

Har genus en roll i förskrivningen av läkemedel?

En genusanalys av läkemedelsanvändningen

Therese Kardakis

Normala mänskliga tillstånd har blivit behandlingsbara diagnoser på senare tid, det verkar dessutom som om läkare är mer benägna att skriva ut recept till kvinnor än till män. När man tänker på verkligheten utifrån könsstereotyper finns risken att överdriva små skillnader, eller att se skillnader där de inte finns. Syftet med studien var att se om läkemedelskonsumtionen skiljer sig mellan män och kvinnor vid likartade hälsobesvär. Resultatet visar att vid alla ohälsobesvär/symtom konsumerar kvinnor mer läkemedel än män. Ur ett genusperspektiv anses resultatet vara en följd av ett könsstereotypiskt tänkande hos receptförskrivarna. En hög läkemedelskonsumtionen medför konsekvenser för folkhälsan.

Therese Kardakis är MSc in Business and Economics, MPH. Hon arbetar på Statens folkhälsoinstitut på avdelningen för analys och uppföljning med hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Kontakt: Therese Kardakis, Statens folkhälsoinstitut, 83140 Östersund, E-mail: therese.kardakis@fhi.se

Introduktion

Det säljs läkemedel som aldrig förr och vi blir övertygade, genom bland annat reklam att "ett piller" för att känna oss bättre, för att slippa ha ont eller för att orka hela dagen, aldrig är fel. På senare tid har vi gjort om tidigare normala mänskliga problem/tillstånd till sjukdomar/diagnoser som kan (och bör) botas! Det är framför allt läkemedelsindustrin, den biotek-

nologiska tillväxten och konsumtions-samhället som fungerar som drivkrafter (Conrad 2007). Medikaliseringen av samhället legitimerar medicinsk behandling, inklusive farmakologisk behandling. Med medikalisering avses här tendensen att definiera tidigare icke-medicinska problem och tillstånd som medicinska (Janlert 2000).

Både män och kvinnor i det väster-

ländska samhället medikaliseras i högre utsträckning än tidigare, men det finns även studier som visar att kvinnor förskrivs relativt mer läkemedel än män. Det verkar som om läkare är mer benägna att skriva ut recept till kvinnor än till män, vilket framförallt har studerats vad gäller lugnande och antidepressiva medel (Socialstyrelsen 2004). Det finns andra studier som visar att vid kroniska smärttillstånd rapporterar kvinnor en större konsumtion av förskrivna smärtstillande och lugnande medel, även i utredning och behandling vid nacksmärtor var det vanligare med förskrivning av smärtstillande mediciner till kvinnor (Andersson, Ejlertsson et al. 1999; Hamberg, Risberg et al. 2002). Socialstyrelsen (2004) menar att ordination av läkemedel till kvinnor många gånger tycks vara bristfällig t.ex. ordinerar kvinnor oftare än män antipsykotiska medel utan dokumenterad psykosdiagnos. Vad kan denna relativt högre och bristfälliga förskrivning av läkemedel till kvinnor bero på?

Att tänka på verkligheten utifrån könsstereotyper innebär att se skillnader mellan män och kvinnor som inte finns eller att överdriva små skillnader (Risberg 2004). Ofta talar man som om biologiska skillnader direkt medför andra "naturliga" sociala och psykologiska skillnader t.ex. att män är starka, snabba, tekniskt skickliga, har stark sexualdrift, gillar sport, är aggressiva och rationella, medan kvinnor är bra på petgöra, är omvårdande, lättpåverkade, pratsamma och intuitiva. Stereotypitänkandet handlar även om hur mans- och kvinnokroppen bör se ut rent fysiskt (Connell 2003).

Vi skapar eller konstruerar genus i vår socialisering till samhällsmedborgare d.v.s. vi påverkas till att vilja vara könstypiska i handlingar, tankar och känslor, som sedan formas till vår identitet och genustillhörighet i samhället (Risberg 2004). Det innebär att vi både är subjekt och medskapare av ett livslångt återskapande av könsstereotyper.

