



Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en *Lägesbeskrivning*. Det innebär att den innehåller redovisning och analys av kartläggningar och andra former av uppföljning av lagstiftning, verksamheter, resurser mm som kommuner, landsting och enskilda huvudmän bedriver inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, hälso- skydd och smittskydd. Den kan utgöra underlag för myndighetens ställningstaganden och ingå som en del i större uppföljningar och utvärderingar av t.ex. reformer och fördelning av stimulansmedel. Socialstyrelsen svarar för innehåll och slutsatser.

Förord

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp jämställdheten inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhetsområden. Huvudsakligen har uppföljningen inriktats på huvudmännens arbete de senaste tre åren – dvs. sedan Socialstyrelsen senast gjorde en genomgripande genomlysning av både hälso- och sjukvård och socialtjänst ur ett könsperspektiv, samt lämnade flera förslag på fortsatt arbete med dessa frågor.

Två arbetsgrupper svarar för uppdragets genomförande – en för hälso- och sjukvårdens områden (*Pieter Langlet, Birgitta Larsson, Evamaria Nerell, Maria Danielsson och Ingrid Schmidt*) och en för socialtjänstens (*Annika Remaeus, Eva Bergström, Maria Boustedt Hedvall, Lars Grönvik, Tora Nissen och Anders Bergh*). Ett flertal andra medarbetare vid Socialstyrelsen har bidragit med underlag och synpunkter på rapporten. Hälso- och sjukvårdsforskare *Ingeborg Björkman* har gjort en översikt över forskningen inom hälso- och sjukvården. *Maria Nord Berge* har sammanställt avsnittet om landets socionomutbildningar. *Ulla Jergeby* vid IMS har gett råd vid genomförandet av den vinjettstudie om bedömning i socialtjänsten som redovisas i rapporten. *Ingrid Schmidt och Anders Bergh* har varit projektledare för respektive arbetsgrupp och gemensamt ansvarat för det samordnande arbetet.

Det är Socialstyrelsens förhoppning att den här rapporten ska ge en övergripande bild av de senaste årens utveckling av jämställdheten inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, samt ge underlag för en fortsatt saklig diskussion i dessa frågor. Rapporten vänder sig i första hand till politikerna och verksamhetscheferna på nationell och regional nivå som genom beslut och ledarskap på olika sätt kan skapa förutsättningar för en positiv utveckling av jämställdheten i vård och omsorg. Den riktar sig även till intresserade forskare, liksom till de olika yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhetsområden, och till patient- och brukarorganisationer samt en intresserad allmänhet.

Kjell Asplund
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning och slutsatser</i>	7
Hälso- och sjukvård.....	7
Slutsatser	12
<i>Inledning</i>	14
Uppdraget.....	14
Bakgrund.....	14
Jämställdhet – ett analysperspektiv	16
Genomförande och disposition	16
<i>Huvudmännens arbete med jämställdhet</i>	18
Landstingen	18
Nationella kvalitetsregister – en uppföljning	25
Kommunerna	28
<i>Fördjupning hälso- och sjukvård</i>	36
Könsskillnader i hälsa och vård	38
Vad har hänt inom forskningen?	58
Genusperspektivet i medicinsk utbildning	69
<i>Fördjupning – socialtjänst</i>	72
Uppföljning av socialtjänstens insatser till kvinnor och män.....	72
Bedömning av män och kvinnor i socialtjänsten	88
Könsfördelning bland socialtjänstens personal	98
Arbetet för en jämställd socialtjänst inom socionomutbildningen	102
<i>Socialstyrelsens arbete för jämställdhet i vård och socialtjänst</i>	105
Förslag om Socialstyrelsens eget arbete	105
<i>Litteraturförteckning</i>	108

Sammanfattning och slutsatser

Inom såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst har arbetet med jämställdhet för patienter och brukare intensifierats under de senaste åren. Flera landsting och kommuner har uppmärksammat könsrelaterade skillnader i vård, behandling, omsorg och stöd, och arbetar allt mer aktivt med att analysera dessa. Trots den allmänt positiva trenden finns det dock stort utrymme för fortsatt förbättringsarbete.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att följa upp jämställdheten för patienter, brukare och klienter inom hälso- och sjukvården och socialtjänstens verksamhetsområden. Huvudsakligen har uppföljningen inriktats på huvudmännens arbete med jämställdhet de senaste åren. Analyser och bedömningar baseras på aktuella kartläggningar, några särskilda studier, relevant forskning samt analys av data från olika register och enkäter.

Hälso- och sjukvård

Landstingen och jämställdhet

Uppföljningen visar att landstingens engagemang för jämställdhet i vården ökat påtagligt under de senaste tre åren. Samtliga landsting hade år 2007 mål om jämställdhet för vårdtagare inskrivet i allmänna policydokument, jämfört med ungefär hälften av landstingen vid den förra kartläggningen år 2003. Arbetet med öppna redovisningar av vårdresultat och annan information verkar ha bidragit till större medvetenhet om betydelsen av att dela upp vård och verksamhetsstatistik på män och kvinnor. Häften av landstingen meddelar att de har särskilda indikatorer kopplade till jämställdhet i sitt arbete med uppföljningen av vården – jämfört med inga landsting vid frågetillfället år 2003.

I något fler årsrapporter för de nationella kvalitetsregistren görs en uppdelning på män och kvinnor jämfört med för två år sedan. Variationerna är dock ganska betydande och många rapporter innehåller fortfarande få uppgifter uppdelade på kön. Det är angeläget att analysinsatserna baserade på kvalitetsregisterdata ökar.

När det gäller särskilda utbildningsinsatser för omhändertagande av våld utsatta kvinnor finns också betydande variationer mellan olika verksamheter.

Könsskillnader i hälsa och vård – trender och lägesbeskrivningar

Skillnaden mellan kvinnor och mäns *medellivslängd* har fortsatt att minska, också under de senaste åren, men fortfarande lever män i Sverige 4,2 år kortare än kvinnor. Män har fortfarande en betydande överdödlighet i olyckor, men också i en rad sjukdomar som kan behandlas framgångsrikt inom hälso- och sjukvården (s.k. åtgärdbar dödlighet). Vidare tas män in på sjukhus betydligt oftare än kvinnor i diagnoser som både kan förebyggas och behandlas inom den öppna vården. Kvinnor har däremot avsevärt högre självräp-

porterad sjuklighet än män och gör fler läkarbesök. I samtliga åldersgrupper rapporterar kvinnor mer ångslan, oro och ångest än män, och det är särskilt oroande att den psykiska ohälsan bland unga kvinnor fortsätter att öka.

Väntetider

Det förefaller inte finnas systematiska skillnader i väntetider till behandlingar som är antingen till mäns eller kvinnors nackdel. Dock får kvinnor vänta något längre på planerade hjärtoperationer. Väntetider till behandling för prostatacancer har tidigare bedömts vara avsevärt längre än exempelvis väntetiderna för behandling av bröstcancer. Det finns dock ingen aktuell nationell statistik tillgänglig för att bekräfta detta, och det är också svårt av bland annat sjukdomsspecifika skäl att jämföra väntetider till behandling för olika typer av cancersjukdom.

Undersökning och behandling

Vårdens innehåll kan behöva formuleras mer eller mindre könsspecifikt beroende på möjliga könsskillnader ibland annat sjukdomsproblem, symtomatologi, behandlingens effektivitet, riskfaktorprofiler och så vidare.

Vid stroke vårdas kvinnor något mindre ofta på strokeenhet än män. Inom hjärtsjukvården kvarstår också vissa skillnader mellan män och kvinnor när det gäller vissa undersökningsmetoder och ingrepp. Ofta förefaller ålder i detta sammanhang vara en avgörande orsak till skillnader, vilket får som konsekvens att tillgång till undersökningsmetoder och ingrepp ser olika ut för kvinnor och män, eftersom det finns fler kvinnor i äldre åldersgrupper. Könrelaterade skillnader i hur säkra ingreppen är för kvinnor respektive män kan också spela roll.

Många grupper av *läkemedel* förskrivs i högre grad till kvinnor än till män. De mest markanta skillnaderna gäller läkemedel mot *depression* och annan psykisk ohälsa. Under de senaste åren har dock skillnaderna i behandling mellan män och kvinnor med antidepressiva läkemedel minskat något, det vill säga att något fler män nu verkar få behandling med läkemedel mot depression. Blodfettssänkande läkemedel, liksom flera andra grupper av läkemedel mot hjärt-kärlsjukdom, förskrivs fortfarande i något större utsträckning till män jämfört med till kvinnor. Detta gäller också behandling med blodförtunnande medel i samband med stroke. Förskrivningsmönstret är identifierat sedan länge, och endast marginella förändringar över tid kan noteras.

Vårdens resultat

Vid en allmän uppföljning *av vårdens resultat* för ett antal områden (till exempel hjärtintensivvård, cancervård, strokevård och ögonsjukvård) finner man generellt inga skillnader som är till mäns eller kvinnors nackdel om man studerar överlevnad, funktion eller livskvalitet. Vissa resultat är till männens nackdel: män avlider i större utsträckning än kvinnor i bland annat cancer och stroke. I andra avseenden är resultaten till kvinnornas nackdel: bland annat vad gäller ADL efter stroke och bedömning hur nöjd man är med vårdens kvalitet i samband med vård vid stroke. De analyser som finns tillgängliga inom till exempel årsrapporterna för de nationella kvalitetsre-

gistren är dock ofta relativt ytliga och analyserna tar sällan hänsyn till andra faktorer än ålder och kön. Det fortsatta arbetet med öppna redovisningar, baserade på analyser ur bland annat kvalitetsregistren, kommer sannolikt att förbättra möjligheterna att följa utvecklingen av vårdens resultat ur ett jämställdhetsperspektiv.

Uppföljning av forskning om könsrelaterade skillnader i vård och behandling

Forskningen fortsätter att peka på att vissa skillnader verkar finnas när det gäller hur kvinnor och män *blir bemötta* i vården, men också att kvinnor och män har olika sätt att uttrycka sig på och att de också *vill bli bemötta* på olika sätt. Om det här resulterar i en orättvis vård är oklart. Studier som fokuserar på vårdpersonal visar att personalen ofta är omedveten om hur könsrelaterade faktorer kan påverka behandlingen.

I studier som undersöker om den *kliniska bedömningen* påverkas av patientens och vårdarens kön är resultaten motsägelsefulla. I vissa fall kan skillnader påvisas; i andra fall inte. Några svenska studier visar konsekvenserna för män och kvinnor när det gäller *anhörigvårdare*. Studierna visar att kvinnor tar på sig en tyngre vårdbörd och att de oftare känner sig ensamma medan män som vårdar oftare är nöjda med att vårda sin partner.

Det dominerande området med genusfokus inom den *kliniska forskningen* är *hjärt-och kärlsjukdomar*. Studierna fortsätter att visa på att en del olikheter och frågor finns kvar när det gäller effekter av interventioner för att minska skillnader mellan män och kvinnor. En viktig fråga handlar om kunskapsspridning, särskilt till kvinnor om symtom på hjärtinfarkt – som i vissa avseende kan vara annorlunda än mäns.

Sammantaget visar uppföljningen ett flertal svenska, och ett stort antal internationella, studier som analyserat och påvisat skillnader mellan män och kvinnor när det gäller hälsa, vård och omsorg under de senaste åren.

Socialtjänst

Kommunerna och jämställdhet

Uppföljningen visar att det sedan år 2002 blivit vanligare att kommunerna uppmärksammar jämställdhetsperspektivet i hela eller i delar av socialtjänsten. I cirka 70 procent av kommunerna är intresset riktat mot könsskillnaderna bland personalen, och i cirka hälften av kommunerna har man under perioden 2004–2007 genomfört någon eller flera specifika åtgärder för att uppmärksamma jämställdheten mellan män och kvinnor som brukare och klienter. De vanligaste åtgärderna är att utbilda personalen i jämställdhetsfrågor, att inrätta en policy, riktlinjer eller direktiv när det gäller jämställdhet samt att ha en person eller funktion tillgänglig för råd och stöd i jämställdhetsfrågor. Det är vanligare att jämställdhetsperspektivet, både vad gäller brukare och personalen, uppmärksammas inom individ- och familjeomsorgen än inom äldre- och handikappomsorgen.

Även för länsstyrelserna – som ska bidra till att de jämställdhetspolitiska målen uppfylls – är utvecklingen positiv. I ungefär var femte verksamhets-

tillsyn är sakområdet jämställdhet uppmärksammat, vilket är en tydlig ökning sedan år 2003.

Den positiva utvecklingen sker emellertid från tidigare mycket låga nivåer när det gäller arbetet för en mer jämställd socialtjänst. Cirka hälften av landets kommuner hade under tidsperioden 2004–2007 inte uppmärksammat jämställdheten mellan män och kvinnor som brukare inom socialtjänsten och i de flesta verksamhetstillsyner som länsstyrelserna genomförde under år 2006 uppmärksammades inte jämställdhetsperspektivet alls. Utvecklingen går i rätt riktning, men ännu finns mycket kvar att göra.

Uppföljning av socialtjänstens insatser

Uppföljningen av insatser till män och kvinnor inom socialtjänstens olika områden pekar på mycket små förändringar mellan åren 2002 och 2006. De könsskillnader som tidigare rapporterats finns kvar. Samtidigt visar studien om bedömning av behov på små skillnader mellan könen. Det är svårt att konstatera vilka skillnader i insatser mellan män och kvinnor som är ett problem när det gäller jämställdhet. Analysen måste bland annat ta hänsyn till kvinnors och mäns olika livssituationer i olika skeden av livet och därmed eventuella olikheter när gäller mäns respektive kvinnors behov, och även i vilken utsträckning män respektive kvinnor efterfrågar stöd och hjälp, och i så fall vad de efterfrågar, samt i vilken grad behovsutredningen görs utifrån förutfattade meningar om hur män och kvinnor är eller inte är.

Statistikutveckling

Utvecklingen av den officiella statistiken är positiv. På flera av socialtjänstens områden kommer det framöver att finnas bättre möjligheter att göra fler och fördjupade analyser utifrån kön.

Könsskillnader bland socialtjänstens personal

Det är ett kraftigt underskott av män inom socialtjänstens olika verksamheter. Cirka 95 procent av alla vårdbiträden och undersköterskor inom äldreomsorgen, 82 procent av socialekreterarna inom individ- och familjeomsorgen och 86 procent av de personliga assistenterna inom handikappomsorgen var under hösten 2007 kvinnor. En majoritet av landets kommuner försöker på olika sätt få fler män till socialtjänstens olika områden eftersom man är övertygad om att socialtjänsten skulle kunna förbättras i olika avseenden om männen var fler. Det är emellertid få kommuner som lyckas få tillräckligt många män som söker tjänsterna som annonseras ut. Frågor ställda till landets socionomutbildningar – vars färdiga studenter finns inom socialtjänstens alla områden – visar att andelen manliga studenter är liten, något som inte heller påtagligt har förändrats under de senaste åren. Det kan alltså vara svårt för kommunerna att helt på egen hand nå målet att kraftigt öka andelen män bland personalen. En del kan kommunerna naturligtvis göra, men annat måste de göra i samarbete med andra, till exempel de som utbildar de yrkesgrupper som arbetar i socialtjänsten. Men därutöver handlar det också om att påverka mäns attityder om att arbeta i socialtjänsten, vilket både kan ta tid och kräva insatser från många av samhällets olika aktörer.

Socialtjänsten bara en del av ett större icke jämställt samhälle

Sammantaget finns flera positiva tecken. Jämställdhetsperspektivet har mer och mer börjat etablera sig och fått fotfäste inom socialtjänsten. Samtidigt framstår arbetet för en mer jämställd socialtjänst som inte helt okomplicerat. Vad man i kommunerna ska göra och hur man ska arbeta är något som kan ta tid och måste få växa fram utifrån lokala analyser av verksamheterna det handlar om. Samtidigt måste arbetet följas upp så att effekten verkligen blir positiv, sett utifrån brukarnas och klienternas perspektiv. Utöver de svårigheter som redan nämnts när det gäller att sätta mäns och kvinnors insatser i samband med deras eventuella specifika behov är socialtjänsten också ohjälpligt en del av ett större icke jämställt samhälle. När könsskillnader uppmärksammas inom socialtjänsten är det inte alltid självklart att hela lösningen finns inom ramen för socialtjänsten och dess verksamheter. Nedan följer några exempel:

- Svårigheten att rekrytera män till socialtjänstens verksamheter är ett exempel på hur problemet inte enbart ligger hos socialtjänsten, utan även i det omkringliggande samhället. Unga män ser inte arbete inom socialtjänsten som lockande. Socialtjänsten kommer därför inte heller att kunna lösa problemet helt på egen hand.
- Beroende av hur den offentliga äldreomsorgens tillgänglighet och kvalitet utvecklas påverkar den jämställdheten i samhället i stort. Minskad tillgänglighet och tvivel om kvaliteten skapar oro bland anhöriga och lägger ytterligare ansvar på deras axlar. En grupp som är och under lång tid varit utsatt är de äldres döttrar. De som redan står för majoriteten oavlönat hemarbete riskerar att belastas ytterligare. Socialtjänsten är med andra ord en viktig byggsten för jämställdhetsarbetet i stort i samhället.
- Socialtjänsten ska många gånger behandla män och kvinnor som brukare och klienter olika eftersom samhället inte är jämställt. Mäns våld mot kvinnor, kvinnors lägre löner, äldre mäns bristande kunskap när det gäller matlagning och att kvinnorna ofta överlever sina män är sådant som påverkar mäns och kvinnors behov av stöd och hjälp och som samtidigt måste innebära att socialtjänsten ska behandla män och kvinnor olika. Ibland är alltså socialtjänstens roll att den ska kompensera för orättvisor mellan män och kvinnor som har sin grund i samhället utanför socialtjänstens ramar.

Slutsatser

En viktig sida av bemötande och omhändertagande i hälso- och sjukvård och socialtjänst handlar om kunskap och medvetenhet om könsaspekter, både biologiskt och kulturellt betingade. Både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan vi se fler insatser, under de senaste åren, i syfte att öka jämställdheten mellan män och kvinnor. Det gäller exempelvis arbetet med statistik, analys och utbildning. Inom hjärtsjukvården har senare års forskning ökat kunskaperna om mäns och kvinnors delvis olika symtombild, och för gråstaroperationer har skillnader i väntetider mellan kvinnor och män minskat under senare år.

En del skillnader i hälso- och sjukvårdens bedömningar och insatser relaterade till kön har identifierats även i den här uppföljningen. Fortsatta utvecklingsinsatser är angelägna.

Samtidigt framstår arbetet för en mer jämställd vård och socialtjänst som inte helt okomplicerat. Det saknas i vissa avseende kunskap om vad en jämställd vård och socialtjänst faktiskt är. Vård och socialtjänst är delar av ett större samhälle inom vilket mäns och kvinnors liv ser olika ut. Det innebär att män och kvinnors behov av vård och socialtjänst varierar. Ibland ska vården och socialtjänsten kompensera för ojämlika förhållanden i samhället. Det handlar till exempel om olika arbetsvillkor, löner, hälsa, kvinnors och mäns olika roll i familjen och gentemot barnen osv. Det är därför angeläget att framtida forskning tar hänsyn till att vården och socialtjänsten utgör delar av samhället - som fullt ut inte är jämställt.

Jämställdhet mellan män och kvinnor – ett av flera angelägna perspektiv

Jämställdhetsperspektivet lyfter fram viktiga och angelägna frågor som om män och kvinnor verkligen har samma möjligheter att få vård, behandling och stöd utifrån delvis skilda livssituationer och behov. Perspektivet kan inverka positivt på personalens bemötande av patienter, brukare och klienter genom att bejaka dem som män och kvinnor istället för att falla in i termer av könsneutrala generaliseringar som patienter, äldre, bidragsmottagare, funktionshindrade osv. Det är därför angeläget att också utöka intresset och analysperspektiven till andra grupper. Det handlar om vård, omsorg och stöd på lika villkor till olika grupper med avseende på exempelvis socioekonomi, födelseland, ålder och sexuell läggning.

Fortsatta utvecklingsbehov

- Kvalitetsjämförelser, verksamhetsuppföljning och andra typer av utvärderingar bör i ännu större utsträckning baseras på statistik uppdelad på män och kvinnor.
- Analyserna av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resultat för män och kvinnor behöver ytterligare utvecklas och bör också inkludera andra aspekter av jämlikhet, till exempel socioekonomi och etnicitet.

- Fortsatta insatser för att förbättra hälso- och sjukvårdens omhändertagande av våldsutsatta kvinnor är angelägna.
- Effekterna av olika typer av interventioner för att minska oönskade skillnader mellan män och kvinnor inom vård och omsorg bör studeras.
- Förstärkta insatser när det gäller hälso- och sjukvårdens sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser är fortsatt angelägna. Män har en betydande överdödlighet i en rad sjukdomar som kan behandlas effektivt i hälso- och sjukvården. Samtidigt är kvinnor på olika sätt sjukare än män och besöker oftare primärvården. Både kvinnor och män gynnas av en mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande hälso- och sjukvård.
- Att ta fram goda exempel på hur man i olika kommuner har arbetat för att uppmärksamma jämställdhetsperspektivet och sprida dem för att inspirera andra kommuner till eget engagemang, men också i samarbete med andra aktörer som hälso- och sjukvården, skolan osv.

Inledning

Uppdraget

I regleringsbrevet för 2007 fick Socialstyrelsen i uppdrag att ... ”i en särskild rapport i anslutning till årsredovisningen:

- Ge exempel på hur jämställdhetsperspektivet har integrerats i myndighetens löpande arbete.
- Redovisa vilka åtgärder som vidtagits inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten för att stärka jämställdhetsarbetet.
- Identifiera områden i behov av utveckling och redovisa exempel på konkreta åtgärder för det fortsatta arbetet med att säkerställa kvinnors och mäns likvärdiga behandling inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten”.

Det nya uppdraget kommer tre år efter att Socialstyrelsen avrapporterat ett tidigare regeringsuppdrag rörande könsskillnader inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhetsområden.

Bakgrund

Det senaste decenniet har betydelsen av kön och genus i vård och omsorg fått ökad uppmärksamhet både nationellt och internationellt. Ett huvudskäl till detta är att jämställdhet mellan män och kvinnor utgör ett övergripande mål ur ett politiskt perspektiv. Detta betyder bland annat att män och kvinnor utifrån ibland olika behov skall ha lika goda möjligheter att uppnå bästa möjliga hälsa och livsvillkor genom bland annat likvärdig tillgång till sjukvård och omsorg.

Regeringsuppdraget 2002

Våren 2002 fick Socialstyrelsen i uppdrag att analysera, följa upp och redovisa könsskillnader inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhetsområden. Det stod tidigt klart att uppdraget vad gällde hälso- och sjukvårdsområdet och socialtjänstområdet hade väldigt olika förutsättningar att påbörja arbetet utifrån. När det gällde hälso- och sjukvården fanns utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården[1]. Något liknande övergripande arbete vad gällde socialtjänstområdet hade inte genomförts. Arbetet fick därför starta mycket från grunden vad gäller socialtjänstområdet. En konsekvens av detta blev att uppdraget kom att hanteras separat för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Redovisning av uppdraget gjordes i form av två separata rapporter, *Jämställd vård?*[2] och *Jämställd socialtjänst?*[3].

Slutsatser från 2002 års uppdrag

Hälso- och sjukvård

Arbetet hade sin utgångspunkt i betänkandet *Jämställd vård – olika vård på lika villkor*. Socialstyrelsens utredning redovisade allmänna hälsotrender för män och kvinnor, samt belyste tillgängligheten och vårdkvaliteten på en rad områden.

Generellt konstaterade Socialstyrelsen att det fanns kunskapsluckor på flera viktiga områden, och lämnade en rad förslag om fortsatta forskningsinsatser, bland annat inom omvårdnad, kommunikation och bemötande, klinisk forskning, samt forskning om hälso- och sjukvårdsreformer. Vid genomgång av ett flertal områden (till exempel hjärtintensivvård, strokevård och ögonsjukvård) fann utredningen inga stora skillnader mellan män och kvinnor, om vårdens resultat mäts som överlevnad, livskvalitet och funktionsförmåga. Vidare poängterades att öppna redovisningar av vårdens processer och resultat behövde intensifieras – inte bara för att följa den medicinska kvaliteten utan också för att följa utvecklingen av jämställdhet (och övriga jämlikhetsaspekter som socioekonomi, etnicitet osv.) i vården. I rapporten identifierade Socialstyrelsen också en rad områden inom vilka man kan konstatera att kvinnor i större utsträckning än män drabbas av olika kvalitetsbrister inom vården bland annat olika typer av problem relaterade till läkemedelsbehandling.

Ett ytterligare problemområde som togs upp i rapporten från 2004 var avsaknaden av systematisk kvalitetsuppföljning inom en rad breda verksamheter, som primärvård, psykiatri och smärtrehabilitering, områden där kvinnors vårdbehov ofta dominerar. Utredningen pekade på vikten av att en systematisk kvalitetsuppföljning kommer till stånd på dessa vårdområden.

Slutligen konstaterade Socialstyrelsen att det är på det förebyggande och folkhälsoinriktade området som de verkligt stora skillnaderna mellan män och kvinnor finns – män insjuknar och avlider exempelvis betydligt oftare än kvinnor i en rad behandlingsbara sjukdomar. För att minska skillnaderna menade Socialstyrelsen att sjukvården behöver anta utmaningen att verka inom ett bredare hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande fält med syfte att nå lika goda resultat som inom en rad sjukdomsbehandlande områden.

Socialstyrelsen riktade några specifika förslag till sjukvårdshuvudmännen:

- Förbättrad statistikredovisning på verksamhetsnivå.
- Utveckling av öppna redovisningar och könsuppdelade uppgifter om vårdens resultat baserade på uppgifter från bland annat kvalitetsregistren.
- Kontinuerlig fortbildning med syfte att integrera könsspecifika kunskaper om vård och behandling i det dagliga arbetet. En ökad uppmärksamhet i samspelet mellan personalen och kvinnliga respektive manliga patienter. Särskilda utbildningsinsatser till hälso- och sjukvårdspersonal om hur man bemöter våldsutsatta kvinnor.

Socialtjänst

För socialtjänstens del konstaterade Socialstyrelsen att engagemanget för jämställdhetsfrågor med brukarna och klienterna i fokus var lågt bland landets kommuner. Däremot fanns en större medvetenhet när det gällde jämställdhet med personalen i fokus. I samtliga verksamheter inom socialtjänsten är det ett kraftigt kvinnoöverskott.

Ett annat konstaterande var behovet av mer kunskap. Det behövs mer studier och forskning kring socialtjänstens olika områden utifrån ett könsperspektiv.

Ett annat område som Socialstyrelsen lyfte fram var den officiella statistiken på socialtjänstområdet. Socialstyrelsen menade att en individbaserad statistik väsentligt skulle öka möjligheterna till analyser.

Socialstyrelsen gav även följande förslag på utvecklingsområden:

- Socialtjänsten behöver utveckla ett arbetssätt för att tillämpa jämställdhetsintegrering i hela arbetsprocessen, från behov och behovsbedömning till uppföljning av resultat. Det innebär att aktivt undersöka och uppmärksamma behov av insatser hos flickor och pojkar, kvinnor och män samt följa upp insatserna och deras resultat och följder för grupperna, inte minst deras syn på bemötande, kvalitet och effekter.
- Socialtjänsten bör ha ett könsperspektiv på bemötande, biståndsbedömning och utformning av de olika verksamheterna samt i vilket skede insatserna ges och behöver ges.
- Socialtjänsten behöver utveckla arbetssätt för att uppmärksamma och stödja både kvinnors och mäns föräldraskap och för att tillämpa ett barnperspektiv, även ur ett könsperspektiv, inom alla socialtjänstens områden.

Jämställdhet – ett analysperspektiv

Jämställd vård och omsorg innebär att män och kvinnor får den vård och omsorg de behöver. Därför behöver forskningen i större utsträckning studera köns- och genusrelaterade skillnader. Vidare behöver hälso- och sjukvård och socialtjänst arbeta medvetet med köns- och genusperspektiv. Det bör leda till att personalen får bättre kunskap om köns- och genusrelaterade faktorer betydelse för kvinnors och mäns hälsa, sjuklighet, sociala och psykologiska behov, bemötande, omhändertagande och behandlingsresultat. Orsakerna till skillnader mellan män och kvinnor när det gäller hälsa, behov av vård-, omsorgs- och stödinsatser, och behandlingsresultat är komplexa och mångfasetterade, och kan förstås enbart genom analys som tar hänsyn till mäns och kvinnors olika livsvillkor, ekonomiska förutsättningar samt möjligheter till inflytande. Att ha ett könsperspektiv på vård och omsorg innebär att lyfta fram och analysera skillnader mellan män och kvinnor samt analysera dem i ljuset av mäns och kvinnors olika livsvillkor.

Genomförande och disposition

Till skillnad från regeringsuppdraget 2002 har Socialstyrelsen den här gången valt att samordna rapportering när det gäller socialtjänst och hälso- och sjukvård. Fokus inom de båda områden ligger framförallt på vad som hänt

sedan 2004, och hur huvudmännen arbetar vidare med en mer jämställd vård och omsorg.

Ett kapitel som beskriver hur huvudmännen för vård och omsorg dvs. kommuner och landsting arbetar med jämställdhetsperspektivet inleder rapporten. Fokus ligger på utvecklingen de senaste åren. Därefter följer två fördjupningskapitel – ett för hälso- och sjukvårdens område, och ett för socialtjänsten. Ett avsnitt om Socialstyrelsens arbete med att integrera ett jämställdhetsperspektiv i olika uppdrag, utredningar och i övrig verksamhet avslutar rapporten.

Huvudmännens arbete med jämställdhet

Landstingen

Uppföljningen visar att landstingens engagemang för jämställdhet i vården ökat påtagligt under de senaste tre åren. Samtliga landsting har i dag skrivningar i övergripande policydokument jämfört ungefär hälften av landstingen vid den förra kartläggningen. Arbetet med öppna redovisningar verkar ha bidragit till större medvetenhet om att dela upp vårdstatistik på män och kvinnor. Häften anger också att man har särskilda indikatorer i sitt arbete med uppföljning av vården – jämfört med inga landsting vid frågetillfället 2003. Landstingen verkar också i större utsträckning än tidigare sträva efter att arbeta med könsuppdelad verksamhetsstatistik.

När det gäller statistik och redovisning i årsrapporterna för de Nationella kvalitetsregistren visar Socialstyrelsens analys att i allt fler rapporter görs uppdelning på män och kvinnor. Fortfarande är emellertid variationerna betydande, och många rapporter innehåller mycket sparsamt med uppgifter uppdelade på kön. När det gäller särskilda utbildningsinsatser som gäller omhändertagande av våldsutsatta kvinnor visar olika undersökningar på betydande variationer mellan olika verksamheter.

Utgångspunkter för uppföljning och analys av landstingens jämställdhetsarbete i hälso- och sjukvården består av de förslag som Socialstyrelsen lämnade i *Jämställd vård?* från år 2004¹. Förslagen var i korthet följande:

- Huvudmännen skulle, före utgången av år 2004, börja utveckla handlingsplaner för könsuppdelad redovisning av: statistikredovisning av sina verksamheter uppföljning och analys av behandlingsresultat och resursfördelning.
- Redovisningen av uppgifterna i de nationella kvalitetsregistren ska vara sådana att man kan följa upp könsspecifika skillnader i behandling och vårdresultat.
- En ökad uppmärksamhet ska riktas mot samspelet mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och kvinnliga respektive manliga patienter.
- Det är angeläget med särskilda utbildningar för hälso- och sjukvårdspersonal som ger kunskap om hur man bemöter våldsutsatta kvinnor.

¹ *Jämställd vård? – Könsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen. Publicerad på www.socialstyrelsen.se, april 2004.

För att undersöka om det skett några förändringar på de områden som berörs av Socialstyrelsens fyra förslag ovan, har Socialstyrelsen låtit huvudmännen besvara två enkäter.

Jämställdhet i vården och könsuppdelad statistik

I maj 2007 sände Socialstyrelsen ut två enkäter, dels en enkät om jämställdhet i vården, dels en enkät om i vilken omfattning landstingens hälso- och sjukvårdsstatistik är könsuppdelad.

Frågorna i 2007 års enkäter är i stort samma som i enkäterna som gick ut till landstingen 2004 och som Socialstyrelsen utformade i samarbete med dåvarande Landstingsförbundet².

- Om det finns en särskild policy, särskilda riktlinjer eller direktiv som uppmanar till jämställdhets- och könsperspektiv och om de är antagna på politisk respektive tjänstemannanivå.
- Om ett jämställdhetsperspektiv är integrerat i hälso- och sjukvårdens uppföljnings- och utvecklingsarbete samt kvalitetssystem.
- Tillämpning av särskilda metoder, strategier eller arbetssätt för att kartlägga skillnader mellan män och kvinnor, och om man använder sig av särskilda indikatorer för att mäta skillnader i vården ur ett jämställdhets- och könsperspektiv.
- I vilken utsträckning man har uppmärksammat några skillnader mellan män och kvinnor när det gäller vårdresurser, vårdpraxis eller vårdens resultat.
- Vad man har gjort de senaste tre åren för att uppmärksamma skillnader i jämställdhet mellan män och kvinnor som varit i kontakt med hälso- och sjukvården.
- Om personalen har fått utbildning i jämställdhets- och könsperspektiv och vilka personalkategorier som fått utbildningen.
- Framtida planer på några särskilda insatser för att förbättra jämställdheten i vården och i så fall vad.
- Om man anser att det finns behov av att påverka personalens könsfördelning i hälso- och sjukvården. Om man gjort något för att påverka personalens könsfördelning och vad man i så fall har gjort.

Samtliga 21 landsting och regioner besvarade enkäten om jämställdhet i vården. I vissa fall hade emellertid de som svarade på enkäten lämnat enskilda frågor i enkäten obesvarade – s.k. partiellt bortfall. I vilka frågor och i vilken omfattning det var fallet framgår av redovisningen av resultaten här nedan.

Könsuppdelad statistik

I en särskild enkät om könsuppdelad statistik, som Socialstyrelsen sände till statistikansvariga inom respektive landsting ingick följande frågor:

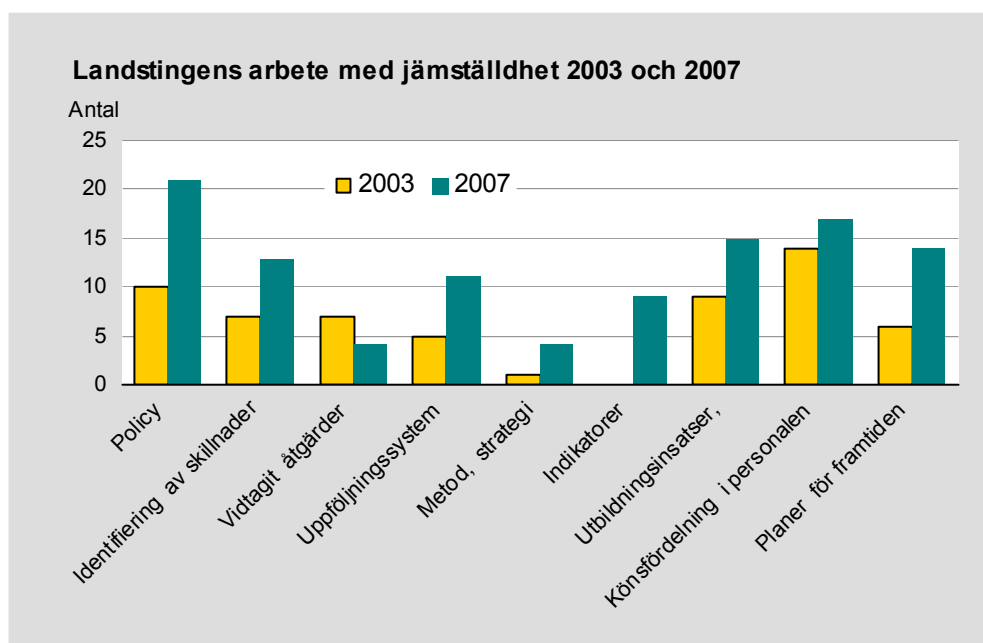
² Från och med den 1 januari 2005 samverkar Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet under ett gemensamt namn – Sveriges Kommuner och Landsting.

- Inom vilka områden förekommer könsuppdelad statistik i landstingens hälso- och sjukvårdsstatistik?
- Hur och av vem används könsuppdelad statistik över landstingens hälso- och sjukvård?

Enkäten om könsuppdelad statistik besvarades av 18 landsting/regioner – Stockholms läns landsting, Västerbottens läns landsting och Landstinget Västmanland var de landsting som inte besvarade denna enkät.

Resultaten från enkäten om jämställdhet i vården

I figuren nedan illustreras svaren på några av huvudfrågeställningarna vid de båda frågetillfällena.



Figur 1. Landstingen svar om arbete med jämställdhet i vården med särskild jämförelse mellan 2004 och 2007.

Policy om jämställdhet

Samtliga 21 landsting/regioner som besvarade enkäten om jämställdhet uppgav att de hade en särskild policy, riktlinjer eller direktiv, som uppmanar till att arbeta med jämställdhets- eller könsperspektiv i hälso- och sjukvården. Policy finns skriftligt dokumenterad i 20 landsting och var antagna såväl på politisk som på tjänstemannanivå i 15 landsting. I tre av landstingen var policyn endast förankrad på politisk nivå och i två enbart på tjänstemannanivå. Ett landsting lämnade frågan om förankring av policyn obesvarad.

Här har det skett en påtaglig förändring sedan år 2004, då endast 10 landsting uppgav att de hade en särskild policy för arbetet med jämställdhet eller könsperspektiv i hälso- och sjukvården. År 2004 var det dessutom endast sju landsting som hade en policy som var förankrad på såväl politisk som tjänstemannanivå.

Särskilda metoder och indikatorer för att kartlägga könsskillnader

Endast fyra landsting uppgav att de använder sig av en särskild metod/strategi/ett särskilt arbetssätt för att kartlägga skillnader mellan män och kvinnor när det gäller vårdresurser och vårdens resultat, medan 16 landsting uppgav att de inte gör det. Två av landstingen använder 3R-metoden och ett gör speciella analyser i samarbete med ett universitet. Ett landsting besvarade inte frågan.

År 2004 var det endast ett landsting som uppgav att de använde en särskild metod för att kartlägga skillnader mellan kvinnor och män när det gäller vårdresurser och vårdresultat.

År 2007 var det nio landsting som uppgav att de använde särskilda indikatorer för att mäta skillnader i vårdresultat ur ett jämställdhetsperspektiv. Tio landsting uppgav att de inte använder sådana indikatorer. De som uppgivit vilka indikatorer som användes uppgav medicinska/statistiska indikatorer. Två landsting besvarade inte frågan.

Jämfört med år 2004 är det en mycket stor förändring då det gäller användningen av indikatorer för att mäta skillnader i vårdresultat ur ett jämställdhetsperspektiv: 2004 var det inget landsting som uppgav att de använde särskilda indikatorer.

Resurser, praxis och resultat vad gäller kvinnor respektive män

Landstingen tillfrågades om de, sedan 2004, hade uppmärksammat några skillnader mellan män och kvinnor vad gäller vårdresurser, vårdpraxis eller vårdresultat. Tretton landsting hade identifierat sådana skillnader, sju hade inte gjort det. Ett landsting besvarade inte frågan.

De konkreta exempel på olika behandling av kvinnor och män som hade uppmärksamats var skillnader i hjärtsjukvård, läkemedelsförskrivning, väntetider, vårdtider, vårdresurser och vårdkonsumtionsmönster.

Fyra landsting uppgav att de hade gjort särskilda insatser med anledning av att de uppmärksammat att kvinnor och män behandlats olika. Exempelvis hade de, i projektform, systematiskt arbetat utifrån evidensbaserad kunskap om jämställdhet och genusmedicin. De hade också prioriterat och omfördelat resurser utifrån ett jämställdhetsperspektiv, och även följt upp den geografiska spridningen av operationer av män och kvinnor vad gäller prostataproblem respektive inkontinens.

