

# Tuberkulosvård från ett Genusperspektiv: Studier från Vietnam, Indien och Kina

Grethe Fochsen och Biao Xu

I artikeln redogörs för studier om tuberkulosvården i Vietnam, Indien och Kina. Vi har fokuserat på hur genusaspekter påverkar olika skeenden av tbc-sjukdomen, från det att symptom uppstår till att patienten söker vård, diagnostiseras, behandlas samt tiden efter tillfrisknandet. Studierna gav inga klara svar vad gäller skillnader mellan män och kvinnor. I Vietnam framkom tydliga könsskillnader i vårdsökande och tillgång till tuberkulossjukvård, medan i Kina och Indien var resultaten inte lika entydiga. Sammanfattningsvis diskuteras dessa skillnader i förhållande till andra studier, förslag ges till vidare forskning.

Grethe Fochsen, Sjuksköterska och Magister i Folkhälsovetenskap (MPH), är doktorand på IHCAR.

Biao Xu, Med dr, är epidemiolog och professor vid Fudan Universitet, Shanghai, Kina. Hon disputerade 2006 vid IHCAR med avhandlingen "Access to tuberculosis care in rural China - comparing the impact of alternative control projects".

Kontaktinfo: grethe.fochsen@ki.se

## Inledning

Varje år inträffar nästan 9 miljoner nya fall av tuberkulos (tbc). Även om effektiva mediciner finns, beräknas cirka 1.7 miljoner dö årligen vilket motsvarar närmare 3 % av den totala globala dödligheten.<sup>1</sup> Av alla dödsfall bland kvinnor år 2002 berodde 2 % på tbc, vilket innebär att fler kvinnor dog av tbc än av mödradödlighet och bröstcancer.<sup>2</sup>

I början på 1990-talet lanserade Världshälsoorganisationen en global strategi, kallad DOTS (*Direct Observed Treatment-Short course*), för att minska sjukligheten och dödligheten av tbc. Förutom övervakning av patienten vid själva medicineringen, omfattar DOTS även en diagnostik baserad på sputum-mikroskopi bland patienter

som självmant söker vård, standardiserad antibiotikabehandling samt ett tydligt rapporteringssystem. Målsättningen är att diagnostisera 70 % av alla infektiösa fall samt bota 85 % av dessa.<sup>1</sup> Svårigheterna att nå dessa mål och därmed minska förekomsten av tuberkulos har debatterats bland forskare,<sup>3</sup> och en bidragande faktor till att incidensen inte minskar är den pågående HIV-epidemin, framförallt i Afrika söder om Sahara.<sup>4a</sup>

Ett annat problem är att DOTS inte når ut till sårbara grupper i samhället som löper störst risk att insjukna i tbc. Felaktiga diagnostiseringar förekommer dessutom på offentliga vårdinrättningar som erbjuder DOTS, och det finns en stor privat vårdsektor i

många länder som möjligtvis diagnostiserar men inte rapporterar fallen.<sup>3</sup> Till detta tillkommer att direktmikroskopi är en ganska okänslig metod för att diagnostisera alla former för tbc.<sup>5</sup>

I ett globalt perspektiv är endast en tredjedel av de anmälda tuberkulosfall kvinnor, men siffrorna varierar beroende på bland annat ålder och HIV-prevalensen i olika länder. Bland barn är till exempel förekomsten av tbc högre bland flickor än bland pojkar. I länder med hög prevalens av HIV (framförallt i Afrika), löper unga kvinnor större risk än unga män att smittas med HIV, vilket i sin tur innebär att fler kvinnor än män i ung ålder insjuknar i tbc.<sup>1,2,6</sup>

