



Sociala skillnader i kvinnors hälsa



En kunskaps-
sammanställning av
KvinnorKan

Copyright 2014 KvinnorKan
Producerad med stöd av Ungdomsstyrelsen, Stockholm
Författarna ansvarar för innehållet i sina egna texter
Textredigering: Karin Torgny
Grafisk form: Dahlbäck/Söderberg

ISBN 978-91-981993-1-4



Detta verk är licensierat enligt Creative Commons
Erkännande-Ickekommersiell-IngaBearbetningar 2.5 Sverige licens.
För att visa licensen, besök:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/se/>

SOCIALA SKILLNADER I
UNGA KVINNORS HÄLSA

Kapitel 1

sid 10

Kön, genus och sociala skillnader i hälsa

Marit Gisselmann

Susanna Toivanen



Kapitel 2

sid 20

Unga kvinnors psykiska hälsa

Jennie C. Ahrén



Kapitel 3

sid 34

Unga kvinnor på nätet är inga offer

Elza Dunkels



Kapitel 4

sid 46

Unga kvinnor med funktionsnedsättning

Karin Torgny



Kapitel 5

sid 54

Mat, livsstil och hälsa

Agneta Yngve



Kapitel 6

sid 64

Frågor kring sexuell och reproduktiv hälsa

Tove Broheden

Cecilia Bäckman

Anna-Berit Ransjö Arvidson



Appendix

sid 79

SOCIALA SKILLNADER I
ÄLDRE KVINNORS HÄLSA

Kapitel 7

sid 88

Äldre kvinnors hälsa

Carin Lennartsson



Kapitel 8

sid 102

Äldre kvinnor och psykisk ohälsa

Susanne Rolfner Suvanto



Kapitel 9

sid 110

Munhälsa hos äldre kvinnor

Ulrika Lindmark



Kapitel 10

sid 122

Ta hand om sköldkörteln

med en nypa salt

Helena Filipsson Nyström

FÖRORD

Sociala skillnader i kvinnors hälsa har varit ett tvåårigt projekt som genomförts av KvinnorKan under perioden 2012-10-01 till 2014-10-01, med projektbidrag från Ungdomsstyrelsen. Under det första året fokuserades på unga kvinnor och det andra året ägnades åt sociala skillnader i äldre kvinnors hälsa. Syftet med projektet har varit att öka såväl unga som äldre kvinnors medvetenhet om den egna hälsan, framförallt hos kvinnor som lever i social och/eller ekonomisk utsatthet.

Arbetet med projektet har samordnats av en projektledare och KvinnorKans styrelse har ingått i styrgruppen. Experter har anlåtats och de har utifrån sina respektive kompetensområden skrivit kapitlen i de rapporter som producerats, samt varit föredragshållare vid KvinnorKans seminarier i Göteborg, Jönköping och Stockholm. Rapporterna bygger på evidens och forskning och är framförallt avsedda att ge stöd till dem som i sin yrkesutövning möter socialt utsatta kvinnor, bland annat de som arbetar inom sjukvården och socialtjänsten eller som träffar unga kvinnor på elevhälsan och ungdomsmottagningar eller äldre kvinnor inom äldreomsorgen.

Denna rapport, *Sociala skillnader i kvinnors hälsa* (2014) ISBN 978-91-981993-1-4, är en sammanslagning av KvinnorKans båda rapporter *Sociala skillnader i unga kvinnors hälsa* (2013) ISBN 978-91-981993-2-1 och *Sociala skillnader i äldre kvinnors hälsa* (2014) ISBN 978-91-981993-0-7.

Rapporterna beställs kostnadsfritt från KvinnorKan: info@kvinnorkan.se.

Från projektets sida har förhoppningen varit att dessa rapporter ska bidra till att öka möjligheten för kvinnor att förbättra sina villkor, sitt deltagande i den demokratiska processen och bevara sin hälsa långt upp i åren.

Stockholm, augusti 2014
Projektledare Åsa Strindlund
samt styrelsen för KvinnorKan

BAKGRUND

Under arbetet med KvinnorKans projekt *Kvinnors fattigdom* (2012) konstaterades att socioekonomisk utsatthet och ohälsa går hand i hand. Många frågor väcktes kring hur social utsatthet påverkar kvinnors hälsa. Vilka faktorer bidrar till skillnaderna i ohälsa mellan könen? Hur kommer det sig att kvinnor har längre medellivslängd än män samtidigt som män i alla åldersgrupper gör något mer positiva bedömningar av sin hälsa än kvinnor? För att lyfta dessa frågor ansökte KvinnorKan om bidrag från Ungdomsstyrelsen för ett tvåårigt projekt, *Sociala skillnader i kvinnors hälsa*. Första året ägnades åt unga kvinnors hälsa i förhållande till socioekonomisk utsatthet och hösten 2013 påbörjades projektets del två, med fokus på äldre kvinnor.

Framstående experter har engagerats i projektets referensgrupp och presenteras i anslutning till respektive kapitel. Marit Gisselmann och Susanna Toivanen visar i rapportens inledande kapitel *Kön, genus och sociala skillnader i hälsa* hur föreställningar om kön genomsyrar vårt samhälle. De ger en bra grund för läsaren av denna rapport genom att introducera och diskutera grundläggande begrepp inom ämnesområdet, som genussystem och sociala determinanter, det vill säga hur både sociala skillnader och kön påverkar hälsan. I det följande kapitlet redogör Jennie Ahrén för kvinnors psykiska ohälsa. Hon tar bland annat upp självmordsförsök, oro/ångest, självskadande och ätstörningar, områden som angår unga kvinnor idag. I kapitlet *Unga kvinnor på nätet är inga offer* ger Elza Dunkels en ljusare och mer balanserad bild av unga kvinnors nätanvändande än de panikutbrott som ibland sprids i medierna.

Karin Torgny synliggör unga kvinnor med funktionsnedsättning i sin text och beskriver hur faktorer som brist på inflytande, ekonomisk och social utsatthet, diskriminering och en otillgänglig omvärld ökar risken för ohälsa och våld för dessa unga kvinnor. I avsnittet *Mat, livsstil och hälsa* visar Agneta Yngve att bland annat matvanor och fysisk inaktivitet hänger ihop med social tillhörighet. Yngve konstaterar att en hälsosam livsstil hänger ihop så att de som äter bra också rör sig mycket och röker lite. Samtidigt finns det grupper där flera livsstilsfaktorer påverkar hälsan negativt. I det avslutande kapitlet om unga kvinnors hälsa presenterar Tove Broheden, Cecilia Bäckman och Anna Berit Ransjö Arvidson vilken typ av frågor ungdomar ställer på en nätbaserad ungdomsmottagning. Frågorna visar att unga saknade grundläggande kunskap om den egna kroppens anatomi och fysiologi. Bland annat hade många unga dålig kunskap om hur de skulle skydda sig mot graviditet och sexuellt överförbara infektioner samt om funktion och biverkningar av p-piller.

Rapportens andra hälft, om äldre kvinnor, inleder Carin Lennartsson med kapitlet *Sociala skillnader i äldre kvinnors hälsa*, där hon visar att det finns betydande socioekonomiska skillnader i hälsa även bland kvinnor över 75 år. Skillnaderna återfinns i en mängd olika hälsoproblem samt i förväntad livslängd, där äldre kvinnor med låg socioekonomisk position har kortare förväntade livslängd än kvinnor med hög socioekonomisk position. Lennartsson konstaterar att äldre kvinnor med låg socioekonomisk position därmed är en särskilt utsatt grupp i befolkningen vad gäller hälsa och livslängd.

I det följande kapitlet ifrågasätter Susanne Rolfner Suvanto uppfattningen att kvinnor i högre grad än män drabbas av psykisk ohälsa eller oftare diagnostiseras som psykiskt sjuka, en uppfattning som endast i viss mån är sann och som bygger på våra föreställningar och värderingar kopplade till psykisk ohälsa och till kön. Rolfner Suvanto konstaterar att äldre personer med psykisk ohälsa är en heterogen grupp med oändliga variationer vad gäller livssituation och att även snälla goa mormor kan lida av alkoholism eller andra missbruksproblem.

I kapitlet *Munhälsa hos äldre kvinnor* presenterar Ulrika Lindmark en positiv utveckling av tandhälsan i Sverige, där allt fler äldre behåller sina egna tänder. Trots detta finns skillnader i munhälsa mellan olika grupper, där orsaken till om man har tänder eller inte kan relateras till ålder, kön, socioekonomi, etnisk bakgrund och kultur men även till olika psykosociala faktorer och levnadsförhållanden. Även om antalet äldre kvinnor som har fler egna tänder i behåll ökat, finns de flesta i den högre socioekonomiska gruppen, medan de med sämre ekonomiska förhållanden uppsöker tandvården mer sällan och samtidigt har en sämre allmänhälsa, med ökad risk för olika munsjukdomar som följd.

I det avslutande kapitlet redogör Helena Filipsson Nyström för olika typer av sköldkörtelsjukdomar, däribland Graves sjukdom. Filipsson Nyström betonar vikten av att konsumera jodberikat salt för att undvika sköldkörtelsjukdomar, eftersom jodinnehållet i svenska livsmedel är så lågt. Förutom att räknas till folksjukdomarna är sköldkörtelsjukdom en kvinnosjukdom som blir vanligare med stigande ålder.

Området sociala skillnader i kvinnors hälsa är omfattande och KvinnorKan har valt att i detta projekt belysa några av många intressanta ämnesområden. Vi hoppas att våra rapporter ska vara lärorika och ge läsaren användbara verktyg i mötet med såväl unga som äldre kvinnor. Tillsammans kan vi mer!

*Åsa Strindlund,
projektledare KvinnorKan*

Kön, genus och sociala skillnader i hälsa

~ ~ ~

MARIT GISSELMANN
filosofie doktor
analytiker vid Försäkringskassan

SUSANNA TOIVANEN
filosofie doktor, docent i sociologi
forskare vid CHES, Centre for Health Equity Studies
Stockholms universitet/Karolinska Institutet

10

SAMMANFATTNING

Detta kapitel framhåller vikten att ha ett genusperspektiv när man diskuterar hälsa. Det finns många sociala faktorer som har betydelse för människors hälsa, till exempel deras klass och utbildningsnivå och arbets- och boendemiljö. Sådana faktorer skapar systematiska skillnader i hälsa mellan olika grupper av människor i samhället. Dessa faktorer kallas inom forskningen för hälsans sociala determinanter eller bestämningsfaktorer. Sociala determinanter spelar roll för skillnader i hälsa mellan kvinnor och män. Detta visar vi genom att beskriva skillnader i förväntad livslängd för kvinnor och män med olika utbildningsnivå. Även om kvinnor generellt har längre förväntad livslängd, har de högt utbildade männen sedan millennieskiftet gått om de lågt utbildade kvinnorna i förväntad livslängd. Samspelet mellan individer och deras sociala sammanhang är präglad av genus, det sociala könet. Begreppet genussystem används för att beskriva hur genus påverkar det sociala samspelet: kvinnors och mäns deltagande i samhällslivet är inte på samma villkor. Detta illustreras i kapitlet med exemplet yrkesval. Män som gör könstypiska yrkesval belönas vanligtvis med status och pengar i mycket högre utsträckning än kvinnor.

INLEDNING

Sociala skillnader i hälsa finns i alla samhällen, även i rika länder som Sverige. Med detta menas att de som har det bättre ställt, generellt är friskare och lever längre än de som har det sämre ställt. Om vi föreställer oss den sociala hierarkin som en trappa så har människor bättre hälsa ju högre upp i trappan de står. Det finns alltså systematiska skillnader i hälsa beroende på vilken social position människor har i samhället. De systematiska skillnaderna innebär inte att varje enskild individ med högre position är friskare, utan att den grupp som individen tillhör är genomsnittligt friskare jämfört med andra grupper med lägre social position. Inom forskningen delar man in människor i grupper för att sammanfatta komplexa förhållanden och visa att grupper av människor lever under skilda villkor. Dessa villkor speglar människors livschanser och möjligheter att påverka sin situation. Vanligtvis används yrkesbaserad social klass, utbildning och inkomstnivå för att fastställa människors position i den sociala trappan. Även om detta sätt att beskriva verkligheten är riktigt, döljer den samtidigt något grundläggande: att den sociala verkligheten ter sig olika för kvinnor och män.

I det här kapitlet vill vi visa hur föreställningar om kön genomsyrar vårt samhälle. Vi presenterar begreppen genus och genusystem, och visar på några konsekvenser av genusystemet för människors livsval och hälsa. Vidare diskuterar vi hälsans sociala determinanter. Vi inleder med att granska skillnader i dödlighet och ohälsa mellan könen, och hur dessa skillnader kan se ut när vi betraktar dem utifrån kvinnors och mäns sociala position.

KÖNSSKILLNADER I DÖDLIGHET OCH OHÄLSA

11

Medellivslängd är ett vanligt mått som används inom forskningen för att jämföra livslängden i olika länder och mellan olika sociala grupper inom länderna. Det är ett mått som på ett sammanfattande sätt mäter dödligheten för alla åldrar under ett speciellt år. Sedan mitten på 1700-talet har man kartlagt medellivslängden i den svenska befolkningen. Under hela denna period har kvinnor haft längre medellivslängd än män. År 2010 var medellivslängden vid födseln 83,5 år för kvinnor och 79,5 år för män (Statistiska centralbyrån, 2011). Kvinnornas livslängd har under det senaste decenniet ökat med 1,5 år och männens med drygt två, med andra ord med knappt två månader per år för kvinnor och 2,5 månader per år för männen. Eftersom männens medellivslängd nu ökar snabbare än kvinnornas minskar skillnaderna i dödlighet mellan könen. Orsakerna till kvinnors högre medellivslängd är komplexa och beror på flera samverkade förhållanden, både biologiska och sociala. Generellt ökar medellivslängden i befolkningen då dödligheten bland olika åldersgrupper minskar. Minskande dödlighet tillsammans med sjunkande födelsetal leder till att Sverige och de flesta andra länder har en åldrande befolkning. Även om dödligheten generellt minskar i alla åldersgrupper, så finns det undantag. I Sverige har till exempel självmordsdödligheten minskat i de flesta åldersgrupper, men däremot inte bland yngre vuxna under senare tid. Det har bidragit till att dödligheten i olyckor och självmord totalt inte har minskat bland yngre vuxna sedan slutet av 1990-talet (Statistiska centralbyrån, 2011).

Orsaker till könsskillnader i medellivslängd varierar också efter ålder. Flera dödsorsaker upp till 60 års ålder är vanligare bland män, såsom olyckor och själv-

mord, alkoholrelaterade diagnoser och hjärt-kärlsjukdomar. Dessa diagnoser, och framför allt hjärt-kärlsjukdomar, är grunden till överdödlighet bland män, det vill säga dessa diagnoser bidrar till att mäns medellivslängd är kortare än kvinnors. Att dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar minskat över tid till följd av minskad rökning och bättre behandling bidrar till att skillnader i medellivslängden minskar mellan kvinnor och män.

För att få en mer nyanserad bild av medellivslängdens utveckling över tid kan vi studera hur utvecklingen sett ut för kvinnor och män med olika lång utbildning. I dagens Sverige har personer med eftergymnasial utbildning drygt fem år högre medellivslängd än personer med enbart förgymnasial utbildning (Statistiska centralbyrån, 2011). Skillnaderna i medellivslängd mellan olika utbildningsgrupper har ökat under de senaste decennierna för både kvinnor och män. I figur 1 (se appendix) illustreras hur den förväntade medellivslängden vid 30 års ålder har utvecklats under en tjuugoårsperiod bland kvinnor och män med olika utbildningsnivåer (Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen, 2013). För samtliga utbildningsgrupper ökade den förväntade medellivslängden mellan 1991 och 2011. Men det finns tydliga skillnader i förväntad medellivslängd mellan olika utbildningsgrupper under studieperioden, och dessa skillnader ökar över tid. Medan skillnaden i förväntad medellivslängd mellan högutbildade och lågutbildade kvinnor var 2,7 år 1991, var den hela 4,9 år 2011, det vill säga skillnaden har ökat med drygt två år, en ökning med 81% (Se figur 1, appendix). Bland männen var motsvarande skillnad mellan högutbildade och lågutbildade 3,8 år i periodens början och 5,4 år i periodens slut, en ökning med 42% (Se figur 1, appendix).

12

Ökningen av skillnaderna i förväntad medellivslängd mellan låg- och högutbildade tyder på ökande sociala skillnader i Sverige. Resultaten avslöjar också tydliga könsskillnader. Vi ser att kvinnor med låg utbildning har högre förväntad medellivslängd än högutbildade män ända fram till år 2000. Därefter sker ett skifte och de högutbildade männen har några månader längre förväntad medellivslängd än de lågutbildade kvinnorna. Orsaken till detta skifte är att medellivslängden ökat mer för män än för kvinnor under den aktuella perioden. För lågutbildade kvinnor är ökningen endast 0,9 år, medan de högutbildade männen har en ökning på 4,5 år. Jämför man graferna i figur 1 ser vi att männens grafer har en brantare lutning, vilket tyder på att män som grupp har en gynnsammare utveckling av medellivslängd över tid. Den förväntade medellivslängden vid 30 år har ökat endast blygsamt för lågutbildade kvinnor i Sverige vilket tyder på att vi har en särskilt utsatt grupp i befolkningen vad gäller hälsa och livslängd.

Genom att ha studerat den förväntade livslängden för olika utbildningsgrupper bland kvinnor och män kan vi nu konstatera att alla kvinnor inte har en längre förväntad livslängd än alla män, utan detta skiljer sig beroende på vilken utbildningsgrupp man tillhör. För närvarande har de högutbildade männen alltså en högre förväntad livslängd än de lågutbildade kvinnorna. För att bättre förstå den här typen av sociala skillnader i livslängd, och framförallt för att kunna påverka utvecklingen, behöver vi förstå hur genussystemet och könsmaktsordningen fungerar i samhället.

Men innan vi fördjupar oss i genussystemet vill vi först belysa hur könsskillnaderna ser ut för några andra typer av ohälsomått som till exempel självskattad hälsa och psykisk ohälsa. Självskattad hälsa är ett etablerat mått på generell hälsa och den uppvisar starka samband med andra hälsomått och dödlighet (Idler & Benyamini, 1997). I Sverige skattar de flesta sin hälsa som god eller mycket god och detta gäller

båda könen. Vad gäller könsskillnader i självskattad hälsa, gör män i alla åldersgrupper något mer positiva bedömningar av sin hälsa jämfört med kvinnor, och samma mönster gäller för flera typer av ohälsa. Till exempel uppger kvinnor mer värk i skuldror, nacke och axlar än män och en större andel kvinnor har nedsatt arbetsförmåga på grund av långvarig sjukdom.

För psykisk ohälsa är könsskillnaderna också stora och kvinnors och mäns uttryck för psykiska besvär är i linje med de traditionella könsrollerna. Kvinnor anger i större utsträckning besvär med ängslan, oro, ångest, trötthet och sömnbesvär. Kvinnors besvär uttrycks alltså i större grad som ledsamhet, och i mindre grad som aggressivitet. Sämre psykisk ohälsa hos män uttrycks oftare som missbruk och framförallt som ökad konsumtion av alkohol. Missbruksproblematiken leder ofta till försämrad sjukdomsinsikt, vilket sannolikt bidrar till en underrapportering av psykisk ohälsa hos män. Men vi bör komma ihåg att relationen mellan alkoholkonsumtion och psykiska besvär är komplex.

Tittar vi på utvecklingen av den psykiska ohälsan i den svenska befolkningen under de senaste 45 åren, ser vi ett uppseendeväckande mönster (*Se figur 2, appendix*). Från att ha varit högst bland äldre (66–75 år) både år 1968 och 1981, ser vi år 2000 en högre risk för nedsatt psykiskt välbefinnande bland yngre åldersgrupper (19–55 år). Dessa fynd bekräftas av andra liknande undersökningar baserade på svenska data, och är i linje med den ökande psykiska ohälsan bland ungdomar och unga vuxna sedan 1990-talet (Lager m. fl., 2012). Sammantaget bekräftar de här resultaten att det är frågan om en verklig ökning av psykisk ohälsa bland yngre åldersgrupper över tid och inte till exempel en förändring av det vardagliga språkbruket så att ord som ”depression” och ”ångest” förlorat något av sin betydelse.

Vi har visat att uppdelning i grupper visar på systematiska skillnader i hälsa när vi använder kön och sociala faktorer som utbildning för indelningen. Beroende på vilken fråga man är intresserad av kan man alltså säga att de sociala skillnaderna i hälsa spelar roll för skillnader i hälsa mellan kvinnor och män, eller att hälso-skillnader mellan könen påverkas av sociala skillnader i samhället. Med detta i åtanke presenteras i nästa avsnitt det som kallas genussystemet.

GENUSSYSTEMET

Som nämnts i förra avsnittet ser villkoren i samhället inte likadana ut för kvinnor och män. Till exempel har kvinnor i genomsnitt lägre löner och män får högre ekonomisk avkastning på sin utbildning. Varför behöver vi då diskutera kön och genus, och varför krångla till det med flera olika ord? En viktig anledning att göra det är att enskilda fakta inte blir så intressanta utan sitt sammanhang. Om man plockar fram ett faktum, som till exempel kvinnors lägre lön, är det ganska ointressant att vrida och vända på det i ett vakuum. Kunskap om genussystemet ger oss en förståelse för sammanhanget: Varför har kvinnor lägre lön och vad är det ett uttryck för? I det här avsnittet ska vi därför beskriva vad det innebär att vi lever i ett genussystem – ett samhälle som ser olika ut beroende på om man är kvinna eller man.

Till att börja med kommer vi här att diskutera den sociala delen av kön. Om du vill fundera vidare över kopplingar mellan biologiska och sociala aspekter i relation till kvinnor och män, hänvisar vi gärna till några andra texter (Ah-King, 2012; Gisselmann m. fl., 2012; Hirdman, 2003). Det sociala könet brukar benämnas genus.

Genus börjar formas under barndomens socialiseringsprocess. I vår kultur finns tydliga föreställningar om hur flickor och pojkar är, hur de fungerar, vad de tycker om att göra och så vidare. Dessa föreställningar kan man se som förväntningar på barnen. Vi förväntar oss att en pojke ska tycka om vissa saker just eftersom han är pojke. Även den respons barnen får på vad de gör och säger hänger ihop med våra föreställningar om kön. Det har till exempel visats att tolkningen av barns känslouttryck skiljer sig åt beroende på barnets kön. Ett barn som gråter tolkas som att det är ledset om man tror att det är en flicka, men om man fått informationen att det är en pojke uppfattar man gråten som ett uttryck för ilska. Återkopplingen från omgivningen, till exempel föräldrarna, påverkar barnets tolkning av sig själv. På så vis lär sig barn saker om sig själva i samspel med sin omgivning, och denna inlärningsprocess är alltså delvis olika för flickor och pojkar.

I socialiseringsprocessen lär vi oss på detta sätt att könsmärka egenskaper. Vi lär oss att det är kvinnligt att vara omhändertagande och samarbetsvillig, och manligt att vara fysiskt stark och tävlingsinriktad. Även aktiviteter är ofta könsmärkta där att sy förknippas med att vara kvinna och att laga bilar förknippas med att vara man. Denna könsmärkning av egenskaper och aktiviteter följer med oss hela vägen från hemmet och ut i samhället, från vaggan till gravstenen. Större delen av det arbete som utförs i hemmet är aktiviteter som brukar förknippas med kvinnor. Men även yrkesarbeten är som regel tydligt könsmärkta. Kvinnor och män befinner sig som regel i olika yrken och på olika arbetsplatser. I de yrken där de flesta kvinnor arbetar finns få män och vice versa: arbetsmarknaden är i mycket hög utsträckning könssegregerad.

Det finns flera anledningar till att det är viktigt att lyfta fram och diskutera detta. Som individer kan det upplevas som problematiskt med tydliga förväntningar som vi kanske inte alls känner att vi vill eller kan leva upp till. Att inte välja det man förväntas göra kan få många konsekvenser. Men det finns en annan viktig aspekt. Att utföra manliga aktiviteter, att arbeta inom manliga yrken är helt enkelt mer förmånligt. I vårt samhälle belönas traditionellt manliga beteenden och yrken med både högre status och högre ekonomisk avkastning än de traditionellt kvinnligt kodade. Vi ska illustrera detta i ett par exempel.

Det första exemplet är indelningen av arbete i betalt och obetalt. Med obetalt arbete menas till exempel att laga mat, städa, ta hand om barn och se till att de äter, sover och mår bra. Den här typen av arbete utförs traditionellt av kvinnor i hemmet. Trots att detta arbete är en förutsättning för förvärvsarbete är vi inte vana att se denna typ av obetalt arbete som viktigt. Men om vi inte får våra grundläggande behov tillfredsställda är det svårt att förvärvsarbeta. Den här typen av arbete räknas inte som riktigt arbete om det utförs i hemmet, det ger inte ekonomisk avkastning och kvalificerar inte för några socialförsäkringar såsom pension eller sjukpenninggrundande inkomst. Traditionellt kvinnligt kodade uppgifter belönas alltså inte i samma utsträckning som de manliga. Det andra exemplet är fördelarna med att vara man på arbetsmarknaden. För det första är de yrken som är manligt könsmärkta mer ekonomiskt lönsamma än de där kvinnor är vanliga. En individ som gör val utifrån traditionellt manliga koder gynnas i högre utsträckning än den som väljer traditionellt kvinnligt. För det andra får kvinnor lägre betalt än män även inom samma yrkeskategori (SCB, 2012).

När ansträngningar har gjorts för att minska löneskillnader mellan könen verkar det ofta handla om att få kvinnor att välja traditionellt manligt könsmärkta yrken, som till exempel tekniska yrken med högre lön än de flesta kvinnodominerade yrken. Detta

gör att det framstår som att problemet är att kvinnor väljer fel, eller om man så vill, att de värderar fel saker. Att diskutera individers val är intressant eftersom det konkretiserar hur vi påverkas av genussystemet. Man kan formulera det som att vi gör val utifrån de begränsande förutsättningar som vi tilldelas (Bird och Rieker, 2008). När vi står inför till exempel ett utbildnings- och yrkesval, är vi själva påverkade av det genussystem vi växt upp med. Vad som är viktigt att lyfta fram är att även det vi har att välja mellan ter sig olika för kvinnor och män. Att välja ett specifikt yrke har inte samma innebörd för en kvinna och en man. En kvinna som väljer att bli brandman väljer också en arbetsmiljö formad av män för män, och ett socialt sammanhang där hon måste räkna med att ständigt bli ifrågasatt på grund av sitt kön. För en man som väljer att bli forskollärare gäller samma sak. Det kan dock vara på sin plats att påpeka en viktig skillnad: forskningen har visat att en man i ett kvinnodominerat yrke lotsas av sin omgivning mot en chefsposition på ett sätt som en kvinna i ett mansdominerat yrke inte gör.

I det här avsnittet har vi diskuterat vad genussystemet innebär. Vi har sett hur samspelet med den sociala omgivningen ger olika incitament för val bland kvinnor och män, och hur individuella val görs i sammanhang präglade av genus. Slutligen har vi uppmärksammat att kvinnors och mäns medverkan i samhällslivet belönas i olika grad. Våra föreställningar om könets olika natur och olika värde genomsyrar på detta sätt samhället. Sammantaget visar detta att vi inte kan reducera människor till enskilda individer utan att förlora en stor del av förståelsen för varför kvinnor och män gör olika val och befinner sig i olika delar av samhället.

GENUS OCH SOCIALA SKILLNADER I HÄLSA

15

De förhållanden under vilka människor växer upp, lever, arbetar och åldras påverkar deras hälsa. Samma förhållanden bidrar också till skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället. Sammanfattningsvis kallas sådana förhållanden för hälsans sociala determinanter eller bestämningsfaktorer. Det handlar vanligtvis om samhällsreliga förhållanden såsom socialpolitik, arbetsmarknadspolitik, sjukvårdssystemets och utbildningssystemets utformning, boendemiljöns kvalitet och liknande. Men det kan också handla om förhållanden som ligger betydligt närmare den enskilda människan, till exempel sociala relationer, beteenden såsom rökning och alkoholkonsumtion och olika påfrestningar i vardagslivet. Förhållanden som omfattar beteenden såsom rökning och motionsmönster kallas ofta livsstilsfaktorer. Men även om dessa ligger närmare människors eget handlingsutrymme, är de inte oberoende av samhällsreliga faktorer. Man kan säga att samhällsreliga förhållanden – sociala strukturer – är ”riskfaktorernas riskfaktorer” eftersom de påverkar fördelningen av de riskfaktorer som finns närmare den enskilda människan i form av livsstilsfaktorer. Till exempel kan andelen rökare vara högre i socialt och ekonomiskt utsatta stadsdelar än i mer välbeställda områden.

Även om de sociala determinanterna påverkar alla människors hälsa och livschanser så kan determinanter ha olika betydelse för kvinnors och mäns hälsa i olika faser av livet. Vilka determinanter som är betydelsefulla beror i regel på samhällets förväntningar på kvinnor och män, det vill säga rådande könsroller och hur kvinnor och män förväntas vara, se ut och bete sig. Under barndomen och ungdomsåren har förskolan och skolmiljön stor betydelse för barns och ungas hälsa och även deras

framtida hälsa. I vuxenlivet är arbetslivet framför allt den arena som bidrar till skillnader i hälsa mellan kvinnor och män och olika sociala grupper i samhället. I ålderdomen förstärks effekterna av ett ojämnt arbetsliv och leder i regel till sämre pensioner för kvinnor. Nedan beskrivs närmare vilka sociala förhållanden i barn- och ungdomsåren samt i vuxenlivet som påverkar hälsan på olika sätt.

Vad gäller barn och ungdomar är det tydligt att flickor och pojkar än i dag lever under delvis olika villkor och möts av skilda förväntningar i vardagliga sammanhang. De tillbringar en stor del av tiden under uppväxtåren i förskola och skola vilket utgör en viktig del av den sociala miljö som bidrar till att forma flickor och pojkar och som har betydelse för deras framtida hälsoutveckling (SOU, 2006). I dessa verksamheter används idag styrdokument som fastslår vilken värdegrund det pedagogiska arbetet utgår ifrån. Att arbeta för jämställdhet utgör en viktig del av detta. Flickor och pojkar ska ges lika förutsättningar och möjligheter att utveckla färdigheter på alla områden (Skolverket, 2011a; 2011b). Det är dessutom uttalat att traditionella könsmonster ska motverkas samt att jämställdhet mellan kvinnor och män ska förmedlas (Skolverket, 2011c). Att arbetet i förskola och skola så tydligt ska vara inriktat på att ge flickor och pojkar samma möjligheter att utveckla olika färdigheter kan förstås göra att denna miljö skiljer sig från deras hemmiljö. Om hemmiljön är mer präglad av föreställningar om att flickor och pojkar exempelvis ska leka olika lekar, kan förskolan utgöra ett komplement genom att uppmuntra en mindre traditionsenlig uppdelning av lekar och aktiviteter (Frånberg, 2010; Lenz Taguchi m. fl., 2011; SOU, 2006).

Vid skolstart har ofta pojkar större problem än flickor. Skolan ställer större krav på förmåga till uppmärksamhet, och även social kompetens. På sikt kan svårigheter med att tillgodogöra sig skolplanen bidra till en försämrad självbild, varpå förutsättningarna för lärande försämras ytterligare och problem med utagerande ökar. Traditionella förväntningar på flickor verkar till stor del vara desamma som skolan ställer på barn, och de har som regel lättare att hantera skolstart och undervisningen. Även om flickor bättre hanterar anpassningen till skolan har de större risk att drabbas av internaliserande problem under senare skolår. I skolmiljön finns också faktorer som har positiv påverkan, eller åtminstone är skyddande för hälsan. Dessa verkar vara gemensamma för pojkar och flickor: goda relationer till lärare och kamrater är exempel på sådana (SOU, 2009; 2010; Westling Allodi, 2010). Sammantaget antas mer eller mindre uttalade förväntningar kring intresseområden, beteende, utseende och så vidare bidra till skillnader i utveckling, utbildningsval och hälsa under uppväxtåren, men också senare i livet. Det innebär att de sociala sammanhang som flickor och pojkar vistas i fortfarande ser olika ut, vilket i sin tur återspeglas i variationer i hälsa mellan flickor och pojkar.

Vad gäller vuxna kvinnor och män i Sverige har forskare granskat hur den totala mängden arbete, både det betalda och det obetalda, påverkar kvinnors och mäns hälsa (Lundberg m. fl., 2003). De undersökte det betalda och obetalda arbetets fördelning bland högutbildade och heltidsarbetande kvinnor och män i tjänstemannayrken i åldrarna 32–58 år. Deltagarna i studien matchades med hänsyn till ålder, yrkesposition och antal barn – allt för att göra kvinnor och män så jämförbara som möjligt. Resultaten visar tydligt att trots att kvinnor har lika god utbildning som män och deltar i lika hög utsträckning på arbetsmarknaden så har kvinnor fått behålla huvudansvaret för hem och barn samt omsorgsansvar för äldre anhöriga och andra närstående. Att ha flera roller samtidigt, såsom en yrkesroll

och en central roll i familjen, kan vara en hälsofrämjande resurs som kan buffra mot stress och överbelastning. Men den totala arbetsbördan innebär samtidigt sämre möjligheter till vila och återhämtning, vilket är centralt för att det inte ska uppstå långsiktiga stressrelaterade hälsoproblem. Även rollkonflikter kan bidra till upplevelsen av stress i vardagslivet och öka risken för kroniska sjukdomstillstånd som till exempel muskelvärk. Detta bekräftades av resultaten som visade att dubbelt så många kvinnor som män rapporterade muskelvärk, vilket kan antas hänga ihop med kvinnornas högre totala arbetsbörda.

Också i Kanada har forskare studerat sociala determinanternas betydelse för kvinnors och mäns hälsa (Denton & Walters, 1999). Det framkom att vissa sociala determinanter spelar större roll för kvinnors självskattade hälsa än mäns. Till exempel är hög inkomst, heltidsarbete, omsorg för familjen och socialt stöd viktigare determinanter för god självskattad hälsa bland kvinnor. Även de beteenderelaterade determinanternas betydelse varierade. Bland kvinnor spelade övervikt stor roll för upplevelsen av låg självskattad hälsa, medan rökning och alkoholvanor var av större betydelse för mäns låga självskattade hälsa. Forskarna betonar att det är svårt att studera könsskillnader i de sociala determinanternas betydelse för hälsa eftersom kvinnors och mäns sociala förutsättningar och vardagens villkor skiljer sig åt så tydligt.

Vi kan ändå titta närmare på överviktens betydelse för kvinnors och mäns livschanser. Hos vuxna är gränsen för övervikt $BMI \geq 25$ och för fetma $BMI \geq 30$. I den kanadensiska studien spelade övervikt olika roll för kvinnors och mäns uppfattning av den egna hälsan. Men övervikt påverkar också kvinnors och mäns chanser på arbetsmarknaden på olika sätt. I en finsk studie var fetma ($BMI \geq 30$) signifikant kopplad till högre risk att drabbas av arbetslöshet bland kvinnor men inte bland män, även när analysen justerades för ålder, utbildningsnivå och andra relevanta faktorer (Härkönen m. fl., 2011). Den svagare arbetsmarknadsanknytningen bland feta kvinnor var även kopplad till lägre social position i form av inkomster vilket tyder på diskriminering av feta kvinnor på arbetsmarknaden. Att utsättas för diskriminering bidrar med största sannolikhet till obehag och ångest och i förlängningen även till sämre hälsa. Detta kan tolkas som att kvinnor och män värderas olika på arbetsmarknaden och att de fysiska attributen spelar stor roll för värderingen till feta kvinnors nackdel. Den här typen av social ojämlikhet ter sig stabil både strukturellt och över tid, och får sannolikt större betydelse i samhällen där utseende och hälsa värderas allt högre.

Som synes finns många olika sociala determinanter av hälsa i form av faktorer i vardagen som är förankrade i våra sociala sammanhang och som har betydelse för vår hälsa. Anledningen att dessa sociala determinanter leder till hälsoskillnader mellan olika grupper, som till exempel kvinnor och män, är att de är systematiska. Det vill säga alla unga kvinnor internaliserar inte problem, men det finns systematiska skillnader i den sociala miljön som ökar sannolikheten för att de som grupp kommer att göra det oftare än pojkar. Efter denna genomgång kommer vi nu att avslutningsvis diskutera några ämnen värda att fundera vidare på.

DISKUSSION

Som det här kapitlet har visat finns det skillnader i hälsa mellan kvinnor och män. Kvinnor lever till exempel som regel längre än vad män gör. Flera av de dödsorsaker som är vanligare hos män än kvinnor går att diskutera i relation till förväntningar på flickor och pojkar, kvinnor och män. Pojkar och unga män förväntas enligt den traditionella könsrollen att vara hårda, uppvisa styrka och inte visa känslor. När de ägnar sig åt riskfyllda beteenden leder dessa tyvärr ibland till död i unga år. De tillåts i lägre grad än flickor att uttrycka svårigheter och tränas i lägre utsträckning att diskutera och hantera dem. Då är det kanske inte heller märkligt att de har färre konstruktiva copingstrategier att använda sig av. Den vanligaste strategin män anger är att dricka alkohol (se till exempel Lager, 2009), vilket leder till en ökad problematik och sämre hälsa. Traditionellt är det kvinnor som sköter omsorgen av familjen vad gäller mat och hälsa, och kanske är det därför lättare för kvinnor att lägga om sin livsstil för en bättre hälsa och därmed minska risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Naturligtvis finns här en baksida, i form av exempelvis åttstörningar där kvinnor är överrepresenterade.

Man kan även fundera på om den anpassning som kvinnor tränas i som barn är knuten till internalisering av problem som i vuxen ålder uttrycks som nedstämdhet, oro och stress. Även tolkningen av flickors känslouttryck går ju i denna riktning, varför de i större grad lärt sig att "obehagliga" känslor är knutna till ledsamhet. Enligt traditionella föreställningar är det också mer tillåtet för kvinnor att uttrycka ledsamhet, vilket bland män däremot tolkas som uttryck för svaghet vilket går emot den traditionella mansrollen.

Frågan är om det finns belegg för att ökad jämställdhet skulle förbättra hälsan för kvinnor och män. Försök har gjorts att empiriskt undersöka detta. Man har jämfört länders, stater eller pars olika grad av jämställdhet (Backhans, 2011). Månsdotter (2009) granskar svensk och internationell forskning och kommer till delvis motstridiga resultat. Slutsatsen som dras är att vägen mot jämställdhet kan vara svår, och temporärt kanske till och med öka både kvinnors och mäns ohälsa. I ett kortare perspektiv kan till exempel kvinnor drabbas av ett tyngre dubbelarbete: betalt och obetalt. Samtidigt har männen fortsatt låga incitament för att närma sig traditionellt kvinnliga, och ekonomiskt mindre lönsamma, aktiviteter. Möjligen finns heller inte starka incitament för mindre riskfyllda beteenden för män.

Avslutningsvis vill vi betona hur viktigt det är att ha ett genusperspektiv när man diskuterar hälsa bland kvinnor och män. Att inte alls titta på skillnader mellan kvinnor och män leder till könsblindhet: vi ser inte den roll som kön spelar. Alltför ofta fokuserar man bara på till exempel kvinnors hälsa, och kallar det för att ha ett genusperspektiv. Men om inte det sociala sammanhanget ingår i analysen ser man inte orsaksstrukturerna som ligger bakom skillnader i hälsa. I dessa sociala sammanhang, där våra liv utspelas, har både sociala skillnader och kön en påverkan på vår hälsa.



KAPITEL 1
SOCIALA SKILLNADER I UNGA
KVINNORS HÄLSA

REFERENSER

Ah-King, M. (2012). Genusperspektiv på biologi. Högskoleverkets och Nationella sekretariatets skriftserie om genusperspektiv inom olika discipliner. Stockholm: Högskoleverket.

Bird, C. E., & Rieker, P. P. (2008). Gender and health. The effects of constrained choices and social policies. London and New York: Cambridge University Press.

Denton, M., & Walters, V. (1999). Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Social Science & Medicine*, 48(9), 1221-1235.

Fritzell, J., Lennartsson, C., & Lundberg, O. (2007). Health and inequalities in Sweden: long and short-term perspectives. In J. Fritzell & O. Lundberg (Eds.), *Health inequalities and welfare resources*. (pp. 19-41). Bristol: The Policy Press.

Frånberg, G.-M. (2010). Att bli medveten och förändra sitt förhållningssätt. *Jämställdhetsarbete i skolan. Statens Offentliga Utredningar 2010:83*. Stockholm: Fritzes.

Gisselmann, M., Toivanen, S., & Hemström, Ö. (2012). Kön, genus och skillnader i hälsa. In M. Rostila & S. Toivanen (Eds.), *Den orättvisa hälsan – om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*. Stockholm: Liber.

Hirdman, Y. (2003). *Genus: om det stabilas föränderliga former (2., [rev.] uppl. ed.)*. Malmö: Liber.

Härkönen, J., Räsänen, P., & Näsi, M. (2011). Obesity, unemployment, and earnings. *Nordic journal of working life studies*, 1(2), 23-38.

Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37.

Lager, A. (2009). Varför drabbas kvinnor oftare av oro, ångest och depression? En kunskapsöversikt. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Lager, A., Berlin, M., Heimerson, I., & Danielsson, M. (2012). Young people's health: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 3. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(9 Suppl), 42-71.

Lenz Taguchi, H., Bodén, L., & Ohrlander, K. (2011). *En rosa pedagogik. Jämställdhetspedagogiska utmaningar*. Stockholm: Liber.

Lundberg, U., Krantz, G., & Berntsson, L. (2003). Total arbetsbörda, stress och muskelbesvär i ett genusperspektiv. *Socialmedicinsk Tidskrift*(3), 245-254.

SCB. (2012). *På tal om kvinnor och män: lathund om jämställdhet*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.

Skolverket. (2011a). *Läroplan för förskolan Lpfö 98. Reviderad 2010*. Stockholm: Fritzes.

Skolverket. (2011b). *Läroplan för grundskolan, förskoleklassen och fritidshemmet 2011*. Stockholm: Fritzes.

Skolverket. (2011c). *Läroplan, examensmål och gymnasiegemensamma ämnen för gymnasieskolan 2011*. Stockholm: Fritzes.

SOU. (2006). *Jämställdhet i förskolan – om betydelsen av jämställdhet och genus i förskolans pedagogiska arbete*. Statens Offentliga Utredningar 2006:75. Stockholm: Fritzes.

SOU. (2009). *Flickor och pojkar i skolan – hur jämställt är det? Delbetänkande av DEJA, Delegationen för jämställdhet i skolan*. Statens Offentliga Utredningar 2009:64. Stockholm: Fritzes.

SOU. (2010). *Flickor, pojkar, individer – om betydelsen av jämställdhet för kunskap och utveckling i skolan*. Statens Offentliga Utredningar 2010:99. Stockholm: Fritzes.

Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen (2013). *Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2013*

Statistiska centralbyrån. (2011). *Livslängden i Sverige 2001-2010: livslängdstabeller för riket och länen*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.

Westling Allodi, M. (2010). *Pojkars och flickors psykiska hälsa i skolan: en kunskapsöversikt*. Statens Offentliga Utredningar 2010:79. Stockholm: Fritzes.

Unga kvinnors psykiska hälsa



JENNIE C. AHRÉN
är doktor i medicinsk vetenskap,
disputerad inom området barn- och
ungdomspsykiatri vid Karolinska Institutet.
Forskare vid CHES (Centre for Health
Equity Studies, Stockholms universitet/
Karolinska Institutet) samt CES (Center för
epidemiologi och samhällsmedicin)

20

SAMMANFATTNING

Förståelsen för sjukdomar som drabbar hjärnan och olika sorters psykiska problem har ökat i takt med det moderna samhällets utveckling. Men, trots att vi idag har goda kunskaper inom området, och därmed bättre möjligheter att behandla psykisk sjukdom, drabbas många fortfarande av omfattande lidande. Under de senaste årtiondena har den psykiska hälsan försämrats bland unga i Sverige. Det visar sig inte bara som en ökad rapportering av självskattade hälsoproblem, utan även som ökad sjukhusvård för olika psykiska symtom. Själv mord minskar i alla åldersgrupper i samhället, förutom bland de unga. Genom stora register, folkhälsorapporter och kliniska studier kan vi skapa en bild av hur ohälsan ser ut generellt, och vilka som drabbas av psykisk sjukdom. Det finns sociala och strukturella skillnader i vem som drabbas av sjukdom och i hur vårdutnyttjandet ser ut. Generellt verkar unga kvinnor rapportera fler symtom på ohälsa och en sämre psykisk hälsa än unga män. De yngre flickorna mår bättre än de äldre. Flickor i familjer med bara en förälder, eller flickor som har utlandsfödda föräldrar löper större risk att drabbas av psykisk ohälsa än andra unga kvinnor. Att växa upp i ett hem där föräldrarna har knappa

resurser eller själva är drabbade av psykisk sjukdom ökar risken för psykisk ohälsa hos flickorna ytterligare. Klyftorna mellan olika grupper har ökat under senare år. En ökad psykisk ohälsa bland unga medför sämre möjligheter att etablera sig i samhället, vilket utgör ett växande problem för folkhälsan i Sverige.

INLEDNING

Medicinska framsteg och social trygghet har haft positiva effekter på folkhälsan i Sverige och jämförbara länder. Psykisk ohälsa har fått en mer framträdande plats inom vården, och en ökad medvetenhet gör att många har lättare att förstå och prata om ångest, depression och psykisk sjukdom idag. Under samma tidsperiod har de ungas röster blivit starkare och barnens rättigheter har stärkts. Men, trots att unga i dagens Sverige borde ha förutsättningar för en god hälsa och bra framtidsutsikter, så rapporteras det frekvent om deras ökande psykiska ohälsa.

Inledningsvis är det kanske på sin plats att fundera över vad som definierar en god psykisk hälsa. När en individ har svårt att fungera i sin vardag och symtomen är så tydliga att de präglar livet är det enkelt att förstå att det handlar om sjukdom. Men det är svårt att exakt beskriva vad som är normalt och avvikande beteende. Vi vet att det är helt normalt att inte må utmärkt hela tiden; känslor av nedstämdhet eller tider av depression drabbar de flesta någon gång i livet. Det finns dessutom stora kulturella och nationella variationer i vad som kan anses som normalt beteende. Världshälsoorganisationen WHO definierar psykisk hälsa som: ”Ett tillstånd av välbefinnande där individen är medveten om sin förmåga, kan hantera livets normala påfrestningar, kan utföra ett produktivt och fruktbart arbete och har förmåga att bidra till samhället.”. Man lyfter även fram psykisk ohälsa som ett av de snabbast växande hoten mot folkhälsan i världen.

Det finns olika sätt att mäta psykisk ohälsa på. De stora rapporterna från Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet använder till stor del sjukvårdregister för att uppskatta antalet patienter som återfinns inom primär-, öppen- eller slutenvården. Dessa förteckningar innehåller olika diagnoser över tid. Det finns två diagnostiska system som sammanfattar psykiska sjukdomar och beteendestörningar: det ena är Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V (som ersätter den tidigare DSM-IV) publiceras av American Psychiatric Association, och International Classification of Diseases and Related Health problems, ICD-10 som WHO står bakom. Diagnoserna delas upp i en rad underkategorier och stora förändringar har skett i de olika versionerna allteftersom nya kunskaper om hjärnan och dess funktioner har växt fram. Sjukvårdsregistren kan i sin tur kopplas till andra databaser för att hitta uppgifter om relaterade tillstånd och individers bakgrund, familj samt sociala omständigheter. Forskning baseras på registerdata, men kombineras också med intervjuer, observationer eller mer kliniska studier i laboratoriemiljö. Som ett viktigt komplement till diagnoser används ibland medicinska journaler där det kan finnas mer utförliga redogörelser för patientens sjukdomshistoria. För att bilda sig en uppfattning om hur vanliga de olika psykiska problemen är kan man också använda självskattningar av hälsa samt studera förskrivningar av olika läkemedel; som antidepressiva, ångstdämpande och lugnande preparat. Sjukskrivningar är ytterligare ett sätt att uppskatta förekomsten av psykisk ohälsa i befolkningen, men metoden är mer lämpad för vuxna, givet att barn och ungdomar inte förväntas förvärvsarbeta.

Det finns problem med att använda vårdkonsumtion som mått på ohälsa. Skillnaderna i hur olika grupper i samhället söker vård, och även i hur de blir bemötta inom olika delar av vårdsystemet är omfattande. En rapport från Stockholms läns landsting visar att inkomst är den faktor som har störst betydelse för hur och var man söker vård. Det finns sociala skillnader i utnyttjandet av vård, dessa stämmer till stor del överens med observerade skillnader i hälsa. Medan höginkomsttagare i högre grad söker sig till specialistvård vid sjukhus och privata vårdalternativ, söker lågutbildade och låginkomsttagare oftare hjälp inom primärvården. De största skillnaderna finns inom beroendevård och psykiatrisk vård. Tidigare studier visar att lågutbildade oftare avstår från att söka vård, eller gör det i ett senare skede av sin sjukdom (Åhs, 2006). En holländsk studie (von dem Knesbeck m.fl., 2012) visar att många med lägre utbildningsnivå inte har samma kunskaper om psykisk sjukdom som de med högre utbildning. Studien är baserad på telefonintervjuer och ett begränsat urval, men kan kanske bidra till att förklara skillnaderna vad gäller vårdsökande för psykiska problem. Många tycks fortfarande vara av uppfattningen att det inte finns hjälp att få för psykiska problem. Eller så är psykiska problem förknippade med skam, och därför avstår man från att söka hjälp. Det är fortfarande lättare att förklara ”ont i benet” än smärtan och ångesten som finns inombords.

Den här översikten fokuserar på psykisk ohälsa hos unga kvinnor i relation till social bakgrund. Unga kvinnor kommer till stor del att omfatta åldersgruppen 15 till 24 år. Vissa delrapporter eller studier inbegriper andra åldersgrupper, det framgår då av texten. Psykisk ohälsa hos kvinnor yttrar sig bland annat som självmordsförsök, oro/ångest, självskadande och ätstörningar. Huvudsakligen kommer texten att behandla de områdena. Även psykosomatiska besvär ingår. Neuropsykiatriska sjukdomar som uppmärksamhetsstörningar (ADHD, ADD), dysfunktion inom avledbarhet, motorik och perception (DAMP) och autismspektrumstörningar, ingår inte i texten.

PSYKISKA SJUKDOMAR OCH SYMTOM BLAND UNGA

Trots ett rådande fokus på alarmerande rapporter och mediala rubriker kring ungdomarnas försämrade psykiska hälsa, är det viktigt att komma ihåg att de flesta unga i Sverige mår bra. Däremot finns det en ökande andel unga som vårdas för psykiska problem. Vissa grupper tycks vara mer drabbade än andra. Här uppvisar de stora folkhälsorapporterna och forskningen liknande resultat.

Rapporten *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2013* (Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2013) visar att alltfler unga har vårdats på sjukhus för olika psykiska problem under de senaste decennierna. En av de tydligaste trenderna som visas fram är den ökande andel unga kvinnor som återfinns inom psykiatrisk slutenvård (Se figur 1, appendix). Framför allt är det ångesttillstånd, depression och självmordsförsök som är orsakerna till en ökad frekvens av sjukhusvård. Särskilt anmärkningsvärda är de stigande talen med tanke på att det under samma period har blivit mindre vanligt med inläggningar på sjukhus för psykiska problem. Diagrammen visar genomgående upp linjer som står för en minskning av liknande symptom vad gäller samtliga andra åldersgrupper. Merparten av unga med psykiska problem vårdas dock i öppenvården, men dessa data finns bara tillgängliga för de senaste åren varför inga jämförelser över tid är möjliga. Liknande resultat presenteras

i Socialstyrelsens rapport *Barn och ungas hälsa, vård och omsorg* (2013) som visar att ökningen av psykisk ohälsa bland ungdomar verkar hålla i sig.

Sverige ligger i framkant vad gäller hälsa och sociala förhållanden för de yngre barnen, men ungdomarna mår sämre än de unga i jämförbara länder. Sjukdomsförloppet blir ofta utdraget för den som drabbas av psykisk ohälsa tidigt i livet. Att ha vårdats på sjukhus mellan 16 och 24 års ålder medförde ofta behov av sjukhusvård på nytt inom fem år. Förutom hälsokonsekvenser är tidiga psykiska problem även kopplat till sämre utbildningsnivå och dödsfall i tidiga år. Ökningen i psykisk ohälsa bland unga medför sämre möjligheter att etablera sig i samhället; såväl boende, arbete som inkomst blir lidande. På sikt utgör denna grupp av unga som hamnar utanför samhället ett växande problem för folkhälsan i Sverige.

En systematisk översikt av den forskning som finns på området (Petersen et al., 2010) visar att självrapporerad psykisk hälsa (tidigare angivet som ”nedsatt sinnesstämning” och ”ängslighet”) är svårbedömt fram till mitten av 1980-talet. Forskningen presenterar samma resultat som de stora rapporterna; psykiska problem har ökat bland unga under de senaste decennierna. Fickor rapporterar generellt sämre hälsa än pojkarna. I övrigt har barn och ungdomars psykiska hälsa varit på en hög nivå i Sverige.

SJÄLMORD/SJÄLMORDSFÖRSÖK

Det kanske allvarligaste uttrycket för psykisk ohälsa är när en person mår så dåligt att den enda lösningen verkar vara att avsluta sitt liv. Självmord och självmordstankar är nära kopplat till psykisk sjukdom och ohälsa. Självmordsförsök har ökat bland unga kvinnor sedan början av 1990-talet, med en avtagande trend under senare år. Självmord minskar i alla andra grupper förutom bland ungdomar (*Se figur 2 och 3, appendix*). Nära 120 kvinnor och 300 män i åldersgruppen 16–24 år dör i Sverige varje år, varav ungefär en fjärdedel är till följd av självmord (Lager m.fl., 2012). Enligt de befintliga diagnoskriterierna är säkra självmord de fall där det inte råder några tvivel om att man har haft avsikten att ta sitt liv. De oklara fallen omfattar även olycksfall och handlingar där man är osäker på bakgrunden, t ex våldsamma olyckor eller överdoser av olika mediciner eller droger.

Det är fler unga kvinnor än män som gör självmordsförsök. De senaste tio åren ligger antalet fall per år runt 300 bland unga kvinnor (jämfört med ungefär 130 fall bland unga män). Siffrorna baseras på sjukhusvård, och omfattar långt ifrån alla som gjort ett självmordsförsök. Däremot är antalet fullbordade självmord högre bland män. Totalt begick 147 ungdomar självmord under 2012, och knappt 30 procent av dem var unga kvinnor (Ungdomsstyrelsen, 2012).

Det finns en klar koppling mellan förekomst av depression och självmordsförsök. Nästan alla som försöker ta sitt liv är deprimerade. Socialt kan riskfaktorer för självmord vara relationsproblem i familjen eller en otrygg uppväxt. Det är även större risk att själv drabbas av självmordstankar eller att man försöker ta sitt liv om någon närstående har begått självmord. En dansk studie visade att självmord, eller självmordsförsök, psykisk sjukdom och låg inkomst hos föräldrar, ökade risken för självmordsförsök hos barnen i familjen (Christiansen m.fl., 2011). Det fanns i samma population även en koppling mellan kortare skolgång och syskons psykiska ohälsa och senare självmord (Agerbo m.fl., 2002). En stor svensk studie visar att risken att tonåringar själva försöker begå självmord ökar efter att en förälder har

drabbats av psykisk sjukdom, eller försökt ta sitt liv. Risken är särskilt hög under tonåren, eller under de första två åren efter att föräldern försökt ta sitt liv eller insjuknat (Mittendorfer-Rutz m.fl., 2012).

Många vuxna ryggar tillbaka när samtal om självmord bland unga kommer upp, men att våga lyfta ämnet och ställa frågan om depression och självmord kan vara avgörande i mötet med den som är drabbad av självmordstankar. Det är viktigt att inte förringa personens känslor, utan att försöka skapa en djupare bild av hur personen mår. Av största vikt är också att uppmana personen, eller rentav se till, att denne söker professionell hjälp från vården.

SJÄLVSKADANDE BETEENDE

Självskadabeteende definieras som en avsiktlig förstörelse av egen kroppsvävnad utan medveten självmordsavsikt. De senaste rapporterna visar att sjukhusvård för självskadande beteende har minskat något bland unga kvinnor under de senaste åren. Det är generellt bara de allvarligaste fallen som leder till sjukhusinläggning. Vanligast är förgiftningar. Bland unga kvinnor som självskadar har antalet sjukhusvårdade ökat sedan början av 1990-talet för att stanna på relativt sett höga nivåer. Socialstyrelsens skrift *Vad vet vi om flickor som skär sig?* räknar med en förekomst mellan 4–7 procent, beroende på hur självskadandet definieras och huruvida man inkluderar självmordshandlingar eller inte (Socialstyrelsen, 2004). Vård för självskadande beteende och självmordsförsök är vanligast i ungdomsåren och kulminerar för kvinnor strax före 20-årsåldern. Självskadande och självmordsförsök bland både unga kvinnor och män är kopplat till lägre utbildningsnivå hos mammorna.

Favazza (1996) beskriver självskadande som flerdimensionellt; utöver biologiska förklaringar finns det såväl sociala, som kulturella faktorer som påverkar. En svensk bok (Wallroth & Åkerlund, 2002) beskriver olika aspekter av självskadande och skiljer mellan *kulturellt sanktionerat självskadande* och *avvikande-patologiskt självskadande*. Det kulturellt betingade självskadandet är ett resultat av ritualer eller sedvänjor som under generationer upprepats på ett liknande sätt. Det *avvikande-patologiska* beteendet är mer knutet till psykiska störningar eller neurologiska sjukdomar. Denna form av självskadande brukar delas in i tre undergrupper; grovt, stereotypt eller måttligt. Grovt självskadande är den minst vanliga formen och brukar handla om någon enstaka händelse. Stereotypt självskadande är ofta upprepade handlingar av ungefär samma art som inte tyder på något större känslomässigt engagemang. Den vanligaste gruppen är den som betecknas som måttlig och den kan delas in i tre undergrupper; tvångsmässigt, episodiskt och repetitivt. Den vanligaste formen av självskadande är just den episodiskt och repetitivt betingade. Beteckningen "måttligt" självskadande innebär dock inte att det handlar om lätta skador. Skadorna kan exempelvis bestå i att skära, rispa eller skrapa sig på armarna eller övriga kroppen med ett vasst föremål, eller att slå huvudet hårt mot väggen vid upprepade tillfällen. Självskadande beteende kan fungera som ett ångestreducerande medel för personer som lider av andra psykiska störningar. En relativt ny studie visade att flickor med depressiva tendenser var mer benägna att självskada, men samtidigt ledde självskadandet i sin tur ofta till ökade depressiva symptom. Negativ självbild och dålig relation till föräldrar var kopplat till ökad risk för självskadande (Lundh m.fl., 2010).

ÄTSTÖRNINGAR

Ätstörningar och självskadande beteende ökar av allt att döma och drabbar framför allt unga kvinnor. Ätstörningar är ett sammanfattande begrepp för diagnoserna *anorexia nervosa* (självsvält), *bulimia nervosa* (hetsätande och kompensation genom kräkningar eller laxering) och *hetsätningsstörning*. När ätstörningar definieras enligt breda kriterier uppskattas ungefär 10 procent av ungdomar lida av någon sorts ätstörning (Treasure, 2008). Ungefär en av tio som drabbas är pojkar och unga män. Även om dessa sjukdomar framför allt kännetecknas av ett avvikande beteende vad gäller mat och ätande, omfattar de även andra komplikationer och symtom. Möjligheterna att leva ett normalt liv påverkas och medför svårigheter i vardagen. De långsiktiga konsekvenserna av ätstörningen är allvarliga, både vad gäller skador på kroppen och psykologiska konsekvenser. Andra allvarliga beteendestörningar som självskadande, personlighetsstörningar och självmordsförsök är vanligt hos patienter med ätstörningar. Även om prognosen för tillfrisknande har förbättrats tack vare ökad uppmärksamhet på sjukdomens uttryck och en mer specialiserad ätstörningsvård, är dödligheten fortfarande bland de högsta av alla psykiska sjukdomar.

Orsakerna till att man utvecklar en ätstörning är fortfarande inte klarlagda. Förklaringarna måste sökas i bredare modeller, det är viktigt att ta hänsyn till såväl biologiska, psykosociala som medicinska aspekter för att förstå bakgrunden (Clinton & Norring, 2002). Studier visar att genetik och miljö kan påverka utvecklingen av en ätstörning. Det har diskuterats mycket kring kroppsideal och ätstörningar under senare år. Alla omgivningsfaktorer; som familj, vänner och media, påverkar unga människor på olika sätt, särskilt under år av utveckling. Det går dock inte att reducera allvarliga psykiska sjukdomar till en diskussion om samhällsideal. Många unga kvinnor exponeras för samma bilder och endast ett fåtal drabbas av ätstörningar. Det är med andra ord viktigt att förståelsen för olika sorters ätstörningar inte bara inkluderar yta och utseende, risken är då stor att många misstolkar symtom och därmed inte söker hjälp.

Vad gäller skillnader i social bakgrund visar tidigare forskning inte på någon generell trend, ätstörningar är överrepresenterade såväl i de högre sociala skikten som i de lägre. Negativa händelser eller trauman under uppväxten och hotfulla situationer under barndomen, brukar anges som en riskfaktor för att utveckla depression eller en psykisk störning generellt. Ätstörningar föregås ofta av personlighetsdrag som indikerar negativ självbild, perfektionism, brist på impuls kontroll, tvångsmässighet eller en överdriven vilja att vara till lags.

PSYKOSOMATISKA BESVÄR

Vi vet idag att flertalet sjukdomar och ohälsa generellt är beroende av många olika faktorer; såväl kroppsliga, som psykiska och sociala. Termen psykosomatisk syftar till att beskriva fysiska problem som kan förklaras av bakomliggande stress eller psykologiska faktorer. Psykosomatiska problem uppfattas ibland felaktigt som om de vore inbillade eller påhittade för att slippa undan vissa situationer. Men, stress är idag allmänt accepterat som en orsak till sjukdom. Kroppens reaktioner på stress medför bland annat muskelspänningar, sömnstörningar och huvudvärk. Om stressen är kortvarig kan kroppen återhämta sig snabbt, men vid långvariga stressreaktioner kan det uppstå skador i kroppens olika system. Psykosomatiska

symptom kan alltså ses som ett uttryck för den påverkan som sker, både hormonellt och kemiskt, till följd av olika processer i kroppen. Psykosomatiska besvär som huvudvärk och magont är vanligt bland flickor och unga kvinnor, vanligare än hos jämnåriga pojkar. Sedan början av 1990-talet har andelen som rapporterar den här sortens besvär ökat, men stannat av på relativt sett högre nivåer under senare år (Statens Folkhälsoinstitutet, 2011).

De självrapporterade problemen ökar med åldern, det gör även bruk av olika sorts mediciner mot huvudvärk och magont. Barn som har problematiska relationer med vänner rapporterar fler psykosomatiska problem. Studier av svenska skolbarn visar att trakasserier och mobbning leder till mer stress och ökad förekomst av återkommande huvudvärk och magont (Alfvén m.fl., 2008). Tung skolbörda och dålig behandling från lärare har också beskrivits som riskfaktorer för psykosomatisk smärta. Flickor rapporterar oftare huvudvärk och magont än pojkar. Trakasserier från jämnåriga, tung skolbörda och dålig behandling från lärare är kopplat till nedstämdhet, känslor av nervositet och psykosomatisk smärta (Hjern m.fl., 2008). Psykosomatiska besvär som förekommer flera gånger i veckan är vanligare hos barn och ungdomar i ekonomiskt utsatta familjer.

Det internationella forskningsprojektet *Skolbarns hälsovanor* finns representerat i 43 länder och baseras på självskattningar av hälsa och hälsobeteenden samt frågor om miljö och omgivning bland barn och ungdomar i åldrarna 11, 13 och 15 år. Undersökningen har pågått i över 30 år. Generella resultat för de svenska mätningarna visar att de yngre barnen mår bättre än de äldre barnen. Sämst hälsa rapporterar flickor i nionde klass. En svensk avhandling har tittat närmare på den svenska undersökningen och lyfter fram flickor med utländsk bakgrund som den grupp som har högst risk för sämre hälsa. Flickor från familjer med låg nivå av materiella tillgångar var också överrepresenterade i gruppen med sämre självskattad hälsa. Riskfaktorer för ohälsa var mobbning och låg materiell standard. Vidare var flickor som levde med en ensamstående mamma mer utsatta än andra (Carlerby, 2012).

26

SOCIAL BAKGRUND OCH PSYKISK HÄLSA

Att social ställning är kopplat till hälsa framgår tydligt såväl av de stora rapporterna som av forskningen i sin helhet. Begreppet ”social bakgrund” omfattar många olika aspekter av uppväxtvillkoren för unga. Ofta talas det om socioekonomiska faktorer, såsom utbildningsnivå, yrkesstatus och inkomstnivå; även kallad socioekonomisk status. Det handlar i stort om individers roller i samhället, deras interaktioner med andra, vilka tillgängliga resurser de har och deras levnadsstandard. Alla dessa faktorer är på ett eller annat sätt kopplat till hälsa.

SOCIOEKONOMISKA DIMENSIONER AV VIKT FÖR UNGA

De faktorer som generellt används för att beskriva vuxnas socioekonomiska situation passar inte lika bra för att mäta villkoren för ungdomar. Utbildning, yrke och inkomst är inte mätbart hos alla unga, i många fall för att unga inte har anställning

än och därmed inte någon inkomst. Många unga har inte heller studerat klart. När ungdomarna flyttar hemifrån och inte längre kan definieras genom sina föräldrar hamnar de också utanför mätbara strukturer. Unga som växer upp i familjer som är utsatta påverkas på många sätt, inte bara under uppväxten, utan även senare i livet. Hälsan i vuxenlivet bestäms till stor del av en individs sociala position, och den påverkas i sin tur i stor utsträckning av den sociala bakgrunden. En rapport från Folkhälsoinstitutet (Bremberg, 2002) visar att psykiska problem är 70 procent vanligare hos barn i socialt utsatta grupper. Resultaten bygger på en genomgång av över 100 publikationer som studerar sociala skillnader i hälsa i Sverige.

Den ekonomiska utsattheten bland barnfamiljer har inte blivit mer omfattande generellt, men många familjer har fått det bättre och inkomstskillnaderna har ökat. Sverige hör, tillsammans med övriga Skandinavien och Nederländerna, till de länder där ekonomisk utsatthet bland barnfamiljer är minst omfattande. Social bakgrund har stor betydelse för ungdomars hälsa. Det är inte bara genom social och ekonomisk position som familjen påverkar positivt, utan även genom livsstilsval vad gäller exempelvis kost och levnadsvanor. Hälsobeteenden har ofta ett samband med social klass, exempelvis har många barn från socialt utsatta miljöer sämre kostvanor och motionerar mindre än barn i mer gynnsamma uppväxtmiljöer.

FAMILJENS BETYDELSE FÖR UNGAS PSYKISKA HÄLSA

Relationen till familj är viktig under hela uppväxten, och även under tonåren fyller föräldrar en viktig roll. Samtidigt beskriver många att de har svårare att prata med sina föräldrar just under tonårsperioden. Både pojkar och flickor anger att de upplever det svårare att kommunicera med sina föräldrar ju äldre de blir (Danielson, 2006). Det är inte bara den sociala statusen eller de ekonomiska förutsättningarna som påverkar barnen, utan även interna relationer inom familjen. Samspelet med föräldrar och syskon är viktigt för ett barns utveckling, problem med att knyta an till andra tidigt i utvecklingen utgör en hälsorisk senare i livet. Relationsproblem och avsaknad av struktur i vardagen är inte gynnsamt för barns och ungas utveckling.

Barn och ungdomar som bor i hushåll med endast en förälder har ofta sämre ekonomiska förutsättningar än unga som lever med båda sina föräldrar. Studier visar även att barn som växer upp i hushåll med bara en förälder har sämre förutsättningar än de som bor med båda sina föräldrar. De har också högre risk för psykisk sjukdom, självmord eller självmordsförsök, skador och missbruk, enligt en stor studie av svenska barn (Weitof-Ringbäck et al., 2003). Socialt utsatta familjer har sämre förutsättningar än andra familjetyper. Socialt stöd och dåliga relationer har mer relevans för hälsa än andra aspekter som exempelvis familjetyp (Brolin Låftman, 2009). Särskilt utsatta är barn som inte bor med någon av sina föräldrar och ensamkommande flyktingbarn.

Barn som växer upp med föräldrar som har psykiska problem är utsatta på många sätt. Dels är de ofta utsatta rent ekonomiskt om föräldrarnas sjukdom medför nedsatt förmåga att arbeta och försörja familjen. Föräldrar med psykisk sjukdom kan ha svårt att ta ansvar för hem och barn. Ibland får barnen själva kliva in och ta hand om hemmet och de vardagliga sysslorna, och kanske även ta ansvar för yngre syskon. Rapporterna visar att nästan hälften av alla patienter inom vuxenpsykiatri har barn som bor hos dem. Barn som växer upp med en förälder som lider av psykisk

sjukdom löper upp till tre gånger högre risk att själv hamna inom vården för psykiska problem. Risken för självmordsförsök eller alkohol- och narkotikaproblem är också förhöjd. Föräldrar med psykisk ohälsa riskerar också att drabbas av andra problem och har en ökad risk för självmord (Socialstyrelsen, 2013). Självklart drabbar en förälders självmord barn och unga på många olika sätt.

KOPPLINGEN SKOLA, ARBETSLIV OCH PSYKISK OHÄLSA

Skolan är en av de viktigaste miljöerna för barn och ungdomar. Skolplikt gäller fram till årskurs nio, men med få andra tillgängliga alternativ har gymnasiet kommit att bli som en förlängning av den obligatoriska skolan. De flesta 15-åringar, runt två tredjedelar, trivs ändå ganska bra i skolan (Danielson, 2006). Men svenska ungdomars skolresultat har försämrats under de senaste femton åren. Enligt siffror från Statistiska centralbyrån anger ungefär 70 procent av unga kvinnor (jämfört med 50 procent av unga män) att de är stressade över skolarbetet. En ny avhandling från Stockholms universitet pekar på att unga som upplever höga krav löper högre risk för kronisk stress, vilket i sin tur är kopplat till sämre skolprestation. Låg självkänsla och låg social support ökar risken för kronisk stress ytterligare (Schraml, 2013).

Låga eller ofullständiga betyg är vanligare hos barn i lägre socioekonomiska grupper och ökar i sin tur risken för psykosocial ohälsa senare i livet. En ny avhandling från Karolinska Institutet visar att risken för självmord senare i livet är tre gånger högre i den grupp som har de lägsta betygen från grundskolan. Siffrorna baserar sig på en undersökning av nära 6000 kvinnor och män i Stockholmsområdet (Kosidou, 2013). Tidigare studier har gjort liknande observationer; Jablonska och kollegor (2009) fann att risken för självmordsförsök var sex gånger högre bland ungdomar med låga betyg i årskurs 9 jämfört med ungdomar med högre betyg. Avsiktligt självskadande var dessutom vanligare hos ungdomar i familjer med blandad etnisk bakgrund, låg socioekonomisk status och/eller lågutbildade mammor. Det finns också rapporter som pekar på att en bra socioekonomisk bakgrund inte skyddar mot den här sortens negativa utveckling. Bland barn och unga med svag skolprestation har goda uppväxtvillkor ingen skyddande effekt (Socialstyrelsen, 2010). Vidare visar en rapport från Socialstyrelsen (2012) att förhållanden på skolan påverkar elevers psykiska hälsa och livskvalitet. Särskilt utsatta är ungdomar som inte bor med någon av sina föräldrar och utlandsfödda elever med flyktningbakgrund. De rapporterar psykisk ohälsa i mycket större omfattning än andra elever. Skolor som domineras av elever med svenskt ursprung utgör en sämre miljö för elever med utländskt ursprung, exempelvis utsätts de oftare för mobbning än svenskfödda elever på samma skolor. Prestationer, skolframgång och hälsa är nära kopplat. Höga förväntningar på elever, låg förekomst av mobbning, goda relationer med lärare och ett starkt pedagogiskt ledarskap är förknippat med välbefinnande. Ett bra skolklimat påverkar eleverna positivt, det gäller inte bara välbefinnandet, utan även prestationerna (Sellström & Bremberg, 2006).

Skolans betydelse för unga kan inte underskattas. Det är inte bara den fysiska skolmiljön som påverkar unga människors hälsa och framtid, påverkan sker även genom utbildning, arbete och framtidschanser. Skolan har en utmärkt ställning vad gäller att jämma ut skillnader mellan olika sociala grupper genom att förse våra unga

med en god kunskapsgrund och godkända betyg. Det ökar chanserna för fortsatt utbildning och möjligheter till arbete avsevärt. För en mer grundlig genomgång av forskning om skolan och ungas psykosociala hälsa se Ahrén (2010).

Under tidigt 1990-tal skedde en dramatisk försämring av ungdomars arbetsmarknad. Under en femårsperiod minskade antalet förvärvsarbetande ungdomar mellan 15 och 24 år med 40 procent. Sannolikt var det ingen annan grupp i samhället som drabbades så hårt av krisen. Andelen långtidssjukskrivna har inte ökat stort under senare år, anmärkningsvärd är dock den fördubbling av andelen som är sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa. Ångest och depression förklarar merparten av ökningen. Ökad arbetslöshet bland unga anges som en förklaring till varför de unga känner bristande framtidstro, och i förlängningen drabbas av psykiska problem.

I en rapport från OECD (2013) drar man slutsatserna att Sverige måste öka resurserna till skolans elevhälsa för att tidigt identifiera och ge stöd till elever med psykiska problem. Riktlinjer för hur problemen bör hanteras ska formaliseras och finnas tillgängligt på alla skolor, och hos alla som arbetar med elevhälsan; skolsköterska, skolpsykolog, kurator och skolläkare. En mycket utsatt grupp utgör de unga som varken studerar eller arbetar, så kallade NEET (Neither in Employment, nor in Education or Training). Det handlar alltså om ungdomar som varken befinner sig i arbete, studerar eller har en lärlingsplats. Många av dessa har sannolikt hoppat av skolan, eller gått klart gymnasiet med ofullständiga betyg. Rapporten understryker här vikten av att ge adekvat stöd till unga som lämnar skolan i förtid, de utgör annars en grupp som blir mycket belastade och riskerar att drabbas av ohälsa på sikt.

MÖJLIGA ORSAKER TILL UNGDOMARS FÖRSÄMRADE PSYKISKA HÄLSA

29

Det är fortfarande inte klarlagt vad som står bakom den ökade psykiska ohälsan bland unga. Det återstår att spekulera och fundera kring några olika förklaringsmodeller. Sannolikt är det inte en och samma förklaring som gäller för samtliga unga, utan en rad olika faktorer som samverkar. Dessa faktorer kan givetvis variera stort från person till person. Den ökade ohälsan under de senaste årtiondena utgår inte bara ifrån självrapporterade besvär, utan omfattar även sjukhusvård för allvarliga psykiska problem. Det avskriver de åsikter som förts fram om att det skulle vara en skillnad i rapporteringen från ungdomarna själva. Många rapporter talar om den ökade individualisering som skett i samhället och de ungas upplevelse av höga krav. Kraven verkar komma såväl från samhället som inifrån. Kanske är det någonstans i övergången mellan det du förväntas vara och klara av, och det du känner att du faktiskt kan som obalansen uppstår. En obalans som leder till tvivel på den egna personen och kapaciteten, och därför leder till en nedåtgående spiral av ångest, depression och bristande tilltro till framtiden. Den moderna utvecklingen med sociala medier kanske kan bidra till att förklara upplevelsen av höga krav. Kraven har blivit högst visuella, strömmen av andras uppdaterade liv är konstant och det är svårt att värja sig. En lärare beskriver hur en hel klass visste genomsnittet på det senaste provet innan han ens hade räknat ut det själv. Resultat ska visas upp och diskuteras. Det är sällan misslyckanden som delas, utan snarare det önskvärda och retuscherade idealet.

Omstruktureringen av skolan har också lyfts fram som en potentiell förklaring till sämre resultat och ökad ohälsa. I samband med att skolan gjordes om fick fria

val och självständigt arbete en central roll. Ungdomarna blev själva ansvariga för att planera sitt arbete, och många hävdar att det inte passar alla. De funktioner i hjärnan som står för planering, genomförande och utvärdering, de s.k. exekutiva funktionerna är inte fullt utvecklade förrän i tjuugoårsåldern. Med andra ord kanske kraven på ungdomarna blev för höga här också. Dessutom blev valet av gymnasium viktigare än tidigare. Betygen från nionde klass har blivit en slags entrébiljett till de bästa skolorna, och den som inte har presterat har färre valmöjligheter. Den här sortens processer måste förstås bli extra påtagliga för den som känner att skolprestationen är ett misslyckande i sig. I förlängningen är det kanske redan här många börjar fundera på om de någonsin kommer att lyckas. Skola, betyg, gymnasium och därefter arbete. Utan de grundläggande stegen blir drömmen om ett framtida arbete och eget vuxenliv svårfångad.

Den här texten fokuserar på unga kvinnors psykiska hälsa, men det är viktigt att inte begränsa studier av ungas villkor och välbefinnande till redogörelser för skillnader mellan kön. Det finns stora differenser i utveckling under tonåren, inte bara mellan pojkar och flickor, utan även mellan individer. Både fysisk tillväxt och psykologisk mognad uppvisar stor variation mellan unga i samma ålder. Det finns en rad olika biologiska faktorer, som i samspel med omgivningsfaktorer, påverkar ungdomarnas utveckling. Det verkar också vara under tonåren som skillnaderna mellan unga män och kvinnor är som störst.

I kunskapsöversikten *Varför drabbas kvinnor oftare av oro, ångest och depression?* (Lager, 2009) diskuteras anledningarna till unga kvinnors försämrade psykiska hälsa. Man menar att kvinnor på många sätt har en mer utsatt livssituation än män; deras socioekonomiska position är ofta sämre, förvärvsinkomsten är generellt lägre och de flesta ensamstående kvinnor med barn har sämre disponibel inkomst än män. Det är vanligare att kvinnor utsätts för kränkningar och sexuella övergrepp, men samtidigt är andelen pojkar som utsätts för mobbning och våld högre. Unga kvinnor oroar sig mer för relationer än vad unga män gör. Men, det räcker inte att titta på den sociala bakgrunden för att förklara skillnaderna i psykisk ohälsa. Biologi och könsroller spelar en betydande roll. Hormoner, bakgrund och förväntningar från omgivningen kan förklara delar av beteende och avvikelser från det som anses som normen, men för en rättvis helhetsbild måste även andra delar ingå.

Den här sammanställningen visar på en rad allvarliga problem som drabbar framför allt unga kvinnor. De fakta som presenteras visar att vissa grupper i samhället är extra utsatta. En viktig slutsats är att tidigt ingripande är av yttersta vikt vid psykiska problem. Den som får hjälp i tid har ofta mycket bättre prognos för tillfrisknande och kan därmed få tillgång till hjälp och åtgärder som kan förändra livet. Det finns inga tydliga riktlinjer för vad som är rätt eller fel när det gäller unga människor som mår dåligt, förutom att det alltid blir fel när ingen gör något. De vuxna som rör sig i unga människors närhet måste vara lyhörda och uppmärksamma på hur de unga mår och agerar.



KAPITEL 2
SOCIALA SKILLNADER I UNGA
KVINNORS HÄLSA

LÄNKAR

www.abkontakt.se

Frisk och Fri - Riksföreningen mot ätstörningar
(tidigare Anorexi/Bulimi Kontakt).

www.maskrosbarn.org

Maskrosbarn

Föreningen Maskrosbarn stödjer barn och ungdomar
som har föräldrar som missbrukar eller lider av psykisk sjukdom.

www.psykiskhalsa.se

Föreningen psykisk hälsa arbetar för att främja
psykisk hälsa och driver bland annat självmordsupplysningen -
en suicidpreventiv webbplats: <http://sjalvmordsupplysningen.se>

www.shedo.org

SHEDO (<http://www.shedo.org>)

Föreningen SHEDO (Self Harm and Eating Disorders Organisation)
sprider kunskap om ätstörningar och självskadande beteende.

