

## Motion till riksdagen 2005/06:So519

av Lars Ohly m.fl. (v)

# Genus i vård och omsorg samt socialtjänst

## 1 Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen begär att regeringen redovisar hur genusperspektivet i prioriteringsarbetet inom hälso- och sjukvården fått genomslag.
2. Riksdagen begär att regeringen kommer med förslag på åtgärder för att minska skillnaderna inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst på grund av kön.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om en nationell handlingsplan för jämställdhet i vård och omsorg.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförts om krav på könsuppdelad statistik.

## 2 Inledning

Under 2004 kom tre stora rapporter som handlade om jämställdhet och vård. Det är Socialstyrelsens båda rapporter om hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten, vilka tillkommit efter Vänsterpartiets initiativ i budgetpropositionen för 2002, och det är Riksförsäkringsverkets rapport om assistansersättning för kvinnor och män. Den senare också ett initiativ från Vänsterpartiet som riksdagens socialutskott ställde sig bakom. Slutsatserna i de tre rapporterna är att det finns en ojämställdhet mellan kvinnor och män som inte kan förklaras av skillnader i hälsa, sjukdomsbild eller andra behovsrelaterade skäl. Orsakerna till skillnaderna ska därför sökas någon annanstans. Vi är inte förvånade över resultaten i de tre rapporterna, och vi menar att orsakerna till skillnaderna beror på att det finns en maktstruktur i samhället där mannen utgör normen och där kvinnor systematiskt underordnas män. Vården och omsorgen utgör inget undantag och visar samtidigt att det kön som numerärt dominerar inte automatiskt har mer makt och inflytande. Kvinnor är i majoritet inom vård- och omsorgssektorn men normen är ändå mannen. År 2003 var i landstingen 81 procent av de anställda kvinnor, 95 procent av undersköters-

### Fel! Okänt namn på

korna var kvinnor och 92 procent av sjuksköterskorna var kvinnor i relation till läkare där 43 procent var kvinnor. Att kön har betydelse råder det inget tvivel om, men vilken betydelse det ska ha bestämmer vi.

Vi har förstått att trots all kunskap om ojämställdhet finns det ett märkligt motstånd mot att vidta konkreta åtgärder för att utjämna skillnaderna mellan kvinnor och män. Ett sådant exempel på motstånd är nedröstningen av den rapport om ojämställdheten i hälso- och sjukvården som Vänsterpartiets representant i EU-parlamentet lade fram under våren 2005. Vi möter detta på alla nivåer – en obenägenhet att ta till sig att hälften av mänskligheten fortfarande diskrimineras på många områden inklusive inom hälso- och sjukvård samt omsorg.

## 3 Hälso- och sjukvård och jämställdhet

En god vård på lika villkor över hela landet – det är hälso- och sjukvårdens portalparagraf, men enligt ett otal rapporter på området tycks detta gälla enbart män om man hårdrar den statistik som presenterats. Debatten om kvinnors och mäns olika behov och om brister i anpassad behandling har pågått under flera år utan att det tycks få något konkret genomslag. Ett område som särskilt uppmärksammats är kvinnors hjärtsjukdomar och behandlingen av dessa. Där har det visat sig att symtombilden vid hjärtinfarkt skiljer sig mellan män och kvinnor samtidigt som kurslitteraturen i sjukdomslära har mannens symtom som generell symtombild. Det har inneburit att kvinnors symtom tolkats fel och behandling inte satts in. Den forskning som bedrivits har oftast haft männen som norm och därmed har kvinnors hälsoproblem blivit osynliggjorda. Andra, strikt biologiska förhållanden, har tolkats på ett värderande sätt som gjort att kvinnors livsvillkor och livslopp fått betydelse i termer av hälsa eller sjuklighet. Exempel på detta är graviditet, menstruation och klimakterium. I Socialstyrelsens rapport ”Jämställd vård?” från 2004 konstateras det att få skillnader har upptäckts mellan kvinnor och män när det gäller vårdens medicinska resultat när man mäter överlevnad, livskvalitet och funktionsförmåga. Men det finns en risk att de uppgifter som i dag finns i statistiken är bristfälliga, varför en noggrannare analys kan innebära att skillnader mellan kvinnor och män upptäcks. Kvinnor rapporterar oftare biverkningar av läkemedel och läkemedelsrelaterad sjukdom samtidigt som kvinnor ordinerar mer läkemedel än män. Nya och dyra medicinska behandlingar når medelålders män, medan de äldsta kvinnorna ofta får nöja sig med sämre tillgång till vård och behandling. Vissa sjukdomar som oftare drabbar kvinnor i jämförelse med män tolkas som diffusa och oklara. Bemötandet hos den behandlande läkaren blir inte sällan en ytterligare belastning för kvinnan som förebär sig själv för att ”ha besvär som nog är psykiska”. Även smärta, ohälsa eller symtom som kan benämnas, t.ex. foglossning, upplevs, enligt professor Haukeland Fredriksen, av kvinnan som något hon själv är ansvarig för att de uppstått.