År 2004 uppgav sju av landstingen att de hade uppmärksammat skillnader mellan män och kvinnor vad gäller vårdresurser, vårdpraxis eller vårdresultat. År 2007 hade 12 landsting uppmärksammat sådana skillnader. Resultatet indikerar en ökad medvetenhet och ökad kunskap om könsskillnader i hälso- och sjukvården.

Utvecklingen sedan 2004

Landstingen fick frågan om vad de hade gjort sedan år 2004 för att uppmärksamma eventuella brister i jämställdhet mellan kvinnor och män som kommer i kontakt med sjukvården. 16 landsting svarade att de hade genomfört insatser för att uppmärksamma eventuella skillnader. Fyra landsting svarade att de inte hade gjort något i detta avseende, ett landsting lämnade frågan obesvarad.

När det gäller de insatser som man hade genomfört sedan 2004 var särskilda projekt/aktiviteter de vanligaste – 11 landsting hade bedrivit sådana verksamheter. Nio landsting hade avsatt pengar och nio landsting hade utvecklat verksamhetens statistik. Nio landsting hade också utbildat personal i bemötande av patienter ur ett jämställdhetsperspektiv. I åtta landsting hade personalen fått utbildning som syftat till att ge könsspecifika kunskaper om vård och behandling. Sju landsting hade avdelat personal för att uppmärksamma eventuella brister i jämställdhet mellan kvinnor och män. Tre landsting uppgav att de gjort annat, bl.a. haft speciella utbildningar för chefer.

Det var en stor variation mellan landstingen när det gällde hur många av ovanstående insatser de hade vidtagit. Flest insatser hade landstingen i Värmland och Kalmar län gjort – de uppgav att de sedan 2004 vidtagit sju respektive sex olika åtgärder för att uppmärksamma brister i jämställdhet mellan kvinnor och män. Landstingen i Halland, Kronoberg, Norrbotten, Uppsala, Västerbotten, Örebro samt Västra Götalandsregionen uppgav att de hade gjort fyra till fem insatser. Övriga landsting hade gjort tre eller färre insatser.

Personalens könsfördelning

I de flesta landsting – 17 av 21 stycken – ansåg man att det fanns behov av att i något avseende påverka könsfördelningen bland personalen i hälso- och sjukvården. Samtliga landsting ansåg att man måste eftersträva en jämnare könsfördelning i hälso- och sjukvården. I så gott som samtliga landsting såg man könsfördelningen som ett generellt problem, men pekade inte ut någon speciell verksamhet eller yrkeskategori som skulle vara i större behov av förändring än någon annan.

Sedan början av år 2004 hade också 17 landsting försökt göra något för att påverka personalens könsfördelning. En majoritet – 15 stycken – uppgav att de försökt utjämna könsskillnaderna genom rekrytering. Dessa åtgärder tillämpades vanligen vid vanliga anställningar, men även speciellt på chefsnivå eller vid rekrytering av prao och sommarvikarier samt vid praktikplacering. Några landsting arbetade mer aktivt med information i skolor, via annonser, arbetsmarknadsdagar och mässor. Ett landsting (Örebro) hade ”pröva-på-veckor” för män. I några landsting försökte man via sin lönepolicy eller de anställdas löneutveckling uppnå en mer önskvärd könsfördelning. Många av de landsting som försökte påverka könsfördelningen i personalen kombinerade flera olika insatser för att uppnå detta.

Utbildningar i jämställdhet

Sedan början av år 2004 har 15 landsting erbjudit hälso- och sjukvårdspersonal utbildning med ett jämställdhets-/könsperspektiv. Fyra landsting uppgav att deras personal inte hade genomgått någon sådan utbildning. Två landsting lämnade inte några uppgifter i detta avseende.

Under den aktuella perioden hade nio landsting utbildat personalen i bemötande ur ett jämställdhetsperspektiv. Utbildning i behandling ur ett jämställdhetsperspektiv hade förekommit i sex landsting. Fyra landsting uppgav att de utbildat personal såväl i bemötande som behandling.

Två landsting hade haft utbildningar med anknytning till mäns våld mot kvinnor. I ett av dessa landsting var utbildningen riktad till barnmorskor medan den i det andra landstinget främst omfattade vårdpersonal.

I tio landsting hade personalen genomgått annan utbildning med ett jämställdhets-/könsperspektiv. Förutom speciella utbildningar till chefer och arbetsledare, var det vanligt med utbildningar som riktade sig till flera olika personalgrupper i vårdpersonalen.

I jämförelse med tidigare treårsperiod (2001–2004) tycks utbildningar med könsperspektiv ha ökat något.

Insatser för att öka jämställdheten i vården

Landstingen fick frågan om de inför framtiden planerar några särskilda insatser för att förbättra förutsättningarna för jämställdhet i vården. På denna fråga svarade 14 landsting ja. Bara tre landsting angav uttryckligen att de inte hade några sådana planer.

De insatser som planeras är t.ex. utveckling av uppföljningssystem eller statistik för behovsanalyser; utbildning av vårdpersonal och chefer, upprättande av handlingsplaner inriktade på jämställd vård, att avsätta och omfördela resurser. Dessa insatser planeras både inom ramen för den ordinarie verksamheten och i form av speciella projekt eller uppdrag.

Att döma av svaren på frågorna i enkäterna till landstingen tycks aktivitetsnivån vara mer omfattande år 2007 än år 2004 när det gäller planering av insatser för att förbättra förutsättningarna för jämställdhet i vården.

Resultaten om könsuppdelad statistik

Redovisning av könsuppdelad statistik

Av de 18 landsting som svarade på enkäten om könsuppdelad statistik kan nio anses ha en omfattande könsuppdelad vårdstatistik. Resultatet förutsätter dock en generös tolkning av enkätsvaren, eftersom det i flera av dem bara kommer fram att ”nästan all” vårdstatistik är könsuppdelad eller att den könsuppdelade vårdstatistiken är ”omfattande”. I vilken omfattning (på variabelnivå) statistiken är könsuppdelad framgår inte närmare. Andra landsting svarade att de redovisade vårdstatistik efter kön eller ”då det är relevant”. En del landsting uppgav att användarna själva kunde styra uttagen av statistik efter eget önskemål, alltså även redovisning efter kön.

Tre landsting uppgav att de tekniskt – utifrån de administrativa systemen och IT-systemen – kunde redovisa vårdstatistik efter kön, men att man bara gjorde det i begränsad omfattning eller i undantagsfall. Ytterligare sex landsting angav att deras hälso- och sjukvårdsstatistik vid tidpunkten för enkäten inte redovisades som könsuppdelad statistik eller att de var osäkra på i vilken omfattning det gjordes.

I enkäten uppgav 12 landsting att de redovisade personalstatistik efter kön, medan ett landsting sa sig kunna redovisa efter kön till viss del. Två landsting angav att personalstatistiken inte var könsuppdelad. Övriga landsting uppgav inte om de hade könsuppdelad personalstatistik.

Användningen av könsuppdelad statistik

Den könsuppdelade statistiken används bland annat för att beskriva, följa upp och planera samt styra verksamheterna i hälso- och sjukvården. Man kan göra det med hjälp av statistik över exempelvis besök, vårdtillfällen, beläggning, vårdtider och diagnoser, men även med personalstatistik av olika slag. Fyra landsting nämnde att de också utnyttjade könsuppdelad statistik i sitt jämställdhetsarbete, till exempel i utbildning av personalen.

Tio landsting angav också vilka som använde den könsuppdelade statistiken – man uppgav här då oftast politiker och tjänstemän. Andra användare som nämndes var fackliga företrädare, forskare och läkare.

Landstingens insatser för våldsutsatta kvinnor

Rikskvinnocentrumns nationella kartläggning

År 2005 gjorde Rikskvinnocentrum (RKC)³ en nationell kartläggning av hälso- och sjukvårdens arbete vad gäller att upptäcka och behandla kvinnor som utsatts för våld.⁴ Enkäter skickades till landstingsdirektörer, sjukhuschefer primärvårdsområdeschefer, akutmottagningar, psykiatriska jourmottagningar och gynekologiska mottagningar på kvinnokliniker samt till ett urval av verksamhetschefer i primärvården.

Kartläggningen visade att tre landsting hade en särskild enhet som arbetade med våldsutsatta kvinnor. Sex landsting hade en central handläggare med ansvar för våldsutsatta kvinnor. En policy/ett övergripande dokument för arbete med våldsutsatta kvinnor fanns i 11 landsting. Vårdprogram för såväl misshandlade kvinnor som för kvinnor som utsatts för sexuellt våld fanns i 11 landsting. Utbildning och övergripande projekt, med anknytning till mäns våld mot kvinnor, hade under en ettårsperiod bedrivits i 11 landsting.

Jämfört med sjukhusen, hade primärvårdsenheterna i mindre omfattning genomfört insatser för kvinnor som utsatts för våld. Akutmottagningarna hade en större beredskap att ta hand om misshandlade kvinnor, medan gynekologiska mottagningar hade större beredskap att ta hand om dem som utsatts för sexuellt våld. Vårdcentralerna var den typ av mottagning som genomgående hade lägst beredskap att ta hand om våldsutsatta kvinnor.

En relativt liten andel av samtliga mottagningar som besvarat enkäten hade rutiner för att uppdaga våld genom att fråga alla kvinnor som kommer dit om de har egna erfarenheter av misshandel eller sexuellt våld. Däremot erbjöd nästan alla mottagningar kontakt med någon annan vårdgivare eller organisation för fortsatt stöd och hjälp till kvinnor som hade utsatts för misshandel eller sexuellt våld.

³ Den 1 oktober 2006 ombildades Rikskvinnocentrum till Nationellt centrum för kunskap om mäns våld mot kvinnor (NCK).

⁴ Denna kartläggning finns publicerad i *Den svenska hälso- och sjukvårdens arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor – Nationell kartläggning*, Rikskvinnocentrum, rapportserie 2006-2, ISSN 1652-3482.

Nationella kvalitetsregister – en uppföljning

Våren 2006 genomförde Medical Management Centre (MMC) vid Karolinska Institutet en kartläggning av förekomst av könssuppleerad statistik och genusanalys i de nationella kvalitetsregistren [4]. För att undersöka om någon utveckling skett i rapporteringen har Socialstyrelsen under hösten 2007 gjort en uppföljning av kartläggningen, nu på årsrapporter publicerade två år efter den första genomgången. Det här kapitlet beskriver resultatet av den nya genomgången.

Resultat av kartläggning av årsrapporter publicerade 2005

I MMC:s kartläggning ingick årsrapporter som publicerats under 2005 och som lämnats in till Socialstyrelsen vid ansökan om finansiellt stöd och fått det beviljat för år 2006. Totalt 58 nationella kvalitetsregister fick finansiellt stöd. MMC granskade 31 register. Bland register som uteslöts fanns 21 som saknade patientdata, oftast beroende på att registren var nystartade, och 6 som behandlade könsspecifik vård som till exempel prostatacancer och bröstcancer.

Vid kartläggningen noterades om årsrapporterna innehöll

- könssuppleerad statistik gällande:
 - patientkaraktäristika (demografi, riskfaktorer, prognostiska faktorer)
 - vårdåtgärder (undersökningar, behandlingar)
 - vårdens utfall (direkt hälsorelaterade)
- något textavsnitt eller kapitel med genusanalys.

Sammanfattningsvis kan sägas att de flesta registren presenterade data om könsfördelning bland de registrerade individerna (87 procent) samt om vårdens utfall (77 procent). Många rapporter visade även statistiska analyser av könsskillnader rörande vårdåtgärder (61 procent) och vårdutfall (74 procent) medan analyser av patientkaraktäristika var mer sällsynta (19 procent). När det gällde tolkning av funna könsskillnader i löpande text gjordes det i drygt en tredjedel av rapporterna när det gällde vårdåtgärder och vårdutfall (35 respektive 39 procent), medan tolkning av skillnader i patientkaraktäristika var ännu mer ovanligt (13 procent). I 5 av registren (16 procent) fanns ett speciellt avsnitt för genusfrågor.

Ny genomgång av årsrapporter publicerade 2007

Inför genomgången av registren som gjorts hösten 2007 kontaktades SKL, som överlämnade samliga årsrapporter från nationella kvalitetsregister vilka publicerats 2007 och skickats in till SKL senast september 2007, totalt 58 stycken. Bland dessa valdes årsrapporter som hade ingått i MMC:s analys två år tidigare till noggrann analys, medan övriga register granskades mer översiktligt.

Analysen bestod av årsrapporter från 27 kvalitetsregister. Fyra rapporter kunde inte analyseras. Det berodde dels på att två av registren hade slagits ihop till ett och det nya registret hade inte kommit igång och dels på att årsrapporterna från två register inte fanns tillgängliga.

Analyserna gjordes med avsikt att göra bedömningar enligt det system som beskrivs i MMC:s rapport. Socialstyrelsen tog kontakt med en av MMC:s bedömare för att öka samstämmigheten i tolkningen. Socialstyrelsen kunde, vilket även lyfts fram i MMC:s rapport, konstatera att årsrapporternas omfattning, fokus och layout varierade stort. På grund av rapporternas olikheter var det inte alltid lätt att dra gränsen mellan vad som kunde klassas som en analys eller en tolkning i text. Dock bedömdes att en statistisk analys hade gjorts om någon faktor som till exempel förekomst av riskfaktorer inkluderats. Grundliga tolkningar i löpande text fanns sällan. Socialstyrelsen valde att klassificera rapporter som innehållande en tolkning, om någon aspekt lyfts fram som viktig i sammanhanget. Bedömningen om rapporten hade något speciellt avsnitt med genusperspektiv var också generös och gällde alla register som hade ett avsnitt med en rubrik där kön eller genus fanns med, även om avsnittet som följde var kortfattat. Resultatet av analysen presenteras i tabell 1 nedan, tillsammans med jämförande siffror från kartläggningen 2005.

Tabell 1. Resultat av den senaste genomgången av årsrapporter publicerade 2007 (n=27) samt från MMC:s kartläggning av årsrapporter publicerade 2005 (n=31). Samtliga siffror anger procentandelar.

	Patient-karakteristika		Vårdåtgärder		Vårdens utfall	
	2005 %	2007 %	2005 %	2007 %	2005 %	2007 %
Könsuppdelade data	35	52*	87	78	77	59
Köns- och åldersuppdelade	13	22*	26	33*	29	33*
Statistisk analys av könsskillnader	19	30*	61	63*	74	52
Tolkning i löpande text	13	15*	35	52*	39	52*
Behandlas i ett genusavsnitt	16	26*	16	26*	6	30*

*Ökad andel årsrapporter som har könsuppdelade data, analys, tolkning i text eller särskilt genusavsnitt jämfört med genomgången 2005.

Sammanfattningsvis visade analysen att andelen register som har ett speciellt avsnitt med genusfokus i sin årsrapport har ökat något och att fler presenterar någon form av tolkning i löpande text. Däremot tycks rådata i form av könsuppdelad statistik för interventioner och utfall ha minskat något. Det tyder på att data finns även om de inte presenteras och att när skillnad upptäcks för man fram fynden i löpande text.

Ett bestående intryck från genomgången är att rapporterna är mycket olika och det är tidskrävande att leta sig fram till *var* könsuppdelad statistik finns och *hur* analyserna är utförda, samt att den tolkning av statistiken som presenteras oftast är knapphändig. Därför välkomnas en samordning av registrens rapportering vilket skulle underlätta läsningen betydligt. Ett förslag till en gemensam modell för rapportering med genusperspektiv finns framtaget av MMC, se nedan.

Granskning av övriga årsrapporter från kvalitetsregister

En översiktlig granskning gjordes också av årsrapporterna som inte jämfördes med MMC:s genomgång. Kvaliteten på dessa rapporter varierade mycket eftersom de representerade såväl väletablerade som nystartade kvalitetsregister. Flertalet av de nystartade registren var under uppbyggnad med begränsad inrapportering av data.

Genomgången täcker samtliga register som presenterade en rapport med patientdata, totalt 16 stycken. Cirka hälften av registren visade någon form av könsuppdelad statistik över registrerade demografiska data och över vårdåtgärder, men endast ett fåtal presenterade analyser och tolkningar i löpande text. En fjärdedel av registren visade könsuppdelad statistik över vårdens utfall och lika många analyserade utfallet och presenterade tolkningar. Ett av register hade ett särskilt genusavsnitt.

Det var alltså färre rapporter i den här genomgången som presenterade könsuppdelad statistik, analys och tolkning. Dock måste det ses mot bakgrunden att många av registren var under uppbyggnad, varför rapporterna inte var fullständiga. Ofta kommenterades i texten att ytterligare analyser planerades när mer data kommit in.

Ett förslag till nya former för jämställdhetsrapportering

MMC vid Karolinska Institutet har tillsammans med Uppsala Clinical Research Centre (UCR) tagit fram en modell för jämställdhetsrapportering i kvalitetsregister [5].

I MMC:s tidigare kartläggning av kvalitetsregisters årsrapporter (se ovan) konstaterar MMC att könsuppdelade data ofta finns insamlade men att de inte kommer till användning. Att hitta bra metoder för att analysera vården ur ett jämställdhetsperspektiv är ett tidskrävande arbete för de registeransvariga. Modellen som föreslås är avsedd att underlätta arbetet genom att problematisera frågan om könsskillnader och att leda till en relevant analys. Förhoppningen är att fler register inkluderar jämställdhetsrapportering i sitt arbete samt att nivån höjs hos dem som redan har kommit igång.

Modellen beskriver man som en ansats i fem steg och innefattar strategiskt viktiga frågeställningar.

Steg 1 handlar om vårdens utfall för kvinnor och män. Det är viktigt att hitta bra mått för hälsa och man kommenterar att vissa register behöver komplettera sin utfallsregistrering. Eftersom ålder påverkar sjukdomsprognosen och därmed utfallet bör åldersjusterade data presenteras. Dessutom bör en jämförelse göras med motsvarande data för befolkningen, till exempel för död och livskvalitet.

Steg 2 handlar om medicinens praxis och ska besvara frågan om en påvisad skillnad kan bero på olika tillgång till diagnos och behandling. Även här bör data presenteras uppdelat i åldersgrupper. Huruvida vården är rättvis kräver dock ytterligare kunskaper, till exempel om hur olika behandlingsmetoder påverkar kvinnor och män, en kunskap som inte alltid finns tillgänglig. Trendanalyser över tid rekommenderas för att ge ökad förståelse av påvisade könsskillnader.

Steg 3 fokuserar riskfaktorprofiler, dvs. faktorer som kan påverka sjukdomens prognos och vårdens resultat. Man betonar att ett begränsat antal dokumenterat viktiga riskfaktorer skulle kunna räcka för en noggrann analys.

Steg 4 undersöker om urvalet till registren är likvärdigt för kvinnor och män. Ett exempel ges från RIKS-HIA: här registreras patienter som vårdats på hjärtintensivavdelning medan patienter som vårdats på vanlig vårdavdelning inte finns med, och risk finns för ojämnt urval. För att jämföra registrets patienturval kan data hämtas från patientregistret, som har en mer heltäckande registrering.

Steg 5 består av en genusmedicinsk tolkning. Syftet är att undersöka och diskutera om skillnader i vårdresultat kan bero på till exempel skillnader i riskfaktorer eller andra orsaker. Diskussionen bör också innefatta jämförelser med publicerade studier och undersökningar gjorda på närliggande datakällor.

Kommunerna

Uppföljningen visar att det blivit allt vanligare att kommunerna uppmärksammat jämställdheten mellan kvinnor och män som brukare i socialtjänsten. Det gäller både förekomst av särskild policy, riktlinje eller direktiv och vidtagna åtgärder under de senaste tre åren för att uppmärksamma jämställdheten mellan män och kvinnor som brukare. Den vanligaste åtgärden är någon form av utbildningsinsatser, följt av att inrätta policy, riktlinje eller direktiv och att ha en råd- och stödfunktion i frågor om jämställdhet och jämställdhetsarbete. Individ- och familjeomsorgen är den del av socialtjänsten där man har gjort mest när det gäller jämställdhet under de senaste tre åren.

Även när det gäller länsstyrelserna – som bland annat har i uppdrag att bidra till att de jämställdhetspolitiska målen uppfylls – kan en ökad aktivitet märkas under senare år, både när det gäller att sprida kunskap till kommunerna och i tillsynen.

Sammantaget finns det flera positiva tecken som tyder på att jämställdhetsperspektivet alltmer har börjat etablerats och fått fotfäste inom socialtjänsten, framförallt på lednings- och chefsnivå. Samtidigt ska det understrykas att cirka hälften av landets kommuner ännu inte gjort något alls för att uppmärksamma jämställdheten mellan kvinnor och män som brukare.

Kommunerna är viktiga aktörer i jämställdhetsarbetet eftersom de ansvarar för en så stor del av den offentliga servicen, omsorgen och vården. De har stora möjligheter att påverka funktioner som sätter villkoren i kvinnors och mäns vardagsliv [1]. I september 2003 gjorde Socialstyrelsen en kommunenkät för att beskriva de åtgärder kommunerna vidtagit för att främja en jämställd socialtjänst. Enkäten som Socialstyrelsen skickade till samtliga kommuner och kommundelar fick en svarsfrekvens på endast 67 procent.

Enkätundersökningen upprepades 2007, men nu som en urvalsundersökning bestående av 90 kommuner och kommundelar. Eftersom svarsfrekvensen 2003 blev låg reducerade man antalet frågor i det nya enkätformuläret samtidigt som man utökade personalfrågorna. Skälet var bland annat att fler kommuner skulle kunna svara att de gjort något, vilket i sin tur skulle kunna

öka viljan att delta i undersökningen. Svarsfrekvensen för 2007 blev 89 procent. Det innebär att resultaten är tillförlitligare än resultaten från undersökningen 2003⁵. Personalfrågorna kommer att redovisas längre fram i rapporten.

År 2003 uppgav 13 procent av kommunerna och kommundelarna⁶ att de hade antagit en särskild policy, riktlinje eller direktiv som skulle syfta till att uppmärksamma jämställdheten mellan kvinnor och män som brukare inom socialtjänsten. Tre år senare hade andelen ökat till 24 procent. Se tabell 2.

Tabell 2. Förekomst av särskild policy, riktlinje eller direktiv i kommunen som syftar till att uppmärksamma jämställdheten mellan kvinnor och män som brukare inom socialtjänsten 2003 och 2006.

Särskild policy/ riktlinje/direktiv	Andel	
	2003	2006
Ja	13 (8–18)*	24
Nej	87 (82–92)*	76

* Osäkerhetsintervall.

Källa: [1] samt egen bearbetning av enkät till kommunerna 2007.

I enkäterna frågade Socialstyrelsen också om kommunerna vidtagit åtgärder för att uppmärksamma jämställdheten mellan kvinnor och män som brukare, och i så fall i vilka delar av socialtjänsten. Se tabell 3.

Tabell 3. Andel kommuner som uppger att de vidtagit åtgärder under 2001–2003 respektive 2004–2006 för att uppmärksamma jämställdheten mellan kvinnor och män som brukare inom hela eller delar av socialtjänsten.

Åtgärder	Andel	
	2001–2003	2004–2006
Ja, hela socialtjänsten	4 (3–5)*	15
Ja, delar av socialtjänsten	14 (9–19)*	31
Nej	82 (76–88)*	54

* Osäkerhetsintervall.

Källa: [1] samt egen bearbetning av enkät till kommunerna 2007.

Jämfört med vad som tidigare uppgetts för åren 2001–2003, har andelen kommuner som svarar att de vidtagit åtgärder ökat. Enligt undersökningen hade nära hälften vidtagit åtgärder under 2004–2006. Vanligast är att man vidtagit åtgärder för en del av socialtjänsten. Det handlar då oftare om individ- och familjeomsorgen än om äldre- och handikappomsorgen⁷. Vilka är då åtgärderna kommunerna gjort?

⁵ Osäkerhetsintervall anges för de värden som är hämtade från undersökningen 2003.

⁶ Framöver kommer endast kommuner att skrivas vilket även inkluderar kommundelar.

⁷ Den 10 oktober 2007 publicerade Socialstyrelsen nyheten ”Bort med termen handikapp” på sin hemsida. I stället för handikappomsorg rekommenderas att man använda insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Eftersom många av aktiviteterna inför denna rapport redan hade påbörjats användes ordet handikappomsorg exempelvis i enkätfrågorna. Det innebär att begreppet handikappomsorg kommer att förekomma i vissa delar av texten.

Tabell 4. Andel kommuner som uppger att de genomfört olika åtgärder för att uppmärksamma jämställdheten mellan kvinnor och män som brukare inom socialtjänsten, för år 2001–2003 och 2004–2006. (Flera svar fick anges.)

Åtgärder för att uppmärksamma jämställdheten mellan män och kvinnor som brukare	Andel	Andel
	2001–2003	2004–2006
Utbildning i jämställdhet (ej analysmetoder)	1,8 (1–3)*	23
Policy/riktlinje/direktiv	8,4 (6–11)*	21
Funktion/person för råd och stöd	3,3 (2–5)*	15
Särskilda projekt	4,2 (3–6)*	14
Speciella aktiviteter	3,6 (2–5)*	13
Utbildning i analysmetoder	1,6 (1–3)*	13
Fastställt mål	1,6 (1–2)*	10
Annat	4,5 (3–6)*	4

* Osäkerhetsintervall.

Källa: [1] samt egen bearbetning av enkät till kommunerna 2007.

Tabell 4 visar att andelen kommuner som genomfört åtgärder för att uppmärksamma jämställdheten mellan män och kvinnor som brukare har ökat markant under den senaste treårsperioden. De vanligaste åtgärderna består i att genomföra utbildning i jämställdhet, att inrätta en policy, riktlinje eller direktiv, och att ha funktion eller person för råd och stöd när det gäller jämställdhet tillgänglig för verksamheterna.

Det är vanligast med åtgärder inom individ- och familjeomsorgen. Framförallt är det vanligare att man inom individ- och familjeomsorgen har genomfört särskilda projekt och speciella aktiviteter vilket nästan inte alls förekommer inom äldre- och handikappomsorgen. Exempel på särskilda projekt är: kvinnofridsprojekt, pojkkprojekt och pappaprojekt. Det finns också projekt som riktar sig specifikt till missbrukande och misshandlade kvinnor. Exempel på speciella aktiviteter är: samtalsgrupp för tjejer respektive killar på gruppboenden, killmottagningskvällar på ungdomsmottagning och kvinnogrupp för att ta hand om psykiskt funktionshindrade kvinnors speciella svårigheter.

Enkäten innehöll även en fråga om kommunen använder någon speciell strategi- eller analysmetod. Det var få – drygt var tionde kommun – som uppgav att de gör det. Ingen metod dominerar utan de som omnämns är ”Trappan”, 3- och 4R-metoden, JämKAS Bas och JämKAS plus. Några kommuner nämner också nyckeltal samt Socialstyrelsens *Ett första steg mot en jämställd socialtjänst!*. Svaren ger ingen vägledning om i vilken omfattning eller hur systematiskt metoderna används.

Även om mer än hälften av kommunerna inte gjort något för att uppmärksamma jämställdheten, pekar årets undersökning på en tydlig ökning. Ökningen gäller både förekomst av policy, riktlinjer och direktiv samt åtgärder för att uppmärksamma jämställdheten mellan män och kvinnor som brukare. Samtidigt är det svårt att utifrån svaren på enkätfrågorna utläsa i vilken utsträckning brukarna får del av eller märker av den ökade uppmärksamheten. Följande citat hämtade från enkäten illustrerar det:

I budget 2008 är ett prioriterat mål följande: För att omsätta kunskap till handling ska förvaltnings- och bolagsledningarnas samt övriga chefers och nyckelpersoners

kunskaper i genusfrågor öka. Vi har genomfört utbildningsinsatser för all ledningspersonal.

Vi vet genom att ha tagit del av olika studier att brukare/klienter kan få olika bedömning av insatser. Vi har dock ännu inte mäktat med att analysera och föreslå åtgärder utifrån hur det ser ut hos oss.

Vi tänker stimulera äldre herrar att lära sig laga mat och städa. Detta kommer, om det går i lås, att anordnas i studiecirkelform. Inflödet kommer bl.a. att ske via biståndshandläggarna som stöter på behov av hjälp med matdistribution eller städning mest utifrån att man aldrig sysslat med detta.

Kommunerna som säger sig ha uppmärksammat jämställdheten mellan brukarna inom socialtjänsten är i olika faser. Det handlar om en process, från insikt om värdet av jämställdhetsarbete inom socialtjänsten, om behov av kunskap om socialtjänsten ur ett jämställdhetsperspektiv i organisationens olika delar och nivåer till att ha genomfört analyser och börjat omsätta de nyvunna kunskaperna och insikterna i praktisk handling. Den ökade medvetenheten om socialtjänsten utifrån ett jämställdhetsperspektiv är alltså något som ännu inte kan sägas genomsyra verksamheten och därmed få några större konsekvenser för män och kvinnor som brukare och klienter inom socialtjänsten. Istället verkar medvetenheten – enligt enkätsvaren – vara i ett skede där den är på väg att etableras och få fotfäste framförallt på lednings- och chefsnivå. Samtidigt är det långt ifrån alla kommuner som ännu gjort något alls inom området.

Länsstyrelserna

En viktig aktör när det gäller en jämställd socialtjänst är länsstyrelserna. Deras uppgift är bland annat att bidra till att de jämställdhetspolitiska målen uppfylls. I Socialstyrelsens rapport 2004 konstaterar Socialstyrelsen följande: Jämställdhetsaspekten är inte ett prioriterat område hos länsstyrelsernas sociala enheter. Det medför att man har begränsad kunskap om jämställdhetsarbetet i kommunerna [3].

För att ta reda på vad man gjort från länsstyrelsernas sida under de tre senaste åren skickades en enkät ut till landets 21 länsstyrelser under senhösten 2006. I tabell 5 redovisas resultatet⁸ översiktligt.

Tabell 5. Länsstyrelsernas aktiviteter för en jämställd socialtjänst under åren 2004–2007, samt om man planerar något inför 2008

Aktivitet	Ja	Nej
Initierat aktivitet sedan 2004 för att främja kvinnors och mäns likvärdiga behandling som <i>brukare och klienter</i>	17	3
Initierat aktivitet sedan 2004 för att främja att könsfördelningen bland socialtjänstens <i>personal</i> förändras	2	18
I tillsynen beaktat mäns och kvinnors likvärdiga behandling som <i>brukare och klienter</i>	19	1
I tillsynen beaktat könsfördelningen bland <i>personalen</i> inom socialtjänsten	14	5
<i>Planerar</i> länsstyrelsen att under 2008 göra något inom området	18	2

Källa: Egen bearbetning av enkät till länsstyrelserna 2007.

⁸ 20 av landets 21 länsstyrelser svarade på enkäten.

En klar majoritet av länsstyrelserna har uppgivit att de under åren 2004–2007 arbetat för att sprida kunskap om jämställdhet inom socialtjänsten och även i sin tillsyn beaktat ett jämställdhetsperspektiv. Nedan en mer detaljerad sammanställning över vad länsstyrelserna har gjort.

Aktiviteter för att främja kvinnors och mäns likvärdiga behandling som brukare och klienter samt personalens könsfördelning

Den vanligaste aktiviteten har varit att länsstyrelsen enskilt eller tillsammans med närliggande länsstyrelser har arrangerat konferenser, studiedagar eller seminarium på temat jämställd socialtjänst. Jämte kunskapsförmedling om hela socialtjänstområdet utifrån ett jämställdhetsperspektiv har också jämställdhetsintegrering ofta varit ett återkommande tema vid sammankomsterna.

Målgruppen för aktiviteten har framförallt varit politiker, chefer inom socialtjänsten samt länsstyrelsens egna socialkonsulenter. Ofta har länsstyrelsens jämställdhetsexpert (eller motsvarande) tillsammans med någon eller några personer som arbetat med frågan vid Socialstyrelsen medverkat och föreläst om rapporten *Jämställd socialtjänst?* samt meddelandebladet *Ett första steg mot en jämställd socialtjänst!*

Länsstyrelsen i Gävleborg beskriver att man inom ramen för regeringens satsning på insatser för våldsutsatta kvinnor samt hedersrelaterat våld och förtryck stödjer utvecklingsarbetet inom socialtjänsten. Det handlar framförallt om stöd i form av utbildning av personalen i individ- och familjeomsorgen.

Bland länsstyrelsernas svar märks även mer specifikt inriktade konferenser och temadagar då intresset har fokuserats exempelvis till kvinnor och missbruk, ekonomiskt bistånd, mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld. Länsstyrelsen i Dalarna skriver att de har ordnat en konferens kring HTB (homo-, trans- och bisexuella personer) och varit medarrangör i ytterligare två HTB-konferenser tillsammans med Gävleborgs län⁹.

Det är få länsstyrelser som uppger att de initierat någon aktivitet när det gäller personalens könsfördelning i socialtjänsten. Länsstyrelsen i Södermanland rapporterar att de inom ramen för det ESF-projekt¹⁰ man drivit ”Jämställd äldre- och handikappomsorg” haft ett visst utrymme också för personalens könsfördelning.

Beaktande av mäns och kvinnors likvärdiga behandling som brukare och klienter samt personalens könsfördelning i tillsynen

Med uppgifter hämtade från den nationella databasen för social tillsyn är det möjligt att få en bild av i vilken omfattning området jämställdhet beaktas vid länsstyrelsernas verksamhetstillsyn av socialtjänsten.

⁹ I Socialstyrelsens rapport *Vård och omsorg om äldre* uppmärksammas gruppen äldre med annan sexuell läggning [2]. Underlagsrapporten heter *Det dubbla utanförskapet – Mångfald och sexuell läggning bland äldre* [3].

¹⁰ EFS står för Europeiska fackliga samorganisationen.

Tabell 6. Antal verksamhetstillsyner, antal av dessa och andel av samtliga verksamhetstillsyner, där ett av granskningsområdena varit jämställdhet under åren 2003–2007.

	2003	2004	2005	2006	2007
Antal (verksamhetstillsyn)	2 320	2 926	1 940	1 846	2 575
Antal av dessa där jämställdhet beaktats	77	128	169	245	528
Dess andel av samtliga verksamhetstillsyner	3,3	4,3	7,7	13,3	20,5

Källa: Nationella databasen för social tillsyn

Tabell 6 visar att det blivit vanligare under senare år att jämställdhet varit ett granskningsområde vid länsstyrelsernas verksamhetstillsyn. Omfattningen av granskningsområdet jämställdhet eller vad man mer konkret har gjort i respektive tillsyn säger siffrorna däremot inget om. Det kan handla om allt från att jämställdhet varit integrerad i tillsynens alla delar till att någon enskilda fråga ställts när det gäller policy eller personalens könsfördelning i samband med tillsynen.

Utifrån de beskrivningar man gjort med egna ord i enkätsvaren, kommer vissa projekt och områden fram som nämns av flera länsstyrelser. Det handlar dels om ”Barnuppdraget”¹¹ där behandlingen av flickor och pojkar i flera sammanhang belyses ur ett könsperspektiv. Flera länsstyrelser nämner att de deltar i ett projekt för att främja jämställdheten i äldreomsorgen. Det hela är ett initiativ från Jämstöd¹². Tillsammans har man tagit fram verktyg (metoder) samt en broschyr¹³ som beskriver de nationella målen för jämställdhetsintegrering. Bland aktiviteterna märks frågor till personal, chefer, boende och brukare som sedan ska analyseras och sammanställas i en nationell rapport. Om resultatet från arbetet blir bra avser man att sprida metoderna vidare till andra länsstyrelser samt till handikapp- samt individ- och familjeområdet.

Förutom dessa specifika aktiviteter varierar det från länsstyrelse till länsstyrelse i vilken omfattning jämställdheten är integrerad i tillsynen. Nedan följer några citat från enkäten:

Till viss del, fast mest indirekt. Frågor ställs om hur män respektive kvinnor får sina behov tillgodosedda i den tillsynade verksamheten. Vi har inte gjort några egna kartläggningar över hur det ser ut för män respektive kvinnor. (Länsstyrelsen i Blekinge)

Länsstyrelsen har vid tillsyn avseende kommunernas alkoholtillsyn haft frågeställningar rörande: Huruvida personer med invandrarbakgrund, kön och funktionshinder har svårigheter vad gäller tillgänglighet, behandling eller särbehandling utifrån

¹¹ Barnuppdraget är ett regeringsuppdrag som innebär att länsstyrelserna ska göra en genomgripande tillsyn av socialtjänstens verksamheter för barn och unga. Tillsynen ska genomföras under åren 2006 och 2007.

¹² JämStöd ska informera om, utforma utbildningar i, utveckla metoder för jämställdhetsintegrering samt skapa forum för erfarenhetsutbyte mellan myndigheter. Kommittén tillhör Näringsdepartementet. Mer information finns på: www.jamstod.se

¹³ Broschyren heter *Äldre är också män och kvinnor* och kan laddas ner via: www.ab.lst.se/templates/InformationPage___3793.asp

kön vid krogbesök. Länsstyrelsen har i sin verksamhetstillsyn "aktiviteter på särskilda boenden" ställt frågor till verksamhetschefen och personalen rörande: Hur män respektive kvinnors olika behov av aktiviteter tillgodoses? Finns det någon skillnad på mäns respektive kvinnors önskemål om aktivering? Är aktiviteterna utformade för både män och kvinnor? Fråga till boende: Är innehållet i erbjudna aktiviteter utformade både för män och kvinnor? (Länsstyrelsen i Halland)

Frågan tas upp i vår tillsyn och resultaten redovisas könsfördelade. Tillsyn har gjorts i en kommun av om det finns skillnader i vilka öppenvårdsinsatser pojkar respektive flickor erbjuds. I en tillsyn av HVB för vuxna missbrukare uppmärksammades särskilt kvinnornas situation. (Länsstyrelsen i Jönköping)

Vid genomförandet av viss tillsyn har särskilda frågeställningar kring kön tagits upp. Det gäller t.ex. i tillsyn av rekrytering av kontaktpersoner enligt LSS (2004) för att belysa de olika behov som kvinnor resp. män kan ha. /.../ Resultat av tillsyn och kartläggningar presenteras som regel könsuppdelat, det gäller t.ex. en kartläggning av lanthandels betydelse för äldre, kartläggning och analys av ansökningar och beslut om vård enligt LVU och sammanställning av domar enligt LSS och LVM. (Länsstyrelsen i Kronoberg)

I alla intervjuer och enkäter till brukare i äldreomsorgen anges om den som svarar är man eller kvinna. Vi analyserar sedan svaren utifrån ett genusperspektiv. I den mån vi märker skillnader så har vi kommenterat detta. P.g.a. tidsbrist har vi dock svårigheter att analysera i full omfattning. Även inom områdena individ och familj och handikapp så använder vi oss av könsuppdelad statistik. (Länsstyrelsen i Västra Götaland)

För att kunna arbeta med jämställdhetsaspekter utifrån en gemensam kunskapsbas, har alla socialkonsulenter genomgått Jämka's Basutbildning. Det område vi kunde identifiera som gemensamt var våld mot kvinnor. (Länsstyrelsen i Stockholm)

Beskrivningarna är både färre och kortare när det handlar om i vilken omfattning personalens könsfördelning uppmärksammas vid tillsyn. Det som flera länsstyrelser nämner är att frågor ställs om personalens könsfördelning vid verksamhetstillsyn. Länsstyrelsen i Örebro har till exempel vid sin verksamhetstillsyn inom området handikapp lyft fram könsfördelningen bland personalen i särskild bostad. Några länsstyrelser har också efterfrågat hur kommunerna arbetar för att uppnå en jämnare könsfördelning i verksamheterna.

Planerar länsstyrelsen att under 2008 göra något inom området?

