

Partimotion

Motion till riksdagen 2016/17:154

av **Jonas Sjöstedt m.fl. (V)**

Kvinnors hälsa och sjukvård

1 Innehåll

1	Innehåll	1
2	Förslag till riksdagsbeslut	2
3	Inledning	2
4	Genus i hälso- och sjukvården	3
5	Jämställdhetsbudgetering	3
6	Nationell uppföljning av vårdtillgång/kvalitet	4
7	Integrering av genusperspektivet i sjukvårdens alla led	4
8	Mannen som norm	5
9	Läkemedelsförskrivning till flickor och unga kvinnor	6
10	Gynekologisk cancer	6
11	Avgiftsbefriad mammografi utan övre åldersgräns	7
12	Förlossningsvården	7

2 Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör tillsätta en utredning om ett nationellt styrdokument för hälso- och sjukvården som särskilt betonar genus och vikten av jämställd hälso- och sjukvård, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att analysera statistik med ett genusperspektiv och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör tillsätta en utredning med uppdraget att se över hur genus behandlas i de nationella vårdutbildningarna och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör tillsätta en utredning för att se över hur köns- och genusaspekter beaktas i medicinsk forskning och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör initiera en utredning av läkemedelsförskrivningen till unga med ett genusanalytiskt uppdrag och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda avgifternas koppling till benägenheten att gå och testa sig vad gäller gynekologisk screening för gruppen kvinnor upp till 60 års ålder och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör uppdra åt lämplig myndighet att se över rekommendationerna kring den övre åldersgränsen beträffande screening för bröstcancer och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör tillsätta en utredning om förlossningsskador och nationella riktlinjer för skadefri förlossning och tillkännager detta för regeringen.

3 Inledning

Hälsa har en central plats i FN:s deklARATION om mänskliga rättigheter, som Sverige godkänt. Bästa möjliga hälsa är en förutsättning för andra mänskliga rättigheter. Detta innebär att alla människor ska ha rätt till bästa möjliga hälso- och sjukvård. Det är således samhällets skyldighet att se till att alla får del av rätten till bästa möjliga hälsa. Därför ska all samhällsplanering utgå från ett hälsoperspektiv. Arbetet ska ske hälsofrämjande och förebyggande. Inom sjukvård och omsorg ska de svårast sjuka och de med störst vårdbehov prioriteras. Enligt hälso- och sjukvårdslagen är målet en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Den som har det största behovet av vård ska ges företräde till vården och arbete med förebyggande hälsovård är viktigt.

Sverige har stora hälsoskillnader och de har ökat de senaste åren. Skillnader i makt och inflytande, ekonomi och arbetsmiljö samt tillgång till vård och stimulerande livsmiljöer är de viktigaste orsakerna till hälsoklyftorna. De skillnader i hälsa som finns hos befolkningen speglas även i vilken vård som ges. Klasstillhörighet kan vara avgörande för vilken behandling och medicinering en patient får, likaså kön och etnicitet eller sexuell läggning. Dödligheten i olika sjukdomar kan också variera kraftigt beroende på utbildnings- och inkomstnivå. Orsakerna till att sjukvården behandlar

människor olika varierar men måste åtgärdas. Alla oavsett bakgrund ska känna sig trygga med att den vård som erbjuds är av god kvalitet och likvärdig för alla.

Kvinnors hälsa har på många sätt varit eftersatt och inte prioriterats lika högt som mäns. Det är därför glädjande att regeringen ihop med Vänsterpartiet presenterat en rad satsningar på kvinnor och kvinnors hälsa. Bland dessa återfinns bl.a. förstärkningar till primärvården med inriktning på kvinnor, avgiftsfri mammografiscreening till kvinnor mellan 40 och 74 år, fler anställda i äldreomsorgen, satsningar för en förbättrad förlossningsvård samt fler anställda i kvinnojourerna. Samtidigt ser Vänsterpartiet att det också finns behov av att jobba mer långsiktigt med dessa frågor och att också framöver fortsätta att på allvar utmana den rådande könsmaktsordning som genomsyrar hela samhället och som påverkar oss i form av vilken vård vi får eller inte får och vilken medicin som förskrivs till män respektive till kvinnor.