Den officiella statistiken omfattar endast de som aktivt söker vård. De relativt högre rapporteringssiffrorna bland män överlag har därför väckt frågan huruvida det handlar om en faktisk skillnad i tbc-incidensen eller en underdiagnostisering av kvinnliga fall. Studier som undersökt orsaker till en eventuell underdiagnostisering av kvinnor i låginkomstländer har visat att kvinnor oftare än män söker vård från privata eller utbildade vårdgivare som sällan erbjuder korrekt di-

agnostik och behandling.<sup>7</sup> Kvinnor verkar dessutom bli undersökt med direktmikroskopi i mindre utsträckning än män<sup>8</sup>, och det finns även indikationer på att metoden är mindre känslig för att upptäcka tbc hos kvinnor av biologiska skäl.<sup>9</sup> Tuberkulosvården kompliceras ytterligare av att sjukdomen är nära förknippad med socialt stigma, vilket hindrar många från att söka vård i rädsla för de sociala konsekvenserna det innebär att bli identifierad som tbc-sjuk.<sup>10,11</sup> Kvinnor i synnerhet har visat sig vara utsatta för detta.

I den här artikeln kommer vi att redogöra för studier som forskare vid IHC har gjort i olika landsbygdskommuner i Vietnam, Indien och Kina. I dessa studier har genusaspekter analyserats i olika skeenden av tbc-sjukdomen, från det att symptom uppstår till att patienten söker vård, diagnostiseras, behandlas samt tiden efter tillfrisknandet. Genus ska här förstås som ett perspektiv snarare än en biologisk faktor, där innebörden av att vara kvinna eller man konstrueras i ett samspel mellan såväl biologiska som sociokulturella aspekter i ett visst politiskt och historiskt sammanhang (Ruta 1).

#### Ruta 1. Kön och Genus

”Kön” avser biologiska skillnader mellan män och kvinnor medan ”genus” definierar sociala och kulturella aspekter av det att vara kvinna eller man. Gränsen mellan det biologiskt definierade könet och det socialt konstruerade könet är emellertid flytande, och kön och genus bör därför inte ses som två motsatser utan snarare som olika dimensioner som ständigt interagerar med varandra. Relaterad till tuberkulos kan riskfaktorer som påverkar utvecklingen från infektion till sjukdom belysa detta samspel.

Tuberkulosbacillen är en nödvändig orsak för att sjukdomen ska utvecklas, men endast ett fåtal av dem som blir infekterade utvecklar tbc (givet en låg HIV-prevalens). Här spelar en mängd olika riskfaktorer in som till exempel alkoholkonsumtion, rökning och dålig nutrition, vilka påverkar kroppen negativt genom att bland annat sänka immunförsvaret. Dessa faktorer är dock djupt förankrade i sociala och kulturella normer kring kvinnors och mäns roller, status och beteenden. En riskfaktoranalys måste därför också inbegripa dessa aspekter.

## Tuberkulosprogram i Vietnam, Indien och Kina

Det nationella tuberkulosprogrammet i Vietnam tillämpar DOTS över hela landet, och har uppmärksammats för goda resultat med avseende på antalet diagnostiserade och botade fall. Indien tillhör det land i världen med den högsta bördan av tbc och står för nästan 1/3 av samtliga fall som rapporteras. I likhet med Vietnam har Indien introducerat DOTS, men trots en storskalig implementering de senaste 10 åren beräknar man att endast hälften av de infektiösa fallen upptäcks.<sup>1</sup> Näst efter Indien har Kina den högsta bördan av tuberkulos i världen. Även här har DOTS funnits sedan början på 90-talet och omfattar mer än 90 % av den kinesiska befolkningen, men enligt beräkningar är det fortfarande bara 60 % av de infektiösa fallen i landet som diagnostiseras.<sup>1</sup> Förhållandet mellan anmälda kvinnliga och manliga fall i dessa tre länder är ungefärdetsamma som den globala statistiken visar, dvs. en tredjedel kvinnor och två tredjedelar män.