Svaren beskriver en fast ambition att fortsätta ställa frågor om jämställdhet vid tillsyn och verka för, samt synliggöra värdet av, jämställdperspektivet på olika sätt. Nedan följer exempel på vad några länsstyrelser planerar att göra:

Arbetet med att integrera ett jämställdhetsperspektiv måste vara en fortgående process. Sociala funktionen kommer därför att fortsätta arbetet gentemot kommunerna och genom seminarier ge metoder om hur kommunerna själva kan arbeta med frågan t.ex. hur könsuppdelad statistik kan användas, metoder för att analysera t.ex. 3R och också visa på goda exempel. Länsstyrelsens jämställdhetsexpert kommer kontinuerligt att delta i detta arbete. (Länsstyrelsen i Blekinge)

Det blir en prioriteringsfråga vid upprättande av tillsynsplanen för året. Att göra en kartläggning av kommunernas övergripande arbete med "jämställd socialtjänst" främst inom äldreomsorgen och omsorgen om funktionshindrade finns med i diskussionerna. (Länsstyrelsen i Jämtland)

Äldreomsorgskriterierna för jämställdhet kommer att användas inom Äldreomsorgs och HO/OF tillsynen. (Länsstyrelsen i Södermanland)

I varje projektplan som tas fram för verksamhetstillsyn tas ställning till hur jämställdhetsperspektivet ska hanteras. Under 2008 kommer mäns våld mot kvinnor att ha en framskjuten plats i såväl det granskande som det främjande arbetet. Länsgruppen för Kvinnofrid ska ordna en konferens om våld mot funktionshindrade kvinnor. (Länsstyrelsen i Jönköping)

Länsstyrelserna inbjöd presidier samt förvaltningschefer till ett frukost- och förmiddagsmöte i december 2007 för att informera om och stödja jämställdhetsintegreringen inom socialtjänsten. Intresset var dock så svalt att mötet fick ställas in. Enligt planerna ska ett nytt försök göras i mars 2008. (Länsstyrelsen i Kronoberg)

Den rapport från jämställdhetsarbetet i äldreomsorgen som vi kommer att skriva kommer att ligga till grund för det fortsatta arbetet. Om resultatet av det projekt som genomförts i tillsynen av äldreomsorgen har fallit väl ut så kommer det att överföras till andra sakområden i tillsynen. (Länsstyrelsen i Västra Götaland)

Den väg man vid flertalet av länsstyrelserna redan har slagit in på, tänker man också fortsätta på. Samtidigt finns det hinder – det kan handla om allt från att hävda jämställdhetsperspektivet när prioriteringar måste göras till att få målgruppen man vill nå för att ge stöd i arbetet med jämställdhetsintegreringen i socialtjänsten att komma till aktiviteterna man ordnar.

Fördjupning hälso- och sjukvård

I det här avsnittet beskrivs utvecklingen inom några områden som är viktiga för utvecklingen av jämställdhet i vården. Fokus ligger på tidstrender och särskilt på vad som hänt de senaste åren. Uppföljningen följer i stort sett de förslag och områden som togs upp i Socialstyrelsens utredning från 2004 [1].

Några begrepp

Det finns många olika termer och begrepp på jämställdhetsområdet: genus, kön, könsroll, jämställdhet och jämlikhet. Jämlik vård är en av de sex dimensionerna för ”god vård” och är därmed ett centralt uppföljnings- och analysperspektiv [2]. *Jämställdhet* i sin tur är en dimension av *jämlikhet* och syftar på likvärdighet mellan män och kvinnor.

Begreppet genus avser oftast *den kulturella tolkningen* av skillnader mellan könen. I det här avsnittet används begreppen kön och genus omväxlande med varandra. Kön används främst när sammanhanget gäller biologiskt kön och genus när sammanhanget avser att inkludera också betydelsen av sociala och kulturellt betingade livsvillkor.

Det finns ingen enkel och entydig definition av begreppet *jämställd vård*. Det kan betyda att såväl kvinnor som män, oavsett ålder, socioekonomisk bakgrund och etniskt ursprung har tillgång till vård av god kvalitet på lika villkor. En rad faktorer kopplade till mäns och kvinnors delvis olika villkor i samhället, som till exempel ekonomi, utbildningsnivå, kunskaper, attityder, värderingar samt förväntningar kan påverka benägenheten att söka vård, tillgängligheten av vården, bemötandet, det kliniska beslutsfattandet, och resultaten av vårdens insatser.

Disposition, datakällor och metoder

Kapitlet är uppdelat i tre avsnitt:

- Könsskillnader i hälsa och vård – övergripande beskrivningar av könsskillnader avseende trender i hälsa, tillgänglighet och vårdens resultat. Källorna har huvudsakligen varit Socialstyrelsens hälsodataregister och nationella kvalitetsregister.
- Uppföljning av några centrala forskningsområden. En bred litteratursökning har genomförts omfattande åren 2004–2007¹⁴. Utgångspunkten för uppföljningen har varit de förslag om fortsatt forskning som lämnades i Socialstyrelsens rapport 2004 [1].
- En uppföljning av jämställdhet samt genus- och könsperspektivet i de medicinska grundutbildningarna. En kortfattad uppföljande enkät

¹⁴ Litteraturstudien är utförd av hälso- och sjukvårdsforskare Dr Ingeborg Björkman. Avsnittet som är inkluderat i rapporten har granskats av professor Birgitta Hovelius, vetenskapligt råd vid Socialstyrelsen.

om hur genus- och könsperspektivet har integrerats har distribuerats till samtliga lärosäten för medicinska grundutbildningar i samarbete med Högskoleverket.

Könsskillnader i hälsa och vård

Könsskillnaden i *medellivslängd* har fortsatt att minska, men fortfarande lever män i Sverige 4,2 år kortare än kvinnor. Män har fortfarande en betydande överdödlighet i olyckor, men också i en rad sjukdomar som kan behandlas framgångsrikt inom hälso- och sjukvården (s. k. åtgärdbar dödlighet). Män har betydligt fler vårdtillfällen på sjukhus jämfört med kvinnor i diagnoser som både kan förebyggas och behandlas inom den öppna vården.

Kvinnor har högre självrapporterad sjuklighet än män och gör oftare läkarbesök i samtliga åldersgrupper rapporterar kvinnor mer *ängslan, oro och ångest* än män, och det är särskilt oroande att den psykiska ohälsan bland unga kvinnor fortsätter att öka.

Många grupper av läkemedel förskrivs i högre grad till kvinnor än till män. De mest tydliga skillnaderna gäller läkemedel mot *depression* och annan psykisk ohälsa, samt smärtstillande läkemedel. Under de senaste åren har dock skillnaderna i behandling mellan män och kvinnor med antidepressiva läkemedel minskat något, dvs. något fler män verkar nu få behandling med läkemedel mot depression.

Det finns vissa men inga systematiska skillnader mellan kvinnor och män i väntetider till behandlingar, som är till mäns eller kvinnors nackdel. Kvinnor vårdas något mindre ofta på strokeenhet än män, och har också något längre väntetider till exempelvis planerade hjärtoperationer.

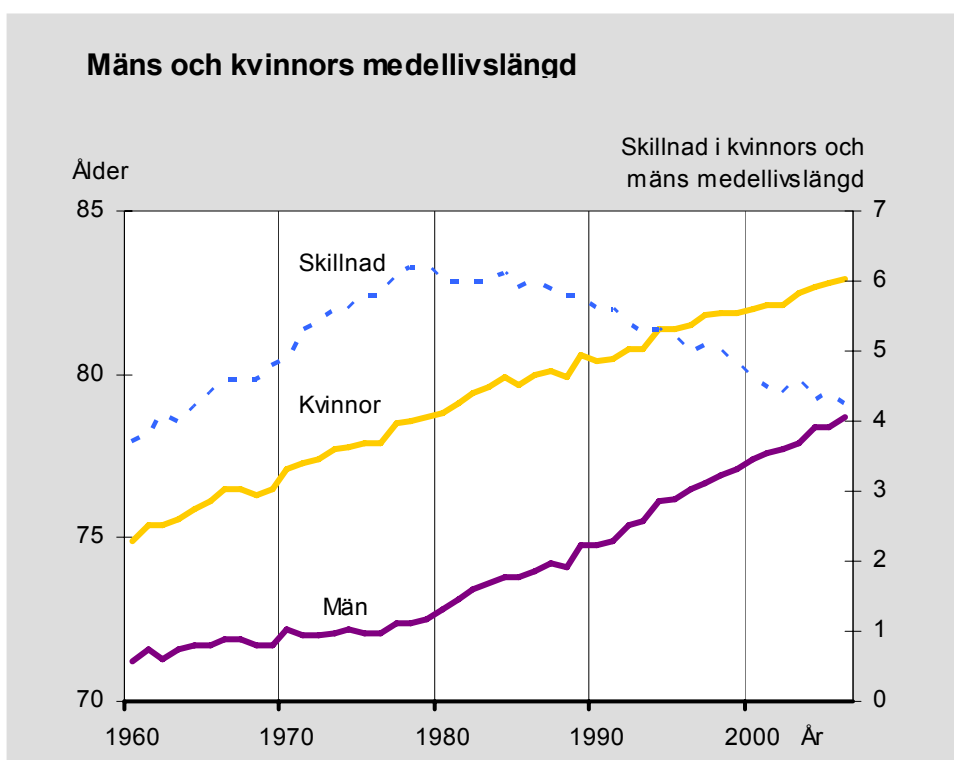
Blodfettssänkande läkemedel, liksom flera andra grupper av läkemedel mot hjärt- och kärlsjukdom, förskrivs fortfarande i något större utsträckning till män. Förskrivningsmönstret är identifierat sedan länge, och endast marginella förändringar över tid kan noteras. Faktorer som skillnader mellan män och kvinnor i biverkningar och effekt kan troligen förklara en del av skillnaderna.

Vid en genomgång av ett flertal områden (till exempel hjärtintensivvård, strokevård och ögonsjukvård) finner man inga stora skillnader mellan män och kvinnor, om *vårdens resultat* mäts i termer av *överlevnad* eller *funktionsförmåga efter behandling*.

Skillnader i livslängd och hälsa mellan män och kvinnor

År 2006 var den förväntade medellivslängden 82,9 år för kvinnor och 78,7 år för män, en skillnad på 4,2 år mellan könen. Under 1960- och 1970-talet ökade könsskillnaderna i medellivslängd (figur 2). Omkring 1980 vände dock utvecklingen och könsskillnaderna i medellivslängd minskade. Huvudanledningen till att könsskillnader i medellivslängd minskat sedan 1980 är att mäns risk att dö i hjärtsjukdomar minskade kraftigt efter att tidigare ha ökat. Kvinnors risk att dö i hjärt- och kärlsjukdomar minskade kontinuerligt under hela perioden 1960–2006. Under de senaste 25 åren har dessutom risken att dö i alkoholrelaterad sjukdom, självmord och olycksfall minskat för både kvinnor och män. Effekten blir större på mäns medellivslängd eftersom dessa dödsorsaker är vanligare bland män, varje procents minskning innebär att fler män än kvinnor räddas till ett fortsatt liv.

Det har blivit vanligare att drabbas av cancer, bland både män och kvinnor. Tack vare tidig upptäckt och förbättrad behandling har dödligheten i cancer emellertid inte ökat utan varit ganska oförändrad sedan 1980 för både kvinnor och män, och har alltså inte påverkat könsskillnaderna i medellivslängd. Beträffande lungcancer har utvecklingen varit olika mellan kvinnor och män. Lungcancerdödligheten bland kvinnor ökade under hela perioden 1960–2006. Bland män har lungcancer dödligheten minskat sedan 1980-talets början. Lungcancer är dock fortfarande vanligare bland män. Lungcancer är en sen effekt av rökning. Andelen rökare bland män har minskat sedan slutet av 1960-talet då närmare varannan man rökte, medan andelen rökare bland kvinnor minskade först från slutet av 1970-talet då drygt var tredje kvinna rökte.



Figur 2. Förväntad medellivslängd vid födseln 1960–2006 för kvinnor och män (vänster axel). Skillnad i antal år mellan kvinnor och mäns medellivslängd mellan 1960–2006 (höger axel).

Könsskillnaderna i medellivslängd påverkas i Sverige främst av könsskillnader i dödsrisker bland medelålders och äldre eftersom få dör i yngre åldrar. Den relativa skillnaden mellan män och kvinnors dödsrisker, dvs. hur många gånger vanligare det är att män avlider än att kvinnor gör det, är större bland yngre än bland äldre (fig 2).



Figur 3. Mäns relativt högre risk att avlida i olika åldrar jämfört med jämnåriga kvinnor. Genomsnitt för åren 2000–2004, Sverige. Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

De relativa könsskillnaderna blir tydliga först under tonåren och är som störst i 20-årsåldern. Män som är 24 år hade fyra gånger större risk att avlida jämfört med jämnåriga kvinnor, vilket framförallt förklaras av att dödligheten i trafikolyckor är högre bland unga män, jämfört med andra åldersgrupper bland både män och kvinnor (figur 3). Självmord är en annan betydande orsak till mäns överdödlighet ända upp i 40-årsåldern, innan hjärtkärlsjukdomarna börjar bli den viktigaste orsaken till könsskillnader i livslängd. Mellan 30 och 80 års ålder har män 1,5 till 1,7 gånger högre dödlighet jämfört med kvinnor.

Skillnader i sjuklighet och levnadsvanor

Trots att kvinnor lever längre än män, är kvinnor i flera avseenden sjukare än män. Framförallt är det vanligare att kvinnor lider av värk och nedsatt rörelseförmåga. Det finns också stora skillnader beträffande det psykiska välbefinnande (tabell 7).

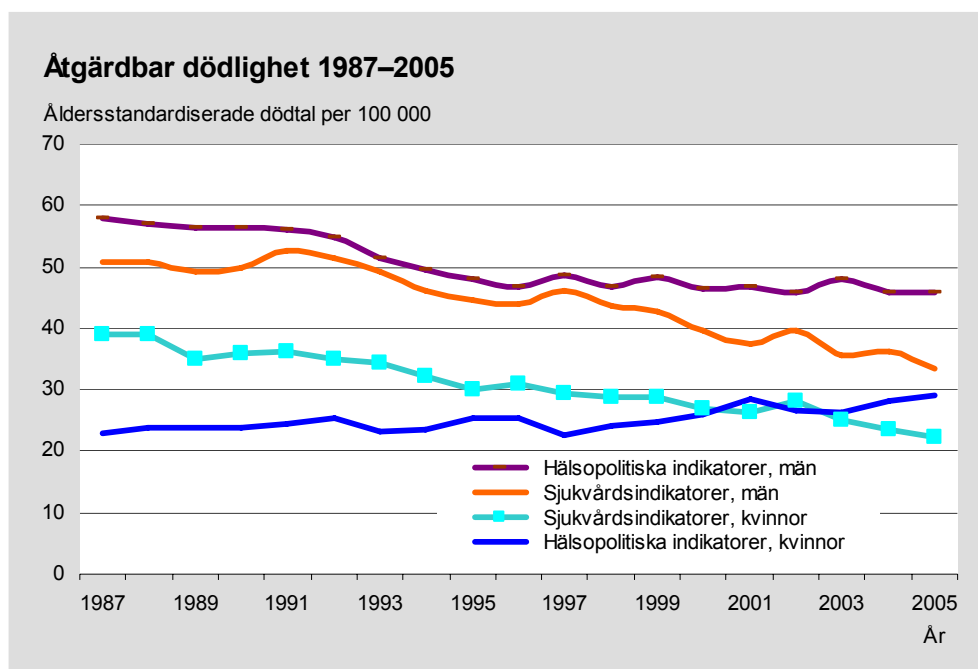
Tabell 7. Andelen (procent) kvinnor respektive andelen män i åldern 16–84 år som uppger sig ha nedanstående besvär enligt SCB:s ULF-undersökningar. Genomsnitt för åren 2004–2006.

	Kvinnor	Män	Skillnad mellan män och kvinnor
Har besvär med sömnen	31	20	11
Ängslan, oro	26	14	12
Besväras av huvudvärk	19	10	9
Trött för jämnan	13	8	5
Värk i skuldror	51	34	17
Ländryggssmärter	41	33	8
Nedsatt rörelseförmåga	19	12	8
Har rörelsehinder	8	5	3
Nedsatt syn	1	1	0
Nedsatt hörsel	11	15	-4
Överviktig	36	52	-16
Feta	9,5	10,5	-1
Motionerar regelbundet	63	60	3
Röker dagligen	17	13	4
Snusar dagligen	3	24	-21
			-21
Långvarig sjukdom	52	47	6
3 eller fler långvariga sjukdomar	12	9	4
Läkarbesök	42	36	6
Behov av vård flera gånger men ej sökt	6	5	1

Övervikt (BMI = 25–29) är betydligt vanligare bland män, medan könsskillnaden är mindre beträffande fetma (BMI = 30 eller högre). Andelen som röker är större bland kvinnor än bland män. Det är dock betydligt fler män som snusar, vilket sammantaget innebär att det är fler män än kvinnor som brukar tobak dagligen. Det är, å andra sidan, vanligare bland kvinnor, att ha en långvarig sjukdom och att ha flera sjukdomar samtidigt. Andelen som besöker läkare är större bland kvinnor. Ändå är andelen som *inte* sökt läkare, trots upplevt behov, något större bland kvinnor. Ovanstående beskrivning av sjuklighet och levnadsvanor speglar den genomsnittliga könsskillnaden i hela åldersgruppen 16–84 år.

Åtgärdbar dödlighet

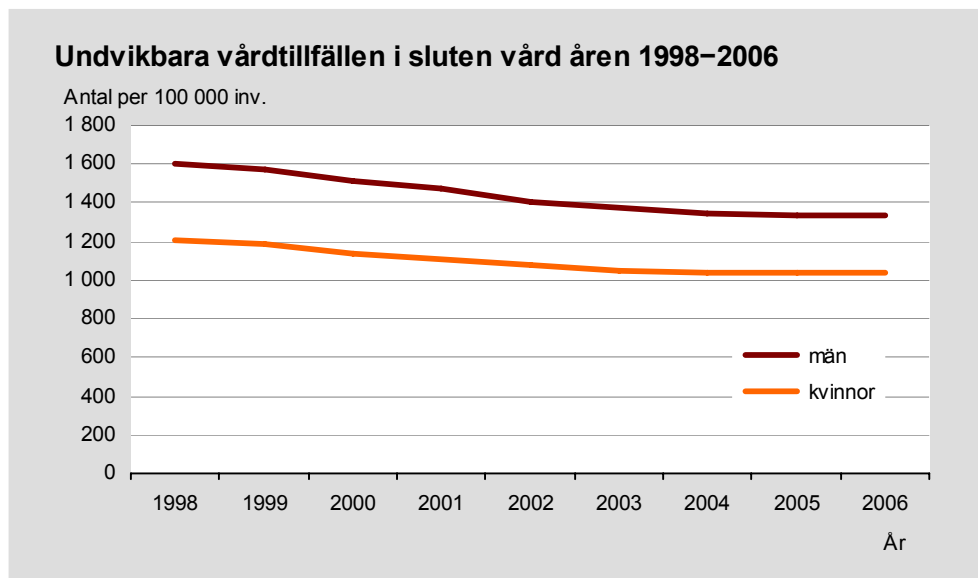
De skillnader som finns mellan könen när det gäller *s.k. åtgärdbar dödlighet* har minskat. Detta gäller särskilt de *s.k. sjukvårdsindikatorerna*. Vid en analys av samtliga hälsopolitiska indikatorer har män en betydligt högre dödlighet än kvinnorna, men trenden är ökande för kvinnor, medan den minskar för män. Kvinnors ökande dödlighet beror främst på större sjuklighet och dödlighet i lungcancer. Det finns också skillnader mellan landstingen. Störst skillnad till männens nackdel är det i landstingen Värmland, Gotland och Jönköping. Minst skillnad mellan könen är i bland annat Kronoberg [3]. I figur 4 visas de övergripande trenderna för indikatorerna sammantaget.



Figur 4. Dödlighet i sjukvårdsindikatorer respektive hälsopolitiska indikatorer. 1987–2005. Män och kvinnor 45–74 år. Källa: Socialstyrelsen.

Undvikbara vårdtillfällen

Undvikbara vårdtillfällen i slutenvård avser att mäta effektivitet, tillgänglighet och lämpligt omhändertagande för vissa specificerade sjukdomstillstånd inom den öppna vården, som till exempel förebyggande folkhälsoarbete och primärvård. Måttet har i ökad utsträckning börjat användas internationellt [4, 5]. Antagandet är att om patienter med de utvalda sjukdomstillstånden får ett effektivt omhändertagande i den öppna vården, kan vårdtillfällen på sjukhus minska. Generellt ligger männen avsevärt högre, vilket delvis har att göra med urvalet av diagnoser. Siffrorna reser frågor om hur sjukvården kan utveckla sjukdomsförebyggande och behandlande insatser (figur 5).



Figur 5. Undvikbara vårdtillfällen 1998-2006. Män och kvinnor 45-74 år. Källa: Socialstyrelsen.

Könsskillnader i tillgänglighet och allmänhetens syn på vården

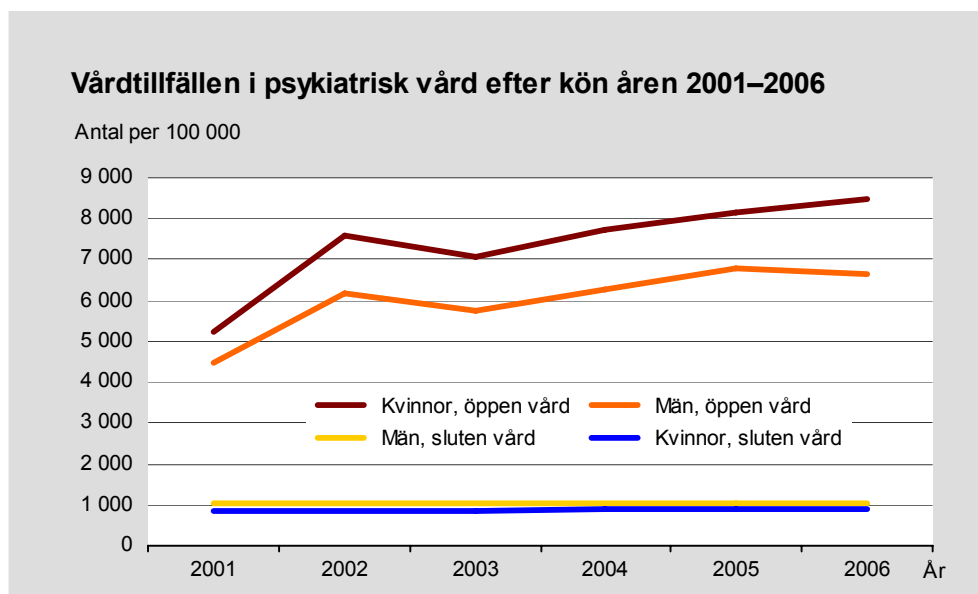
När det gäller allmänhetens syn på vården visar aktuella sammanställningar av enkätdata att det finns få och marginella skillnader mellan män och kvinnor. Vid en genomgång av ett antal frågor i Vårdbarometern (om förtroende, betygsättning av vården, respekt osv.) kunde inga utmärkande skillnader konstateras [6]. Inom forskningen påvisas dock i olika situationer könsrelaterade skillnader när de gäller bedömning av bemötandets kvalitet (Se vidare avsnittet "Vad har hänt inom forskningen?").

I olika sammanhang brukar mäns och kvinnors olika väntetider diskuteras men inom ramen för uppföljningen av vårdgarantin kunde inga systematiska skillnader konstateras. En studie från Östergötland omfattade 44 000 patienter som besökte eller behandlades inom specialistvården år 2005. I några fall tycktes väntetiden vara längre för kvinnor, till exempel vid operation av diskbräck och dekompression (medelväntetid för kvinnor 161 dagar och för män 116 dagar) och för besök hos gastroenterologisk specialist (kvinnor 61 dagar och män 55 dagar). I ett fall tycktes väntetiden för kvinnor vara kortare än för män och det gällde besök på kirurgmottagning (kvinnor 58 dagar och män 72 dagar). När man korrigerade för medicinsk prioritering och patientens ålder försvann de flesta skillnaderna. Några skillnader fanns dock kvar: kortare väntetid för kvinnor för besök på kirurgmottagning, kortare väntetid för män för övriga kirurgiska operationer [7].

Psykisk ohälsa

Mellan 20 och 40 procent av befolkningen uppger att de lider av psykisk ohälsa. Vanliga diagnoser är lindrigare depressioner och ångesttillstånd, eller varierande problem av psykosocial karaktär, ofta i kombination med missbruk. Tillstånd som kräver psykiatrisk behandling är mindre vanliga och ligger runt 10 procent.

Kvinnor gör fler besök i öppen psykiatrisk vård än män, och män vårdas något oftare än kvinnor i sluten vård (figur 6). Både mäns och kvinnors självmord har minskat, med undantag för gruppen unga kvinnor. Män begår dock självmord ungefär dubbelt så ofta som kvinnor.



Figur 6. Män och kvinnor i psykiatrisk vård mellan 2001 och 2006. Vårdtillfällen i öppen och sluten vård. Källa: Socialstyrelsen.

Antidepressiva läkemedel och läkemedelsannonser

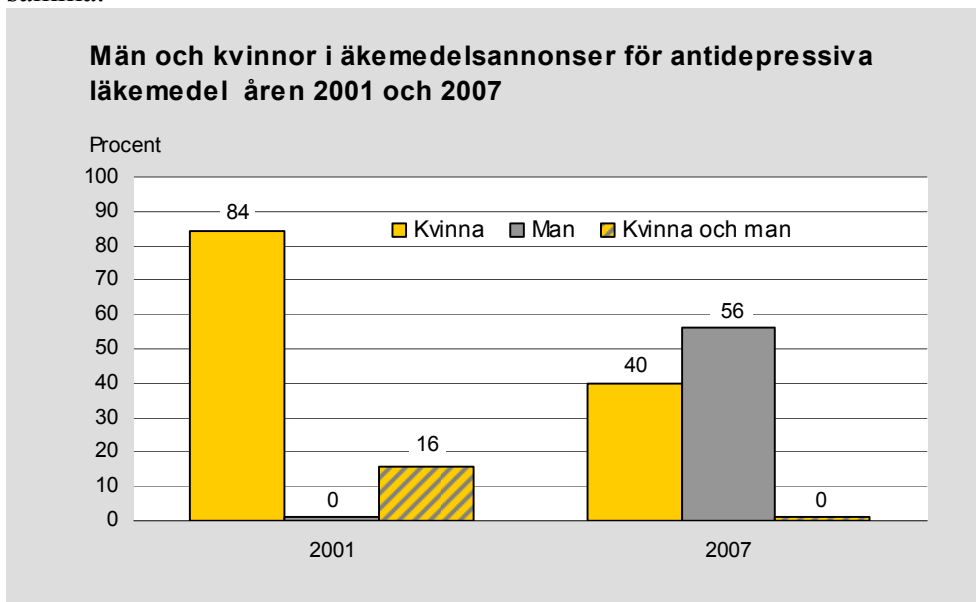
Läkemedel fortsätter att utgöra den i särklass vanligaste behandlingsstrategin, och ordineras i allt större omfattning till både kvinnor och män. Många läkemedelsgrupper förskrivs i högre grad till kvinnor än till män; de mest markanta skillnaderna ses för läkemedel mot depression och annan psykisk ohälsa. I rapporten "Jämställd vård- Könsperspektiv på hälso- och sjukvården"[1] redovisades en genomgång av publicerade studier [8,9,10] om läkemedelsannonser – hur de påverkar förskrivande läkare, vilka budskap som förmedlas och hur män och kvinnor avbildas. Sammanfattningsvis visar studierna att annonserna ofta avbildade män och kvinnor i situationer som byggde på traditionella uppfattningar om mäns och kvinnors roller.

I läkemedelsannonserna under 70-, 80- och 90-talet var både män och kvinnor avbildade [8,9]. En svensk studie av läkemedelsannonser från 2001 visade däremot att den tänkta användaren i de allra flesta fall (84 procent) var en kvinna [10].



Bild 1. Exempel från artikeln "Depression – en könad sjukdom i läkemedelsreklamen" [10] Bilden är publicerad med tillstånd.

I de övriga annonserna avbildades både en man och en kvinna. Kvinnan avbildades som den svaga, behövande läkemedelsanvändaren och mannen den stabila, stödjande räddaren. Ett exempel illustreras i bild 1 där mannen är den ”stabila och stödjande”. Segelbåten kan ses som en metafor för det antidepressiva läkemedlet som befriare. Forskarna menade, lite tillspetsat, att män ofta beskrevs som hårt arbetande människor som behöver läkemedel för att orka arbeta, medan kvinnor skildrades som deprimerade och känslomässiga.



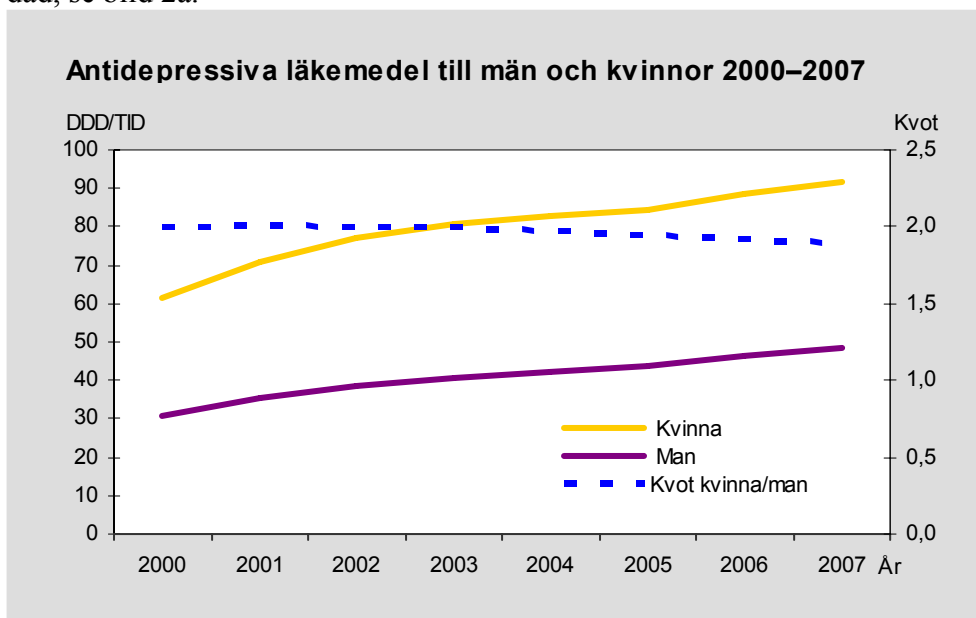
Figur 7. Procent av förekomsten av män och kvinnor i annonser för antidepressiva läkemedel i Läkartidningen och Dagens medicin 2001 och 2007.



Socialstyrelsens fäste i rapporten om jämställd vård uppmärksamheten på att kvinnor ordineras antidepressiva läkemedel dubbelt så ofta som män, samtidigt som män dubbelt så ofta som kvinnor begår självmord [2]. Socialstyrelsen påpekade i rapporten att det faktum att de bilder som förmedlades till förskrivande läkare i nästan samtliga fall visade en kvinna, gav upphov till

frågor om hur annonserna faktiskt påverkar den behandlande läkarens uppmärksamhet på mäns och kvinnors psykiska problem. Inför denna uppföljning av jämställdhet i vården, genomfördes en uppföljningsstudie av annonser för antidepressiva läkemedel. Totalt granskades 264 annonser varav 83 avsåg antidepressiva läkemedel. Annonserna var införda från nr 45 år 2006 till nr 44 år 2007 i Läkartidningen. Annonserna i Dagens Medicin under motsvarande period granskades också. Annonserna analyserades med samma bedömningsinstrument som i de tidigare studierna.

Uppföljningen 2007 visar på en avsevärd förändring av innehållet i annonserna jämfört med 2001 (se figur 7). År 2007 är det män som förekommer flest gånger (56 procent) och mannen är den tänkta användaren av läkemedel. Kvinnor förekommer i 40 procent av annonserna och det är ingen uppenbar skillnad när det gäller färger eller metaforer. En annan förändring var att det inte förkom någon annons där en man och kvinna avbildades på samma bild. I de annonser som var vanligast förekommande, visas en man se bild 2b. Dessa annonser återkom också i en variant med en kvinna avbildad, se bild 2a.



Figur 8. Förskrivningen av antidepressiva läkemedel 2000–2007. Definierade dygnsdoser per 1000 invånare och dag (DDD/TID).

Figur 8 illustrerar förskrivning av antidepressiva läkemedel till män och kvinnor mellan 2000–2007. Skillnaderna mellan män och kvinnor är fortfarande stora. Dock har skillnaden minskat med ca 10 procent under den studerade perioden. Det är intressant att notera att förändringen har inträffat under samma period som innehållet i annonserna har ändrats. Förändringen kan naturligtvis ha flera orsaker, men det är inte osannolikt att budskapet via bilder till förskrivande läkare haft viss påverkan.

Rörelseorganen

Sjukdomar i rörelseorganen är en av de största orsakerna för sjuk- och aktivitetsersättning. Ungefär 22 procent av kvinnor mellan 16 och 84 år samt 15

procent av män i samma åldersgrupp uppger att de har långvarig sjukdom i rörelseorganen.

Några kvalitetsregister belyser kvaliteten vid specifika sjukdomar och behandlingsinsatser. Vad gäller *reumatoid artrit* visar data från RA-registret på en successivt förbättrad anslutning till registret [11]. Data visar också att behandlingsresultaten för nyinsjuknade patienter förbättrats under de senaste åren, bland annat på grund av effektivare läkemedelsbehandlingar.

Höftfrakturer ökar exponentiellt med åldern och eftersom befolkningen blir allt äldre förväntas det totala antalet höftfrakturer att fortsätta öka. Vid 50 års ålder är risken att kvinnor och män råkar utföra en höftfraktur någon gång under resten av sitt liv 23 respektive 11 procent. Väntetiden från ankomst till sjukhus till operation ligger på i genomsnitt 1,2 dagar. Inga skillnader mellan män och kvinnor.

- I 2006 års årsrapport från RIKSHÖFT uppgavs att könsfördelningen i höftfrakturregistrets totalmaterial år 2005 var 70 procent kvinnor och 30 procent män. Medelåldern var 84 år för kvinnorna och 81 år för männen. Andelarna ensamboende var påtagligt olika; av kvinnorna levde 53 procent ensamma jämfört med 36 procent av männen. Av kvinnorna skrevs 52 procent ut direkt till sitt ordinarie boende, jämfört med 53 procent av männen. Vårdtiderna var väsentligen desamma [12].
- Något fler kvinnor än män använde rollator, både före och fyra månader efter höftfrakturen. I uppföljningen ingår även en fråga om smärtor från den opererade höften; i detta avseende kunde man inte se någon könsskillnad.
- I samband med långtidsuppföljningen, samlar man in uppgifter om eventuella dödsfall. Man fann en stor könsskillnad i dödlighet med 13 procent kvinnor som avlidit efter fyra månader, jämfört med 24 procent män. Den högre dödligheten tolkade man som ett tecken på att männen från början är sjukare än kvinnorna, vilket också bekräftas av den s.k. ASA-graderingen (bedömningsinstrument för sjuklighet) av patienter, där en större andel av männen hör till kategorier som speglar allvarliga symtom/sjukdomar.

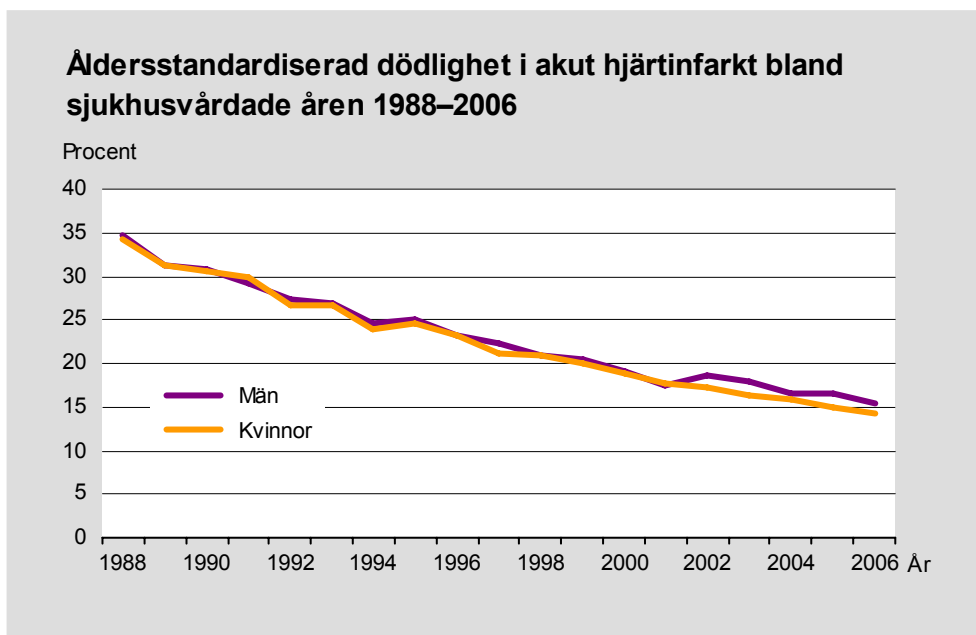
Hjärtsjukvård

Hjärtsjukvården har länge varit ett uppmärksammat område. I de nya riktlinjerna för hjärtsjukvården har könsskillnader i vård och behandling noga övervägts [13].

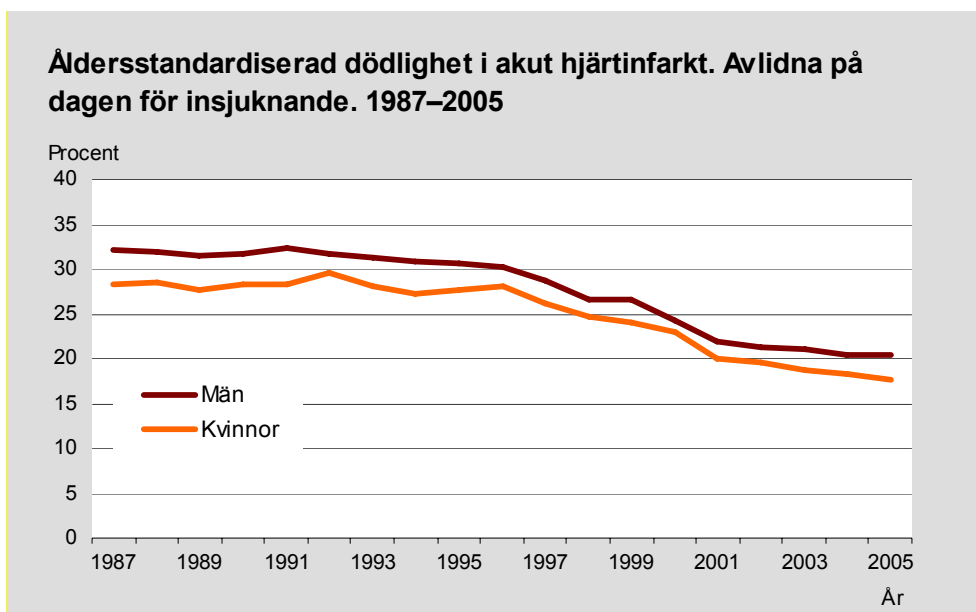
Här konstateras bland annat: ”I de vetenskapliga underlagen finns alltså fortfarande stora brister. Skillnader och likheter i behandlingseffekter för män och kvinnor är ofullständigt beskrivna eller ens analyserade. Detta försämrar möjligheten att tolka hur resultaten ska tillämpas på män respektive kvinnor. Dessa bristande kunskaper är ett stort problem vid framtagande av riktlinjer som ska garantera den bästa behandlingen för varje enskild individ oavsett kön och ålder”

Hjärtinfarkt ¹⁵

Kvinnor utgör ca en tredjedel och män två tredjedelar av alla fall av akut hjärtinfarkt och medelåldern vid insjuknande ökar för både kvinnor och män.



Figur 9. Åldersstandardiserad dödlighet i akut hjärtinfarkt bland sjukhusvårdade. Källa: Socialstyrelsen.