4 Genus i hälso- och sjukvården

Det finns noterbara skillnader mellan kvinnor och män avseende ohälsa och dödlighet. Kvinnor har en drygt 4 år längre genomsnittlig livslängd men är mer sjuka och söker oftare vård än män. Kvinnor är kraftigt överrepresenterade i sjukskrivningsstatistiken medan män har högre dödlighet i alla åldrar. Kvinnor och män ska ha lika tillgång till vård utifrån könsspecifika behov och vården ska hålla lika god kvalitet oavsett kön. Det innebär att hälso- och sjukvården behöver arbeta med ett medvetet könsperspektiv. Det finns ett flertal faktorer som ligger till grund för ojämställdheten inom hälso- och sjukvården – mannen är ofta normen inom medicinsk forskning trots de biologiska och sociala skillnader som finns mellan könen, kvinnor drabbas oftare av problem med läkemedelsanvändning eftersom det har forskats mer kring mäns behov av läkemedel. Läkemedel är också oftare utprovade på män. Inom vården finns risk för att föreställningar om hur män och kvinnor är eller ska vara påverkar de medicinska bedömningarna. Att betrakta människor som individer är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet, både för män och för kvinnor. Symtom som inte stämmer överens med föreställningen riskerar annars att negligeras. Ett exempel är depression, där flera forskare menar att sjukdomen är så tydligt förknippad med kvinnor att vården missar depressionssymtom hos män. Män dominerar också självmordsstatistiken. Förutfattade meningar är inte bara förekommande inom den direkta sjukvården utan även vad gäller undervisning, forskning och karriärmöjligheter. Omotiverade könsskillnader eller avsaknaden av motiverade könsskillnader är ofta inte en fråga om medveten diskriminering. I stället handlar det om att hälso- och sjukvården är en del i ett samhällssystem där kvinnor värderas lägre än män. Mot bakgrund av ovan bör regeringen tillsätta en utredning om ett nationellt styrdokument för hälso- och sjukvården som särskilt betonar genus och vikten av jämställd hälso- och sjukvård. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

5 Jämställdhetsbudgetering

Jämställdhetsbudgetering betyder att ansvariga för budgetar åtar sig att analysera föreslagna reformer och politik ur ett genus- och jämställdhetsperspektiv. Det innebär att en analys över vart de offentliga resurserna går ska göras och är ett effektivt sätt att

blottlägga eventuella skillnader i satsningar och hur resursfördelningen ser ut mellan t.ex. de offentliga utgifterna för män respektive kvinnors behov och prioriteringar. Budgetar gör ofta anspråk på att vara könsneutrala men en inneboende egenskap i en budget är ju att den fördelar en begränsad mängd resurser och då är det intressant att kunna följa upp hur fördelningen sett ut. Vidare leder metoden till större kunskap om vilka effekter för jämställdheten en budget har och det blir enklare att stämna av jämställdhetspolitiska mål mot budgetens reella effekter och förslag.

Jämställdhetsbudgetering är ingen speciellt ny företeelse och Sverige har, i Beijing Platform for Action, slutdokumentet från FN:s kvinnokommission 1995, i likhet med ett antal andra länder förbundit sig att införa ett jämställdhetsperspektiv i de offentliga budgetarna: ”En budget ska ha ett konsekvent, synligt och genomarbetat könsperspektiv som gör det möjligt att säkra en utveckling till en jämställd värld”. Regeringen har tagit välkomna steg beträffande sådan jämställdhetsbudgetering och Vänsterpartiet förutsätter att arbetet fortsätter och att det utvecklas.