Systematiskt blir kvinnors sjukdomar och symtom betraktade som avvikande och diffusa vilket gör dem lättare att avfärda som oviktiga och ibland t.o.m. icke-existerande. I hälso- och sjukvården finns också behov av att belysa asylsökande och invandrade kvinnors behov och hur dessa bemöts. Vi vet att det finns brister i kunskap hos hälso- och sjukvårdspersonalen om hur de hälso- och sjukvårdsbehov som asylsökande och invandrade kvinnor har och hur dessa tar sig uttryck. Det är en stor hälsorisk (något Vänsterpartiet tar upp i motionen "Flyktningmottagandet i stat, kommun och landsting"). Allt fler landsting har påbörjat ett arbete med att konkretisera riksdagens beslut om prioriteringar. Vi konstaterade att i det arbetet saknades ett genusperspektiv varför Vänsterpartiet lade fram en riksdagsmotion 2004/05 med syfte att åtgärda detta. Vi fick gehör för detta yrkande i riksdagens socialutskott och kommer nu att följa upp att tillkännagivandet får ett konkret genomslag. Regeringen bör ges i uppdrag att redovisa hur genusperspektivet fått genomslag i arbetet med prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

## 4 Folkhälsa och jämställdhet

Det finns en tydlig s.k. hälsoparadox. Kvinnor lever längre än män men drabbas av fler hälsoproblem. I Sverige lever kvinnor 4,6 år längre än män. I jämförelse med andra EU-länder har dock svenska mäns livslängd utvecklats mer positivt än svenska kvinnors. Likaså har dödligheten hos kvinnor i s.k. okvalificerade arbetaryrken inte gått ned under 1990-talet, till skillnad från alla andra grupper. Kvinnor har en genomsnittligt sämre hälsa än män trots den längre livslängden. Det är mycket oroande att den generella ökningen av ohälsan i Sverige i mycket hög utsträckning drabbar kvinnor. Två tredjedelar av de långtidssjukskrivna är kvinnor med arbetsrelaterad ohälsa. Många kvinnor är anställda inom offentlig sektor och har på sin arbetsplats fått en alltmer pressad situation. På fyra år har sjukskrivningar med utbrändhetsdiagnoser ökat med 50 procent bland anställda i kommuner och landsting. Bakom procentsatsen döljer sig en ökning med drygt 6 000 sjukfall. Ohälsotillstånd som följer på negativ stress kan vara fysiska såsom högt blodtryck, höga blodfetter, ökad risk för blodpropp, och psykiska såsom depression, utmattning och koncentrationssvårigheter.

Kvinnors stressmönster och stressupplevelser har inte undersökts i någon större utsträckning, i synnerhet inte i relation till ohälsa.

De faktorer som bidrar till stress och ohälsa hos både män och kvinnor är låg utbildning och minimalt beslutsutrymme. Men för kvinnor finns också en mycket tungt vägande riskfaktor i vad som kallas "relationsstress". Det kan handla om partners sjukdom, alkoholproblem i familjen eller ekonomiska bekymmer. Dessa är tungt vägande faktorer till att kvinnor får kärlekskramp och hjärtinfarkt.

Fel! Okänt namn på

## 5 Beroendevård och jämställdhet

Beroendevård eller missbrukarvård delas mellan flera aktörer och myndigheter. Socialtjänsten och sjukvården är de som huvudsakligen bär ansvaret för vård och behandling. Enligt Socialstyrelsens rapport ”Jämställd socialtjänst?” är missbruk huvudsakligen ett manligt problem. Det betyder att de kvinnor som har ett missbruk är betydligt färre och har svårt att få vård och behandling som är anpassade utifrån deras behov. Missbruk hos kvinnor är mer skam- och skuldbelagt än mäns missbruk och det är vanligare att kvinnor som missbrukar har tidiga traumatiska upplevelser i grunden. Det finns även biologiska skillnader mellan kvinnor och män, t.ex. när det gäller förmågan att bryta ned alkohol. Socialstyrelsen konstaterar att det saknas könsuppdelad forskning och statistik inom missbruksvården vilket innebär att det saknas redskap för att utveckla anpassad behandling som möter kvinnors behov. Bristen på behandlingsalternativ för kvinnor är ett problem som även länsstyrelserna påpekat. När barn finns med konstaterar Socialstyrelsen att socialtjänsten huvudsakligen fokuserar på mamman medan missbrukande mäns roll som fäder inte beaktas.