Figur 10. Åldersstandardiserad dödlighet i akut hjärtinfarkt; avlidna på dagen för insjuknande åren 1987–2005. Källa: Socialstyrelsen.

- Antal riskfaktorer ökar både hos kvinnor och män, och kvinnor verkar ha fler riskfaktorer än män, som exempelvis högt blodtryck.

¹⁵ Uppgifterna bygger på data från RIKSHIA, Årsrapport 2006.

- Inom hjärtintensivvården tyder åldersstratifierade data på könsskillnader till kvinnornas nackdel i till exempel användning av diagnostik med kranskärlsröntgen och behandling med olika typer av reperfusion vid akut hjärtinfarkt. Kranskärlsröntgen utför man något mer sällan hos kvinnor jämfört med män – ca 5 procent färre i alla åldersgrupper. Kvinnor har dock oftare normala eller mindre allvarligt skadade kärl och kan oftare ha kontraindikationer. Frågan är komplicerad i och med att kvinnor och män i olika åldersgrupper, inte nödvändigtvis har samma symtom och lika allvarlig sjukdomsbild. Dessutom är det känt att nyttan med undersökningarna, behandlingarna och säkerheten kan skilja mellan män och kvinnor. Kunskaperna om de här könsskillnaderna är fortfarande bristfälliga, men håller på att växa fram i och med att satsningar görs inom genusmedicinsk forskning.
- Inga skillnader ses mellan könen i dödlighet om analysen görs på hela gruppen sjukhusvårdade, se figur 9 och 10 ovan. En högre dödlighet är det dock för kvinnorna i åldersgruppen yngre än 60 år.

Läkemedelsbehandling vid hjärtinfarkt

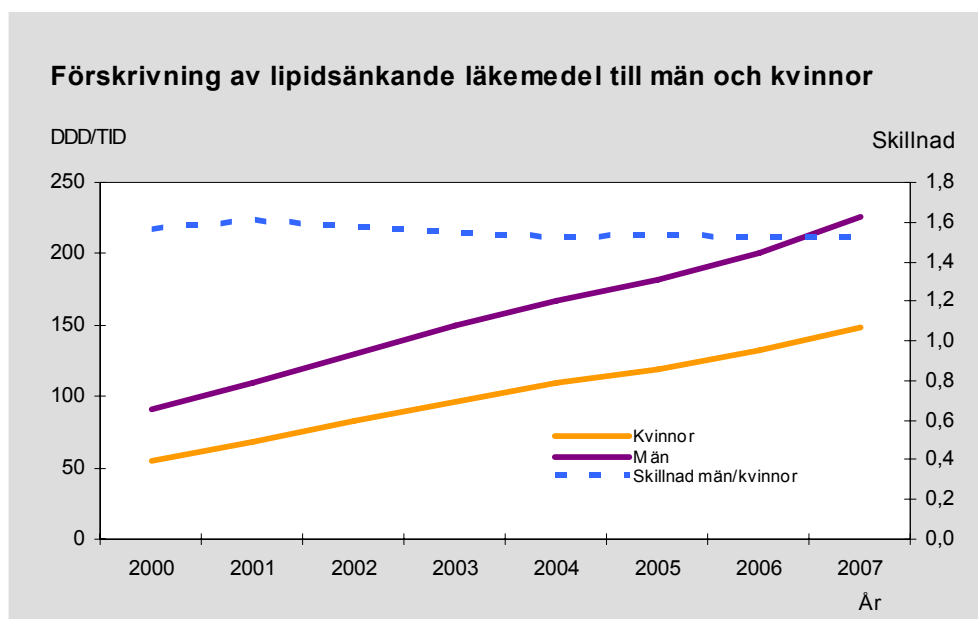
En särskild analys har utförts med uppgifter från Läkemedelsregistret och patientregistret. I undersökningen använde män efter hjärtinfarkt i högre grad ACE-hämmare (41 jämfört med 36 procent) och blodfettsänkande medel (70 jämfört med 61 procent) än kvinnor. De mer moderna Angiotensin II-antagonister (ARB), som är alternativ till ACE-hämmare (i första hand vid biverkningar av dessa) användes dock oftare av kvinnor än av män (15 jämfört med 12 procent).

Tabell 8. Användning av läkemedel hos individer 40 år eller äldre med diagnosen status post hjärtinfarkt, totalt samt uppdelat på män och kvinnor

Läkemedel	Användning, procent*		
	Total	Män	Kvinnor
Vitamin K-antagonister (warfarin)	7,0	7,2	6,6
Trombocyttaggregationshämmande medel	81,7	82,0	81,1
Beta-receptorblockerande medel	76,9	76,9	76,9
ACE-hämmare	39,3	41,0	36,1
Angiotensin II-antagonister	13,2	12,2	15,1
Blodfettsänkande medel	66,4	69,5	60,8

*För preparat vars användning är minst 2 procent

Fetstil anger signifikant skillnad i logistisk regressionsanalys. Kvinnor är referensgrupp. Justerat för ålder, utskrivningsår, utbildning, födelseland och bostadsort.



Figur 11. Förskrivningen av lipidsänkande läkemedel till män och kvinnor mellan 2000–2007. Definierade dygnsdoser per 1000 invånare och dag (DDD/TID). Källa: Socialsyrelsen.

Träning efter hjärtinfarkt

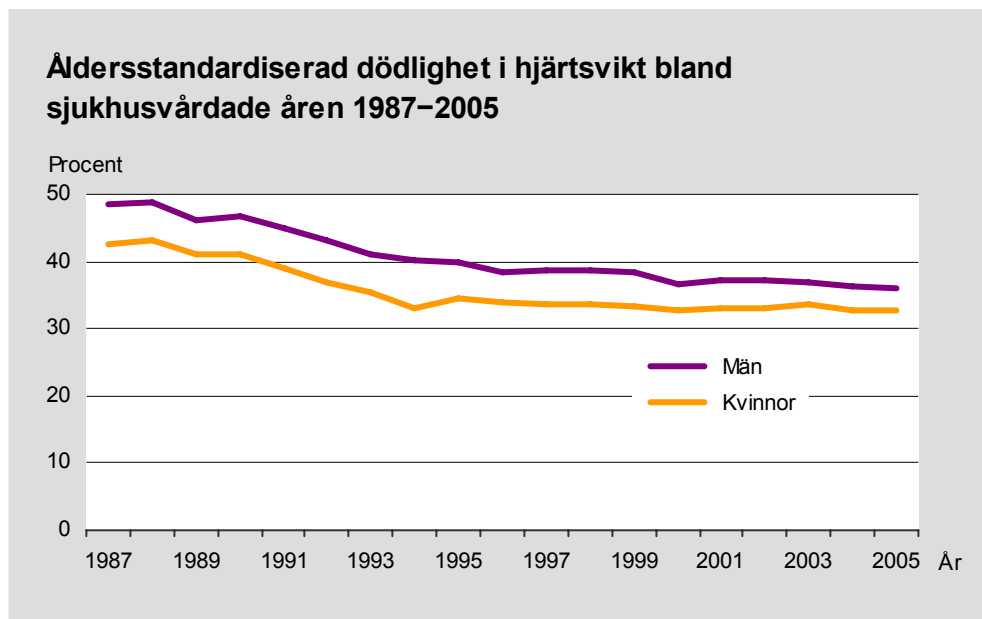
Fler män än kvinnor uppfyller aktivitetsmålen. Kvinnor som inte deltar i träningsprogram har för låg fysisk aktivitet och de kan behöva speciell uppmärksamhet för att stimuleras till att delta. Färre unga män uppfyller fem av fem mål jämfört med äldre män och än kvinnor. Återinläggning vid andra återbesöket var vanligare hos kvinnor, framför allt de över 65 år. Patienter som är sjukskrivna eller fysiskt inaktiva anger jämförelsevis lägre livskvalitet uppmätt med EQ-5D. Oro och nedstämdhet förekommer oftare hos kvinnor, patienter med symptom, sjukskrivna och mindre fysiskt aktiva.

Hjärtsvikt¹⁶

- RiksSvikts årsrapport visar att en mindre andel av kvinnorna jämfört med männen med misstänkt hjärtsvikt utreds med ekokardiografi – 80,4 procent av kvinnorna och 88,3 procent av männen. Skillnaderna är störst i de äldre åldrarna.
- Primärvården följer oftare upp äldre personer och kvinnor medan hjärtsviktmottagningar oftare följer upp män. Vid ettårsuppföljningen hade 60 procent av männen en kombination av ACE-hämmare/-angiotensin-II-blockerare och betablockare, vilket är förknippat med lägre dödlighet, medan motsvarande andel kvinnor var 51 procent.
- Ettårsdödligheten för män efter hjärtinfarkt var 6,1 procent (under 60 år), 22 procent (65–80 år) och 33 procent (över 80 år). Motsvarande

¹⁶ Uppgifterna bygger på data från RIKSSVIKT, Årsrapport 2006

andel för kvinnor var är 1,5 procent, 10 procent och 27 procent. Dock måste vi tolka resultaten med försiktighet eftersom de bygger på data från de kliniker som varit snabba att rapportera in sina resultat.



Figur 12. Åldersstandardiserad dödlighet i hjärtsvikt bland sjukhusvårdade 1987–2005. Källa: Socialstyrelsen.

Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt

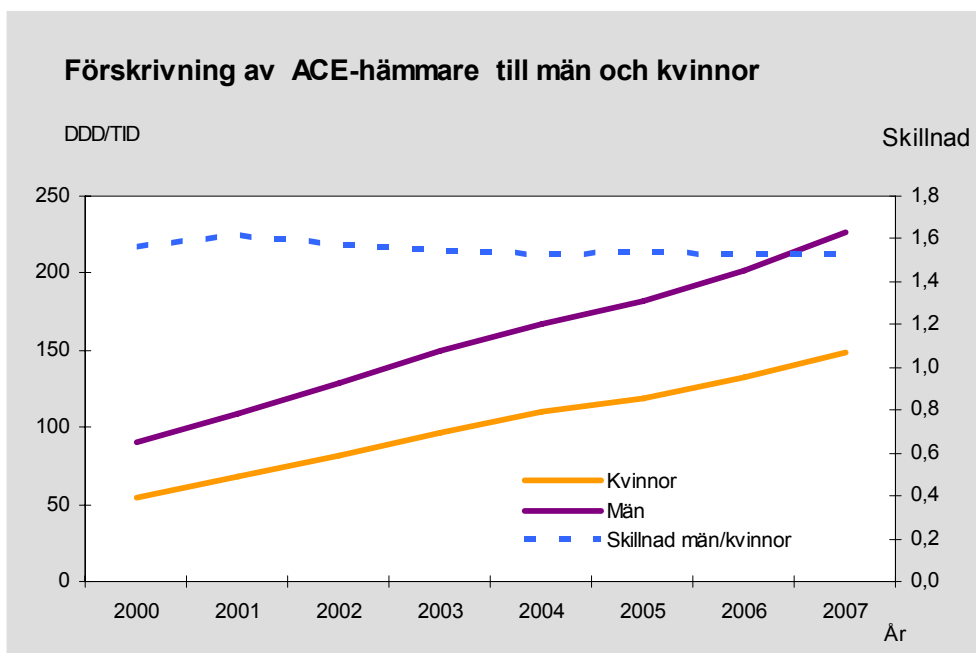
I en särskild analys av data från läkemedelsregistret och patientregistret bekräftas uppgifterna från data i RiksSvikt – kvinnor får mer sällan såväl beta-receptorblockerare som ACE-hämmare (tabell 9). Det tyder på att kvinnor i mindre utsträckning än män, får den i dag rekommenderade behandlingen vid hjärtsvikt, något som även tidigare visats och diskuterats.

Tabell 9. Användning av några läkemedelsgrupper hos individer 40 år eller äldre med diagnosen hjärtsvikt, totalt samt uppdelat på män och kvinnor.

Läkemedel	Användning (procent)*		
	Totalt	Män	Kvinnor
Hjärtglykosider	21,0	19,8	22,3
Loop-diuretika	69,5	66,6	72,8
Kaliumsparande diuretika	27,4	26,3	28,8
Betareceptorblockerande medel	62,8	65,3	59,8
ACE-hämmare	43,2	48,4	37,1
Angiotensin II-antagonister	16,2	16,2	16,2

*För preparat vars användning är minst 3 procent.

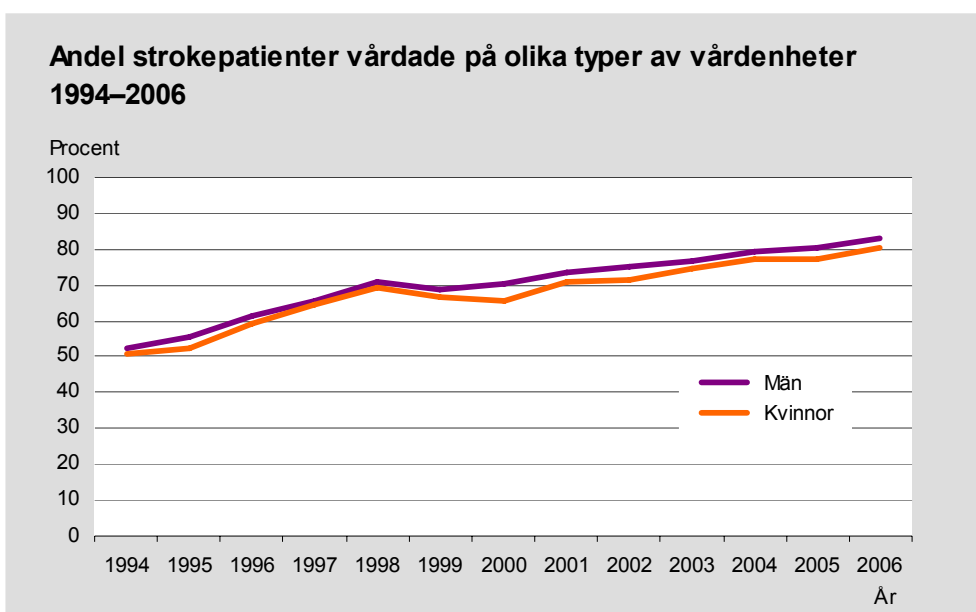
Fetstil anger signifikant skillnad i logistisk regressionsanalys. Kvinnor är referensgrupp. Justerat för ålder, utskrivningsår, utbildning, födelseland, bostadsort.



Figur 13. Förskrivning av ACE-hämmare och ARB till män och kvinnor 2000–2007. Definierade dygnsdoser per 1000 invånare och dag (DDD/TID). Källa: Socialstyrelsen.

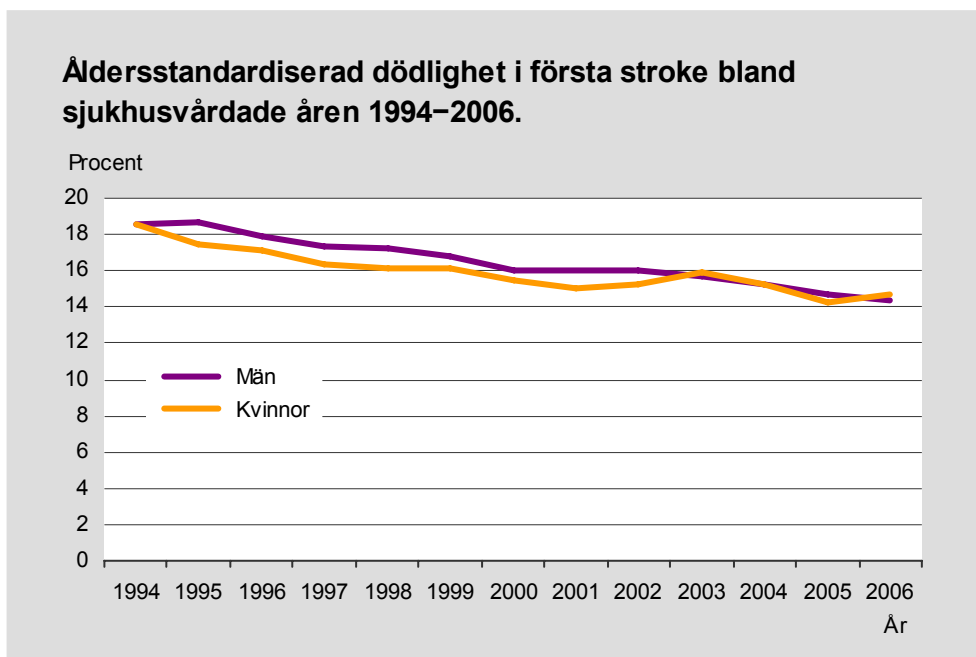
Vård vid stroke

Andelen strokepatienter som vårdas på strokeenheter har ökat stadigt sedan mitten av nittiotalet. Knappt 14 procent av de som drabbas av stroke vårdas idag på vanlig vårdavdelning och män har en något (9,7 procent) större chans att vårdas på strokeenhet jämfört med kvinnor (figur 9). Dödligheten i stroke inom 28 dagar har minskat under den senaste tioårsperioden och var år 2006 knappt 15 procent för både män och kvinnor (figur 14).



Figur 14. Andel patienter som vårdas på strokeenhet. 1994–2006. Män och kvinnor. Källa: Riksstroke.

I åldrarna under 75 år är kvinnor och män i lika hög grad beroende av hjälp för att fungera i vardagen. I åldrarna över 75 år är kvinnor i högre grad av beroende av hjälp.



Figur 15. Åldersstandardiserad dödlighet i första stroke bland sjukhusvårdade Käl-
la: Socialstyrelsen.

Läkemedelsbehandling vid stroke

I Socialstyrelsens analys baserad på patient- och läkemedelsregistret, använde männen i något mindre omfattning acetylsalicylsyra (54 jämfört med 57 procent), men i större utsträckning dyrare blodförtunnande läkemedel, jämfört med kvinnorna. Skillnader mellan könen i läkemedelsbehandling efter stroke har uppmärksammats tidigare bland annat i rapporten *Öppna jämförelser för 2007* [3]. Där konstaterade man att skillnaderna mellan landstingen i vissa fall var påtagliga till kvinnornas nackdel. I Värmland, Sörmland och Skåne var könsskillnaderna till kvinnornas nackdel mycket stora. Det kan dock – särskilt hos äldre patienter – finnas viktiga kontraindikationer för waranbehandling.

Tabell 10. Användning av läkemedel hos personer 40 år eller äldre med diagnosen stroke, totalt samt uppdelat på män och kvinnor.

Läkemedel	Användning, procent*		
	Total	Män	Kvinnor
Antikoagulantia	78,5	78,0	79,1
Vitamin K-antagonister (warfarin)	12,4	13,1	11,7
Acetylsalicylsyra	55,4	54,0	57,1
Övriga trombocyttaggregationshämmare	20,8	22,5	19,1

*För preparat vars användning är minst 2 procent[†] Fetstil anger signifikant skillnad i logistisk regressionsanalys. Kvinnor är referensgrupp. Justerat för ålder, utskrivningsår, utbildning, födelseland och bostadsort.

Patienternas tillfredställelse med strokevården

- I kvalitetsregistret Riks-Stroke gör man en uppföljning tre månader efter akutfasen. Den första frågan gäller hur nöjda patienterna är med vården vid sjukhus. Bland männen är 93 procent av dem som svarat nöjda eller mycket nöjda. Kvinnorna är något mindre nöjda, med 91 procent positiva svar, men könsskillnaden är för riket måttlig.
- När det gäller hur nöjda patienterna är med rehabiliteringen är andelen nöjda betydligt mindre för både män och kvinnor. Både män (76 procent) och kvinnor (73 procent) är i betydligt mindre grad nöjda med rehabiliteringen än med sjukhusvården.

Diabetes

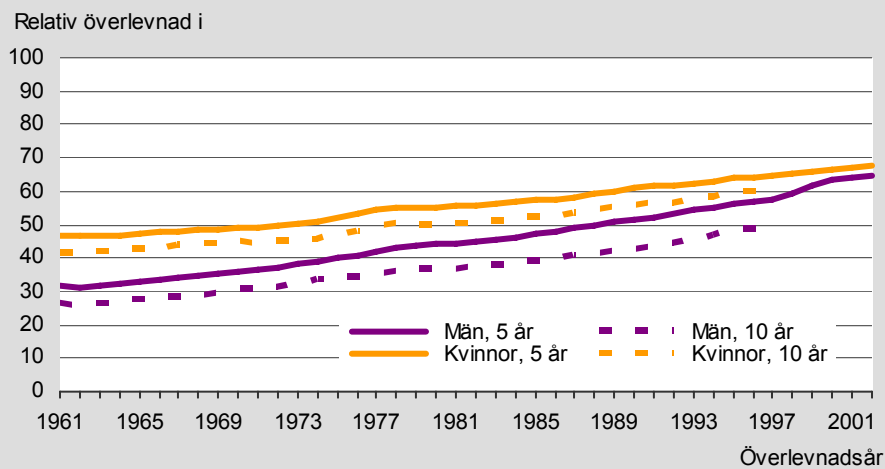
I Nationella diabetesregistrets årsrapport för 2006 noterades vissa skillnader när det gäller hur män och kvinnor uppnår behandlingsmålen [15].

- När det gäller patienter som debuterade i sin sjukdom efter 30 år och som vårdats på medicinklinik uppnådde fler män än kvinnor behandlingsmålet för HbA1c (blodsockernivå över tid). I primärvården var det fler kvinnor än män som nådde detta mål.
- Fler kvinnor som vårdades på medicinklinik nådde målet för blodtrycksbehandlingen medan det i primärvården var större andel män som nådde målet.
- Fler män nådde behandlingsmålet för totalkolesterol både på medicinklinik och i primärvård, vilket borde överensstämma med att användningen av lipidsänkande medel är högre hos män än kvinnor.
- Fler män hade blodförtunnande behandling med ASA (actetylsalisylsyra).

Cancer

I slutet av 2004 fanns det 352 000 folkbokförda personer i Sverige som diagnostiserats med någon form av cancer. Av dem var cirka 58 procent kvinnor.

Canceröverlevnad åren 1961–2002 – överlevnad bland män och kvinnor, 5 resp 10 år efter diagnos

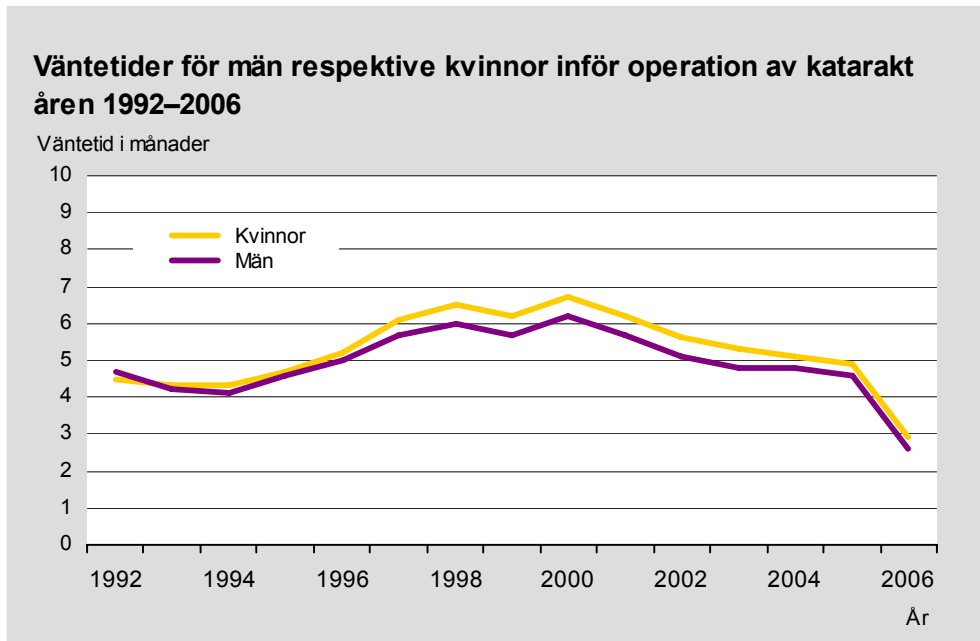


Figur 16. Canceröverlevnad bland män och kvinnor, fem respektive tio år efter diagnos. Källa: Socialstyrelsen.

Trendanalyser av exempelvis överlevnad i cancer visar generellt på en positiv utveckling i vården vid vissa cancerformer. För bröstcancer och prostatacancer har utvecklingen förbättrats, medan utvecklingen inom andra områden, främst inom lungcancervården, inte varit lika positiv. Trenderna gäller både män och kvinnor. Mellan män och kvinnor ser vi mindre skillnader till kvinnornas fördel. Eventuellt kan skillnaderna delvis förklaras av att kvinnor haft en benägenhet att söka vård tidigare än män. Överdödlighet i valda cancerformer används numera allmänt som kvalitetsindikatorer i nationella och internationella jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet. I ett internationellt perspektiv har Sverige låg dödlighet i cancer och hög canceröverlevnad. Bland annat visar två nyare studier att överlevnaden är hög i de nordiska länderna, Danmark undantaget. Sverige uppvisar bland annat hög femårsöverlevnad i bröstcancer. När det gäller prostatacancer visar Österrike på den högsta överlevnaden, följt av Schweiz och Tyskland, medan Sverige hamnar på en niondeplats avseende de som diagnostiserats under åren 1995-1999 [16-17].

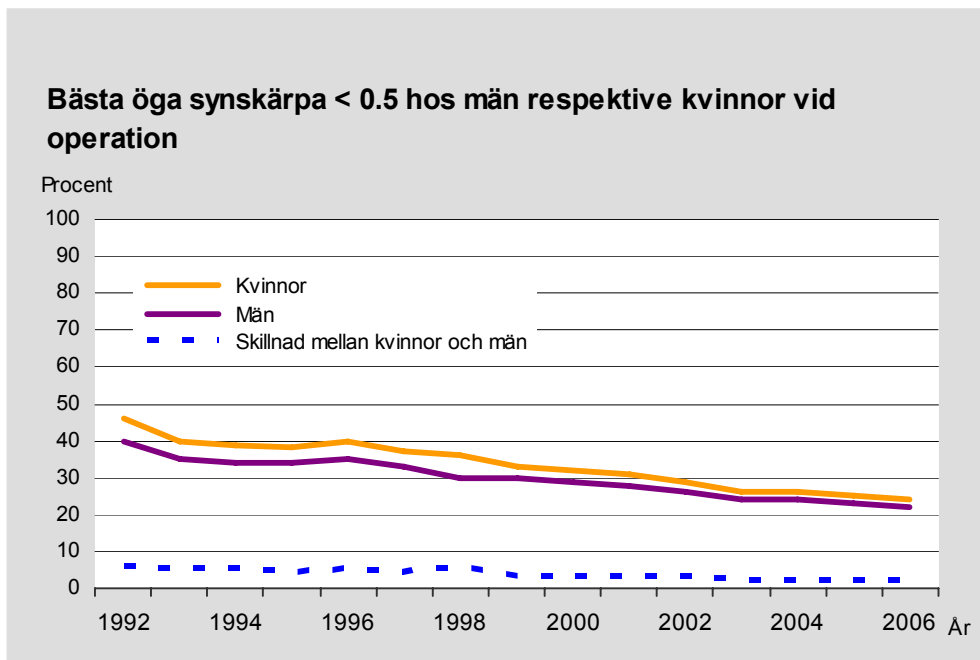
Ögonsjukvård

Ett omdiskuterat område när det gäller jämställdhet i vården har varit väntetider till operation av gråstarr. I figur 17 illustreras att skillnaderna i mäns och kvinnors väntetider minskat något samtidigt som väntetider för alla uppvisar betydande minskningar de senaste åren.



Figur 17. Väntetider för män respektive kvinnor för operation av katarakt 1992–2006. Källa: Kataraktregistret.

I Kataraktregistrets årsrapport för 2006 konstateras att väntetiden i genomsnitt fortfarande var 0,3 månader längre för kvinnor jämfört med män [18]. Det var vanligare att män opererades utanför sitt landsting. Inga säkra skillnader mellan könen sågs vid utfalls- och nyttoregistrering (nyttoregistrering sker i en patientenkät som fylls i före operationen och 6 månader efter).



Figur 18. Bästa synskärpa hos män respektive kvinnor vid operation 1992-2006. Källa: Kataraktregistret.

Synskärpan är sämre för kvinnor när de opereras och även det friskaste öga är sämre än för män. Andelen patienter med en synskärpa på <0,5 på det friskaste ögat har dock minskat kontinuerligt under de senaste 15 åren och skillnaderna mellan kvinnor och män har minskat, se figur 18 ovan.

Avslutande kommentarer

Syftet med den här kortfattade översikten – som alltså inte är heltäckande – har varit att ge en bild av hur *vårdens resultat* ur ett könsperspektiv har utvecklats under senare år. Man måste hålla i minnet att både nyttan av och säkerheten vid olika vårdåtgärder kan variera mellan könen. Ett problem med att analysera resultat med utgångspunkten ”får män och kvinnor likvärdig behandling vid likvärdiga sjukdomstillstånd” är att den könsspecifika kliniska kunskapen delvis är bristfällig, och att det ofta är svårt att avgöra vad ”ett likvärdigt sjukdomstillstånd” är. När det gäller den slutna somatiska sjukvården för några stora folkhälsosjukdomar har vi inte funnit några systematiska skillnader som är till kvinnors eller mäns nackdel.

Inom den omdiskuterade hjärtsjukvården har under senare år skett en ökad insikt om könsskillnader och hur dessa kan analyseras. Ett annat exempel på positiv utveckling är de omdiskuterade operationerna av grå starr – skillnaden mellan män och kvinnor har minskat något under de senaste åren – både när det gäller väntetid till operation och andel med synskärpa mindre än 0,5. I vissa landsting är skillnaderna dock fortfarande ganska tydliga.

Det verkar som om förhållanden som motverkar jämställdhet i vården mellan män och kvinnor bör sökas också med andra ansatser och utvidgade analysperspektiv. Det finns få uppgifter som styrker att män och kvinnor inte skulle få likvärdig behandling vid samma sjukdomstillstånd. Däremot är det fortsatt angeläget att i ökad utsträckning analysera orsakerna bakom de könsrelaterade skillnader som finns. Ökad kunskapsutveckling är också fortsatt angeläget. Ett ytterligare viktigt utvecklingsområde är förbättrade kvalitetsrapportering inom flera andra centrala verksamheter som exempelvis primärvård, psykiatri och smärtrehabilitering. Framför allt kvinnliga patienter lider ofta av ospecifika symtom och tillstånd som i första hand tas omhand i primärvården. Slutligen kan man åter konstatera att det är på det förebyggande och folkhälsoinriktade området som de verkligt stora skillnaderna mellan män och kvinnor finns – ofta till männens nackdel. Det är därför en fortsatt utmaning för hälso- och sjukvården och andra aktörer inom folkhälsoarbetet att utveckla och stärka det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet.

Vad har hänt inom forskningen?

Socialstyrelsen identifierade i rapporten *Jämställd vård?* år 2004 några områden inom vilka forskningsinsatser bedömdes angelägna. Det var fyra områden: *samspel mellan vårdare och patient, omvårdnadsforskning, klinisk forskning samt forskning om hur strukturer och reformer påverkar män respektive kvinnor.*

Många av de identifierade studierna har dock inte genus- eller könsrelaterade skillnader som huvudfokus men inkluderas som en av flera analyskategorier. Studierna är i allmänhet inriktade på att *identifiera och beskriva skillnader* i hälsoutfall och behandlingsresultat mellan män och kvinnor, och mer sällan om utvärdering av interventioner utformade för att minska skillnader.

Forskningen fortsätter att peka på att skillnader verkar finnas när det gäller hur kvinnor och män *blir bemötta* i vården men också att kvinnor och män har olika sätt att uttrycka sig på och att de *vill bli bemötta* på olika sätt. Om detta resulterar i en ojämsälld vård är fortfarande oklart. Studier som fokuserar på vårdpersonal menar att det finns en omedvetenhet om hur könsrelaterade faktorer kan påverka behandlingen i vården.

I studier som syftar till att undersöka om den *kliniska bedömningen* påverkas av patientens eller vårdarens kön är resultaten motsägande, ibland kan skillnader påvisas och ibland inte.

Den internationella forskningen har fokuserat mycket på *mäns hälsa*. Här betonas att det finns specifika områden inom sjukvården där mannen är missgynnad och att speciella insatser behövs, till exempel att uppmuntra män att ta större ansvar för sin egen hälsa för att förebygga sjukdom och för tidig död. Några svenska bidrag till diskussionen om mäns hälsa har inte identifierats.

Några svenska studier belyser konsekvenserna för män och kvinnor när det gäller *anhörigvårdare*. Studierna visar att kvinnor tar på sig en tyngre vårdbörda och oftare känner sig ensamma medan män som vårdar oftare är nöjda med att vårda sin partner.

Det dominerande området med genusfokus inom den kliniska forskningen är *hjärt- och kärlsjukdomar*. Här fortsätter studierna att visa på olikheter och frågor kvarstår när det gäller effekter av interventioner för att minska skillnader mellan män och kvinnor. En viktig fråga handlar om att implementera kunskap i vården som att till exempel kvinnors symtom på hjärtinfarkt delvis är annorlunda än mäns.

Två aktuella svenska studier om *bräckoperationer* visar att dödligheten hos kvinnor är mycket högre än hos män och den ena studien framhåller att det delvis kan kopplas till att operationsmetoder utvecklade för män används på kvinnor. Forskning inom andra områden visar ibland på skillnader mellan könen, men lika ofta kan inga betydande skillnader konstateras.

Studier som undersöker hur *reformer och strukturförändringar* inom hälso- och sjukvården påverkar kvinnor och män har inte identifierats.

Socialstyrelsens rapport *Jämställd vård?* lyfte fram fyra centrala forskningsområden som betydelsefulla när det gäller hur kvinnor och män behandlas i hälso- och sjukvården. De fyra områdena var

- samspelet mellan vårdare och patient
- omvårdnadsforskning ur ett könsperspektiv
- klinisk forskning
- förändringar i hälso- och sjukvårdens övergripande struktur.

Med syfte att följa upp vad som hänt inom respektive områden gjorde Socialstyrelsen en omfattande litteratursökning. Litteraturgenomgången nedan ger en överblick över forskning med genusperspektiv som bedrivits de senaste åren och som resulterat i vetenskapliga artiklar publicerade under åren 2004 till 2007.

Metodbeskrivning

Litteratursökningen omfattar artiklar publicerade under åren 2004–2007. Den här sammanställningen tar framför allt upp svenska studier medan övriga artiklar kommenteras i korthet. Litteratursökningen omfattar studier som omfattar både män och kvinnor. Det innebär att studier som inriktat sig specifikt på det ena könet inte omfattas av den är genomgången. Artiklarna har inte värderats utifrån vetenskaplig kvalitet, utan sammanställningen ska ses som en översikt av forskning som publicerats i vetenskaplig litteratur under den aktuella tidsperioden.

- Litteratursökningen gjordes i tre databaser: Cinahl, PsycINFO och PubMed. Sökorden inkluderade olika varianter av termer med ”gender” som bas (till exempel ”gender equity”, ”gender difference” och ”gender-based”), vilka kombinerades med sökord som till exempel ”health services”, ”professional-patient relations” och ”attitude of health personnel”. Tidsperiod: publiceringsår 2004–2007. För en utförlig beskrivning av sökstrategin, kontakta Socialstyrelsen.
- Det insamlade materialet innehöll cirka 900 titlar som granskades och bearbetades enligt följande, referenser valdes ut till sammanställningen om de: 1) innehöll en sammanfattning, 2) var skrivna på engelska, svenska, danska eller norska eller 3) fokuserade på för ändamålet relevanta områden.
- Därefter sorterades artiklarna i olika ämnesområden med huvudrubrikerna: samspel mellan patient och vårdare, omvårdnadsforskning ur ett könsperspektiv, klinisk forskning och förändringar i hälso- och sjukvårdens övergripande struktur. Varje artikel kommenterades kortfattat under respektive rubrik.

Nedan presenteras framför allt de svenska studier som litteratursökningen resulterade i – totalt 31 artiklar. Ett urval av de internationella studierna kommenteras också.

Samspelet mellan vårdare och patient

Svenska studier

Huruvida könet spelar roll har undersökts i en avhandling av Gunilla Risberg [1, 2]. I sina delarbeten visar Risberg att könet har en social dimension och att kön skapas genom att föreställningar om kön *påverkar läkarens bedömningar*. I en studie fick AT-läkare ta ställning till ett patientfall där patienten antingen var en kvinna eller en man men för övrigt beskrevs med samma symtom på magbesvär. Det visade sig att kvinnor och män fick olika behandling. Män fick till exempel oftare remiss till röntgen av tjocktarmen och kvinnor förskrevs oftare lugnande medel. Det fanns också skillnader i kvinnliga och manliga läkares bedömningsmönster [3]. I avhandlingen introducerar Risberg en modell som visar vilka olika föreställningar om likheter och olikheter samt jämställdhet och ojämställdhet mellan könen som finns bland läkare. Risberg använder också modellen för att diskutera hur föreställningarna kan leda till att skillnader uppfattas där de inte finns eller att skillnader inte uppfattas trots att de finns. De olika föreställningarna var ofta omedvetna. Risberg argumenterar för vikten av att *öka medvetenheten* bland läkare om kön och makt för att motverka felaktig påverkan inom medicinsk forskning, undervisning och klinisk praxis [1, 2].

Ytterligare en svensk studie som kan räknas till detta område hittades. Studien kan ses som ett exempel på att även om inte huvudsyftet är att undersöka betydelsen av genus så har ändå tanken på att genus kan göra skillnad kommit fram, och finns med som ett delsyfte. Här undersöktes om olika kategorier av vårdpersonal kunde identifiera tidiga symtom på psykos genom att tre olika konstruerade patientfall presenterades. I studien deltog läkare, distriktssköterskor, socialarbetare och psykologer vid psykiatrisk klinik eller vårdcentral. Som ett delsyfte undersökte man om det fanns någon skillnad i bedömning mellan olika professioner, kön, ålder och hur länge man arbetat i sin profession. Inga skillnader observerades vare sig mellan kön eller mellan någon annan av de studerade variablerna [4].

Studier med *professionsfokus* har i allmänhet sorterats bort i den här genomgången eftersom det inte direkt handlar om hur genusmönster påverkar patienten i vården. En svensk intervjustudie med kvinnliga och manliga chefssjuksköterskor visar dock att genusmönster kan vara omedvetna. Trots att sköterskorna uttalar att det inte är någon skillnad i att vara kvinnlig eller manlig chefssjuksköterska så visade det sig att det fanns uppfattningar om mäns och kvinnors sätt att vara och som de förväntades leva upp till [5].

Internationella studier

Bland de studier som *fokuserar på vårdaren* är det främst läkarrollen som man studerat men det finns även studier där sjuksköterskor ingår. Några studier visar på likhet mellan könen, som till exempel i en norsk studie av kvinnliga och manliga kirurger, där man fann att de upplevde likartade etiska problem i arbetet [6]. Annars lyfter de flesta studier fram olikheter mellan könen, till exempel att kvinnliga läkare har en större förmåga att lyssna på patienter, att de får mer information från sina patienter, att de har en mer positiv attityd till komplementär medicin och att de ägnar mer tid till att tala om förebyggande åtgärder och hälsopromotion jämfört med manliga kolle-

gor [7–9]. När det gällde gastrisk by-passoperation, som behandling vid fetma, var manliga läkare som deltog i en studie mer positiva till behandlingen än de kvinnliga läkarna [10].

Bland de studier som fokuserar på betydelsen av patientens kön och genus visar även majoriteten av dem att könet spelar roll för behandlingen. En amerikansk studie visar dock på motsatsen: läkarna i denna studie påverkades inte av könet när de valde behandling till patienter med depression [11]. Att vårdpersonalen är omedveten om könsperspektivet visar en norsk undersökning av sjuksköterskor som behandlade patienter med stroke. Sköterskorna var främst inriktade på kroppens funktion och de var omedvetet könsneutrala [12].