6 Nationell uppföljning av vårdtillgång/kvalitet

Kvinnor drabbas av fler kvalitetsbrister i vården: färre kvinnor vårdas på strokeenhet, fler kvinnor omopereras vid tjocktarmscancer, fler kvinnor klagar på vården. Dessa skillnader minskar inte över tid och är en oacceptabel utveckling. Kön och genus ska inte avgöra kvaliteten på den vård som ges. I Sverige är det huvudsakligen Socialstyrelsen som är den myndighet som ansvarar för uppföljning av både vårdens tillgänglighet och kvalitet. Socialstyrelsen samarbetar givetvis med flertalet andra myndigheter. Socialstyrelsen arbetar också med att vårdens huvudmän ska bedriva systematiskt kvalitetsarbete och redovisa resultat från detta. I Socialstyrelsens rapport ”Ojämn villkor för hälsa och vård” påvisas ett flertal faktorer som påverkar hälso- och sjukvården och de parametrar som bestämmer skillnader i vården. Skillnader kan iaktas både bland geografiska platser, män och kvinnor och socioekonomiska grupper. Vidare kan det finnas skillnader i vilken vård som ges och resultatet av den vården. För att kunna analysera sådana skillnader och utveckla jämställdhetsarbetet inom hälso- och sjukvården är det viktigt att jämförelser görs. De öppna jämförelser som Socialstyrelsen redovisar är ett bra verktyg för att kunna göra just jämförelser men det innebär att det är egenjämförelser som måste göras. Det finns alltså inga sammanställningar med genusanalyser av resultaten. Ofta beskrivs resultaten snarare än analyseras vilket är till väldigt måttlig hjälp för en ökad förståelse av genusaspekters inverkan på vårdtillgång och kvalitet. I nuläget har inte heller Socialstyrelsen något uttalat uppdrag att genomföra genusanalyser på insamlade data i de nationella registren. Mot bakgrund av detta bör regeringen ge Socialstyrelsen i uppdrag att analysera statistik med ett genusperspektiv. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

7 Integrering av genusperspektivet i sjukvårdens alla led

För att män och kvinnor ska få lika bemötande, tillgång till vård och kvalitet på vård krävs en medvetenhet om de förtryckande strukturer som genomsyrar samhället, det vi kallar könsmaktsordningen. Vårdpersonal har därför en viktig roll att spela i arbetet för

en jämställd vård. I underlaget till Jämställdhetsutredningen på tema hälsa redogörs för vilket arbete landstingen gjort med jämställdhets- och/eller könsperspektiv på utbildningen och det framkommer att allt fler landsting erbjuder sådana utbildningar vilket är positivt. Mellan åren 2009 och 2013 gjorde Sveriges kommuner och landsting, SKL, en satsning för att främja likvärdig kvalitet. Avsikten var att utveckla sätt att arbeta och metoder inom vård och omsorg. Satsningen föll väl ut men det konstaterades också att det för att nå långsiktiga effekter behövs nationell samordning och styrning av jämställdhetsarbetet. Också Läkarförbundet påpekar att hur genus beaktas eller inte beaktas spelar roll och att höja kompetensen på området skapar en förståelse för genus inverkan på både rollen som läkare organisatoriskt men också i relationen patient–läkare. Staten bör ta rollen som nationell samordnare och styra hälso- och sjukvårdens utbildningar i en genusanalytisk riktning. Regeringen bör därför tillsätta en utredning med uppdraget att se över hur genus behandlas i de nationella vårdutbildningarna. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

8 Mannen som norm

I könsmaktsordningen ingår att män är normen för det allmänmänskliga och hälso- och sjukvården är inget undantag – också här är män utgångspunkten för utformningen av medicinering, metoder, bemötande, osv. Professor Kristina Alexanderson vid Institutionen för klinisk neurovetenskap på Karolinska institutet citeras i SKL:s rapport ”(O)jämställdhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt” och slår fast att: ”Den medicinska kunskapsbasen om män, mäns kroppar och mäns sjukdomar är större än den om kvinnor”. Detta kombinerat med information från Socialstyrelsen om att det föreligger oskäligen skillnader i fråga om i vilken omfattning kvinnor och män får behandling är oroväckande. Exempelvis finns påvisade betydande variationer avseende behandling med pacemaker vid hjärtsvikt samt implanterbar defibrillator vid hjärtrytmrubbningar och att behandlingarna är tre gånger vanligare hos män än hos kvinnor. I enskilda landsting är könsskillnaderna ännu större och tillsammans tecknar detta en bild av en icke jämställd vård där hänsyn till kön tas i väldigt liten eller ingen utsträckning. Vidare kan kvinnor och män reagera på olika sätt på läkemedel. De allra flesta kliniska läkemedelsstudier, och även andra studier inklusive basalforskningen, görs på män och endast några procent av stamcellerna är av honkön. Som exempel kan nämnas forskning inom smärta där 97 procent av de djurexperimentella försöken utförs på handjur trots att kvinnor är överrepresenterade inom smärtdiagnoser och följaktligen målgruppen. Dessutom saknas fortfarande helt köns- och genusanalyser av de kliniska studiernas resultat. Könsskillnader bör beaktas i forskning inom hälso- och sjukvård eftersom kön kan påverka såväl riskfaktorer som reaktioner på medicinering och prognoser.