### Skillnader i diagnostisering och vårdsökande mellan män och kvinnor

I en befolkningsbaserad studie i Vietnam undersöktes frågan om en eventuell underdiagnostik av kvinnor närmare genom att identifiera personer med långvarig hosta (Världshälsoorganisationens kriterium för att utföra tbc-diagnostik). Dessa personer diagnostiserades sedan med direktmikroskopi och lungröntgen.<sup>12</sup> Resultaten visade att tbc-förekomsten var likartad

för män och kvinnor. När antalet aktivt screenade tbc-fall jämfördes med det nationella tuberkulosprogrammets statistik som endast omfattar fall som självmant sökt vård, påvisades en underdiagnostik av både män och kvinnor. För kvinnor var dock denna underdiagnostik mer påtaglig.

De kvinnor som identifierades med hosta i studien visade sig ha sökt vård oftare än männen, men de valde att gå till vårdgivare med lägre kompetens samt rapporterade lägre kostnad per besök.<sup>13</sup> Ett liknande mönster framkom i en kvalitativ studie bland tbc-patienter i Vietnam.<sup>14</sup> Kvinnorna besökte inledningsvis privata vårdgivare eller tog medicin på egen hand innan de sökte sig till den offentliga sjukvården. Männen, å andra sidan, tenderade att ignorera symptomen till ett sent skede av sjukdomen, men när de väl sökte vård gick de direkt till den offentliga sjukvården. Kvinnorna beskrev rädsla för social isolering, dåligt mottagande samt attityder bland vårdpersonal som betydelsefulla faktorer när de sökte vård, medan männen i högre grad oroade sig för kostnader i samband med diagnostisering och behandling av sjukdomen.

I en befolkningsbaserad studie på den indiska landsbygden tillfrågades personer med långvarig hosta om vilken typ av vård de sökte för sina symptom.<sup>15</sup> Resultaten visade att 70 % gick först till en privat vårdgivare, medan endast 23 % sökte offentlig sjukvård. Till skillnad från Vietnam fann vi inga skillnader i vårdsökande mellan män och kvinnor. En möjlig förklaring till detta kan vara att tillgången till privata vårdgivare är stor

i de flesta indiska byar, vilket gör det enklare för kvinnor att söka vård. Därremot vet vi att många vårdgivare på landsbygden inte har någon formell medicinsk utbildning, vilket innebär en ökad risk för felaktiga diagnoser och behandlingar för både män och kvinnor när de söker vård i den privata sektorn.

Alla med långvarig hosta ska enligt världshälsoorganisationens rekommendationer undersökas med direktmikroskopi, och en indikator på hur väl DOTS fungerar är att titta på i vilken grad detta görs. I ovannämnda studie från Indien, fann vi att endast 5 % av alla besök till en privat vårdgivare resulterade i undersökning med mikroskopi, medan motsvarande siffra för offentliga vårdgivare var något högre, 27 %.<sup>15</sup> En bidragande orsak till dessa låga siffror kan relateras till bristen på faciliteter som erbjuder diagnostik i studieområdet, vilket är ett vanligt problem i många landsbygdsdistrikt i Indien. Ett annat problem kan vara bristande kunskap bland sjukvårdspersonal om vilka rekommendationer som gäller samt svårigheter i att identifiera tbc-symptom. I en kvalitativ studie i Kina beskrev vårdpersonalen bland annat hur långvarig hosta förväxlades med vanlig snuva eller andra lungsjukdomar som till exempel bronkit.<sup>16</sup> Tbc-symptomen kan dessutom se olika ut hos män och kvinnor. Long visade i en studie från Vietnam att män rapporterade långvarig hosta samt upphostningar med sputum eller blod oftare än kvinnor, och just förekomsten av dessa symptom resulterade i en snabbare diagnos när patienten sökte sjukhusvård.<sup>17</sup> Skillnader

i hur män och kvinnor rapporterar symptom kan även tolkas i förhållande till stigma. Tbc är nära förknippad med rädsla och social skam, och ett symptom som hosta är för många människor ett illavarslande tecken på tbc. Detta kan leda till att patienten väljer att undanhålla information för sin omgivning, men kan även medföra ett förnekande hos patienten som därmed avböjer helt från att söka vård. Enligt diskussioner i fokusgrupper med vietnamesiska män och kvinnor var rädslan för de sociala konsekvenserna i samband med tbc ett särskilt problem för kvinnorna.<sup>18</sup> Rädslan handlade bland annat om att inte bli gift eller om att bli övergiven av sin man, vilket i ett större perspektiv illustrerar många kvinnors sociala och ekonomiska beroendeställning till män i det vietnamesiska samhället.