KAPITEL 2
SOCIALA SKILLNADER I UNGA
KVINNORS HÄLSA

REFERENSER

- Ahrén, J. (2010). Skolan och ungdomars psykosociala hälsa. SOU 2010:80. Stockholm: Fritzes.
-
- Agerbo, E., Nordentoft, M., & Mortensen, P.B. (2002). Selvmord blandt Unge - Familiemæssige, Psykiatriske og Socioøkonomiske Risikofaktorer. En Nested Case-Control-Undersøgelse [På dansk]. *Ugeskrift for Laeger*, 2;164(49), 5786-5790.
-
- Alfvén, G., Östberg, V. & Hjern, A. (2008). Stressors, perceived stress and recurrent pain in Swedish schoolchildren. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 381-387.
-
- Bremberg, S. (2002). Sociala skillnader i ohälsa bland barn och unga i Sverige. En kunskapsöversikt. Rapport 2002:13. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
-
- Brolin Låftman, S. (2009). Children's living conditions: studies on health, family and school. [Doktorsavhandling]. Stockholms universitet: Sociologiska institutionen.
-
- Carlerby, H. (2012). Health and Social Determinants among boys and girls in Sweden: Focusing on parental background. [Doktorsavhandling]. Mittuniversitet: Fakulteten för humanvetenskap, Institutionen för hälsovetenskap.
-
- Christiansen, E., Goldney, R.D., Beautrais, A.L., & Agerbo, E. (2011). Youth suicide attempts and the dose-response relationship to parental risk factors: a populations-based study. *Psychological Medicine*, 41, 313-319.
-
- Clinton, D., & Norring, C. (Red). (2002). Ätstörningar. Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder. Stockholm: Natur och Kultur.
-
- Danielson, M. (2006). Svenska skolbarns hälsovanor 2005/2006. Grundrapport. Statens folkhälsoinstitut.
-
- Favazza, A.R. (1996). Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry. Baltimore: John Hopkins University Press.
-
- Hjern, A., Alfvén, G., & Östberg, V. (2008). School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. *Acta Paediatrica*, 97, 112-117.
-
- Jablonska, B., Lindberg, L., Lindblad, F., Rasmussen, F., Östberg, V., & Hjern, A. (2009). School performance and hospital admissions due to self-inflicted injury: a Swedish national cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 38, 1334-1341.
-
- Kosidou, K. (2013). Mental ill-health in contemporary young adults. [Doktorsavhandling]. Karolinska Institutet: Institutionen för folkhälsa.
-
- Lager A. (2009). Varför drabbas kvinnor oftare av oro, ångest och depression? En kunskapsöversikt. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
-
- Lager, A., Berlin, M., Heimerson, I., & Danielsson, M. (2012) Young people's health. Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 3. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 42-71.
-
- Lundh, L-G., Wangby-Lundh, M., Paaske, M., Ingesson, S., & Bjarehed, J. (2010). Depressive symptoms and deliberate self-harm in a community sample of adolescents: a prospective study. *Depression Research and Treatment*. Doi:10.1155/2011/935871.
-
- Mittendorfer-Rutz, E., Rasmussen, F., & Lange, T. (2012) A Life-Course Study on Effects of Parental Markers of Morbidity and Mortality on Offspring's Suicide Attempt. *PLoS ONE* 7(12): e51585. doi:10.1371/journal.pone.0051585
-

KAPITEL 2
SOCIALA SKILLNADER I UNGA
KVINNORS HÄLSA

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP)
vid Karolinska institutet (2012). Självordsförsök 1987-2011

OECD. (2013). *Mental health and work: Sweden*. ISBN: 9789264188709, OECD Code: 812013071P1

Petersen, S., Bergström, E., Cederblad, M., Ivarsson, A., Köhler, L., Rydell, A-M., Stenbeck, M., Sundelin, C., & Hägglöf, B. (2010). Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturoversikt med tonvikt på förändringar över tid. Stockholm: Kungliga Vetenskapsakademien, Hälsoutskottet.

Schraml, K. (2013). *Chronic stress among adolescents contributing factors and associations with academic achievement*. [Doktorsavhandling]. Stockholms universitet: Psykologiska institutionen.

Sellström, E., & Bremberg, S. (2006). Is there a "school effect" on pupils outcomes? A review of multilevel studies. *Journal of Epidemiology and community health*, 60, 38-45.

Självordsupplysningen, Föreningen för psykisk hälsa. antal självmord i olika åldersgrupper 2010. 17 april 2013 [citerat 26 aug 2013]. <https://sjalvmordsupplysningen.se/om-sjalvmord/fakta-om-sjalvmord/>

Socialstyrelsen. (2004). Vad vet vi om flickor som skär sig? Artikelnr: 2004-123-41.

Socialstyrelsen. (2010). Skolbetyg, utbildning och risker för ogynnsam utveckling hos barn. Social rapport 2010.

Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut. (2013). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2013*. Artikelnr: 2013-3-26.

Socialstyrelsen. (2012). Skolans betydelse för barns och ungas psykiska hälsa. En studie baserad på den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2012.

Socialstyrelsen. (2013). *Barn och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. ISBN: 978-91-7555-042-8. Artikelnr: 2013-3-15.

Statens folkhälsoinstitut. (2011). *Kartläggning av psykisk hälsa bland barn och ungdomar*. Östersund: FHI.

Treasure, J. (2008). Eating disorders. *Medicine*, 36, 430-435.

Ungdomsstyrelsen (2012). *Ung idag 2012. En beskrivning av ungdomars villkor*. Ungdomsstyrelsens skrifter. 2012:2. Stockholm.

von dem Knesbeck, O., Mnich, E., Daubmann, A., Wegscheider, K., Angermeyer, M.C., Kambert, M., Karow, A., Härter, M., & Kofahl, C. (2012). Socioeconomic status and beliefs about depression, schizophrenia and eating disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Doi 10.1007/s00127-012-0599-1.

Walander, A., Ålander, S., & Burström, B. (2004). *Sociala skillnader i vårdutnyttjande. Yrkesverksamma åldrar. Vård på lika villkor. Rapport 1/2004*. Samhällsmedicin. Enheten för socialmedicin och hälsoekonomi. Stockholms läns landsting.

Wallroth, P., & Åkerlund, S. (2002). *Häl i huden*. Stockholm: Norstedts Tryckeri.

Weitfoft-Ringbäck, G., Hjern, A., Haglund, B., & Rosén, M. (2003). Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *Lancet*, 25(361), 289-295.

Åhs, A.M.H., & Westerling, R. (2006). Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. *Health Policy*, 78, 178-193.

Unga kvinnor på nätet är inga offer



ELZA DUNKELS
är lektor i pedagogiskt arbete
vid institutionen för tillämpad utbildningsvetenskap
vid Umeå universitet. Hennes forskning handlar
om ungas personliga säkerhet på nätet
och ungas lärandemodeller
på nätet.

SAMMANFATTNING

I debatten framstår ofta flickors och unga kvinnors nätanvändning som problematisk. Det finns emellertid inget stöd för den bilden i forskning om unga och nätet. Tvärtom tycks flickor och kvinnor tillhöra de grupper som bäst utnyttjat nätets erbjudanden om en arena att uttrycka sig på. Detta kapitel diskuterar varför bilden om flickors och unga kvinnors utsatthet ändå är så stark i media och i det allmänna medvetandet. Dels ges en bakgrund till hur debatten uppkommit genom en tillbakablick till 1990-talet och de mediepaniker som då uppstod och som färgade debatten, dels genom att presentera begreppet *juvenism*, som är ett sätt att identifiera en maktstruktur som bygger på ålder. Vidare diskuteras personlig säkerhet på nätet och hur säkerhetsråd som inte bygger på vetenskaplig kunskap kan vara farligare än att inte ge några råd alls. Avslutningsvis ges några förslag till förebyggande strategier tänkta för organisationer och skola men främst för individer. Dessa strategier kan användas i det förebyggande arbetet tillsammans med unga.

INLEDNING

I Sverige har vi haft allmän tillgång till internet i snart en generations tid (Findahl, 2009). Trots det kan man än idag iakttä en stark oro i debatten och medie-rapporteringen om ungas nätanvändning. Två exempel på formuleringar under de senaste åren är:

Svenska föräldrar låter sina barn surfa utan porr- och våldsfiler. (SvD, 2013)

De flesta ungdomar är medvetna om att uppgifter om dem själva på internet kan missbrukas av andra. Många av dem utsätts också för nätmobbning. Ändå är få tonåringar beredda att ändra sitt internetbeteende. (DN, 2008)

Den berättelse som återspeglas i media handlar om utsatthet, om ungdomligt oförstånd och om ett rått samtalsklimat där kränkningar och olämpligt innehåll är en del av ungas vardag. Det här är emellertid inte en bild som stöds av forskning om unga och nätet. Tvärtom visar forskning att unga lever ett bra liv på nätet och att de har bra strategier för att hantera det de upplever som negativt (Dunkels, 2007; Larsen-Ryberg, 2010, von Feilitzen et al, 2011). Däremot visar samma forskning att barn och unga är relativt ensamma med sina upplevelser. Det är inte ofta de får chansen att prata om nätet och sina upplevelser på nätet med vuxna (Dunkels, 2007). Det här är svårt att förklara i ljuset av att många samtidigt menar att vuxna överbeskyddar barn, till exempel diskussionerna om curlingföräldrar, ett uttryck som myntades av den danske psykologen Bent Hougaard (2004) och som beskriver föräldrar som gör allt för och åt sina barn.

En viktig bakgrund till hur vi pratar om unga och nätet utgör så kallade *mediepaniker*, som är känslomässiga reaktioner på nya medier (Drotner, 1991; Springhall, 1998). Dessa reaktioner är vanliga vid introduktionen av ett nytt medium eller en ny teknik och de innebär ofta att man exotiserar unga, det vill säga framhåller dagens unga som exotiska och fundamentalt annorlunda jämfört med tidigare generationer. Det är också vanligt att uppfattningar om nya företeelser baseras på anekdotiska bevis, vilket innebär att enskilda historier, ofta extrema och skrämmande, lyfts upp som allmängiltiga. För en oinvid kan en sådan anekdot se ut som ett tecken på något nytt som bara kommer att växa, medan det i själva verket lika gärna kan vara en väldigt ovanlig händelse.

I det här samtalsklimatet började ganska snart ungas säkerhet på nätet diskuteras; vilka faror finns på nätet och hur ska vi skydda unga från dessa? Från början fanns ingen forskning att tillgå och under slutet av 1990-talet kunde den som ville utfärda rekommendationer endast stödja sig på gissningar och antaganden. Ett vanligt sådant antagande var att barn och unga riskerade att råka ut för sexuella förövare om de talade om sitt riktiga namn på mötesplatser på nätet. Därför uppmanades barn generellt att vara anonyma på nätet för att skydda sig från faror (Lüders m fl, 2009). I princip alla länder hade en myndighet eller organisation som utfärdade liknande råd, dock utan att uppge varifrån dessa uppgifter kom. Istället kan man tolka det som att antagandet om anonymitet som garanti för säkerhet på nätet blev allmängods och rådet reproducerades av många aktörer utan att ifrågasättas. Så småningom kom forskningsresultat som visade att säkerhet på nätet är betydligt mer komplext än så. Man kan inte säga att det generellt är farligt att lämna ut personliga uppgifter på nätet. Tvärtom visade det sig att på mötesplatser där användarna är

anonyma, är samtalstonen rårare och det förekommer fler kränkningar (Brandtzæg m fl, 2009). Idag vet vi, bland annat genom forskning, att många av de barn som råkar illa ut på nätet har det gemensamt att de befinner sig i en svår situation utanför nätet (Shannon, 2007; Ybarra och Mitchell, 2008; Ybarra m fl, 2007). Barn som av olika skäl redan har det svårt har alltså mindre motståndskraft mot faror på nätet än de barn som har en trygg och stabil situation.

I den forskning, främst psykologisk och språkvetenskaplig, som studerar hur beteendet påverkas av att kommunikationen sker via nätet pratar man om att nätet hämmar oss mindre, på engelska *the online disinhibition effect* (Suler, 2001). Den innebär bland annat, som nämnts ovan, att vi ofta antar mer extrema positioner när vi samtalar över nätet. Dessutom har man kunnat iaktta att asynkronitet, att vi inte samtalar i realtid, påverkar vårt beteende. När ett samtal sker i en chatt, i ett forum eller via mail, till exempel, kommer reaktionen på det vi säger lite senare än den gör i rummet. I vissa fall handlar det om extremt kort skillnad; reaktionen kanske kommer en sekund senare än den skulle ha gjort i rummet. I andra fall kan det handla om längre tid, exempelvis när man har skickat ett mail. Den här försenade reaktionen påverkar oss på så sätt att vi blir mindre hämmade i våra uttryck. När vi inte omedelbart får negativa reaktioner på det vi säger, vågar vi ta argument ett steg längre än vi skulle ha gjort i rummet.

Den forskning som kommit under 2000-talet har framför allt fokuserat på att förstå ungas nätanvändning utifrån de ungas egna perspektiv, vilket har ökat möjligheten att veta vilka de verkliga farorna är och utifrån detta hitta sätt att skydda unga. I det följande tänkte jag diskutera vilka särskilda problem man kan identifiera kring flickor och unga kvinnor på nätet.

UNGA KVINNOR PÅ NÄTET

Flickor och unga kvinnor ses ofta som potentiella offer för faror på nätet, som exempelvis trakasserier och kontakt med sexuella förövare, men även för faror som de skapar själva. Till exempel har flickors bloggande i media nästan uteslutande diskuterats utifrån ett perspektiv där producenterna – flickorna och de unga kvinnorna – är improduktiva på det samhälleliga planet och självutlämnande på det personliga planet (Soxbo, 2010; Zettermark, 2010). Detta sätt att samtala kring en ny företeelse som kvinnor fått tillgång till är inte nytt för nätet. Tvärtom har man kunnat iaktta liknande diskussioner vid många tekniska framsteg. Förutom ovan nämnda mediepaniker som drabbar unga oavsett kön, tycks en särskild panik drabba just kvinnor. Vid telefonens införande varnades bland annat i USA för att om hushållen fick tillgång till telefon skulle kvinnorna i familjen kunna ringa ”oviktiga samtal” (Fischer, 1992). Zettermark (2010) beskriver hur flickors fritid kontrolleras hårdare än pojkars vilket skulle kunna innebära att nya tekniska landvinningar ses som hotfulla ifall de ger flickor relativt mer frihet än tidigare. Internet, liksom telefonen, innebar större frihet för alla men för flickorna blev tekniken än mer frigörande än för pojkarna eftersom de utgick från ett läge som var mer kontrollerat av vuxna. Det kan alltså tänkas att det faktum att vi oroar oss mer för flickors säkerhet på nätet avspeglar en rädsla att förlora kontrollen över flickorna snarare än att det verkligen föreligger större risk.

Ett av de fenomen som påverkar debatten kring kvinnor och nätet är synen på öppenhet (Dunkels, 2012). I retoriken kring flickors öppenhet på nätet lyfts nämligen ofta riskerna med självutlämnande berättelser fram. Argumenten är ofta

att flickorna inte vet sitt eget bästa och inte förstår att den information som de delar med sig av kan komma att användas i andra sammanhang än de är ämnade för. Här är det vanligt med anekdoter där öppenheten har fått negativa konsekvenser, exempelvis att publicerade bilder har spridits och använts i kränkande sammanhang. I kontexten unga kvinnors hälsa finns emellertid även andra sätt att se på öppenheten. Bland nätets många erbjudanden finns möjligheten att snabbt och enkelt uttrycka sig, ofta utan kostnad och till en publik som inte behöver befinnas sig i sändarens fysiska närhet. Det är en stor skillnad jämfört med tidigare medielandskap, där möjligheten att uttrycka sig har varit starkare knuten till ekonomiska och sociala resurser. Flickor och kvinnor har traditionellt fått en förhållandevis liten del av talutrymmet, både i skolan och i det offentliga rummet, medan nätet har blivit en arena oavsett kön. Det betyder inte att alla har tillgång till denna arena, eftersom det fortfarande finns både sociala och ekonomiska hinder för vissa, men hindren är mindre och det är en mindre grupp som drabbas.

Det finns alltså en risk att särskilt flickor hamnar i kläm när debatten styrs av panikutbrott. Genom att flickor är verksamma i bloggar, lägger ut bilder och är aktiva på sociala mötesplatser, betyder det att de rent statistiskt råkar ut för fler riskfyllda situationer. Fler flickor än pojkar rapporterar till exempel att de oroas av obehagliga kontakter med främlingar på nätet (Findahl et al, 2013). Det skulle kunna avspegla en verklighet som faktiskt består av många kontakter över nätet med främlingar men det finns inte stöd för ett sådant antagande i forskningen. Då blir det viktigt att hålla i minnet att i de säkerhetsråd som har förmedlats till unga sedan 1990-talet har just kontakt med främlingar lyfts upp som en stor fara. Risken finns alltså att den oro som många flickor berättar om i några fall är en konsekvens av varningarna som utfärdats. Dessa varningar har ofta karaktären av regler som bör följas.

Tala om för dina barn att de inte utan vidare ska lämna ut personlig information såsom sitt namn, sin adress eller sitt person- eller telefonnummer på Internet. Var noga med att förklara att genom att de lämnar ut uppgifter kan detta spridas till människor som de inte känner och som kan utnyttja uppgifterna. Post- och telestyrelsen (2013)

Det kan tyckas vara ett enkelt och harmlöst råd, att inte i onödan lämna ut personuppgifter på nätet. Rådet har emellertid inte tagit ungas nätkulturer i beaktande. Det är inte ens möjligt att vara anonym på många mötesplatser på nätet idag. På 1990-talet när råden formulerades var det betydligt vanligare än idag att man var anonym även i sociala forum. Idag har vi istället det man kallar för egocentriska mötesplatser, alltså mötesplatser som utgår från användaren som person och där man skapar ett nätverk av vänner. På en sådan plats fungerar inte rådet att inte lämna ut personuppgifter. Information om den enskilda användaren är själva motorn i den typen av umgänge som sker på sådana platser, precis som det är på de flesta mötesplatser utanför nätet. Det är alltså råd som verkar vettiga utanför nätets kulturella kontext – problemen med ungas säkerhet på nätet skulle bli mer lätthanterliga om unga verkligen inte lämnade ut personuppgifter, men obrukbart för den som använder mötesplatser på nätet.

Dessutom vet vi genom forskning om faror på nätet att det inte finns någon enkel koppling mellan att lämna ut personuppgifter och att utsättas för faror på nätet.

Problemen är betydligt mer komplexa än så. En fara är, som nämnts ovan, att befinna sig i en svår situation utanför nätet, vilket ju inte låter sig formuleras som ett råd till barn utan ligger på en helt annan ansvarsnivå.

För det barn som inte tycker att det är rimligt att följa råd som att inte lämna ut sitt riktiga namn eller publicera bilder, är risken stor att barnet istället döljer sina aktiviteter på nätet för vuxna (Dunkels, 2007). Det skulle potentiellt kunna skapa en farligare situation än om rådet inte alls hade förmedlats. Vi vet idag att på nätet, precis som utanför nätet, är de tryggaste barnen de som har goda kontakter med vuxna och som kan berätta för någon vuxen ifall något händer.

Diskussionerna kring bloggande flickor och kvinnor tillhör de debatter som stundtals har varit hätsk. I en artikel på DN Debatt skriver Alex Schulman bland annat:

Vilka är då detta bloggande fåtal? Rör det sig om landets intellektuella spets? Bloggportalen har en lista över de mest lästa bloggarna i Sverige. Åtta av tio av dessa bloggar utgörs av tjejer i tonåren, som skriver om mode. Det rör sig alltså om "dagens outfit" i olika former. Det är inte bloggar som bryter ner någon medial hierarki eller sätter någon agenda för något annat än möjligen den yngre delen av modevärlden.

Den aggressiva tonen antyder att dessa kvinnor ändå provocerar och upplevs som ett hot av etablerade grupper. Att sådan energi skulle riktas mot något oviktigt och ointressant verkar orimligt. Det skulle vara möjligt att tolka flickors bloggande och vuxnas reaktioner på detta i ljuset av nätets egenskap att hämma användarna mindre. Flickor och unga kvinnor kanske använder sig av den här bristen på kritiska reaktioner för att skapa sig ett större talutrymme.

Många unga, oavsett kön, använder nätet som en arena att uttrycka sig på. Att fler kan uttrycka sig är en av de demokratiska vinsterna med internet. Det betyder också, precis som det fungerar i en demokrati, att oetiska och olagliga formuleringar kommer att hitta denna arena. Det är dessa formuleringar som har fått störst utrymme i media och därmed i många medvetande, vilket har påverkat debatten. Generellt kan man säga att vi talar mycket om hatet på nätet men inte alls lika mycket om kärleken. Ändå är det så att många använder nätet som en kanal för att uttrycka sig, för att söka hjälp och för att knyta och upprätthålla kontakter. Och det finns anledning att anta att flickor och kvinnor tillhör de grupper som har vunnit mest på den stora genomgripande nätanvändningen.

JUVENISM

En bidragande orsak till många av de diskussioner vi ser om unga och nätet kan vara att det finns en åldersmaktordning i samhället. På samma sätt som vi lärt oss identifiera maktstrukturer som bygger på ålder och etnicitet, går det att beskriva en maktordning som bygger på ålder. På engelska talar man om *childism* men jag väljer att kalla det juvenism på svenska. Juvenism är ett sätt att beteckna dels fördomar och diskriminerande handlingar mot unga, dels de strukturer som tillåter och uppmuntrar stereotypisering av unga. Den här maktstrukturen är inte lika tydlig och enkel att förhålla sig till som exempelvis rasism och sexism. Dessa bygger på slumpen; det är exempelvis inte för att kvinnor är sämre på sitt jobb som kvinnolöner är lägre. Juvenism bygger däremot på en naturlig och önskvärd relation

mellan vuxna och barn. Det är inte eftersträvansvärt att vuxna ger upp sin makt över barn, tvärtom vore det ett övergrepp att inte tvinga barn till vissa saker. Man skulle alltså kunna säga att det finns ett bruk och ett missbruk av den makt vuxna har över barn; en vuxen som tvingar sitt barn att borsta tänderna gör till exempel barnet en välgärning. Det gör att det är svårare att prata om juvenism, jämfört med rasism och sexism, eftersom man lätt hamnar i normativa diskussioner om rätt och fel. I debatten om curlingföräldrar, som nämndes ovan, kan juvenism lätt bli ytterligare ett rött skynke för många.

På 1980-talet lanserades teorin om intersektionella perspektiv, där man pratar om att olika diskriminerande maktstrukturer samverkar. Intersektion betyder skärningspunkt och intersektionell teori menar alltså att vi alla befinner oss i en skärningspunkt mellan olika maktordningar; vi kan definieras utifrån kön, social och ekonomisk klass, etnicitet, och så vidare. Det här blir intressant för att försöka förstå de relativt kraftfulla reaktioner som kommit på unga kvinnors aktiviteter på nätet. Flickor och kvinnor befinner sig i skärningspunkten mellan två viktiga maktordningar, både en som bygger på ålder och en som bygger på kön. Debatten om näthat har tydligt avslöjat ett utbrett kvinnohat och flickhat, som inte på något sätt stannar vid uttryck på nätet. För att inte hamna i en dystopisk diskussion om nätet blir det då viktigt att se de strukturer som ligger bakom näthatet och att fundera över vilka det är som uttrycker sig så här och vad de gjorde innan nätet fanns. Med största sannolikhet har nätet gjort det enklare att snabbt uttrycka åsikter och relativt extrema känslor. Man pratar om en extremiseringsprocess som har att göra med hur datormedierad kommunikation påverkar oss. Bland annat har man kunnat iakttä att vi blir mindre hämmade vid samtal över nätet. Det i sin tur beror på att statusen delvis förändras genom att vi inte lika tydligt kan tolka icke-verbala uttryck som minspel och kroppsspråk när vi inte ser varandra eller är i samma fysiska rum. Men utöver dessa förändrade förutsättningar för samtal, är det inte rimligt att tänka sig att de åsikter som uttrycks på nätet har uppkommit i den miljön eller är unika för nätet. Tvärtom finns det skäl att anta att åsikterna funnits där hela tiden men att de hittat nya uttryck och nya arenor. Vi behöver alltså leta efter lösningar på problemen med näthat och nätmobbning även utanför nätet.

FÖREBYGGANDE STRATEGIER

De problem som uppstår kring unga kvinnors nätanvändning måste bearbetas på olika nivåer. På en samhällslevelig nivå är det viktigt att lagstiftningen följer med den tekniska utvecklingen så att vi får utrymme att åtala och döma förövare. Det är också viktigt att vi får upp teman som det här kapitlet berört: jämställdhet, maktordning, talutrymme och säkerhet på agendan. Det är först när vi identifierar och diskuterar företeelser som förändring kan ske. Förutom på den samhällsleveliga nivån kan problemen behöva bearbetas på en mellannivå som kan representeras av skolan, familjen eller en organisation. Även här kan det handla om att samtala om strukturella element i vardagen som påverkar oss; sexism, juvenism och maktordningar i allmänhet. Men det kan också handla om att arbeta normkritiskt och att systematiskt identifiera och motarbeta förtryckande inslag i verksamheten. En skola, familj eller organisation kan räkna och mäta talutrymme, antal gånger någon blir avbruten eller det fysiska rum en person tillåts ta. Skolor har redan idag krav på sig att ha en uppdaterad likabehandlingsplan som ett led i detta arbete.

För detta kapitel är det ändå mest aktuellt att diskutera vad som kan göras på en personlig nivå. Det är ett arbete som kan ske parallellt med att samhället och organisationer arbetar med de mer strukturella förändringar som krävs. På den individuella nivån handlar det om att skydda sig själv och se till att man inte utsätts för onödiga risker, men det handlar också om att bidra till det gemensamma arbetet för ett bättre samhälle.

På alla tre nivåer; samhällsnivån, familje- eller organisationsnivån och den personliga nivån gäller att hitta förhållningssätt till samtida medier så att det tillåter en rimlig användning samtidigt som det skyddar individer från faror. Här följer några förslag till strategier som kan diskuteras med unga och gamla nätanvändare. Strategierna är inte på något sätt unika för nätmiljön. Tvärtom, kan de med lätthet passas in på mänsklig samvaro i allmänhet, men nätet har genom sina speciella egenskaper tvingat upp frågorna på agendan.

GOOGLEHYGIEN

Den första strategin handlar om att sköta sin googlehygien, vilket innebär att vara medveten om hur sökning fungerar och tänka på sökmotorerna som en arena. Strategin är uppbyggd av två delar – orientering och produktion. Den första delen är till för att man ska få veta vad som finns att hitta, nästa för att få möjlighet att påverka den sökbild man just har identifierat.

Den första delen innebär att man försöker få en överblick över vad som skrivs om sig själv eller sina intresseområden på nätet. Det gör man enklast genom att egogooga – att söka på sitt namn eller sin organisation, eller bara söka på några nyckelord inom sitt intresseområde. På samma sätt kan en organisation söka på sina nyckelord för att se ungefär hur träffbilderna ser ut. Om man exempelvis arbetar med ungas psykiska hälsa kan det vara bra att regelbundet söka på ord som har med sådant att göra. Då bildar man sig en uppfattning om hur det ser ut när en ung människa vill hitta information om psykisk hälsa eller ohälsa.

Den andra delen handlar om att vara proaktiv snarare än defensiv när det kommer till sökbilden. Genom att vara aktiv på nätet; blogga, twittra, statusuppdatera, lägga ut bilder och texter som man själv kan stå för och genom att skriva och kommentera i forum går det att påverka sökningar. Det blir ett sätt att utnyttja det faktum att de flesta inte läser fler än första fåtalet träffar i en träfflista. Den som är väldigt aktiv på nätet har större chans att hamna högt upp i söklistorna med sitt eget innehåll och på så sätt påverka bilden av sig själv. För en organisation kan det istället handla om att nå ut med sin kunskap och sina frågor. I bästa fall hittar den som söker på ordet självmord inte en tråd om hur man bäst tar sitt liv på utan istället vettig information om vart man kan vända sig om man funderar på sådant.

Ett vanligt sätt att arbeta med frågor om oönskat innehåll är idag att försöka få bort innehållet från nätet. Googlehygienstrategin är tänkt som en motvikt eller komplement till detta genom att vara proaktiv och lägga ut innehåll snarare än att defensivt försöka få bort innehåll. Man kan alltid arbeta på flera nivåer samtidigt och denna strategi utesluter inte på något sätt att man samtidigt agerar för att få bort olämpligt eller olagligt innehåll. Vi kommer aldrig kunna rensa nätet från otrevligheter men vi kan fylla på med trevligheter så att det oönskade hamnar längre ner och blir mer svåråtkomligt.

Den här strategin fungerar alltså både på individ- och organisationsnivå, men även i förlängningen på samhällsnivån. Exempelvis skulle myndigheter kunna använda strategin som ett komplement till att lagföra och stänga ner webbplatser med olagligt innehåll.

FOKUSERA PÅ KÄRLEKEN

Den andra strategin handlar om hur man som person kan tänka och agera i förhållande till hat på nätet genom att fokusera på det positiva och negligera det negativa. Eftersom nätet med sina inbyggda egenskaper och erbjudanden gör att vi användare öppnar oss för varandra på ett sätt som vi inte gör i rummet, måste vi hitta sätt att förhålla oss till de praktiker detta medför. Öppenheten gör ju att vi säger trevligare saker också, inte bara elakare. Om man som personlig strategi väljer att koncentrera sig på den trevliga sidan är chansen större att man får ett bra liv på nätet. Det flödar så mycket kärlek i mötesplatser på nätet att det vore dumt att inte ta vara på den. Det här är inget som kommer av sig självt, det är något man måste träna sig i. De flesta människor hör negativa kommentarer bättre än positiva vilket betyder att det krävs ett aktivt ställningstagande för att låta de positiva vara viktigare. Och barn behöver hjälp med att utveckla ett sådant förhållningssätt.

Den här strategin kan lätt missuppfattas. Det här är inte ett sätt att förminska det allvarliga i hat och hot. Att fokusera på kärleken är inte ett sätt att smita undan från ansvar. Vi ska alla aktivt bekämpa hat och hot, genom att bemöta, genom att synliggöra och genom att lagföra. Men samtidigt måste var och en hitta en strategi för att klara sitt eget liv. Och för vissa innebär det fruktansvärda saker som att inte kunna gå igenom sin post själv, att leva på hemlig ort och att ständigt tänka på vilken väg de går till och från jobbet. Men för de flesta av oss räcker det att hitta ett sätt att navigera på nätet, till exempel genom att fokusera på kärleken.

Den här strategin är tänkt för individer snarare än institutioner som skolan. Samtidigt som man på institutions- och samhällsnivå arbetar med att minska hatbrott, trakasserier och kränkande handlingar, måste individen klara av sitt liv så som det i praktiken ser ut. En stor del av människors liv involverar internet och under överskådlig tid kommer där finnas obehagligheter som skadar individer. Ett sätt att klara av sitt liv i denna bitvis hårda miljö skulle alltså kunna vara att rikta in sig på de positiva uttrycken och försöka undvika de negativa. Ett råd till unga skulle kunna vara att aktivt undvika kritiska, hatiska kommentarer och lika aktivt leta efter positiv bekräftelse.

Man kan också behöva tänka på att vi alla är individer. Denna strategi kommer inte att fungera för alla. Exempelvis har det visat sig att vi uppfattar negativa och positiva kommentarer om oss själva på väldigt olika sätt. Således får det inte bli en norm att ignorera det onda eller användas som en flyktväg för exempelvis skolan att säga till en utsatt elev att det bara handlar om att fokusera på kärleken. Det här är alltså en personlig strategi för att navigera på nätet och får inte ses som ett sätt att undvika att se det obehagliga.

LÄS INTE ALLT

Nästa strategi är inne på samma linje som den förra, det vill säga att aktivt undvika vissa saker för att orka. Eftersom nätet är en arena, där fler än någonsin i historien kan uttrycka sina tankar, kommer vi att konfronteras med sådant vi normalt sett inte skulle vilja veta. Kombinerar man det med nätkommunikationens karaktärsdrag att det går snabbt och lätt att uttrycka sig till många, blir det tydligt att det kommer att finnas information på nätet som kan göra människor ledsna. Det finns så stora möjligheter att hitta information om andra, att läsa folks ganska öppenhjärtiga tankar och att lägga ihop ett och ett med hjälp av den information vi helt frivilligt delar med oss, att situationen kan liknas vid att kunna läsa andras tankar. I teorin skulle det kunna vara intressant att kunna lyssna på vad andra tänker, men i praktiken skulle det nog uppstå situationer där man får höra tankar som man inte mår bra av att höra.

En strategi kan således vara att inte ta nätets erbjudande om att läsa varandras tankar, utan att låta nyfikenheten stanna vid en tanke och inte agera på den. För de flesta av oss handlar det om etiskt genomtänkt beteende som att inte klicka på länkar i vad som kan antas vara spam, att inte söka information om andra i onödan eller att inte läsa statusuppdateringar från folk man inte känner, även om de har en öppen profil. För andra som är ute och rör sig mer på nätet kan det också handla om att inte följa alla länkar när man söker på sitt eget namn eller att inte läsa alla kommentarer man får. Om man misstänker att det står något som man inte orkar med att läsa, kan det vara bäst att inte läsa det. Återigen vill jag poängtera att detta är en personlig navigeringsstrategi och inte ett sätt att ge upp hela frågan och låta de som sprider hat fortsätta ostört. Den här strategin är tänkt att fungera på den personliga nivån medan man på samhälls-, företags- eller skolnivåerna måste arbeta på andra sätt. Den här strategin får inte heller användas som ett sätt att skuldbelägga offren genom att kräva att de inte ska läsa. Den som blir utsatt för hat och hot har självklart alla rättigheter på sin sida oavsett om hen läser allt som skrivs eller inte.

De ovan nämnda strategierna går ibland emot varandra. Det visar bara att vi har komplexa problem att handskas med; vi kommer inte att hitta en enkel och rättfram lösning på dem. Ett komplext problem kan inte ha en lösning som är i formen av en regelsamling. Istället handlar det om att arbeta fram förhållningssätt som möjliggör både hantering av den situation som föreligger idag och en framtida förändring. Därför krocker ibland tanken om att inte läsa allt med idén om att googla sitt namn eller sin organisation. En person som utsätts för kränkande behandling på nätet gör kanske klokt i att inte läsa det som skrivs på nätet och istället fokusera på de kärleksfulla uttrycken, medan en organisation som arbetar för ungas psykiska hälsa bör vara väldigt aktiv och läsa det som skrivs om ämnet, oavsett i vilket sammanhang det skrivs.

SAMMANFATTNING

I ljuset av mediepaniker och aktuell forskning om ungas nätanvändning kan vi alltså hitta en motbild till den allmänna bilden av flickor och kvinnor som offer eller potentiella offer på nätet. Det råder ingen tvekan om att det finns faror på nätet och att utsatthet på nätet kan få mycket allvarliga konsekvenser. Däremot finns det risker med att fokus hamnar alltför mycket på faror. En risk är att unga inte känner igen sig i debatten och väljer att hålla sina aktiviteter hemliga. Detta är en allvarlig risk eftersom vi idag vet att det krävs goda kontakter med vuxna för att bygga upp motståndskraft mot faror på nätet. En annan risk är att vi skuldbelägger offer när vi utan belägg ändå talar om hur man ska uppföra sig för att slippa faror på nätet. Ett barn som inte vågar berätta för någon vuxen att hen gjort ett misstag, är således ännu mer utsatt för risker.



KAPITEL 3
SOCIALA SKILLNADER I UNGA
KVINNORS HÄLSA

ORDLISTA

Egogogla - söka på sitt eget namn eller sin organisation

Googlehygien - att söka och publicera information om sig själv eller sitt intresseområde i syfte att påverka den officiella bilden av sig själv eller sitt intresseområde (Dunkels, 2012)

Juvenism - en maktstruktur som bygger på ålder och som tillåter att unga diskrimineras och stereotypiseras (Dunkels, 2012)

Mediepaniker - känslomässiga reaktioner på introduktionen av nya medier (Drotner, 1991)

REFERENSER

- Brandtzæg, Petter Bae, Staksrud, Elisabeth, Hagen, Ingunn & Wold, Thomas (2009) Norwegian Children's Experiences of Cyberbullying When Using Different Technological Platforms, *Journal of Children and Media*, 3:4, 349-365.
-
- Dagens nyheter (2008) Många ungdomar kränks på internet. 2008-01-28.
<http://www.dn.se/nyheter/sverige/manga-ungdomar-kranks-pa-internet>
-
- DEJA (2009) Flickor och pojkar i skolan - hur jämställt är det?
Delbetänkande av DEJA - Delegationen för jämställdhet i skolan. SOU 2009:64
-
- Drotner, Kirsten (1999). Dangerous Media? Panic Discourses and Dilemmas of Modernity. *Paedagogica Historica*, 35(3), 593-619.
-
- Dunkels, Elza (2007) Bridging the Distance - Children's Strategies on the Internet. Doktorsavhandling, Umeå universitet.
-
- Dunkels, Elza (2012) Vad gör unga på nätet? Malmö, Gleerups.
-
- Findahl, Olle (2009) Internet 15 år. Stockholm, Stiftelsen för Internetinfrastruktur.
-
- Fischer, Claude (1992) America Calling: A Social History of the Telephone to 1940. Berkeley, University of California Press.
-
- Hougaard, Bent (2004) Curlingföräldrar och servicebarn. Stockholm, Prisma.
-
- Larsen Ryberg, Malene Charlotte (2010) Unge og online sociale netværk: En neksusanalytisk undersøgelse af medierede handlinger og offentlige diskurser. Aalborg, Aalborgs universitet.
-
- Lüders, Marika, Bae Brandtzæg, Petter & Dunkels, Elza (2009) Risky Contacts. I Livingstone, Sonia & Haddon, Leslie (Red.) Kids Online. London, Policy Press.
-
- Post- och telestyrelsen (2013) Goda råd till föräldrar.
<http://www.pts.se/sv/Internet/Internetsakerhet/For-hemmet/Tretton-goda-rad/Goda-rad-till-foraldrar>
-
- Shannon, David (2007) Vuxnas sexuella kontakter med barn via Internet. Stockholm, Brottsförebyggande rådet.
-
- Soxbo, Maria (2010) Dagens Outfit och andra inlägg i modebloggsdebatten. Stockholm, Kalla kulor förlag.
-
- Springhall, John (1998) Youth, popular culture and moral panics: penny gaffs to gangsta-rap, 1830-1996.
-
- Svenska Dagbladet (2013) Svenska barn surfar utan porrfilter. 2013-02-13
http://www.svd.se/nyheter/inrikes/lackande-porrfilter-i-ny-eu-studie_7914522.svd
-
- von Feilitzen, Cecilia, Findahl, Olle & Dunkels, Elza (2011)
Vad nytt om barn och internet i Sverige? Nordicom Information 04/2011, 71-80.
-
- Ybarra, Michele & Mitchell, Kimberly (2008) "How Risky Are Social Networking Sites? A Comparison of Places Online Where Youth Sexual Solicitation and Harassment Occurs". *Pediatrics*, 121(2), 350-358.
-
- Ybarra, Michele, Mitchell, Kimberly, Finkelhor, David & Wolak, Janis (2007) "Internet Prevention Messages: Targeting the Right Online Behaviors", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(2), 138-145.
-
- Zettermark, Sofia (2010) En sockersöt reklamhora uppväxt bland dokusåpor. C-uppsats, Uppsala universitet.

Unga kvinnor med funktions- nedsättning



KARIN TORGNY
är journalist och fil kand i
kulturstudier med specialintresse för
sociala frågor, särskilt frågor som rör barn
och unga samt människor med funktionsnedsättning.
Under åren 2009-2012 har hon även arbetat i
ett projekt om våld mot kvinnor
med funktionsnedsättning.

SAMMANFATTNING

Kön, funktionsnedsättning och ålder är tre faktorer som var och en kan öka risken för att utsättas för våld. Ändå vet vi fortfarande lite om levnadsvillkoren och våldsutsattheten i gruppen unga kvinnor med funktionsnedsättning. Trots konventionstexter, jämställdhets- och folkhälsomål, lagstiftning och handlingsplaner fortsätter unga kvinnor med funktionsnedsättning att utsättas för våld och de uppmärksammas inte alltid av yrkesverksamma. Förutom förändrade attityder behövs mer riktad forskning, utbildning och implementering av befintlig kunskap, anpassade metoder och rutiner ute i verksamheter för att våldsutsatta unga kvinnor med funktionsnedsättning skall få det stöd som de behöver och har rätt till.

INLEDNING

Kvinnor med funktionsnedsättning utsätts för våld i lika hög eller högre grad som kvinnor utan funktionsnedsättning, men deras erfarenheter är i många stycken inte kända för andra (Kristensen, 2010). Så här beskrev Karin, en kvinna med funktionsnedsättning, hur hennes levnadsvillkor såg ut innan hon fick kraft att lämna sin våldsamme man.

”Vi är en osynlig grupp som får kämpa hårt för våra rättigheter. Först är jag kvinna. Sedan har jag två handikapp. Och redan där är det nog så att man inom sig kan känna sig mindre värd. Samhället har ju också på olika sätt förmedlat den uppfattningen. Jag tror att man omedvetet tar på sig rollen som mindre värd. Det är inget jag går och tänker på eller egentligen känner, men det är nog så. Och då är det lättare att bli utsatt” (Torgny, 2008)

Karin upplevde att samhället på olika sätt förmedlade att hon var mindre värd för att hon var kvinna, men också för att hon såg och hörde dåligt. Kön och funktionsnedsättning, tillsammans med till exempel ålder, klass, etnicitet och sexualitet, är faktorer som styr en grupps sociala position. Forskning visar att grupper högt upp i samhällshierarkin har bättre hälsa än grupper längre ner (Rostila och Toivanen, 2012). Karin, vars sociala position på olika sätt inverkar på hennes levnadsvillkor, påverkades dessutom av det våld hon under flera år utsattes för av sin man. Hon kände en ständig oro och ångest, sov dåligt, hade högt blodtryck och rädslan och osäkerheten gjorde att hon ramlade och skadade sig vid flera tillfällen. Och hon är inte ensam. Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkäter visar att det är mer än tio gånger vanligare med dålig hälsa bland personer med funktionsnedsättning än i den övriga befolkningen. Några exempel på rapporterad ohälsa är ångest och oro, självmordstankar, fler vårdkontakter, mer läkemedel, ekonomisk stress, övervikt och rökning. Enkäterna visade också att personer med funktionsnedsättning i högre grad utsätts för kränkande behandling, hot om våld och fysiskt våld än personer utan funktionsnedsättning (Arnhof, 2008)

Funktionsnedsättning kan alltså innebära en hälsorisk, men nedsatt hälsa bland personer med funktionsnedsättning är långt vanligare än den skulle behöva vara. Till stor del är det faktorer som brist på inflytande, ekonomisk och social utsatthet, diskriminering och en otillgänglig omvärld som ökar risken för ohälsa (Arnhof, 2008). Ensamhet, isolering och en känsla av maktlöshet är en vanlig livssituation för många med funktionsnedsättning, faktorer som man vet kan innebära en ökad risk för att utsättas för bland annat övergrepp och sexualiserat våld (NCK, 2013).

