoförbundet vill:

- öka och utveckla forskning om kvinnors vård och behandling vid hjärt- och kärlsjukdom.
- öka kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvård som regelbundet följer upp och analyserar vårdens resultat samt jämställd och jämlik vård.
- utreda åtgärder i syfte att utjämna den ojämslällda vården vid hjärtinfarkt.

Diskussionerna om förlossningsvården pågår ständigt med syfte att förlossningen ska bli en så positiv erfarenhet som möjligt.

Förlossningsvården i Sverige är en av de bästa i världen men det finns utmaningar. Bristen på barnmorskor gör att många kvinnor inte får föda på det sjukhuset de först planerat. Förlossningarna och graviditeterna tenderar också att bli mer komplicerade, någonting som delvis beror på ökad ålder bland förstföderskor.

I Socialstyrelsens rapport *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn*, (2013c) redovisas statistik från 1973- 2012. Mycket har förändrats de senaste decennierna.

Jämfört med 1973 har medelåldern för förstföderskor ökat från 24 till 28 år. Då liksom idag är förstföderskor i storstäderna äldre än förstföderskor i övriga landet. 1973 var andelen mödrar födda i utlandet 10 procent, 2012 hade den siffran ökat till 24 procent.

Smärtbehandling vid förlossning har också förändrats. Idag får i genomsnitt 50 procent av alla förstföderskor epiduralbedövning. Men variationen är stor i landet mellan sjukhusen (30 till 68 procent). Användningen av andra typer av smärtlindringsmetoder varierar också stort regionalt.

Något som också har ökat är antalet kejsarsnitt. 1973 var antalet kejsarsnitt vid enkelbördförlossningar 5 procent och 2012 var det 17 procent.

Vårdtiderna i samband med förlossning har förändrats dramatiskt sedan 1970-talet. Från i genomsnitt 6 dygn till 2 dygn år 2011. Men även här finns regionala skillnader. Högst andel med kort vårdtid 2011 var

Jönköpings län med 86 procent och Gotland med lägst andel på 50 procent. Variationer kan spegla avstånd till sjukhus, tillgång på uppföljning i hemmet, varierande tillgång på resurser och lokal vårdkultur.

Hos de blivande mödrarna har övervikt och fetma ökat. Sedan 1992 förs längd och vikt in vid inskrivningssamtalet. Från 1996 fram till 2002 ökade BMI relativt kraftigt hos både försföderskor och omföderskor men sedan har ökningen skett i en långsammare takt. År 2011 hade drygt 25 procent av samtliga mödrar övervikt och 13 procent fetma. Högst andel av mödrar med övervikt och fetma var i Gävleborgs län vid inskrivning, 43 procent. Motsvarande andel i Stockholms län var 30 procent.

Fetma och övervikt ger kraftigt ökad risk för graviditetsdiabetes, blodtrycksjukdomar och havandeskapsförgiftning. Födelsevikten på barnet har starka samband med moders vikt och för stor vikt hos barnet ökar risken för kejsarsnitt och förlossningskomplikationer. Därför är det viktigt att övervikt och fetma hos gravida uppmärksammas än mer och att effektiva åtgärder utreds för att minska övervikt och fetma.

Assisterad befruktning (IVF), eller provrörsbefruktning, genomfördes första gången i England 1978 och genomfördes i Sverige första gången 1981. Det är den mest framgångsrika och idag vanligaste behandlingen mot ofrivillig barnlöshet. Under 1980-talet etablerades flera kliniker successivt. Antalet fullständiga IVF-behandlingar ökade från ca 3 000 1991 till drygt 14 500 år 2010. Sedan 2007 finns det ett inrättat kvalitetsregister Q-IVF och varje år föds det ca 3 500 barn genom IVF-behandling.

Verksamheten är reglerad i Lag om genetisk integritet mm (2006:351). IVF-behandling med donerade ägg och spermier är tillåtet sedan 2003 och behandling av lesbiska par sedan 2005. Behandlingen av barnlöshet har varit olika i landstingen och därför tog SKL initiativet 2014 till en gemen-

sam överenskommelse med landstingen för en enhetlig vård och behandling vilket är positivt.

