

Motion till riksdagen

1988/89: So455

av Daniel Tarschys m. fl. (fp)

Kvinnors hälsa

Inledning

Kravet på jämställdhet mellan kvinnor och män innebär att vi skall ha samma rättigheter och skyldigheter oavsett kön. Men det innebär inte att vi påstår att kvinnor och män är varandra lika i allt. Tvärtom har folkpartiet upprepade gånger i partimotioner om jämställdhet krävt ökad forskning om de faktiska skillnaderna mellan könen och om vad de skillnader som kan vetenskapligt beläggas betyder för våra roller.

Ingen torde bestrida att det finns vissa fysiska skillnader mellan könen. Därav följer också att vi får hälso- och sjukvårdsproblem som är typiskt kvinnliga såväl som typiskt manliga.

I denna motion behandlar vi ett antal hälso- och sjukvårdsfrågor som är särskilt viktiga för kvinnor. Vi hävdar att det inte heller inom hälso- och sjukvården råder jämställdhet mellan könen eftersom de hälsoproblem som är typiska för just kvinnor inte alltid väcker samma vetenskapliga eller politiska intresse som problem som är typiska för män.

Vi vill dock inte förneka att det finns en hel sektor inom sjukvården som rör enbart kvinnors reproduktion och dess följder men mycket lite forskning kring andrologi (mäns fertilitet).

Kvinnors hälsa och forskning om den

Kvinnor är oftare sjuka än män. 1986 var kvinnor i genomsnitt frånvarande från arbetet i 24 dagar. Männerna var i genomsnitt sjuka 19 dagar. Bristande psykiskt välbefinnande (oro och sömnbesvär) är dubbelt så vanligt bland kvinnor som bland män. Likaså är användning av medicin mot psykiska rubbningar och nervsjukdomar vanligare. Kvinnor använder över huvud taget mer läkemedel än män.

Kvinnor dominerar som cancerpatienter i åldrarna under 60 år. Cancerkommittén har beräknat antalet cancerfall beroende av sexualvanor och fertilitetsmönster till cirka 3 500 fall per år. Detta drabbar nästan uteslutande kvinnor. Kvinnor drabbas också i högre grad av sjukdomar som ledbesvär, infektioner och högt blodtryck medan männen drabbas av skador från yttre våld, magsår och hjärtinfarkter.

Kvinnors hälsoproblem har varit föremål för studier och forskning i mycket mindre utsträckning än män. En förklaring kan vara att de flesta forskare är just män och att det är just dessa manliga forskare som

definierat kvinnornas hälsoproblem. En annan är att manliga forskare har tenderat att, kanske omedvetet, prioritera problem som drabbar män. Det finns t. ex. en omfattande forskning om den "manliga" sjukdomen hjärtinfarkt men däremot mindre forskning om de "kvinnliga ledsjukdomarna".

De grupper som valts för kartläggning av hälsoproblem eller som forskningspersoner har oftast varit män. Detta beror på att män inte företer de hormonella svängningar som kvinnor gör. Inte heller vill man riskera att utsätta foster för forskning.

I alla kulturer har kvinnor accepterat smärta och värk i högre utsträckning än män. Därigenom har vissa kvinnliga fysiologiska processer också klassificerats som "naturliga" och lämnats utan större intresse.

Mot. 1988/89
So455

Kvinnors hälsoproblem

Preventivmedel

Även om man försökt lägga tyngdpunkten i modern sexualupplysning på sex- och samlevnadsundervisning har intresset legat mer på preventivmedel än på nödvändigheten av att mogna känslomässigt i en relation. De lättillgängliga p-pillren kan leda till en forcerad sexdebut, vilket är olyckligt eftersom sex för den som inte känner sig mogen ofta är psykologiskt skadligt.

Sedan 60-talet har p-piller förbättrats avsevärt. I stället för p-piller med höga hormondoser med stora biverkningar finns nu olika p-piller med låga hormonmängder och reducerade biverkningar. Läkare och barnmorskor har också fått en mycket bättre erfarenhetsbas för en klokare förskrivning av p-piller.

Likväl finns det fortfarande biverkningar, som måste vägas dels mot de risker som oönskade graviditeter och aborter ger, och dels mot risker med andra preventivmedel. Vid val av preventivmedel måste alla fakta presenteras så att kvinnorna själva kan välja vilka risker de är beredda att ta.