Läkemedelsförskrivning är ett ytterligare område där det finns oskäligen skillnader mellan män och kvinnor. Kvinnor rapporterar oftare att de drabbats av biverkningar och är också överrepresenterade i den läkemedelsrelaterade dödligheten. Socialstyrelsen menar att ”dosering och behandlingsrekommendationer grundas på studier på medelålders män” vilket Vänsterpartiet tycker är problematiskt. Män ordineras oftare receptbelagd medicin medan kvinnor ofta hänvisas till receptfria alternativ. Mot bakgrund av detta bör regeringen tillsätta en utredning för att se över hur köns- och

genusaspekter beaktas i medicinsk forskning. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

9 Läkemedelsförskrivning till flickor och unga kvinnor

Ungefär var tredje kvinna drabbas någon gång i livet av en ångestsjukdom och ångestsjukdomar är mellan två och tre gånger så vanliga hos kvinnor som hos män. Andelen flickor som drabbas av psykisk ohälsa i tonåren ökar och psykisk ohälsa är också generellt den vanligaste sjukskrivningsorsaken bland vuxna i Sverige i dag. Enligt SCB låg andelen unga i åldrarna 16–24 år med sömnproblem, oro eller ångest under 1980-talet på nivån 7–8 procent. Sedan dess har andelen stigit till över 20 procent. Vänsterpartiet har tillsammans med regeringen genomfört satsningar för att främja ungas psykiska hälsa och genom dessa satsningar kan ungdomsmottagningarna ha generösare öppettider samtidigt som tillskottet av medel kan användas till att stimulera nya initiativ såsom självinläggningsprojekt och inom första linjens psykiatri. Det har varit viktiga och välkomna steg att ta i arbetet med att bygga ut välfärden men arbetet måste fortsätta.

Statistik visar att kvinnor förskrivs mer antidepressiva läkemedel och sömnmedel än män och det kan också fastställas att det skett en ökning i åldern 15–29 år där antalet kvinnor som äter antidepressiv medicin ökar. Studier visar att unga som får ångestdämpande läkemedel löper en upp till tolv gånger större risk att hamna i missbruk jämfört med dem som inte fått medicin förskrivna.

Det är viktigt att professionen får styra vilken medicinering och vård som är lämplig men det är också viktigt att utreda om det finns någon annan bakgrund till att flickor och unga kvinnor oftare hänvisas till medicinering än pojkar och unga män. Mot bakgrund av det bör regeringen initiera en utredning av läkemedelsförskrivningen till unga med ett genusanalytiskt uppdrag. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

10 Gynekologisk cancer

Med samlingsbegreppet gynekologisk cancer avses cancer i de kvinnliga könsorganen och inkluderar därför äggstockar, äggledare, livmoder, livmoderhals, slida och blygdläppar. Cancerformen livmoderkroppscancer är den tredje vanligaste cancerformen för kvinnor. Program för screening, s.k. cellprover, har varit en väsentlig del av att livmodercancer dock minskar. Cellprovtagning gör att tidiga cellförändringar kan upptäckas och behandlas redan innan de utvecklats till cancer i livmoderhalsen. Det är också dokumenterat att de kvinnor som regelbundet deltar i screeningprogrammet för gynekologisk cellprovtagning sänker sin risk för livmoderhalscancer med cirka 90 procent. I nuläget är det 4 av Sveriges 21 landsting som erbjuder kvinnor cellprovtagning kostnadsfritt. Det är inte rimligt att preventiv vård av detta slag är behäftad med kostnader och statistik visar också att patientavgifter, oavsett hur ”låga”, har en negativ inverkan på deltagandet. Mot bakgrund av detta bör regeringen utreda avgifternas koppling till benägenheten att gå och testa sig vad gäller gynekologisk

screening för gruppen kvinnor upp till 60 års ålder. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