Användning av alkohol, droger, tobak och snus är skadligt för det ofödda barnet och är något som bör undvikas vid graviditet. Nolltolerans gäller för droger. Det är oroande att alkoholkonsumtionen ökat bland kvinnor i åldern 26–36 år, eftersom det är i den åldern de flesta kvinnor blir gravida och får barn. Stöd bör utarbetas till barmorskor vid MVC i syfte att hjälpa kvinnor i behov av stöd för en alkoholfri graviditet.

Gravida kvinnors rökvanor registreras vid inskrivningen på barnmorskemottagningarna. Andelen kvinnor som röker under graviteten har minskat från drygt 31 procent år 1983 till 6 procent 2011 men rökning är vanligast bland de yngsta mödrarna.

Förlossningsdepression är idag vanligt och drabbar en av tio nyförlösta. Här är det viktigt att den som drabbas snabbt får kontakt med en barnmorska och får hjälp och stöd. Förlossningsdepression ska inte blandas ihop med förlossnings- och amningspsykos. Det är ett allvarligt tillstånd och sällsynt. De som har haft en psykos innan graviditet löper en ökad risk att drabbas. Specialistvård krävs för de som utvecklar en psykos.

Kristdemokratiska Kvinnoförbundet vill:

- uppmärksamma övervikt och fetma i samband med graviditet och utreda åtgärder i syfte att minska övervikt och fetma.
- öka valfriheten inom förlossningsvården genom LOV, Lagen om valfrihet.
- utarbeta stöd till barmorskor vid MVC i syfte att hjälpa kvinnor i behov av stöd för en rök- och alkoholfri graviditet.
- öka resurserna och patientsäkerheten inom förlossningsvården.

Kvinnor och psykisk hälsa

Psykisk hälsa definieras av Världshälsoorganisationen (WHO) som *”Ett tillstånd av välbefinnande där individen är medveten om sin förmåga, kan hantera livets normala påfrestningar, kan utföra ett produktivt och fruktbart arbete och har förmåga att bidra till samhället”* De lyfter fram frånvaron av psykisk hälsa som ett av de största hoten mot dagens folkhälsa. I studier av psykisk hälsa framkommer stora könsskillnaderna. Kvinnor anger i större utsträckning än män besvär med ångslan, oro, trötthet, utbrändhet och sömnproblem (KvinnorKan, 2013). En slutsats som många forskare drar kring psykisk ohälsa är att ju tidigare den upptäcks desto större möjligheter att få hjälp i tillfriskningsprocessen.

Unga kvinnor

Medicinering av psykofarmaka har visat sig öka bland framför allt unga tjejer (Y. Forsell & C. Dalman, 2004). Symtom som ökat inom denna grupp är ätstörningar, självdestruktivt beteende och stressrelaterade symptom som kan leda till sömnsvårigheter. När det gäller dödlighet i självmord har den minskat i alla åldersgrupper utom bland yngre vuxna.

Utvecklingen av den psykiska hälsan i Sverige har de senaste åren förändrats från att ha varit högst bland 66-75 åringar, till att nu visa på en högre risk för unga kvinnor till nedsatt psykiskt välbefinnande. En ökad psykisk ohälsa bland yngre kvinnor utgör en risk för folkhälsan då det blir svårare för dem att etablera sig i samhället.

Majoriteten av unga kvinnor som mår psykiskt dålig får vård i öppenvården (KvinnorKan, 2013). Sverige ligger bra till i undersökningar vad gäller hälsa och sociala förhållanden för yngre barn. När det gäller unga kvinnor i Sverige mår de sämre i jämförelser med kvinnor i andra länder.

När det gäller sjukhusvård för självskadebeteende så har siffran minskat de senaste åren (KvinnorKan, 2013). Antalet unga flickor som vårdats för självskadebeteende har ökat sedan 1990-talet för att under 2000-talet stanna på relativt höga nivåer. Vård för självskadebeteende är vanligast i ungdomsåren och har en tendens att kulminera strax före 20-årsåldern. Patologiskt självskadebeteende kan delas in i tre grupper. Grovt självskadebeteende som är det minst vanliga och som handlar om någon enstaka men allvarlig händelse.

Den andra typen av självskadebeteende är det stereotypa som kännetecknas av upprepade handlingar, för att skada sig själv. Den sista och mest vanliga formen av självskadebeteende kallas måttlig, även om handlingarna kan ge rejäla skador. Kännetecknande är att handlingarna antingen är tvångsmässiga, repetitiva eller episodiska och utförs för att reducera ångest. Riskfaktorer för självskadebeteende kan vara allt från depression, dålig självbild till svåra familjerelationer.