Det omedvetna genustänkandet kan också påverka hur vårdpersonal bemöter kvinnor och män när de söker vård för hjärt- och kärlsymtom. Patientens kön påverkade allmänläkare i Storbritannien och i USA vid diagnos och behandling av hjärtsjukdom, medan social klass, etnisk tillhörighet eller ålder inte påverkade dem. Kvinnor fick färre frågor, färre undersökningar och diagnostiska tester för hjärtsjukdom. Minst frågor fick medelålders kvinnor. Artikelförfattarna menar att läkare på detta sätt kan bidra till ojämlik hälsa [13]. Två studier från USA understryker att läkare är mindre aktiva att föreslå preventiva åtgärder för att minska risken för hjärt- och kärlsjukdom hos kvinnor. Den ena visade att läkare undervärderar risken för hjärt- och kärlsjukdom hos kvinnor och föreslår därför inte sekundärpreventiva åtgärder [14] och den andra studien fann att primärpreventiva åtgärder inte föreslogs till unga kvinnor bland annat beroende på okunskap bland läkare [15].

Omvårdnads- samt hälso- och sjukvårdsforskning med könsperspektiv

Så skrev Socialstyrelsen 2004:

”Forskning om omvårdnad ur ett könsperspektiv är fortfarande begränsad. Framtida studier om bemötande och omvårdnad bör inriktas mot förmedling av information ur ett könsperspektiv. Särskild uppmärksamhet bör riktas mot förebyggande insatser för män, som har högre dödlighet i en rad behandlingsbara sjukdomar. Ett annat viktigt område är konsekvenserna av att sjukvård i hemmet alltmer överförs till anhöriga, framför allt kvinnor.”

Inom omvårdnads- och hälso- och sjukvårdsforskningen finns ett stort antal publicerade rapporter under de år vi undersökt. Mycket handlar dock fortfarande om att visa att skillnader finns och mindre om insatser som provats för att förbättra omvårdnaden av kvinnor och män. Under den här rubriken har vi även sorterat in studier som behandlar kvinnors och mäns hälsa. För att göra redovisningen mer överskådlig presenterar vi studierna inom det här området under följande rubriker:

- Förmedling av information
- Hur kvinnor och män söker information, stöd och vård samt hur de är delaktiga i att fatta beslut om vårdåtgärder
- Partner som vårdare
- Om hur nöjda kvinnor och män är med vården
- Om kvinnors och mäns hälsa (där fokus på de här redovisade studierna främst ligger på mäns hälsa)

Svenska studier

Information och delaktighet

En svensk fokusgruppstudie med unga kvinnor och män undersökte bland annat *attityder till att testa sig för HIV*. Resultatet av studien presenterades i fem teman där ett tema var ”Ansvar: en genusrelaterad fråga”. Både kvinnor och män uttryckte att män var mer oansvariga. Kvinnor menade att det var naturligt för kvinnor att testa sig medan männen kände ett motstånd till att testa sig [16].

En annan studie undersökte mammor och pappor till barn med cancer. I enkäter samlades uppgifter in för att studera relationen mellan *upplevd oro*, *strategi för att söka support* och *upplevd support*. Samma mönster sågs hos kvinnor och män även om associationen mellan oro och att söka support liksom upplevd support var starkare för kvinnorna. Artikelförfattarna understryker att individuella skillnader bör uppmärksammas och förutfattade meningar om genus undvikas [17].

Partner som vårdare

Tre svenska studier belyste olika aspekter kring när en kvinna eller man tar hand om sin partner. En studie undersökte behovet av hjälp hos patienter som råkat ut för stroke. Man fann att kvinnor oftare tog hand om sin partner och att de accepterade en *tyngre vårdbörd*, något som man menar är viktigt att sociala myndigheter tar hänsyn till i kontakten med anhörgivårdare [18]. En studie av anhörgivårdare i södra Sverige visade på genusskillnader när det gällde känsla av ensamhet. Fler kvinnor som vårdade *upplevde ensamhet* jämfört med männen. En viktig slutsats är att anhörgivårdare behöver hjälp att upprätthålla sitt sociala nätverk för att känna sig mindre ensamma [19]. Samma forskargrupp visade att männen som ingick i studien oftare än kvinnorna var *nöjda med att vårda sin partner* [20].

Om hur nöjda kvinnor och män är med vården

83 kvinnor och män fick i uppgift att skriva ner sina *erfarenheter från när de fick sin cancerdiagnos*. Resultatet visade att kvinnor var mer nöjda med hur de hade blivit mottagna av vårdpersonalen och vilket psykologiskt stöd de fått, medan de var mer kritiska till omständigheter kring hur kontakten skett, exempelvis klagade de på långa väntetider. Män skrev ungefär lika ofta att de var nöjda som inte nöjda med det psykologiska stödet och med kontakten med vårdpersonalen. Artikelförfattarna kommenterar att studien inte kunde visa om kvinnors och mäns olika uppfattningar berodde på att de reagerar olika på samma behandling, om de har olika sätt att kommentera samma situation eller om de faktiskt hade fått olika grad av stöd och kontakt med personalen [21].

Hur svenska kvinnor och män som *varit sjukskrivna* de senaste 6–8 månaderna blivit bemötta i sjukvården undersöktes bland cirka 10 000 slumpvis utvalda sjukskrivna personer. Resultatet byggde på 5 802 svar och de visade att var tredje kvinna och var fjärde man upplevde att de blivit dåligt bemötta. De vanligaste negativa upplevelserna bland de sjukskrivna var att de känt sig bemötta med likgiltighet och respektlöshet, att sjukvårdspersona-

len inte tagit sig tid, inte hade lyssnat eller att de hade tvivlat på den sjuk-skrivne när han eller hon berättat om sina problem [22].

Om kvinnors och mäns hälsa

Internationellt finns det många studier som undersöker mäns syn på hälsa och hur mäns hälsa skulle kunna förbättras. Några sådana svenska studier har inte identifierats, däremot ett par studier om hälsa i olika grupper där såväl kvinnor som män ingår.

För att undersöka om sambandet mellan *självuppskattad hälsa* och olika hälsorelaterade faktorer ser olika ut för kvinnor och män gjordes en enkätstudie på 5 470 personer i åldrarna 18–100 år i Stockholm. Deltagarna bedömde sin egen hälsa och svarade även på en lång rad frågor som handlade om sociodemografiska och psykosociala faktorer, livsstil, livskvalitet och fysisk hälsa. Självuppskattad hälsa hos såväl kvinnor som män överensstämde med de flesta av de undersökta hälsovariablerna. Kvinnors och mäns associationsmönster var förvånansvärt lika. Artikelförfattarna menar att studien visar att självuppskattad hälsa tycks vara en enkel, billig och patientcenterad metod som kan komplettera andra hälsoindikatorer. Eftersom associationsmönstren är likartade menar författarna att behovet av ett genusperspektiv för självuppskattad hälsa är litet eller saknas. Det är varje individs enskilda perspektiv som är viktigt [23].

Självupplevd *värk och hälsa undersöktes hos skolbarn* i årskurserna 3, 6 och 9 i Sverige. Artikelförfattarna säger att studien tydligt visar ålders- och könsskillnader när det gäller barns upplevelse av värk. Könsskillnaderna var speciellt tydliga för huvudvärk – det var dubbelt så vanligt att flickor hade huvudvärk en gång varje vecka eller oftare. De undersökta hälso problemen minskade för pojkar i de äldre årskurserna medan mångfaldiga problem ökade hos flickor [24].

Eventuella könsskillnader i *hälsovanor, upplevd hälsa och motivation till att leva hälsosamt* undersöktes bland universitetsstudenter i sydvästra Sverige. Det var ingen skillnad mellan kvinnliga och manliga studenters självuppskattade hälsa men fler kvinnor än män rapporterade symtom som stress, trötthet och huvudvärk. Kvinnornas hälsovanor var sundare när det gällde alkohol och diet, medan regelbunden fysisk träning utövades lika ofta av kvinnor och män. Män hade en högre nivå av övervikt och fetma och var mindre intresserade av att ta del av kostråd och utöva aktiviteter för att förbättra hälsan [25].

En svensk studie visar att *singelmammor och singelpappor* har sämre självuppskattad hälsa än föräldrar som bor tillsammans. Sämst hälsa såg man hos singelmammor. Singelpappor hade mer kontakt med läkare jämfört med pappor som levde i par och singelmammor avstod oftare än mammor i par från att söka läkarvård. Författarna menar att skillnaderna kan ha ett samband med ojämlika sociodemografiska och socioekonomiska tillgångar. Andra skillnader mellan singelföräldrar och föräldrar som levde i par var också till exempel högre grad av finansiell stress hos singelföräldrar. Singelmammor var dessutom oftare födda utanför Sverige [26].

Internationella studier

Förmedling av information

Genetisk testning för bröst- och ovariecancer respektive koloncancer diskuteras och man argumenterar för att genusanalys bör ingå i nya teknologier och hälsoprogram för att förbättra tillämpbarhet, tillgänglighet och effektivitet. Det är dessutom viktigt för djupare förståelse av etiska frågor [27]. En artikel nämner att *bröstcancer också förekommer hos män* men att all information om bröstcancer riktar sig till kvinnor. Författarna menar att information riktad till män är angelägen [28]. *Attityder till depression* undersöktes bland allmänheten i Skottland. Man fann att äldre personer och män hade minst positiv attityd till depression och föreslår att informationskampanjer om depression främst bör rikta sig till dessa grupper [29].

Hur kvinnor och män söker information, stöd, och vård samt hur de är delaktiga i att fatta beslut om vårdåtgärder

Enligt flera studier har kvinnor lättare för att känna igen *symtom på depression* och andra psykiska problem och har lättare för att söka hjälp vid psykiska besvär än män [30–32]. Dock finns situationer när män är mer villiga än kvinnor att undersöka sig, vilket kom fram i en studie från Storbritannien. Tvärt emot vad som förväntades så var det fler män än kvinnor som hörsammade en kallelse till *screening av kolorektalcancer*, 73 jämfört med 67 procent [33]. En studie från Australien visade att kvinnor oftare sökte vård än män och att det berodde på ett *större vårdbehov*. I motsats till många andra studier kom det fram att män påverkades av icke-hälsorelaterade faktorer när de sökte vård men att kvinnor inte gjorde det [34].

Om hur nöjda kvinnor och män är med vården

En omfattande studie från USA undersökte hur nöjda cirka 107 000 öppenvårdspatienter och cirka 112 000 slutenvårdspatienter var med vården. Ojusterade data visade att män var mer nöjda än kvinnor överlag. När man justerade för sociodemografiska och hälsorelaterade faktorer försvann skillnaderna för öppenvårdspatienterna medan kvinnor i slutenvården fortfarande var mindre nöjda än männen [35].

Om kvinnors och mäns hälsa

Många internationella artiklar de senaste åren har handlat om *mäns hälsa* och det faktum att män söker vård senare och att de har kortare förväntad livslängd. Det sägs bland annat att frågor om mäns hälsa bör inkluderas i litteratur om ojämlikhet mellan könen och att hälso- och sjukvården bör rikta in sig på att förebygga de huvudsakliga orsakerna till sjukdom och död hos män och hjälpa männen att ta ett större ansvar för sin hälsa. Artiklarna tar också upp hur män upplever och uttrycker sin depression och att det finns behov av att marknadsföra psykiatrisk hälsovård för män. När det gäller cancer visar vissa studier att män inte rapporterar symtom till sjukvården lika ofta som kvinnor [36–42].

En artikel från universitetet i Manchester, Storbritannien, skriver att *barns hälsa i relation till genus* är ett bortglömt område som bör studeras. Artikeln

sammanfattar kunskap om barns hälsa i förhållande till genus och andra faktorer och visar också exempel på att i policydokument gällande barns hälsa saknas genusperspektivet [43].

Klinisk forskning för att fylla särskilda kunskapsluckor

Så här skrev Socialstyrelsen 2004:

”Inrättande av bland annat forskningscentra med genusinriktning har inneburit nya förutsättningar för framför allt den kliniska forskningen. Man vet mer om skillnader mellan män och kvinnor när det gäller exempelvis hjärt-kärlsjukdomar. Det finns dock fortfarande kunskapsluckor på andra viktiga områden, särskilt när det gäller interventionsforskning – vilka insatser är mest effektiva för att minska obefogade skillnader mellan män och kvinnor?”

Även inom området klinisk forskning finns flera studier som belyser skillnader mellan kvinnor och män, men få studier som undersökt effekter av olika interventioner.

Svenska studier

Två svenska studier beskriver att kvinnor har högre dödlighetsrisk än män vid *bräckoperationer*. Den ena anger att det finns en koppling till att kvinnor har en annan anatomi och att operationsmetoder som utvecklats för män används på kvinnor [44]. Den andra studien menar att den ökade risken beror på att kvinnor oftare opereras akut oavsett bräckanatomi samt för att de har en större andel femorala bräck [45].

Förekomst av *depression och fysisk aktivitet* undersöktes hos 860 äldre personer i södra Sverige. De flesta kvinnor och män uppvisade inga tecken på depression. De äldre som var fysiskt inaktiva uppvisade oftare depressiva symtom och träning flera gånger i veckan var förknippat med den lägsta uppmätta graden av depression. Även lätt träning hade effekt på depression, framför allt hos kvinnor [46]. En alldeles ny studie, ”Lundbystudien”, har visat att livstidsdominansen av depression minskat hos kvinnor och varit oförändrad hos män [47]. Två studier undersökte behandling av kvinnor och män med *hudproblem*. Den ena nämndes redan i Socialstyrelsens förra rapport om jämställdhet. Publicering har dock skett senare. Studien visade att män oftare fick UV-behandling vid eksem och psoriasis medan kvinnor fick större mängd läkemedel utskrivet för lokalbehandling, framför allt mjukgörande krämer [48]. För att komma tillrätta med skillnaderna i behandlingen av kvinnor och män har ett omfattande förändringsarbete pågått med bland annat personalutbildning och en ny form av patientsamtal, vilket har lett till att skillnaderna har minskat (enligt föredragning augusti 2007). En annan studie undersökte förväntningar på psoriasisvården hos 1 060 kvinnor och män. Både kvinnor och män ville ha professionell vård och ville förbättras i sin sjukdom. Fler kvinnor än män uppgav att de ville bli väl bemötta. Män behandlades oftare av dermatolog medan kvinnor oftare behandlades av allmänläkare. Kvinnor var flitigare på att behandla sig själva med hudpreparat. Många av förväntningarna på sjukvården infriades. Dock uppgav nästan hälften av patienterna att de inte kände någon sjukdomsförbättring, något som dessutom var vanligare bland män än bland kvinnor [49].

Patienter med *hjärtsjukdom* har studerats i fem studier. En studie rapporterar att kvinnor mer sällan än män genomgår revaskularisering efter hjärtinfarkt, ett resultat som överensstämmer med internationella studier. En studie konstaterade också att socioekonomiska faktorer inverkar när det gäller män men inte kvinnor [50].

De andra studierna undersökte olika utbildnings- och rehabiliteringsprogram. Det gick inte att se någon skillnad i depressiva symtom hos vare sig kvinnor eller män som deltog i "hjärtskola" och fysisk träning efter allvarlig hjärthändelse. Kvinnorna rapporterade högre grad av depressiva symtom än män vid samtliga uppföljningstillfällen [51]. Utbildning för patienter med hjärtsvikt ledde till ökad kunskap om sjukdom och behandling men gav inga effekter på livskvalitet eller följsamhet till rekommenderad behandling. Kvinnorna i en av studierna förbättrade sin kunskap mer än männen. Kvinnor rapporterade sämre livskvalitet än män [52–54].

Följsamhet till *läkemedelsordinationen* och effekten av ett interventionsprogram i form av ett telefonsamtal en vecka efter läkarbesök undersöktes. Telefonsamtalet ökade följsamheten hos kvinnorna men inte hos männen. Följsamheten till behandling med hjärtkärlläkemedel var låg, och tycktes vara sämst hos män [55].

Patienter med nyupptäckt *reumatoid artrit* rapporterade sänkt livskvalitet, och lägst livskvalitet rapporterades av männen. När man upprepade undersökningen två år senare såg man en liten ökning av livskvaliteten men skillnaden mellan kvinnor och män bestod [56].

Två studier som fokuserade på *äldre personer* har hittats. När man undersökte vilka faktorer som påverkade överlevnaden hos kvinnor och män på sjukhem fann man att det var viktigt med insatser som förbättrar förmågan till daglig funktion och näringstillförsel speciellt hos kvinnor med funktionsnedsättning. Män behövde ångestförebyggande insatser [57]. En annan svensk studie undersökte effekten av interventioner vid geriatrisk rehabilitering. Kvinnorna upplevde i början en högre grad av funktionsnedsättning i form av smärta och osäkerhet jämfört med männen. Alla hade nytta av rehabiliteringen, men störst effekt sågs hos kvinnorna [58].

Internationella studier

Den absolut dominerande sjukdomsgruppen som studerats med genusperspektiv är hjärtkärllområdet. Näst vanligast är studier på patienter med depression medan övriga sjukdomar är sparsamt representerade. Eftersom de flesta studier bekräftar tidigare kunskap kommenterar vi här endast några av studierna.

Hjärtkärtsjukdom

Det finns en stor mängd studier inom hjärtkärllområdet. De bekräftar i stort sett det som kommit fram tidigare, att kvinnors symtom på hjärtinfarkt delvis är annorlunda än männens och att det fortfarande medför att kvinnor väntar med att söka sjukhusvård genom att de missuppfattar symtomen, se till exempel [59–61].

Att framför allt kvinnor med hjärtsjukdom kan behöva *ökad support* bekräftas av en studie på omkring 500 patienter, ett år efter akut hjärtinfarkt. Kvinnorna hade sämre fysisk och psykisk hälsa och mer depressiva symtom [62]. Även en finsk studie visar att kvinnor är i behov av mer stöd. Här undersöktes rehabilitering efter bypass-operation och man fann att återhämtningen var mer oproblematisk för män än för kvinnor. Kvinnor önskade mer stöd under rehabiliteringen och de upplevde mer ensamhet, osäkerhet, rädsla, depression och oro. Support och hjälp från männens makar hade en positiv inverkan på återhämtningen. Kvinnorna levde oftare ensamma och önskade mer support än de hade tillgång till [63].

En studie undersökte alla hjärtoperationer som gjordes på barn och tonåringar år 2000 inom "the Healthcare Cost and Utilization Project Kids' Inpatient Database". Kvinnligt kön förknippades med ökad risk för död på sjukhus [64].

Depression, psykiatriska diagnoser

En studie av behandling vid depression visade att samtalsterapi förbättrade både kvinnor och män men att läkemedelsbehandling bara förbättrade kvinnor [65]. En annan studie visade att kvinnor och män fick likartade effekter av läkemedelsbehandling vid depression [66]. Vid psykoser kan kvinnor behöva en lägre underhållsdos jämfört med män [67].

Övriga sjukdomsgrupper

När det gäller *astma* fanns det flera studier som visade att kvinnor med astma har sämre hälsostatus än män till exempel [68, 69], medan en studie fann att den här skillnaden försvann när man justerade för socioekonomisk status, rökning, BMI och annan sjuklighet [70]. En studie på barn visade att pojkar fick behandling för astma på ett tidigare stadium än vad flickorna fick [71]. En kanadensisk studie visade att män med icke-småcellig lungcancer och som behandlades med *radioterapi* gick ned mer i vikt än kvinnor, vilket skulle kunna förebyggas om männen får träffa en dietist tidigare i behandlingen [72]. När HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) blev tillgängligt under det sena 1990-talet fick *HIV-positiva* kvinnor inte lika snabbt tillgång till den här nyare behandlingen som män [73]. Kvinnor diagnostiseras oftare med *funktionell mag-tarmsjukdom* jämfört med män. Dock visar en översiktsartikel som studerade publicerade artiklar över dyspepsi att det finns få studier som bekräftar de påstådda skillnaderna. Möjligen finns skillnader i symtommonster mellan kvinnor och män [74]. *Främre korsbandsskada* är vanligare hos idrottande kvinnor och en ny träningsmetod som hjälper till att stabilisera knäet och minska skador presenteras i studien [75]. Höftledsfraktur är framför allt ett kvinnligt problem men den här studien visade att det också kan vara ett problem för män. Män med höftledsfraktur var yngre än kvinnorna, hade oftare annan samtidig sjukdom och hade dessutom högre dödlighet jämfört med kvinnorna [76].

Konsekvenser för män och kvinnor av reformer och förändringar i världens övergripande struktur

Litteratursökningen resulterade inte i några studier som analyserade konsekvenser av reformer och strukturförändringar för kvinnor och män. Det fanns ändå ett par studier som var intressanta i detta sammanhang.

Svenska studier

Tidigare undersökningar har visat att väntetider till olika vårdåtgärder skulle vara längre för kvinnor, men detta stöds inte av en ny studie från Östergötland. Studien innefattar 44 000 patienter som besökte eller behandlades inom specialistvården år 2005. I några fall tycktes väntetiden vara längre för kvinnor, till exempel vid operation av diskbråck och dekompression (medelväntetid för kvinnor 161 dagar och för män 116 dagar) och för besök hos gastroenterologisk specialist (kvinnor 61 dagar och män 55 dagar). I ett fall tycktes väntetiden för kvinnor vara kortare än för män och det gällde besök på kirurgmottagning (kvinnor 58 dagar och män 72 dagar). När man korrigerade för medicinsk prioritering och patientens ålder försvann de flesta skillnaderna. Några skillnader fanns dock kvar: kortare väntetid för kvinnor för besök på kirurgmottagning, kortare väntetid för män för övriga kirurgiska operationer UNS (utan närmare specifikation) och för övriga ögonkirurgiska operationer UNS [77].

En studie som undersökte uppfattningar om hälsa och välfärd på ett policyplan gjordes bland personer som jobbar med folkhälsoarbete. Bland de 712 personer som svarade på studiens enkät var 5,2 procent politiker, 13,2 procent forskare, 16 procent kommunanställda, 18 procent landstingsanställda och resten från olika sektorer eller med fler än en arbetsplats. Deltagarna blev tillfrågade om sin syn på hälsa, välfärd och rättvisa mellan könen, dels i situationen som finns i dag, dels i en tänkt framtida förändrad situation. I enkäterna presenterades olika påståenden och modeller för hälsa och välfärd som deltagarna fick ta ställning till. Resultatet visade att såväl kvinnor som män menade att etiska principer ska ligga till grund för en jämlik sjukvård (drygt 68 procent). När deltagarna skulle prioritera olika framtida scenarier sågs skillnader mellan kvinnor och män. Majoriteten ansåg att jämlikhet var att föredra före andra alternativ, dock var kvinnorna mer för jämlikhet mellan könen än männen. Att ojämlikhet i hälsa skulle kunna kompenseras i form av ökad makt och resurser fick inget gehör och inte heller hälsomaximering som vägledande princip [78].

Internationella studier

En ökad satsning på primärvården skulle ha en positiv påverkan på kvinnors hälsa enligt en studie av Hills och Mullett. Definitioner för primärvård (enligt WHO:s Alma Ata-deklaration) jämfördes i den här studien med principer för en kvinnocentrerad vård. Författarna menar att en hälsovård uppbyggd enligt filosofi och principer som gäller för primärvård på ett bra sätt skulle tillgodose kvinnors behov av hälso- och sjukvård [79].

Genusperspektivet i medicinsk utbildning

Arbetet med att uppmärksamma genusperspektivet i de medicinska högskoleutbildningarna pågår fortlöpande. De flesta av de medicinska utbildningar som ingått i Socialstyrelsens uppföljning förefaller ha ambitioner att integrera genusperspektivet. Samtidigt kan vi åter konstatera att det förefaller vara stora skillnader mellan olika högskolor samt att det fortfarande finns barriärer och hinder för arbetet.

I betänkandet *Jämställd vård – Olika vård på lika villkor (SOU 1996:133)* [80] föreslogs en rad åtgärder för att öka inslaget av könsperspektiv i hälso- och sjukvården. Förslagen gällde områden som bemötande, vård och behandling samt ökad integrering av könsspecifika kunskaper i medicinsk grundutbildning och forskning. Utredningen föreslog också att universitet och högskolor bör ta upp förekomsten av genusperspektivet som ett kvalitetskriterium vid den rutinmässiga utvärderingen av kursinnehållet och att en del av undervisningen som bedrivs ska inriktas på betydelsen av genus- och maktsystemet. För att öka kunskaperna om könsteoretisk forskning bedömde utredningen det lämpligt att utbilda valda delar av lärarkåren i dessa frågor. År 1996 genomförde Högskoleverket en utvärdering av innehållet och kvaliteten i landets sjuksköterskeutbildningar. Det visade sig då att genusperspektivet näst intill saknades i kursplanerna [81].

Inom ramen för Socialstyrelsens utredning *Jämställd vård? – Könsperspektiv på hälso- och sjukvården* [82] genomfördes en övergripande kartläggning av i vilken utsträckning köns- och genusperspektivet var integrerat i de medicinska utbildningarna. Kartläggningen gjorde man genom en enkät till universitet och högskolor under 2003. Resultatet av enkätundersökningen visade att nästintill samtliga lärosäten på något sätt tog hänsyn till genusperspektivet i sina utbildningar, till exempel i kursplanerna. Kartläggningen visade samtidigt att ambitionerna varierade stort. Socialstyrelsen konstaterade därför att en hel del arbete återstod och att det fortfarande fanns hinder i form av värderingar och föreställningar om vad ett genus- och könsperspektiv innebär.

Avsnittet nedan presenterar en kortfattad uppföljning av hur genusperspektivet numera är representerat inom de medicinska utbildningarna, samt problem kopplade till det.

Underlaget bygger på studier och rapporter som har haft som syfte att belysa förekomsten av genusperspektivet i de medicinska grundutbildningarna och den medicinska forskningen under de senaste tre åren samt en uppföljande enkät till högskolor och universitet om genusperspektivet.

Genusperspektiv och genusvetenskap

Rapporten *Genusperspektiv och genusvetenskap* [83] redovisar en beskrivning av integrationen av genusperspektiv i 14 relativt nya lärosätens utbildningar.

Rapporten fokuserar på genusvetenskap som kunskapsområde och inte på praktiskt jämställdhetsarbete eller undervisningens former. Resultaten visar

att genusperspektiv på vissa håll har integrerats med stor kunnighet, smidighet och framgång som ett led i högskolornas ämnesuppbyggnad medan det på andra håll bedömts som mindre angeläget. Problematiken med genusvetenskap är att genusperspektivet förväxlas med jämställdhetsarbete, att social konstruktion av kön inte beaktas i tillräcklig utsträckning och att genusperspektiv inte enbart handlar om skillnader. Genusperspektiv berör både män och kvinnor, inget kön är könsneutralt.

Genusperspektiv tolkas ofta som jämställdhetsarbete istället för som ett inomvetenskapligt ämnesområde vilket leder till att genusperspektiv definieras på sådant sätt att det riktar in sig på skillnader mellan kön men utelämnar hur sociala faktorer bidrar till att skapa skillnader. Det medför också att genusperspektiv definieras så att det endast tycks ha med kvinnor att göra medan män framstår som könsneutrala.

Slutsatserna i rapporten är att det inte kan uteslutas att genusperspektiv i värsta fall kan leda till kontraproduktiva åtgärder om de inte följs av resurser som gör seriös inomvetenskaplig kompetensutveckling möjlig inom genusområdet och som ger möjligheter att anlita genusvetenskapligt kompetent personal för att arbeta med de moment i olika utbildningar som berör genus.

Uppföljande enkät

Frågor

Efter kontakt med Högskoleverket skickades enkäten ut via e-post till jämställdhetsansvariga inom respektive universitet och högskola. Personerna ombads att med hjälp av rätt person vid lärosätet, till exempel kursansvariga och studievägledare, svara på fyra övergripande frågor om genusperspektiv. Följande frågor ställdes till de olika utbildningarna

1. Har åtgärder vidtagits för att integrera genusperspektivet/könsperspektivet i kursplanen för arbetsterapeuter/läkare/sjukgymnaster/sjuksköterskor? Om ja, ange på vilket sätt (kurs/kurser, del av kurs, innehåll, inriktning, externa föreläsningar etc).
2. Har Ni för framtiden planerat att integrera genus/könsperspektivet i kursplanen för arbetsterapeuter/läkare/sjukgymnaster/sjuksköterskor? Om ja, ange på vilket sätt (kurs/kurser, del av kurs, innehåll, inriktning, externa föreläsningar etc).
3. Finns inom fakulteten särskild kompetens inom genusforskning? Om ja, beskriv närmare.
4. Beskriv kortfattat väsentliga förändringar som genomförts inom ovanstående utbildningar, avseende jämställdhet eller genusperspektiv sedan 2004.

Det fanns också utrymme för att lämna särskilda kommentarer.

Kort sammanfattning av resultaten

Det var inte lika många lärosäten som vid det förra frågetillfället som svarade på enkäten. Svaren var av varierande kvalitet. En del svarade väldigt allmänt till exempel att olika klientfall avspeglar personer med olika kön och att genusperspektivet beaktas vid val av litteratur, att kurslitteraturens författare anges med både för och efternamn. Genusperspektivet vägs in när kurs-

planer skrivs om. Under de olika undervisningsterminerna beaktas genusperspektivet vid enstaka föreläsningar. Ibland är genusperspektivet framskrivet i lärande målen (Örebro). Utifrån den typen av svar är det svårt att avgöra vilket genomslag genusperspektivet faktiskt har i undervisningen. Men det finns också exempel på universitet som har inarbetat genusperspektivet i undervisningen med kunnighet och smidighet. Ett exempel är universitetet i Umeå. Flera från medicinska fakulteten i Umeå är och har varit doktorander på Genusforskarskolan där.

Exempel på granskning av genusperspektiv i medicinsk utbildning

Under 2005 gjorde man en granskning av sjuksköterske- och läkarutbildningen vid Karolinska institutet [85].

Projektet pågick under 2005 och innebar att studenter på KI från sjuksköterske- och läkarutbildningen själva granskade sin utbildning utifrån likabehandlingsgrunderna, både när det gällde hur studenterna behandlades och hur utbildningen förbereder dem för det kommande yrket. Målsättningen med granskningen var att finna problem i kulturen vid KI och inte att peka ut enskilda lärare. Granskarna fann allvarliga brister i genusperspektiv i utbildningen. Man menade att en manlig norm användes, föråldrade och biologiserande könsstereotyper förmedlades och genusmärkning av sjuksköterske- och läkaryrken fortlevde utan att diskuteras eller problematiseras.

Man konstaterade vidare att genusperspektivet fanns inskrivet i sjuksköterskeprogrammet men få lärare känner till genusperspektivets innebörd. I kurslitteraturen saknas böcker med genusperspektiv.

Granskarna konstaterade att kursplanerna på läkarprogrammet saknar mål om genusperspektiv. Det finns vissa kurser som innehåller specifika utbildningsmoment med genusperspektiv. Kurserna är ibland obligatoriska men examineras sällan.

Både sjuksköterske- och läkarprogrammets undervisning i anatomi och fysiologi återspeglar en vetenskapstradition som för det mesta koncentrerat sig på att beskriva unga friska män. Om könsskillnader tas upp presenterar man kvinnor som annorlunda och avvikande från den manliga normen. Det diskuteras eller kritiseras sällan eller aldrig. Granskarna på sjuksköterskeprogrammet fokuserade också på andra ämnesområden där de bland annat kunde registrera att bilden av mannen som norm genomsyrar vissa böcker.

Sammantaget kan sägas att det pågår ett fortlöpande arbete med att uppmärksamma genusperspektivet och att införa genusvetenskap som självklara inslag inom de medicinska utbildningarna vid universitet och högskolor. Arbetet har kommit olika långt – vissa lärosäten ligger väl framme, medan andra verkar bedöma att området är mindre relevant.

Fördjupning – socialtjänst

Kapitlet kommer att lyfta fram fyra aspekter på en jämställd socialtjänst. Först görs en redovisning av om det skett någon förändring sedan 2002 när det gäller fördelningen av insatser mellan män och kvinnor inom socialtjänstens områden. Sedan presenteras resultatet från en undersökning om män och kvinnor bedöms lika eller inte inom socialtjänsten. I det tredje avsnittet är utgångspunkten personalen. Hur, varför och med vilket resultat arbetar landets kommuner för att få en – utifrån en mer jämställd socialtjänst – ändamålsenlig könsfördelning bland personalen. Kapitlet avslutas med en redovisning av könsfördelningen vid landets socionomutbildningar och om de uppmärksammar köns-, genus- och jämställdhetsperspektivet i utbildningen.

Uppföljning av socialtjänstens insatser till kvinnor och män

Huvudparten av jämförelserna nedan är gjorda utifrån den officiella statistiken som beskriver socialtjänstens insatser och hur de fördelar sig mellan män och kvinnor. Det är viktigt att betona att statistiken enbart tar hänsyn till om brukaren är man eller kvinna och inte på något sätt väger in faktorer (till exempel funktionsförmåga, ohälsa, ensamboende eller sammanboende) som kan påverka omfattningen av insatser som män och kvinnor får. Om det ena könet är överrepresenterat när det gäller en viss insats måste det inte innebära att det överrepresenterade könet behandlas annorlunda än det som är underrepresenterat. Skillnaderna i insatser som framkommer kan exempelvis ha sin förklaring i att det överrepresenterade könet är fler till antalet, att deras möjlighet att få informell hjälp är sämre eller att deras behov i andra avseenden är mer omfattande. Möjligt är också att det ena könet visserligen har behov men i högre grad än det andra av olika skäl avstår från att ansöka.

I rapporten *Jämställd socialtjänst?* [1] gjordes en genomgång av hur socialtjänststatistiken samlas in och om den är könsuppdelad. Det varierade från verksamhetsområde till verksamhetsområde. Statistiken över familjerätten var inte könsuppdelad. När det gällde äldreomsorgen och delar av handikappomsorg (SoL-insatser) samt barn och unga så rörde det sig om mängdstatistik. För de övriga områdena – delar av barn och ungdom, ekonomiskt bistånd, missbruk samt handikappomsorg (LSS-insatser) handlade det om individstatistik. Eftersom statistikens kvalitet – mängd- eller individstatistik och vilka variabler som beskrivs – är avgörande för vilka analyser som kan göras utifrån kön, kommer genomförda eller planerade förändringar av statistiken att kommenteras i samband med respektive område nedan.

Insatser till äldre kvinnor och män

Utvecklingen under senare år med färre platser i särskilt boende och fler äldre i ordinärt boende riskerar att ytterligare förskjuta ansvar på anhöriga. Det riskerar att i hög grad drabba barnen och då framförallt döttrarna, dvs. kvinnor som redan innan stod för majoriteten obetalt hemarbete. Äldreomsorgen har en viktig roll att spela för jämställdheten i hela samhället. Förändringar när det gäller kvalitet och tillgänglighet får direkt konsekvenser för mäns och kvinnors livssituation.

Den individbaserade statistik som införs 2008 kommer att ge nya och förbättrade möjligheter till analyser av äldreomsorgen ur ett könsperspektiv och därmed nya kunskaper och insikter.

Med hjälp av den offentliga statistiken går det att se hur olika typer av insatser till äldre fördelar sig mellan äldre kvinnor och män. Det är viktigt att veta att de äldre kvinnorna, 65 år och äldre, är fler än männen i samma åldersgrupp när man läser tabell 11. År 2002 liksom 2006 var andelen äldre kvinnor 57 procent medan de äldre männen utgjorde 43 procent [2]. Dessutom lever äldre kvinnor oftare i ensamhushåll än äldre män vilket innebär att kvinnorna oftare än männen måste förlita sig till offentliga insatser.

Tabell 11. Antal personer 65 år och äldre efter insats och fördelning mellan män och kvinnor i procent. Den 1 oktober 2002 och 2006.

	Antal personer 65–w med insatsen		Andel män/kvinnor 65–w 2002		Andel män/kvinnor 65–w 2006	
	2002	2006	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Hemtjänst	125 100	140 300	30	70	31	69
Särskilt boende	115 500	98 600	30	70	30	70
Enbart kommunal hemsjukvård	15 300	14 100	41	59	40	60
Hemsjukvård och hemtjänst	26 900	34 500	32	68	33	67
Korttidsvård	9 000	9 000	44	56	45	55
Dagverksamhet	12 900	12 800	36	64	36	64
Anhöriganställning	2 000	1 900	38	62	36	64
Anhörigbidrag	5 500	5 200	55	45	56	44

Källa: [3, 4]

Andelen äldre kvinnor och män som får del av de olika insatserna är i stort sätt oförändrad mellan åren. Det handlar om mycket små förändringar.

Det finns samtidigt anledning att peka på den så kallade omstruktureringen av äldreomsorgen, dvs. att allt fler äldre får insatser i det egna hemmet samtidigt som allt färre bor i särskilt boende. Det innebär från ett anhörigperspektiv en påtaglig risk för en förskjutning av ansvarsbördan från offentlig vård och omsorg mot anhöriga. Ur ett jämställdhetsperspektiv innebär det ett ökat ansvar för anhöriga. En grupp anhöriga som drabbas är de äldres barn och då inverkar det framförallt på döttrarnas livssituation. Kvinnor som redan står för den största delen av det obetalda hemarbetet hamnar i situationen att belastas av ytterligare obetalt hemarbete [1]. I en rapport från SCB

kommer det till exempel fram att det är vanligare att kvinnor än män i åldrarna 55–74 år som huvudskäl för att gå ned i arbetstid eller lämna yrkeslivet uppger anhörigvård [5].

Äldreomsorgens kvalitet och tillgänglighet spelar en viktig roll när det gäller jämställdheten i samhället i stort. Utvecklingen som pågått under senare år riskerar alltså att motverka strävandena mot jämställdhet mellan män och kvinnor i stort i samhället.

Individbaserad statistik ger bättre möjligheter för analyser utifrån kön

Socialstyrelsen fick 2007 regeringens uppdrag att samla in uppgifter för en personbaserad, totalräknad statistik över insatser för äldre personer och personer med funktionshinder [6]. Övergången från mängd- till individbaserad statistik innebär att alla insamlade uppgifter går att redovisa uppdelat på kön. Utöver tidigare insamlade variabler kommer också följande att samlas in

- om personen bor i ensamhushåll
- hemtjänst avseende: service, personlig omvårdnad och ledsagning
- avlösning i hemmet
- matdistribution
- trygghetslarm
- annat bistånd inom äldre- eller handikappomsorg
- samt uppgifter på individnivå om kommunal hemsjukvård.

Den nya statistiken kommer att ge nya analysmöjligheter utifrån ett jämställdhetsperspektiv. Det blir möjligt att se och följa vilka olika kombinationer av insatser som män och kvinnor har och hur de förändras över tid, samt att även se och följa utvecklingen när det gäller insatser och kombinationer av dem för sammanboende och ensamboende brukare vilket tidigare inte har gått att göra. Dessutom blir det möjligt att koppla ihop manliga och kvinnliga brukare med andra personnummerbaserade register och studera grupperna även utifrån exempelvis deras ekonomiska situation, vissa typer av hälso- och sjukvårdsinsatser och om de är utrikes födda.

Insatser till kvinnor och män med funktionsnedsättning

Män beviljas genomgående LSS-insatser i högre grad än kvinnor, oavsett insats. De största könsskillnaderna finns bland unga personer, där pojkarnas andel motsvarar knappt två tredjedelar av samtliga beviljade insatser. Det är oklart vad denna könsskillnad beror på. Förändringen mellan åren 2002 och 2006 är ytterst liten.

Könsskillnaderna när det gäller insatser enligt SoL är totalt sett små. Kvinnor beviljas hemtjänst i större utsträckning än män, medan män istället beviljas särskilt boende i högre grad.

Den nya individbaserade statistiken kommer att ge nya och utvidgade möjligheter till analyser av socialtjänstens insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning ur ett könsperspektiv.

Insatser enligt LSS

Antalet personer med insatser enligt LSS ökar stadigt. År 2006 hade totalt 55 800 personer en eller flera insatser (exklusive insatsen råd och stöd). Jämfört med år 2002 innebär det en ökning med 15 procent. Av samtliga personer som 2006 hade LSS-insatser var 57 procent män och 43 procent kvinnor – år 2002 var fördelningen 56 procent män och 44 procent kvinnor [7, 8]. Tabell 12 visar antalet personer fördelade på respektive insats år 2002 och 2006, samt hur stor andel män respektive kvinnor som hade de olika insatserna.