Nyligen uppmärksammades våld i nära relationer som ett folkhälsoproblem av Carin Götblad, regeringens nationella samordnare för våld i nära relationer. Hon föreslår därför att minskat våld i nära relationer skall bli ett nytt folkhälsomål, det tolfte. Det menar hon kommer ställa krav på en förbättrad samordning av insatser från myndigheter och verksamheter när det gäller våld i nära relationer (Götblad, 2013).

VAD BETYDER ORDEN?

Våld, våldsutsatthet, unga kvinnor och funktionsnedsättning, vad säger orden? Med *unga kvinnor* menar jag i den här texten främst dem som är 13-25 år. I dag använder vi inte ordet handikappad, istället säger vi att någon har en *funktionsnedsättning*,

det vill säga en nedsättning av en fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Den kan vara medfödd eller orsakas senare i livet och den kan vara bestående eller finnas under en begränsad tid. Funktionsnedsättningar kan delas in i fem undergrupper: Svårt att röra sig, svårt att se eller höra, svårt att tolka, bearbeta och förmedla information och svårt att tåla vissa ämnen. *Funktionshinder* är inte något som en person har, istället är det miljön som hindrar funktionen. Funktionshinder handlar därför främst om bristande tillgänglighet. Hur skall man sedan beskriva vad som är *våld*? Ett sätt är att använda den norske psykologen Per Isdals definition:

*Våld är varje handling riktad mot en annan person,
som genom denna handling skadar, smärtar, skrämmer eller kränker,
får denna person att göra något mot sin vilja
eller avstå från att göra något den vill.*
(Isdal, 2001)

När man talar om våld tänker man ofta på det fysiska våldet, som knuffar, slag, mord och dråp, men våld kan ta sig uttryck på fler sätt. I våldshjulet (*Se figur 1, appendix*) står tårtbitarna för olika former av våld; fysiskt, psykiskt, sexuellt, ekonomiskt, försummelse och funktionshinderrelaterat våld. De två senare är särskilt vanliga när det gäller personer med funktionsnedsättning. Flera av bitarna går in i varandra och gemensamt för alla är att det handlar om makt och kontroll.

MÄNS VÅLD MOT KVINNOR

48

Män står för majoriteten av våldet i samhället, oavsett om det riktas mot man eller kvinna. 85 procent av dem som misstänks för misshandel är män, och det är även män som är i majoritet bland offren. I internationella konventionstexter och i regeringens handlingsplan står därför att mäns våld mot kvinnor skall bekämpas. När vi talar om mäns våld mot kvinnor utgår vi från ett samhälle där män som grupp är överordnade kvinnor som grupp. Detta leder till en maktobalans och för att behålla makten krävs kontroll, en kontroll som kan upprätthållas med hjälp av våld. Våldsutsattheten för kvinnor och män skiljer sig åt på olika sätt, t ex utsätts män huvudsakligen av okända män utomhus på allmän plats, medan våld mot kvinnor utövas av en bekant eller närstående och brottsplatsen är inomhus i hemmet (*Se figur 2, appendix*). Största delen av mäns våld mot kvinnor sker alltså i de nära relationerna, men kan också omfatta ett kontrollerande beteende, sexuella trakasserier, hot, överfallsvåldtäkt, prostitution och människohandel (Regeringen, 2007).

Kvinnor kan vara våldsutsatta för att de är kvinnor, men utöver kön kan människors specifika förutsättningar göra dem särskilt utsatta. I arbetet mot våld i nära relationer brukar man därför tala om särskilt utsatta grupper. Bland dessa grupper räknas förutom kvinnor med funktionsnedsättning och unga kvinnor även barn och äldre, kvinnor som lever i missbruk, samkönade parrelationer och personer som utsätts för hedersrelaterat hot och våld. Utsattheten kan se olika ut inom dessa grupper och det är därför viktigt att göra en maktanalys utifrån fler maktordningar, t ex funktionsnedsättning och ålder som är fokus i den här texten, och fundera på hur de samspelar med varandra. En ung kvinna som är personlig assistent kan t ex vara överordnad en äldre man med funktionsnedsättning.

Unga kvinnor med funktionsnedsättning är alltså en särskilt utsatt grupp, men det betyder inte att den är homogen. Inom gruppen finns det som är gemensamt, men också det som skiljer åt. En döv kvinna och en kvinna med intellektuell funktionsnedsättning har olika behov och möjligheter, men delar samtidigt erfarenheter. Några av dessa erfarenheter är *osynligheten, beroendet av andra och en sårbar livssituation* (Brå, 2007).

OSYNLIGA UNGA KVINNOR

Unga kvinnor med funktionsnedsättning kan berätta om hur de reduceras till sin funktionsnedsättning och inte ses som kvinnor. En tänkvärd bild för det är toalett-skytlarna på offentlig plats som signalerar att det finns tre kön; man, kvinna och person med funktionsnedsättning (*Se figur 3, appendix*). När det gäller våldsut-satthet bland unga kvinnor med funktionsnedsättning orsakas osynligheten bland annat av att vi tänker och agerar i stuprör separerade från varandra och det gäller både forskning och i myndigheter och verksamheter. De som har kunskap om unga kvinnors levnadsvillkor har inte alltid kunskap om funktionsnedsättning och de som kan funktionsnedsättning tänker sällan kön. Samtidigt är det svårt att se och tala om våld oavsett vilket stuprör man verkar i. Konsekvensen kan bli att ingen frågar om deras erfarenheter av våld.

När personal på ungdomsmottagningar, inom elevhälsovård och socialtjänst möter unga kvinnor är de kanske inte alltid medvetna om att de kan ha en funktionsnedsättning. Det finns också unga kvinnor med funktionsnedsättning som av olika anledningar väljer bort eller inte har möjlighet att besöka en mottagning. Den fysiska tillgängligheten i lokalen kan vara en anledning liksom okunskap om befintliga stöd-funktioner. Osäkerheten att bli förstörd eller trodd om man berättar om våld kan vara en annan förklaring. Unga kvinnor med psykisk eller intellektuell funktionsnedsättning förstår inte alltid att det de utsätts för är våld och en brottslig handling. De kan ha svårt att bedöma andras handlingar och sätta gränser och många har lärt sig att vara till lags. De som har få kontakter har också små möjligheter att spegla sig i andras relationer och tror kanske att våld hör till en relation. En stark önskan att ha en partner som andra kan också göra att man döljer och stannar kvar i ett våldsamt förhållande.

Ungdomsmottagningar kan bjuda in eller besöka elever i särskola eller på särgymnasier för att informera om vilket stöd de erbjuder och det finns också verksamheter riktade till specifika målgrupper, t ex elevhälsovården på riksgymnasier för rörelsehindrade eller döva ungdomar samt teamen på habiliteringarna. Att uppfatta våldsut-sattheten kan vara svårt och även om man vet eller misstänker våld kan det vara besvärligt att veta hur man bemöter på bästa sätt. Man kanske inte tror att unga kvinnor med funktionsnedsättning har relationer eller en sexualitet och att de därmed inte riskerar att utsättas för mäns våld. Kanske tror man att kvinnorna lever ett skyddat liv med personal och anhöriga som vakar över dem. Kvinnors skador eller deras reaktioner på våldet kan också förklaras med funktionsnedsättningen. Att t ex en blind kvinna har blåmärken på kroppen uppfattas inte som något konstigt. Brist på kunskap gör att våldet förblir osynligt. Våld mot kvinnor med funktionsnedsättning är fortfarande ett förhållandevis nytt forskningsområde. Läger man sedan till ålder är det svårt att hitta studier som ger en tydlig bild av hur det ser

ut för unga kvinnor med funktionsnedsättning. En genomgång av ett antal studier med fokus kvinna, ung, funktionsnedsättning och våld visade att våldsutsattheten bland unga kvinnor med funktionsnedsättning på olika sätt är osynlig. Det är sällan som de ingår som en egen kategori i generella studier om våld eller hälsa. Deras våldsutsatthet syns också sällan i studier om funktionsnedsättning (Torgny, 2011).

Några andra förklaringar till osynligheten är svårigheten att ställa frågor om våld. Det kan bero på en rädsla för att ha fel, att inte vilja ”väcka den björn som sover” eller att inte veta vad man skall göra om kvinnan svarar ja. Om någon dessutom inte kommunicerar med tal eller skrift behövs kanske kunskap om alternativa kommunikationssätt. När den unga kvinnan är i behov av hjälp av t ex en anhörig eller personlig assistent för att svara på frågor om våld kan det hända att hon väljer att inte svara. Det kan vara hennes stödperson som är förövaren. Sammantaget bidrar alla dessa faktorer till att våldet förblir osynligt.

VÅLDSUTSATTA UNGA KVINNOR MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING

På olika sätt förstår vi ändå att utsatthet och våld är närvarande i vardagen också för unga kvinnor med funktionsnedsättning. I ett uppmärksammat kopplerimål i Malmö våldtogs och såldes en 14-årig flicka med intellektuell funktionsnedsättning till flera män. Att just kvinnor med psykisk eller intellektuell funktionsnedsättning är särskilt utsatta visade också en granskning av alla våldtäktsanmälningar i Lund under ett år där 8 av 41 anmälda fall gällde kvinnor med intellektuell eller psykisk funktionsnedsättning. Ingen anmälan gick till åtal (Sydsvenskan, 2011). I magasinet *Och..* beskrev unga kvinnor med rörelsenedsättning hur de anpassade sig för att inte utsätta sig för risker:

”Sarah till exempel, ser alltid till att ha långbyxor på sig när hon åker färdtjänst. Och sitter gärna i baksätet. Det känns tryggast så. Sarah: Alla människor kan vara utsatta, men är man tjej och har ett funktionshinder tror jag att man är mer utsatt. Samtidigt kan vi ju inte gå omkring och vara rädda hela tiden. Vi måste ju leva.” (Torgny, 2009).

Den forskning som man idag hänvisar till, nationell och internationell, visar att våldsutsattheten bland kvinnor med funktionsnedsättning är mer omfattande än mot kvinnor utan funktionsnedsättning (NCK, 2013). I en enkätstudie svarade var tredje kvinna med syn- eller rörelsenedsättning att de utsatts för hot, våld eller sexuella trakasserier av män. Det visade sig också att de kvinnor med intellektuell funktionsnedsättning som deltog i studien var mer utsatta för våld än övriga kvinnor som deltog (Handu, 2007). I den stora omfångsundersökningen Slagen Dam svarade 50 procent av kvinnorna med funktionsnedsättning att de utsatts för hot, fysiskt eller sexuellt våld av en man. Det kan jämföras med kvinnor utan funktionsnedsättning där siffran var lägre, 42 procent (Kristensen, 2010).

Även om det finns brister i forskningen gäller sannolikt utsattheten även för unga kvinnor med funktionsnedsättning. Ungdomsstyrelsen uppskattade i en rapport att ca 16 procent av unga i åldrarna 16 till 24 har en funktionsnedsättning. När deras levnadsvillkor undersöktes konstaterades det att de på flera områden hade en sämre hälsa än unga utan funktionsnedsättning. Fler kände sig otrygga eller rädda

i skolan, var missnöjda med sina liv, var oftare stressade och mobbade. De hade känt sig otrygga, blivit orättvist behandlade, hotade, misshandlade och hade sämre tro på framtiden. Att ha ont i magen var vanligast bland unga kvinnor som också var mer stressade än de unga männen. Kvinnorna kände sig också mer otrygga och över hälften hade haft obehagliga upplevelser på nätet (Ungdomsstyrelsen, 2012).

BEROENDET OCH SÅRBARHETEN

Våld i nära relationer polisanmäls sällan och man räknar med ett stort mörkertal. När det gäller våld mot kvinnor med funktionsnedsättning så kan det ske på fler arenor och av fler än de allra närmaste i hemmet. Den unga kvinnan med funktionsnedsättning kan vara beroende av daglig omsorg; allt från personlig hygien till att läsa sin post eller använda bankomaten. Hon kan vara beroende av en partner, men också av en förälder, ett syskon, en personlig assistent, omsorgspersonal eller färdtjänstchaufför. Någon av dessa kan samtidigt vara den som utför våldet och kvinnan vågar därför inte gå till polisen, kanske av rädsla för att straffas, bli lämnad eller inte få den omsorg som hon behöver. Om dessutom partnern eller föräldern är anställd som kvinnans personliga assistent komplicerar det ytterligare då hela familjen kan vara beroende av inkomsten.

Som vi tidigare konstaterat så kan funktionsnedsättningen i sig bidra till en sårbar livssituation. Men våld kan också riktas direkt mot funktionsnedsättningen. En ung kvinna med rörelsenedsättning kan ha svårt att skydda sig mot fysiskt våld eller fly från en hotfull situation. Någon kan ta hårt i en kvinna som har värk i kroppen, kan möblera om hemma hos sin partner som är blind eller lura pengarna av en kvinna som har svårt att förstå och uttrycka sig. För den som inte kommunicerar med tal kan det vara svårt att få information om sina rättigheter och var hjälp och stöd finns att få.

51

SAMHÄLLET'S ANSVAR

Våld i nära relationer är brottsliga handlingar. Kvinnofridslagstiftningen regleras i Brottsbalken 4 kap 4§, där det står att grov kvinnofridskränkning omfattar en mans våld mot en kvinna som han är eller har varit gift med eller bott tillsammans med under äktenskapsliknande förhållanden. Det kan handla om misshandel, olaga hot, olaga tvång, sexuellt ofredande och sexuellt utnyttjande. Grov kvinnofridskränkning faller under allmänt åtal. Det betyder att en brottsutredning kan starta även om inte kvinnan själv anmäler brottet. Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att ge stöd och hjälp åt den som utsätts för våld i en nära relation. I SoL 5 kap 11§ står att socialnämnden särskilt skall beakta att kvinnor och barn kan vara utsatta för våld av närstående.

Det som är speciellt för våldsutsatta kvinnor med funktionsnedsättning är som tidigare nämnts att förövaren kan vara en person som har till uppgift att ge vård, omsorg och stöd. Den som arbetar inom socialtjänsten eller annan omsorgsverksamhet för t ex personer med funktionsnedsättning, är enligt lex Sarah skyldig att rapportera om någon utsätts för missförhållanden eller riskerar att utsättas. Det är därför viktigt att det på arbetsplatsen finns kunskap om våld och om skyldigheten att ingripa. För att underlätta en anmälan är det bra om det på arbetsplatsen finns en handlingsplan som beskriver hur man skall gå tillväga vid misstanke om våld, t ex vem som har ansvaret för att missförhållandena utreds och åtgärdas.

SAMMANFATTNING OCH NÅGRA ORD PÅ VÄGEN

Olika maktordningar som kön, funktionsnedsättning och ålder påverkar den sociala positionen, hälsan och våldsutsattheten. Kunskap om hur de olika maktordningarna samspelar med varandra är en förutsättning för att kunna bemöta varje kvinna utifrån hennes unika situation. För yrkesverksamma som möter unga kvinnor med funktionsnedsättning är det viktigt att tala om kvinnornas erfarenheter av våld, rättigheter och möjligheter till stöd. Några saker som kan vara bra att tänka på i mötet är:

- ~ *Bemötande*: Tala inte över kvinnans huvud. Våga fråga och ge tid. Lär känna kvinnan och utgå från hennes förutsättningar. Se över tillgängligheten, den fysiska men se också till att det finns begriplig information och kommunikationsstöd. *Tips*: ”Tänkte inte på det...” En utbildning om bemötande på webben (Västra Götalandsregionen).
- ~ *Våga se*: Utbilda arbetsgruppen i funktionsnedsättning och våld. Var medveten om att den unga kvinnan framför dig kan ha erfarenheter av våld. Lär dig signalerna. *Tips*: ”Sällan sedda.” Ett utbildningsmaterial om våld mot kvinnor med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen).
- ~ *Våga fråga*: Ta reda på om det du misstänker är rätt, fråga t ex: ”Jag har märkt att många av dem jag träffar har varit utsatta av våld. Därför frågar jag alla om de varit utsatta för våld av någon som de känner”. Samtala alltid i enrum. Ifrågasätt inte. Döm inte. Förmedla att våld är ett brott. Se till att det finns en handlingsplan på arbetsplatsen så alla vet hur man går vidare. Lotsa till tjej- eller kvinnojour. Använd alternativ kommunikation vid behov. *Tips*: ”Att ställa frågan om våld.” Ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvården (Nationellt centrum för kvinnofrid). ”Reda ut-häfte” för att tala om våld med hjälp av bilder (Utvecklingscentrum Dubbelt Utsatt).
- ~ *Förebygg*: Allra bäst är naturligtvis att förebygga. Ge sex- och samlevnadsundervisning på ett sätt så att alla kan ta det till sig. Diskutera relationer och gränssättning och ge kunskap om rättigheter och samhällets skyldigheter. *Tips*: ”VIP” – pedagogisk gruppverksamhet som tar upp känslor, relationer, gränssättning och våld (Utvecklingscentrum Dubbelt Utsatt).



KAPITEL 4
SOCIALA SKILLNADER I UNGA
KVINNORS HÄLSA

LÄNKAR

www.kvinnofridslinjen.se
www.tjejjouren.se
www.roks.se
www.kvinnojour.com
www.boj.se
www.umo.se

REFERENSER

- Arnhof, Y (2008). Onödig ohälsa. Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning. Statens folkhälsoinstitut.
-
- Brottsförebyggande rådet (2007). Våld mot personer med funktionsnedsättning. 2007:26
-
- Brottsförebyggande rådet, Brå. Utsatthet för brott år 2010. Resultat från Nationella trygghetsundersökningen.
-
- Dagens Nyheter (2013 06 25). www.dn.se/debatt/battre-samordning-kravs-i-bemotandet-av-valdsutsatta/ (Götblad, Carin, nationell samordnare mot våld i nära relationer. 2013 06 25)
-
- Isdal, P (2001) Meningen med våld. Gothia förlag.
-
- Kristensen, K (2010). Dubbelt Utsatta damer? En studie om mäns våld mot kvinnor med funktionsnedsättning. En magisteruppsats.
-
- Lundgren, E. Heimer, G. Westerstrand, J. Kalliokoski, A (2001). Slagen Dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning. Brottsoffermyndigheten och Uppsala universitet
-
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2010). Att ställa frågan om våld. Ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvården.
-
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2013). Rapport Våld mot kvinnor med funktionsnedsättning.
-
- Rostila, M och Toivanen, S (2012). Den orättvisa ohälsan. 2012. Liber.
-
- Regeringen (2007). Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer. Skrivelse 2007/08:39
-
- Socialstyrelsen (2011). Sällan sedda. Utbildningsmaterial om våld mot kvinnor med funktionsnedsättning.
-
- Sveriges kvinnojourers Riksförbund. www.kvinnojouren.se/varningstecken (2013 07 16).
-
- Sydsvenskan, 2011-06-17.
-
- Torgny, K (2008). Dubbelt utsatt – om våld mot kvinnor med funktionsnedsättning. Utvecklingscentrum Dubbelt Utsatt, Bräcke Diakoni.
-
- Torgny, K (2011). Hur våldutsatta är unga kvinnor med funktionsnedsättning? En genomgång av ett antal studier med fokus på kvinna, ung, funktionsnedsättning och våld. Utvecklingscentrum Dubbelt Utsatt, Bräcke Diakoni.
-
- Ungdomsstyrelsen (2010). Agera Förebygg våld mot unga kvinnor. Ungdomsstyrelsens skrifter 2010:1 Ej publicerad rapport.
-
- Ungdomsstyrelsen (2013). Fokus 12. Levnadsvillkor för unga med funktionsnedsättning. Ungdomsstyrelsens skrifter 2013:3
-
- Utvecklingscentrum Dubbelt Utsatt, Bräcke Diakoni (2009). Och.. Ett magasin om våld för unga kvinnor med funktionsnedsättning. Red: Karin Torgny.
-
- Utvecklingscentrum Dubbelt Utsatt, Bräcke Diakoni (2012) Reda ut-häfte. www.dubbeltutsatt.se/vara-publikationer/reda-ut-hafte-om-vald (2013 07 28). Red: Karin Torgny.
-
- Utvecklingscentrum Dubbelt Utsatt, Bräcke Diakoni. På www.dubbeltutsatt.se/utbildning/ finns utbildningsmaterial, t ex VIP - pedagogisk gruppperksamhet som tar upp känslor, relationer, gränssättning och våld. Kvinnofridspelet - lär mer om våld mot kvinnor med funktionsnedsättning. Det finns stunder - ett utbildningsmaterial om kvinnor med funktionsnedsättning utsatta för våld. (2013 07 28)
-
- Västra Götalandsregionen (2005). Tänkte inte på det... En utbildning om bemötande av personer med funktionsnedsättning. <http://bemotandeutbildning.vgregion.se/login.aspx> (2013-06 28).
-

Mat, livsstil och hälsa



AGNETA YNGVE
professor i måltidsvetenskap
vid Örebro Universitet med lång erfarenhet
inom området folkhälsonutrition. Hon har arbetat
med jämställdhetsfrågor i ett antal projekt,
bland annat vad gäller Kvinnors fattigdom
i Sverige samt i Europeiska projekt
på folkhälsoområdet.

INLEDNING

I KvinnorKans tidigare kunskaps sammanställning om kvinnors fattigdom i Sverige, visade vi att låg utbildningsnivå och fattigdom går i arv i Sverige. Vi stannar kvar i det lokalsamhälle, eller den typ av lokalsamhälle vi fötts till, särskilt i de fattigaste familjerna. I det här avsnittet visar vi att både matvanor, amningsvanor och fysisk inaktivitet hänger ihop med social tillhörighet. Det är också lätt att konstatera att en hälsosam livsstil verkar hänga ihop så att de som äter bra också rör sig mycket och röker lite. Sammantaget har vi ”kluster” i befolkningen där flera livsstilsfaktorer av ogynnsam karaktär är anhopade, dvs. rökning, stort intag av socker och snacks och litet intag av frukt och grönsaker och samtidigt ett övermått av fysisk inaktivitet. På sikt riskerar dessa faktorer hälsan för flera generationer framåt. Inom ett sådant kluster finns det dåliga förutsättningar för ett friskt liv för de unga kvinnor som föds, växer och blir mammor i sin tur. Läger man till fattigdom och arbetslöshet och ensamstående föräldraskap i socialt missgynnade geografiska områden så är risken för framtida ohälsa och cementering av generationsmönstren ännu större (Bremberg, S, 2002; Statens Folkhälsoinstitut, 2012; SLV 2013). Det här kapitlet ska beskriva några sociala skillnader i unga kvinnors hälsa vad gäller matvanor och fysisk aktivitet i Sverige och vad man kan göra för att påverka skillnaderna på sikt, som individ, politiskt aktiv, yrkesverksam och beslutsfattare.

VANOR OCH FÖRÄNDRING AV VANOR

Våra vanor vad gäller måltidsmönster och hur mycket och ofta vi rör oss, skapas och förändras under livsloppet. Under barndomen är vi helt beroende av våra föräldrar eller vårdnadshavare när det gäller både den mat vi serveras och hur mycket fysisk aktivitet eller inaktivitet vi får möjlighet att utöva. Exempel på fönster i tiden vad gäller stora förändringar är när vi skapar ett eget hem, flyttar ihop eller flyttar isär, får barn, pluggar/jobbar/byter jobb, och vid pensioneringen. Då förändrar man ofta både matvanor och livsstil i övrigt i positiv eller negativ riktning. Frukostvanor, lunchvanor, mellanmål och vårt sätt att planera dagen påverkas av arbetsliv och eventuell familj. Måltiden som en samlingspunkt där man pratar om viktiga saker och laddar inför dagen eller pratar om vad som har hänt under dagen eller bara konverserar har en mycket viktig betydelse för hälsa och välbefinnande enligt måltidsforskare. Inom måltidsforskningen varnar man för effekterna av att äta ensam vid datorn, och poängterar vikten av att laga sin mat själv och njuta den med familj eller vänner (Ehrlich, R, Wahlqvist, M, 2012; Chen RC, Lee MS et al, 2012, Rozin P, Fischler C et al, 1999).

ÄTER VI OLIKA BEROENDE PÅ VAR VI BOR OCH VILKA VI ÄR?

Indikatorer visar att barns levnadsvanor försämras under tonåren och sedan ytterligare i vuxen ålder. Andelen som äter frukost dagligen sjunker under tonåren, särskilt bland flickorna. Det finns också vissa skillnader i levnadsvanorna mellan olika grupper som är värda att nämna. När det gäller barn 11–15 år äter barn med utländsk bakgrund visserligen frukt oftare, men de äter också godis och läsk oftare än barn med svensk bakgrund. Utlandsfödda 16–24 år har oftare en stillasittande fritid och låg fysisk aktivitet, liksom arbetslösa. I samma åldersgrupp visar det sig också att personer med funktionsnedsättning ägnar mindre tid åt motion. (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

Livsmedelsverket undersöker regelbundet våra matvanor, men de senaste åren har svarsfrekvensen varit så låg att data är osäkra vad gäller sociala skillnader i matvanor. Det finns ändå några sociala skillnader att rapportera när det gäller val av mat. När det gäller skillnader vad man äter i förhållande till var man bor visade den senaste undersökningen, från 2010/11, att kvinnor i Stockholm äter mer grönsaker än de som bor i glesbygd. Kvinnor i södra Sverige verkar äta mycket godis och kvinnor i Norrland äter mycket fett. Ju mer utbildade kvinnor är, desto högre intag av frukt och grönsaker, vin och sprit. Kvinnor med högre inkomst oavsett utbildning åt mer grönsaker, kött, fisk och ägg samt öl, vin och sprit. Sötsaker och snacks äts mest av kvinnor med lägre inkomst (SLV, 2013).

Hushållets storlek har också betydelse för vad vi äter. I hushåll med fler än två boende verkar det som om kvinnor får i sig mindre folat, ett b-vitamin som är viktigt för normal fosterutveckling men också viktigt för hjärnans funktion och som påverkar bland annat inlärningsförmågan under hela livet. Rökning påverkar intaget av mat och näringsämnen på så vis att rökare verkar välja andra livsmedel och väljer bort frukt och grönsaker och får lägre intag av viktiga näringsämnen (SLV, 2013).

FÖRÄLDRAANSVAR

En sammanställning av barns och ungdomars hälsa visar att många hälsobeteenden hänger ihop med föräldrarnas utbildningsnivå eller yrke. Dit hör alkoholintag, rökning, fysisk inaktivitet, att hoppa över frukost eller lunch, där barn till föräldrar med låg utbildningsnivå har de sämsta förutsättningarna. Mammors val att amma hänger också väldigt mycket ihop med utbildningsnivå och social tillhörighet, så att barn till lågutbildade mammor löper tre gånger så hög risk att inte ammas som barn till högutbildade mammor. Det innebär att risken för ohälsa är förknippat med valet att inte amma och det drabbar både barn och mamma på ett ojämlikt sätt. Dessutom är risken att föda ett barn med låg födelsevikt något större hos mammor med lägre utbildningsnivå. Risken att bli överviktig i unga år verkar också vara starkt knuten till sociala skillnader och förstås även till amning, där amning skyddar barnet mot övervikt och hjälper mamman att gå ner till sin vikt före graviditeten. Det är också större risk att unga flickor blir mer fysiskt inaktiva när föräldrarna har de sämsta förutsättningarna socialt (Bremberg, S, 2002).

De senaste åren har man kunnat visa från flera studier att det existerar stora sociala skillnader i viktuppgång vid graviditet (Holowko, N, Mishra G et al. 2013). Lågutbildade svenska kvinnor löper extra stor risk att gå upp alltför mycket i vikt under graviditeten och därmed riskera problem med graviditeten, med barnets hälsa och med sin egen hälsa på lång sikt. När sedan en stor andel av dessa kvinnor avstår från att amma, blir problemet mångfalt större för både barn och mor. En stor viktuppgång kan leda till graviditetsdiabetes och komplikationer vid förlossningen.

SOFFPOTATIS ELLER DATORNÖRD?

Bland unga vuxna finns det inga förändringar rapporterade varken när det gäller matvanor eller fysisk aktivitet sedan 2004. Däremot har andelen unga, framför allt kvinnor, med övervikt ökat sedan dess. För vuxna ökar inte övervikt och fetma längre, men det gäller alltså inte åldrarna 11–15 och 16–24 år (Statens folkhälsoinstitut, 2011). Tilläggas bör att det egentligen inte genomförs några befolkningsrepresentativa studier av matvanor, fysisk aktivitet och övervikt, annat än små, regionala studier eller större studier med självuppgiven vikt och längd, dvs. med relativt dåliga data.

En studie i Malmö stad och en i Västerbotten visar att det finns ett samband mellan föräldrarnas socioekonomiska status och övervikt och fetma bland barnen. Ju lägre status, desto vanligare med övervikt och fetma (Currie et al, 2012). Det finns också ganska nya data som visar på skillnader mellan landsbygd, förort och stad vad gäller övervikt hos barn, där barn från landsbygden har störst andel övervikt, tätt följda av förortsbarn och sist stadsbarn (Sjöberg, A et al, 2011). Vad gäller underviktsproblematik har också där flaggats för hälsorisker och många unga flickor börjar fundera över sin kroppsform redan tidigt. En av tio unga kvinnor i Sverige var underviktiga enligt en enkätstudie från 2011, en andel som har ökat de senaste åren. Undervikt är vanligast i storstäderna och i åldrarna 16–19 år och bland studerande unga kvinnor i större utsträckning än bland arbetande, medan övervikt är vanligare bland arbetande kvinnor i åldern 20–24 år och bland unga kvinnor på landsbygden (Statens Folkhälsinstitut, 2012).

De senaste årtiondena har en annan form av fysisk inaktivitet uppstått – TV-tittande och datoranvändning ger få möjligheter till fysisk aktivitet. Det finns stora

sociala skillnader i ungdomars fysiska aktivitet, träning och tv-tittande, däremot inga sådana skillnader vad gäller dataspel och datoranvändning. Bara 30 procent av 11-, 13- och 15-åringar i den lägsta socioekonomiska gruppen är fysiskt aktiva minst en timme per dag och en stor andel, 34 procent, är aktiva högst två dagar i veckan. För den grupp med högsta socioekonomisk status är siffrorna 45 procent aktiva minst en timme per dag och 21 procent aktiva högst två dagar i veckan. Det är också i gruppen med lägst socioekonomiska status som barnen ser på TV mer, majoriteten ser på TV 3 timmar eller mer per dag.

Fler och fler ungdomar spelar dataspel, 37 procent av de tillfrågade anger i en studie att de spelar 1-2 timmar per dag, medan 28 procent säger att de spelar tre timmar eller mer per dag. Det finns inte någon könsuppdelning av resultaten. Det finns studier som visar att ungdomar som åter framför TV:n åter sämre och väljer andra livsmedel och mindre grönsaker och frukt (Bremberg, S, 2002; Andaya AA, Arredondo EM et al, 2011).

SKILLNADER I LIVSSTILSRELATERAD HÄLSA

Antalet unga kvinnor i åldern 16–19 år som varken jobbar eller studerar har ökat kraftigt från 1987 till 2007, vid senaste mätningen var det över 15 procent som gick sysslolösa och utan gymnasiekompetens. Detta får stora konsekvenser för deras framtida hälsa, deras framtida inkomst och förutsättningar i övrigt. Kvinnor röker mer än män i Sverige idag och vi ser också att lungcancerfrekvensen ökar bland kvinnor. 32 procent av kvinnor i klassiska arbetaryrken röker jämfört med de 8 procent av kvinnor på tjänstemannasidan som röker. Alkoholintaget är hos kvinnor högst i gruppen 16–24 år och det avspeglas också i en ökning i alkohol- och drogrelaterade sjukhusvister sedan 90-talet och fram till 2009, då senaste undersökningen gjordes. Ensamstående mammor har ökad risk att dö tidigt, liksom för allvarlig sjukdom och många ensamma mammor har försämrade generell hälsa än mammor i en relation (Fritzell S, Burström B, 2006).

57

MATANSVAR I FAMILJEN

I många unga familjer delas matansvaret nu mellan könen, särskilt i högtbildade familjer. Vad man däremot sällan pratar om är vem som har ansvaret för familjens hälsa och livsstil. Bland ensamstående föräldrar faller ansvaret tungt på en förälder, som då åtminstone tidvis och i det vardagliga blir ensamförsörjare, ensamuppfostrare och ensam ansvarig för sina barns framtida hälsa. Med knappa ekonomiska resurser blir det då en fråga om att skaffa sig kunskap om bra och billig mat som går att laga till snabbt och som alla i hushållet tycker om. Alla hushåll har inte råd att prenumerera på näringsberäknade matkassar eller betala avgiften till idrottsklubben. Om man inte har tillgång till bil kan det vara svårt att handla billig mat när de små butikerna försvinner och stormarknader placeras långt från bostadsområden. I och med det försvinner också promenaden till butiken.

LARM OM DEN OJÄMLIKA HÄLSAN

På vilken nivå ska förändringar göras för att minska de sociala skillnaderna i hälsa med avseende på mat och fysisk aktivitet i samhället? Längre fram kommer texten handla om vad man kan göra på egen hand, men självklart behövs större strukturerade insatser från samhället. Michael Marmot, professor i epidemiologi och folkvetenskap, fick i uppdrag att skriva en global rapport om sociala skillnader i hälsa för några år sedan (Marmot, M et al, 2010). Den rapporten gav tre huvudsakliga rekommendationer:

- ~ Förbättra de dagliga levnadsförhållandena,
- ~ Tackla den ojämlika distributionen av makt, pengar och resurser
- ~ Mät och förstå problemet och mät också effekten av olika insatser

Under rubriken om de dagliga levnadsförhållandena tar rapporten upp jämlikhet från starten, dvs. diskuterar barnafödande och barnhälsovård, skola och utbildning. Här tas också upp samhällsplanering och styrning, arbetstillfällen och goda arbetsförhållanden, socialt skydd genom hela livet och hälso- och sjukvård till alla.

Under den andra punkten diskuteras införandet av jämlikhetsaspekter på alla policies, system och program och vikten av att det finns pengar för att genomföra insatser för att minska de sociala skillnaderna i hälsa. Den tredje punkten handlar mer om vikten av att det byggs upp system för att samla in data om hälsa och ohälsa i relation till sociala förhållanden, och att de systemen verkligen samlar in data som är representativa för alla sociala grupper. På så sätt går det att se om de insatser som görs är tillräckliga och adekvata.

I Sverige har ett regeringsuppdrag lett till en serie åtgärder, bland annat står Sveriges Kommuner och Landsting bakom ”Samling för social hållbarhet – minska skillnader i hälsa”. 2013 publicerades rapporten ”Gör jämlikt – gör skillnad” som ett resultat av SKL:s satsning. I den har man formulerat fem rekommendationer som bygger på Marmot’s rapport:

1. Integrera jämlikhet i hälsa i all politik och i ordinarie styrning och ledning
2. Mät och analysera problemet och bedöm effekterna av åtgärder
3. Ge alla barn och unga en bra start i livet
4. Ge alla förutsättningar till en egen försörjning
5. Skapa hälsofrämjande och hållbara miljöer och samhällen

Mat, fysisk aktivitet och hälsa för unga kvinnor är integrerad i flera av rekommendationerna från Marmots och SKL:s rapporter. Att skapa hälsofrämjande miljöer och samhällen där man kan vara fysiskt aktiv, både utomhus och inomhus gratis eller till överkomligt pris och att ha tillgång till butiker där man kan handla bra mat även utan tillgång till bil, borde vara en självklar målbild för alla politiker. Att se till att unga kvinnor har förutsättningar till en egen försörjning utan att i unga år drabbas av arbetsskador, med därmed riskerar fattigdom och svårigheter att vara fysiskt aktiv, är en annan självklarhet. Att rikta sina informations-, utbildnings- eller stödåtgärder till dem som mest behöver är en annan viktig uppgift.

MYNDIGHETERS SAMVERKAN

SKL framhåller i sin rapport vikten av olika myndigheters samarbeten i strävan att ge förutsättningar för en jämlik hälsa. Här hoppas man att uppnå samarbeten mellan arbetsförmedling, försäkringskassa, länsstyrelse och till exempel polisen regionalt och lokalt för att säkra en god utveckling av arbetsmarknad, rehabilitering, trygghet och tillsyn. Statliga verk som Skolverket, Boverket, Statens Folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen bör samarbeta med varandra och med lokala och regionala aktörer när det gäller mätsystem och lokal/regional uppföljning av olika insatser. Goda politiker skapar förutsättningar för medborgare att leva ett aktivt liv med bra matvanor och många goda gemensamma måltider.

INDIVIDER OCH GRÄSRÖTTER

Att vara politiskt aktiv är en viktig uppgift för att säkra att utvecklingen med att utjämna sociala skillnader i hälsa går åt rätt håll. Men självklart är det inte bara genom politik man kan påverka sin situation, mycket kan ske bland kommuninvånare själva också. Många goda exempel finns på matlag, studiecirklar, föreningar, grannskapsföreningar som har förbättrat situationen både för sig själva och för andra. Den starkaste kraften är gräsrotter som sluter sig samman och gör saker tillsammans. I vår nutidshistoria kan vi hitta exempel på stora rörelser som har förändrat livet; folkbildningen med alla studieförbund som ledde till ett utvecklat skol- och utbildningssystem, nykterhetsrörelsen som skapade hjälp åt alkoholister och deras familjer. Feminismen och gröna vågen, motståndsrörelsen mot kärnkraft är andra exempel. I olika omgångar och rörelser har människor mobiliserats för att diskutera eller genomföra stora förändringar. Att möta andra människor är då av yttersta vikt, och lokalsamhällets viktigaste uppgift är att se till att det skapas mötesplatser för människor. Föreningslivet och studieförbunden har här en viktig roll. Att t ex nattvandra är ett bra sätt att få fysisk aktivitet och samtidigt lära känna sitt lokalsamhälle och få nya vänner.

VAD KAN MAN GÖRA SJÄLV?

Fysisk aktivitet

Statistiska centralbyrån har gjort en serie undersökningar om levnadsförhållanden (2010) och där kan man se att det finns en utpräglad rädsla för våld, särskilt efter mörkrets inbrott, bland både unga och äldre kvinnor i våra mest socialt utsatta förorter. Vad gör det med vår lust att röra oss i närmiljön i förorterna, att vistas utanför våra hus, att skicka ut barnen för att leka eller att gå och handla? Det är bara en liten andel av de vuxna som bor i lägenhet som faktiskt går ut för att göra något på gården utanför sitt hus. Och det är ofta samma personer som också utforskar närområdet och verkligen utnyttjar våra grönområden. Miljön där vi bor ska uppmuntra till fysisk aktivitet (Sjöström, M, Yngve, A, Ekelund, U 2001). Det ska finnas bra cykelvägar, med bra belysning och ett bra underlag för både cykel, barnvagn och promenader. Det ska finnas områden där man kan röra sig fritt, sommar som vinter, och kartor som man kan använda när man vill utforska sin närmiljö. Orienteringsklubbarna brukar ha detaljerade kartor och man kan också beställa kartor från lantmäteristyrelsen över det område man är intresserad av.

Det är bra om vi kan gå till jobbet eller matbutiken, men det är sällan vi bor på gångavstånd från arbetsplats, skola och butik. Att få utöva en stor del av sin dagliga fysiska aktivitet i form av transport till och från jobbet/skolan vore en fantastisk möjlighet men är få förunnat. Det kan vara bra att ha kontroll över hur många steg en vanlig dag ger, ett bra hjälpmedel för att veta hur mycket man går varje dag är en stegräknare. 8 000–12 000 steg är lagom för en dag och en halvtimmes promenad brukar ge i storleksordningen 2 700 steg (Tudor-Locke, C, 2010) Det finns smart-phoneapplikationer som man kan använda för att bli påmind om att röra på sig och till och med coachningsprogram att ladda ner. Runkeeper är ett exempel på en bra applikation, där kan man lagra var man springer/går/cyklar etc. och hur långt.

Ät billigt

Billig mat, när det gäller grönsaker, rotfrukter och frukt, är säsongsbunden. Det finns många utmärkta kokböcker som tar upp vilka grönsaker som finns vid olika tider på året. Potatis och rotfrukter är extremt billiga under säsong, det vill säga från sensommar till vår. Frysta grönsaker är relativt billiga och fördelen med frysta grönsaker är att många av dem produceras i Sverige, om vi vill vara klimatsmarta. Lök och kål kan lagras länge och finns i stort sett hela hösten och vintern. Torkade baljväxter är jättebra och billig mat som finns året om, ärtsoppa som man kokar själv kostar nästan inget per person. Stora vita bönor brukar vara uppskattade hos både barn och vuxna, i sallader eller i stället för potatis. Kyckling är bra och billig mat och det finns ofta extrapriser på kött och fisk i butikerna.