Ett exempel på självskadebeteende är ätstörningar som kännetecknas av ett avvikande beteende gällande mat och ätande. Orsakerna till ätstörning är många och kan böttna i både biologiska, psykosociala samt medicinska faktorer. Enligt en enkätstudie från 2011 är 1 av 10 unga kvinnor underviktiga i Sverige. Siffran har ökat de senaste åren och undervikten är vanligast bland 16-19 åriga kvinnor i storstäder. Övervikt är däremot, enligt enkätundersökningen, vanligast bland arbetande kvinnor i åldern 20-24 år.

Äldre kvinnors psykiska hälsa

De vanligaste psykiska diagnoserna bland kvinnor över 65 år är depressioner och ångestsjukdomar. De har även visat sig ha lättare besvär, med sin psykiska hälsa, som ångslan ångest och oro. Detta är förmodligen en av anlednin-

garna till att äldre kvinnor får avsevärt mer psykofarmaka utskrivet än andra befolkningsgrupper. Enligt Sveriges Kommuner och Landsting får omkring 30 procent av kvinnor över 85 år ett antidepressivt läkemedel.

Äldre kvinnor som tidigare utsatts för våld och övergrepp i nära relationer löper ökad risk att drabbas av depression och ångest. Det måste uppmärksammas och ställas frågor om våld när de söker vård så de som drabbas av depression och ångest kan få psykoterapi i öppenvården i ökad utsträckning.

Trots att äldre kvinnor tenderar att övermedicineras finns det även risk för underbehandling av vissa diagnoser. Socialstyrelsen har belyst frågan och skriver *”Rättviseproblematiken när det gäller tillgång till avancerad vård och behandling förstärks av det faktum att äldre kvinnor i genomsnitt har en svagare socioekonomisk situation än äldre män (..) Den äldre kvinnan lever oftare ensam utan stöd från make eller sambo, och har sämre pension än män i motsvarande ålder. Detta innebär att de äldre kvinnornas möjligheter att kompensera bristande tillgång till offentlig vård och stöd med köp av privata tjänster är mer begränsade än männens. De äldre kvinnorna är således mer utlämnade åt den offentliga vårdens och omsorgens utveckling”*.

Idag är ca 1,6 miljoner svenskar över 65 år. Hälften av dessa är över 75 år och använder i genomsnitt 5-6 olika läkemedel. Det är en fördubbling jämfört med för två decennier sedan. I åldersgruppen 80-åringar och äldre använder ca 15 procent tio läkemedel eller fler (SBU, 2009).

SBU:s (Statens beredning för medicinsk utvärdering) slutsatser är att läkemedelsbehandling är en viktig medicinsk åtgärd för att ge människor en bättre hälsa och högre livskvalité långt upp i åldrarna. Läkemedelsbehandlingen av äldre behöver dock förbättras avsevärt. Idag orsakar läkemedelsrelaterade problem onödigt lidande för många människor och kostar samhället mångmiljardbelopp varje år. SBU konstaterar att det finns läkemedel

som medför särskilda risker för äldre. När det gäller förskrivning av antikoagulerande preparat (inkontinensbehandling) och vissa psykofarmaka kan det ge kognitiva störningar samt benzodiazepiner som ökar risken för fallolyckor och höftfrakturer. Resultaten i rapporten *Äldre läkemedelsanvändning, hur kan den förbättras?* visar också *”på en mer omfattande läkemedelsanvändning av kvinnorna, i synnerhet när det gäller psykofarmaka”*.

Ska livskvalitén och hälsan hos äldre kvinnor öka är det angeläget att fokusera mer på förskrivning av dessa läkemedel och ett bättre strukturerat arbete kring utvärdering och uppföljning.

Kristdemokratiska Kvinnoförbundet vill:

- särskilt utreda orsakerna till förskrivning och användning av läkemedel vid depression hos äldre kvinnor
- att de som drabbas av depression och ångest i ökad utsträckning kan få psykoterapi i öppenvården.
- att kommuner och landsting ska prioritera det förebyggande arbetet med unga kvinnors psykiska ohälsa och självskadebeteende.