## Mötet med sjukvården

I en sjukhusbaserad studie i Vietnam visade det sig att kvinnliga tbc-patienter i genomsnitt diagnostiserades 2 veckor senare än män, en fördröjning som visade sig bero på vårdgivaren och inte på patienten.<sup>19</sup> En intressant fråga är således vad som händer när patienter kommer till de olika vårdinrättningarna. Vad är det som gör att framförallt kvinnor inte erbjuds diagnostik och behandling? En kvalitativ studie bland vietnamesiska läkare undersökte möjliga förklaringar till detta och fann att läkarna styrdes av en jämställdhetsprincip i patientkonsultationen, vilket resulterade i att män och kvinnor behandlades utan hänsyn till deras specifika behov.<sup>20</sup> Sammanfattningsvis betonar studien

vikten av att mötet mellan läkare och patient grundar sig på en medvetenhet om kvinnors och mäns specifika behov i diagnostisering och behandling av tbc snarare än en strävan efter att behandla män och kvinnor exakt likadant. Relationen mellan tbc-patienter och läkare i den vietnamesiska kulturen har vidare beskrivits som ett möte kännetecknad av dålig kommunikation samt brist på förtroende och tillit. Manliga läkare i synnerhet upplevde svårigheter i bemötandet av kvinnliga patienter.<sup>21</sup>

Studierna från Vietnam inspirerade oss att titta närmare på hur mötet mellan vårdgivare och patienter i det indiska samhället såg ut. I en kvalitativ intervjustudie berättade privata och offentliga vårdgivare i ett landsbygdsdistrikt om hur de upplevde mötet med sina patienter.<sup>22</sup> Analysen visade att detta möte ofta utgick från läkarnas villkor där patienterna ansågs vara mycket okunniga om sin egen hälsa och vad som var bäst för dem. Detta förhållningssätt förstärktes ytterligare i mötet med kvinnliga patienter som ofta beskrevs som tystlåtna eller oförmögna att redogöra för sina problem. Den konkurrensinriktade sjukvårdsmarknaden i området innebar emellertid att de privata läkarna strävade efter att ge vård enligt patienternas villkor och önskemål för att kunna behålla dem som kunder. Dessa olika förhållningssätt kan ge en möjlig förklaring till varför den privata sektorn är så populär i Indien trots att det nationella tuberkulosprogrammet erbjuder gratis diagnostik och behandling. Programmet har en starkt toppstyrd organisation där kontroll av riktlinjer

och resultat ofta prioriteras framför ett bemötande på patienternas villkor. Det auktoritära förhållningssättet som många läkare i vår studie verkade anamma kan således bli ännu tydligare i ett program som DOTS. I den privata sektorn tenderade den auktoritära attityden urholkas, men samtidigt blev patientens förmåga att betala för vården avgörande. Detta aktualiserar frågan om hur socioekonomiska faktorer förhåller sig till genus.