Tendensen att förklara sociokulturella skillnader mellan kvinnor och män med biologiska orsaker kallas biologism (Wikipedia 2008). När man sedan kopplar biologiska skillnader som direkta anledningar till andra t.ex. psykologiska skillnader mellan män och kvinnor, kan det innebära att man medvetet eller omedvetet förnekar det socialt konstruerade könet d.v.s. genus. Den dikotomiserade genusymboliken är mycket stark i den västerländska kulturen och det är därför inte så konstigt att även forskare och läkare ser skillnader när de tänker på kön och genus (Connell 2003).

Inom medicinen tolkas delvis symptom och sjukdomar utifrån de dominerande föreställningarna om män respektive kvinnor (Bengs and Hammarström 2004; Smirthwaite and Sveriges kommuner och landsting 2007). Studier har visat att likartade besvär uppfattas som organiska hos män och psykosomatiska hos kvinnor (Smirthwaite and Sveriges kommuner och landsting 2007). Ända sedan förra seklet har genuskonstruktioner genomsyrat just kvinnors sjuklighet i mental ohälsa och Hammarström & Hensing (2008) menar att depression har skapats inom medicinen till en kvinnodominerad sjukdom (Jo-

hannisson 2005; Hammarström och Hensing 2008). Även i läkemedelsreklam befästs ofta könsstereotypier där kvinnor skildras som deprimerade, emotionella, beroende och passiva, medan män framhävs som hårt arbetande vilka behöver läkemedel för att orka arbeta (Socialstyrelsen 2004).

Omedvetenhet eller förnekande av genus samt föreställningar om kön kan leda till systematiska fel, eller bias, inom medicinen eftersom det färgar kunskap och förhållningssätt (Ruiz and Verbrugge 1997; Risberg 2004; Smirthwaite and Sveriges kommuner och landsting 2007).

Dessa felaktigheter kan avse olika områden i medicinen och kan gälla patienters utredning och behandling, men också medicinering. Ett ofta nämnt exempel i sammanhanget är allmänläkarfrågan i skrivningen för AT-läkarna (Risberg 2004). Där benämns hälften av fallen Sivert och i den andra hälften Siv, i övrigt är allt lika. Utrednings och behandlingsförslag för nackbesvär och magbesvär skiljde sig i många aspekter mellan Siv och Sivert, intressant att notera är att det föreslogs fler laboratorieprover till män vid nackbesvär och i bägge fall föreslogs mer psykofarmaka till kvinnliga patienter (Hamberg, Risberg et al. 2002). Det finns även andra studier som visar på ojämnt bemötande och tillgång till en korrekt och bra vård, kvinnliga patienter som inte lika snabbt blev remitterade till bronkoskopi som män och ineliggande kvinnliga patienter med hjärtinfarkt som inte fick tillgång till akut koronarutredning och trombolysbehandling i samma utsträckning som män

(Chapman, Tashkin et al. 2001; Risberg 2004). Omedvetenhet om genus ger upphov till problem även för män, där män med depression "missas" i vården eftersom det är en kvinnligt kodad sjukdom (Sandström and Johansson 2004).

Läkarna blir påverkade i sin socialisering precis som alla andra, men också av riktad läkemedelsreklam där studier visar att kvinnor skildras som deprimerade, beroende personer som behöver psykofarmaka (Socialstyrelsen 2004).

Syfte

Syftet med studien är att analysera om läkemedelskonsumtionen skiljer sig mellan kvinnor och män vid likartade symptom.

Folkhälsoutvecklingen i Sverige undersöks varje år med hjälp av en nationell folkhälsoenkät, där man mäter den självrapporterade hälsan. Det skulle vara intressant om man där skulle kunna hitta stöd för hypotesen att kvinnor har tillgång till/konsumerar relativt mer läkemedel i högre utsträckning än män vid samma symptom. Resultatet diskuteras med hjälp av teori kring könsstereotypier.

Material och metod

Data har använts från den Nationella Folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" 2006. Den Nationella Folkhälsoenkäten är en rikstäckande undersökning om folkhälsan i Sverige som utförs på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut i samarbete med vissa landsting/regioner och genomförs med hjälp av Statistiska centralbyrån.