Planering, planering, planering

För att få tiden att räcka till är det bra att ägna sig åt tidsplanering då och då. Att sitta ner och planera den kommande veckans aktiviteter, meny och inköp sparar tid och krångel. Veckomenyn kan med fördel vara kopplad till en inköpslista. Det är bra att ha en ”baslista” på livsmedel som man alltid behöver ha i hushållet och en sådan lista kan man ha på kylan, en på frysen och en i spegerisåpet till exempel. När man ändå gör en veckomeny, kan man sätta dit namn på vem som ska laga maten vilken dag om man är fler i hushållet. Barn kan ta ansvar för maten någon gång i veckan och välja maträtt efter ålder, intresse och smak.

Laga mycket åt gången

Långkok och storkok låter praktiskt och tråkigt men kan göras till en kul vana, till exempel i kompisgänget. Laga många portioner av olika rätter och koka bönor eller ärtsoppa i stora grytor och frys sedan i lagom stora påsar för hushållet. Gör samtidigt matlådor för att undvika den onödigt dyra och tyvärr oftast inte så bra lunchmaten på jobbet. Köttfärssås är ett exempel på en rätt som man kan frysa in till flera middagar, eller vegetarisk motsvarighet med lök, tomat, sojafärs eller quornfärs. Bröd för ett par veckor kan man passa på att baka när man ändå har storkok igång och har väntetider vid spisen.

Ät tillsammans

Socialt stöd fungerade på ett annat sätt förr när man jobbade och bodde på samma ställe. Särskilt i kristider var det en direkt nödvändighet. Hade man mat över bjöd man in en granne, hade man råvaror över delade man med sig, äpplen, potatis, nybakta bullar. Alltid var det någon som hade någonting att erbjuda, i form av mat, barnpassning eller städhjälp. Har man bil kan man dessutom erbjuda den bilfria grannen att följa med och storhandla. Med goda grannar eller vänner kan du byta bröd eller maträtter eller äta tillsammans så att det blir ännu större variation. Matlag är en trevlig tradition som betyder att man bara lagar mat då och då eftersom man andra dagar äter hemma hos någon annan. En utmärkt bok om detta kom på 80-talet, "Äta på nytt sätt", där alla rätter är årstidsanpassade och matlagstanken beskrivs. Den är slut på förlaget men du kan hitta den på loppis eller antikvariat.

Köksutrustning

Bra utrustning i köket kan man köpa second hand – för att sedan lite i taget komplettera med lite dyrare varianter av köksgrejer. Det finns inget som går upp mot en hederlig gammal gjutjärnspanna och stora kastruller kostar nästan inget på Röda korset och Emmaus, för att inte tala om porslin, glas och bestick, uppläggningsfat och ugnsfasta formar. En del av matglädjen handlar ju om att ha bra utrustning och då är det fint att kunna köpa ett bra rivjärn för en femma och en stor salladsskål till matlaget för en tia.

REKOMMENDATIONER OCH BEGREPPSFÖRVIRRING

61

Både internationella och svenska myndigheter ger regelbundet ut rekommendationer om bra matvanor och hälsosam fysisk aktivitet. Massmedia är ofta fulla av råd om den ena eller andra dieten och spridda experter citeras högt och lågt. Ibland ges riktigt dåliga råd av självutnämnda experter och då är det viktigt att komma ihåg att vi har nationella experter som kan tala om vad som är den senaste forskningen på näringsläraområdet och vad man ska äta och inte äta. På global nivå sker också sammanställningar av vad som är bra mat, och där har de senaste åren kommit flera samstämmiga rapporter om vad som är bra mat för att hålla sig frisk och för att förebygga olika kroniska sjukdomar (Darntorn-Hill, I, Nishida, C et al, 2004).

NÅGRA ANVÄNDBARA SAJTER

Livsmedelsverket – www.slv.se

Livsmedelsverket ger ut nya näringsrekommendationer ungefär vart tionde år, men de förändras ytterst lite. Att välja rätt är egentligen inte så krångligt, ser man bara till att man får i sig ett halvt kilo frukt och grönsaker om dagen så ordnar sig ofta resten. Fisk ett par gånger i veckan, soppa någon dag, baljväxter, ägg och mejeriprodukter. Välj råvaror hellre än halvfabrikat eller färdiglagat, det blir fräschare och du vet vad du har använt för produkter. Ofta blir det nyttigare och godare på samma gång. Drink vatten till maten. Tallriksmodellen är en bra tankemodell över hur en måltid ska se ut. På Livsmedelsverkets hemsida kan du snabbt få svar på frågor som dyker upp i pressen. Du kan också näringsberäkna det du äter över en eller flera dagar via hemsidan.

Folkhälsoinstitutet – www.fhi.se

Folkhälsoinstitutet ger råd och riktlinjer till befolkningen i livsstilsfrågor, men samlar också in data om rökvanor, alkoholintag och fysisk aktivitet, ofta i form av enkäter. Deras hemsida kan vara till hjälp om det är något du undrar över när det gäller livsstilsfrågor.

Konsumentverket – www.konsumentverket.se

Konsumentverket arbetar med konsumentfrågor och ger råd om billig mat och jämför priser på olika produkter. Deras hemsida har också en hel del råd att ge när det gäller hushållsekonomi.

DAGS FÖR INSPIRATION
FÖR FÖRÄNDRING

En av våra största måltidsforskare, fransmannen Claude Fischler, leder ett korståg mot ensamma måltider, måltider framför TV:n eller vid datorn på jobbet. Han menar att det viktigaste av allt är att man äter tillsammans, mat som är tillagad med omtanke och gärna också tillagad tillsammans. Det behöver inte ta särskilt lång tid och det blir billigare och är betydligt hälsosammare än att äta hämtmat framför TV:n. Återinför matlaget, involvera barnen i matlagningen, och det är kul att vara fysiskt aktiv om man är det tillsammans med andra. Om du bor ensam, hitta en granne som vill promenera med dig. Låna en hund, börja nattvandera, cykla eller gå till jobbet eller närmaste transportmedel. Begränsa tiden vid dator och framför TV:n, återinför det viktiga samtalet vid köksbordet med grannar, vänner och familj.



REFERENSER

Andaya AA, Arredondo EM, Alcaraz JE, Lindsay SP, Elder JP. The association between family meals, TV viewing during meals, and fruit, vegetables, soda, and chips intake among Latino children. *Journal of nutrition education and behavior*. 2011 Sep-Oct;43(5):308-15. PubMed PMID: 20965787. Pubmed Central PMCID: 3117953.

Bremberg, S. Social differences in ill-health among children and adolescents in Sweden - an overview, Statens Folkhälsoinstitut, 2002.

Chen, RC; Lee, MS; Chang YH; Wahlqvist ML. Cooking frequency may enhance survival in Taiwanese elderly. *Public Health Nutr*. 2012 Jul;15(7):1142-9. PubMed PMID: 22578892.

Currie C et al. eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

Darnton-Hill I, Nishida C, James WP. A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *Public Health Nutr*. 2004 Feb;7(1A):101-21. PubMed PMID: 14972056.

Ehrlich R, Wahlqvist M, A. Y. *Public Health Nutrition*. 2012.

Fritzell S, Burström B. Skillnader i hälsa bland ensamstående och sammanboende mödrar i Stockholms län 2002. Centrum för folkhälsa Stockholms läns landsting, 2006.

Holowko N, Mishra G, Kuopil I. Social inequality in excessive gestational weight gain. *International Journal of Obesity*. 2013:1-6.

Marmot, M; Atkinson, T; Bell, J; Black, C; Broadfoot, P; Cumberlege, J; Diamond, I; Gilmore, I; Ham, C; Meacher, M; Mulgan, G. Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review, 2010.

Rozin P, Fischler C, Imada S, Sarubin A, Wrzesniewski A. Attitudes to food and the role of food in life in the U.S.A., Japan, Flemish Belgium and France: possible implications for the diet-health debate. *Appetite*. 1999 Oct;33(2):163-80. PubMed PMID: 10502362.

SCB. Levnadsförhållanden Rapport 120. Medborgerliga aktiviteter 2008-2009. 2010.

Sjoberg A, Moraeus L, Yngve A, Poortvliet E, Al-Ansari U, Lissner L. Overweight and obesity in a representative sample of schoolchildren - exploring the urban-rural gradient in Sweden. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2011 May;12(5):305-14. PubMed PMID: 21348925.

Sjöström M, Yngve A, Ekelund U. Environmental planning and public health nutrition. Interventions in Nordic communities. Nordiska Ministerrådet, 2001 554.

SLV. Riksmaten 2010. Statens Livsmedelsverk, Uppsala, Sverige, 2013.

Statens Folkhälsoinstitut. Stillasittande och ohälsa. Statens Folkhälsoinstitut, Östersund, Sverige, 2012.

Statens Folkhälsoinstitut. Folkhälsoenkäten - Ungdomsindikatorer. Östersund: 2012.

Sveriges Kommuner och Landsting. Gör jämlikt - gör skillnad. Samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa, 2013.

Tudor-Locke C. Steps to Better Cardiovascular Health: How Many Steps Does It Take to Achieve Good Health and How Confident Are We in This Number? *Current cardiovascular risk reports*. 2010 Jul;4(4):271-6. PubMed PMID: 20672110. Pubmed Central PMCID: 2894114.

Frågor kring sexuell och reproduktiv hälsa

TOVE BROHEDEN

leg. sjuksköterska, barnmorska på
förlossningsavdelning, arbetade tidigare
på Maria Ungdom med alkohol- och
drogrelaterade problem.

CECILIA BÄCKMAN

leg. sjuksköterska, barnmorska,
arbetar på gynekologisk akutvårdsavdelning
med speciell inriktning våldsutsatta kvinnor.

ANNA-BERIT RANSJÖ ARVIDSON

är PhD, lektor och docent i internationell hälsa,
Karolinska Institutet, Stockholm, leg sjuksköterska,
barnmorska med klinisk-, utbildnings- och
forskningserfarenhet från Sverige och
flera afrikanska länder.

SAMMANFATTNING

Unga människor söker idag i allt större utsträckning information om sjukdomar och vård via internet. Idag finns ett flertal nätbaserade hemsidor som riktar sig till ungdomar och unga vuxna i Sverige, t ex *umo.se*, *tjejzonen.org*, *killfrågor.se*, *rfsu.se*, *sakraresex.se*. Via dessa sidor kan unga människor som har frågor och funderingar kring reproduktion, sexualitet, sexuell hälsa och ohälsa söka svar på sina frågor. Med syfte att beskriva vilken typ av frågor ungdomar ställer på en nätbaserad ungdomsmottagning granskades och analyserades svarsbanken på en nätbaserad ungdomsmottagning i Sverige våren 2013. Svaren på ungdomarnas frågor som publicerats i svarsbanken handlade om kroppens anatomi och funktion samt om psykisk hälsa och ohälsa. Huvudkategorier inom dessa två teman handlade om sexualitet, sexuellt överförbara infektioner (STI), preventivmedel, graviditet och relationer. Frågorna indikerar att de unga saknade grundläggande kunskap om den

egna kroppens anatomi och fysiologi och att de bl.a. inte visste hur de skulle skydda sig mot graviditet och STI. Bland flickor visade frågorna att de inte fått tillräcklig information och uppföljning kring funktion och biverkningar av p-piller. Många unga sökte rådgivning gällande kompis- eller kärleksrelationer. Frågorna visade också att många unga lider av psykisk ohälsa och saknar information om vart man kan vända sig med sina problem. Huruvida resultatet kan generaliseras och representera de ungdomar som inte söker svar på nätet, bör fortsatt utredas och ställas i relation till ungdomars sociala stöd och nätverk och den sexualundervisning som ungdomar har tillgång till.

INLEDNING

Sedan mitten av 1950 talet har Sverige genomgått omfattande förändringar av medicinsk och teknisk utveckling, familjestruktur, könsroller, jämställdhet och arbetsfördelning mellan män och kvinnor, snabb urbanisering, invandring, framväxt av nya bostadsområden, åldersfördelning, blandning av kulturers olika värderingar och religioner och vi har ett samhälle som mer och mer tagit över den roll kärnfamiljen tidigare hade. Dessa förändringar har gett kvinnor större möjlighet att förverkliga sina drömmar och bli ekonomiskt oberoende. Inte minst har kvinnans möjlighet att ta ansvar för sitt eget barnafödande bidragit till att kvinnor kan leva ett tryggare liv med större frihet att bestämma över sitt eget ekonomiskt oberoende liv. Samtidigt kan social utsatthet, avsaknad av stöd från socialt nätverk och låg utbildningsnivå utgöra riskfaktorer för unga människor.

Att arbeta med sexualupplysning för ungdomar är ett växande arbetsfält vilket kräver nya kunskaper om och nyfikenhet på ungdomars livsvillkor och sexualitetens mångfald. Sverige är ett mångkulturellt samhälle och därför är det oerhört viktigt att ha förståelse för och kunskap om hur den personliga sexualmoralen är sammanflätad med samhälleliga värderingar och där de mänskliga rättigheterna blir en viktig aspekt av upplysningsarbetet.

Sett i ett historiskt, nationellt och internationellt perspektiv har det inte alltid varit accepterat att ungdomar ska ha rätt till sexualundervisning. Sexualiteten har hört hemma inom äktenskapet och sexuella beteenden som bröt mot normen förkastades. Ungdomars rätt till utbildning och information om sex och samlevnad är en av de många frågor som kontinuerligt diskuterats av nationella och internationella organ vid befolknings- och utvecklingskonferenser under de senaste decennierna (FCI, 1999). Speciellt viktigt har det blivit att också rikta information och hälsovård till tonårsflickor i fattigare delar av världen, där graviditetsrelaterade dödsorsaker är största anledningen till död bland flickor 15–19 år (Dahlbäck et al., 2010). Dessutom blir varje dag mer än en million människor infekterade med HIV och hälften av alla dessa nya HIV fall är unga människor i åldern 10–24 år.

Under 1970-talet sågs befolkningstillväxt som ett hot för snabb överbefolkning av världen. Ny kunskap kring befolkningsfrågan hade växt fram om varför befolknings-situationen såg ut som den gjorde och vid FN:s globala konferens i Mexico City 1984 betonade man att det är individens rätt att få kunskap om sex och samlevnad. Först när flickor/kvinnor får rätt till utbildning och kan bestämma över sin egen kropp, förstå reproduktionen och har möjlighet att göra ett informerat val (informed choice) kan de ha möjlighet att påverka hur många barn de vill ha. Andra aspekter som betonades var mäns aktiva ansvar i familjeplanering, ökat resursbehov för

familjeplanering, bättre familjeplaneringsservice, bättre information samt sexuell och reproduktiv hälsoservice till tonåringar, både flickor och pojkar. I och med att man kunde enas om kvinnans rätt till ett informerat val vidgades begreppen till att även fokusera på mänskliga reproduktiva rättigheter. Varje kvinna och man skall ha rätt till kunskap om kroppens funktioner samt vilka preventivmedel som finns tillgängliga för deras säkerhet. Tio år senare, 1994, anordnade FN en ny global konferens i Kairo. För första gången blev då reproduktiv, sexuell hälsa och kvinnors reproduktiva rättigheter centrala teman för ett internationellt samförstånd då det gäller befolkningen (FCI, 1999, Sida, 1994).

Det finns idag flera internationella definitioner av sexuell och reproduktiv hälsa som Sverige anammat. På regeringens webbplats för mänskliga rättigheter, presenteras FN:s deklaration om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR):

”Grundläggande för alla människor är rätten att bestämma över sin egen sexualitet och reproduktion. Det är varje människas rätt att få möjlighet och förutsättning till ett säkert och tillfredsställande sexualliv och att utan tvång, våld eller diskriminering få bestämma över sin egen kropp.”

SEX- OCH SAMLEVNADSUNDERVISNING

I Regeringens proposition *Nationella mål för folkhälsan 2002/03:35* fastslås barns och ungdomars rätt till saklig sexualkunskap, samt att sexualundervisningen i skolan och den individuella rådgivningen på ungdomsmottagningarna är de viktigaste kanalerna. Preventivmedelsrådgivning och kunskap om sexuellt överförbara sjukdomar ska vara lättillgänglig och rikta sig till både flickor och pojkar. Vidare står det att det finns skäl att uppmärksamma kunskapsbehovet i de socialt utsatta grupper där oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner är som störst, och där man ser att information från skolhälsovård och ungdomsmottagning inte räcker till. Vissa unga är mer socialt utsatta än andra t ex de som saknar förtroendefulla vuxna att kommunicera med, de som presterar dåligt i skolan och som saknar möjlighet till socialt engagemang. Det kan också vara ungdomar som är osäkra på sin könsidentitet och som söker egna vägar i t ex homo-, bi- och transsexualitet (SMI 2010). Regeringen anser det viktigt att ungdomsmottagningarnas roll fortsätter att utvecklas samt att alla ungdomar bör ha tillgång till information och individuell rådgivning. Man vill bl.a. bekämpa sexuellt våld och tvång, minska förekomsten av STI (sexuellt överförbara infektioner) och oönskade graviditeter, då dessa kan medföra fysiska, psykiska och reproduktiva hälsoproblem. Ambitionen är att verka för en trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa där ungdomar ska förstå betydelsen av det egna ansvaret, samt att ta hänsyn till andra människor. Man väljer även att speciellt lyfta fram kön, ålder, sexuell läggning, kulturell bakgrund samt funktionsnedsättningar (Regeringen 2007/08:110).

Internationellt sett har Sverige ansetts vara ett föregångsland då det gäller sex- och samlevnadsundervisning och ungdomar anses få en god information om sex och samlevnad i skolan. Beslutet om obligatorisk sexualundervisning 1956, bidrog till att synliggöra ungdomssexualiteten. Sexualundervisningen i skolan föll oftast på biologilärares lott och kopplades ihop med befruktningen. I den lärarhandledning

som kom 1977 ändrades inriktningen och värderingsfrågor som synen på när, var och hur en relation kunde utformas, lyftas fram. Sexualundervisningen skulle bygga på värden som stärker demokratin, t ex tolerans, samverkan och likaberättigande. Synen på preventivmedel befästes. Sexuella erfarenheter, inklusive samlag, hos unga människor blev mer samhälleligt accepterat.

1960-talet blev en vändpunkt när det gällde synen på sexualitet och möjligheten för kvinnor att kontrollera den. Men en grupp som föll utanför i detta skede var ungdomar. Med de nya preventivmedlen p-piller och spiral blev det lättare att planera sitt barnafödande. Unga började leva ihop utan att gifta sig, man levde ihop för kärleks skull men inte för att ha barn tillsammans, åtminstone inte till en början. Det var fortfarande svårt och dyrt att få tag på preventivmedel, särskilt om man var ung, och abortlagen var så strikt att många reste till Polen för att få abort (Sundström-Feigenberg 1987).

1965 tillsattes en statlig utredning för att mildra abortlagen och föreslå åtgärder för att förebygga abort. Så småningom ändrades inställningen till abort både i samhället och i sjukvården. Efter flera års remissarbete antog riksdagen 1974 lagen om fri abort. Enligt lagen fick den kvinna som begärde abort rätt att få den utförd i den allmänna sjukvården fram till utgången av 18:e graviditetsveckan. I anslutning till abortlagen satsade man på ett brett upplysningsprogram om sex och samlevnad för att förebygga oönskade graviditeter. Preventivmedelsrådgivning, forskrivningsrätt för p-piller och sexualupplysning innebar också en historisk förändring i barnmorskans yrkesutövning.

BEHOV AV UNGDOMSMOTTAGNINGAR

67

Det växande behovet att ge ungdomar ett särskilt utrymme för rådgivning blev synligt, inte minst med tanke på de höga abortsiffrorna i gruppen, och initiativ togs av barnläkaren Gustaf Högberg till Sveriges första ungdomsmottagning. Den startades i augusti 1970 i Borlänge och liknade i hög grad dagens ungdomsmottagningar med läkare, barnmorska, skolsköterska, kurator och psykolog i bemanningen (Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar, 2011). Det finns idag 274 ungdomsmottagningar i Sverige fördelat på 290 kommuner (umo.se, 2013).

Målet för ungdomsmottagningarna är att främja ungdomars hälsa psykiskt och fysiskt, stötta ungdomar i att hantera sin sexualitet, samt att arbeta preventivt för att förebygga oönskade graviditeter och spridning av sexuellt överförbara infektioner (Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar, 2011. Frågor kring preventivmedel, graviditet och sexuellt överförbara infektioner är de vanligaste frågorna. Man ser en ökning bland flickor gällande underlivsbesvär och smärtor i samband med samlag. Pojkarna är vanligen oroliga för att ha drabbats av någon könssjukdom.

Psykisk ohälsa är en vanlig orsak till att unga söker sig till ungdomsmottagningen, och kan innefatta allt från problem med självförtroende och ångestkänslor, till olika stressreaktioner. Frågor kring den egna kroppen kan ofta vara ett uttryck för funderingar kring den egna identiteten och sexualiteten (Fors, 2005). Under 2000-talet har det blivit vanligare med frågeställningar som rör den psykiska hälsan, exempelvis frågor om ätstörningar och depressioner. När en ungdom söker sig till en ungdomsmottagning är det ofta första gången de söker hjälp och rådgivning på eget initiativ och därmed tar steget att aktivt påverka sin egen hälsa (Wendt, 2009).

AKTUELL FORSKNING OM SEXUELL HÄLSA/OHÄLSA

De senaste årens forskningsresultat angående skolans sex- och samlevnadsundervisning visar på brister och varierande kvalitet (Ekstrand et al., 2011). Detta kan vara något som speglas i statistiken över sexuellt överförbara sjukdomar, aborter och klamydiainfektioner. De flesta ungdomar vet vart man ska vända sig för att få tillgång till ett klamydiatest, men denna kunskap är något lägre bland ungdomar i glesbygd, bland utrikesfödda eller bland dem som uppger att religion är en viktig del av deras vardag (Tikkanen et al., 2011).

I en jämförelse mellan de nordiska länderna har Sverige det högsta antalet tonårsaborter och antalet tonårsaborter var högst 2002 och därefter med en nedåtgående trend. 2010 utfördes 3 305 tonårsaborter av totala antalet aborter 19 084, en minskning av tonårsaborter med 7% från 2009 (Socialstyrelsen 2010). Enligt Smittskyddsinstitutet (2012) uppgav de tillfrågade ungdomarna att den största oron vid samlag var graviditet. Ungefär 25% av de tillfrågade flickorna i en studie (UngKAB09) hade någon gång varit gravida, och en tredjedel av dessa hade använt sig av en preventivmetod som misslyckats. Majoriteten av dem som uppgett att de varit gravida hade inte använt någon preventivmetod alls. Studien visade att ungefär 50% av de tillfrågade upplevde att de fått tillräcklig kunskap genom skolans sex- och samlevnadsundervisning. Hälften hade önskat mer utbildning för att känna sig kunniga om sin egen sexuella hälsa. Ifråga om preventiva insatser från samhället, efterfrågade de flesta lättillgängliga mottagningar och preventiv information över internet (Tikkanen et al., 2011).

68

Studier visar att människor i Sverige generellt har en positiv syn på sexualitet och sexualupplysning samt en tillåtande inställning till ungdomars sexualitet. Det finns även studier som visar att det idag är accepterat bland en del svenska ungdomar att ha sex med någon som man inte nödvändigtvis är kär i, "one-night-stands" och/eller kompisrelationer (Christianson 2003). Ungdomar och unga vuxna tar idag ett ökat sexuellt risktagande och man ser en ökad acceptans för tillfälliga sexuella förbindelser. Internet påverkar; både ifråga om tillgängligheten till information om sex, samt sidor med pornografiskt innehåll, men också som ett sätt att knyta nya kontakter. Unga idag är en rörlig grupp som reser mycket och rör sig mellan olika sexuella nätverk, vilket är en riskfaktor ifråga om smittspridning (Smittskyddsinstitutet, 2013). I rapporten Ungdomar och sexualitet 2012 (2012) från Smittskyddsinstitutet bedömde ca hälften av de tillfrågade att de inte löpte någon risk att bli smittade av en sexuellt överförbar infektion. Enligt statistik från Smittskyddsinstitutet (2013) förekommer dock 85% av alla klamydiainfektioner i åldersgruppen 15–29 år.

Enligt Statens folkhälsoinstitut rapport nr A 2005:19 har homo-, bi- och transpersoner generellt ett sämre allmänt hälsotillstånd än den övriga befolkningen. Psykisk oro och psykisk ohälsa är vanligare bland homo- och bisexuella än bland heterosexuella personer, och är störst bland ungdomar. Transpersoner i åldern 16–29 år är den grupp som visat sig ha störst andel psykisk- och allmän ohälsa (Statens folkhälsoinstitut, 2005).

INFORMATION OCH RÅDGIVNING PÅ INTERNET

Regeringen beslutade 2007 att finansiera utvecklandet av en nationell internetsajt som erbjuder unga personer mellan 13 och 25 år möjlighet till kvalitetssäkrad och samordnad information, kunskap och rådgivning kring sexuell och reproduktiv hälsa samt kring relationer och psykisk hälsa. Man ville även att sajten skulle vara en integrerad del av Sjukvårdsupplysningen och utvecklas i nära samarbete med Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM). En ungdomspanel tillsattes som gavs tillfälle till delaktighet och synpunkter för återkoppling så att sidan kunde utvecklas på målgruppens villkor och behov (Socialstyrelsen, 2009).

Under de senaste åren har internetrådgivningen till ungdomar ökat markant, och troliga orsaker till detta är ökad tillgänglighet, möjlighet att behålla sin integritet och anonymitet, samt behov av att få tillförlitlig information (Löfberg och Aspán, 2011). Ungdomar använder internet i allt större utsträckning för att hämta kunskap och rådgivning och internet anses bl. a. som en källa för ungdomar att söka hälso-relaterad information gällande bl.a. sex, STI och preventivmedel (Ettel et al., 2012).

På internetsajten umo.se som vänder sig till ungdomar 13–25 år, finns en sida som heter Fråga UMO där ungdomar kan ställa frågor. Det var från dess svarsbank som ett avidentifierat material hämtades den 31 januari 2013. Umo.se tar emot och svarar på ca 40 frågor om dagen och gör ett urval när det gäller vilka svar som skall publiceras. Bland de olika yrkeskategorier av rådgivare som svarar på ungdomarnas frågor förekommer barn morskör, sjuksköterskor, läkare, psykologer, kuratorer och dietister. Det fanns vid detta tillfälle 319 svar på frågor i svarsbanken. Bland de ungdomar som ställt frågor var 58% flickor och 26% pojkar, men hos övriga 16% var könstillhörigheten okänd.

RESULTAT

Vid analys av materialet framstod två tydliga teman. Det ena huvudtemat berörde kroppen och den fysiska hälsan, medan det andra huvudtemat berörde den psykiska hälsan/ohälsan inklusive interaktion med andra människor. Här nedan belyses kortfattat några av de resultat som framkom.

Kroppen och den fysiska hälsan

Många frågor gällde könsorganens anatomi och utseende. Flickorna oroade sig främst över att ha ett avvikande utseende på inre och/eller yttre blygdläppar, och det fanns en oro över att se onormal ut. Även operation för korrektion efterfrågades i vissa fall, liksom rekonstruktion av "mödomshinnan". Det förekom funderingar kring hur man skulle kunna veta om man kommit in i puberteten och när kroppen vuxit färdigt. Flickorna hade frågor om bröstens form och storlek, de frågade om operation och det handlade då främst om att förstora eller förminska bröstet.

En vanlig fråga handlade om oregelbunden menstruation och/eller långt mellan menstruationerna och många ifrågasatte om detta verkligen var normalt. Det fanns även frågor om det var så att aktiv träning och/eller undervikt kunde ha betydelse för att menstruationen uteblivit under en längre period. Utslag, klåda och flytningar oroade många utan att det framkom någon bakomliggande oro för könssjukdom. Flickorna hade däremot en del praktiska frågor om hur man skulle undvika att få utslag, klåda och/eller svampinfektioner i samband med intimrakning.

Under livsstilsfrågor förekom allmänna frågor rörande livsstil i relation till den fysiska hälsan, här fanns frågor om kost, viktförändringar, allergier och alkohol.

”Jag är en tjej som är 16 år och som aldrig druckit alkohol tidigare, men nu skulle jag kunna tänka mig att testa det. Jag vill absolut inte bli full, jag vill bara testa lite. Hur mycket alkohol tål man som 16-åring?”

Bland frågor om sex och sexualitet framkom funderingar kring lust och olust. Vanligast var frågor om varför man blev sexuellt upphetsad, men också varför man inte kände något när man hade samlag. Här fanns även frågor om hur man onanerar och hur man skulle göra för att göra det skönt för sin partner, samt önskemål om tips på samlagsställningar. När det gäller sexdebut, frågade flickorna på vilka sätt man kan bli av med sin oskuld, om det är farligt att ha samlag då man inte fyllt 15 år, samt om man kan bli anmäld om man har samlag om man är minderårig fast båda parter är med på det. Ett flertal flickor upplevde smärta i samband med samlag och undrade vad det kunde bero på. Utebliven orgasm var ett bekymmer, men det ställdes också frågor om vad en orgasm är.

”Jag är en tjej som har problem med att få orgasm under samlag. Jag och min pojkvän har försökt många gånger utan resultat och nu vet vi inte vad vi ska göra mer. Vi försöker i typ en till tre timmar, men det händer ingenting alls! Vad är det för fel?”

70

Oro och funderingar kring homo- och bisexualitet framkom, tex om det är fel att gilla någon av samma kön och någon bad om tips på hur man ”kommer ut” i en mindre stad. Det förekom även frågor kring den egna könsidentiteten.

Frågor som gällde porr rörde bl.a. om det var fel att titta på porr, om man kunde titta för mycket på porr. Det uttrycktes också oro och rädsla över att föräldrar skulle få reda på att man tittade på porr. Det förekom också frågor om övergrepp och våldtäkt. En flicka uppgav att pojkvännen gjorde sexuella närmanden, men inte respekterade hennes avvisanden och undrade hur hon skulle hantera situationen. En annan undrade om hennes nuvarande sexliv kunde påverkas av en våldtäkt hon blivit utsatt för av en tidigare pojkvän.

Oro för sexuellt överförbara infektioner fanns främst hos ungdomar som haft oskyddat sexuellt umgänge, men även hos dem som ännu inte varit sexuellt aktiva, eller inte haft penetrerande sex. Ungdomar som haft oskyddat sex uppgav ofta specifika symtom som de utvecklat, samt oro över dessa. Vanliga frågor rörde smittvägar och om man kunde bli smittad alternativt smitta någon annan via vaginal-, oral- och/eller analsex. Det förekom även funderingar kring om STI kunde utvecklas spontant i kroppen eller om man kunde få det via toalettbesök, samt om man behövde vara extra försiktig vid dusch och ombyte i skolan. Det fanns frågor om vilka sjukdomar man kan/bör testa sig för, vilka prover man tar och om testet kunde visa att man tagit droger. Det fanns också oro för att föräldrar skulle få reda på provsvar, samt frågor om hur tystnadsplikten fungerar i praktiken.

Många flickor hade frågor kring p-pillrens funktion och det fanns många oklarheter kring hur p-piller ska användas, inom vilka tidsramar tablettorna ska tas, när de har effekt, hur säkra de är, samt hur man ska gå tillväga om man glömt ta en eller

flera tabletter. Några flickor uttryckte oro för att drabbas av blodpropp på grund av p-pilleranvändning, bland annat för att mor- eller farföräldrar haft blodpropp eller inför en framtida flygresa. Det förekom även frågor om det var farligt att röka när man samtidigt åt p-piller och det fanns även oro för graviditet trots att preventivmedel använts eller om man inte haft samlag men kommit i kontakt med spermier.

”Hur länge överlever sperman efter en utlösning? Behöver man vara orolig för att bli gravid om man efter 3–4 timmar fortfarande har sperma på sig?”

Flera frågor handlade om att vilja avbryta en graviditet, många ville veta hur en abort går till och vart man skulle vända sig. Flera gånger återkom även frågan om man måste informera sina föräldrar om man ville göra abort.

Den psykiska hälsan/ohälsan

Många frågor handlade om ätstörningar av olika slag, t ex om man själv befann sig i riskzonen då vikt och mat upptog alltmer av tankarna, samt var och hur man skulle kunna söka hjälp för att bryta sitt beteende. Det förekom även personer som var oroade över sina kompisar och som också önskade råd om vart det kunde vända sig för att kunna hjälpa sina vänner. Hos personer som blivit diagnostiserade med ett självskadebeteende framkom ett behov att få mer fakta kring diagnosen. Man kunde ha uppskattade samtal med kurator, men likväl undra vart man skulle vända sig för att vidare terapi och behandling. En flicka med diagnosen panikångest saknade information om vart hon skulle vända sig för att få hjälp och behandling för detta.

Flera unga uppgav att de kände sig stressade över skolan, och uppgav att de p.g.a. det upplevde trötthet och nedstämdhet eller depression. Frågor om att ha blivit utsatt för kränkande behandling eller att själv gjort något som kändes fel förekom och kunde ge känsla av att vara otillräcklig eller misslyckad.

Många frågor handlade om svartsjuka, de flesta där frågeställaren själv var svartsjuk på sin partner, men också om att vara utsatt för ett svartsjukt beteende från den man var tillsammans med. Många hade funderingar kring att sätta gränser i en relation, framförallt gällande sex. Två frågor handlade om en våldsam och hotfull partner, i det ena fallet handlade det om en före detta pojkvän som inte accepterade att relation var slut, i det andra fallet uttryckte frågeställaren rädsla för att göra slut med sin våldsamma pojkvän.

Det fanns frågor som rörde allvarliga problem i familjen, men också frågor om hur man skulle kunna prata med sina föräldrar om sexdebut, pubertet och sitt eget psykiska mående. Det fanns också frågor om vad som händer vid kontakt med socialtjänsten och hur det går till när man får en fosterfamilj.

”Min mamma dricker varje kväll. Vad ska jag göra? Vad händer om man tar kontakt med socialtjänsten? Måste man vara hemma om de ska göra en utredning?”

DISKUSSION

Ungdomarnas frågor som ställdes på internetsajten handlade i stort sett om basala funderingar kring kropp och kroppsutveckling, om sexuella erfarenheter, oro för könssjukdomar och graviditet, kompis- och kärleksrelationer samt psykisk ohälsa. Frågorna visade på en tydlig kunskapsbrist om hur den egna kroppen fungerar, frågor

om preventivmedel, hur man skyddar sig mot oönskad graviditet och sexuellt överförbara infektioner och vilka smittriskerna/vägarna är. Anmärkningsvärt var också den stora andel frågor som handlade om psykisk ohälsa. Trots omfattande information på internetsidan så återkom frågor där svaret redan fanns att finna, vilket föranleder frågan om varför ungdomar vänder sig till sidans interaktiva forum för att ställa personliga frågor istället för att läsa det som redan finns skrivet. Har ungdomarna svårt att hitta tillfredställande information gällande sina funderingar eller finns det en längtan efter ett personligt engagemang och tilltal i skydd av anonymitet?

I studien Digitala erbjudanden (Löfberg & Aspán, 2012) poängteras att anonymiteten på internet innebär en ökad kontroll i en utsatt position och stärker den personliga integriteten. I UngKAB09 efterfrågades möjligheten att chatta med rådgivare och det framkom att respondenterna föredrog det framför ett personligt möte (Tikkanen et al. 2011). Den information som ges är ofta formulerad för att omfatta ett brett område och vara giltig för en större grupp, oavsett kön och ålder, och därmed saknar den ett tydligt och konkret tilltal, vilket många ungdomar tycks söka. Även om sidor som vänder sig till ungdomar eftersträvar ett enkelt och lättfattligt språk är det svårt att språkligt balansera mellan korrekt formulerad text och ett språk som kan ersätta tonen i en dialog. McCarthy et al. (2012) visar i sin studie, där en grupp ungdomar involverades i arbetet med att utveckla en informativ websida om sexuell hälsa, att de unga efterlyste okomplicerade ord och fraser men att detta inte skulle innebära att texterna skrevs på ett ungdomligt språk, eller innehöll slang, då de uppfattade detta som opassande. Ungdomarna i studien framförde också att de helt enkelt inte skulle läsa information som omfattade stora mängder text (McCarthy et al., 2012).

Internet fyller idag en viktig funktion bland ungdomar som ett verktyg för att söka information och rådgivning kring den egna hälsan. En amerikansk studie om hur ungdomar söker information om sexuell hälsa visar att internet används för att fylla kunskapsluckor där den primära informationen kommit från annan informationskälla än genom skolundervisning eller föräldrar. En del av ungdomarna använde också internet som en kompletterande källa för att kontrollera att informationen de fått stämde. Studien visade också att ungdomarna upplevde att de på internet exponerades för information som de inte själva aktivt sökt efter, och att detta påverkade vidare informationsökning (Jones & Biddlecom, 2011).

En av de mest framträdande frågorna rörde användandet av p-piller och det är troligen så att frågeställarna saknade information om p-pillers funktion och biverkningar. Enligt Kompetensbeskrivning för barnmorskor (Socialstyrelsen, 2006) har barnmorskan skyldighet att vid utskrivning av receptbelagda preventivmedel informera om hur dessa fungerar och även följa upp användandet. Utifrån studiens resultat, finns det anledning att ställa sig frågande till om detta verkligen sker. Saknas det tid vid preventivmedelsrådgivningen, är informationen dåligt anpassad till tonåringar och unga kvinnor eller ger de sig själva helt enkelt inte tid att ta in/läsa den information de får? De frågor som unga ställde visade att de unga hade en kunskapsbrist gällande den egna kroppen, vilket hos unga kvinnor också omfattade menstruationscykeln.

Ett annat resultat var alla frågor som rörde könsorganens utseende och funktion. Även här ser man att frågeställarna saknade både grundläggande kunskap och referensramar. Många uppgav stor ovilja mot att låta sig undersökas. Att genomgå

en gynekologisk undersökning är för de allra flesta kvinnor något normalt som man gör flera gånger under livet i olika sammanhang, och ofta för första gången under tonårstiden. För män förekommer det sällan en rutinmässig hälsoundersökning av penis och testiklar, utan det sker istället i de fall där det finns en bakomliggande oro för sjukdom. Detta gör att en undersökning av könsorganet är något som stigmatiseras och skapar oro i sig. Kanske pojkar skulle erbjudas en rutinmässig undersökning i samband med besök på ungdomsmottagningen som en bekräftelse på att allt är normalt och hjälpa pojkar och unga män att få svar på sina frågor och oro sig mindre för sitt könsorgan.

Pojkar och unga män är underrepresenterade bland besöken till ungdomsmottagningar, och även i besöksstatistiken på nätbaserad rådgivning finns en skillnad mellan de som identifierade sig som flickor och de som identifierade sig som pojkar. Även i andra sammanhang som rör sexuell hälsa så är skillnaderna stora mellan könen. En svensk studie om egen testning för klamydia (Novak & Novak, 2012) visar att fler kvinnor än män testar sig för sexuellt överförbara infektioner överlag. Även om man ser att s.k. hemtesters användande procentuellt sett har lockat fler män än till fysiska mottagningar så står männen för endast 28% av alla klamydiatester i Sverige (Novak & Novak, 2012). Även här kan man dock se att anonymiteten på internet har en tendens att locka män till att ta större ansvar för sin sexuella hälsa. Denna fråga bör studeras vidare och på sikt öka tillgängligheten till information och mottagningar som riktar sig till unga män. Här uppstår också funderingar kring varför skillnaderna är så stora, och var de grundläggs. Anser unga män att ungdomsmottagningarna inte är till för dem, och hur kan vi i så fall förbättra samhällets insatser för ett mer jämlikt sexuellt ansvarstagande? Varför diskuteras mäns sexuella hälsa sparsamt i ämnet reproduktiv hälsa som nästan uteslutande fokuserar på kvinnohälsa och förlossning? Då är det kanske inte så konstigt att unga män verkar ha uppfattningen att ungdomsmottagningar, som till största delen bemannas av barnmorskor, inte riktar sig till dem.

Många som ställde frågor på sajten tycktes sakna vuxna i sin närhet som många gånger hade kunnat lugna oro, eller ge en enkel förklaring till de frågeställarna upplevde eller undrade över. I en granskning som gjordes av Skolverket framkom att det var stora skillnader i kvalitet och omfattning av sexualundervisningen mellan olika skolor. Rapporten visade också att det i samband med att elever får allt större inflytande över sin utbildning och sitt lärande och där skolor alltmer själva styr inriktningen på undervisningen, faller ämnen som sexualupplysning bort och lärare saknar tydliga direktiv för vad undervisningen ska innehålla. Här kan det också bli betydande skillnader mellan vad eleverna anser sig vilja veta, och vad de vuxna anser att unga bör veta (Skolverket, 1999). Vems ansvar är det egentligen att förse ungdomar med kunskap om kroppen och sexualitet – är det barnens föräldrar eller samhället?