### Genus och socioekonomiska aspekter

Genusaspekter kan inte ses som en isolerad faktor utan andra faktorer som exempelvis etnicitet, klass/kast och socioekonomisk status påverkar också möjligheterna för män och kvinnor att få god vård. Fattigdom i synnerhet har uppmärksammats som en riskfaktor för tbc samt en avgörande faktor för hur patienter söker vård. Det är dessutom ofta kvinnor som löper störst risk att drabbas negativt i fattiga områden.<sup>23</sup> I en ny avhandling visar Xu på vikten av socioekonomiska aspekter i tillgången till tuberkulosvård på den kinesiska landsbygden.<sup>24</sup> I avhandlingen jämfördes en region med subventionerad tuberkulosvård (DOTS) med en region där alla kostnader för diagnos och behandling betalades av patienterna själva. Resultaten visade ganska överraskande att den ekonomiska bördan för patienterna var lika tung i båda regionerna.<sup>25</sup> Medan patienterna i området utan subventionerad vård hade högre kostnader i samband med diagnostisering och behandling, visade det sig att kostnaderna förflyttats till före diagnosen

i området med subventionerad vård. En bidragande förklaring till de höga kostnaderna före diagnostiseringen var det centraliserade sjukvårdssystemet i området där tuberkulosdiagnostik endast utfördes på smittskyddsinstitutet som låg i regionens huvudort. Ett sådant system ansågs säkerställa kvaliteten på diagnostiken och behandlingen, men samtidigt skedde det på bekostnad av patienternas tillgång till vård både från ett geografiskt och ekonomiskt perspektiv. Det var också tydligt att just patienter från lägre socioekonomiska grupper dröjde med att söka vård, och att de ofta föredrog kliniker som fanns lättillgängliga i byarna.<sup>26</sup>

I dessa studier framkom ingen skillnad mellan män och kvinnor. Studierna omfattade dock endast de som sökt vård på sjukhus, vilket kan ha lett till att sårbara grupper med sämre tillgång till vård (däribland kvinnor) kan ha uteslutits. I fokusgrupper med vårdpersonal och tuberkulospatienter framkom det däremot tydligt att kvinnor var tveksamma till att söka vård på grund av oro för familjens ekonomiska situation, och när de sökte vård gick de ofta till de små privata klinikerna i byarna.<sup>16</sup> Tveksamheten att söka vård visade sig bottsna i mäns och kvinnors specifika roller och status i familjen och samhället. Männen var inkomstbringande och deras hälsa och välbefinnande ansågs därför ha en högre prioritet. Införlivade kulturella och sociala normer spelade också en viktig roll, vilket bland annat kom till uttryck i kvinnors sätt att uthärda symptom utan att beklaga sig.

## Sammanfattande diskussion

Studierna i Vietnam, Indien och Kina gav inga entydiga svar vad gäller skillnader mellan män och kvinnor i tillgång till tuberkulosvården. Detta gäller även för forskningsresultat från andra länder. Underrapportering av kvinnor har till exempel påvisats i en studie från Nepal,<sup>27</sup> medan andra resultat antyder att könsskillnader som redovisas i den officiella statistiken speglar en faktisk skillnad i incidens och inte bristande tillgång till vård för kvinnor.<sup>28</sup> En studie från Indien har vidare visat att det är män, och inte kvinnor, som har sämre möjligheter att få DOTS, eftersom kvinnor i större utsträckning söker sig till de offentliga klinikerna i samband med graviditet och vård av sjukt barn.<sup>29</sup> Svårigheter att jämföra resultat från olika länder kan delvis bero på metodologiska skillnader och problem i de olika studierna. En annan viktig orsak kan relateras till hur genusstudier bör tolkas och förstås. Eftersom genus är nära förknippad med den sociala och kulturella kontexten som studierna utförs i, är det mer väntat än oväntat att resultaten skiljer sig åt. Som påpekats ovan, är inte genus en ensam avgörande aspekt utan det handlar också om ett ständigt samspel mellan en mängd andra faktorer som till exempel socioekonomi, religion, etnicitet, klass, kast, ålder, för att nämna några få.