År 2006 deltog totalt 56 889 personer i åldern 16-84 år i undersökningen

(FHI 2007). Urvalet gjordes obundet och slumpmässigt från registret över totalbefolkningen som består av alla folkbokförda i Sverige mellan 16-84 år. Enkäten skickades ut med post tillsammans med ett svarskuvert samt information om syftet med undersökningen och om sekretessen kring studien. Tre påminnelser skickades ut. Bortfallet var 34,5 %. Det partiella bortfallet, det vill säga att respondenterna inte svarade på alla frågor, medför en viss skevhet i resultaten och för att reducera denna har i dessa fall vikter beräknats med hjälp av kalibrering. (FHI 2006)

Hälsobesvärerna har mätts med följande välvaliderade mått i enkäten. Från den Nationella Folkhälsoenkäten (FHI 2006) kommer frågan: ”Har du något/några av följande besvär eller symtom”, med svaren Nej, ”ja – lätta besvär” och ”ja – svåra besvär”. Samtliga sex symtom (sömnsvårigheter, oro och ångest, huvudvärk/migrän, värk i händer/ armbågar/ben/knän, värk i rygg/höft/ischias samt värk i skuldror/nacke/axlar) har mätts med 1=”ja – lätta besvär” och ”ja – svåra besvär” 0= nej.

Dessutom har GHQ12 använts (Martin 1999; Pevalin 2000) bestående av 12 frågor om lättare psykisk ohälsa de senaste veckorna med fyrgradigt svarsalternativ. Ett index är konstruerat där två av svarsalternativen avseende nedsatt psykisk hälsa i varje fråga ger 1 poäng vardera, anger en lägre nivå psykisk hälsa än ”vanligt/normalt sett” och har mätts som ett tecken på nedsatt psykisk hälsa. Indexet kan maximalt vara 12 poäng, och det dikotomiserades så att 0-2=0

och 3-12=1 (dvs psykisk ohälsa).

Motsvarande har konsumtionen av fyra grupper av läkemedel (sömnmedel/insomningsmedicin, antidepressiv medicin, lugnande/ångestdämpande medicin, smärtstillande medicin på recept) undersökts baserat på självskattade uppgifter i den Nationella Folkhälsoenkäten 2006: ”Har du under de senaste tre månaderna använt något eller några av följande läkemedel – (sömnmedel/insomningsmedicin, antidepressiv medicin, lugnande/ångestdämpande medicin, smärtstillande medicin på recept)? Svarsalternativ= ja/nej.

All data har bearbetats i SPSS. Diagram 1 redovisar andelen kvinnor och män med ett visst hälsoproblem som använder farmaka mot det hälsoproblemet. Korstabellerna har kontrollerats med Chi²-test och alla skillnader är signifikanta.

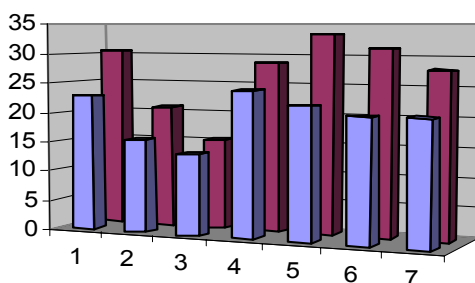
Resultatet har sedan analyserats med hjälp av genusteori om könsstereotyper.

Resultat

Diagram 1 visar frekvensen läkemedelanvändning bland män respektive kvinnor med ett visst hälsobesvär.

Resultatet visar att vid alla hälsobesvär/symtom använder kvinnor läkemedel i högre utsträckning än män. Störst är skillnaden mellan män och kvinnor vid smärttillstånd som vid värk/smärtor i händer/armbågar/ben/knän (11,3 procentenheter) och vid värk i rygg/höft/ischias (10,5 procentenheter). Den minsta skillnaden mellan könen ses vid symtom på ångslan/oro/ångest där det bara skiljer 1,7 procentenheter.

Användningen av läkemedel vid olika självrapporterade hälsobesvär



	1	2	3	4	5	6	7
■ Män	22,9	15,7	13,6	24,4	22,1	20,7	20,7
■ Kvinnor	30,5	20,7	15,3	28,6	33,4	31,2	27,7

Diagram 1. Procent läkemedelsanvändning bland kvinnor och män i förhållande till olika självrapporterade hälsobesvär; 1. sömnbesvär, 2. nedsatt psykisk hälsa, 3. ångslan/oro/ängest, 4. huvudvärk/migrän, 5. värk i händer/armbågar/ben/knän, 6. värk i rygg/höft/ischias, 7. värk i skuldror/nacke/axlar.