Kvinnor och osteoporos

Osteoporos eller benskörhet är en av vår tids mest underdiagnostiserade och underbehandlade diagnoser. Det är enligt Folkhälsomyndigheten 40-50 procent risk för en svensk 50-årig kvinna att få denna diagnos. Risken att få denna diagnos ökar med åren och sjukdomen är vanligast hos kvinnor, men kan förekomma hos män. Läkemedelsbehandlingen mot osteoporos har visat goda resultat och minskat risken för fler frakturer (Internetmedicin.se).

I Sverige behandlas endast 14 procent av kvinnorna som haft benskörhetsfraktur med adekvat läkemedel. Ingen förbättring har kunnat ses när det gäller medicineringsrutiner i samband med benskörhetsdiagnos, trots kännedom om risken med undermedicinering (Socialstyrelsen, 2013b).

Dödligheten i sjukdomen är hög och för många med osteoporos försämrar livskvaliteten. I en rapport från SBU, slås det fast att patienter med osteoporosfraktur är en underbehandlad grupp vad avser läkemedelsbehandling och andra åtgärder för att förebygga nya frakturer. Diagnosen osteoporos ställs sällan vid in- och utskrivning av höftfrakturpatienter. Det betyder att inte ens patienter som har drabbats av frakturer får en diagnos för den eventuellt bakomliggande sjukdomen.

Höftfrakturer står för mer än hälften av alla frakturrelaterade sjukvårdskostnader. Den totala samhällsekonomiska kostnaden för osteoporos och osteoporosrelaterade frakturer är omkring 3,5 miljarder kronor. Antalet höftfrakturer ökar bl.a. för att fler blir äldre. Bland kvinnor över 45 år är antalet årliga vårddagar i akutsjukvården för höftfrakturer högre än för t.ex. hjärtinfarkt, bröstcancer, KOL eller diabetes.

Många äldre kvinnor drabbas av osteoporos och undersökningar inom vården indikerar att kvinnor inte får ett tillräckligt bra omhändertagande

och behandling. Osteoporos är ännu ett exempel på att kvinnors sjukdomar och hälsa inte prioriteras. Ofta ses osteoporosrelaterade frakturer som en del av ett naturligt åldrande. Attityden kan vara en förklaring till bristen i diagnostisering och behandling. Att förebygga, diagnostisera och behandla osteoporos ger stora vinster för patienten, de anhöriga, de som slipper bli patienter, men också för sjukvården, kommunen och socialförsäkringssystemet. Det är därför angeläget att studera om diagnosen osteoporos ställs och behandlas efter det att äldre kvinnor vårdats p.g.a. en fraktur (Socialstyrelsen, 2013b).

Kristdemokratiska Kvinnoförbundet vill:

- Att benskörhetsmätningar ska ingå som en del i hälsokontroller av kvinnor över 50-år.
- Åtgärda bristerna i den låga följsamheten till Nationella riktlinjerna för osteoporos.

Kvinnor och endometriosis

Endometriosis är en sjukdom som idag drabbar ca 200 000 svenska kvinnor och ca 176 miljoner kvinnor världen över. Ca 60 procent av dessa kvinnor har någon form av symtom från sin sjukdom och ca 20 procent har mycket svåra symtom. Idag vet man inte orsakerna till endometriosis men en vanlig förekommande teori är så kallad retrograd mens d.v.s. när fragment från livmoderslemhinnan kommer in i buken via äggledarna. I normala fall klarar kroppen av att ta hand om denna vävnad, men i vissa fall börjar livmoderslemhinnan växa till sig utanför livmodern istället.

Endometriosis är idag en väldigt okänd sjukdom bland både sjukvårdspersonal, skolpersonal och allmänhet, vilket leder till att många endometriosisdrabbade idag inte får adekvat vård och behandling. Enligt flertalet studier tar det ca 8 år att få rätt diagnos, trots många och upprepade besök i vården. Kunskapen om sjukdomen är för dålig.

Idag ingår inte alla läkemedelskostnaderna för endometriosispatienter i högkostnadsskyddet, eftersom många av de tillgängliga behandlingsformerna räknas som preventivmedel. Något som leder till att det finns kvinnor som inte har råd med behandling p.g.a. sociala och ekonomiska skäl. Dessutom strider detta mot de svenska riktlinjer som finns för läkemedelskostnader, eftersom det gäller en sjukdom som behandlas och inte ett preventivmedel.