Hur sjukvårdssystemet är utformat spelar också en avgörande roll. Tillgången till vård för både män och kvinnor ökar världen över, och i de studier som diskuterats här sökte majoriteten av både män och kvinnor



någon form av vård. Frågan handlar därför snarare om hur vårdkvaliteten kan säkerställas samt hur den snabbt växande privata sektorn kan utnyttjas bättre. Vikten av att etablera samarbete mellan den offentliga och privata sjukvårdssektorn har uppmärksammats,<sup>30</sup> men i dagsläget sker detta fortfarande i liten utsträckning och genusaspekter inkluderas sällan. För att utveckla ett hållbart samarbete mellan sjukvårdssektorerna är det därför nödvändigt med fortsatt forskning där man tar hänsyn till vad som är utmärkande för mäns och kvinnors vårdsökande från ett geografiskt, ekonomiskt och kulturellt perspektiv.

Vi vet dessutom fortfarande mycket lite om hur könsskillnader i vårdkvaliteten ser ut i länder med hög tuberkulosförekomst. Studierna från Vietnam, Indien och Kina visar en tydlig brist på patientcentrerad vård, på såväl en strukturell (långa resvägar, höga kostnader), medicinsk (förseningar i diagnostisering) som mellanmännisklig nivå (bemötande och kommunikation). En av utmaningarna i den fortsatta etableringen och utvecklingen av DOTS blir således att ändra fokus från dagens programorienterade vård till en mer patientcentrerad ansats med utgångspunkt i mäns och kvinnors specifika livssituation. Forskning om exempelvis hur patienter och vårdgivare upplever värden och det medicinska mötet kan bidra med ny kunskap i ett sådant sammanhang.

## Referenser

1. WHO, Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2006. World Health Organization: Geneva.
2. WHO, Gender in Tuberculosis Research. 2004,

Department of Gender, Women and Health: Geneva.

3. Dye C, Watt C J, Bleed D. Low access to a highly effective therapy: A challenge for international tuberculosis control. *Bull World Health Organ* 2002; 80(6): 437-44.
4. Corbett E L, Watt C J, Walker N, et al. The growing burden of tuberculosis: Global trends and interactions with the HIV epidemic. *Arch Intern Med* 2003; 163(9): 1009-21.
5. Perkins M D. New diagnostic tools for tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4(12) Suppl 2: 182-8.
6. WHO, Gender and Tuberculosis. 2002, Department of Gender, Women and Health: Geneva.
7. Yamasaki-Nakagawa M, Ozasa K, Yamada N, et al. Gender difference in delays to diagnosis and health care seeking behaviour in a rural area of Nepal. *Int J Tuberc Lung Dis* 2001; 5(1): 24-31.
8. Begum V, de Colombani P, Das Gupta S, et al. Tuberculosis and patient gender in Bangladesh: Sex differences in diagnosis and treatment outcome. *Int J Tuberc Lung Dis* 2001; 5(7): 604-10.
9. Thorson A, Diwan V K. Gender inequalities in tuberculosis: Aspects of infection, notification rates, and compliance. *Curr Opin Pulm Med* 2001; 7(3): 165-9.
10. Chang B, Wu A W, Hansel N N, Diette G B. Quality of life in tuberculosis: A review of the English language literature. *Qual Life Res* 2004; 13(10): 1633-42.
11. Liefvooghe R, Baliddawa J B, Kipruto E M, Vermeire C, De Munynck A O. From their own perspective. A Kenyan community's perception of tuberculosis. *Trop Med Int Health* 1997; 2(8): 809-21.
12. Thorson A, Hoa N P, Long N H, Allebeck P, Diwan V K. Do women with tuberculosis have a lower likelihood of getting diagnosed? Prevalence and case detection of sputum smear positive pulmonary TB: A population-based study from Vietnam. *J Clin Epidemiol* 2004; 57(4): 398-402.
13. Thorson A, Hoa N P, Long N H. Health-seeking behaviour of individuals with a cough of more than 3 weeks. *Lancet* 2000; 356: 1823-4.
14. Johansson E, Long N H, Diwan V K, Winkvist A. Gender and tuberculosis control: Perspectives on health seeking behaviour among men and women in Vietnam. *Health Policy* 2000; 52(1): 33-51.
15. Fochsen G, Deshpande K, Mishra A, Diwan V, Diwan V K, Thorson A. Health care seeking among individuals with cough and Tuberculosis: A population based study from Ujjain district, India. *Int J Tuberc Lung Dis* (In Press).
16. Xu B, Fochsen G, Xiu Y, Thorson A, Kemp J R, Jiang Q W. Perceptions and experiences of health care seeking and access to TB care-