Tabell 12. Antal personer med LSS-insatser¹⁷ år 2002 respektive 2006, samt fördelningen mellan män och kvinnor i procent.

LSS-insatser (exklusive "råd & stöd")	Antal personer totalt med LSS-insatsen		Andel män respektive kvinnor 2002 (procent)		Andel män respektive kvinnor 2006 (procent)	
	2002	2006	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Personlig assistans ¹⁸	4 300	3 700	54	46	53	47
Ledsagarservice	8 500	9 700	51	49	55	45
Kontaktperson	14 500	17 400	52	48	52	48
Avlösarservice	3 500	3 500	63	37	63	37
Korttidsvistelse	10 000	10 500	61	39	61	39
Korttidstillsyn	3 400	4 900	60	40	61	39
Boende, barn	1 200	1 200	62	38	66	34
Boende, vuxna	18 000	20 900	56	44	56	44
Daglig verksamhet	21 700	25 800	55	45	56	44

Källa: [7, 8].

Män beviljas genomgående insatser enligt LSS i högre grad än kvinnor – något som gäller för samtliga insatser och för båda åren. Sedan år 2002 verkar könsskillnaderna blivit ytterligare något större när det gäller insatserna ledsagarservice och boende för barn. Könsskillnaderna framträder tydligt även då statistiken redovisas i olika ålderskategorier, se tabell 13.

Tabell 13. Antal pojkar/män och flickor/kvinnor i åldrarna 0–22 år, 13–64 år och 65–w med LSS-insats samt könsfördelningen i procent av insatserna 2002 och 2006.

Åldersgrupp	Antal personer med LSS-insatser	Antal personer med LSS-insatser	Insatsernas könsfördelning 2002		Insatsernas könsfördelning 2006	
			Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
0–22 år	15 500	18 400	61	39	61	39
23–64 år	29 800	33 300	54	46	55	45
65–w	3 300	4 000	49	51	50	50

Källa: [7, 8]

¹⁷ Samma individ kan ha flera insatser enligt LSS.

¹⁸ Personlig assistans verkar ha minskat över åren. Minskningen kan helt eller delvis förklaras med att definitionen av insatsen förtydligades från och med 2004 års statistikinsamling.

Åldersgruppen som beviljades flest insatser enligt LSS var vuxna personer i åldern 23–64 år. De stod för omkring 60 procent av samtliga personer med LSS-insats. Andelen unga personer (0–22 år) var både år 2002 och år 2006 drygt 30 procent av samtliga personer med LSS-insatser. Det är samtidigt i den här åldersgruppen som vi kan se de största könsskillnaderna, med pojkar i en mellan åren oförändrad, överväldigande majoritet när det gäller samtliga insatser.

I den till andelen minsta åldersgruppen, kvinnor och män äldre än 65 år, har det länge varit så att en något större andel kvinnor har beviljats insatser jämfört med andelen män. Successivt har dock den här utvecklingen vänt, och år 2006 var skillnaden uttraderad.

Insatser enligt SoL

Även insatser enligt SoL ökar. Majoriteten av beslut enligt SoL för kvinnor och män med funktionsnedsättning består av insatserna hemtjänst och särskilt boende. År 2006 hade 25 000 personer under 65 år någon av dessa insatser [9], vilket innebär en ökning med omkring 25 procent sedan 2002 [10]. Totalt sett är könsskillnaderna vad gäller insatser enligt SoL mycket små. När det gäller vuxna så beviljas kvinnor hemtjänst i större utsträckning än män, medan män i högre grad än kvinnor beviljas särskilt boende – ett faktum som har konstaterats redan tidigare [1]. I åldersgruppen 0–19 år beviljas pojkar i högre utsträckning än flickor såväl hemtjänst som särskilt boende enligt SoL.

Vad beror könsskillnaderna på?

Hur kan man förklara könsskillnaderna i fördelningen av LSS-insatser? Är det rimligt att påstå att kvinnor blir förfördelade då det gäller LSS-insatser, eller är detta ett förenklat antagande? En ofta använd förklaring är att det finns en överrepresentation av män i de funktionshindergrupper som har rätt till insatser enligt LSS – dock är det tveksamt om den här överrepresentationen motsvarar fördelningen av LSS-insatser mellan kvinnor och män.

När det gäller insatser enligt SoL är – som redan nämnts – könsskillnaderna totalt sett mycket små. Men hur kan man förklara att kvinnor oftare beviljas hemtjänst, medan män oftare beviljas särskilt boende? Till skillnad från när det handlar om LSS-insatser, så ligger det här närmare till hands att spekulera i om denna ”könsuppdelning” är ett uttryck för biståndsbedömares – omedvetna eller medvetna – värderingar och föreställningar om kön. Om biståndsbedömarens anser att kvinnor och män faktiskt har olika behov, eller om ansökande kvinnor respektive män betonar skilda behov eller för fram sina behov på olika sätt, skulle kunna spela roll för vilken bedömning som kommer att göras¹⁹.

¹⁹ Jämför Riksförsäkringsverkets studie om genderanalys av assistansersättning [11]. I studien framstår mötet mellan handläggare och ansökande som en väsentlig faktor för vilken ersättning som kommer att ges. Det kommer fram att ”kvinnor och män dels tenderar att betona något skilda behov i ansökan om assistans, dels också i viss mån uppfattas som att de framlägger sina ärenden på olika sätt i mötet med Försäkringskassans handläggare”.

Individbaserad statistik möjliggör bättre analyser utifrån kön

När det gäller LSS-insatser har statistiken varit personnummerbaserad sedan 1999. Framöver kommer även statistiken gällande SoL-insatser att vara personnummerbaserad och även gälla fler variabler än tidigare (se beskrivning ovan gällande äldreomsorg).

På Socialstyrelsen pågår ett arbete med att ta fram ett system för att kontinuerligt kunna följa och beskriva levnadsförhållanden för personer med funktionsnedsättning. En befolkningsbaserad enkätundersökning ska – tillsammans med andra undersökningar – göra det möjligt att följa utvecklingen för olika grupper av personer med funktionsnedsättning. Modellen som tas fram kommer samtidigt att ligga till grund för vidare analyser som kommer att fokusera olika livsområden, till exempel utbildning, tillgång till arbete, arbetsvillkor, ekonomisk situation, tillgänglighet och delaktighet. En viktig analysuppgift kommer att omfatta jämförelser av levnadsförhållanden mellan personer med och utan funktionsnedsättning, men också mellan olika grupper av personer med funktionsnedsättning. I det här arbetet bör det därmed finnas goda möjligheter till ytterligare kunskap om eventuella könskillnader och bakomliggande orsaker.

Insatser till män och kvinnor med ekonomiskt bistånd

Det kvarstår stora skillnader när det gäller ensamstående män med barn och ensamstående kvinnor med barn som får ekonomiskt bistånd. Vid båda mättillfällena 2002 och 2006 är ca 3 procent av biståndstagarna ensamstående män med barn medan ca 17 procent är kvinnor med barn.

De utrikes födda kvinnornas andel har minskat bland de långvariga biståndsmottagarna. Om utvecklingen fortsätter är det en positiv trend som kan bero på den goda konjunkturen med en förbättrad arbetsmarknad.

Rätten till ekonomiskt bistånd regleras i socialtjänstlagen och prövas i varje enskilt fall utifrån behov. I vilken utsträckning män och kvinnor behöver ekonomiskt bistånd beror på en mängd förhållanden utanför socialtjänsten – strukturella faktorer och individuella orsaker, ofta i samverkan. Arbetsmarknaden och transfereringssystemet hör till strukturella förhållanden. Ekonomiskt bistånd ger på sätt och vis kompensation för de brister som finns i socialförsäkringssystemet men osynliggör samtidigt strukturella orättvisor mellan män och kvinnor [1].

År 2002 fick knappt 237 000²⁰ hushåll eller 434 000 individer ekonomiskt bistånd till en kostnad av 8,5 miljarder kronor [12]. År 2006 hade antalet minskat till 219 000²¹ hushåll eller 392 500 individer som fick ekonomiskt bistånd. Kostnaden hade däremot ökat till 8,7 miljarder [13].

Tabell 14 visar en jämförelse mellan 2002 och 2006 när det gäller fördelningen mellan män och kvinnor fördelat på typ av hushåll.

²⁰ Alla hushåll med ekonomiskt bistånd

²¹ Alla hushåll med ekonomiskt bistånd

Tabell 14. Antal hushåll med ekonomiskt bistånd fördelat på typ av hushåll 2002 och 2006. Registerledare 18–64 år.

	Antal		Hushållens andel i procent av samtliga	
	2002	2006	2002	2006
Ensamstående <i>man</i> utan barn	84 200	82 800	39	40
Ensamstående <i>kvinnor</i> utan barn	49 200	48 900	23	23
Ensamstående <i>man</i> med barn	4 600	5 600	2	3
Ensamstående <i>kvinnor</i> med barn	39 300	33 900	18	16
Sammanboende <i>par</i> utan barn	11 400	11 300	5	5
Sammanboende <i>par</i> med barn	29 100	26 500	13	13
Totalt	218 000	209 000	100	100

Källa: [12, 13]

Som tabellen visar är förändringarna små mellan de båda åren när det gäller fördelningen mellan män och kvinnor. Det är fortfarande stora skillnader mellan könen. Det är få ensamstående män med barn som får ekonomiskt bistånd, trots att det blir vanligare med växelvis boende för barnen. Dessutom har ofta föräldrarna gemensam vårdnad, vilket innebär lika ansvar för barnen [14]. Det antyder att det fortfarande är kvinnan som har huvudansvaret för barnen och att hennes ekonomi i likhet med tidigare är sämre än mannens.

En person som får ekonomiskt bistånd under några månader av en tillfällig kris är inte lika utsatt som en person som lever nästan helt på bistånd under längre tid. Ekonomiskt bistånd definieras som ett långvarigt bistånd – om det beviljas under 10 månader eller längre under ett kalenderår. Se tabell 15.

Tabell 15. Antal långvariga biståndsmottagare – 18 år och äldre samt könsfördelning. 2002 och 2006.

	Har socialbidrag under minst 10 månader			
	2002		2006	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Antal	44 200	48 300	42 600	41 500
Andel	48	52	51	49

Källa: [12, 13]

I redovisningen ser man att det har skett ett skifte – något fler män är år 2006 i långvarigt behov av bistånd medan det 2002 var tvärtom – något fler kvinnor. Vad förändringen beror på vet vi inte.

Utrikes födda kvinnor och män uppmärksammandes i rapporten *Jämställd socialtjänst?* [1] och speciellt de utrikes födda kvinnorna hade 2002 en utsatt position. Hur ser situationen ut 2006 och har den förändrats sedan 2002? Se tabell 16.

Tabell 16. Långvariga biståndshushåll fördelade efter hushållstyp, födelseland och kön 2002 och 2006.

	Utrikes födda*		Inrikes födda	
	2002	2006	2002	2006
Ensamstående kvinnor*	17 200	12 900	9 300	9 600
Ensamstående män*	10 300	10 700	12 000	12 800
Gifta par/sambo	17 200	13 800	1 200	1 100

*De utrikes födda är ca 13 procent av befolkningen [15]

Källa: [12, 13]

Vid en jämförelse mellan åren 2002 och 2006 kan vi konstatera att de utrikes födda kvinnornas försörjningssituation har blivit bättre, deras antal av dem som får långvarigt bistånd har minskat. Förändringen för de utrikes födda männen är betydligt mindre, men i motsatt riktning, deras antal har ökat marginellt. Samtidigt har andelen gifta, par eller sambor utrikes födda minskat 2006 men deras antal är fortfarande betydligt högre än inrikes födda gifta, par eller sambor.

I statistiken från 2002 är utrikes födda ålderspensionärer exkluderade²². Man bör också uppmärksamma att de utrikes födda är ca 13 procent av befolkningen [15] vilket innebär att de är kraftigt överrepresenterade i gruppen långvariga mottagare av ekonomiskt bistånd.

Statistikutveckling

För närvarande pågår ett arbete vid Socialstyrelsen att utöka statistiken med uppgifter om orsaker till behov av och ändamål för ekonomiskt bistånd²³. En utökning och förbättring av nuvarande statistik om ekonomiskt bistånd kommer att kunna ge ett förbättrat kunskapsunderlag som innebär att behov och problem hos målgruppen *kvinnor och män* lättare kan identifieras. Det ökar också möjligheten att på nationell nivå löpande kunna följa och analysera orsaker till och förändringar av befolkningens behov av bistånd och hur människor rör sig mellan olika transfereringssystem. Sammantaget bör det här ge utrymme att göra analyser ur ett könsperspektiv.

Insatser till kvinnor och män inom missbrukarvården

Det finns stora skillnader när det gäller insatser till kvinnor och män inom missbruks- och beroendevården. Skillnaderna håller i sig på de flesta områden – inom tvångsvården ökar dock kvinnornas andel.

Vården är uppbyggd för män och behöver fortfarande utvecklas för att möta kvinnors specifika behov. Det kommer fram i olika sammanhang att kvinnor i allt högre grad befinner sig i riskzonen för ett ökat missbruk och beroende vilket gör det ytterligare angeläget att vården för kvinnor fortsätter att utvecklas.

²² Ålderspensionärernas andel av biståndsmottagare är ca 4 procent. Den 1 januari 2003 infördes äldreförsörjningsstödet.

²³ Paraplyprojektet.

Den svenska alkoholkonsumtionen har ökat sedan mitten av 1990-talet med en topp 2004. En ökning av alkoholskadorna i den omfattning som skulle kunna förväntas utifrån ökningen kan dock inte ses [16]. Detta skulle möjligen kunna förklaras av nya dryckesmönster, en fördröjning av effekterna och att konsumtionsökningen delvis har skett i grupper som tidigare konsumerat relativt små mängder alkohol, till exempel medelålders och äldre kvinnor. En slutsats är dock att antalet riskkonsumenter och problemmissbrukare har ökat sedan slutet av 1990-talet och att fler kvinnor kan befinna sig i riskzonen [16]. Narkotikaerfarenheter bland vuxna är vanligare bland män än bland kvinnor och det går att konstatera att könsskillnaderna visar sig redan i gymnasieåldern. Skillnaderna finns kvar även när man ser till mer regelbunden användning [16].

Bristen på data i kombination med att många inte söker stöd och vård gör det svårt att uttala sig om missbrukets omfattning och om hur det varierar över tid och därmed också skillnader mellan mäns och kvinnors behov.

Ansvar för vård och behandling av personer med missbruk- och beroende delas mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården. Socialtjänsten har ett huvudansvar för den långsiktiga rehabiliteringen. I vården som socialtjänsten erbjuder ingår åtgärder och insatser för vuxna personer med missbruk och beroende som görs dels med stöd av socialtjänstlagen eller på annat sätt inom ramen för socialtjänstens resurser, inklusive LVM. Statistiken i tabell 17 nedan bygger på antal insatser. En person kan dock vara aktuell för flera insatser samtidigt [17, 18]. Majoriteten av personer med missbruk och beroende finns inom den frivilliga vården. Siffrorna visar alltså endast de insatser som erbjuds och säger ingenting om de behov som finns. I rapporten *Jämställd socialtjänst?* redovisas studier som pekar på att kvinnor kan ha svårt att söka hjälp inom socialtjänstens missbruksvård eftersom de ofta har huvudansvar för barnen och att de bär på en rädsla att förlora dem om ett missbruk och beroende avslöjas.

Tabell 17. Missbruksvård, första november 2002 och 2006. Andel i procent av män och kvinnor i samtliga vårdformer.

Vårdform	2002		2006		2002		2006	
			Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Bistånd som avser boende	5 900	6 000	23	77	23	77	23	77
Individuellt behovsprövade öppna insatser	11 000	12 000	30	70	30	70	30	70
Frivillig institutionsvård	3 100	2 700	25	75	25	75	25	75
Frivillig familjehemsvård	300	250	22	78	21	79	21	79
Familjehemsvård enligt 27 § LVM	20	10	35	65	36	64	36	64
Tvångsvård på institution	270	280	32	68	35	65	35	65

Källa: [17, 18]

Mellan åren 2002 och 2006 har det inte skett några stora förändringar, det är fortsatt stora skillnader mellan kvinnor och män när det gäller insatser. Trots en utbyggnad av den öppna missbruksvården är kvinnornas andel fortfarande 30 procent när det gäller individuellt behovsprövade öppna insatser. I en

ännu inte publicerad kartläggning av Socialstyrelsen över öppenvården visar siffror på att ca 32 procent av personerna som deltar i olika program är kvinnor. Vi kan notera en ökad andel kvinnor inom tvångsvården. Det ställer krav på vården att den anpassas efter de specifika behov som kvinnor har, även om kvinnorna är i minoritet, och att verksamheten utvecklas när kvinnornas andel ökar.

Det har också uppmärksammats att det är brist på kvalificerade behandlingsalternativ för kvinnor [1]. Tabell 18 visar resultatet från kartläggningen av kvalitetsutvecklingen i missbruks- och beroendevården som Socialstyrelsen gjorde 2006 [19].

Tabell 18. Andel stadsdelar och kommuner inom respektive kategori som angett att de kan erbjuda vård för olika behovsgrupper, i procent. Flera alternativ kunde anges. År 2006.

Svarskategori	Stadsdelar i storstäder	Kommuner >70 000 inv	Kommuner 30 000–70 000 inv	Kommuner 15 000–30 000 inv	Kommuner <15 000 inv
Ja, för kön	47	79	49	37	20
Ja, för ålder	44	67	62	38	20
Ja, för andra grupper	30	42	43	29	13
Nej	26	8	21	40	61

Källa: [19]

Siffrorna ovan belyser problematiken att många kommuner inte kan erbjuda specifika behandlingsalternativ för kvinnor respektive män. Eftersom kvinnorna är i minoritet innebär det att det oftast saknas behandlingsalternativ för enbart kvinnor. Det är framförallt små kommuner som har svårigheter, vilket är fullt förklarligt eftersom underlaget för att skapa alternativ till olika målgrupper är begränsat. En väg kan dock vara att tillsammans med någon eller några grannkommuner skapa ett gemensamt behandlingsalternativ. Det finns även exempel på ambulering öppna verksamheter som riktar sig till kvinnor. En annan konsekvens kan bli att kvinnor i lägre grad efterfrågar de behandlingsalternativ som finns eftersom de främst är anpassade efter män och deras behov.

Socialstyrelsens sammanställning av KIM-data²⁴ för år 2001 [20] och 2006 [21] visar att kvinnor och män som behandlas på en specialiserad behandlingsenhet har olika livssituationer. Det är fortfarande betydligt vanligare att männen är ensamstående när de befinner sig i behandling än kvinnor. Det är få män som lever som ensamstående med barn – 12 procent av kvinnorna är däremot ensamstående med barn. Det gäller för både 2001 och 2006. En betydligt större andel kvinnor än män lever tillsammans med en partner men har inga barn. Det är levnadsförhållanden som verkar förhållandevis konstanta över tid.

²⁴ Klienter i missbruksbehandling.

Statistikutvecklingen

LVM-statistiken har sedan länge varit personnummerbaserad medan övrig statistik på området är mängdstatistik. Under 2006 publicerade Socialstyrelsen en rapport med förslag till en samlad statistik för missbruks- och beroendevården [22]. Rapporten identifierade brister med nuvarande system. Statistiken ger inte en heltäckande bild av insatserna, i form av stöd, vård och behandling, till personer med missbruk av alkohol- eller andra droger. Socialstyrelsen lämnade ett principförslag på hur en utvecklad statistik för missbruks- och beroendevården kunde se ut, bland annat införandet av personnummerbaserad statistik inom socialtjänsten. Förslaget skulle innebära helt nya möjligheter att följa vilka insatser kvinnor och män får och vilken effekt insatserna har.

Insatser till flickor och pojkar (barn och unga)

Socialtjänstens insatser för flickor har ökat. Det beror förmodligen på en förändring i flickornas sociala villkor och är också ett tecken på att socialtjänsten på olika sätt uppmärksammat det ökade behovet och klarat av att anpassat sina insatser därefter.

Det är fortfarande pojkar som i högre grad blir föremål för insatser enligt både SoL och LVU, men vid studier när det gäller åldersgrupper blir bilden annorlunda och visar att det är flickorna som oftast får vård i åldersgruppen 13–18 år.

Målgruppen för socialtjänstens barnavård är barn som far illa eller riskerar att göra det. Barn kan få insatser genom socialtjänsten på grund av sitt eget beteende eller av föräldrarnas brister i omsorgsförmåga. Socialtjänstlagen betonar självbestämmande för de vuxna, rätten för barn att komma till tals och att barns bästa ska vara avgörande i alla åtgärder som rör barn. Barn kan placeras utanför hemmet, i familjehem eller på institution med eller utan föräldrarnas samtycke. Öppenvårdsinsatser är betydligt vanligare än placeringar utanför hemmet och har ofta ett förebyggande syfte med tidiga insatser och behandling [23, 24].

Tabell 19. Antal barn och unga 0–20 år med behovsprövad öppenvårdsinsats, samt uppdelat på andel pojkar och flickor någon gång under 2002 och 2006.

Typ av insats	Antal barn 0–20 år 2002			Antal barn 0–20 år 2006		
	Totalt	Andel flickor	Andel pojkar	Totalt	Andel flickor	Andel pojkar
Kontaktperson/-familj	22 000	44	56	21 800	45	55
Behovsprövat personligt stöd	18 700	45	55	22 800	46	54
Strukturerade öppenvårdsprogram	5 100	41	59	8 600	43	57

Källa: [23, 24]

Mellan åren 2002 och 2006 har det inte skett några stora förändringar när det gäller vilka insatser flickor respektive pojkar får inom öppenvården. Det finns en viss tendens till förändring när det gäller strukturerade öppenvårds-

program där flickornas andel ökat. Det är fortfarande en större andel pojkar som får insatser genom socialtjänsten. Flickornas andel har ökat något i de olika vårdformerna.

Tabellen nedan redovisar utvecklingen av heldygnsvården för flickor och pojkar. Med heldygnsinsatser avses i statistiken vård med placering utanför det egna hemmet som beslutats enligt SoL, omedelbart omhändertagande enligt LVU och vård med placering enligt LVU. Den vård som avses är familjehemsvård, vård vid HVB-hem eller särskilda ungdomshem (SiS).

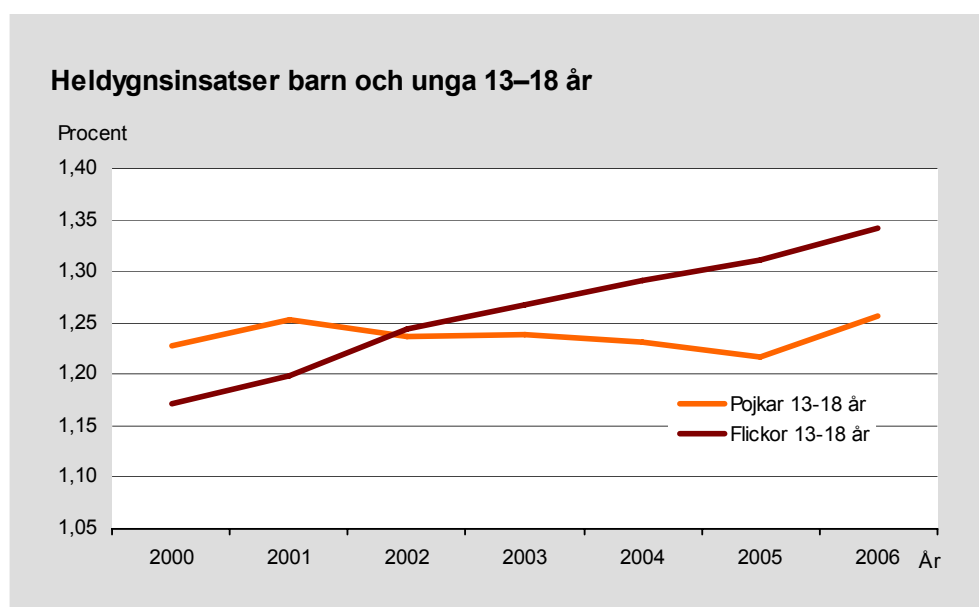
Tabell 20. Barn och unga som någon gång under året fick vård enligt SoL eller insats enligt LVU. Antal barn och unga efter kön. Socialstyrelsens officiella statistik.

Placeringsform	Andel pojkar och flickor 2002			Andel pojkar och flickor 2006		
	Totalt	Flickor	Pojkar	Totalt	Flickor	Pojkar
SoL-vård	14 760	48	52	15 400	49	51
LVU-vård	5 360	45	55	5 780	46	54
SoL-vård och/eller insatser enligt LVU	19 460	47	53	20 720	48	52

Källa: [23, 24]

Tabell 20 visar att vid jämförelse med antalet barn och unga i heldygnsvård någon gång under åren 2002 och 2006 har det skett en ökning av antalet unga som får heldygnsvård. Det är vanligare med pojkar i båda vårdformerna vilket har hållit i sig under åren. Men både när det gäller vård enligt SoL och LVU har flickornas andel ökat medan pojkarnas har minskat något.

I Socialstyrelsens lägesrapport för individ- och familjeomsorgen 2007 [25] beskrivs förändringarna inom vårdformerna och fördelningen mellan flickorna och pojkarna. Se figur 19 nedan.



Figur 19. Andel i befolkningen, SoL-vård och/eller insatser enligt LVU

Källa: [25]

Förändringarna inom vårdformerna och fördelningen mellan flickornas och pojkarnas andel visar sig främst när man tittar på olika ålderskategorier. Det är främst i åldern 13–18 år som ökningen har skett och andelen flickor som placerades i heldygnsvård i åldersgruppen 13–18 år är större än andelen pojkar. Även i åldersgruppen 19–20 år står flickorna för den stora ökningen.

Att göra ett omedelbart omhändertagande av barn och unga är något som socialtjänsten arbetar aktivt för att undvika. Men trots det omhändertogs sammanlagt 1 940 barn och unga 2006.

Tabell 21. Heldygnsinsatser. Omedelbart omhändertagande (LVU). Antal och andel flickor och pojkar 0–20 år. Socialstyrelsens officiella statistik.

Totalt 2002	Andel pojkar och flickor 2002		Totalt 2006	Andel pojkar och flickor 2006	
	Andel flickor	Andel pojkar		Andel flickor	Andel pojkar
1 520	47	53	1 940	48	52

Källa: [23, 24]

Antalet barn och unga som blir omedelbart omhändertagna enligt LVU har ökat sedan 2002. Men könsfördelningen är relativt stabil över åren, flickornas andel har ökat något. Det är dock fortfarande fler pojkar som blir omhändertagna enligt LVU.

Tonårsflickor

I lägesrapporten för 2007 [25] beskrivs tonårsflickors situation beträffande alkohol- och narkotikamissbruk samt deras psykiska och sociala välbefinnande. En positiv förändring har skett beträffande andelen flickor i årskurs 9 som prövat narkotika. Andelen har minskat från 10 procent år 2000 till 5 procent år 2007.

Cirka 20 procent av flickorna i årskurs 9 har en intensivkonsumtion²⁵ av alkohol minst en gång i månaden. Andelen har varit densamma sedan år 2000. Andelen flickor i åldern 13–17 år som vårdats på sjukhus med akut alkoholförgiftning har ökat och är sedan år 2000 större än andelen pojkar i samma åldersgrupp [26]. Det finns även rapporter om att det är vanligt förekommande med psykosomatiska besvär och sömnproblem bland tonårsflickor [27].

Statistikutveckling

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att ta fram en utvidgad statistikinsamling när det gäller insatser till barn och unga inom socialtjänsten. En testinsamling av de nya uppgifterna ska göras 2009. Socialstyrelsen ska lämna en rapport till regeringen om resultatet av testinsamlingen senast den 30 juni 2009. Socialstyrelsen ska göra en första insamling av de nya uppgifterna 2010. Statistiken ska utgå från mål och syfte med socialtjänstens verksamhet. Den ska spegla samhällsutvecklingen och på det sättet tillgodose och

²⁵ Dricker alkohol motsvarande minst 18 cl sprit, en flaska vin, 4 burkar starköl/cider/alkoläsk eller 6 burkar folköl vid varje tillfälle.

anpassas till olika användares behov. Olikheter och likheter mellan könen kommer att synliggöras.

Familjerätt

Allt fler fäder tar aktiv del i sina barns liv och andelen barn som bor växelvis hos modern och fadern har ökat. Trots detta är det fortfarande cirka 80 procent av de barn som lever åtskilda från någon av sina föräldrar, som lever med modern, endast 20 procent lever tillsammans med fadern.

Ur ett jämställdhetsperspektiv är familjen central. Mönster i den privata sfären påverkar ordningen i den offentliga och tvärtom [1]. Familjelagstiftningen och det familjerättsliga arbetet har under det senaste decenniet genomgått stora förändringar. Barnets bästa, barnets perspektiv och barnets rätt att komma till tals har lyfts fram, liksom att hänsyn ska tas till barnets egen åsikt. Barnets rätt till kontakt med båda föräldrarna har även betonats. Gemensam vårdnad har införts som huvudprincip och föräldrarna har fått möjlighet att själva göra överenskommelser om vårdnad, boende och umgänge.

Andelen barn som bor med en ensamstående förälder har ökat kraftigt sedan mitten av 80-talet. Bland de barn som lever skilda från någon av sin förälder bor fyra av fem med sin mamma och en av fem med sin pappa. Bland de yngre barnen är det ingen skillnad mellan flickor och pojkar, men bland de äldre barnen är det vanligare att pojkar bor med en ensamstående pappa, farförälder eller styvförälder än att flickor gör det. [26]

Både familjer med ensamstående förälder och ombildade familjer har blivit vanligare, men de flesta lever ändå med båda sina ursprungliga föräldrar. 2005 levde 73 procent av alla barn i åldern 0–17 år, 90 procent av de små barnen och 60 procent av de äldre barnen med båda sina ursprungliga föräldrar. [27]

Under 2005 upplevde drygt 47 000 barn att deras föräldrar separerade, 2002 var summan 51 000 barn. Föräldrarna hade fortsatt gemensam vårdnad i 94 procent av fallen 2006 mot 89 procent 2002. I de fall en förälder får ensam vårdnad är det nästan alltid modern som får vårdnaden. Efter separationen bor ca 68 procent mest eller bara hos modern, 2002 var siffran 70 procent. Andelen som bor växelvis har ökat från 18 till 21 procent mellan de båda åren. Växelvis boende är vanligare för yngre barn och särskilt bland pojkar. [26].

I de fall där föräldrarna inte kommer överens om vårdnad, boende och umgänge i samband med separation erbjuder man samarbetsamtal hos familjerätten. Utvecklingen ser ut att gå mot ett mer jämlikt föräldraskap där barnen har kontakt med båda sina föräldrar. Det är ändå modern som i praktiken oftast har det största ansvaret för barnen eftersom det fortfarande är en övervägande andel barn som bor mest eller enbart hos henne.

Under två år 1999 och 2002 pågick på Socialstyrelsen en genomgång av alla domar som avkunnats när det gäller vårdnad, boende och umgänge [27]. Syftet med insamlingen och undersökningen var att se hur 1998 års vårdnadsreform påverkade Socialtjänstens och domstolarnas arbete med vårdnads- boende- och umgänges mål, och om barnperspektivet hade förändrats.

En undersökning gjordes av vem som hade fått vårdnaden, gemensam, eller ensam vårdnad för modern eller fadern.

Tabell 22. Tvist om vårdnad. Jämförelse av andel berörda barn i procent mellan åren 1999 och 2002.

Vem fick vårdnaden om barnet?	1999	2002
Modern tilldömdes ensam vårdnad	43	44
Fadern tilldömdes ensam vårdnad	15	10
Dom om gemensam vårdnad mot en förälders vilja	42	46
Summa	100	100

Källa: [27]

Uppgifterna från 1999 baseras på ett slumpmässigt urval på tio procent av domarna (72 barn). För år 2002 berördes 537 barn. Inga säkerställda skillnader föreligger mellan åren.

Genomgången visade att i nästan hälften av målen dömdes gemensamvårdnad mot en förälders vilja och andelen av dessa domar har ökat mellan 1999 och 2002. Domstolen kan döma till gemensam vårdnad mot en förälders vilja, men aldrig mot bådass vilja. 2002 tilldömdes modern ensam vårdnad i 157 mål och fadern i 40. Nedgången som kan noteras mellan 1999 och 2002 när det gäller att fadern tilldöms vårdnaden är svår att förklara men kan bero på att det är relativt små tal och vid förändringar slår de igenom relativt tydligt. Efter Socialstyrelsens undersökning av domarna 1999 och 2002 har ingen sådan insamling skett.

Familjerådgivning

Ett instrument som kommunerna kan erbjuda föräldrar och andra par vid problem är familjerådgivning. Kommunerna ska enligt socialtjänstlagen sörja för att familjerådgivning kan erbjudas dem som begär det. Under 2006 genomfördes drygt 92 600 familjerådgivningssamtal med ca 47 900 personer i åldern 18 år och äldre. Det är vanligt att vuxna män och kvinnor i åldrarna 30–49 år efterfrågar familjerådgivning. Ungefär 35 000 barn under 18 år berördes direkt eller indirekt i samtalen som hölls under året. De flesta – cirka 80 procent – av de besökande var gifta eller sammanboende. Cirka 11 procent var separerade par och 6 procent särboende. Majoriteten hade själva tagit initiativet till kontakten med familjerådgivningen [28].

Jämfört med 2003 som var det första året då man redovisade verksamheten som officiell statistik om kommunal familjerådgivning [29] har inga förändringar skett.

Statistikutveckling

Insatserna som familjerätten arbetar med, till exempel samarbetsamtal, snabb upplysning, utredning om vårdnad, boende och umgängen, redovisas i den offentliga statistiken utan någon könsuppdelning. I *Jämställd socialtjänst?* påpekades behovet av att få veta mer om insatserna speglar det behov som kvinnor och män har och hur insatserna fördelas. Inom vissa områden kräver det självklart både moderns och faderns deltagande i insatsen,

men en utveckling av statistiken där olika aspekter klarläggs som kan beskriva kvinnors och mäns eventuella olika behov efterlystes. Statistiken grundar sig på de mängduppgifter som årligen samlas in från landets kommuner. För närvarande finns inget pågående arbete att förändra statistiken.

Statistik över området familjerådgivning har funnits sedan 2003 och är inte könsuppdelad.

Våld i nära relationer

Socialstyrelsen och andra myndigheter fick hösten 2007 flera regeringsuppdrag. Målsättningen för uppdragen är bland annat att våldsutsatta kvinnor som söker stöd och hjälp ska få det oavsett i vilken kommun de bor och att socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnar våld ska förbättras och kvalitetsutvecklas.

Våld mot kvinnor är en verklighet för många som till stora delar är dold. Socialtjänsten möter våldsutsatta kvinnor i alla verksamhetsområden. Den våldsutsatta kvinnan har alltid funnits som klient i socialtjänsten men oftast inte primärt som våldsoffer utan med andra specifika behov till exempel, ekonomisk utsatthet, missbruks-, beroende- och familjeproblem. 2003 hade nya grupper av kvinnor som utsatts för våld i nära relationer börjat uppmärksammas – äldre kvinnor, funktionsnedsatta kvinnor, kvinnor med utländsk bakgrund, kvinnor med missbruk och beroende samt kvinnor i samkönade relationer. Barnen som bevittnat våld hade också fått mer uppmärksamhet än tidigare.

Behandlingsinsatser till män som utövar våld nämndes 2003 som ett viktigt utvecklingsområde och har allt mer hamnat i fokus sedan dess. Det är väsentligt att erbjuda kvalificerad behandling till männen som använder våld i nära relationer och här går kunskapsutvecklingen framåt.

Regeringen har uppmärksammat området våld i nära relationer och Socialstyrelsen och andra myndigheter fick hösten 2007 omfattande regeringsuppdrag [30]. Målsättningen för Socialstyrelsens uppdrag är:

- att våldsutsatta kvinnor som söker stöd och hjälp ska få det oavsett i vilken kommun de bor
- att socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnar våld ska förbättras och kvalitetsutvecklas – kommunernas arbete ska bli mer målinriktat, strukturerat och samordnas.

Statistikutveckling

Det finns i dag ingen samlad statistik över socialtjänstens insatser för våldsutsatta kvinnor eller över antalet ärenden. Den statliga utredningen *Att ta ansvar för sina insatser, socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor* föreslog att Socialstyrelsen skulle utreda möjligheten att göra socialtjänstens insatser för våldsutsatta kvinnor till en del av den officiella socialtjänststatistiken [31]. Statistiken skulle ge möjlighet till bättre planering av insatser och resurser, det skulle också vara ett sätt att värna kvaliteten på insatserna.

Utredningen pekar dock på en del svårigheter och poängterar att formerna noga måste analyseras och utredas.

Bedömning av män och kvinnor i socialtjänsten

Socialsekreterare, LSS-handläggare och biståndsbedömare har en central roll när det gäller om, och i så fall vilket och hur mycket stöd och hjälp, personer får som ansöker om bistånd enligt socialtjänstlagen och de andra lagstiftningarna (LSS, LVM, LVU) som socialtjänsten arbetar efter.

I rapporten *Jämställd socialtjänst?* [1] lyftes några kunskapsluckor fram. En av dem gällde biståndsbedömning ur ett könsperspektiv. Misskrediteras något kön och i så fall vilket? Sker biståndsbedömningen utifrån omedvetna värderingar om vad handläggaren tillskriver män respektive kvinnor? För att få mer kunskap om och belysa den här frågeställningen, har en studie genomförts. Syftet var att undersöka om de som bedömer behov av stöd och hjälp i socialtjänsten bedömer män och kvinnor lika eller olika, och på så sätt belysa området och lyfta frågeställningen för diskussion.

Metoden som man använt är en så kallad vinjettstudie. Ett antal socialsekreterare, LSS-handläggare och biståndsbedömare har fått genomföra bedömningar utifrån några i text beskrivna fall, så kallade vinjetter.

Studiens genomförande

Studien består av tre separata delstudier. Om de som gjorde bedömningarna på förhand fått veta att studien handlade om hur man bedömer män och kvinnor, skulle det troligtvis ha påverkat bedömningarna. Därför valde vi att göra samtliga tre delstudier inom ramen för tre andra vinjettstudier med delvis andra syften²⁶. Varje delstudie har därför utöver att utformats efter respektive verksamhetsområde också anpassats efter ramarna som gällde de andra studierna som genomfördes samtidigt.

Ambitionen vid konstruktionen av vinjetterna var att de skulle beskriva olika situationer och ansökningar. Samtidigt skulle de vara vanliga i bemärkelsen att de som deltog i studien hade konfronterats med snarlika autentiska fall i sin yrkesutövning. Totalt varierade vinjetterna i längd från knappt en halv till drygt en hel A4-sida.

För äldreomsorgens del togs sex vinjetter fram. De beskrev personer med allt från små till omfattande behov och ansökan kunde gälla hemtjänst, särskilt boende, avlösning för anhörig eller ansökan om korttidsboende efter en sjukhusvistelse. Utgångspunkten för de fyra vinjetter som togs fram för individ- och familjeomsorgen var att de allsidigt men kortfattat skulle beskriva situationen för fyra unga vuxna personer som ansöker om bistånd med anknytning till boende. För delstudien där LSS-handläggarna skulle ingå togs fyra vinjetter fram. I dem fokuserades intresset till flickor och pojkar i åldrarna 13–18 år som hade bedömts tillhöra personkrets ett eller tre enligt LSS. Samtliga ansökningar gällde LSS-insatser för olika fritidsaktiviteter.