Många frågor tydde på att frågeställarna inte visste vart de skulle vända sig i vården. I vissa fall uttryckte de unga ett obehag inför att behöva söka vård. Här kan nätbaserad information fylla en viktig funktion, både för att ge råd om rätt mottagning och instans, men också som en bekräftelse och ett stöd inför att våga söka hjälp och rådgivning på annat håll. Ett oväntat resultat var den stora mängden frågor som handlade om psykisk ohälsa och om detta också är applicerbart på fysiska ungdomsmottagningar finns ett stort behov av att även kunna erbjuda unga samtalskontakter med psykolog/kurator eller kunna leda unga vidare till rätt hjälp om det finns ett psykiatriskt vårdbehov.

Det får anses nästan ofrånkomligt att unga människor idag påverkas av porr och en allt tydligare sexualisering i samhället. I många fall kan det handla om att unga saknar ”normala” referenser när det kommer till både det egna utseendet och den sexuella förmågan. Det föranleder oss också att undra om frånvaron av barriärskydd så som kondom i pornografiska filmer har inverkan på ungdomars attityder gällande oskyddat sex och att ungas konsumtion av pornografi är en viktig aspekt att ta upp när man diskuterar preventiva insatser gällande sexuellt överförbara infektioner. I en svensk studie som undersökte ungdomars attityder gentemot pornografi (Mattebo et al. 2012) visade resultatet att ungdomar har en paradoxal inställning till porr, som de beskrev som både skrämmande och diskriminerande, men också inspirerande. Respondenterna i studien uppgav att de exponerades för pornografiskt material ”överallt” och att detta hade påverkan både på deras ideal gällande utseende samt deras sexuella aktiviteter. De unga som intervjuades hade också funderingar kring hur könsroller presenteras inom porren, där män oftast är dominanta och kvinnor undergivna, samt att både män och kvinnor framställs med en omätlig sexualdrift. Mattebo et al. (2012) anser det vara viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal ska ha kännedom om detta och ta upp det till diskussion när man för samtal med unga om deras sexualvanor och sexuella hälsa.

SLUTSATS

Frågorna som unga ställde på nätet visade på att de saknade tillräcklig basal kunskap om den egna kroppen och att de bl.a. inte visste hur de skulle skydda sig mot graviditet och STI. Bland unga flickor som använde p-piller visade frågorna på att de inte fått tillräcklig information och uppföljning kring funktion och biverkningar. Kanske man i Sverige har haft för stora förväntningar på skolan att vara den primära kunskapskällan och stödet för ungas sexuella och reproduktiva hälsa. Många unga sökte rådgivning gällande kompis- och kärleksrelationer. Frågorna visade också på att många unga lider av psykisk ohälsa och saknar information om vart man ska vända sig med sina problem. Huruvida resultatet kan generaliseras och representera de ungdomar som inte söker svar på nätet eller på en ungdomsmottagning bör fortsatt utredas och ställas i relation till den sexualundervisning som ungdomar i Sverige har tillgång till. Idag arbetar, förutom de nätbaserade hemsidorna, bl.a. Skolverket, Skolan, Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, Smittskyddsinstitutet, ett antal professionella och frivilligorganisationer (RFSU, LAFA), ungdomsmottagningar, Barnmorskeförbundet, familjen och sociala nätverk etc, med frågor som rör ungdomars sexuella och reproduktiva hälsa. Genom att utveckla bättre samarbetsformer mellan dessa enheter kan ungdomars reproduktiva hälsa i Sverige skyddas och sexualiteten bli till glädje.



KAPITEL 6
SOCIALA SKILLNADER I UNGA
KVINNORS HÄLSA

REFERENSER

- Christianson M, Johansson E, Emmelin M, Westman G. "One-night stands" – risky trips between lust and trust: qualitative interviews with Chlamydia trachomatis infected youth in north Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 2003;31:44-50.
-
- Dahlbäck E, Maimbolwa M, Yamba Y, Kasonka L, Bergström S, Ransjö-Arvidson AB. Pregnancy loss: spontaneous and induced abortions among young women in Lusaka, Zambia. *Culture, Health and Sexuality* 2010;12:247-262.
-
- Ekstrand M, Engblom C, Larsson M, Tydén T. Sex education in Swedish schools as described by young women. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2011;16:210-224.
-
- Ekstrand M, Larsson M, von Essen L, Tydén T. Swedish teenager perceptions of teenage pregnancy, abortion, sexual behaviour, and contraceptive habits – a focus group study among 17-year old female high-school students. *Acta Obstetrica and Gynaecologia Scandinavica* 2005;84:980-986.
-
- Ettel G, Nathanson I, Ettel D, Wilson C, Meola P. How do adolescents access health information? and do they ask their physicians? *The Permanente Journal*. 2012; 16: 35-38.
-
- Family Care International (FCI). Meeting the Cairo challenge. Progress in sexual reproductive health. Implementing the ICPD programme of action. Family Care International. New York, USA. 1999.
-
- Folkhälsoinstitutet. Sex och samlevnadsundervisning i grundskolan. ISBN 1104-358X. Folkhälsoinstitutet 1997:18.
-
- Folkhälsoinstitutet/Hälsöskolan i Stockholm. Ungdomssexualitet som undervisningsämne och forskningsområde. ISBN 91-972538-1-2. Grafiska Punkten Växjö 1995.
-
- Fors Z Ungdomsmottagningen – ungdomar och personal berättar. Statens Folkhälsoinstitut, nr 2005:5 A, Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut. ISBN 91-7257-374-0.
-
- Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar. Policyprogram för Sveriges ungdomsmottagningar. 2011. Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar.
-
- Heikki Tikkanen R, Abelsson J, Forsberg M. UngKAB09. Kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs Universitet. Skriftserie 2011:1. ISBN 978-9186796-79-2.
-
- Jones RK, Biddlecom AE. Is the internet filling the sexual health information gap for teens? An explorative study. *Journal of Health Communication*. 2011;16:112-123.
-
- Larsson, M. Ungdomars sexuella och reproduktiva hälsa i ett folkhälsoperspektiv. Kapitel 16 i Magnusson C, Häggström-Nordin E. (Red.) Ungdomar, sexualitet och relationer (s. 301-314). 2009. Lund: Studentlitteratur.
-
- Löfberg, C. Aspán, M. (2010). Digitala erbjudanden: Ungas erfarenheter av information, stöd, samspel med vuxna online. En rapport från forskningsprojektet "Att uttrycka det svåra online". Stockholm: Institutionen för pedagogik och didaktik, Stockholms Universitet.
-

McCarthy O, Carswell K, Murray E, Free C, Stevenson F, Bailey J. What Young People Want From a Sexual Health Website: Design and Development of Sexunzipped. *Journal of Medical Internet Research* 2012;14:127.

Mattebo M, Larsson M, Tydén T, Olsson T, Häggström-Nordin E. Hercules and Barbie? Reflections on the influence of pornography and its spread in the media and society in groups of adolescents in Sweden. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2012;17:40-49.

Novak M, Novak D. Risk factors for chlamydia trachomatis infection among users of an internet-based testing in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2013;4:23-37.

Regeringen. Regeringens proposition 2002/03:35. Mål för folkhälsan. 2002 Regeringen.

Regeringen. Regeringens proposition 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik. 2013 Regeringen.

Regeringen. Regeringens proposition 2005/06:60. Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. 2013 Regeringen

Regeringens webbplats om mänskliga rättigheter: Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. 2013 Regeringen

Sida/Health Division. *Sexual and Reproductive Health*. ISBN: 91 586 6049 6. Västergötlands tryckeri. 1994.

Skolverket. Nationella kvalitetsgranskningar. Skolverkets rapport nr 180. Dnr 99:208. Lenanders Tryckeri AB, Kalmar.SMI (Smittskyddsinstitutet). *Unga och unga vuxna*. 2010. Smittskyddsinstitutet.

SMI (Smittskyddsinstitutet). *Ungdomar och sexualitet 2012/13*. Smittskyddsinstitutet.

Socialstyrelsen. *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. 2006 Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. *Ungdomsmottagning på internet. Slutredovisning av ett regeringsuppdrag*. 2009 Socialstyrelsen.

Statens folkhälsoinstitut. *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation*. (Rapport nr A 2005:19) Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Sundström-Feigenberg, K. *När livet var som bäst – Kvinnor i Sundbyberg berättar om samlevnad, arbete och barn*. Avhandling. 1987. Studentlitteratur, Lund.

www.UMO.se (2013).

Wendt E. Ungdomsmottagningarnas förebyggande och hälsofrämjande arbete. Kapitel 18 i Magnusson C, Häggström-Nordin E. (Red.) *Ungdomar, sexualitet och relationer* (s 337-348). 2009. Studentlitteratur, Lund.

APPENDIX

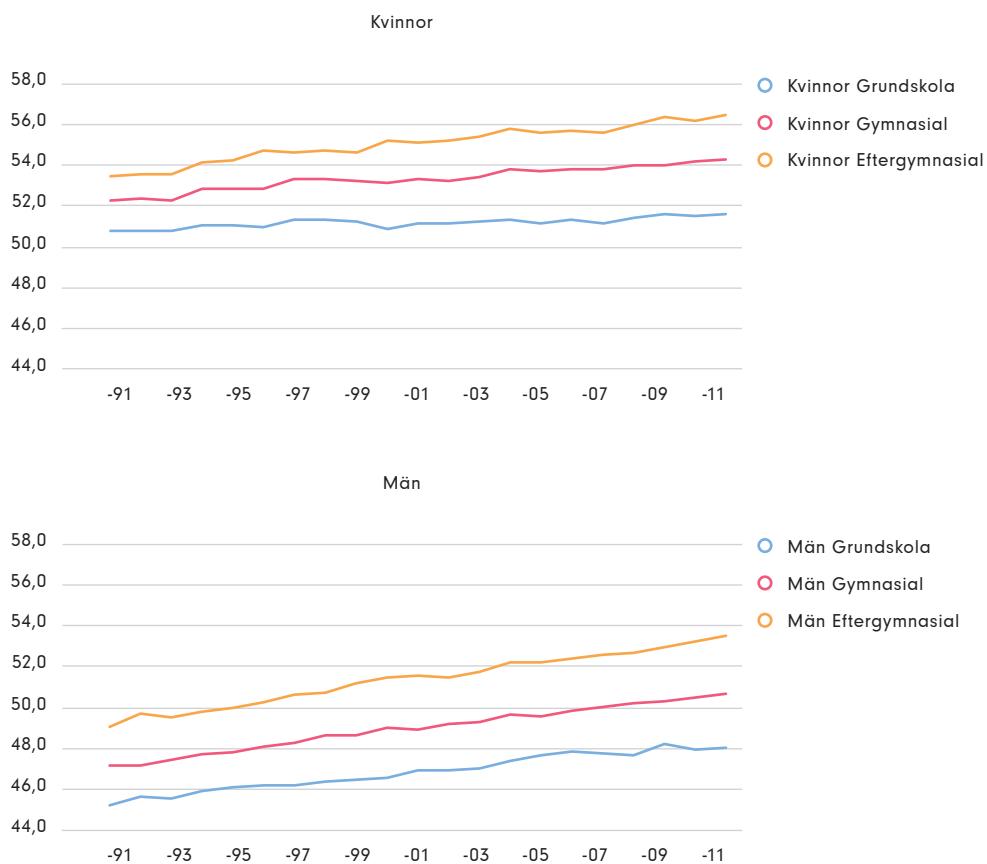


APPENDIX
SOCIALA SKILLNADER I UNGA
KVINNORS HÄLSA

KAPITEL 1



FIGUR 1
Förväntad livslängd vid 30 år efter
utbildningsnivå, Sverige 1991-2011.
Källa: Folkhälsan i Sverige - Årsrapport 2013.
Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen.



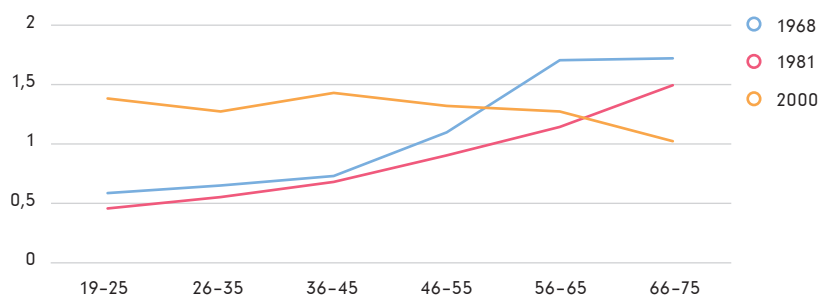
APPENDIX
SOCIALA SKILLNADER I UNGA
KVINNORS HÄLSA

KAPITEL 1



FIGUR 2
Förändringar i försämrat psykiskt
välbefinnande enligt åldersgrupp, mätta som
oddskvoter justerade för kön, födelseland och
social klass. Svenska kvinnor och män,
n = 15 487. Genomsnittsodds = 1.0.

Baserad på figur av Fritzell J, Lundberg O.
Health and inequalities in Sweden: long and
short-term perspectives. Health Inequalities
and Welfare Resources: Continuity and
Change in Sweden. Bristol: The Policy Press;
2007. p. 19-42.



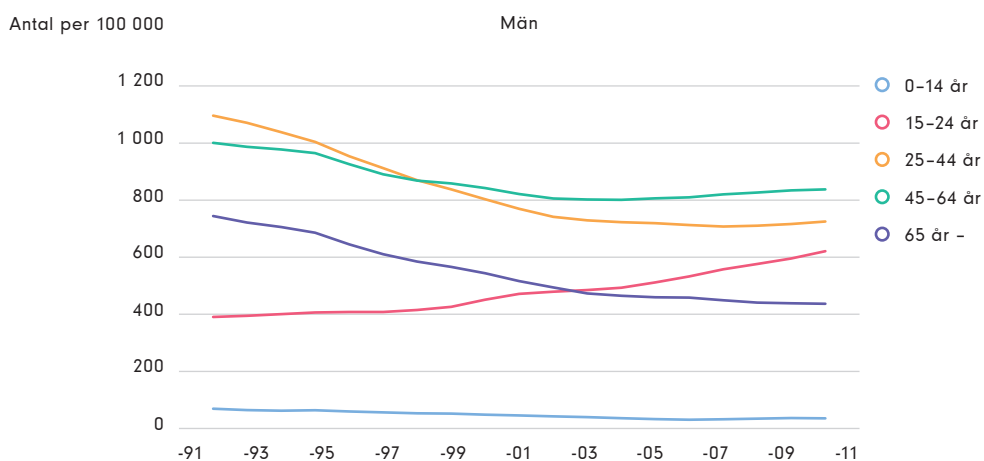
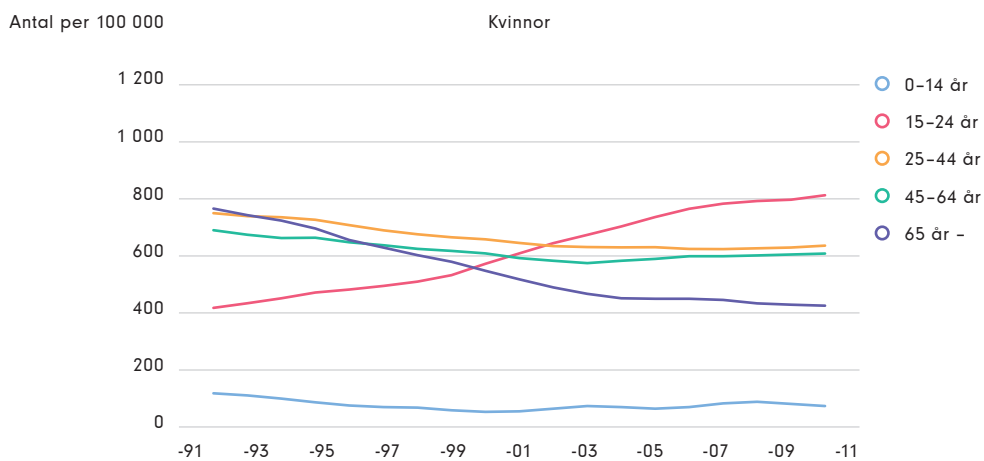
APPENDIX
SOCIALA SKILLNADER I UNGA
KVINNORS HÄLSA

KAPITEL 2



FIGUR 1
Folkhälsan i Sverige, Årsrapport 2013.
Vårdade inom psykiatrisk slutenvård.
Antal personer per 100 000 invånare i olika
åldersgrupper. Glidande treårsmedelvärden,
åldersstandardiserade tal.

Källa: Socialstyrelsen &
Statens Folkhälsoinstitut, 2013.



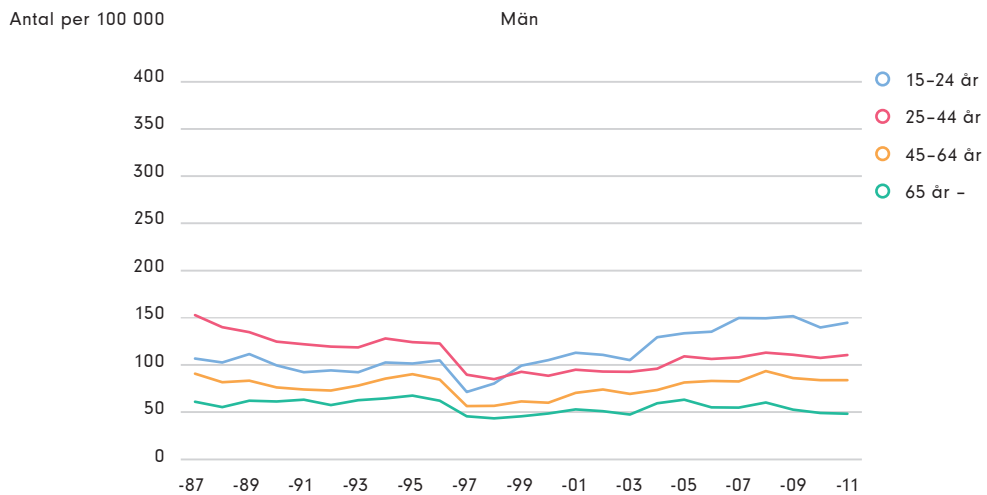
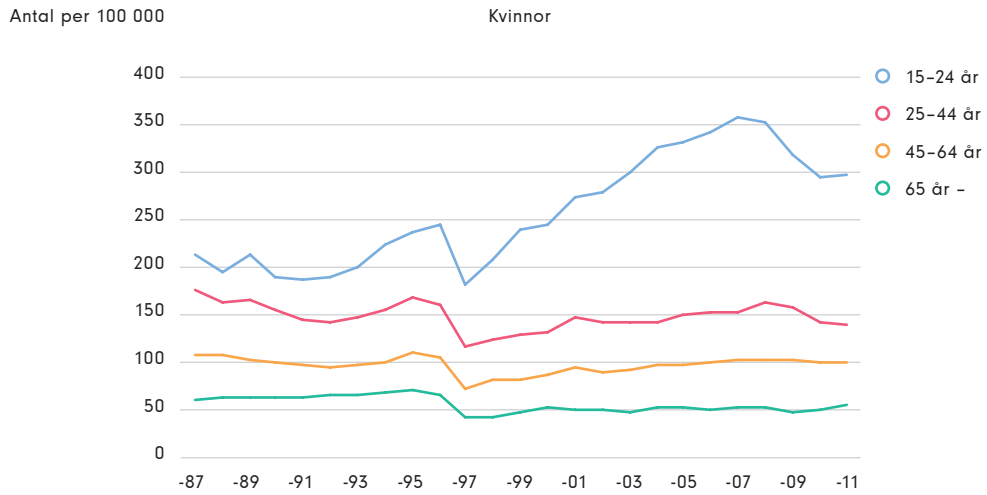
APPENDIX
SOCIALA SKILLNADER I UNGA
KVINNORS HÄLSA

KAPITEL 2



FIGUR 2
Självordsförsök 1987-2011. Antal per
100 000 invånare som vårdats på sjukhus
för självordsförsök (inklusive osäkra fall).

Källa: Nationellt centrum för suicidforskning
och prevention av psykisk ohälsa (NASP)
vid Karolinska Institutet (2012).



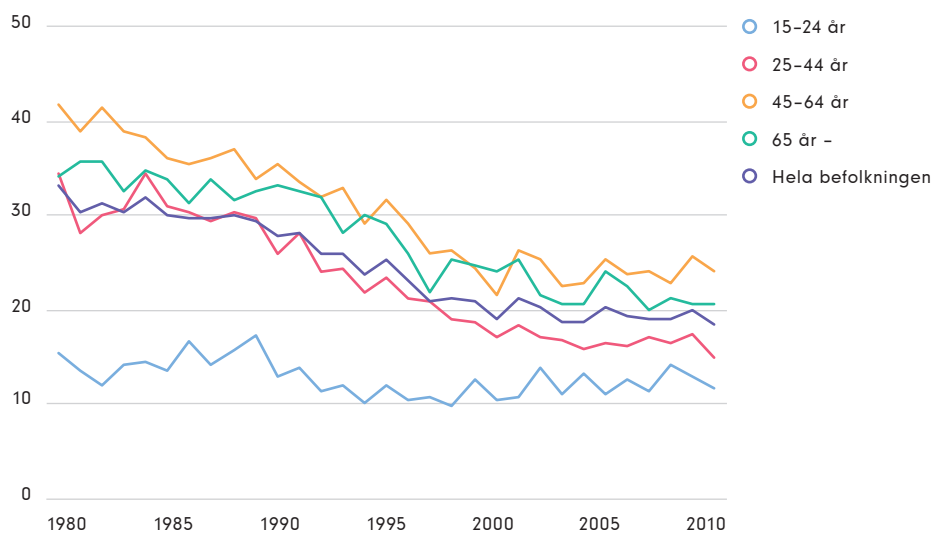
APPENDIX
SOCIALA SKILLNADER I UNGA
KVINNORS HÄLSA

KAPITEL 2



FIGUR 3
Antal självmord i olika åldersgrupper
2010 (per 100 000 invånare).

Källa: Självordsupplysningen,
Föreningen för psykisk hälsa.



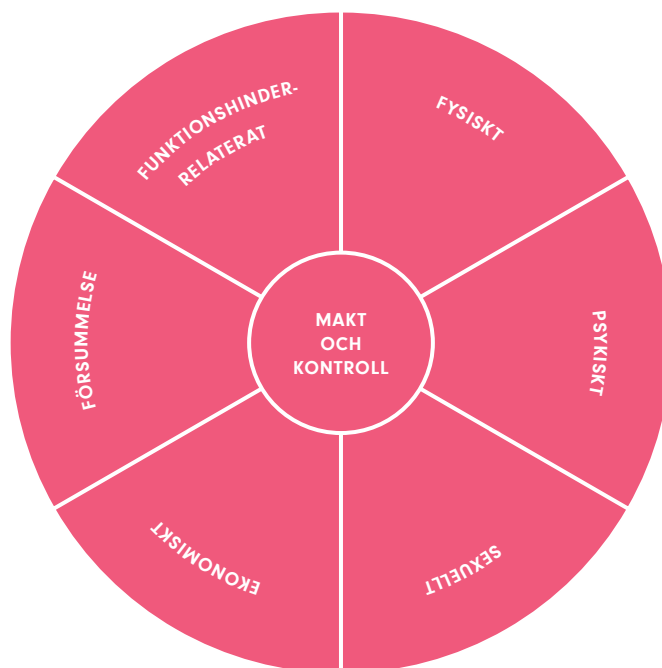
APPENDIX
SOCIALA SKILLNADER I UNGA
KVINNORS HÄLSA

KAPITEL 4



FIGUR 1
Väldshjulet

Källa: Utvecklingscentrum
Dubbelt Utsatt, Bräcke Diakoni.



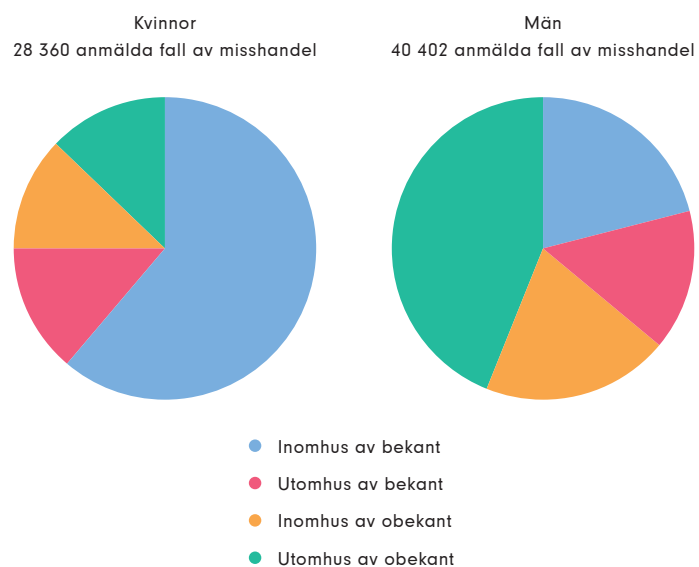
APPENDIX
SOCIALA SKILLNADER I UNGA
KVINNORS HÄLSA

KAPITEL 4



FIGUR 2
Skillnader i våldsutsatthet, kvinnor och män.
Antal anmälda misshandelsbrott i Sverige, 2012,
personer 18 år eller äldre; efter kön, plats
och relation till förövaren.

Källa: Brå



KAPITEL 4



FIGUR 3
Vad visar de välbekanta pictogrambilderna
på våra toaletter? Finns det tre kön:
kvinna, man och person med
funktionsnedsättning?



Äldre kvinnors hälsa

CARIN LENNARTSSON

Docent i sociologi och universitetslektor vid Aging
Research Center (ARC), Karolinska Institutet/Stockholms Universitet.
Hennes forskning handlar om äldre personers levnadsförhållanden
och hälsa samt hur dessa förhållanden har förändrats under de
senaste årtiondena. Hon är också projektledare och ansvarig
för Undersökningen om äldres levnadsvillkor -SWEOLD.

SAMMANFATTNING

Sverige har en stor andel äldre personer i befolkningen. Närmare 20 procent är över 65 år och det är en grupp som domineras av kvinnor. Detta kvinnoöverskott ökar till nästan två tredjedelar i åldrarna över 80 år. Det här kapitlet illustrerar ojämlikhet i hälsa bland äldre kvinnor. Det vill säga hälsan i senare delen av livsloppet, då effekten av tidigare förhållanden är som störst och där ohälsa, funktionsnedsättningar och dödlighet på allvar börjat göra sig gällande.

Resultaten visar att många äldre kvinnor har god hälsa och klarar vardagen på egen hand, utan stöd eller hjälp från andra. Andra har hälsoproblem och är i behov av vård och omsorg. Det finns betydande socioekonomiska skillnader i hälsa bland kvinnor över 75 år. Skillnaderna återfinns i en mängd olika hälsoproblem, samt i förväntad livslängd. Äldre kvinnor med låg socioekonomisk position har kortare förväntad livslängd än kvinnor med hög socioekonomisk position och den förväntade livslängden har också varit svagast bland lågutbildade kvinnor. Äldre kvinnor med låg socioekonomisk position är därmed en särskilt utsatt grupp i befolkningen vad gäller hälsa och livslängd. Kapitlet avslutas med en kort diskussion om socialtjänstens äldreomsorg.

INLEDNING

Sveriges liksom världens befolkning blir generellt sett allt äldre. Vår livslängd ökar. Från mitten av 1800-talet och fram till idag har medellivslängden ökat från 49 år till närmare 84 år för kvinnorna och för männen har medellivslängden ökat från 45 år till 80 år. Det är främst förbättrade levnadsförhållanden och medicintekniska framsteg som bidragit till denna ökning. Fram till mitten av 1950-talet var det främst förbättrade levnadsförhållanden bland barn och ungdomar som låg bakom den ökade medellivslängden, men sedan dess är det främst en minskad dödlighet bland äldre som leder till en fortsatt ökad medellivslängd.

Den ökande medellivslängden tillsammans med låga födelsetal innebär att befolkningen åldras. Det är inte bara andelen vuxna personer över 65 år som ökar, utan även den allra äldsta delen av den svenska befolkningen. Siffror från Statistiska Centralbyrån visar att år 1900 var andelen över 80 år strax över en procent av den totala befolkningen, idag utgör äldre personer över 80 år drygt fem procent (5,3 %) och andelen över 90 år är 1,3 procent. Det vill säga andelen över 90 år är idag större än vad andelen över 80 år var år 1900. Antalet och andelen män dominerar i alla åldrar upp till 62 år, men därefter är det klart fler kvinnor än män och andelen kvinnor blir allt större högre upp i åldrarna.

I och med att både antalet och andelen äldre ökar i befolkningen ökar även behovet av systematiska kunskaper om äldre kvinnor och mäns levnadsvillkor. Historiskt sett har äldre personer länge betraktats som en sårbar grupp i ekonomiskt och hälsomässigt hänseende och en stor del av välfärdsstatens resurser har riktats mot äldre, bland annat i form av pensioner. Även om forskningen har visat att fattigdom numera är relativt ovanligt bland äldre i Sverige (Fritzell & Ritakallio 2010), så utgör fortfarande ensamstående äldre kvinnor en riskgrupp. I ett hälsoperspektiv är äldre och i synnerhet äldre kvinnor fortfarande en utsatt grupp.

Livet som pensionär har förlängts avsevärt och antal år i livet som ålderspensionär utgör i dag närmare en tredjedel av den genomsnittlige svenskens vuxna liv. Pensionsåldern har dessutom blivit alltmer flytande under senare år. Vid vilken ålder och på vilket sätt (exempelvis via deltid, sjukersättning) varierar mellan kvinnor och män och mellan olika yrkeskategorier och därmed olika sociala klasser. Kvinnor är i regel yngre än män när deras inkomster till största delen utgörs av "pension" och personer med tjänstemannayrken tenderar att jobba längre än arbetare (Kadefors och Wikman, 2011). Närmare 40 procent av kvinnorna fick sin största inkomst från sjukersättning åren innan de "pensionerades" (motsvarande siffra för männen var 30 %). Många kvinnor har därmed hälsoproblem redan innan de blir heltids-pensionärer (SOU 2011:05).

Hur hälsan påverkas direkt efter pensioneringen och senare i livet beror delvis på vilket yrke och arbetsförhållanden man lämnar. Att pensioneras från fysiskt krävande arbeten kan vara främjande för hälsan medan att lämna ett intellektuellt stimulerande arbete istället kan vara mindre gynnsamt för en fortsatt god kognitiv hälsa. Forskningen visar inte idag några tydliga svar på frågan om vid vilken ålder och vilken typ av arbete som lämnas och slutsatsen kommer med all sannolikhet att bero på om det är kvinnor eller män som studeras, vilken yrkesgrupp som studeras, vilken typ av hälsa och när efter pensioneringen som hälsan studeras.

ÄLDRE INGEN HOMOGEN GRUPP

Inom äldreforskningen delar man ibland in gruppen 65 år och äldre, ofta definierade som "äldre", i två olika faser. I den första fasen, som kallas den "tredje åldern", sätter hälsan inte några större hinder för vad man kan göra. Till skillnad från för bara femtio år sedan, får numera nästan alla chans att leva relativt många år i den tredje åldern. En god tendens tycks vara att om man har en god hälsa vid 65 år, har man sannolikt även en god hälsa vid 75 år. De flesta i tredje åldern är sammanboende och i flera avseenden har de yngre äldre (ofta definierat som gruppen 65–74 år) det ekonomiskt bättre än ungdomar och unga vuxna (Lennartsson & Lundberg, 2007). Den tredje åldern kan därmed ses som en period med ökad fritid och konsumtion.

För de allra flesta inträder förr eller senare en ytterligare fas, den "fjärde åldern". Den inleds ofta med en sjukdom, en stroke, ett fall eller en annan skada som i en hast förändrar livet och vardagen både för en själv och för de i den närmaste omgivningen. Endast ett fåtal äldre avlider plötsligt utan några påtagliga hälsoproblem. Den vanligaste dödsåldern för kvinnor är idag 87 år. I den "fjärde åldern" ökar antalet hälsoproblem, organen börjar svikta och fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar som uppträder samtidigt börjar bli allt vanligare. I den "fjärde åldern" är beroendet av andra människors vård och omsorg för att klara vardagen stora. När de olika faserna inleds och avslutas är inte jämnt fördelat i befolkningen, men klart är att de allra flesta får uppleva en tid med sjukdomar och funktionsnedsättningar samt ett beroende av andra – den sista delen av livet.

Sannolikheten att få uppleva ett långt friskt och oberoende liv skiljer sig mellan olika socioekonomiska grupper. De grupper med hög utbildning, hög inkomst och som arbetar eller har arbetat med traditionella medelklassyrken tenderar att i genomsnitt leva längre och ha färre hälsoproblem än grupper med lägre utbildning, lägre inkomster och som arbetat eller har arbetat med traditionella arbetarklassyrken (Rostila & Toivanen, 2010).

Det finns alltså systematiska skillnader i hälsa beroende på vilken socioekonomisk position kvinnor och män har i ett samhälle. Dessa sociala skillnader i hälsa finns i alla samhällen, även i rika länder som Sverige. De systematiska skillnaderna innebär inte att varje enskild individ med högre position har mindre hälsoproblem, utan att den grupp som den enskilde individen tillhör har i genomsnitt mindre hälsoproblem jämfört med gruppen med längre socioekonomisk position. Med andra ord är de som har det bättre ställt generellt friskare och lever längre än de som har det sämre ställt. Om den sociala ordningen i ett samhälle liknas vid en trappa så har individer bättre hälsa ju högre upp i trappan de står. Detta samband återfinns i alla åldrar och bland kvinnor och män. Det finns inte heller några tendenser till att ojämlikheten skulle minska (Rostila & Toivanen, 2010).

Ojämlikhet i hälsa kan därför förstås som hälsoskillnader som är systematiska och helt eller delvis skapade av sociala förhållanden. Hur livsvillkoren och hälsan ser ut och hur den fördelar sig mellan olika grupper varierar även mellan olika perioder och mellan olika födelsekohorter. Forskningen har dock kunnat konstatera att trots alla samhälls- och hälsoförändringar samt alla medicinska framsteg som gjorts, finns hälsoskillnaderna mellan olika sociala grupper kvar (Fritzell, 2010).

Även om dessa systematiska skillnader i hälsa finns mellan olika sociala grupper betyder det inte att alla individer kan ha ett identiskt hälsotillstånd. Vi har alla olika genetiska och biologiska förutsättningar för sjukdomar och hälsoproblem.

Det finns dock inte några forskningsresultat som tyder på att individer från olika socialt definierade grupper har olika genetiska och biologiska förutsättningar för en god hälsa.

KÖNSSKILLNADER I HÄLSA

Utöver de skillnader i hälsa och livslängd som återfinns mellan olika socialt definierade grupper, finns det även skillnader i dödlighet och hälsa mellan kvinnor och män. I genomsnitt lever kvinnor längre än män. Den vanligaste dödsåldern för kvinnor är 87 år och för män 82 år. Männerna har högre dödsrisk än kvinnor i alla åldrar upp till 95 års ålder. Samtidigt har kvinnor i alla åldrar generellt mer ohälsa och funktionsnedsättningar än jämnåriga män. Kvinnor drabbas i högre utsträckning av icke dödliga sjukdomar och hälsobesvär, de söker också oftare sjukvård och tar mer läkemedel än vad män gör, men de lever längre. Dessa skillnader kvarstår även upp i de högsta åldrarna (Schön, 2012).

Förklaringarna till varför kvinnor har sämre hälsa än män har genom åren varit flera och orsakerna är med all sannolikhet komplexa. Det handlar både om könsskillnader i olika sociokulturella faktorer, såsom socioekonomisk position, arbets- och familjeförhållanden, hälsobeteenden, etc., men även könsskillnader i biologiska faktorer, såsom gener, hormoner och fysiologi.

Mot bakgrund av rådande kunskap om ojämlikhet i hälsa mellan äldre kvinnor och män och mellan olika sociala grupper inställer sig frågan om äldre kvinnor med olika utbildningsnivåer har samma förväntade livslängd vid 65 respektive 80 års ålder? Eller varierar den återstående medellivslängden med utbildningsnivå på samma sätt som bland yngre personer? Den andra frågan är om hälsan är ojämnt fördelad mellan äldre kvinnor från olika sociala klasser? För att besvara frågorna ger kapitlet empiriska illustrationer av skillnader i förväntad livslängd mellan kvinnor med olika utbildningsnivåer samt skillnader i den genomsnittliga hälsan mellan olika sociala klasser bland äldre kvinnor.

Resultaten bygger på offentlig statistik från Statistiska Centralbyrån, SCB, och på en svensk nationell studie, Undersökningen om äldres levnadsvillkor -SWEOLD från 2011. I den studien har ett riksrepresentativt urval av den svenska befolkningen över 75 år bland annat besvarat frågor om sin hälsa och hur de klarar vardagen, vilka aktiviteter de utför och deltar i, hur ofta de träffar sina barn och vänner. Det utfördes även tester av den kognitiva och fysiska funktionsförmågan.

Hur hälsa och överlevnad fördelar sig bland äldre kvinnor beskrivs nedan. Dessa kvinnor är födda i början av 1900-talet. Deras hälsa och levnadsförhållanden på äldre dar har påverkats av samhälleliga och individuella förhållanden under livsloppet. Kapitlet inleds därför med en kortfattad beskrivning av hur livet generellt har sett ut för en individ född år 1925, det vill säga för kvinnor som idag är närmare 90 år. Bland annat ges en bild av demografiska förhållanden och några samhällsutvecklingar som födelsekohorten erfarit genom livet.

I den sista delen av detta kapitel diskuteras socioekonomiska skillnader i socialtjänstens äldreomsorg.

KVINNOR FÖDDA 1925

På 1920-talet, när dagens äldre föddes, var graviditeter och förlossningar betydligt mer riskfyllda än idag. Barnadödligheten (avlidna innan 1 års ålder) var drygt fem procent, vilket kan jämföras med de 0,2 procent som idag avlider innan 1 års ålder. För denna födelsekohort var medfödda missbildningar och infektionssjukdomar de vanligaste dödsorsakerna under det första levnadsåret.

Trots att födelsekohorten 1925 växte upp i skuggan av andra världskriget är det den första födelsekohorten där mer än 90 procent överlevde till sin 18-årsdag. Andelen var 92 procent bland flickorna och något färre bland pojkarna. Av dem födda 1925 bodde de flesta med båda sina föräldrar under uppväxten. Den vanligaste orsaken till att inte göra det var att någon av föräldrarna avled. När födelsekohorten fyllde 20 år slutade andra världskriget (Demografiska Rapporter 2014:2).

Folkskoleutbildning var den dominerande utbildningsnivån för födelsekohorten. Närmare 65 procent av kvinnorna hade grundutbildning i form av folkskola. Andelen med eftergymnasial utbildning var fortfarande låg. Det var endast sju procent av flickorna som fick en högre utbildning, vilket var betydligt färre än bland pojkarna (Demografiska Rapporter 2014:2).

Många av kvinnorna var hemmafruar under perioden när de hade småbarn och deltagandet på arbetsmarknaden bland gifta kvinnor var låg. År 1971 togs sambeskattningen bort vilket medförde att det blev mera lönsamt för gifta kvinnor att förvärvsarbeta och vid 50 års ålder förvärvsarbetade omkring 70 procent av kvinnorna. Andelen minskade kraftigt fram till den officiella pensionsålder och vid 64 års ålder förvärvsarbetade knappt 30 procent av kohorten (Demografiska Rapporter 2014:2). Många av kvinnorna som är födda 1925, har således under en period i livet "enbart" utfört hushållsarbete i det egna hemmet och tagit hand om barnen. Detta arbete var obetalt har därför inte lett till någon ekonomisk avkastning eller till en högre pension. Även om många kvinnor under delar av sitt vuxna liv var förvärvsarbetande (ofta deltid och inom den offentligt finansierade barn- och äldreomsorgen) har dessa arbeten varit lägre betalda än männens traditionella yrken och dessutom fick/får kvinnor ofta lägre betalt än män inom samma yrkeskategori. Kvinnornas möjlighet till en ekonomisk tryggad ålderdom har med andra ord varit sämre än männens.

Att gifta sig var vanligt för 1925-års kvinnor och nästan alla (93 %) av kvinnorna har varit gifta minst en gång. Den genomsnittliga åldern för förstföderskor var 27 år och medelantalet barn bland mödrarna var 2,07. När kvinnorna var 30 år förändrades moderskapsförsäkringen, den baserades då på inkomstbortfall och täckte tre månaders frånvaro från arbete. En del av kvinnorna fick således ta del av denna nya reform (Demografiska Rapporter 2014:2). Drygt 15 procent av kvinnorna förblev barnlösa (Demografisk Rapporter 2002:5).

Det var relativt ovanligt att skilja sig. År 1970, året när kvinnorna fyllde 45 år, var omkring fem procent av kvinnorna skilda. Några år senare kom en ny skilsmässolag (1974), som medförde att betänketiden togs bort för par som var överens om att skiljas och inte hade barn under 16 år samt att betänketiden kortades i övriga fall.

Dessa kvinnor tillsammans med övriga ålderspensionärer har således upplevt hur det moderna samhället och den svenska välfärden vuxit fram. Hur och på vilket sätt dessa händelser har påverkat hälsan och andra levnadsförhållanden varierar med socioekonomisk position.

Närmare 85 procent av födelsekohorten upplevde år 1990 sin 65 årsdag. År 2005 när kvinnorna fyllde 80 år var fortfarande sju av tio i livet. Mer än var fjärde kvinna

(27 %), beräknas dessutom få uppleva sin 90-årsdag och två procent sin 100-årsdag (Demografiska Rapporter 2014:2).