25-50 procent av kvinnorna med endometriosis är ofrivilligt barnlösa. Idag vet man inte varför endometriosis leder till svårigheter att bli gravid. Det finns många teorier t.ex. inflammationerna ger dålig äggkvalitet, sammanväxtingar försvårar äggets väg genom äggledarna och endometriom (endometriosis på äggstockarna). Endometriom kan vara ofrivillig barnlöshet mycket smärtsamma och en behandlingsform för endometriom är operation där endometriom kirurgiskt tas bort vilket kan ge skador på äggstockarna

vilket i sin tur leder till färre ägg och en ökad risk för ofrivillig barnlöshet. Många av endometriosisdrabbade känner sig väldigt illa behandlade, eftersom de inte blivit informerade om riskerna innan operation av endometriom, när de inser att chanserna att få barn på naturlig väg kan ha minskat.

Målet bör vara att alla endometriosisdrabbade ska få en diagnos så tidigt som möjligt i sjukdomsprocessen så att potentiellt skadliga operationer och kronisk smärta undvikas. Vid endometriom skall den drabbade snabbast möjligt få träffa en specialist, för att diskutera en bra behandlingsplan där framtida familjeplanering vägs in. Genom att t.ex. frysa ner delar av äggstock/ägg kan man förhindra att all vävnad blir förstörd av endometriosen.

Idag går det inte att bota patienter med endometriosis. Att leva med endometriosis få stora konsekvenser för den drabbade. Att leva med smärta innebär ett stort lidande och får konsekvenser både i relationer till de man lever tillsammans med men också när det gäller studier, arbetsliv och ekonomi. Hög sjukfrånvaro gör att det blir kostsamt och förståelsen från arbetskamrater och arbetsledare är viktig. Kunskapen om sjukdomen och hur det är att leva med endometriosis måste öka i samhället.

Kristdemokratiska Kvinnoförbundet vill:

- att endometriosis klassas som en folksjukdom.
- att ungdomsmottagningar uppmärksammar flickor med menstruationsbesvär i syfte att upptäcka endometriosis i tid.
- upprätta endometriosiscentrum eller endometriosteams i alla regioner för en likvärdig vård och behandling i hela landet.
- satsa på den medicinska forskningen om endometriosis.
- att all läkemedelsbehandling av endometriosis ska ingå i högkostnadsskyddet.

Kvinnor och könsstymning

Könsstymning av flickor och kvinnor är en flera tusen år gammal tradition som förekommer i en del länder i Afrika, Asien och i Mellanöstern. Traditionen kan se olika ut i olika länder och grupper. I Sverige är könsstymning av flickor och kvinnor förbjudet (Lag, 1982:316). Om man är bosatt i Sverige är det även olagligt att genomföra ingreppet utomlands.

Könsstymning innebär att man skär bort hela eller delar av de yttre könsorganen på flickor. Åldern då man utför övergreppet varierar, liksom typen av ingrepp, vem som utför det och förklaringarna kring varför man gör det. Flickor och kvinnor som har besvär på grund av könsstymning har rätt till en god vård och ett bra bemötande. Kunskap och kompetens om kvinnlig könsstymning hos personal inom vården är avgörande för att bemötandet och vården ska bli så bra som möjligt.

Könsstymning på flickor innebär allt från att man bränner eller prickar delar av könsorganen till att delar av eller hela yttre könsorganen skärs bort (Socialstyrelsen, 2014). Flickan riskerar och får då smärtor, infektioner, blödning och svåra problem med miktion, avföring, sexuallivet och barnafödande i framtiden.

Med stöd av bland annat FN:s barnkonvention har arbetet mot de skadliga ingreppen kunnat resultera i att många länder infört lagar som förbjuder könsstymning.

Enligt Socialstyrelsen är omfattningen i Sverige okänd, både vad gäller hur många som könsstymmas i landet och hur många som förs till sina ursprungsländer för att stymmas. Karolinska Institutet antar i en undersökning att en tredjedel av familjerna, som invandrat till Sverige från länder där

denna könsstymning förekommer har drabbade familjemedlemar. Brottet utförs i vissa fall på flickor så unga som i spädbarnsålder.

Det är viktigt att förebyggande arbete mot könsstymning av unga flickor prioriteras inom både BVC, Elevhälsan och landets kvinnokliniker och också verkar för att de som drabbats får vår vård och behandling.