## 6 Socialtjänst och jämställdhet

Socialtjänstens personal och förtroendevalda domineras av kvinnor, socialnämndens ledamöter är oftast kvinnor men ordförandena är oftast män. Män är oftare socialchef och kvinnor oftare biträdande chef. Det kan kort uttryckas som att kvinnor dominerar inom socialtjänsten men att andelen män ökar med hierarkisk nivå.

De skillnader mellan kvinnor och män som finns i samhället: kvinnors lägre löner, fler kvinnor som är sjukskrivna, att flest ensamstående med barn är kvinnor, att fler män än kvinnor har missbruksproblem osv., påverkar kvinnors och mäns behov av socialtjänsten. Det påverkar också socialtjänstens utformning av sina tjänster. Den generella välfärden och socialförsäkringssystemen är därför särskilt viktiga ur ett genusperspektiv. Ökade avgifter inom äldreomsorg och sjukvård påverkar självfallet den som har en låg lön eller som står utanför arbetsmarknaden. Det påverkar i sin tur behovet av socialtjänstens stöd.

## 7 Tandvård och jämställdhet

Genusperspektiv i tandvården saknas nästan helt. I ”Tandvården till 2010” (SOU 2002:53) är de flesta statistiska uppgifterna inte könsuppdelade och man kan också konstatera att det generellt saknas epidemiologiska studier när det gäller tandhälsa. Det man vet är att kvinnor besöker tandläkare och tandhygienister något oftare än vad män gör. När det gäller tandvårdsbehov vet

man att det finns tydliga socioekonomiska och geografiska skillnader beträffande tandhälsa och tandvårdsutnyttjande. Det behövs med andra ord en genomgripande analys av tandvården ur ett genusperspektiv motsvarande de studier som Socialstyrelsen genomfört avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att analysera tandvården ur ett genusperspektiv. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Den 1 juli 2002 infördes det ett högkostnadsskydd i tandvård för personer över 65 år. För att erhålla subvention krävs det en förhandsprövning. Vid en uppföljning av perioden 1 juli 2002 till 30 september 2003 hade det inkommit 79 383 förhandsprövningar av vilka 55 procent avsåg kvinnor. Hur könsfördelningen såg ut avseende beslut framgår inte av Riksförsäkringsverkets redovisning. Högkostnadsskyddet och dess utfall är viktigt ur ett genusperspektiv då det riktas till äldre över 65 år och där de allra äldsta åldersgrupperna domineras av kvinnor. Kvinnor med mycket låga inkomster. Då det saknas en genusanalys av tandvården är det svårt att bedöma hur tandvårdsbehandlingarna är anpassade utifrån kvinnors respektive mäns behov. Det kan finnas skillnader som i dag inte uppmärksammas.

## 8 Handikapp och jämställdhet

Det finns fler kvinnor än män med funktionshinder vilket framför allt kan förklaras av att kvinnor lever längre än män. Fördelningen av olika funktionshinder är relativt jämn mellan kvinnor och män men skillnader finns i vilka insatser som ges. Studier har visat att fler män än kvinnor får kommunala insatser. Män i åldersgruppen 16–64 år som bor ensamma har tre gånger högre odds än ensamstående kvinnor när det gäller kommunal hjälp (SOU 2001:156). I Socialstyrelsens rapport ”Jämställd socialtjänst?” pekar man på avsaknaden av könsperspektiv och jämställdhet i lagstiftningen och dess förarbeten när det gäller funktionshindrade. Enligt Riksförsäkringsverkets rapport är skillnaderna mellan kvinnor och män vad gäller assistansersättning inte särskilt stor om man analyserar assistansersättningen på en summerad nivå. Det finns dock ett mönster med något fler män än kvinnor som får assistansersättning liksom att män får något fler timmar. Men det innebär inte med nödvändighet att assistansersättningen är jämställd. Assistansersättningen ska ges utifrån individens behov och att lika många kvinnor som män får assistansersättning säger inget om huruvida kvinnor och män bedömts på lika grunder. Det kan finnas fler kvinnor än män med behov av assistansersättning, men som får avslag. Med andra ord kan det finnas mörkertal, vilket också Riksförsäkringsverket noterar. Samverkande faktorer som påverkar skillnaderna mellan kvinnor och män är ålder respektive familjesituation. Det är fler kvinnor bland äldre assistansmottagare och fler kvinnor än män är sammanboende. Riksförsäkringsverket pekar också på att kvinnor och män ansöker om assistansersättning i olika utsträckning. I mötet med handläggaren påverkas besluten av den sökandes kön. Det gäller bl.a. tillämpningen av