Infertilitet

Infertilitet – ofrivillig barnlöshet – är ett svårt problem för dem som drabbas. Stora forskningsanslag satsas på provrörsbefruktning. Men det är väl så viktigt med psykologisk hjälp för dem som är ofrivilligt barnlösa. Det är svårt att få resurser för att förebygga ofrivillig barnlöshet genom samlevnadsundervisning och kontaktsparning etc. Forskningen kring orsakerna till ofrivillig barnlöshet är eftersatt. Det brister också i intresse för sociala och psykologiska dimensioner när det gäller barnlöshet. Detta är områden som måste prioriteras.

Sexologi

Sexologi är läran om vår sexualitet. Sexualiteten ingår i vår personlighet och speglar vårt sätt att reagera på andra människor och vår uppfattning om oss själva. Den sexuella samvaron är och borde vara en njutbar och berikande upplevelse.

Ibland kan ängslan, oro, handikapp eller sjukdom göra att samlevnadsproblemen både i heterosexuella och homosexuella förhållanden blir så stora att man behöver hjälp. När problem uppstår, t.ex. impotens och bristande lust, finns det mycket torftiga möjligheter att få hjälp med dessa känsliga och svåra problem. RFSU har ett fåtal mottagningar och dessa kan enbart ta emot en liten del av dem som behöver hjälp.

I varje landsting bör det finnas ett team, som arbetar med dessa frågor. Till ett sex- och samlevnadsteam kan knytas gynekolog, urolog, endokrinolog, psykiatriker, neurolog, barnmorska och psykolog.

En viktig uppgift för teamen är dessutom att ge annan personal inom vården utbildning och handledning. Kunskaperna sprids då som ringar på vattnet ut till allmänläkare, skolhälsovården, gynekologer, distriktsköterskor och barnmorskor. Kunskapsnivån ute på "fältet" höjs och på detta sätt kommer hjälpen närmare de människor som är i behov av den.

Menstruationscykeln

I dag vet vi ganska mycket om hur kvinnors menstruationscykel påverkar henne både fysiskt och psykiskt. Trots det är det ofta svårt för kvinnor som lider av premenstruella spänningar (PMS) att få adekvat hjälp.

Cirka 10 procent av alla kvinnor har svåra premenstruella symptom. De vanligaste symptomen är huvudvärk, viktökning och koncentrationssvårigheter. Tillsammans med spänningar, irritabilitet, ilska, en benägenhet att börja gråta och en känsla av uppblåsthet utgör de symptomen på det tillstånd, som går under namnet premenstruell spänning (PMS).

Symptomen skall inte betraktas som en sjukdom. De är en del av den hormonella cykel som kvinnan lever med under hela sitt fertila liv. Men — även om det är naturligt skall ingen behöva uppleva veckan före mens som en plåga. Det finns möjligheter att få hjälp.

Vi behöver därför såväl gynekologer som allmänläkare och barnmorskor som har kunskaper om PMS och är lyhörda inför problemen. De måste också kunna informera om vilken hjälp som finns att få. Ingen kvinna skall behöva dra sig för eller skämmas för att söka hjälp. Hon skall inte behöva mötas av argument, som "detta är helt naturligt och något som du måste acceptera".

Klimakteriet

Många kvinnor har fysiska och psykiska problem av varierande omfattning under klimakteriet och nedgången i östrogenproduktionen. Men kunskapen härom är alltjämt otillräcklig. Numera finns en ökande forskning på området. Denna måste dock ta större hänsyn till sociala och psykologiska dimensioner. Besvär som kan uppstå är många och varierade. Benskörhet, s. k. osteoporos, uppträder så småningom på grund av urkalkning av skelettet. Det senare orsakar det stora antalet benbrott hos äldre kvinnor.

I stort sett saknas en vetenskaplig kartläggning av problemen i dag i Sverige. Den måste göras, bl. a. för att försöka identifiera riskgrupper för

benskörhet. Dessutom måste ordentlig information om för- och nackdelar med östrogensubstitution enligt moderna vetenskapliga resultat ges. I dag är det framför allt välutbildade kvinnor som skaffar sig hjälp. Det är en jämlikhetsfråga att sådan information ställs till alla kvinnors förfogande.

Mot. 1988/89
So455

Förlossningsvården

Förlossnings- och BB-vården i Sverige har genomgått stora förändringar. Rutiner som tar hänsyn till både barn och föräldrar tillämpas på alla landets förlossningskliniker.