11 Avgiftsbefriad mammografi utan övre åldersgräns

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen bland kvinnor i västvärlden och ökar dessutom. Totalt ställs omkring drygt 61 000 cancerdiagnoser varje år i Sverige. Av dessa är över 9 000 bröstcancerdiagnoser. Till skillnad från många andra cancerformer är bröstcancer vanlig redan i 50–60-årsåldern och förekommer även hos kvinnor som är yngre än så. Cirka 80 procent av alla som får en bröstcancerdiagnos är över 50 år. Samtidigt som bröstcancer blir vanligare, ökar chansen att överleva sjukdomen. Att allt fler kan botas anses framför allt bero på förbättrad behandling och mammografikontrollerna som gör att bröstcancer upptäcks tidigare. Ungefär hälften av alla fall av bröstcancer upptäcks vid screening med mammografi och tre fjärdedelar av tumörerna upptäcks hos kvinnor 55 år eller äldre. Två av tre fall i ålderskategorin 40–74 år upptäcks tack vare screening. Vänsterpartiet har tillsammans med regeringen infört avgiftsfri mammografi i hela landet för kvinnor mellan 40 och 74 år. Åldersgränsen är baserad på Socialstyrelsens rekommendationer om åldersgränser. Mot bakgrund av att medellivslängden ökat och flertalet av de förändringar som hittas bland de äldre kvinnorna är just cancer som behöver behandlas kan det finnas skäl att se över rekommendationerna. Under år 2014 insjuknade över 2 000 kvinnor över 74 års ålder i bröstcancer vilket utgör 20 procent av de insjuknade kvinnorna det året. Mot bakgrund av detta bör regeringen uppdra åt lämplig myndighet att se över rekommendationerna kring den övre åldersgränsen beträffande screening för bröstcancer. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

12 Förlossningsvården

I Sverige föds ungefär 110 000–115 000 barn per år och 80 procent av dessa barn kommer till världen genom en vaginal förlossning. Förlossningsskador har registrerats sedan början på 1970-talet. I Socialstyrelsens rapport Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn har andelen kvinnor med allvarliga bristningar varit relativt konstant över tid men stora regionala skillnader föreligger och Sverige har halkat efter i de internationella jämförelserna och ligger nu relativt högt i statistiken över förlossningsskador. Enligt OECD skadas ungefär 11 procent av kvinnorna i Sverige vid en förlossning med instrument – motsvarande siffra i exempelvis Polen och Israel är 0,5 respektive 1,3 procent. Dessutom drabbas 3 500–4 000 kvinnor per år av sfinkterruptur vid sin förlossning, vilket innebär att samtliga lider av underlivet brustit. Vidare lider så många som 50 procent av de kvinnor som fött barn vaginalt av någon typ av problem såsom urininkontinens, framfallsbesvär, avföringsläckage och problem med sexlivet.

Vänsterpartiet känner till och välkomnar att regeringen har gett myndigheten Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) i uppdrag att bl.a. tillgängliggöra kunskap om metoder som minskar komplikationer och skador i förlossningsvården. SBU redovisade att skador hos den födande kvinnan, såsom allvarliga bristningar, är

underdiagnostiserade i förlossningsvården. Rapporten från SBU visar bl.a. att det saknas kunskap generellt om behandling av förlossningsskador hos kvinnan. Vidare har Vänsterpartiet tillsammans med regeringen genomfört en satsning på förstärkt förlossningsvård om 200 miljoner kronor 2015 och därefter 400 miljoner kronor per år. Dessa satsningar behöver kompletteras med en utredning om förlossningsskador och nationella riktlinjer för skadefri förlossning. Regeringen bör tillsätta en sådan utredning. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

Jonas Sjöstedt (V)

Jens Holm (V)

Linda Snecker (V)

Karin Rågsjö (V)

Maj Karlsson (V)

Mia Sydow Mölleby (V)