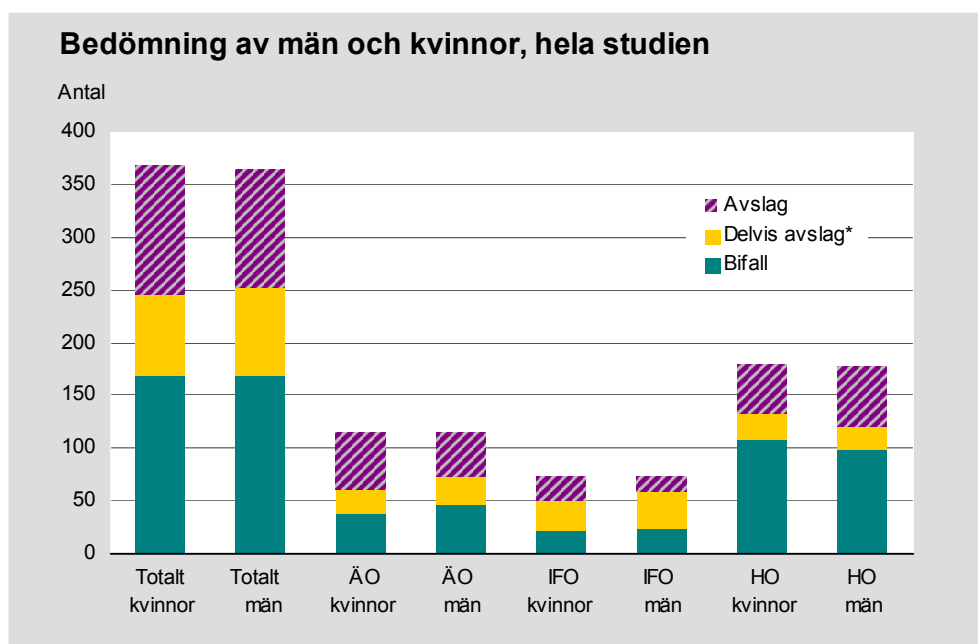
²⁶ Del i en utvärdering av biståndsbedömning (ÄO). Studie om vilket ekonomiskt stöd unga får till sitt boende (IFO). Studie inom levnadsförhållandeprojektet (LSS).

Gemensamt för de tre delstudierna var att man tog fram varje vinjett i två varianter där den sökande antingen var man eller kvinna.

Vid bedömningstillfällena fick de som deltog en kort instruktion. De fick veta att det handlade om en studie där bedömningssituationen skiljde sig från verkligheten, varför det inte går att säga att det finns något självklart rätt eller fel vad gäller bedömningarna. Vidare fick de instruktioner om att göra sina bedömningar självständigt och att de hade begränsat med tid till sitt förfogande för att läsa vinjetterna och besvara de frågor som följde efter varje vinjett. Var och en fick en uppsättning vinjetter som innehöll ansökningar både från män och från kvinnor. Ingen konfronterades dock med båda varianterna – dvs. den manliga och den kvinnliga varianten – av samma vinjett.

Resultat – hela studien

Totalt deltog 37 socialsekreterare, 77 biståndsbedömare och 91 LSS-handläggare i studien. 190 var kvinnor och 15 var män. Sammanlagt gjordes 732 bedömningar. Hälften gjordes utifrån vinjetter där det är en kvinna som söker om bistånd och den andra hälften utifrån vinjetter där det är en man. Figur 20 redovisar samtliga bedömningar sammanslagna och respektive delstudie uppdelat på hur män respektive kvinnor bedömts²⁷.



Figur 20. Resultat av bedömningarna uppdelat på män och kvinnor totalt samt uppdelat på män respektive kvinnor för respektive delstudie.

* I studien för IFO används begreppet "bifall förutsatt att ..." istället för "delvis avslag".

²⁷ Det var drygt dubbelt så många – ca 45 personer – som bedömde respektive variant av vinjetterna för LSS-handläggare jämfört med delstudierna om individ- och familjeomsorg och äldreomsorg.

När alla bedömningarna från de tre delstudierna av kvinnor och män slås ihop visar sig nästan ingen könsskillnad alls. Istället är det slående att männen och kvinnorna bedömts så lika. Om bedömningarna av män och kvinnor gjorda inom respektive verksamhetsområde granskas så kan marginella skillnader ses. I äldreomsorgen har männen något oftare fått bifall eller delvis avslag medan kvinnorna istället något oftare fått avslag. Inom individ- och familjeomsorgen består skillnaden i att kvinnorna något oftare får avslag medan männen får insatser ”förutsatt att ...”, dvs. närmast ett delvis avslag. Bedömningarna genomförda av LSS-handläggare pekar i motsatt riktning. Pojkarna får något oftare avslag på sina ansökningar än flickorna. Skillnaderna är emellertid små. Nedan följer en redovisning för varje verksamhetsområde.

Bedömning av LSS-insatser

Totalt deltog 91 LSS-handläggare i studien och sammanlagt gjorde de 356 bedömningar. Nedan följer en kort beskrivning av de fyra vinjetterna:

Vinjett 1: Pojke/flicka, 14 år gammal, med måttlig utvecklingsstörning, ansöker om ledsagare under fyra timmar i veckan för att kunna ta sig fram och tillbaka till fritidsgården vid två tillfällen per vecka.

Vinjett 2: Pojke/flicka, 18 år gammal, förlamad efter en olycka och rullstolsburen. Har assistans enligt LASS. Familjen reste förra året till Grekland på semester. Kommunen beslutade då om tillfällig utökning av den personliga assistansen, så den personliga assistenten kunde följa med. Nu ska familjen åka på semester till Grekland igen, och man vill att den personliga assistenten återigen ska kunna följa med. Ansöker om tillfällig utökning av den personliga assistansen samt om ersättning för assistentens omkostnader i samband med resan.

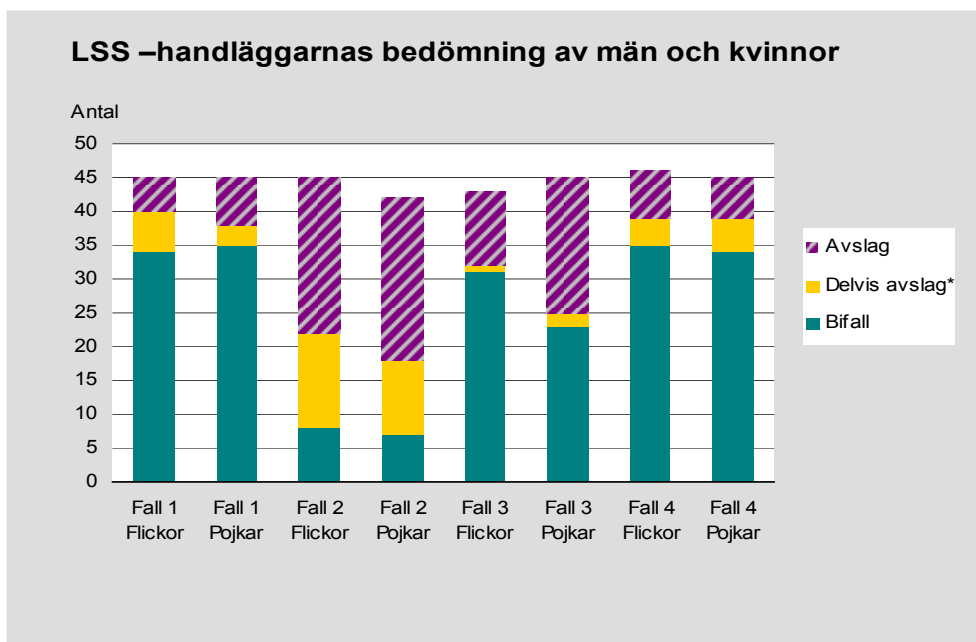
Vinjett 3: Pojke/flicka, 13 år gammal, med en utvecklingsstörning med autistiska drag. Är beviljad regelbunden korttidsvistelse motsvarande en helg var sjätte vecka. Har tidigare under året varit på läger för barn med autism. Vill nu återigen åka på läger under ett skollov och ansöker därför om korttidsvistelse under en vecka.

Vinjett 4: Pojke/flicka, 17 år gammal, fysiskt funktionshindrad och rullstolsburen efter en olycka. Tränar mycket, bland annat simning. Har redan ledsagare tre timmar per vecka som följer med till simhallen som stöd vid träningen. Vill nu även börja rida/spela kälkhockey. Ansöker om utökning av ledsagarservicen med ytterligare tre timmar i veckan, för att kunna få hjälp med att sadla och tränas hästen/på och avklädning i samband med kälkhockeyn.

LSS-handläggarna gjorde sin bedömning genom att efter genomläsning av vinjetten välja något av följande fyra svarsalternativ

- att bevilja det som ansökan avsåg
- att delvis bevilja det som ansökan avsåg
- ge avslag
- annat.

I figur 21 redovisas de fyra alternativen som ”bifall”, ”delvis bifall” och ”avslag”. Svarsalternativet ”avslag” är då en sammanslagning av svarsalternativen ”avslag” och ”annat”.



* I studien för IFO används begreppet ”bifall förutsatt att ...” istället för ”delvis avslag”.

Figur 21. Antal bifall, delvis bifall respektive avslag för var och en av de fyra vinjetterna bedömda av LSS-handläggare uppdelat efter om den som ansöker är flicka eller pojke.

Med ett undantag är skillnaderna i bedömningar mellan flickor och pojkar påfallande liten. Undantaget är fall 3 – som avsåg korttidsvistelse – där nästan dubbelt så många pojkar som flickor – 20 pojkar mot 10 flickor – fick avslag på sina ansökningar. Som skäl för avslagen har handläggarna angett samma argument för både pojkar och flickor, nämligen att de redan kan anses ha ”goda levnadsvillkor” genom tidigare insatser och att det inte kan anses vara normalt för andra barn (utan funktionsnedsättningar) att åka på lägervistelse flera gånger per år (”normaliseringsprincipen”). Även i de fall där handläggarna har beviljat ansökningarna, anger man samma argument för både flickor och pojkar. Det går alltså inte utifrån handläggarnas motiveringar att hitta förklaringar till varför färre pojkar än flickor har fått sina ansökningar beviljade.

Biståndsbedömning inom individ- och familjeomsorgen

Totalt deltog 37 socialsekreterare, boendestödjare och chefer inom området ekonomiskt bistånd. Sammanlagt gjordes 147 bedömningar. De fyra vinjetterna var:

Vinjett 1: 21-årig kvinna/man. Arbetslös efter gymnasiet. Nyligen flyttat hem igen efter tillfälligt servicearbete i London. Är nu åter arbetslös och väntar på att börja en kurs om tre månader. Vantrivs hemma med sjuklig

mamma och hennes sambo och småsyskon. Ansöker om ekonomiskt bistånd för att kunna flytta hemifrån till en egen lägenhet.

Vinjett 2: 19-årig pojke/flicka. Sommarjobbar efter att ha avslutat gymnasiet, sökt studiemedel och fortsatt utbildning till hösten. Har just flyttat från det familjehem där han/hon bott sedan 14-årsåldern till en liten egen lägenhet med eget kontrakt som socialtjänsten hjälpt till att få fram. Ansöker om 12 000 kronor till möbler och nödvändig hemutrustning, eftersom hans/hennes nettoinkomst endast motsvarar försörjningsstödsnivån i kommunen och inte räcker till möbler m.m.

Vinjett 3: 22-årig kvinna/man. Tidigare arbetslös, praktiserar nu på ett lager och har prakticklön motsvarande försörjningsstödsnivån i kommunen. Har trots det två obetalda hyror och tidigare missat flera gånger att betala hyran i tid. Har dessutom obetalda SMS-skulder. Ansöker om bidrag till den aktuella hyresskulden, 7 000 kronor samt till att kontakta hyresvärd och kronofogde för att undvika vräkning.

Vinjett 4: 23-årig pappa/mamma med 2-årig son/dotter som bor växelvis hos sin andra förälder. Pappan/mamman har efter diverse tillfälliga arbeten inlett en utbildning till frisör och avlägger gesällprov om ett år. Den lilla familjen bor i ett rum och kokvrå (26 kvm). På nuvarande inkomst går ekonomin precis ihop utan ekonomiskt bistånd. Är tidigare inte känd inom socialtjänsten. Dock finns månadsgammal rapport från störningsjouren om störande musik sent på kvällen. Mamman/pappan var vid jourens besök inte helt nykter. Ett tillfälle har uppkommit för den lilla familjen att få flytta till en större lägenhet med hiss i samma område, men med 900 kronor högre nettohyra. Ansöker nu om ekonomiskt bistånd för att möjliggöra flytten, eftersom trångboddheten tär på tålamodet.

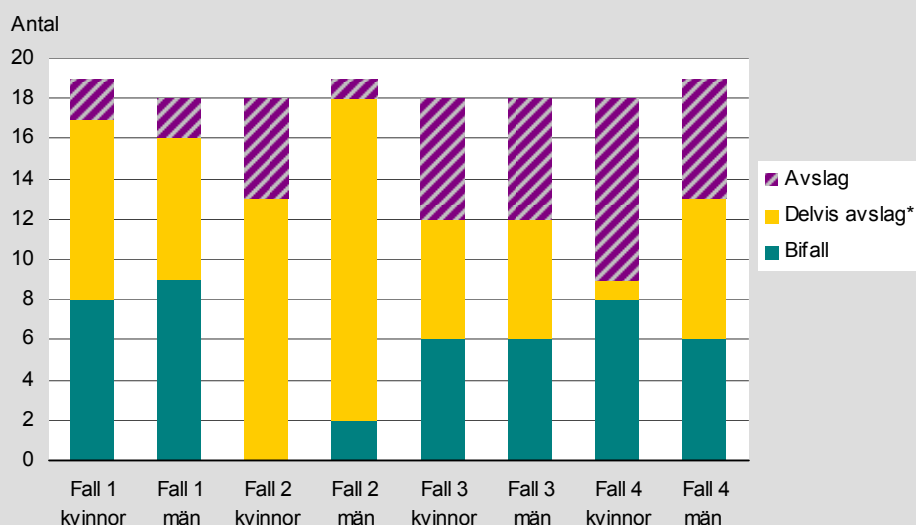
Efter varje vinjett valde den som gjorde bedömningen något av följande alternativ

- avslag på ansökan
- bifall till ansökan
- bifall till ansökan förutsatt att den sökande/bifall till lägre belopp²⁸
- annat bistånd – vad?

I figur 22 har svaret på det sista alternativet tolkats och kategoriserat som antingen avslag, bifall eller bifall ”förutsatt att ...”.

²⁸ Alternativet bistånd till lägre belopp förekommer endast i fall 2, där det gäller beloppet för hemutrustning.

Socialekreterarnas bedömning av män och kvinnor



* Ansökan ges bifall förutsatt att och något villkor. Motsvarar delvis avslag.

Figur 22. Antal bifall, bifall förutsatt att ... och avslag för de fyra vinjetterna uppdelat efter om den som ansöker är flicka/kvinna eller pojke/man.

I fall 1 och 3 har man bedömt männens och kvinnornas ansökningar lika. I fall 2 och 4 har de som deltagit i studien gjort mer olika bedömningar utifrån kön.

Genom nedskrivna kommentarer till frågorna har vi också fått konkreta exempel på vilka förutsättningar man vill ha uppfyllda för att ge bistånd samt vilka andra former av bistånd man vill erbjuda utöver det som söks.

I fall 2 har man haft en mer generös inställning till pojkarnas framställan om bidrag till hemutrustning. De får färre avslag och något fler bifall än flickor. Det vanligaste är att både pojkar och flickor beviljas ett lägre belopp, mellan 1 500 och 7 000 kronor. Pojkarna tenderar dock att ligga närmare 7 000 än flickorna. Något fler har gett helt avslag på ansökan från flickor och ingen bifaller hela det sökta beloppet.

I bedömningarna av fall 4 ges antingen avslag eller ett tydligt bifall till mamman som ansöker om ekonomiskt bistånd för att kunna flytta från trångboddheten med sin lilla dotter. Endast en bedömare anger att bifallet bör utgå under förutsättning att mamman också accepterar någon form av stödkontakt. Ytterligare tre bedömare vill dock samtidigt erbjuda en kontakt med socialtjänstens barn- och ungdomsenhet. I bedömningarna som gäller pappan anger sju personer att bifall till ekonomiskt bistånd för att kunna flytta endast bör utgå under vissa förutsättningar. Man vill till exempel utreda om hemförhållandet är bra för sonen, försäkra sig om att pappan tar kontakt med barn- och familjegruppen eller tar emot annan hjälp från socialtjänsten samt fortsätter med sin planering att bli frisör och självförsörjande. Ytterligare tre bedömare vill samtidigt erbjuda kontakt med familjeenheten, stöd i papparollen eller utreda hur barnet påverkas. Den tydligaste skillna-

den mellan bedömningarna av mamman och pappan tycks handla om att fallbeskrivningen av pappan och sonen väcker en större oro hos socialsekreterarna – en oro för att det kan finnas relationsproblem eller alkoholproblem som de borde undersöka närmare.

Biståndsbedömning inom äldreomsorgen

Totalt deltog 77 biståndsbedömare och sammanlagt gjordes 231 bedömningar. De sex vinjetterna var:

Vinjett 1: Ett äldre par. Hustru/man vars make/maka sitter i rullstol och nu blivit allt sämre. Hustrun/mannen orkar inte längre och maken/makan kan ogärna lämnas ensam. Hustrun/mannen vill ha hjälp med tillsyn av maken/makan fyra eftermiddagar i veckan för att kunna ägna sig åt något annat och samtidigt få vila från arbetsbördan med maken/makans omvårdnad.

Vinjett 2: Äldre person som ansöker om att få komma till servicehus eller annat boende och där få hjälp med handling, matlagning, tvätt och personlig hygien. Personen har tidigare haft hemtjänst men inte utnyttjat den, men nu blivit mer fysiskt skröplig.

Vinjett 3: Äldre person som befinner sig vid en geriatrisk rehabiliteringsavdelning. Personen ser mycket trött ut, något denne själv också ger uttryck för. Läkaren berättar att de utreder om det är något fel på sköldkörteln. Personen vill hem och ansöker om att få komma någonstans för att träna upp sin fysik samt få omvårdnad, något även personens söner önskar.

Vinjett 4: Äldre person som inom kort kommer att bli ensamboende när dottern med barn flyttar. Personen lider av yrsel och bröt benet i samband med ett fall ett halvår tidigare. Personen vill komma till ett boende eftersom hon/han inte tror sig kunna klara av vardagliga sysslor som matlagning och sin hygien. Dessa sysslor har dottern utfört sedan mycket lång tid tillbaka.

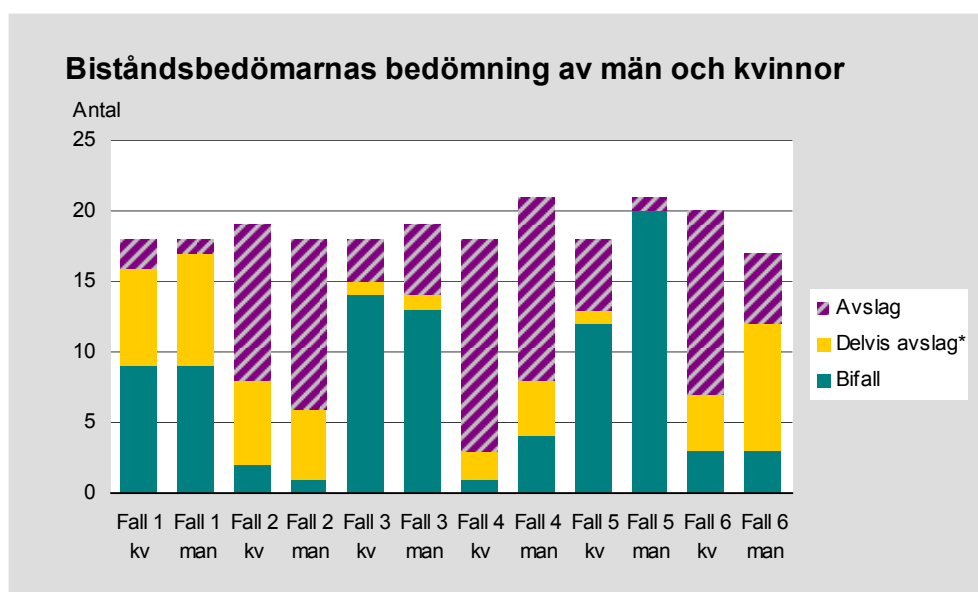
Vinjett 5: Äldre kvinna/man som är på sjukhus efter att ha trillat hemma. Personen har tidigare drabbats av en mindre stroke och går mycket illa. Mannen/kvinnan vill absolut komma hem, men övertalas under vårdplaneringen att ansöka om att få komma till ett korttidsboende för att träna upp sig fysiskt.

Vinjett 6: Ett äldre par i 65-årsåldern. Hustrun/mannen har ständig värk efter en whiplashskada och har tidigare fått hjälp med städning och handling. Då hade maken/makan brutit foten som nu har läkt. Hustrun/mannen vill ha bistånd när det gäller de tyngre sysslorna i hemmet främst som avlastning för maken/makan som bistår hustrun/mannen bland annat i samband med personlig hygien och som ensam har utfört de sysslor som inte hustrun/mannen kan klara av.

I redovisningen nedan kommer svaren från två av frågorna som följde efter vinjetterna att redovisas. Den första gällde hur man bedömer fallen. Alternativen var:

- Jag beviljar det som ansökan avser.
- Jag beviljar delvis det som ansökan avser. De som delvis beviljat ansökan fick ange vad i ansökan som man avslår.
- Jag avslår ansökan.

I den andra frågan skulle biståndsbedömaren med egna ord motivera sin bedömning.



Figur 23. Antal bifall, delvis avslag och avslag uppdelat efter om den som ansöker om bistånd är man eller kvinna för vart och ett av de sex olika fallen.

I de flesta fallen har männens och kvinnornas ansökningar bedömts lika. De största skillnaderna visar sig i fall 5 och 6.

I fall 5 har alla utom en man fått bifall medan motsvarande fall med en kvinna resulterat i fem avslag och ett delvis avslag. I motiveringarna för att bevilja mannen korttidsvård nämner man visserligen hans önskan att få åka hem, men ger samtidigt uttryck för att han behöver en mjuk övergång med stärkande rehabilitering via korttidsboende innan han återvänder hem. När det gäller avslag eller delvis avslag för kvinnan motiveras de med en tydlig betoning på att hon själv vill komma hem, men blivit övertalad av personalen under vårdplaneringsmötet att ansöka om korttidsvård. Därför vill man istället att hon ska beviljas hemtjänst, rehabiliteringsinsatser i hemmet alternativt dagverksamhet med rehabilitering samt i några fall även trygghetslarm. Det kan tolkas som att några av biståndsbedömarna har svårare att bortse från den äldres egen vilja när det gäller kvinnans ansökan och därmed låta henne vara borta från det egna hemmet ännu en tid. Kvinnans önskan om att få komma hem skulle då väga tyngre än mannens hos en del biståndsbedömare.

När det gäller fall 6 är det vanligare att kvinnan får avslag medan mannen istället oftare får delvis avslag. De är samtidigt lika många (få) som gett mannen och kvinnan bifall. Utmärkande för vinjetten är att den person som ansöker, vill ha hjälp med de tunga hushållssysslorna så att maken/makan avlastas så att han/hon slipper göra allt hushållsarbete – förutom matlagningen – själv. Samtidigt ger personen som ska avlastas uttryck för att han/hon inte är intresserad av att göra dessa sysslor i någon större omfattning. Att det oftare blir avslag om det är kvinnan som ansöker kan närmast tolkas som att mannen inte ska kunna smita undan från sin del av makarnas

gemensamma ansvar för hushållets sysslor. När man läser motiveringarna till besluten kommer det tydligt fram att hushållssysslorna är något som man har gemensamt ansvar för. Den som ansöker kan fortfarande stå för matlagning och då får den andra ta på sig städningen.

Avslutning

Studien har haft som syfte att ta reda på om personer som i sitt arbete bedömer ansökningar om bistånd i socialtjänsten bedömer män och kvinnor lika eller om de i bedömningarna också väger in sådant som förväntas av och tillskrivs män respektive kvinnor. Det mest slående med resultatet är att man bedömt männen och kvinnorna så lika, dels när samtliga bedömningar redovisas tillsammans, men också när det gäller redovisningarna på vinjettnivå²⁹. Resultatet kan verka förvånande eftersom det finns gott om belegg för att män och kvinnor har olika insatser och det samtidigt finns föreställningar om att män och kvinnor bedöms olika. I rapporten *Spelar kön roll för hur jag får min hemtjänst i Ovanåkers kommun?* kommer följande fram om äldre mäns och kvinnors insatser: kvinnor mellan 80 och 90 år beviljas mer enbart serviceinsatser än männen i samma åldersgrupp, äldre män beviljas matdistribution i högre grad än kvinnorna, och trots samma vårdtyngd (enligt ÄSIM-metoden) får män fler beviljade timmar än äldre kvinnor m.m. [32]. När det gäller bedömningen om bistånd skriver två socialchefer följande i sina svar på den genomförda kommunenkäten:

97 procent är kvinnor i Äldreomsorgen. Sannolikt spelar det roll när det gäller hur de anställda ser på de män som får insatser. Ger vi män mer insatser därför att det förväntas att de klarar mindre än kvinnor? Får män den vård och omsorg som de behöver/vill ha utifrån att de är män?

Eftersom vi inte särskilt analyserat frågan är det snarare en känsla från min sida att våra invanda könsmonster också avspeglar sig i de bedömningar av biståndsinsatser som görs.

Att göra bedömningar utifrån vinjetter är inte detsamma som att göra bedömningar i praktiken. I all biståndshandläggning ingår att först göra en utredning, dvs. att genom samtal med och observation av den person det gäller samt via andra informationskällor få fram en bra bild av personens livssituation i olika avseenden. När själva bedömningen görs, så ställs sedan ansökan mot vad som kommit fram i utredningen. Inom ramen för en vinjettstudie ser det delvis annorlunda ut. Texten som utgör vinjetten kan i hög grad sägas vara detsamma som utredningen. I den här studien är det dessutom så att utredningen när det gäller männen och kvinnorna i mycket hög grad är lika varandra. Det innebär att de eventuella skillnaderna – dvs. vilka frågor man ställer, vad i personens livssituation som man fäster intresse vid

²⁹ Ett resultat som inte har med könsskillnader att göra är att man inom samma vinjett gjort så olika bedömningar. Det kan delvis förklaras av att de som gjort bedömningarna inte själva har haft möjlighet att komplettera sina utredningar. De har därför tvingats göra bedömningar utifrån en ibland alltför ofullständig utredning, något som borde öka möjligheten att göra olika bedömningar av samma fall.

osv. som kan skilja sig åt i utredningen för män och kvinnor – har ganska små möjligheter att inverka på resultatet i den här studien³⁰.

Den del av processen i biståndshandläggningen som studien ger oss kunskap om är framförallt om män och kvinnor – trots att utredningarna ser mycket lika ut – ändå bedöms olika. Här kan vi konstatera att majoriteten av de 14 olika vinjetterna som använts resulterar i helt lika eller mycket lika bedömningar oberoende av kön. Dessutom finns det en handfull fall representerade samtliga tre verksamhetsområden där det görs bedömningar som skiljer sig lite åt beroende av om den som ansöker är man och kvinna. Skillnaderna måste dock bedömas som små, något som överensstämmer med vad man kommit fram till i SNAC-K³¹.

Det ska också nämnas att män och kvinnor många gånger kan ha olika behov och därför också ska bedömas olika. Det kan exempelvis handla om att män och kvinnor i lika situationer ansöker om ganska olika saker eftersom de anser olika saker vara viktiga³². Män och kvinnor kan också sägas verka inom ganska olika livssituationer där männen oftare drabbas av vissa sjukdomar medan kvinnor drabbas av andra, där behoven av hemmens skötsel värderas olika av männen och kvinnorna likaväl som deras kunskaper när det gäller vissa saker kan se olika ut beroende av hur förväntningarna på män och kvinnor sett under deras liv. Det innebär att män och kvinnor mer generellt kan ha olika behov vilket också resulterar i att de till exempel efterfrågar stöd och hjälp vid olika tidpunkter i livet, samt att de efterfrågar olika typer av hjälp och stöd. Ett konkret exempel på det är att äldre män oftast som första insats får matlåda medan kvinnorna får hjälp med städning. Männen efterfrågar hjälp eftersom de inte kan laga mat, kvinnorna efterfrågar hjälp då de fysiskt inte längre orkar [33].

Området biståndshandläggning består av en process av vilken endast en del har belysts i den här studien. Resultatet att man i flertalet av vinjettfallen bedömt män och kvinnor lika tyder på att området har en viss stadga och att det inte är godtyckligt hur bistånd bedöms, i alla fall inte ur ett könsperspektiv. De fem vinjetterna där det trots allt kommer fram mindre könsskillnader manar samtidigt till eftertanke och vidare diskussion. Är skillnaderna som kommer fram i vinjetterna ett utslag av uttalade värderingar om män och kvinnor? Om de här värderingarna finns spridda bland dem som bedömer behov, vad får de då för konsekvenser under själva utredningen som inte alls har undersökts i denna studie och hur hanterar man i biståndsprocessen männens och kvinnornas olika preferenser som leder till att man trots lik-

³⁰ En annan aspekt på bedömning och kön är om män och kvinnor gör olika bedömningar. Eftersom antalet män som deltog i studien var mycket lågt kan den genomförda studien inte säga något om detta.

³¹ Inom ramen för SNAC-K har man undersökt äldre mäns och kvinnors insatser utifrån deras behov och då kommit fram till samma resultat så länge det handlat om fysiska och konkreta behov. När det gäller äldre personer med mer diffusa problem som oro, nedstämdhet, rädsla m.m. så har man däremot kommit fram till att män och kvinnor tenderar att få mer olika insatser. Problem som oro, nedstämdhet osv. har i mycket liten omfattning funnits med i den genomförda studiens vinjetter.

³² Det är något som kommer fram i studien *Assistans för kvinnor och män – en genderanalys av assistansersättning* (11).

nande livssituationer ansöker om helt olika saker? Att tillmötesgå detta, är det att behandla män och kvinnor lika, eller är det att behandla dem olika?

Frågorna som uppkommer är många och uppmärksammar behovet av mer kunskap inom området, liksom vikten av att reflektera över, och ute bland socionomer, LSS-handläggare och biståndsbedömare diskutera mäns och kvinnors behov och hur de bedöms.

Könsfördelning bland socialtjänstens personal

Som nämndes i föregående avsnitt var det få manliga socionomer, LSS-handläggare och biståndsbedömare som deltog i studien om hur män och kvinnor bedöms. Inom socialtjänsten är andelen män liten bland de allra flesta yrkesgrupperna. År 2002 var det enligt rapporten *Jämställd socialtjänst?* 89 procent kvinnor som arbetade inom äldre- och handikappomsorgen och 78 procent kvinnor som arbetade inom individ- och familjeomsorgen. Det handlar i samtliga tre verksamheter om en kraftig övervikt av kvinnor. För att en verksamhet ska betecknas som könsintegrerad ska andelen män respektive kvinnor hålla sig inom intervallet 40–60 procent. Socialtjänsten är alltså ett exempel på en könssegregerad verksamhet. I utredningen *Makt att forma samhället och sitt eget liv – jämställdhetspolitiken mot nya mål* beskrivs problem med könssegregering. Ett är att den låser in män och kvinnor i yrken, branscher och sektorer som hindrar rörligheten på arbetsmarknaden. För socialtjänsten kan det vara ett problem i samband med rekrytering av personal. Gruppen det är möjligt att rekrytera från består framförallt av kvinnorna och är därför betydligt mindre än om även männen varit mer intresserade av att arbeta inom socialtjänstens yrken. Ett annat problem som nämns är diskriminering, dvs. att man betalar typiska kvinnojobb lägre än typiska manliga jobb trots liknande kvalifikationskrav [34].

Frågorna i kommunenkäten om jämställdhetsarbete som handlade om personalen redovisas nedan. Tillsammans ger de en bild av

- hur könsfördelningen ser ut i de olika verksamheterna
- om man från ledningen (socialchef eller motsvarande) ser könsfördelningen bland personalen som ett problem
- hur man i så fall försöker att komma till rätta med problemet
- vad man vill uppnå med en jämnare könsfördelning
- hur man bedömer att man har lyckats med att förändra könsfördelningen.

Personalens könsfördelning

Tabell 23 redovisar utifrån enkätsvaren hur könsfördelning ser ut i de olika delarna av socialtjänsten. Personalgrupperna som beskrivs är vårdbiträden, undersköterskor, socialsekreterare samt personliga assistenter.

Tabell 23. Andel män och kvinnor bland personalen i procent uppdelat på vårdbiträden/undersköterskor, socialsekreterare och personliga assistenter.

	Medelvärde Andel män	Andel män Max – min	Andel kvinnor Max – min	Andel kommuner utan män
Äldreomsorg (Vårdbiträden/undersköterskor)	5	0–20	100–80	1
Individ och familjeomsorg (Socialsekreterare)	18	0–50	100– 50	10
Handikappomsorg (Personlig assistent)	14	0–36	100–64	4

Källa: Egen bearbetning av enkät till kommunerna 2007.

Svaren bekräftar att kvinnodominansen är stor. Störst är den i äldreomsorgen följt av handikappomsorgen och individ- och familjeomsorgen. Det är vanligt att det inte finns en enda manlig socialsekreterare. Enligt undersökningen saknas män helt bland socialsekreterarna i nära var tionde kommun³³. Samtidigt finns exempel på kommuner där männen är relativt vanliga i samtliga verksamheter. Det finns kommuner där nära var femte vårdbiträde och undersköterska eller var tredje personlig assistent eller varannan socialsekreterare är man.

Hur vanligt är det då att socialtjänsten aktivt försöker påverka, och har det blivit vanligare att försöka påverka personalens könsfördelning?

Tabell 24. Andel i procent av kommunerna som gjort något under åren 2001–2003 och 2004–2006 för att få en jämnare könsfördelning bland socialtjänstens personal.

	Andel 2001–2003	Andel 2004–2006
Ja, för hela socialtjänsten	36 (24–48)*	39
Ja, för delar av socialtjänsten	23 (15–31)*	31
Nej	42 (28–56)*	30

* Osäkerhetsintervall

Källa: [1] samt egen bearbetning av enkät till kommunerna 2007.

Även om siffrorna för 2001–2003 är osäkra talar mycket för att det har blivit något vanligare att aktivt verka för en jämnare könsfördelning bland personalen. För perioden 2004–2006 är det nästan tre av fyra som svarat att de gjort något för att påverka personalens könsfördelning. Drygt var tredje kommun i landet anger att de arbetar för att påverka könsfördelningen för alla socialtjänstens områden och i knappt var tredje kommun handlar det om delar av socialtjänsten. Utifrån svaren visar det sig vara något vanligare att försöka få fler män till individ- och familjeomsorgen än till socialtjänstens övriga områden.

Den vanligaste åtgärden är att använda sig av särskilda rekryteringsinsatser. Exempel på sådana är

³³ Det handlar framförallt om små kommuner med mindre än 10 000 invånare.

- att i annonser ange att man söker personal av underrepresenterat kön, alternativt försöka utforma annonsen så att den även lockar män att läsa dem
- att vid lika meriter bland sökande låta det underrepresenterade könet ha företräde
- att genomföra informationskampanjer riktade till ungdomar, via vilka man försöker locka män till yrkena
- att ge fler möjlighet att arbeta heltid.

Det förekom också aktiviteter i några kommuner för att få behålla de män man redan har. Exempel på det var att skapa manliga nätverk eller att samla männen vid en eller några arbetsplatser inom verksamheten.

Vad vinner man på en jämnare könsfördelning bland personalen?

I vilket avseende anser socialchefen eller motsvarande att personalens könsfördelning har betydelse för brukarna och verksamheten. Enligt svaren menar drygt 70 procent att det har betydelse för brukarna och verksamheten om personalen består av både män eller kvinnor. Fler män upplevs som något positivt av de allra flesta som svarat.

När det gäller äldreomsorgen menar många att den manliga personalen har något att tillföra, bara genom att de är män. Manlig personal uppges ha lättare att se, förstå och tillgodose mer av de äldre mäns mer manliga behov. Det handlar då i hög grad om gemensamma intressesfärer som kommer till uttryck i allt från samtal till aktiviteter. När det gäller biståndsbedömning menar flera att det är bra med både manliga och kvinnliga biståndsbedömare eftersom det finns en risk att kvinnliga biståndsbedömare tenderar att vara mer generösa mot män än vad de är mot kvinnor. I det praktiska arbetet med de äldre kan det också ha betydelse om personalen är man eller kvinna. Problem kan framförallt uppstå i situationen att få hjälp med den personliga omvårdnaden, till exempel hygien. Om båda könen finns representerade i arbetsgruppen finns också möjligheten att hantera vissa specifika situationer genom att strategiskt välja manlig eller kvinnlig personal. Förutom det uppger flera att manlig personal – som är i minoritet – kan tillföra verksamheten sånt som inte kvinnorna självklart kan. En jämnare könsfördelning ska då enligt några av svaren kunna leda till att verksamheten utvecklas både ur manliga och kvinnliga perspektiv vilket skulle ge en högre kvalitet på insatserna.

Genomgången när det gäller äldreomsorgen stämmer i hög grad med vad man uttrycker om handikappomsorgen. En sak som däremot skiljer är att manlig personal inom handikappomsorgen i några fall uppges vara viktig för den enskilde manliga brukarens identitet, men också att mötet med manlig personal kan ge kunskap inför möten i det dagliga livet där män är vanligare än inom handikappomsorgens verksamheter. För de manliga brukarna handlar det om att få möjligheten att identifiera sig med det manliga och för de kvinnliga brukarna att lära sig att möta och hantera båda könen i det dagliga livet.

Även när det gäller individ- och familjeomsorgen är det mycket av svaren som känns igen från det som redan beskrivits. En skillnad är dock att problem och möjligheter som uppstår på grund av manlig och kvinnlig personal

i samband med service- och omsorgssysslor inte är relevanta på samma sätt inom individ- och familjeomsorgen eftersom klienterna inte får hjälp med saker som personlig hygien och städning. Istället är det den roll som män och kvinnor, och manligt respektive kvinnligt spelar i utredningssituationen eller i stödsamtalen som hamnar i fokus. Ett specifikt område inom individ- och familjeomsorgen som ofta nämns är familjerätten.

I synnerhet familjerätsfrågor har ofta en könsaspekt och möten enbart med kvinnor upplevs negativt av män. I invandrarärenden kan ofta tvåkönade handläggargrupper ha lättare att kommunicera.

I familjerätsärenden har framförallt männen påtalat bristen av för få manliga handläggare. Många män har ansett sig orättvist bedömda ur ett könsperspektiv framförallt vad gäller vårdnads-, boende- och umgängesfrågor.

Även i arbetet med unga är både män och kvinnor bland personalen viktiga.

I arbetet med unga är det också en fördel med personal av båda könen då många pojkar med problem lever i miljöer där det nästan helt saknas män att relatera till.

Om männen ofta beskrivs som att de behövs framförallt av de manliga klienterna så kan de också spela en roll för klienterna oberoende av om klienterna är män eller kvinnor.

Det är inte så att socialsekreterare och klient alltid ska ha samma kön men i vissa fall kan det vara att föredra. Genom att båda könen finns i personalgruppen kan jämställdhetsperspektivet lättare hållas levande och förståelsen för det "andra könet" möjliggörs.

Få kompetenta manliga sökanden framstår som ett problem

Hur bedömer landets socialchefer att man lyckats i sin strävan efter en jämnare könsfördelning i socialtjänsten? Cirka 35 procent av socialcheferna menar att man lyckats bra medan 65 procent menar att man lyckats dåligt.

När man tar del av motiveringarna som många skrivit, visar det sig att många egentligen menar samma sak oberoende av om man anser sig ha lyckats bra eller inte. De som säger sig ha lyckats beskriver ofta att man gjort det utifrån de mycket dåliga förutsättningarna som råder, dvs. få män som söker tjänsterna, medan de som inte har lyckats gör det utifrån ambitionen att se tydliga resultat i form av att fler män anställs. Det illustreras bra av nedanstående två citat:

Det vi gjort är bra, men har inte gett det resultat vi förväntat.