Det finns dock i dag ingen reell valfrihet när det gäller val av förlossningsmetod, miljö, besökstider på BB-avdelningen m. m. Ett antal kliniker i landet har emellertid skapat alternativ. Mora lasarett t. ex. erbjuder hemlik miljö och alternativa förlossningsmetoder och i Ystad kombineras förlossnings- och BB-avdelning och föräldrarnas behov av helhet och kontinuitet styr vården. Inom Stockholms läns landsting kan de blivande mammorna nu i princip välja på vilket sjukhus de vill föda. På Södersjukhuset startar en s. k. ABC-klinik (Alternative birth center) som gör det möjligt att i ökad utsträckning välja vårdnivå.

Mångfalden och valfriheten inom förlossningsvården kan stimuleras genom att sjukhuset tilldelas resurser i förhållande till hur många mammor som väljer att föda just där. De allra flesta gravida kvinnor går regelbundet till mödravårdscentralen. Information om vad de olika klinikerna har att erbjuda kan därför ges där.

Barnmorskor som vill starta mödravård i egen regi bör få möjlighet till ersättning från den allmänna försäkringen. Blivande mammor ska också ha möjlighet att välja mellan enskild eller offentlig öppenvård. Tidig hemgång efter t. ex. poliklinisk förlossning bör vara ett annat alternativ. Det krävs därtill stöd från den öppna mödra- och barnavården.

Cancer

Livmodercancer är den vanligaste formen av gynekologisk cancer. En fjärdedel av alla dödsfall i cancer bland kvinnor under 50 år beror på livmoderhalscancer. Det skulle inte behöva vara så dystert. Denna typ av cancer kan upptäckas i tid genom ett enkelt cellprov. Vid fall av cellförändringar på ett tidigt stadium, kan man med en enkel operation ta bort dessa. Även vid mera utvecklade stadier finns det metoder att hejda förloppet.

Den gynekologiska hälsoundersökningen är till för att upptäcka tidiga cellförändringar. Den är utbyggd över hela landet och kvinnor mellan 25–58 år kallas regelbundet till undersökning.

Den gynekologiska hälsoundersökningen behöver förbättras så att läkare och barnmorskor, som utför undersökningen, får mer tid för varje patient. Då kan han/hon samtidigt informera och diskutera med kvinnan om preventivmedel, samlevnadsproblem, sexuellt överförbara sjukdomar m. m. Inom primärvården bör det finnas tillgång till en gynekolog, så att kvinnor har en verklig valfrihet.

Bröstcancer är en cancerform som kan botas om den upptäcks i tid.

Tidig upptäckt av onormala knölar i bröstet är så viktig, att självundersökning av bröstet bör läras ut även till mycket unga kvinnor. De bör tidigt lära sig en rutin för hela livet; "Lär känna dina bröst som friska."

Undervisning om detta kan ske vid de hälsoundersökningar, som görs på högstadiet och gymnasieskolan. Skolsköterskan skall då i samband med hälsoundersökningen lära ut hur kvinnan gör självundersökning av bröstet. Vid denna undersökning bör också information ges om menstruationscykeln, preventivmedel, sexuellt överförbara sjukdomar m.m. På detta sätt lär sig unga kvinnor att bli mer medvetna om hur deras kroppar fungerar.

På vårdcentraler och vid allmänna undersökningar bör alla kvinnor informeras om vikten att undersöka sina bröst varje månad och att söka adekvat hjälp så fort de upptäcker något onormalt.

1985 visade en svensk undersökning att dödligheten i bröstcancer kunde minskas genom tidig upptäckt av tumörerna med mammografi. Påföljande år utfärdade socialstyrelsen Allmänna råd om mammografi, screening, vilket innebär att alla kvinnor i åldersgruppen 40–74 år borde erbjudas mammografi. På grund av bristen på utbildad personal prioriterade socialstyrelsen senare åldersgruppen 50–69 år. I dag har knappt hälften av landstingen infört mammografi eller antagit planer för dess genomförande.

Inom varje landsting bör mammografiundersökning – röntgenundersökning av bröstet – vara så utbyggd att den är tillgänglig för alla kvinnor över 40 år.

Urinvägarna

Urinvägsinfektioner hos kvinnor kan hänföras till östrogenbrist. En avhandling om kvinnor på långvården visade att urinvägsproblem inte alltid kan åtgärdas med antibiotika utan är relaterade till klimakteriet och fordrar behandling med utgångspunkt i sådana diagnos.

10–15 procent av alla kvinnor lider av urinläckage. Uttalad övervikt och genomgången förlossning utgör kända riskfaktorer. För att kunna avhjälpa dessa problem krävs operation, lokal östrogenbehandling efter klimakteriet eller gymnastik. Men de som söker vård blir ofta bemötta med okunnighet av både läkare och sjuksköterskor.