## Fel! Okänt namn på

makars gemensamma ansvar, kartläggningen av behov och arbetets organisering. I rapporten refereras det till tidigare undersökningar som pekat på att funktionshindrade tenderar att avkönas i mötet med samhället. Vi kan därför konstatera att funktionshindrade saknar ”kön”.

Vid en levnadsnivåundersökning bland personer med funktionshinder 2005 utförd av utredningsinstitutet Handu AB visade det sig att kvinnor med funktionshinder generellt sett har lägre inkomster än män med funktionshinder.

Funktionshindrade kvinnor och flickor som utsätts för våld och övergrepp är en särskilt utsatt grupp där kön och funktionshinder sammantaget bidrar till ett osynliggörande. De kvinnojourer och andra samhällsinsatser som har i uppdrag att stödja våldsutsatta kvinnor saknar ofta kunskap och redskap för att möta funktionshindrade flickor och kvinnor. Funktionshindret kan utgöra en svårighet för flickan eller kvinnan att uttrycka vad hon varit med om, och ofta utförs våld och övergrepp av närstående eller personal som flickan eller kvinnan är beroende av. Vänsterpartiet har vid flera tillfällen motionerat om funktionshindrade flickors och kvinnors utsatthet och kan konstatera att lite har hänt.

## 9 Äldreomsorg och jämställdhet

Äldreomsorgen består av kvinnor. Kvinnor som vårdar sina närstående, kvinnor som arbetar i äldreomsorgen och kvinnor som nyttjar äldreomsorg. Kvinnor lever längre än män och det påverkar självfallet den numerära dominansen av kvinnor. Äldre kvinnor och män tenderar att över tid bli mer ojämsställda vilket dels beror på skilda ekonomiska förhållanden, dels på att kvinnor i större utsträckning än män vårdar sin partner. Äldreomsorgen är i sin utformning dominerad av insatser som har traditionellt kvinnliga förtecken vilket innebär att äldre män har mindre möjligheter än kvinnor till en socialt meningsfull vardag. Det är särskilt tydligt på äldreboendena. Utbudet av insatser i äldreomsorgen präglas också av att vara traditionellt kvinnliga. Därmed saknas insatser som snöskottning, vaktmästerisysslor och motsvarande för att klara ett eget boende. Socialstyrelsens rapport ”Jämställd socialtjänst?” pekar på att den kommunala äldreomsorgen är dåligt anpassad till kvinnors behov, vilket man menar beror på att kvinnor ofta uttrycker missnöje med den hjälp som de får samtidigt som de önskar mer hjälp. Rapporten drar också slutsatsen att kvinnor är mer utlämnade till och beroende av offentliga insatser samtidigt som det skett en förskjutning av insatser från det offentliga till närstående, framför allt partner och döttrar. Regeringen saknar i dag ett jämställdhetsmål för äldreomsorgen. Mot bakgrund av den tydliga ojämsställdhet som i dag råder inom äldreomsorgen är det angeläget att regeringen går i spetsen för arbetet med att utjämna skillnaderna. Ett jämställdhetsmål för äldreomsorgen är en viktig markering. Vänsterpartiet anser därför att regeringen senast i budgetpropositionen för 2007 ska ange ett jämställdhetsmål för äldreomsorgen. I Agneta Starks och Agneta Regnérs rapport ”I vems händer? Om arbete, genus, åldrande och omsorg i tre EU-länder” uppmärksammas det

ansvar som läggs på kvinnor för äldreomsorgen. Mot bakgrund av den aktuella debatten om vilken välfärd vi kommer att ha råd med i framtiden, i synnerhet äldreomsorgen, är Starks och Regnérs påstående om att kvinnor blir ett vårdproblem om inte döttrar och svärdöttrar sköter arbetet viktigt. Kvinnor som inte vill eller kan vårda sina närstående blir problem, liksom de kvinnor som är anställda i äldreomsorgen och som kräver högre lön. Underförstått blir kvinnors rättmätiga behov ett problem om män tvingas omprioritera sin tid, ekonomi och sitt arbete.