Källa: Bygger på data från den Nationella Folkhälsoenkäten 2006

Diagrammet visar också att de flesta personer som upplever sig ha vissa hälsobesvär ändå inte använder läkemedel för dessa.

Diskussion

Resultatet visar att det finns en statistiskt signifikant skillnad mellan män och kvinnor i användningen av läkemedel vid ett antal hälsobesvär/symtom. Genus kan därför sägas ha betydelse för graden av läkemedelsanvändning. Resultatet bekräftar att, i en värld där vi i allt högre utsträckning medikaliserar tidigare sociala problem etc., är det samtidigt kvinnorna som i relativt högre utsträckning medicineras mer, vilket stämmer med tidigare fynd (Andersson, Ejlertsson et al. 1999; Hamberg, Risberg et al. 2002).

Kvinnor har tillgång till/använder relativt mer mediciner vid samma typ av hälsobesvär/symtom jämfört med män. Det kan utifrån ett genusperspektiv tolkas som ett uttryck för att det finns en stor andel stereotypänkande hos receptförskrivare och som utifrån ett könsstereotypiskt tänkande ser kvinnor som personer med en sämre mental hälsa, som passiva, emotionella och smärtekänsliga, medan männen är starka, tåliga och "står ut" med mer smärta. Tidigare studier visar att genusomedvetenhet eller förnekande av genus (Ruiz and Verbrugge 1997; Risberg 2004; Smirthwaite and Sveriges kommuner och landsting 2007), kan bidra till medicinska felaktigheter i behandlingen av symtom och sjukdomar, och skulle därför kunna vara

orsaken till de skillnader mellan mäns och kvinnors medicinering vi kan se i resultatet, föreliggande studie tyder på samma sak.

Resultatet kan vidare vara ett uttryck för en överförskrivning till kvinnor, men också en underförskrivning till män vid vissa hälsobesvär/symtom. Tidigare studier har visat att psykiska symtom hos män missas eftersom de är kvinnligt kodade (Sandström and Johansson 2004). Den här studien visar att fem procentenheter färre män än kvinnor får läkemedel mot psykisk ohälsa vid samma förekomst av symptom. Å andra sidan är skillnaden mycket större vid olika smärttillstånd och vid sömnbesvär, vilket ger anledning till att ytterligare beforska området.

Kan det vara så att olika behandlingsmetoder föredras till män och kvinnor, så att kvinnor generellt ordinerar fler mediciner vid samma symtom, precis som ovan nämnda AT-skrivning ger uttryck för? Medan män får andra typer av behandlingar?

En hög läkemedelsanvändning beroende på både dagens medikalisering av samhället och stereotyp tänkande vid behandlingsval/receptförskrivning medför ökade risker för biverkningar, interaktioner och beroende d.v.s. det innebär en säkerhetsrisk för patienterna och därmed en sämre kvalitet av hälso- och sjukvården. Om kvinnor och män inte får en utredning och behandling på lika villkor samt olika god vård strider det inte bara mot en moralisk rättvis princip utan också mot den övergripande principen i hälso- och sjukvårdslagen om en vård på lika villkor.

Till konsekvenserna av en hög läkemedelsanvändning kan också en samhällsekonomisk aspekt läggas. Den statliga subventioneringen av läkemedel är inte en obetydlig summa varje år och det är pengar som istället skulle kunna användas till andra behandlingsmetoder eller förebyggande och främjande åtgärder!

Sammanfattningsvis verkar genus ha en roll vid förskrivningen av läkemedel så att kvinnor förskrivs relativt mer läkemedel vid hälsobesvär/symtom som olika smärttillstånd, nedsatt psykisk hälsa, sömnbesvär och ångest.

Genusperspektivet gör oss medvetna om vår egen delaktighet i skapandet och vidmakthållandet av könsstereotypier. Det är därför mycket viktigt att skapa en medvetenhet kring genus inom det medicinska arbetsfältet till exempel genom att införa kurser i ämnet på grundutbildningar i medicin och hälsovetenskap samt i fortbildningar för personal.

Även institutioner ansvariga för att vi har en jämlik och jämställd hälso- och sjukvård för alla måste uppmärksamma problemet och vidta lämpliga åtgärder.