Kristdemokratiska Kvinnoförbundet vill:

- Öka kunskapen och stärka det förebyggande arbetet mot könsstymning i kommuner och landsting
- Stärka rättsskyddet för flickor mellan 0-18 år som riskerar könsstymning.

Forskning och utbildning

Medicinsk forskning och utbildning har av tradition ofta bedrivits av och utgått från män. Det har flera orsaker. En är bristen på kvinnors deltagare i forskningsundersökningar, eftersom sådan forskning undviks vid graviditet, puberteten och klimakteriet.

Interventionsforskningen, forskning på vilka vårdinsatser som bäst minskar obefogade skillnader mellan kvinnor och män i vården, är ett annat område som behöver satsningar för att kunna erbjuda en jämställdare vård. Ett fenomen som berör interventionsforskningen är samspelet mellan vårdare och patient.

SBU konstaterar i en kunskapsutvärdering att läkare, kvinnor och män, bemöter patienter olika. De konstaterar även att kvinnor verkar föredra läkare som är kvinnor, då de anser dem bäst lämpade att ge både vård och empati (Socialstyrelsen, 2004).

Andra hälsospecifika områden det behövs forskning och utbildning kring är könsskillnader då det gäller psykisk hälsa. En genomgång av psykiatrisk forskning om psykos och kön har visat att studier i de flesta fall tolkas utifrån stereotypa uppfattningar om hur kvinnor förväntas vara och känna (SKL, 2014).

Något som är värt att uppmärksamma är Statskontorets rapport *Forskningsanslagen ur ett jämställdhetsperspektiv* (2014). De fick i uppdrag av Regeringen november 2014 att kartlägga och analysera fördelningen av anslag för forskning och forskarutbildning vid lärosäten och högskolor ur ett jämställdhetsperspektiv. Det är första gången detta skett. Deltagandet från lärosätena var frivilligt. I studien deltog 14 lärosäten, både större universitet och mindre högskolor.

Statskontoret konstaterar att kvinnor får mindre forskningsanslag. Det gäller både i absoluta termer och i förhållande till andelen kvinnor och män i den forskande personalen. Jämställdhet har endast i begränsad utsträckning varit ett kriterium när de undersökta lärosätena har fördelat sina forskningsanslag. Historiken är den styrande principen när medlen fördelas centralt, framförallt vid de stora universiteten. Detta borde uppmärksammas och åtgärdas. Kvinnors möjligheter till forskning och forskarutbildning måste vara lika sina manliga kollegors.

Kristdemokratiska Kvinnoförbundet vill:

- Att forskning ska uppmärksamma skillnader och likheter mellan män och kvinnor när det gäller vård och behandling.
- Att den medicinska forskningen ska uppmärksamma kvinnors specifika sjukdomar.
- Att fördelningen av anslag för forskning och forskarutbildning vid universitet ska beakta jämställdhetsperspektivet.

Referenser

Endometriosisföreningen

Internetmedicin.se

Kristdemokratiska Kvinnoförbundet, KDK (2011), Handlingsprogram

KvinnorKan (2013), Sociala skillnader i unga kvinnors hälsa: *En*

kunskapsammanställning

Lag (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor

Lag (2006:351) om genetisk integritet mm

Y. Forsell & C. Dalman (2004). *Psykisk ohälsa hos unga*

Socialstyrelsen (2014). Rikshandboken: *Vägledning för barnhälsovård*

SBU (2009). Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras?: *En*

systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport nr 193

Socialstyrelsen (2013a), *Folkhälsan i Sverige: Årsrapport 2013*

Socialstyrelsen (2013b), Öppna jämförelser: *Hälso- och sjukvård: jämförelser*

mellan landsting

Socialstyrelsen (2013c), *Rapport: Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn*

Socialstyrelsen (2004), Jämställd vård

Statskontoret (2014), *Forskningsanslagen ur ett jämställdhetsperspektiv (*

2014:27)

S. Määttä & K. Schenk- Gustafsson (2015), *Män kostar mer än kvinnor vid*

hjärtinfarkt och appendicit, Läkartidningen. 2015;112

Sveriges kommuner och Landsting, SKL (2014), *(O)jämställdhet i hälsa och*

vård

Vårdguiden, 1177



kd-k.se



@KDKSverige



Kristdemokratiska kvinnoförbundet