## 10 Barn och jämställdhet

Flickor och pojkar bemöts tidigt på olika sätt utifrån kön. De studier som tidigare gjorts har ofta fokuserat på flickors behov och villkor. Det har inneburit att man riskerar att cementera pojken som norm samtidigt som man osynliggör pojkars behov. Könstrukturerorna blir särskilt tydliga i familjerättsfrågor och i situationer där socialtjänsten ska relatera till föräldrarna. Kvinnorna ges störst ansvar för barnet och då modern inte längre klarar av det ansvaret räknas inte alltid fadern som ett reellt alternativ som ensam vårdnadshavare, utan i stället blir fosterhemsplacering ofta aktuellt. Flickors och pojkars sexualitet betraktas på olika sätt och socialtjänsten tenderar att betrakta tidig och aktiv sexualitet hos flickor som ett problem. Det används inte sällan som ett skäl för familjehemsplacering. Generellt kan man säga att tonårsflickor ofta placeras i fosterhem på grund av relationsproblem och pojkar på grund av beteendeproblem. Flickors problem uppmärksammas senare än pojkars, vilket visar på att flickors situation tycks vara relativt osynlig tills flickorna kommer upp i tonåren.

## 11 Läkemedel och jämställdhet

Läkemedel är en central del inom hälso- och sjukvården. Läkemedelsindustrin omsätter miljardbelopp årligen och nya läkemedel produceras i allt högre hastighet. Vad gäller förskrivning, biverkningar, reklam och utprovning av läkemedel finns det stora skillnader mellan kvinnor och män. Kvinnor förskrivs oftare läkemedel mot smärta och psykisk ohälsa medan män oftare får läkemedel mot för höga blodfetter och mot hjärt- och kärlsjukdomar. Förskrivningsmönstren hänger självfallet samman med vilka sjukdomar som dominerar hos kvinnor respektive män, men bland dem som är över 80 år är förekomsten av hjärt- och kärlsjukdomar lika hög hos både kvinnor och män. I Socialstyrelsens rapport "Jämställd vård" pekar man på läkemedelsreklamens traditionella uppfattning om kvinnor och män. Socialstyrelsen säger att vid en analys av annonser för läkemedel framgår det att män beskrivs som hårt arbetande och kvinnor som deprimerade och känslösa. Därmed anges det underförstått att orsaken till att män ska få läkemedel är att de ska

Fel! Okänt namn på

kunna orka arbeta. I reklam för antidepressiva läkemedel är den vanligaste personen som framställs en kvinna.

En jämförelse med förskrivningar av antidepressiva läkemedel visar att kvinnor dubbelt så ofta förskrivs dessa läkemedel. När det gäller utprovning av läkemedel har den traditionella situationen varit att de utprovats på friska, unga män. I dag är det en bättre balans men fortfarande finns skillnader, framför allt i fas 1 där 69 procent av läkemedlen prövas på både män och kvinnor. Läkemedelsverket har tagit flera steg i rätt riktning för att säkerställa läkemedelskvaliteten för både kvinnor och män genom att beakta att människor är just kvinnor och män. Men trots att könsskillnader tas med vid bedömningen av ett läkemedel inför godkännande, upplever och drabbas kvinnor oftare av biverkningsrelaterade besvär än män. Det finns därför skäl för att fördjupa studierna av läkemedel och läkemedelspåverkan ur ett könsperspektiv.

## 12 Nationell handlingsplan för jämställdhet i vård och omsorg

Område efter område inom vård och omsorg uppvisar skillnader mellan kvinnor och män som inte har sin grund i skillnader vad gäller behov, sjukdomar och funktionshinder. Skillnaderna har tydligt sin grund i vilket kön den funktionshindrade, sjuke, barnet eller den äldre har. Det är oacceptabelt i ett demokratiskt samhälle som vill erkänna sig som ett land med en rättvis och generell välfärd. Regeringen bör snarast bereda de rapporter som framför allt Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen sammanställt på uppdrag av regeringen, efter initiativ från Vänsterpartiet, och återkomma med förslag på åtgärder för att utjämna skillnaderna mellan kvinnor och män i vård och omsorg. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Alla berörda myndigheter inom vård- och omsorgsområdet ska föra en könsuppdelad statistik avseende utförda insatser. Detta bör riksdagen som sin mening ge regeringen till känna.

Stockholm den 4 oktober 2005

*Lars Ohly (v)*

*Lennart Gustavsson (v)*

*Alice Åström (v)*

*Ingrid Burman (v)*

*Berit Jóhannesson (v)*

*Sermin Özürküt (v)*