Det är därför viktigt med utbildning för sjukvårdspersonal för att lära ut lämpliga träningsmetoder som patienten kan klara själv.

Självsvält och hetsätning

Självsvält (anorexia nervosa) och hetsätning (bulimia) är två sjukdomar som ökar starkt. Båda drabbar i första hand yngre kvinnor. Man räknar med att mellan tre och fem procent av alla unga kvinnor i Sverige lider av en eller båda sjukdomarna vilket gör cirka 45 000. I USA räknar man med att upp till tjugo procent av alla unga kvinnor lider av s.k. "eating disorders".

Dödligheten i sjukdomarna brukar beräknas till mellan fjorton och

sjutton procent och det finns tecken på att dödligheten ökar. De vanligaste dödsorsakerna är svält respektive självmord.

Eftersom sjukdomarna är så specifika till sin karaktär och så olika andra psykiska sjukdomar, bör behandlingen bedrivas vid särskilda enheter. En bra form kan vara mindre behandlingshem som arbetar i nära samverkan med psykiatri- och medicinkliniker.

Problemet är stort och växande, det har inte uppmärksammats tillräckligt. Privata initiativ bör uppmuntras jämsides med att samhällets insatser ökas.

Missbruk

Bland missbrukare har kvinnorna lägst status. Den intolerans som finns mot kvinnligt missbruk i samhället, finns i minst lika stor utsträckning bland missbrukarna själva. Detta leder till att den missbrukande kvinnans låga självrespekt och dåliga självkänsla försämras ytterligare.

Samtidigt kan kvinnan skapa sig en roll i en grupp missbrukare. Hon blir vårdare och kurator åt missbrukarsamhällets män och anammar så den traditionella kvinnorollen. Hon tar på sig skulden vid missförhållanden. Dessa roller och "uppgifter" tenderar att hålla kvar kvinnan i missbrukarkretsen även om hon försöker lämna den.

Unga kvinnor, på väg in i narkotikamissbruk, skapar sig ofta en spännande identitet genom att vara tillsammans med äldre män, ofta redan etablerade injektionsmissbrukare. Dessa kvinnor riskerar, förutom att fastna i en narkomanidentitet, också att bli HIV-smittade.

Många missbrukande kvinnor ingår inte i ett traditionellt missbrukarkollektiv. Många kvinnors missbruk, ofta av alkohol, sker i hemlighet och är ännu mer socialt belastande än mäns. Kvinnor konsumerar mera lugnande läkemedel än män och sannolikt utgörs en inte ringa del av denna konsumtion av regelrätt missbruk.

Det är angeläget att samhället erbjuder särskild missbruksvård åt kvinnor. Missbrukande kvinnor måste ges tillfälle att reparera sin självkänsla och sin kvinnoidentitet tillsammans med andra kvinnor. Många kvinnor bär med sig upplevelser av övergrepp, incest eller prostitution som måste bearbetas.

Den speciella situation som många missbrukande kvinnor lever i, med bl. a. misshandel och familjeproblem, måste uppmärksammas i alla vårdens sektorer.

Invandrarkvinnor

Kvinnor som kommer från länder med helt annan kultur och annan uppfattning om sjukdomar och deras orsaker möter speciella problem. Det är därför viktigt att kvinnorna får tillgång till professionell tolk, helst kvinnlig. Att som ibland sker använda någon familjemedlem (barnen) som tolk är oacceptabelt eftersom det kan försvåra relationerna inom familjer.

Vid gynekologisk vård och förlossning bör kvinnorna få kvinnliga läkare och barnmorskor om de så önskar.

Invandrarungdomar som önskar utbilda sig till vårdrken bör stöjas t.ex. genom speciella förberedande kurser i svenska.

Mot. 1988/89
So455

Kvinnors kapacitet måste tillgodoses inom vård och forskning. Dessa frågor behandlas i en annan kommittémotion från folkpartiet om jämställdhet i utbildning och forskning.

Hemställan

Med hänvisning till ovanstående hemställs

att riksdagen hos regeringen begär att socialstyrelsen får i uppdrag att utforma ett program för hälso- och sjukvårdsinsatser i enlighet med vad som anförts i motionen.

Stockholm den 20 januari 1989

Daniel Tarschys (fp)

Ingrid Ronne-Björkqvist (fp)

Ulla Orring (fp)

Karin Ahrland (fp)

Barbro Westerholm (fp)

Charlotte Branting (fp)