Tack

Tack till professor Anne Hammarström, Umeå Universitet, för värdefulla kommentarer."

Litteratur

- Andersson, H. I., G. Ejlertsson, et al. (1999). "Impact of chronic pain on health care seeking, self care, and medication. Results from a population-based Swedish study." *J Epidemiol Community Health* 53(8): 503-9.
- Bengts, C. and A. Hammarström (2004). *Könskon-*

- struktioner av sjuklighet : exemplet depression. Kropp och genus i medicinen. B. Hovelius and E. E. Johansson. Lund, Studentlitteratur: 264-274.
- Chapman, K. R., D. P. Tashkin, et al. (2001). "Gender bias in the diagnosis of COPD." *Chest* 119(6): 1691-5.
- Connell, R. W. (2003). *Om genus*. Göteborg, Daidalos.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society : on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore, Md. ; London, Johns Hopkins University Press.
- FHI (Statens folkhälsoinstitut) (2006). *Teknisk rapport*. (Elektronisk). Tillgänglig på: www.fhi.se (2007-11-02).
- FHI (Statens folkhälsoinstitut) (2006). *Frågeformulär 2006*. (Elektronisk). Tillgänglig på: www.fhi.se (2007-11-02)
- FHI (Statens folkhälsoinstitut) (2007). *Resultat 2006*. (Elektronisk). Tillgänglig på: www.fhi.se (2007-11-02).
- Hamberg, K., G. Risberg, et al. (2002). "Gender bias in physicians' management of neck pain: a study of the answers in a Swedish national examination." *J Womens Health Gend Based Med* 11(7): 653-66.
- Hammarström A, Hensing G. *Folkhälsofrågor ur ett genusperspektiv. Arbetsmarknad, maskulinitet, medikaliserings och könsrelaterat våld*. Östersund; Statens folkhälsoinstitut (rapport nr 2008:8) 2008.
- Janlert, U. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm, Natur och Kultur.
- Johannisson, K. (2005). *Den mörka kontinenten : kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm, Norstedt.
- Martin, A. J. (1999). "Assessing the multidimensionality of the 12-item General Health Questionnaire." *Psychol Rep* 84(3 Pt 1): 927-35.
- Pevalin, D. J. (2000). "Multiple applications of the GHQ-12 in a general population sample: an investigation of long-term retest effects." *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 35(11): 508-12.
- Risberg, G. (2004). *Genusbias i medicinen. Kropp och genus i medicinen*. B. Hovelius and E. E. Johansson. Lund, Studentlitteratur: 97-104.
- Risberg, G. (2004). *Hur skapas "kvinnligt" och "manligt"? Teorier om konstruktion av kön med doktorn som exempel*. Kropp och genus i medicinen. B. J. Hovelius, Eva E. Lund, Studentlitteratur: 47-57.
- Ruiz, M. T. and L. M. Verbrugge (1997). "A two way view of gender bias in medicine." *J Epidemiol Community Health* 51(2): 106-9.
- Sandström, L. and E. E. Johansson (2004). *Depression i läkemedelsannonser*.
- Smirthwaite, G. and Sveriges kommuner och landsting (2007). *(O)jämsliddhet i hälsa och vård : en genusmedicinsk kunskapsöversikt*. Stockholm, Sveriges kommuner och landsting.
- Socialstyrelsen (2004). *Jämslidd vård : könsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Wikipedia (2008). *Ordlista*. (Elektronisk). Tillgänglig på: www.wikipedia.com (2008-02-25)

Summary in English

Does gender has a role in the prescription of pharmaceuticals?

A gender analysis of the use of pharmaceuticals

Normal human conditions have become treatable diagnosis in the last years, and it also seems like doctors tend to prescribe more recipes to women than men. If you think about the reality without considering stereotypes, there's a risk to exaggerate small differences or to actually see differences where they don't exist. The purpose of this study was to see to if the use of pharmaceuticals in different ill healthconditions differs between men and women. The results show that women consume more pharmaceuticals than men within every ill health condition. The results are from a gender perspective considered to be a result of genderstereotype thinking among the recipe prescribers. The high consumption of pharmaceuticals brings consequences for the publics' health.

Key words: Gender, pharmaceuticals, public health, stereotypes