- A qualitative study in rural Jiangsu Province, China. *Health Policy* 2004; 69(2): 139-49.
17. Long N H, Diwan V K, Winkvist A. Difference in symptoms suggesting pulmonary tuberculosis among men and women. *J Clin Epidemiol* 2002; 55(2): 115-20.
  18. Long N H, Johansson E, Diwan V K, Winkvist A. Fear and social isolation as consequences of tuberculosis in Vietnam: A gender analysis. *Health Policy* 2001; 58(1): 69-81.
  19. Long N H, Johansson E, Lönnroth K, Eriksson B, Winkvist A, Diwan V K. Longer delays in tuberculosis diagnosis among women in Vietnam. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3(5): 388-93.
  20. Thorson A, Johansson E. Equality or equity in health care access: A qualitative study of doctors' explanations to a longer doctor's delay among female TB patients in Vietnam. *Health Policy* 2004; 68(1): 37-46.
  21. Johansson E, Winkvist A. Trust and transparency in human encounters in tuberculosis control: Lessons learned from Vietnam. *Qual Health Res* 2002; 12(4): 473-91.
  22. Fochsen G, Deshpande K, Thorson A. Power imbalance and consumerism in the doctor-patient relationship: Health care providers' experiences of patient encounters in a rural district in India. *Qual Health Res* (In Press).
  23. Hartigan P, Price J, Tolhurst R. Communicable Diseases: Outstanding Commitments to Gender and Poverty. In: *Engendering International Health. The Challenge of Equity*. Sen G, George A, Östlin P (eds). 2002, MIT Press: Cambridge.
  24. Xu B, Access to tuberculosis care in rural China - comparing the impact of alternative control projects. Dissertation. Division of International Health (IHCAR), Department of Public Health Sciences, Karolinska Institutet, 2006; Stockholm.
  25. Xu B, Dong H J, Zhao Q, Bogg L. DOTS in China-removing barriers or moving barriers. *Health Policy* (in Press)
  26. Xu B, Jiang Q W, Xiu Y, Diwan V K. Diagnostic delays in access to tuberculosis care in counties with or without the National Tuberculosis Control Programme in rural China. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9(7): 784-90.
  27. Cassels A, Heineman E, LeClerq S. Tuberculosis case-finding in Eastern Nepal. *Tubercle* 1982; 63: 173-185.
  28. Borgdorff M W, Nagelkerke N J, Dye C, Nunn P. Gender and tuberculosis: A comparison of prevalence surveys with notification data to explore sex differences in case detection. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4(2): 123-32.
  29. Balasubramanian R, Garg R, Santha T, et al. Gender disparities in tuberculosis: Report from a rural DOTS programme in South India. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004; 8(3): 323-32.
  30. Lönnroth K, Uplekar M, Arora V K, et al. Public-private mix for DOTS implementation: What makes it work? *Bull World Health Organ* 2004; 82(8): 580-6.

## Not

a En tredjedel av jordens befolkning bär på en vilande tbc-infektion, men endast 10 % beräknas bli sjuka under sin livstid. En samtidig infektion med HIV ökar emellertid risken att utveckla aktiv tbc till 10 % per år.

## Summary in English

### Tuberculosis care from a gender perspective: Findings from Vietnam, India and China.

This article accounts for and compares studies on TB and gender from Vietnam, India and China. The findings indicate multiple factors influencing health care seeking and access to TB care for men and women. Differences and similarities between the countries are discussed, and suggestions for further research within TB and gender are provided.

Keywords: Tuberculosis, health care, gender