De kvinnor som föddes 1925 är idag (2014) 89 år. Tillsammans med övriga födel-sekohorter som passerat 80 år (födda 1934 och tidigare) utgör de 6,4 procent av den kvinnliga befolkningen. Även om flertalet av dessa äldre kvinnor har varit gifta, bor drygt 77 procent av dem ensamma i eget boende. Det beror dels på att kvinnorna har en längre livslängd än män och dessutom gifter sig kvinnor med män som i genomsnitt är äldre. Äldre kvinnor är därför i större utsträckning ensamboende än män när ohälsa och funktionsnedsättningar på allvar börjar påverka vardagen.

SOCIOEKONOMISKA SKILLNADER I ÖVERLEVNAD BLAND ÄLDRE KVINNOR

Den förväntade livslängden i Sverige har ökat nästan oavbrutet sedan 1860-talet. Som ett resultat av att dödligheten minskade kraftigt i yngre åldrar före 1950-talet ökade medellivslängden vid födelsen snabbt, men i mindre utsträckning bland äldre personer. Sedan mitten av 1900-talet för kvinnor, och efter 1980 för män, har dödligheten i stället minskat mer bland äldre personer än bland yngre personer. Under denna period har därför även den återstående förväntade medellivslängden vid 65 års ålder ökat. Under senare tid har således dödsfallen koncentrerats till högre åldrar och idag är sju av tio kvinnor och sex av tio män, 80 år och äldre när de dör (Hemström, 2012).

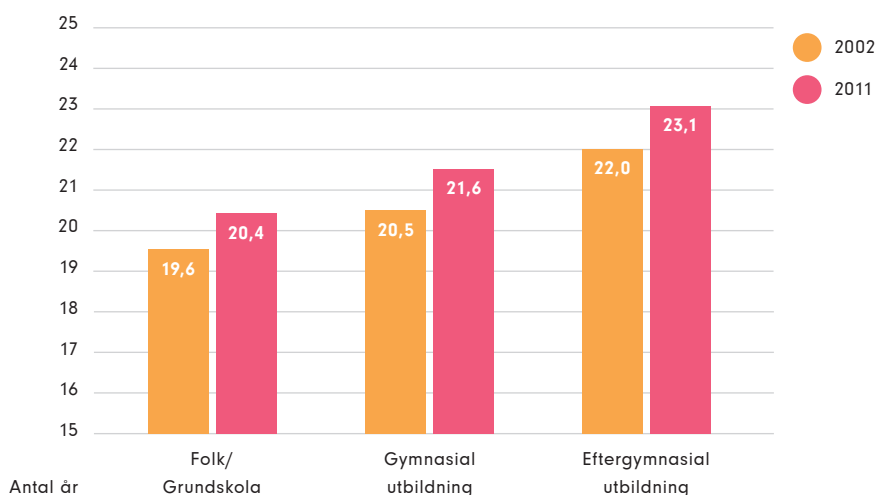
I figur 1 redovisas den förväntade livslängden vid 65 respektive 80 år bland kvinnor med olika utbildningsnivå, år 2002 och 2011. I den första figuren ser vi att den återstående förväntade livslängden vid 65 år skiljer sig åt mellan låg- och högutbildade kvinnor. År 2002 hade en kvinna med grundläggande utbildning folkskola/grundskola en förväntad livslängd på 19,6 år medan en kvinna med eftergymnasial utbildning kunde förvänta sig att leva i 22 år. Skillnaden i förväntad livslängd uppgick vid den tidpunkten till 2,4 år. Den förväntade livslängden har sedan ökat för samtliga utbildningsgrupper men ökningen har varit minst bland de lågutbildade kvinnorna. För kvinnor med folk-/grundskoleutbildning har ökningen i genomsnitt varit 0,8 år och för kvinnor med eftergymnasial utbildning har den förväntade livslängden ökat med 1,1 år. Skillnaden har därmed ökat mellan de olika utbildningsgrupperna under en tioårsperiod. Bland de äldre kvinnorna finns därmed ett tydligt samband mellan utbildning och livslängd som inte bara består över tid, den tenderar även att öka.

För kvinnor vid 80 års ålder är den återstående förväntade livslängden i genomsnitt 10 år. Av det högra diagrammet nedan går dock att utläsa att utbildningsskillnaderna i förväntad livslängd återfinns även högt upp i åldrarna. Skillnaden i förväntad livslängd mellan en låg- och högutbildad kvinna är 1,3 år och ökningen har varit mera gynnsam för kvinnorna med högre utbildning. Utbildningsskillnaderna har således ökat under de senaste decennierna. Intressant att notera är också att det finns en tydlig social gradient i förväntad livslängd mellan kvinnor med olika utbildningsnivåer. Det är således inte bara så att de med hög utbildning särskiljer sig från dem med låg utbildning. Kvinnor med utbildning utöver folk/grundskola har längre medellivslängd än kvinnor med enbart grundläggande utbildning, samtidigt som kvinnor med eftergymnasial/högskoleutbildning har längre förväntad livslängd jämfört med kvinnor med real/studentexamen. Var vi befinner oss i den

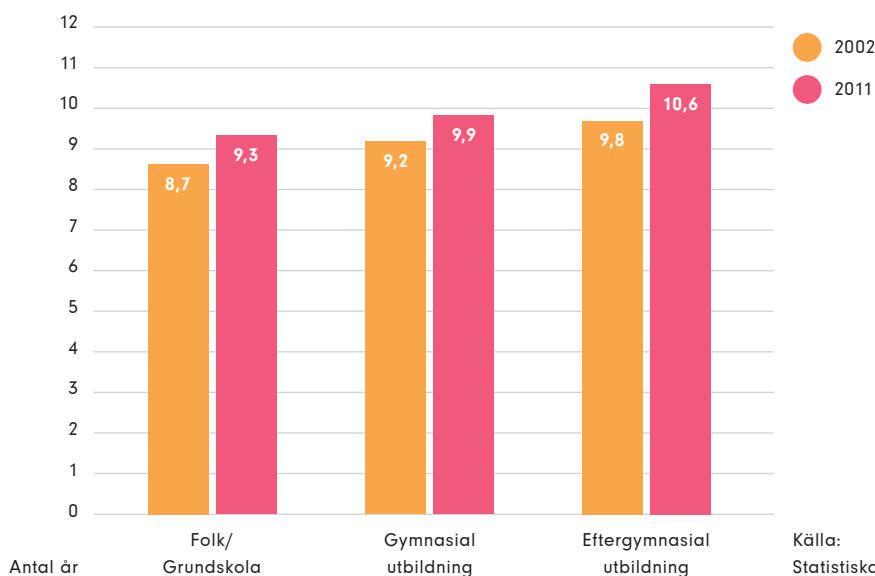
sociala hierarkin påverkar således våra chanser till ett längre liv även sent i livet.

Vi finner således samma ojämlikhet i förväntad livslängd bland äldre kvinnor som har rapporterats i den yngre befolkningen. Samtliga utbildningsgrupper har ökat sin livslängd, men ökningen har varit olika stor i de olika utbildningsgrupperna, vilket har medfört att skillnaden i förväntad livslängd har ökat dramatiskt. Sämst utveckling har kvinnor med enbart grundskoleutbildning (Fritzell, Lennartsson & Lundberg, 2007). Resultaten är anmärkningsvärda och oroväckande för trots att Sverige har en stark välfärd och ofta internationellt betraktas som ett av världens mest jämställda och jämlika samhällen så följer den förväntade livslängden en tydlig social gradient även här. Samtidigt ser de sociala skillnaderna ut att öka, det vill säga hälsan blir allt mer ojämlik.

FIGUR 1
Förväntad livslängd vid 65-års ålder efter utbildningsnivå.
År 2002 och 2011



Förväntad livslängd vid 80-års ålder efter utbildningsnivå.
År 2002 och 2011



Källa:
Statistiska Centralbyrån, 2013

SOCIOEKONOMISKA SKILLNADER I HÄLSA BLAND ÄLDRE KVINNOR

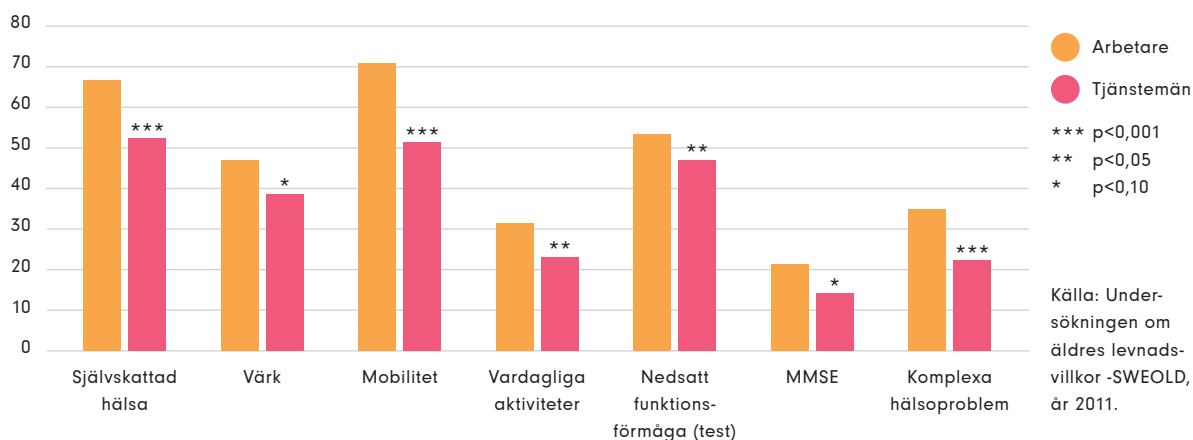
Dödlighet ger god information om en befolknings hälsostatus, med andra ord är hög dödlighet i ett land eller i en grupp en tydlig indikator på att landet/gruppen är missgynnad i många avseenden. Däremot säger dödligheten i en befolkningsgrupp ingenting om de problem, smärtor och funktionsnedsättningar som olika sjukdomar för med sig för dem som överlever.

I studier av de allra äldsta är det viktigt att komma ihåg att överlevnaden till högre åldrar är selektiv. Många av de sjukaste och svagaste individerna har redan dött. Dödligheten är ojämnt fördelad och fler individer från socialt privilegierade grupper överlever till hög ålder medan mindre resursstarka redan har dött. I Figur 2, redovisas skillnader i förekomsten av olika typer av hälsoproblem bland kvinnor med olika socioekonomisk position som överlevt till åldrarna över 75 år.

Det finns flera alternativa möjligheter att kategorisera en kvinnas socioekonomiska position. Oftast används huvudsakligt yrke, utbildning eller inkomst. Oavsett vilken markör som används blir ofta resultatet detsamma. Här har jag valt att mäta socioekonomisk position med hjälp av tidigare huvudsakligt yrke. Giftna/sammanboende kvinnor har klassificerats utifrån det egna huvudsakliga yrket. Flera av kvinnorna som är födda under de första årtiondena av 1900-talet var dock under stora delar av eller hela sitt vuxna liv hemmafruar. Om information om huvudsakligt yrke saknas har hon istället fått samma yrke som sin make. Änkorna har således fått samma yrkeskod som sin tidigare make. Hushållets sociala klass har sedan klassificerats efter något som kallas för dominansordning (Erikson 1981). Anledningen till detta är att vissa yrkespositioner dominerar över andra i hushållet vad gäller attityder, beteende, ideologi, och konsumtionsmönster. Egenskaper som tillsammans med mer strukturella förhållanden som social klass påverkar hälsa och funktionsförmåga. Vem som yrkesmässigt dominerar över vem i hushållet är inte av någon betydelse.

Hälsoskillnaderna bland äldre kvinnor redovisas här enbart utifrån två grovt definierade sociala klasser. I gruppen tjänstemän ingår de som arbetat som lägre tjänstemän, (som till exempel telefonister och kontorister), tjänstemän på mellan och hög nivå (exempelvis lärare och sjuksköterskor), större företagare med anställda och jordbrukare. I gruppen arbetare ingår de som arbetat som okvalificerade och kvalificerade arbetare samt småjordbrukare och företagare med arbetaryrken utan anställda. Arbetaryrkena bland kvinnorna domineras av affärsbiträden, lokalvårdare, sjukvårdbiträden, barnvårdare etc. Indelningen är inte självklar men har använts i andra forskningssammanhang.

FIGUR 2
Andel med problem (procent)



SJÄLVSKATTAD HÄLSA

För att fånga hälsotillståndet på ett mer övergripande plan studeras ofta individens självskattade hälsa. I Undersökningen om äldres levnadsvillkor -SWEOLD ställs frågan om huruvida det egna hälsotillståndet är ”bra, dåligt eller något däremellan”. Här redovisas de som svarat sämre än bra i kategorin ”dåligt”. Självsfattad hälsa utgår ifrån de äldre kvinnornas egen bedömning av hälsotillståndet. Oavsett om man har några sjukdomar eller inte kan hälsan upplevas som bra eller dålig. Den självskattade hälsan påverkas av olika yttre och inre faktorer samt vilka referensramar man har. Forskningen kring den självskattade hälsan har visat att äldre personer ställer andra krav på hälsan och på vad som betraktas som en god hälsa jämfört med yngre personer. Forskningen visar också att skattningen av den egna hälsan inte i så stor utsträckning tycks vara relaterad till egna sjukdomar och funktionsförmåga. Den egna hälsan jämförs istället ofta med andras i samma ålder eller med de som redan dött (Manderbacka, 1998).

Närmare sex av tio äldre kvinnor över 75 år bedömer det egna hälsotillståndet som dåligt. Av figuren ovan går att utläsa att andelen är betydligt högre bland kvinnor med tidigare arbetaryrken än bland kvinnor med tjänstemannabakgrund. Hela 67 procent av kvinnorna med arbetarklassbakgrund bedömer sin hälsa som dålig, motsvarande andel bland tjänstemannakvinnorna är 52 procent.

FYSISK FUNKTIONSFÖRMÅGA OCH VÄRK

Att i hög ålder drabbas av hälsoproblem kan medföra en nedsatt funktionsförmåga och därmed påverkas förmågan att klara vardagen. Att kunna röra sig obehindrat, att ha god fysisk funktionsförmåga, är av betydelse för att kunna klara sig på egen hand. För att kunna röra sig obehindrat krävs bland annat muskelstyrka, balans, koordination och kondition. Funktionsförmågan kan också minska på grund av värk i olika delar av kroppen, vilket är förhållandevis vanligt bland äldre och vanligast bland äldre kvinnor. Värk kan således föra med sig en försämrad livssituation och möjlighet till en självständig vardag. Bland äldre kvinnor har 43 procent svår eller

lätt värk i axlar, armbågar, händer, höfter, ben och/eller knän. Kvinnor med tidigare arbetaryrken har i större utsträckning värk än andra kvinnor.

Mobilitetsförmågan är ett ytterligare mått på funktionsförmåga. Drygt 60 procent av kvinnorna har svårigheter att på egen hand gå en kortare sträcka och/eller har svårigheter att gå i trappor. Svårigheter som ökar markant med åldern. Figur 2 visar att skillnaderna i mobilitet mellan de två definierade sociala klasserna är tydliga och följer samma mönster som självskattad hälsa och värk.

Äldre arbetarkvinnor har även i större utsträckning än tjänstemannakvinnor problem med att klara de mest basala aktiviteter i vardagen. De har oftare problem med att bada/duscha, klä sig själv, komma ur och i sängen och att gå på toaletten än vad tjänstemannakvinnor har. Dessa aktiviteter är starkt relaterade till hur bostaden är utformad och vilka hjälpmedel som finns. Arbetarkvinnor har, med andra ord, på grund av sina hälsoproblem svårare att möta de krav som omgivningen ställer och därmed klara de mest basala aktiviteterna i vardagen.

OBJEKTIVA TEST AV HÄLSAN

Även när funktionsförmågan studeras med hjälp av olika objektiva test uppvisar kvinnor från arbetarklassen sämre fysisk funktionsförmåga än tjänstemännen. Kvinnor med tidigare arbetaryrken får också i större utsträckning än tjänstemannakvinnor låga poäng på ett kognitivt test (MMSE). Testet mäter bland annat orienterings- och kommunikationsförmågan. Två av tio arbetarkvinnor och knappt 15 procent av övriga kvinnor har nedsatt kognitiv förmåga. Dessa kvinnor kan således ha svårt att få vardagen att fungera.

Våra resultat visar att hälsoskillnaderna mellan de sociala klasserna återfinns både i självrapporterad funktionsförmåga och vid uppmätta testresultat. De test på fysisk funktionsförmåga som kompletterar de självrapporterade hälsomåtten följer i stora drag samma mönster, vilket indikerar att klasskillnaderna i hälsa inte kan förklaras av att olika grupper i samhället har olika anspråk och förväntningar på sin hälsa. Testen indikerar också att den ojämlika hälsan i funktionsförmåga, bland äldre kvinnor, inte kan förklaras av yttre faktorer i bostaden och i närmiljön.

99

FLERA HÄLSOPROBLEM SAMTIDIGT

Att ha flera olika hälsoproblem samtidigt – såsom sjukdomar och symtom, nedsatt funktionsförmåga samt kognitions- eller kommunikationsproblem – ökar med stigande ålder. Dessa mått är viktiga dels för att individen ska kunna klara sig själv, dels speglar dessa mått på ohälsa behovet av sjukvård och omsorg från flera olika aktörer. Att ha flera olika hälsoproblem samtidigt är också påfrestande för individen själv samt för dennes anhöriga. Bland äldre kvinnor är det närmare 30 procent som anger att de har flera hälsoproblem samtidigt. Skillnaden mellan de sociala klasserna är stora, där arbetarkvinnorna i större utsträckning än kvinnor med tjänstemannabakgrund har flera olika hälsoproblem samtidigt.

När man tittat närmare på klassindelningen återfinns nästan i samtliga hälsoutfall en tydlig gradient. Det är inte bara så att kvinnor som tillhör tjänstemannagruppern särskiljer sig från arbetare, utan högre tjänstemän har också bättre hälsa än lägre tjänstemän och längre tjänstemän har bättre hälsa än arbetare med mera kvalificerade arbetsuppgifter. Var äldre kvinnor befinner sig i den sociala hierarkin påverkar

följaktligen hälsan och funktionsförmågan oavsett om vi mäter hälsan med objektiva test eller subjektiva frågor. Detta mönster har visat sig vara konsekvent i ett flertal studier av ojämlikhet i hälsa där äldre kvinnor och män studerats (Thorslund, 2012; Lennartsson & Fors, 2010). I detta kapitel har vi dessutom kunnat konstatera att de socioekonomiska skillnaderna i hälsa och dödlighet är tydliga bland äldre kvinnor.

SOCIOEKONOMISKA SKILLNADER I ÄLDREOMSORG BLAND ÄLDRE KVINNOR

Högt upp i åldrarna ökar antalet kvinnor som har hälsoproblem. Då ökar också risken för att drabbas av flera hälsoproblem samtidigt, vilket i sin tur ökar efterfrågan på vård och omsorg. Äldre kvinnor i livets slutskede utgör också en betydande del av patienterna inom sjukvården. I genomsnitt tillbringas de sista två åren i livet i olika former av omsorg. Flera internationella studier har dessutom visat att kvinnor i genomsnitt lever längre än män som multisjuka i den så kallade ”fjärde åldern” innan de dör (Victor 2005). I åldrarna efter 80 år bor dessutom många kvinnor ensamma när omsorgsbehovet är som störst, härav blir de beroende av den offentligt finansierade omsorgen eller av anhöriga. Drygt dubbelt så många kvinnor som män har hjälp från den offentliga hemsjukvården och äldreomsorgen (Socialstyrelsen, 2009).

Hälso- och sjukvården tillsammans med socialtjänstens äldreomsorg utgör en stor del av den offentligt finansierade välfärden. Socialtjänstens äldreomsorg utförs i huvudsak som hjälp i hemmet och som plats på särskilt boende. Tjänsterna ska sörja för de behov som finns hos äldre som de inte själva kan utföra eller om behoven inte kan bli tillgodosedda på annat håll. Med hänsyn till befolkningsutvecklingen har det under de senaste 30 åren på en rad olika områden skett stora nedskärningar i de offentligt finansierade välfärdstjänsterna.

Utvecklingen har lett till att äldreomsorg idag nästa enbart ges till personer med stora vård- och omsorgsbehov. Äldre personer som ”enbart” behöver hjälp med vardagliga hushållssysslor beviljas därmed alltmer sällan hjälp och måste i högre utsträckning förlita sig på anhöriga för att få behoven uppfyllda. För att ha möjlighet att fortsätta att bo hemma med omsorgsbehov måste det därför finnas anhöriga som kan och orkar hjälpa till. Det är främst barn och andra närstående som inte bor tillsammans med den äldre som hjälper och de har dessutom ökat sina insatser. I vissa fall ersätter de äldreomsorgens insatser och i andra fall kompletterar de äldreomsorgens insatser som inte fullt ut täcker de behov som den äldre har (Szebehely och Trydegård, 2007).

Omsorgstagarna domineras av kvinnor. Det är en konsekvens av att kvinnorna är flera i den äldre befolkningen och att de har sämre hälsa än männen. Det är också vanligast att kvinnor ger anhörigomsorg. Dels som vård- och omsorgsgivande hustru (äldre män är ofta gifta till livets slut och får därmed merparten av den hjälp och omsorg de behöver från hustrun), dels som medelålders dotter som hjälper sina gamla föräldrar.

Sedan 1990-talet har en marknadsbaserad äldreomsorg vuxit fram som betalas direkt av den hjälpbehövande. Denna utveckling tog fart när RUT-bidraget infördes 2008. Möjligheten att utnyttja dessa privata tjänster är dock beroende av ekonomiska förutsättningar och de med mest pengar är de som sannolikt behöver minst hjälp.

Marta Szebehely har studerat konsekvenserna av åtstramningarna inom den offentliga äldreomsorgen. Hon har bland annat funnit att nedskärningarna inom de offentligt finansierade välfärdstjänsterna är köns- och klassrelaterade. Bland lågutbildade äldre har anhörigas omsorgsinsatser ökat betydligt mer än bland anhöriga med hög utbildning. Det motsatta förhållandet gäller privat köpt hjälp. Privat köpt hjälp för de mer resursrika äldre och anhörigomsorg för dem med mindre resurser. Äldre kvinnor, som i stor utsträckning bor ensamma de sista åren av livet och har sämre ekonomiska förutsättningar än män och yngre äldre kvinnor, får i allt större utsträckning förlita sig på hjälp från vuxna barn (Szebehely, 2012). Närmare 15 procent av dagens äldre saknar dock egna vuxna barn.

Åtstramningarna inom äldreomsorgen med en ökad omfattning av anhörigomsorg kan även få negativa effekter för dem som utför anhörigomsorgen. Forskningen har visat att anhörigomsorg ofta leder till en stressad vardag för att få arbetslivet och hjälpinsatserna att gå ihop. En väl fungerande äldreomsorg är en förutsättning för att kvinnor (och män) med äldre anhöriga i behov av vård och omsorg, ska kunna förvärvsarbeta och försörja sig på samma villkor som andra (Sand, 2012).

Förändringen i socialtjänstens äldreomsorg påverkar på så sätt kvinnor över hela livscykeln. För äldre kvinnor har de senaste decenniernas nedskärningar lett till att nästan enbart de med stora vård- och omsorgsbehov får hjälp. De med mindre behov får förlita sig på anhörigas hjälpinsatser eller köpa privat hjälp. Möjligheten att utnyttja privata tjänster är inte jämt fördelat i den äldre befolkningen och mest resurser har de som sannolikt behöver minst hjälp. För resurssvaga, med inte allt för sällan ett större omsorgsbehov, är familjen det enda omsorgsalternativet. För medelålders vuxna döttrar betyder nedskärningarna ett större omsorgsansvar som kan leda till förändrade förutsättningar för deras deltagande på arbetsmarknaden. Även om ökningen av anhörigomsorg berör alla socioekonomiska grupper så är anhörigomsorgen mer omfattande bland lågutbildade grupper. Det innebär troligen att mindre resursstarka grupper i olika generationer har påverkats mest negativt av de senaste årtiondenas åtstramningar av äldreomsorgen.

AVSLUTNING OCH DISKUSSION

De flesta kvinnor som idag passerar 65 år har ungefär en tredjedel av livet kvar att leva. Många kvinnor bibehåller en hög levnadstandard och en god hälsa samt förblir fysiskt och socialt aktiva i många år. Så småningom, med stigande ålder, förändras dock vardagen inom många områden, oftast med försämrad levnadsnivå och hälsa som följd. Kvinnans socioekonomiska position spelar en viktig roll för hur och när dessa förändringar sker. Det är också viktigt att komma ihåg att kvinnor i regel har sämre hälsa än män i samma ålder.

Resultaten i detta kapitel visar att det finns betydande socioekonomiska skillnader i hälsa även bland kvinnor över 75 år. Resultaten visar på ett konsekvent mönster av ojämlikhet. Äldre kvinnor med låg socioekonomisk position har en sämre hälsa oavsett om hälsan är självrapporterad eller om den mäts genom olika tester. Samtidigt är deras förväntade livslängd kortare än kvinnor med hög socioekonomisk position. Utvecklingen i den förväntade livslängden har också varit svagast bland äldre lågutbildade kvinnor. Tidigare forskning har dessutom visat att den förväntade medellivslängden för yngre lågutbildade kvinnor endast har ökat marginellt, vilket tyder på att lågutbildade kvinnor, oavsett ålder, är en särskilt utsatt grupp

i befolkningen vad gäller hälsa och livslängd. Denna ojämlikhet mellan kvinnor med olika socioekonomisk position är inte främst biologiska, inte heller orsakade av individuella val i vardagen, snarare är det en ojämnn fördelning av ekonomiska, kulturella och sociala resurser som skapar olika förutsättningar för ett långt och friskt liv.

Äldre kvinnor som i stor utsträckning bor ensamma när hälsoproblemen är som störst blir ofta mer eller mindre beroende av den offentliga äldreomsorgen (där lågutbildade kvinnor arbetar) eller av anhöriga (ofta en dotter). I och med åtstramningarna inom den offentliga äldreomsorgen har även lågutbildade kvinnor i större utsträckning än högutbildade ökat sina omsorgsinsatser. Ett omsorgsansvar som för vissa kvinnor blir så krävande att de ibland, frivilligt eller ofrivilligt, tvingas att gå ner i arbetstid eller att gå i pension i förtid. En försvagad äldreomsorg riskerar därmed att få konsekvenser för framför allt döttrarnas förvärvsarbetsdeltagande men även för arbetsutbudet (Szebehely & Ulmanen, 2012).

En åldrande befolkning är en stor utmaning för välfärdsstaten. Även om hälsan bland de allra äldsta kvinnorna skulle förbättras eller att ojämlikheten i hälsan skulle utjämnas till fördel för kvinnor med låg socioekonomisk position, behöver äldreomsorgen få ökade resurser då antalet äldre kommer att öka. En gemensamt finansierad, väl utbyggd och välfungerande äldreomsorg tillräckligt attraktiv för samtliga socioekonomiska grupper skapar förutsättningar för en mer jämlik och jämställd ålderdom. Dessutom skapar en välutbyggd omsorg en mer jämlik och jämställd medelålder då alla kvinnor oavsett socioekonomisk position kan förvärvsarbeta även under perioder i livet då de har omsorgsbehövande föräldrar. Och ju fler kvinnor som förvärvsarbetar, desto större blir de offentliga intäkterna och därmed resurserna till olika välfärdstjänster, ökade resurser som kan förbättra arbetsmiljön och därmed hälsan för dem som arbetar inom äldreomsorgen. Deltagande på arbetsmarknaden är också för de allra flesta en förutsättning för en rimlig ekonomi på äldre dagar.



KAPITEL 7
SOCIALA SKILLNADER I ÄLDRE
KVINNORS HÄLSA

REFERENSER

- Erikson, R. (1981). "Om socio-ekonomiska indelningar av hushåll. Överväganden och ett förslag", *Statistisk Tidskrift*, vol 19, pp 11–23.
-
- Fors, S. (2010). *Blood on the tracks: life-course perspectives on health inequalities in later life* [PhD Thesis]. Stockholm: Department of Social Work, Stockholm University.
-
- Fors, S. (2012). *Ojämlighet och hälsa i ett livslöppsperspektiv*. I Andersson och Öberg (red). *Jämlik ålderdom? I samtiden och framtiden*. Malmö: Liber.
-
- Fritzell, J. (2012). *Socioekonomiska skillnader i hälsa*. I Rostila, M och Toivanen, S (red.). *Den orättvisa hälsan: om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*. Stockholm: Liber.
-
- Fritzell, J. & Ritakallio, V-M. (2010). *Societal shifts and changed patterns of poverty*. *International Journal of Social Welfare*, 19, Issue Supplement s1, S25–S41.
-
- Fritzell J, Lennartsson C, Lundberg O. (2007). *Health and inequalities in Sweden: Long and short-term perspectives*. In Fritzell J, Lundberg O, editors. *Health Inequalities and Welfare Resources: Continuity and Change in Sweden*. 19–42. Brighton: Policy Press.
-
- Hemström, Ö. (2012). *Medellivslängden ökar stadigt. Välfärd 3*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
-
- Kadefors, R. & Wikman, A. (2011) *Inklusion och exklusion. En studie i arbetslivslängd i olika yrken*. *Arbetsliv i omvandling*, 3, 124–141.
-
- Lennartsson, C. & Fors, S. (2012). *Sociala skillnader i hälsa bland äldre*. In: Rostila M, Toivanen S, editors. *Den orättvisa hälsan: om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*. 342–360. Stockholm: Liber.
-
- Lennartsson C, Lundberg O. (2007). *What's marital status got to do with it? Gender inequalities in economic resources, health and functional abilities among older adults*. In: Fritzell J, Lundberg O, editors. *Health Inequalities and Welfare Resources: Continuity and Change in Sweden*. 179–198. Brighton: Policy Press.
-
- Manderbacka, K. (1998). *Questions on survey questions on health*. [PhD Thesis]. Stockholm: Swedish Institutet for Social Research, Stockholm University.
-
- Rostila, M. & Toivanen, S. (2012). *Den orättvisa hälsan. Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*. Stockholm: Liber.
-
- Sand, A-B. (2012). *Anhörigvård på ojämlika livsvillkor – en granskning av informell äldreomsorg utifrån etnicitet och kön*. I Andersson och Öberg (red). *Jämlik ålderdom? I samtiden och framtiden*. Malmö: Liber.
-
- SCB. (2005). *Hur många barn får jag när jag blir stor? Barnafödande ur ett livsperspektiv*. *Demografiska Rapporter: 2002:5*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
-
- SCB. (2014). *Generationer genom livet – en demografisk beskrivning av födda under 1900-talet*. *Demografiska Rapporter: 2014:2*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
-
- Schön P. (2011). *Gender matters. Differences and change in disability and health among our oldest women and men* [PhD Thesis]. Stockholm: Department of Social Work, Stockholm University.
-
- Socialstyrelsen (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Socialstyrelsen. Stockholm.
-
- SOU 2011:05. *Sjukersättning och yrke. Underlagsrapport från Pensionsåldersutredningen*. Stockholm: Fritzes.
-
- Szebehely, M. (2012). *Universell eller skiktad äldreomsorg – vem vinner och vem förlorar?* I Andersson och Öberg (red). *Jämlik ålderdom? I samtiden och framtiden*. Malmö: Liber.
-
- Szebehely, M. & Ulmanen, P. (2012) *Åtstramningens pris. Hur påverkas de medelålders barnen av äldreomsorgens minskning? För Kommunal*. Stockholm: Stockholms universitet.
-
- Szebehely, M. & Trydegård, G-B. (2007). *Omsorgstjänster äldre och funktionshindrade: Skilda villkor, skilda trender?* *Socialvetenskaplig tidskrift*, 14 (2-3), 197–219.
-
- Thorslund, M. (2012). *Hälsa och ohälsa bland äldre*. I Andersson och Öberg (red). *Jämlik ålderdom? I samtiden och framtiden*. Malmö: Liber.
-
- Victor, C. (2005). *Will old age be healthier?* I J.A. Vincent, C., Phillipson & M. Downs (red), *The futures of old age*. London: Sage. 172–179.
-

Äldre kvinnor och psykisk ohälsa

SUSANNE ROLFNER SUVANTO

Filosofie magister/legitimerad sjuksköterska och
författare till boken "Mellan äldreomsorg och psykiatri".
Hon har under många år engagerat sig i området äldres
psykiska ohälsa samt arbetat som vårdchef, politiskt
sakkunnig, utredare på Socialstyrelsen mm.

102

SAMMANFATTNING

Av tradition framställs det som om kvinnor i högre grad än män drabbas av psykisk ohälsa eller oftare diagnostiseras som psykiskt sjuka. Det är något som starkt kan ifrågasättas. Uppfattningen bygger snarast på våra föreställningar och värderingar kopplade till psykisk ohälsa och till kön. Det finns ett stort behov av mer forskning om äldre, psykisk ohälsa och kön.

INLEDNING

Personalen på våning fyra larmar. Äldreboendet är stort och avstånden långa men jag är ung så jag skyndar mig och tar trapporna i två steg. Den gamla kvinnan ligger på golvet. Hon kan inte resa sig och har svårt att tala. Jag bedömer att det verkar troligt att hon fått en stroke, inte minst på grund av det sludriga talet, slappheten i kroppen och blicken som har svårt att fokusera. En ambulans hämtar kvinnan och jag dokumenterar det inträffade. Telefonen ringer, det är medicinakuten. De tänker skicka tillbaka kvinnan och undrar om jag kan möta upp. Jag förvånas över att det gått så snabbt. Kollegan i andra änden av telefonen fnyser – hon var ju stupfull!

Super mormor? Det är en retorisk fråga jag ofta ställer när jag föreläser om äldre och psykisk ohälsa. Frågan möts ofta med skratt och generade blickar. Nja, mormor som super, det är nog tveksamt. Däremot är supermormor en mer tilltalande tanke. Dessa reaktioner brukar föranleda att jag ställer frågan om vilka som blir äldre. Svaret blir efter en viss tvekan att det är ju vi, alla, om vi har tur och får leva. Det

betyder ju att det också måste finnas äldre med beroendeproblem, psykisk ohälsa, olika erfarenheter, kunskap – ja, kort sagt all den mångfald som mänskligheten består av. Det är som om när vi passerar 65-årsgränsen så förväntas vi bli ett kollektiv där de individuella behoven och egenskaperna suddas ut. Det gäller inte bara psykisk ohälsa utan i allra högsta grad också att vi är kvinnor och män eller definierar oss utanför den traditionella dualistiska könsuppdelningen. Ett sådant synsätt menar jag får konsekvenser och bärs upp av oss alla gemensamt, även av den ”äldre”.

Vad hände då med kvinnan i exemplet från inledningen? Ja, historien är sann till viss del med det undantaget att det var en kollega till mig som var den ansvariga sjuksköterskan. Idag kan jag konstatera att vi båda var helt handfallna och gav inte det som denna kvinna behövde. Vi ställde inga frågor om hennes mående och än mindre följde upp det inträffade. En av konsekvenserna av vår oförmåga blev att hon ramlade och bröt lårbenshalsen.

Mot bakgrund av ovanstående inleddes mitt engagemang för äldre och psykisk ohälsa. Därför är jag också väldigt glad att få lyfta upp äldre kvinnors psykiska ohälsa i det här sammanhanget. Samtidigt kommer jag att vidare belysa både äldres psykiska ohälsa allmänt och även de äldre männens psykiska ohälsa. Syftet bakom detta är att man måste se helheten för att kunna förstå delarna. Och, ja, om du redan nu är nyfiken om mormor super? Ja, det gör hon och fler äldre kvinnor har beroendeproblem idag än tidigare.

VÅRA FÖRESTÄLLNINGAR OM ÄLDRE OCH OM PSYKISK OHÄLSA

Oavsett om vi pratar om äldre eller om personer med psykisk ohälsa är det viktigt att påminna sig om att det inte rör sig om homogena grupper. Där finns en lika stor spridning och mångfald som hela den mänsklighet vi utgör. Trots det har vi alla en tendens att vid grupperingar ha ganska så fasta föreställningar om människor inom olika kategorier. Under många år har jag pekat på att äldres psykiska ohälsa är ett eftersatt område och att den huvudsakliga orsaken till det är just våra föreställningar kring åldrande och kring psykisk ohälsa. Jag har vid möten med studenter, vårdpersonal, politiker, tjänstemän och allmänhet ställt två frågor. Vem tänker du på när jag säger ”den äldre”? och Vem tänker du på om jag säger en person med psykisk ohälsa eller sjukdom? I regel svarar åtta av tio samma sak.

På den första frågan svarar man följande:

- ~ Kvinna
- ~ Ganska gammal
- ~ Rollator, svårt att gå
- ~ Snäll, glad, kanske deprimerad
- ~ Mormor

På den andra frågan:

- ~ Det kan vara vem som helst ¹
- ~ Man
- ~ Runt 40-års ålder
- ~ Det syns på honom, sliten, pratar för sig själv
- ~ Kanske farlig

Två diametralt motsatta bilder som tydligt avspeglar att begreppet äldres psykiska ohälsa inte får något fäste i människors medvetande. Attityder, bristande kunskaper leder också till ett handlande som innebär att ”mormors” psykiska ohälsa blir osynliggjord. Att det är så i praktiken vet vi genom de studier som bland annat Socialstyrelsen gjort som visar att personer över 65 år plötsligt försvinner ur statistiken över psykiatriskt vårdutnyttjande. Detta utan att det skulle finnas några epidemiologiska förklaringar. Det ska också påpekas att många delar av vården och omsorgen har ett gemensamt ansvar för äldre med psykisk ohälsa, vilket också påverkar insatserna.

Våra föreställningar om åldrande och om psykisk ohälsa kan också beskrivas i termer av ålderism och stigma. Ålderism som företeelse har myntats och beskrivits av framförallt professor Lars Andersson och handlar om stereotypa föreställningar om äldre och åldrande. Exempel på sådant som kan liknas med osynliggörandet av den psykiska ohälsan är att äldre inte har ett sexliv, beroendeproblem eller förekomst av partnervåld. För handen på hjärtat – morfar misshandlar väl ändå inte mormor?

Stigma är det andra begreppet och kopplat till psykisk ohälsa handlar det om samhällets negativa attityder till människor med psykisk ohälsa. Det kan ta sig uttryck som en ovilja att ha människor med psykisk ohälsa som grannar, arbetskamrater eller som vänner. Det förekommer också självstigmatisering som innebär att människor med psykisk ohälsa själva drar sig för eller hindrar sig själva att ta kontakt därför att de förutsätter ett negativt bemötande.

VILKA TALAR VI OM?

1264

Vem, vad och vilka är det då vi talar om när vi pratar om äldres psykiska ohälsa? Först och främst är det heterogen grupp med ett åldersspann som sträcker från 65 år och fyrtio år framåt. Det betyder i sig att variationerna är oändliga. Det är en stor grupp då cirka 1,7 miljoner idag är 65 år eller äldre och psykisk ohälsa är mycket vanligt. En vedertagen beskrivning av hur vanligt psykisk ohälsa är att cirka en av fyra är drabbad samt tre av fyra är berörda. Det finns bland äldre likväl som bland yngre alla former av psykisk ohälsa och för att ge det en struktur kan gruppen beskrivas så här:

- ~ De som drabbas i samband med åldrandet, framförallt av ångest- och depressionssjukdomar. Symtomen skiljer sig mellan yngre och äldre genom att de senare oftare har kroppsliga besvär som symptom på en depression eller att de kroppsliga och psykiska besvären överlappar varandra. Vi talar här om storleksordningen 12–15 procent bland de över 65 år som vid en given tidpunkt är drabbade av en depressionssjukdom (punktprevalens).
- ~ De som levt under lång tid med psykisk ohälsa och som går in i åldrandet. En numerärt mindre grupp än den första men med stora och omfattande behov som inte sällan osynliggörs. Vi vet att det finns en minskad förväntad livslängd beroende på läkemedelsbehandling och somatisk sjukdom i den här gruppen, cirka 15–20 års minskad förväntad livslängd för män och 10–15 år för kvinnor. Dessutom har man en betydligt sämre ekonomi än andra i motsvarande åldersgrupp, och även i relation till andra grupper med funktionsnedsättning.
- ~ De som drabbas av demenssjukdom och annan psykisk ohälsa. Är nedstämdhet ett symptom på en demenssjukdom eller en depression? Äldre med depression får inte sällan kognitiva besvär och svårigheter med exekutiva funktioner. Det

är också vanligt att depression och demenssjukdom förekommer parallellt och kan vara svårt att både upptäcka och behandla.

~ De som drabbats av ett trauma tidigare i livet och som går in i åldrandet. Det kan vara de som tidigt i livet har mött krig, tortyr, förföljelse och övergrepp av olika slag.