För få män att rekrytera på arbetsmarknaden. Antalet män på socialtjänstkontoret motsvarar fördelningen av män och kvinnor bland Socialhögskolans studenter.

Svårt att uppnå en jämnare könsfördelning beroende på att män som söker ofta har sämre kvalifikationer och eftersom det bland annat inom äldreomsorgen redan i dag är låg utbildningsnivå så kan vi inte prioritera män med sämre kvalifikationer.

Om man lyckats eller inte är en definitionsfråga. Grundproblemet är kort och gott att det finns alltför få kompetenta män som söker de lediga tjäns-

terna. Samtidigt kan målet om en jämnare könsfördelning komma i konflikt med andra mål, till exempel om att höja utbildningsnivån i verksamheten.

Arbetet för en jämställd socialtjänst inom socionomutbildningen

Som framgått av enkätsvaren är det svårt att få kompetenta män att söka de lediga tjänsterna. Därför är det av intresse att titta närmare på utbildningen av dem som ska arbeta i socialtjänsten. Nedan kommer socionomutbildningen – vars färdigutbildade socionomer kan återfinnas i samtliga av socialtjänstens verksamhetsområden – att få fungera som exempel. Via telefon har studierektorer (alternativt programansvariga) vid landets socionomutbildningar³⁴ fått besvara frågor om:

1. Könsfördelningen bland studenterna. Hur många är män och kvinnor? Har männen blivit fler sedan 2004? Gör man något och i så fall vad för att få fler män till utbildningarna?
2. Har man integrerat ett köns-, genus- och jämställdhetsperspektiv i utbildningen av socionomer och i så fall hur?

Den sistnämnda frågeställningen är relevant eftersom den illustrerar i vilken utsträckning de nyutbildade socionomerna är rustade inför en mer jämställd socialtjänst. I ett citat från kommunenkäten står följande:

Det är inte bara könsfördelningen (personalens) som spelar roll för hur jämställdheten ser ut för våra brukare, utan inte minst vilka värderingar som finns i organisationen. Hur ser vi på kvinnor och män? Har vi samma krav eller ges alla samma möjligheter beroende på om det är manliga eller kvinnliga klienter?

Vägen mot en mer jämställd socialtjänst är inte enbart en fråga om könsfördelning bland personalen, utan handlar också om vad människorna i organisationen vill och om de är med på att arbeta för en mer jämställd socialtjänst. Därför kan det vara av stort värde att de nyutbildade socionomerna är rustade med kunskap om socialtjänstens olika delar utifrån ett köns-, genus- och jämställdhetsperspektiv. Bristen på män som söker lediga tjänster borde alltså i vissa avseenden kunna kompenseras av vilka kvinnor som söker och får jobben.

Könsfördelning bland studenterna vid tio socionomutbildningar

Hur stor andel av studenterna vid socionomutbildningen var män under hösten 2007 respektive 2004 och har man vidtagit åtgärder – och i så fall vilka – för att öka andelen manliga studenter i socionomutbildningen? Tabell 25 ger en översikt av svaren.

Tabell 25. Könsfördelning bland studenterna vid socionomutbildningarna för åren 2004 och 2007 samt om man genomfört åtgärder för att påverka könsfördelningen.

³⁴ Elva socionomutbildningar kontaktades via telefon. Tio av dem besvarade frågorna.

Universitet/Högskola	Andel män (%) hösten 2007	Andel män (%) hösten 2004	Åtgärder ja/nej
Ersta Sköndal högskola	15	16	Nej
Göteborgs universitet	19	12*	Ja
Hälsö högskolan i Jönköping	10	3*	Nej
Linköpings universitet	25–28	28–30	Ja
Lunds universitet	16	14	Nej
Malmö högskola	12	15	Ja
Örebro universitet	12	21	Ja
Mittuniversitetet i Östersund	21	12	Ja
Stockholms universitet	Cirka 10	Något färre	Ja
Växjö universitet	13	10	Nej

* Uppgiften gäller för 2002.

Under 2004 och 2002 varierade andelen män bland studenterna vid de tio socionomutbildningarna mellan 3 och 30 procent. År 2007 varierade andelen män mellan 10 och 28 procent. Det är något oftare som andelen män ökat än minskat år 2007 om man jämför förändringen av andelen män mellan de båda åren. Sammantaget så sammanfaller andelen manliga studenter ganska bra med den könsfördelningen – cirka 15 procent – som tidigare angetts i avsnittet om personal när det gäller socialsekreterarna inom individ- och familjeomsorgen.

En majoritet av socionomutbildningarna har svarat att de vidtagit åtgärder för att öka antalet manliga studenter. En vanlig åtgärd är att sända studenter av bägge könen till olika informationsträffar för högskoleutbildning, men även att i informationsmaterial använda bilder av bägge könen. Universitet med högst andel män är det enda där underrepresenterat kön har företräde. Deras manliga studenter besöker även sina gamla skolor för att informera om utbildningen och de använder även färdigutbildade manliga socionomer som förebilder i olika sammanhang. Flertalet av de övriga institutionerna har varit aktiva i arbetet att förmedla en attraktiv utbildning, medan ett fåtal avstått från några åtgärder.

Förutom att få fler män till utbildningen är det också viktigt att de manliga studenterna fullföljer sina studier. En åtgärd för att få behålla de manliga studenterna är att låta dem ingå i samma grupp. Man försöker även få manliga praktikhandledare. En annan åtgärd har varit att mansforskningen tagit till sig de manliga studenterna.

Beaktas köns-, genus- och jämställdhetsperspektivet i kurserna?

En mer jämställd socialtjänst är inte bara en fråga om en jämn könsfördelning bland personalen. Det borde vara viktigt att de som arbetar har kunskap

om och en förståelse av vad ett köns-, genus- och jämställdhetsperspektiv innebär och hur det kan påverka. Värderingarna och kunskaperna som socionomen bär med sig har betydelse för det sociala arbetet oavsett kön. Därför frågade man i vilken utsträckning de här perspektiven är integrerade i utbildningsmomenten. Tabell 26 redovisar svaren.

Tabell 26. Antal av de tio socionomutbildningarna som integrerat, har enskilda obligatoriska kurser eller valbara kurser ur ett köns-, genus- och jämställdhetsperspektiv.

	Integrerat i utbildning	Obligatorisk enskild kurs	Valbar kurs
Antal av de tio socionomutbildningarna	9	3	2

Den socionomutbildning som inte har köns-, genus- och jämställdhetsperspektiv integrerat i utbildningen har obligatoriska enskilda kurser och valbara kurser där perspektivet beaktas.

Den övervägande delen av studierektorerna (alternativt programansvariga) vid socionomutbildningarna har angett att ett av högskoleförordningens mål i socionomutbildningen ligger till grund för genus- och könsperspektivet. Målet beskriver att studenten ska visa kunskap om och förståelse för samhälls- och familjeförhållanden som påverkar kvinnors och mäns livsbe- tingelser. Hur målet sedan integreras i utbildningen hanteras på olika sätt. Några menar att genom att det finns med i målbeskrivningen så är det där- med integrerat medan andra menar att så inte är fallet utan att det krävs mer för att anse att perspektivet är införlivat i utbildningen. Integreringen kan innebära att studenterna ska diskutera och analysera perspektivet i samtliga kurser för att bli godkänd. Andra har en mer allmän hållning om att ämnet finns med som ett naturligt förhållningssätt i all undervisning. Introduktionsveckor i ämnet nämns även. I ett fåtal fall nämns enskilda obligatoriska och valbara kurser. Kunskapen i ett köns-, genus- och jämställdhetsperspek- tiv hämtar högskolorna och universiteten allmänt från litteratur, föreläsning- ar, artiklar, gästföreläsare och övningar som sedan oftast redovisas genom seminarium och tentamina.

Ett begrepp som några lyfte fram under samtalen var intersektionalitet. En viktig utgångspunkt i intersektionella analyser är att kön (i likhet med klass, etnicitet, sexualitet m.m.) aldrig uppträder som en renodlad relation utan den interveneras och omformas av andra maktrelationer.

Svaren från de tio socionomutbildningarna bekräftar vad som kommit fram i kommunenkäten, nämligen att det finns för få män som utbildar sig till exempel till socionomer för att könsfördelningen radikalt ska kunna för- ändras. Samtidigt har utbildningarna enligt svaren i någon form tagit hänsyn till köns-, genus- och jämställdhetsperspektivet, vilket bör kunna medverka till att gynna utvecklingen mot en mer jämställd socialtjänst. Samtidigt visar det som beskrivits ovan att andra problem som att socialtjänsten som arbets- plats är könssegregerad och att målet att ändra detta i hög grad ligger i vär- deringar om manligt och kvinnligt utanför socialtjänsten. Dagens generation yngre män ser inte självklart socialtjänsten som en attraktiv framtid för dem.

Socialstyrelsens arbete för jämställdhet i vård och socialtjänst

En både internationell och nationell strategi för ett mer jämställt samhälle går via jämställdhetsintegrering ("gender mainstreaming"). Kort uttryckt innebär det att inför alla beslut på olika nivåer i samhället identifiera konsekvenser för män och kvinnor och i beslutet ta hänsyn till dem. När det gäller hälso- och sjukvården och socialtjänsten har alla aktörer som beslutar om dessa verksamheter, eller tar fram underlag för andras beslut, en roll för jämställdhetsintegreringen och dess förverkligande. När Socialstyrelsen utövar normering, förmedlar kunskap och följer upp är målet att konsekvenserna för män respektive kvinnor redovisas.

Förslag om Socialstyrelsens eget arbete

I rapporterna *Jämställd vård?* [1] och *Jämställd socialtjänst?* [2] riktades följande förslag till den egna verksamheten:

- Socialstyrelsen avser att tydligare integrera könsspecifika aspekter vid utveckling av riktlinjer och föreskrifter, samt vid utvärderingar och analyser av vårdens resultat och kvalitet.
- I samband med det övergripande arbetet med att ta fram kvalitetsindikatorer för vårdens struktur, process och resultat kommer särskilda jämställdhetsindikatorer att utvecklas.
- Ta fram en praktisk vägledning för socialtjänstens jämställdhetsarbete. Det ska ske i samarbete med några kommuner och kommunföreträdare.
- Se över möjligheten att utöka både insamling och redovisning av den officiella socialtjänststatistiken för att kunna redovisa fler uppgifter ur ett könsperspektiv. I översynen kommer också behovet av ny statistik när det gäller till exempel socialtjänstens insatser för våldsutsatta, oftast flickor och kvinnor, att övervägas

Detta har hänt

Socialstyrelsen har beslutat att alla uppdrag och projekt så långt som möjligt ska ta hänsyn till könsperspektivet för att säkerställa att bland annat könsperspektivet integreras på ett medvetet sätt i allt arbete. Könsperspektivet är ett av flera. Perspektiven är

- brukare/individ
- barn
- kön
- mångfald (etnicitet/sexuell läggning)
- funktionshinder.

Varje uppdrag och projekt ska redovisa i vilken utsträckning uppdraget har koppling till respektive analysperspektiv. När det gäller genus- och könsperspektivet har dessutom en särskild checklista utarbetas. Checklistan består av ett stöddokument i den projektstyrningsmodell som Socialstyrelsen fastsällt 2006 som ett stöd för en god planering och ett bra genomförande av projekt.

Nationella riktlinjer

Som en följd av att Socialstyrelsen tagit ställning till att arbetet inom myndigheten så långt som möjligt ska belysa och ta hänsyn till en rad perspektiv, lyfts även detta generella förhållningssätt in i arbetet med nationella riktlinjer och i styrdokumentet "Riktlinjer för riktlinjer". Det medför att i arbetet med tillstånds- och åtgärdslistan för respektive projekt bör man ta hänsyn till dessa övergripande perspektiv om inte annat anges i uppdragets avgränsning. Instruktioner om hur perspektiven ska tillämpas finns att läsa i respektive projekts projektbeskrivning. Redan i planeringsskedet av tillstånds- och åtgärds kombinationerna finns en uppmaning att tänka igenom på vilket sätt man kan beakta de perspektiv som kan vara relevanta i det aktuella arbetet.

Kvalitetsföreskriften

Den övergripande kvalitetsföreskriften [3] betonar att verksamheterna ska ta hänsyn till bland annat kön vid bemötande och omhändertagande i hälso- och sjukvården. Motsvarande skrivning finns inte med i motsvarande föreskrift gällande socialtjänstens områden [4].

Uppföljning och analys

En av hörnstenarna i Socialstyrelsens strategi för en god vård är kontinuerlig analys av hälso- och sjukvården. Även i detta arbete är dimensionerna för god vård vägledande, dvs. att den är kunskapsbaserad, säker, patientfokuserad, ges i rimlig tid, samt att den är jämlik och jämställd. All statistik där det är möjligt uppdelas på kön, och tänkbara orsaker till eventuella skillnader kommenteras.

Individbaserad statistik

Socialstyrelsen påbörjade år 2006 ett arbete med att samla in delar av socialtjänstens statistik som personnummerbaserad statistik. Den första insamlingen skedde den 1 oktober 2007. I full skala kommer den individbaserade statistiken att samlas in från och med den 1 juli 2008. Den nya statistiken kommer att ge betydligt bättre underlag för analyser utifrån kön både när det gäller Socialstyrelsens egna verksamhet som för andra aktörer som huvudmännen och forskare. Den nya statistiken finns utförligare beskriven tidigare i rapporten.

En praktisk vägledning för socialtjänstens jämställdhetsarbete

I det tidigare regeringsuppdraget ingick att utveckla en praktisk vägledning för socialtjänstens jämställdhetsarbete. Det gjorde Socialstyrelsen under 2004 då meddelandebladet – *Ett första steg mot en jämställd socialtjänst!* [5] publicerades. Syftet har varit att underlätta och stödja socialtjänsten i deras arbete med jämställdhet. Instrumentet uppmuntrar ett arbetssätt där jämställdhetsintegreringen tillämpas i hela arbetsprocessen från att behovet blir känt via behovsbedömning till uppföljning av resultat.

Jämställd socialtjänst? – Könsperspektiv på socialtjänsten och Sammanfattning och slutsatser

Jämställd socialtjänst? – Könsperspektiv på socialtjänsten är en omfattande och omfattande rapport. Med syfte att också kunna erbjuda en mer lättillgänglig publikation tog Socialstyrelsen under 2004 fram skriften *Jämställd socialtjänst? – Sammanfattning och slutsatser* [6]. Det är en mycket kortfattad sammanfattning av rapporten *Jämställd socialtjänst?*.

Föreläsningar utifrån rapporten Jämställd socialtjänst?

Arbetsgruppen som ansvarade för respektive område – äldre-, handikapp- och individ- och familjeomsorg – i rapporten *Jämställd socialtjänst?* har sedan hösten 2004 åkt ut och föreläst om rapporten och i ovan nämnt meddelandeblad – *Ett första steg mot en jämställd socialtjänst!* – vid ett drygt 20-tal tillfällen. Det har främst handlat om seminarier och konferenser som landets länsstyrelser har ordnat.

Etikfrågor avseende män och kvinnor samt manligt och kvinnligt

Under hösten 2007 har etiska sekretariatets etikråd behandlat några etiska dilemman som utspelar sig inom socialtjänstens verksamheter. Syftet är att uppmärksamma att kön spelar en viktig roll i vardagsarbetet både inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Samtidigt är det något som personalen på olika sätt måste hantera vilket inte är självklart enkelt. De etiska dilemmana som behandlats kommer att finnas tillgängliga via Socialstyrelsens webbplats³⁵

³⁵ www.socialstyrelsen.se/amnesord/socialt_arbete

Litteraturförteckning

Inledning

1. Socialdepartementet. Jämställd vård – Olika vård på lika villkor. Huvudbetänkande. Utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården. Stockholm. Fritzes (Statens offentliga utredningar 1996:133).
2. Socialstyrelsen. Jämställd vård? – Könsperspektiv på hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen. Stockholm 2004.
3. Socialstyrelsen. Jämställd socialtjänst? –Könsperspektiv på socialtjänsten. Socialstyrelsen. Stockholm 2004.

Huvudmännens arbete med jämställdhet

1. Socialstyrelsen. Jämställd socialtjänst? – Könsperspektiv på socialtjänsten. Socialstyrelsen. Stockholm 2004.
2. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2007. Socialstyrelsen, Stockholm 2008.
3. Socialstyrelsen. Det dubbla utanförskapet. Mångfald och sexuell läggning bland äldre. Socialstyrelsen. Stockholm 2008.
4. Jonsson Pia Maria & Sparring Vibeke: Könsuppdelad statistik och genusanalys. Genomgång av årsrapporter från nationella kvalitetsregister. Stockholm: Medical Management Centre, MMC och Karolinska Institutet 2006.
5. Jonsson PM, Sparring V, Zamfir M. Kvalitetsregisterdata som underlag för jämställdhetsredovisningar. MMC på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting, 2007.

Fördjupning – hälso- och sjukvård

Könsskillnader i hälsa och vård

1. Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
2. God Vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen 2006.
3. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2007, Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting & Socialstyrelsen 2007.
4. Billings J, Anderson GM, Newman LS. Recent findings on preventable hospitalizations. Health Aff (Millwood). 1996 ;15(3):239-49.
5. Ansari Z, Laditka JN, Laditka SB. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. Medical Care Research & Review. 2006 12;63.

6. Sveriges Kommuner och Landsting [webbsida]. [Citerad 2008-01-03] Vårdbarometern – befolkningens syn på vården. Tillgänglig på: <http://www.vardbarometern.nu>
7. Hansson, B.T. and M. Rahmqvist, [No gender differences regarding the time spent waiting for a health care appointment according to a study]. *Läkartidningen*, 2007. 104(43): p. 3187-9.
8. Lövdal U, Riska Å, Riska E. Gender display in Scandinavian and American advertising for antidepressants: original article. *Scandinavian J of Public Health* 1999;27(4): 306-10.
9. Lövdal U, Riska E. The construction of gender and mental health in Nordic psychotropic-drug advertising. *The Pharmaceutical Industry* 2000; 30(2):387-406.
10. Sandström L, Johansson E. Depression – En könad sjukdom i läkemedelsreklamen. *Läkartidningen* 2004;101(7):582-5.
11. Årsrapport 2006-2007. Svenska RA-registret.
12. RIKSHÖFT. Årsrapport 2006.
13. Riktlinjer för hjärnsjukvården Stockholm: Socialstyrelsen. 2008.
14. Årsrapport 2006. Riks-Stroke.[webbplats] Tillgänglig på <http://www.riks-stroke.org>
15. Årsrapport 2007. Det nationella diabetesregistret (NDR).
16. Verdecchia A, Francisci S, Brenner H, Gatta G, Micheli A, Mangone L, et al. Recent cancer survival in Europe: a 2000–02 period analysis of EURO CARE-4 data. *The lancet oncology* 2007;8(9):784–96.
17. Berrino F, De Angelis R, Sant M, Rosso S, Bielska-Lasota M, Coebergh JW, et al. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995–99: results of the EURO CARE-4 study. *The lancet oncology* 2007;8(9):773–83.
18. Årsrapport 2006. Svenska Katatraktregistret.

Vad har hänt inom forskningen?

1. Risberg, G., I am solely a professional – neutral and genderless, in Department of Public Health and Clinical Medicine. 2004, Umeå Universitet: Umeå.
2. Risberg, G., ["I'm just a civil servant – neutral and sexless". About the resistance against the gender perspective and the risk of gender bias in medicine]. *Läkartidningen*, 2005. 102(40): p. 2852–4.
3. Hamberg, K., G. Risberg, and E.E. Johansson, Male and female physicians show different patterns of gender bias: a paper-case study of management of irritable bowel syndrome. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2004. 32(2): p. 144–152.
4. Strömberg, G., et al., Detecting early signs of psychosis. Vignettes presented to professionals in primary healthcare and psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2005. 59(5): p. 344–349.
5. Nilsson, K. and U.S. Larsson, Conceptions of gender – A study of female and male head nurses' statements. *Journal of Nursing Management*, 2005. 13(2): p. 179–186.

6. Torjuul, K., A. Nordam, and V. Sorlie, Action ethical dilemmas in surgery: an interview study of practicing surgeons. *BMC Med Ethics*, 2005. 6: p. E7.
7. Roter, D.L. and J.A. Hall, Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research. *Annu Rev Public Health*, 2004. 25: p. 497–519.
8. Greenfield, S.M., et al., Gender differences among medical students in attitudes to learning about complementary and alternative medicine. *Complement Ther Med*, 2006. 14(3): p. 207–12.
9. Rondeau, K.V., L.H. Francescutti, and G.E. Cummings, Health promoting attitudes and behaviors of emergency physicians: exploring gender differences. *J Health Organ Manag*, 2006. 20(4): p. 269–84.
10. Sansone, R.A., et al., Gastric bypass surgery: a survey of primary care physicians. *Eating Disorders*, 2007. 15(2): p. 145–152.
11. Frayne, S.M., et al., Effect of patient gender on late-life depression management. *Journal of Women's Health (15409996)*, 2004. 13(8): p. 919–925.
12. Kvigne, K., M. Kirkevold, and E. Gjengedal, The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors: the perspective of hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 2005. 14(7): p. 897–905.
13. Arber, S., et al., Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relating to CHD: a video-simulation experiment. *Soc Sci Med*, 2006. 62(1): p. 103–15.
14. Mosca, L., et al., National study of physician awareness and adherence to cardiovascular disease prevention guidelines. *Circulation*, 2005. 111(4): p. 499–510.
15. Barnhart, J., et al., Physician knowledge levels and barriers to coronary risk prevention in women: survey results from the Women and Heart Disease Physician Education Initiative. *Womens Health Issues*, 2007. 17(2): p. 93–100.
16. Christianson, M., A. Lalos, and E.E. Johansson, Concepts of risk among young Swedes tested negative for HIV in primary care: Focus-group interviews. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2007. 25(1): p. 38–43.
17. Norberg, A.L., F. Lindblad, and K.K. Boman, Support-seeking, perceived support, and anxiety in mothers and fathers after children's cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 2006. 15(4): p. 335–343.
18. Appelros, P., I. Nydevik, and A. Terént, Living setting and utilisation of ADL assistance one year after a stroke with special reference to gender differences. *Disability & Rehabilitation*, 2006. 28(1): p. 43–49.
19. Ekwall, A.K., B. Sivberg, and I.R. Hallberg, Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 2005. 49(1): p. 23–32.

20. Ekwall, A.K. and I.R. Hallberg, The association between caregiving satisfaction, difficulties and coping among older family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 2007. 16(5): p. 832–844.
21. Salander, P. and K. Hamberg, Gender differences in patients' written narratives about being diagnosed with cancer. *Psychooncology*, 2005. 14(8): p. 684–95.
22. Upmark, M., K. Borg, and K. Alexanderson, Gender differences in experiencing negative encounters with healthcare: A study of long-term sickness absentees. *Scand J Public Health*, 2007: p. 1–8.
23. Undén, A.L. and S. Elofsson, Do different factors explain self-rated health in men and women? *Gend Med*, 2006. 3(4): p. 295–308.
24. Brun Sundblad, G.M., T. Saartok, and L.M. Engstrom, Prevalence and co-occurrence of self-rated pain and perceived health in school-children: Age and gender differences. *Eur J Pain*, 2007. 11(2): p. 171–80.
25. von Bothmer, M.I. and B. Fridlund, Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students. *Nurs Health Sci*, 2005. 7(2): p. 107–18.
26. Westin, M. and R. Westerling, Health and healthcare utilization among single mothers and single fathers in Sweden. *Scand J Public Health*, 2006. 34(2): p. 182–9.
27. d'Agincourt-Canning, L. and P. Baird, Genetic testing for hereditary cancers: the impact of gender on interest, uptake and ethical considerations. *Crit Rev Oncol Hematol*, 2006. 58(2): p. 114–23.
28. Iredale, R., et al., The information needs of men with breast cancer. *Br J Nurs*, 2007. 16(9): p. 540–4.
29. Connery, H. and K.M. Davidson, A survey of attitudes to depression in the general public: a comparison of age and gender differences. *Journal of Mental Health*, 2006. 15(2): p. 179–189.
30. Mackenzie, C.S., W.L. Gekoski, and V.J. Knox, Age, gender, and the underutilization of mental health services: the influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health*, 2006. 10(6): p. 574–582.
31. Chandra, A. and C.S. Minkovitz, Stigma starts early: gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of Adolescent Health*, 2006. 38(6): p. 754.e1–8.
32. Cotton, S.M., et al., Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Aust N Z J Psychiatry*, 2006. 40(9): p. 790–6.
33. Wardle, J., A. Miles, and W. Atkin, Gender differences in utilization of colorectal cancer screening. *Journal of Medical Screening*, 2005. 12(1): p. 20–27.
34. Parslow, R., et al., Gender differences in factors affecting use of health services: An analysis of a community study of middle-aged and older Australians. *Social Science & Medicine*, 2004. 59(10): p. 2121–2129.

35. Wright, S.M., et al., Patient satisfaction of female and male users of Veterans Health Administration services. *Journal of General Internal Medicine*, 2006. 21(3): p. S19–s32.
36. Tsuchiya, A. and A. Williams, A 'fair innings' between the sexes: Are men being treated inequitably? *Social Science & Medicine*, 2005. 60(2): p. 277–286.
37. Perls, T.T., et al., Why do men die at a younger age than women, and what can be done about it? *Patient Care*, 2006. 40(6): p. 20–28.
38. Lohan, M., How might we understand men's health better? Integrating explanations from critical studies on men and inequalities in health. *Soc Sci Med*, 2007. 65(3): p. 493–504.
39. Rochlen, A.B. and W.D. Hoyer, Marketing Mental Health to Men: Theoretical and Practical Considerations. *Journal of Clinical Psychology*, 2005. 61(6): p. 675–684.
40. Smith, L.K., C. Pope, and J.L. Botha, Patients' help-seeking experiences and delay in cancer presentation: A qualitative synthesis. *Lancet*, 2005. 366(9488): p. 825–831.
41. Evans, R.E.C., et al., Gender differences in early detection of cancer. *Journal of Men's Health & Gender*, 2005. 2(2): p. 209–217.
42. Hinton, L., et al., Gender Disparities in the Treatment of Late-Life Depression: Qualitative and Quantitative Findings From the IMPACT Trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2006. 14(10): p. 884–892.
43. Green, L., An unhealthy neglect? Examining the relationship between child health and gender in research and policy. *Critical Social Policy*, 2006. 26(2): p. 450–466.
44. Koch, A., et al., Prospective evaluation of 6895 groin hernia repairs in women *Br J Surg*, 2005. 92(12): p. 1553–8.
45. Nilsson, H., et al., Mortality after groin hernia surgery. *Ann Surg*, 2007. 245(4): p. 656–60.
46. Lindwall, M., et al., Depression and Exercise in Elderly Men and Women: Findings from the Swedish National Study on Aging and Care. *Journal of Aging and Physical Activity*, 2007. 15(1): p. 41–55.
47. Bradvik, L., et al., Long-term suicide risk of depression in the Lundby cohort 1947–1997 – severity and gender. *Acta Psychiatr Scand*, 2008.
48. Osika, I., et al., [The laundry-basket project – gender differences to the very skin. Different treatment of some common skin diseases in men and women]. *Läkartidningen*, 2005. 102(40): p. 2846–8, 2850–1.
49. Uttjek, M., et al., Psoriasis care consumption and expectations from a gender perspective in a psoriasis population in northern Sweden. *Acta Derm Venereol*, 2005. 85(6): p. 503–8.
50. Haglund, B., et al., Inequality in access to coronary revascularization in Sweden. *Scand Cardiovasc J*, 2004. 38(6): p. 334–9.

51. Norrman, S., et al., Depressive mood after cardiac event: gender inequality and participation in rehabilitation programme. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2004. 3(4): p. 295–302.
52. Karlsson, M.R., et al., A nurse-based management program in heart failure patients affects females and persons with cognitive dysfunction most. *Patient Education and Counseling*, 2005. 58(2): p. 146–153.
53. Strömberg, A., U. Dahlström, and B. Fridlund. Computer-based education for patients with chronic heart failure. A randomised, controlled, multicentre trial of the effects on knowledge, compliance and quality of life *Patient Educ Couns*, 2006. 64(1–3): p. 128–35.
54. Holst, M., et al., Telephone follow-up of self-care behaviour after a single session education of patients with heart failure in primary health care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2007. 6(2): p. 153–159.
55. Hagström, B., et al., What happened to the prescriptions? A single, short, standardized telephone call may increase compliance. *Family Practice*, 2004. 21(1): p. 46–50.
56. Karlsson, B., E. Berglin, and S. Wällberg-Jonsson, Life satisfaction in early rheumatoid arthritis: a prospective study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2006. 13(3): p. 193–199.
57. Sund-Levander, M.r., E. Grodzinsky, and L.K. Wahren, Gender differences in predictors of survival in elderly nursing-home residents: A 3-year follow up. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2007. 21(1): p. 18–24.
58. Åberg, A.C., Gender comparisons of function-related dependence pain and insecurity in geriatric rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2006. 38(1): p. 73–79.
59. Lovlien, M., B. Schei, and E. Gjengedal, Are there gender differences related to symptoms of acute myocardial infarction? A Norwegian perspective. *Prog Cardiovasc Nurs*, 2006. 21(1): p. 14–9.
60. Albarran, J.W., B.A. Clarke, and J. Crawford, 'It was not chest pain really, I can't explain it!' An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. *J Clin Nurs*, 2007. 16(7): p. 1292–301.
61. Sherrod, M.M., et al., A woman's worst enemy. *American Nurse Today*, 2007. 2(2): p. 25–29.
62. Norris, C.M., K. Hegadoren, and L. Pilote, Depression symptoms have a greater impact on the 1-year health-related quality of life outcomes of women post-myocardial infarction compared to men. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2007. 6(2): p. 92–8.
63. Koivunen, K., A. Isola, and H. Lukkarinen, Rehabilitation and guidance as reported by women and men who had undergone coronary bypass surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 2007. 16(4): p. 688–697.

64. Seifert, H.A., et al., Female gender increases the risk of death during hospitalization for pediatric cardiac surgery *J Thorac Cardiovasc Surg*, 2007. 133(3): p. 668–75.
65. Schoenbaum, M., C. Sherbourne, and K. Wells, Gender patterns in cost effectiveness of quality improvement for depression: Results of a randomized, controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 2005. 87(2): p. 319–325.
66. Thiels, C., et al., Gender differences in routine treatment of depressed outpatients with the selective serotonin reuptake inhibitor sertraline. *Int Clin Psychopharmacol*, 2005. 20(1): p. 1–7.
67. Seeman, M.V., Gender differences in the prescribing of antipsychotic drugs. *American Journal of Psychiatry*, 2004. 161(8): p. 1324–1333.
68. Lee, J.H., et al., Gender differences in IgE-mediated allergic asthma in the epidemiology and natural history of asthma: Outcomes and Treatment Regimens (TENOR) study. *J Asthma*, 2006. 43(3): p. 179–84.
69. Sinclair, A.H. and D.D. Tolsma, Gender Differences in Asthma Experience and Disease Care in a Managed Care Organization. *Journal of Asthma*, 2006. 43(5): p. 363–367.
70. Naleway, A.L., et al., Gender Differences in Asthma Management and Quality of Life. *Journal of Asthma*, 2006. 43(7): p. 549–552.
71. Wright, A.L., et al., Factors influencing gender differences in the diagnosis and treatment of asthma in childhood: the Tucson Children's Respiratory Study. *Pediatr Pulmonol*, 2006. 41(4): p. 318–25.
72. Bruce, L. and I. Hodson, A retrospective study to determine if there is a gender-related difference in weight loss in non-small cell lung cancer patients undergoing radiation therapy. *Canadian Journal of Medical Radiation Technology*, 2004. 35(4): p. 13–20.
73. Eisenman, D., et al., Differential diffusion of HIV technologies by gender: the case of highly active antiretroviral therapy. *AIDS Patient Care & STDs*, 2007. 21(6): p. 390–399.
74. Ahlawat, S.K., M.T. Cuddihy, and G.R. Locke, 3rd, Gender-related differences in dyspepsia: a qualitative systematic review. *Gend Med*, 2006. 3(1): p. 31–42.
75. Hirst, S.E., E. Armeau, and T. Parish, Recognizing anterior cruciate ligament tears in female athletes: what every primary care practitioner should know. *Internet Journal of Allied Health Sciences & Practice*, 2007. 5(1): p. 7p.
76. Hawkes, W.G., et al., Gender differences in functioning after hip fracture. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*, 2006. 61A(5): p. 495–499.
77. Hansson, B.T. and M. Rahmqvist, [No gender differences regarding the time spent waiting for a health care appointment according to a study]. *Läkartidningen*, 2007. 104(43): p. 3187–9.

78. Månsdotter, A., L. Lindholm, and M. Lundberg, Health, wealth and fairness based on gender: The support for ethical principles. *Social Science & Medicine*, 2006. 62(9): p. 2327–2335.
79. Hills, M. and J. Mullett, Primary Health Care: A Preferred Health Service Delivery Option for Women. *Health Care for Women International*, 2005. 26(4): p. 325–339.
80. Jämställd vård – olika vård på lika villkor (SOU 1996:133).
81. Vårdutbildningar i högskolan – en utvärdering, Högskoleverkets rapport 1996:7R
82. Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen, Stockholm 2004, art nr 2004–103–3.
83. Smirthwaite, Goldina: Genusperspektiv och genusvetenskap, en studie om integreringen av genusperspektiv vid 14 svenska lärosäten, Jämställdhetscentrum, Karlstads universitet, 2005
84. Fredrik Bondestam: Könsmadveten pedagogik för universitets- och högskolelärare - en introduktion och bibliografi, Liber AB, Stockholm 2005.
85. Vidgade perspektiv i utbildningen. Sjuksköterske- och läkarstudenter granskar sin utbildning utifrån kön, sexuell läggning, etnicitet, religion och funktionshinder. Medicinska föreningen, Karolinska institutet, Stockholm 2006.
86. Glynn, Carolyn – Jacobsson, Carl – Lundberg, Elizabeth: Jämställdheten i vetenskapsrådets forskningsstöd, Vetenskapsrådet, Stockholm, 2007
87. Vetenskapsrådets hemsida www.vr.se ang ansökningsprocessen.

Fördjupning – socialtjänst

1. Socialstyrelsen. Jämställd socialtjänst? – Könsperspektiv på socialtjänsten. Socialstyrelsen, Stockholm 2004.
2. Statistiska centralbyrån. Befolkningsstatistik. www.scb.se
3. Socialstyrelsen. Äldre – vård och omsorg år 2002. Socialstyrelsen, Stockholm. (Statistik socialtjänst 2003:3).
4. Socialstyrelsen. Äldre – vård och omsorg år 2006. Socialstyrelsen, Stockholm. (Statistik socialtjänst 2007:3).
5. Szebehely M. Informella hjälpgivare. I: Äldres levnadsförhållanden. Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980–2003. Statistiska centralbyrån, Levnadsförhållanden. Rapport 112; 2006.
6. Socialstyrelsen. Information om ny uppgiftsinsamling för officiell statistik om äldre- och handikappomsorg m.m. 2008. www.socialstyrelsen.se
7. Socialstyrelsen. Funktionshindrade personer – insatser enligt LSS år 2006. Socialstyrelsen, Stockholm. (Statistik, socialtjänst 2007:2).
8. Socialstyrelsen. Funktionshindrade personer – insatser enligt LSS år 2002. Socialstyrelsen, Stockholm. (Statistik, socialtjänst 2003:2).
9. Socialstyrelsen. Funktionshindrade personer år 2006. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Socialstyrelsen, Stockholm. (Statistik, socialtjänst 2007:4).

10. Socialstyrelsen. Funktionshindrade personer år 2002. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Socialstyrelsen, Stockholm. (Statistik, socialtjänst 2003:4).
11. Riksförsäkringsverket. Assistans för kvinnor och män. En gendernanalys av assistantersättningen. Analyserar 2004:11
12. Socialstyrelsen. Ekonomiskt bistånd årsstatistik, 2002. Socialstyrelsen, Stockholm. (Statistik socialtjänst 2003:8).
13. Socialstyrelsen. Ekonomiskt bistånd årsstatistik år 2006. Socialstyrelsen, Stockholm. (Statistik socialtjänst 2007:8).
14. Upp till 18 – fakta om barn och ungdom. Barnombudsmannen rapporterar BR 2007:04, Stockholm: Barnombudsmannen; 2007.
15. Statistiska centralbyrån. Befolkningsstatistik. www.scb.se
16. Drogutvecklingen i Sverige. CAN Rapport, Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. 2007.
17. Socialstyrelsen. Missbrukare och övriga vuxna – insatser år 2002. Socialstyrelsen, Stockholm. (Statistik socialtjänst 2003:6).
18. Socialstyrelsen. Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser 2006. Socialstyrelsen, Stockholm. (Statistik socialtjänst 2007:5).
19. Socialstyrelsen. Kvalitet i missbruks- och beroendevården, opublicerad rapport.
20. Socialstyrelsen. KIM- systemet – Klienter i Missbruksbehandling, Insatser och Klienter i Behandlingsenheter inom missbrukarvården, IKB 2001. Socialstyrelsen. Stockholm 2002.
21. Socialstyrelsen. KIM- systemet. Klienter i Missbruksbehandling, Insatser och Klienter i Behandlingsenheter inom missbrukarvården. Socialstyrelsen 2007. Opublicerad rapport
22. Socialstyrelsen. Förslag på en samlad statistik på missbruks- beroendområdet. Socialstyrelsen 2006.
23. Socialstyrelsen. Barn och unga – insatser år 2002. Socialstyrelsen, Stockholm. (Statistik socialtjänst 2003:9)
24. Socialstyrelsen. Barn och unga – insatser år 2006. Socialstyrelsen, Stockholm. (Statistik socialtjänst 2007:9)
25. Socialstyrelsen. Individ och familjeomsorg, lägesrapport 2007. Socialstyrelsen, Stockholm 2007.
26. Barns villkor. Levnadsförhållanden. Rapport 110. Stockholm. SCB 2005.
27. Glimtar av barn från vårdnads-, boende- och umgängedomar 1999 respektive 2002. Socialstyrelsen, Stockholm 2004.
28. Socialstyrelsen. Kommunal familjerådgivning år 2006. Socialstyrelsen, Stockholm. (Statistik socialtjänst 2007:11).
29. Socialstyrelsen. Familjerådgivningsverksamhet som kommuner bedrivit eller bekostat under 2003. Socialstyrelsen, Stockholm. (Statistik socialtjänst 2004:12).
30. Regeringsskrivelse 2007/08:39. Handlingsplanen för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer.

31. Socialdepartementet. Att ta ansvar för sina insatser – socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor. Stockholm. Fritzes. (Statens offentliga utredningar 2006:65).
32. Spelar kön roll för hur jag får min hemtjänst i Ovanåkers Kommun? Ovanåkers kommun 2007.
33. Behovsbedömer vi brukarna i hemtjänsten jämställt? Göteborg. Göteborgs stad 2000.
34. Socialdepartementet. Makt att forma samhället och sitt eget liv. Jämställdhetspolitiken mot nya mål. Slutbetänkande av jämställdhetspolitiska utredningen. Stockholm. Fritzes. (Statens offentliga utredningar 2005:66).

Socialstyrelsens arbete för jämställdhet i vård och socialtjänst

1. Socialstyrelsen. Jämställd vård? – Könsperspektiv på hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen. Stockholm 2004.
2. Socialstyrelsen. Jämställd socialtjänst? – Könsperspektiv på socialtjänsten. Socialstyrelsen. Stockholm 2004.
3. Socialstyrelsen. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. SOSFS 2005:12 (M).
4. Socialstyrelsen. Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU; LVM och LSS. SOSFS 2006:11 (S).
5. Socialstyrelsen. Ett första steg mot en jämställd socialtjänst! Meddelandeblad. Stockholm, Socialstyrelsen, 2004.
6. Socialstyrelsen. Jämställd socialtjänst – Sammanfattning och slutsatser. Stockholm, Socialstyrelsen, 2005.