Alla former av psykisk ohälsa finns representerade då ålder inte på något sätt kan sägas vara skydd mot psykiska sjukdomar. Det är snarast det motsatta. Det betyder att neuropsykiatriska tillstånd som ADHD, ADD, psykoser, beroende, tvångssyndrom, depression, bipolär sjukdom och personlighetsstörningar återfinns bland de äldre. I vissa fall, som exempelvis vid ADHD, kan det vara odiagnostiserat då det först på senare år funnits tillräckliga kunskaper att upptäcka och ge stöd vid dessa tillstånd.

KVINNOR OCH MÄNS PSYKISKA OHÄLSA

En vanlig föreställning kring kvinnor och mäns psykiska ohälsa är att kvinnor är överrepresenterade och/eller överdiagnostiserade. I viss mån är det sant, framförallt vad gäller depression, ångest och oro. Det gäller också självskattad psykisk ohälsa. Men för övriga identifierade psykiska sjukdomar är det i stort sett jämnt fördelat mellan kvinnor och män. En svårighet föreligger emellertid och det gäller om vi på grund av genusföreställningar inte definierar visst illabefinnande, framförallt männens psykiska ohälsa, och därmed osynliggör psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa har, till skillnad från många andra medicinska tillstånd, varit föremål för en långdragen debatt om vad som är social konstruktion och vad som är biologiskt påvisbart. Det som kännetecknar diskussionen, enligt min mening, är bland annat den grova kategoriseringen. Ofta görs få eller inga distinktioner mellan olika tillstånd. Därutöver finns en debatt om att tillstånd som uppstår exempelvis efter övergrepp medikaliseras när det egentligen handlar om en naturlig reaktion på en ohygglig händelse. Det är ”naturligt” att reagera på övergrepp, krig, tortyr, men det hindrar inte att medicinska tillstånd uppstår genom detta och kräver lindring. Att inte se det är enligt min mening samma sak som att inte gipsa ett brutet ben för att det orsakats av misshandel. Jag vill i detta sammanhang ta upp dessa tankegångar då jag menar att de har betydelse för om en person får sina behov tillgodosedda eller inte. Det drabbar som jag ser det både män och kvinnor. Det betyder inte att psykisk ohälsa och dess praktik är opåverkad av social konstruktion. Det är mer komplicerat än så.

Kvinnor lever längre än män. Ökad livslängd ökar risken för psykisk ohälsa liksom för annan ohälsa. Kvinnors längre livslängd ökar också risken för ett längre liv i ensamhet då partnern, om man lever i en tvåkönad relation, dör tidigare. Det gör att äldreboenden har en könsfördelning där cirka 70 procent är kvinnor och 30 procent är män. Då samhällets ojämlikhet vad gäller löner slår hårt mot kvinnor, som också ofta arbetat deltid, innebär det att ett stort antal kvinnor lever med mycket låga pensioner. En stor grupp kvinnor har så låg pension att de ligger under gränsen för ekonomiskt stöd (tidigare socialbidrag). Vi vet samtidigt att ekonomisk utsatthet ökar risken för psykisk ohälsa och påverkar möjligheten till återhämtning. Det betyder att samhällets insatser och kvalitet har stor betydelse för äldre kvinnors psykiska hälsa och återhämtning.

Hur ser den statistiska fördelningen ut när det gäller kvinnor och mäns psykiska ohälsa? Då en stor del av statistiken inte enskilt omfattar äldre, eller att äldre inte

alls finns representerade, väljer jag här att inte presentera den åldersmässigt utan generellt och i ett urval. Några exempel är att av de 3 066 tvångsvårdade personer i Sverige den 6 maj 2008 var 1 218 män inneliggande på vårdavdelning och 607 var kvinnor, 849 män och 392 kvinnor var på permission. Vad avser ECT-behandling (elbehandling), ofta beskriven i kontroversiella termer, finns inga helt säkra nationella data men det regionala kvalitetsregistret visade 2010 att av 441 patienter som fått ECT-behandling var 59 procent kvinnor. En viss övervikt för kvinnor, men inte den övervikt som en del forskare velat hävda. Vad gäller de mer definierade psykiatriska sjukdomarna som exempelvis schizofreni är det en övervikt av pojkar som utvecklar tillståndet och i tidigare ålder än flickor. Andelen vårdtillfällen i psykiatrisk vård är för unga kvinnor större än för unga män, men vi ser det omvända om vi tittar högre upp i åldrarna. Denna statistik är ett axplock och vi vet från andra rapporter från framförallt Socialstyrelsen, att äldre över 65 år saknas i statistiken över personer som får tillgång till psykiatrisk vård. Och det är inte bara i statistiken de saknas utan även i vården.

HISTORISK SYN PÅ PSYKISK OHÄLSA

Det finns oavsett det jag ovan har redogjort för, en stark social, historisk och könad betraktelse av den psykiska ohälsan. I den finns en utmanande utgångspunkt att det medicinska och det sociala betraktelsesättet skulle stå i motsats till varandra. Under den period då den moderna folkhälsopolitiken växer fram, från 1700-talet och framåt, ökade kraven på föränderlighet och i föränderligheten också behovet av någon sorts ordning och konstans. Det sker också en framväxt av statlig styrning genom folkhälsointerventioner vars syfte är att stärka nationalstaten. En frisk och växande befolkning skulle ge staten makt och möjlighet till expansion genom krig, produktion och export vilket samtidigt innebar behov av människor, framförallt män.

Detta skulle också kunna förklara behovet av att kontrollera sexualiteten, framförallt kvinnans. Hon var den som förväntades bära fram den kommande medborgaren, och därmed säkra reproduktionen. Denna period innebar också att "befolkningen" upptäcktes och därmed fanns ett behov av styrning. Det är ingen slump att Foucault, som intresserade sig för denna styrning, tar sexualiteten och den psykiska ohälsan som exempel på samhällets normering och styrning.

Hur såg man då på psykisk ohälsa förr i tiden? I en avhandling (Riving, 2008) beskrivs hur en kvinna med vanställt ansikte och blindhet läggs in på mentalsjukhus då hennes utseende kan förmodas väcka oro hos dem som betraktar henne. Det är i det här fallet inte kvinnans hälsa som ger motiv för vården utan vilka känslor som kan uppstå hos dem som möter henne. Även den "schizofrena kvinnan"² kunde under en period beskrivas i relation till utseende och intresse för kläder.

Dessa mönster och varierande grad av styrning följer också klass och kön och fungerar därmed stödjande och hindrande utifrån vad det omgivande samhället anser vara normen. Den manliga inåtvändheten, som uttryck för tänkande, eftertänksamhet och reaktion på ett alltför snabbt förändrande samhälle, blir i en annan tid tecken på bristande handlingskraft. Värt att notera är att det är den privilegierade klassen, inkluderande både kvinnor och män, som ges utrymme för någon sorts känslorätt. För den mindre privilegierade klassen utgörs gränsen framförallt, enligt min mening, av om individen allvarligt stör ordningen och huruvida lokalsamhället klarar att hantera den enskilda.

Över tid har utmaningar mot klass- och könsgränser och normer av under- och överordning i olika grad relaterats till psykisk ohälsa och det har aldrig varit hälsosamt att avvika från normen. Sammantaget har normer och vetenskapandet inflätats i varandra och varit starkt beroende av varandra och gränserna har förändrats beroende på det omgivande samhället. Det kvarstående är emellertid vår uppdelning av att betrakta den psykiska ohälsan utifrån klass och kön.

Det som är utmanande i den litteratur som jag bekantat mig med är att kvinnors psykiska ohälsa inte förklaras enbart med underordning, utan att den också utgör en form av makt genom att den minskar omgivningens krav och förväntningar på kvinnan, det vill säga en sorts flykt. Ett intressant exempel är Florence Nightingales starka avståndstagande mot sin familj, framförallt systemen och modern som anförde svaghet och bräcklighet som argument mot att verka i det omgivande samhället (Moberg, 2007).

EN PARADOX – KVINNORS DEPRESSION OCH MÄNS SJÄLMORD

Depression och ångest är idag några av våra vanligaste sjukdomar och ohälsotillstånd. Vi ser att allt fler unga skattar sin psykiska hälsa lågt och ofta som sämre än äldre. Könsskillnaderna är också synliga genom att fler kvinnor än män upplever depression, ångest och oro. Det gäller även äldre kvinnor. Samtidigt finns en paradox. Om vi ser på enskilda studier över äldre personers depressioner som definierade sjukdomstillstånd noterar vi att det är betydligt vanligare att äldre är drabbade än yngre. Orsakerna bakom detta är både biologiska, sociala och psykologiska. Vad vi säkert vet är att det definitivt inte är en naturlig del av åldrandet. Om vi ser i läkemedelsregistret kan vi också notera att de äldre toppar statistiken vad gäller psykofarmaka, däribland antidepressiva läkemedel. Däremot är det få om ens några som får tillgång till psykologisk behandling. Mot den bakgrunden uppstår ytterligare en paradox, att vi kan ha både en överbehandling och en underbehandling av äldres depression, den senare därför att depressionen inte diagnosticerats. Vi kan se det när det gäller läkemedelsbehandling.

Kan vi utifrån detta dra slutsatsen att kvinnor är mer utsatta för depression än män? Ger det oss bekräftelse på kvinnors utsatthet och deras reaktion på ett ojämställt samhälle? Det är nog mer komplext än så. I en nyligen genomförd studie av professor Marie Åsberg tycks depressionssjukdom vara lika vanligt hos äldre män som hos äldre kvinnor. Detta faktum noterade Åsberg med förvåning. En relativt kort tid innan hade Dagens Medicin refererat till en studie som visade att vid en genuskorrigerad bedömning av depression hos kvinnor och män reducerades skillnaderna. Det blev i stort sett 50–50 i förekomst av depression hos kvinnor och män oavsett ålder. Ytterligare en faktor som skulle kunna stödja det faktum att depression är relativt jämnt fördelad mellan män och kvinnor är andelen självmord.

En vanlig myt om självmord är att de ligger i topp i Sverige i internationella jämförelser. Så är inte fallet. Även om varje enskilt självmord är en stor tragedi är Sverige förskonat i jämförelse med många andra områden i världen. En annan myt är att de flesta självmord sker bland unga människor, i synnerhet bland unga flickor. Det stämmer inte heller. Den största andelen självmord sker bland män över 65 år. Generellt är det så att det är dubbelt så många pojkar/män som tar sitt liv jämfört med flickor/kvinnor. Det är en trend som är likartad i stora delar av västvärlden. Den

senaste rapporten från Socialstyrelsen om dödsorsaker visade att antalet självmord i Sverige ökat mellan 2011 och 2012. En ökning som ska ses med stor försiktighet då självmordsutvecklingen måste ses över en längre tid. Det var dock tydligt att ökningen mellan 2011 och 2012 bestod av att det var 50 fler män över 45 år, och 63 fler män över 65 år, som tagit sina liv. Trots det ser jag fortfarande att det är de ungas självmord, framförallt flickors, som lyfts i den dagliga debatten.

AVSLUTNING OCH DISKUSSION

Det finns förhållandevis begränsat med forskning om äldre och psykisk ohälsa och följaktligen är det få som studerar genusrelaterad psykisk ohälsa och äldre. Vi kan därför bara utgå från antaganden och rimliga hypoteser utifrån föreliggande material. Några av dessa beståndsdelar är att äldre, liksom personer med funktionsnedsättning, ofta ses som könlösa. De reduceras till en kategori med vissa generella utmärkande drag kopplade till ålder eller funktionsförmåga. De saknar inte sällan ålder om utgångspunkten är funktionsnedsättning, och i samband med åldrandet "försvinner" funktionsnedsättningen. Det leder till en enögd och i vissa fall starkt diskriminerande hållning från det omgivande samhället. Att inte längre bli tillerkänd sina behov, sin historia och sin identitet är inskränkande och undergräver den personcentrerade vård som samhället idag anser önskvärd. I detta finns också en stark fokusering på de fysiska funktionerna när kvinnor och män blir äldre. De psykiska funktionerna och behoven hamnar i skymundan. Samtidigt uttrycker vårdpersonal en hjälplöshet inför mötet med äldre med psykisk ohälsa och menar att man saknar nödvändig kompetens för att tillgodose dessa personers behov.

Av tradition, liksom i en del av den litteratur som problematiserar psykisk ohälsa och kön, framställs det som om kvinnor i högre grad än män drabbas av psykisk ohälsa eller oftare diagnostiseras som psykiskt sjuka. Jag menar att det starkt kan ifrågasättas och att det snarast bygger på våra föreställningar och värderingar kopplat till psykisk ohälsa och till kön. Det förefaller som om det inte är någon skillnad i förekomst mellan kvinnor och män när det gäller depression, samtidigt som dubbelt så många män som kvinnor tar sina liv. Dessa förhållanden tyder på att det omgivande samhället underskattar männens psykiska ohälsa. Det kanske skulle kunna liknas vid att flickor/kvinnor med ADHD är mer "osynliga" än pojkar/män.

Inget tillstånd eller samhälleligt fenomen kan anses vara befriat från relationer till norm, konstruktivism eller social relation. Samtidigt får det inte vara skäl till en relativisering av lidande eller behov av behandling. Det innebär inte att psykisk ohälsa inte kan vara en del av det medicinska panoramat eller kunna kopplas till hjärnan. Även ett avståndstagande från den medicinska förklaringsmodellen är en social konstruktion given under en viss tid och vissa förhållanden.

Slutligen vill jag lyfta behovet av en ökad forskning kring psykisk ohälsa och genus, behovet av forskning kring äldre och psykisk ohälsa generellt och en ökad forskning kring hur dessa två områden interagerar med varandra.



KAPITEL 8
SOCIALA SKILLNADER I ÄLDRE
KVINNORS HÄLSA

FOTNOT

¹ Har kommit till som första punkt de senaste åren, troligen som ett resultat av kampanjen Hjärnkoll.

² En människa är inte sin sjukdom utan har den men här åsyftas ett sätt att tala och skriva om kvinnor som hade en schizofreni sjukdom utifrån den tidens sätt att uttrycka sig.

REFERENSER

- Busfield, J. (2000). Introduction: Rethinking the Sociology of Mental Health. *Sociology of Health & Illness* vol.22 No 5, ISSN 0141-9889, pp. 543 – 558.
-
- Brunt, D., Larsson, K. & Rolfner Suvanto, S. (2010). Äldres psykiska ohälsa. I *Omsorg och mångfald*. Johansson, S. (red). Malmö: Gleerups utbildning AB.
-
- Cullberg, Johan. (2004). *Psykosor – ett integrerat perspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur.
-
- Gunnarsson, E. & Szebehely, M. (red). (2009). *Genus i omsorgens vardag*. Stockholm: Gothia.
-
- Johannisson, K. (2009). *Melankoliska rum*. Falun: Albert Bonniers Förlag.
-
- Cleary, A (2011). Suicidal action, emotional expression, and the performance of masculinities. *Social Science & Medicine*.
-
- Moberg, Å. (2007). *Hon var ingen Florence Nightingale: människan bakom myten*. Lund: Natur & Kultur.
-
- Olsson, U. (1997). *Folkhälsa som pedagogiskt projekt: bilden av hälsouppllysning i statens offentliga utredningar*. Uppsala: Uppsala Universitet.
-
- Payne, S., Swami, V. & Stanistreet, D.L. (2008). The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *Journal of Men's Health* 5(1):23-35.
-
- Living, C. (2008). Icke som en annan människa. *Psykisk sjukdom i mötet mellan psykiatri och lokalsamhället under 1800-talets andra hälft*. Möklinta: Gidlunds Förlag.
-
- Rolfner Suvanto, S. (2012). *Mellan äldreomsorg och psykiatri. Om äldres psykiska ohälsa*. Stockholm: Gothia Förlag AB.
-
- Showalter, E. (2012). *The Female Malady. Women, Madness and English Culture*. London: Virago Press.
-
- Socialstyrelsen (2008). *Äldres psykiska ohälsa*.
-
- Socialstyrelsen (2010). *ECT-behandling – en pilotstudie*.
-
- Socialstyrelsen (2010). *Öppna jämförelser. Psykiatrisk vård – ett steg på vägen*.
-
- Socialstyrelsen (2013). *Psykisk sjukdom bland äldre och behandling inom vården*.
-
- Statens Folkhälsoinstitutet (2009). *Varför drabbas kvinnor oftare av oro, ångest och depression. En kunskapsöversikt*.
-
- Wasserman, D. & Wasserman, C. (red). (2009). *Oxford textbook of Suicidology and Suicid prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press.
-
- Ussher, Jane M. (2011). *The Madness of Woman: Myth and Experience*. London: Routledge.
-

Munhälsa hos äldre kvinnor

ULRIKA LINDMARK

Filosofie doktor i Oral hälsovetenskap, universitetslektor
och forskare på Hälsohögskolan i Jönköping.
Hennes forskning gäller främst beteenderelaterade
och psykosociala faktorerens betydelse för den
orala hälsan utifrån ett friskperspektiv.

132

SAMMANFATTNING

På grund av olika individuella och samhälleliga förutsättningar åldras vi på olika sätt, vilket innebär att gruppen äldre personer inte är en homogen grupp. Detta innebär att liksom för den generella hälsan, skiljer sig munhälsan åt för äldre, såväl för kvinnor som för män. Framtiden visar på ett ökat antal äldre personer i befolkningen. Av dessa har allt fler äldre personer sina egna tänder i behåll. Detta är positivt, men innebär även en utmaning för tandvården, såväl som äldreomsorg och hälso- och sjukvård, att finna strategier för att möta upp behov som krävs för att bibehålla en god munhälsa för äldre, oavsett om de är friska eller sjuka. Det finns idag stödåtgärder som finansieras av landstinget och försäkringskassan och det pågår olika stödprojekt för äldre i några landsting. Studier visar dock att munhälsostöd inte når alla som har behov av detta. Munnen är en del av kroppen och påverkar det dagliga livet och livskvaliteten på en mängd olika sätt, därför bör munhälsan för äldre prioriteras.

I följande kapitel kommer äldre kvinnors munhälsa beskrivas utifrån olika kliniska munhälsomått, självskattad munhälsa och munhälsorelaterade beteenden. Vidare beskrivs hur munhälsan samverkar med allmänhälsan och munhälsorelaterad livskvalitet. Avslutningsvis beskrivs vikten av att olika aktörer kan samverka, och hur, för att främja en god munhälsa samt hur ett salutogent förhållnings- och arbetssätt kan gynna munhälsan för äldre kvinnor.

INLEDNING

”Det kommer en dag, när vi alla biter försiktigt i brödet” är ett citat ur Ivar-Lo Johanssons bok ”Ålderdoms Sverige – en stridsskrift” från 1952. Att tappa tänderna var en naturlig del av ålderdomen, och att ha hel- eller delproteser i stället för egna tänder var mer en regel än ett undantag. Så är inte längre fallet.

Enligt folkhälsorapportens sammanställning (SoS, 2009) har tandhälsan i Sverige generellt förbättrats de senaste 25 åren. Trots detta föreligger det betydande socioekonomiska skillnader i tandhälsan. Då fler äldre har fler antal egna tänder i behåll har munhälsan för äldre de senaste åren varit ett angeläget och omdiskuterat område inom tandvården. Några exempel på citat i yrkestidningar under de senaste åren har varit; *Äldre har inte råd med tandvård* (Tandläkartidningen, 2011), *Bristen på kunskap inom området äldretandvård är stor och listan på frågor som behöver besvaras är lång* (Tandhygienisttidningen nr 1, 2012) och *Sköra äldre tappar kontakt med tandvården* (Tandläkartidningen, 2014).

Att ha sina egna tänder i behåll har betydelse för en individs vardagsliv och livskvalitet på många olika sätt. Enligt tandvårdslagen (SFS, 1985:125) är målet för tandvården en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Det är därför viktigt att ha kunskap om de behov som finns, så att rätt och tillräckliga resurser läggs på att främja munhälsan samt att förhindra sjukdomsutveckling i tänder och mun. Ett sådant hälsofrämjande, sk salutogent arbets- och förhållnings-sätt är gynnsamt både för individ och samhälle. Ett salutogent arbetssätt inom tandvården innebär att vi måste arbeta på flera arenor i samhället, där samverkan sker mellan olika professioner inom hälso- och sjukvård, kommun och privata sektorn. Ytterligare arenor där ett hälsofrämjande arbete kan ske är på de platser där äldre personer är aktiva i sin vardag såsom i olika föreningar och organisationer.

Munnen bör betraktas utifrån ett helhetsperspektiv och som en del av kroppen. En definition för att beskriva det är ”Oral hälsa är en del av den allmänna hälsan och bidrar till fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande med upplevda och fullgoda orala funktioner satta i relation till individens förutsättningar samt frånvaro av oral sjukdom” (Hugoson m fl, 2003).

Att kunna äta, tugga, prata, skratta och le är en central del i det dagliga livet både för att överleva rent fysiskt, men också utifrån en psykosocial aspekt. Att inte kunna äta på grund av smärta eller obehag från munnen, kan göra att du undviker att äta lunch med vänner och i stället väljer ensamhet i hemmet. Att inte kunna äta och tugga kan bidra till att du inte får i dig den näring som krävs för att överleva, vilket kan öka risken för sjukdom och en sämre livskvalitet. Omvänt kan påverkan av en sjukdom eller livssituation göra att du inte orkar bry dig om att borsta tänderna, saknar förmåga eller kunskap om hur du ska sköta din munhygien på bästa sätt eller inte anser dig ha råd att uppsöka tandvård i den utsträckning du önskar. I kombination med mediciner som leder till muntorrhet, ökar risken för munsjukdomar som karies, tandlossning och svampinfektioner. Munnen brukar sägas vara ”kroppens spegel”, då den många gånger speglar hur du mår. En frisk mun bidrar till livskvalitet i vardagen och munhälsan är därför viktig att främja på olika sätt och på olika nivåer i samhället.

Den äldre generationen brukar i tandvårdssammanhang delas in i den så kallade ”fyllningsgenerationen” (födda 1940–1950-tal), samt ”kron, bro- och protes-generationen” (födda innan 1940-talet). Även om dessa grupper beräknas minska i framtiden, kräver de idag och några år framöver ett relativt stort tandvårdsbehov,

men är också en grupp som är i behov av förebyggande åtgärder (Ekman, 2006). För äldre personer kan förutsättningar och vardagsliv se mycket olika ut. Vissa äldre förblir friska och kan klara sig själv på alla sätt. Andra bor hemma, men är ändå multisjuka och mer eller mindre beroende av anhöriga och servicepersonal. Några bor på vårdhem eller är inlagda på sjukhus och är beroende av omsorg dygnet runt. Dessa faktorer påverkar också den äldres förmåga att upprätthålla en god munhälsa. Gruppen äldre kvinnor och deras munhälsa kan alltså inte heller betraktas som en homogen grupp, utan munhälsan varierar beroende på olika förutsättningar i livet så kallade bestämningsfaktorer, se nästa stycke. Det är viktigt att det finns olika och anpassade hälsofrämjande och preventiva strategier som riktar sig till olika målgrupper för äldre. Det är därför av stor betydelse att ha kunskap om vilka behov som finns hos denna heterogena grupp av äldre kvinnor, både baserat på kliniska bedömningar och självupplevd munhälsa.

ORALA HÄLSANS BESTÄMNINGSFAKTORER

Utfall av hälsa eller sjukdom är baserat på flera samverkande faktorer som finns i det sammanhang som en individ befinner sig och lever i, så kallade bestämningsfaktorer (Dahlgren & Whitehead, 1992; WHO, 2012). Flertalet av dessa faktorer är även bestämningsfaktorer för den orala hälsan. Dessa faktorer kan härledas till både individens egna interna resurser till exempel egen vilja och drivkraft, kunskap, copingstrategier och självtillit, samt externa faktorer såsom levnadsvanor till exempel tobak, kost, fysisk aktivitet, alkohol samt samhällsrelaterade faktorer som till exempel kultur, socialt nätverk, yrkesstatus/utbildning, ekonomi och tillgång till hälso- och sjukvård/tandvård (Watt, 2012). Därtill samverkar den orala hälsan med ålders- och könsrelaterade faktorer. Samma faktorer som påverkar allmänhälsan för äldre kvinnor kan därför även indirekt påverka munhälsan, både i riktning mot hälsa och ohälsa. De kan bli riskfaktorer för den som till exempel äter kolhydratrik och sockerrik kost, är stillasittande och röker. Samma faktorer kan även betraktas som friskfaktorer för den som till exempel äter fiberrik kost, grönsaker och frukt samt rör på sig och borstar tänderna med fluortandkräm. Ett hälsofrämjande och salutogent arbetssätt innebär att fokus är på att finna åtgärder och aktiviteter som underlättar och motiverar individen att göra hälsosamma val. De bestämningsfaktorer som finns och påverkar individens hälsa såväl som munhälsa ska göras till resurser och generera möjligheter.

Att åldras med fler friska tänder i behåll är fullt möjligt om individen får vara frisk och kan tillgodogöra sig de hälsoresurser som finns tillgängliga, både interna och externa. Den som är frisk kan i stor utsträckning själv påverka resurserna omkring sig. En frisk äldre person kan dock behöva kunskap om de resurser som finns, så att de av egen kraft och förmåga kan nyttja dem på ett hälsofrämjande sätt. Ibland är individens egna interna och externa resurser begränsade såsom den egna förmågan och drivkraften att hålla en god munhygien eller laga en hälsosam kost. Det blir då extra viktigt att få stöd och uppmuntran av andra personer, till exempel anhörigvårdare, tandvårds- och omsorgspersonal. Detta gäller även stöd avseende samhälleliga externa resurser som till exempel tillgång till goda matvaror och tandvård.

FLER ÄLDRE BEHÅLLER SINA EGNA TÄNDER

Inom tandvården kan generellt ses en förbättring i tandhälsan i alla åldrar, där det i den äldre åldersgruppen idag finns fler antal personer med egna tänder jämfört med för 25–30 år sedan (Edman m fl, 2012; Ekman, 2006; Hugoson m fl 2005; Lundegren m fl, 2012; Nordenram, 2012). Antalet kvinnor (70 år) med helprotes (helt tandlösa) har minskat från 16 % till 1 % mellan 1973–2003 (Hugoson m fl, 2005). Det finns inga större skillnader mellan kvinnor och män gällande tandlöshet (SoS, 2009). Detta är mycket positivt och visar att det preventiva arbetet inom tandvården varit framgångsrikt, men det beror sannolikt även på förändrade regler inom tandvårdsförsäkringen som bidragit till att fler har råd med tandersättning som kronor, broar och även implantat i större utsträckning (Lundegren m fl, 2012; Nordenram, 2012). För kvinnor i åldersgruppen 60–75 år uppges två tredjedelar ha egna tänder (Ekman, 2006). Förändrade levnads- och samhällsrelaterade faktorer tros också vara bidragande till förbättrad tandhälsa. I takt med att fler har egna intakta tänder, men även kron-, bro- och implantatersättning, medför det ett ökat behov av resurser inom både tandvård och äldreomsorg. Det finns behov av resurser för att främja och bibehålla friska förhållanden, men också ett ökat behov av stöd för att kunna bibehålla en god munhälsa och förhindra munsjukdomar som karies och tandlossning hos dem som har svårt att på egen hand sköta sin munhygien (Müller, 2014; Nordenram, 2012).

Trots den positiva utvecklingen finns det skillnader i munhälsa mellan olika grupper, där orsaken till om man har tänder eller inte kan relateras till ålder, kön, socioekonomi, etnisk bakgrund och kultur (Ekman, 2006, Nordenram, 2012) men också relaterat till olika psykosociala faktorer och levnadsförhållanden (Thorstensson och Johansson, 2009). Även om antalet äldre kvinnor som har fler egna tänder i behåll ökat, finns de flesta i den högre socioekonomiska gruppen. Likaså kan man se kulturella och demografiska skillnader, där personer med invandrarbakgrund har färre egna tänder liksom att äldre i Norrbotten och Västerbotten uppvisar tandlöshet i högre grad än i övriga regioner (Ekman, 2006; Lundegren m fl, 2012). Det finns också ett samband mellan att ha färre antal egna tänder och att man uppsöker tandvården mindre regelbundet jämfört med personer som har fler egna tänder (Nordenram, 2012), samt att de med sämre ekonomiska förhållanden uppsöker tandvården mer sällan (Wamala m fl, 2006). Detta betyder till exempel att äldre kvinnor med lägre inkomst och de som har en annan etnisk bakgrund, i större utsträckning har färre egna tänder och uppsöker tandvården mer sällan. Till detta kan tilläggas att dessa kvinnor i större utsträckning har en sämre allmänhälsa, med ökad risk för olika munsjukdomar som följd.

Antalet äldre som bor hemma ökar och studier visar att äldre med behov av mycket stöd (tre gånger/dag) har sämre munhälsa än hemmaboende med moderat behov av stöd (15–50 gånger/månad) (Holmén m fl, 2012; Strömberg m fl, 2012). Äldre hemmaboende och multisjuka har också ett stort tandvårdsbehov (Nordenram, 2012). Äldre som flyttar in i särskilt boende har ofta en bristande munhälsa och ett samband ses mellan färre antal tänder och mer oregelbunden eller ingen kontakt med tandvården (Hansson m fl, 2013).

Studier visar olika resultat med avseende på skillnader mellan kvinnors och mäns munhälsa. Vissa studier visar inga könsskillnader (Lundeberg m fl, 2012), och där skillnader föreligger, visar studier att kvinnor oftare har mer karies och tandlossning än män (Lukas och Largaespada, 2006; Norderyd och Hugoson, 1999).

SJÄLVUPPLEVD MUNHÄLSA

Individens upplevelse av munhälsan är komplex och kan inte enbart skattas utifrån kliniska mått såsom antal tänder och registrering av munsjukdomar (Ekbäck m fl, 2009). Den måste också beaktas utifrån fler dimensioner, däribland samhällsrelaterade faktorer och individens egen uppfattning om sin munhälsa när det gäller funktion, utseende, smärta och psykosociala aspekter. Äldre personer är som helhet tillfredsställda med sin munhälsa (Ekbäck m fl, 2009; Andersson och Nordenram, 2004). Men huruvida man är tillfredsställd med sin munhälsa varierar beroende på olika sociodemografiska faktorer och subjektiva munhälsorelaterade faktorer såsom dålig andedräkt, saknade tänder, erfarenhet av tandvärk samt tuggproblem, men även rökning och upplevd allmänhälsa (Ekbäck m fl, 2009). Även negativ erfarenhet från tidigare tandvård som barn, välstånd, tandvårdsförsäkring samt ekonomiska förutsättningar under uppväxt och senare, påverkar tillfredsställelsen med tänder och tandvård (Andersson och Nordenram, 2004). Det tycks finnas en skillnad mellan självupplevd munhälsa och hur tandvårdsprofessionen bedömer behov av tandvård (Hansson m fl, 2013).

De flesta äldre upplever att de har bra tuggförmåga, men 20 % uppger en nedsatt tuggförmåga. Det finns inga större skillnader mellan män och kvinnor avseende tuggförmåga (SoS, 2009). Äldre personer med övervikt upplever sämre tuggförmåga, mindre nöjdhet med sina tänders utseende, mer muntorrhet, rapporterar färre antal tänder och är mindre tillfredsställda med sin munhälsa generellt, jämfört med normalviktiga äldre personer (Ekbäck m fl, 2010).

Många av de faktorer som har med vårt beteende att göra påverkar munhälsan och det handlar framförallt om kost och rökning. Kolhydratrik kost, lättuggad och fiberfattig kost ökar risken för karies då den ofta har högt sockernehåll, är klibbig och lätt blir kvar i munnen. Näringsfattig kost kan leda till sämre immunförsvar och ökad risk för olika sjukdomar. Rökning påverkar blodkärlen, som leder till försämrat immunförsvar och ökar risken för tandlossningssjukdom.

Munhälsorelaterade beteenden inkluderar även förmågan att rengöra sina tänder och gå regelbundet till tandvården. Så länge äldre personer är friska, går de regelbundet på tandvårdskontroller (Hugoson m fl, 2005). Äldre, som har behov av stöd från anhöriga och omsorgspersonal, går däremot mer sällan eller aldrig till tandvården (SoS, 2009). Detta ökar risken för att sjukdomar i tänder och mun inte upptäcks i tid.

ALLMÄNHÄLSA OCH MUNHÄLSA

Äldre personer blir inte sjuka i munnen enbart på grund av att de blir äldre. Studier har dock visat att det finns en ökad förekomst av tandköttsinflammation och tandbeläggning (dentalt plack) hos äldre personer (Hugoson m fl 2005). Om förutsättningar för att kunna sköta sin egen munhygien förändras på grund av till exempel sjukdom ökar risken för försämrad munhälsa och munsjukdom som följd. Exempel på allmänsjukdomar som drabbar äldre är stroke och demenssjukdom, men även depression, diabetes, hjärt- och lungsjukdom är vanligt vilket ökar risken för karies, tandlossning, svampsjukdom och sår i munnen (Kandelman m fl, 2008). Det är heller inte ovanligt med mediciner som påverkar salivsekretionen genom minskad mängd saliv. Detta ökar risken för karies, men kan även ge upphov till självupplevd muntorrhet, vilket vanligen är en obehaglig känsla. Sjukdom kan

minska immunförsvaret, men ofta påverkar sjukdomen också den motoriska och mentala förmågan att upprätthålla en god munhälsa genom till exempel svårigheter att borsta tänderna och en sämre kosthållning.

Omvänt finns studier som pekar på att en försämrad munhälsa kan öka risken för olika allmänsjukdomar såsom lunginflammation, hjärt- och kärlsjukdom samt demens (Cabrera m fl, 2005; Hansson m fl, 2013). Baserat på data från Världshälsoorganisationen, WHO, rekommenderas starkt att tydliga gemensamma strategier och program tas fram för att möta de behov som krävs för att främja både allmänhälsan och den orala hälsan, så kallad "common health approach" (Petersen m fl, 2010).

MUNHÄLSA OCH LIVSKVALITET

Munhälsan har visat sig ha betydelse för livskvaliteten. Livskvalitet definieras enligt WHO som "Individuals perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns" (WHO, 1997). I forskningsstudier kan munhälsorelaterad livskvalitet beskrivas på olika sätt med stöd av mätinstrument såsom GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index), OHIP (Oral Health Impact Profile) och OIDP (Oral Impact on Daily Performance). Samtliga mätinstrument beaktar munhälsorelaterad livskvalitet utifrån flera dimensioner såsom psykiskt, socialt och funktionellt (Adulyanon och Sheiham, 1996; Hägglin m fl, 2007; Östberg m fl, 2008). Faktorer som visat sig påverka munhälsorelaterad livskvalitet negativt hos äldre personer är antal tänder, skadade tänder såsom karies, kvarstående rotrester och muntorrhet (Strömberg m fl, 2012). Munhälsorelaterade faktorer som påverkar livskvaliteten i det dagliga livet är förmågan att kunna äta och rengöra sina tänder, ha färre än tio tänder samt att inte kunna gapa. Dessa faktorer berör mest de äldre utifrån psykologiska aspekter. Upplevelse av sämre allmänhälsa, att ha en medicinsk diagnos samt inta mediciner är också associerat med sämre munhälsorelaterad livskvalitet. Fler äldre kvinnor än män upplever sämre oral hälsorelaterad livskvalitet (Andersson m fl, 2010; Östberg m fl, 2008; 2009). Att uppleva muntorrhet inverkar på livskvaliteten, och är mer vanligt förekommande hos kvinnor (Johansson m fl, 2012). Fler antal tänder ökar förmågan att kunna tugga, vilket är viktigt både för intaget av näringsrik mat samt för livskvaliteten. Cirka 20 % av 75–84 åringar har rapporterat en försämrad tuggförmåga (Nordenram, 2012).

MUNHÄLSA OCH KÄNSLA AV SAMMANHANG

Om en individ upplever en hög grad av känsla av sammanhang (KASAM), innebär detta att hen har tillgång till en mängd olika livserfarenheter och resurser (interna och externa) samt en förmåga, trots influenser av till exempel sjukdom och kriser, att använda dessa erfarenheter/ resurser för att göra val gynnsamma för individens hälsa (Antonovsky, 1991). Tre komponenter är viktiga för en hög KASAM. Dessa tre är känslan av begriplighet (en kognitiv förmåga för att förstå och ha kontroll på sin situation), känslan av hanterbarhet (förmågan att ha instrument/resurser att ta till för att lösa ett problem eller situation) samt känslan av meningsfullhet (förmågan att känna sig delaktig, känna nytta med att lägga ner tid på till exempel en förändring, vara motiverad). En person med hög KASAM beskrivs därmed att

ha ett adaptivt hälsobeteende. Hög grad av KASAM kan också relatera till god livskvalitet (Lindström m fl, 2007). Tidigare studier har visat ett samband mellan äldre personer som har en hög grad av KASAM och god kognitiv förmåga, fysisk aktivitet (Read m fl, 2005) samt optimism, god självkänsla, självtillit och god psykologisk hälsa (Wiesman m fl, 2009). Svenska studier har också visat att hög grad av KASAM har ett samband med god munhälsa och munhälsobeteende, till exempel fler antal tänder, friskare tänder och tandkött, regelbundna tandvårdsbesök och goda kostvanor (Lindmark m fl 2011a; 2011b). Samtidigt visar studier att även om KASAM stiger med ökad ålder, har äldre kvinnor (60 och 70 år) lägre KASAM jämfört med män i samma ålder (Lindmark m fl, 2009). Kunskapen om dessa samband visar på betydelsen av att fokusera på kvinnors förmåga att använda egna resurser och tillgång till externa resurser. Det innebär en möjlighet att, själv eller med hjälp av stöd, kunna ta hand om sina tänder men också att få tillgång till tandvårdens resurser, så kallad resurs-orienterad munhälsovård för äldre.

EKONOMISKA VILLKOR FÖR GOD MUNHÄLSA HOS ÄLDRE

Den allmänna tandvårdsförsäkringen som kom 1974 har förändrats över tid, och det har tillkommit olika tandvårdsreformer för att underlätta för individer att bibehålla en god munhälsa. Det betyder att förutsättningarna för tandvård har förändrats över tid, och de som idag är äldre har inte fått samma stöd under sin livstid som de kommande generationerna. Idag betalar alla sin tandvård upp till 3000 kr, och personer över 75 år får ett dubbelt tandvårdsbidrag på 300 kr/år. År 2000 kom reformen om ”uppsökande tandvård”, ”munhälsobedömning” och ”nödvändig tandvård”, vilka bekostas av landstingen. Uppsökande verksamhet erbjuds äldre personer boende hemma och i äldreboenden. Vanligast är att en tandhygienist ger en gratis munhälsobedömning och därefter informerar den äldre, äldrestödjare, anhöriga och personal om behov av munvård. I detta ingår även att omsorgspersonal får munvårdsutbildning en gång per år. Personer med omfattande omvårdnadsbehov har rätt till nödvändig tandvård som bekostas på samma sätt som övriga hälso- och sjukvård. Januari 2013 kom en komplettering till tandvårdsstödet, så kallad F-tandvård, vilket innebär tandvårdsstöd till personer med vissa kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättningar som innebär risk för försämrad munhälsa (SKL, 2006; SoSFS 2012:16; SoSFS 2012:17). Detta särskilda tandvårdsbidrag, STB, innebär ett bidrag på högst 600 kr per halvår. Enligt rapporter (SoS, 2009; Hansson m fl 2013), är det alltför många som inte nås av uppsökande verksamhet och möjlighet till särskilt tandvårdsstöd. Det är speciellt äldre som bor hemma som inte nås av stödet samt sköra äldre på särskilt boende. Personal inom kommun och landsting har en viktig roll. En stor utmaning idag är att komma i kontakt med hemmaboende äldre som har behov av dagligt stöd.

SAMVERKAN OM MUNHÄLSA FÖR ÄLDRE

Munhälsan påverkas indirekt av flera samverkande bestämningsfaktorer, allt från individens egen förmåga att till exempel hålla rent i munnen till psykosociala och samhällsrelaterade faktorer. Det finns även en samhällshistorisk relation till dagens munhälsa hos äldre. Orsaken till ojämlikheter i munhälsa beror dock inte enbart på biologiska, psykosociala och beteendefaktorer. Forskningen visar att det i stor utsträckning handlar om summan av kollektiva sociala förhållanden som skapas när människor interagerar med den sociala miljön och står i direkt relation till det socioekonomiska läget i ett samhälle eller population (Moysés, 2012; Sheiham m fl, 2011). Det är därför viktigt att samverka på flera plan, från politisk nivå inom alla samhällssektorer (privat, kommun och landsting) till personer nära den enskilda individen. Axtelius och Söderfeldt (2004), framhåller att munhälsan bör betraktas som en helhet och att åtminstone tre viktiga dimensioner krävs för att

KOMPONENTER AV MUNHÄLSORELATERAD LIVSKVALITET



FIGUR 1
Baserad på figur "Oral Health
Related Quality of Life" av Lalonde 1974
(Axtelius, Söderfeldt, 2004).

förstå begreppen oral sjukdom, oral hälsa och oral livskvalitet, nämligen biologi, individ och samspelet individ-samhälle. På den samhällsliga nivån kan bristen på välfärd ses som övergripande och innefattar bl a fattigdom, etnicitet och bristen på sociala kontakter. Fler komponenter i deras modell av munhälsorelaterad livskvalitet presenteras i Figur 1. Utifrån den helhetssynen är det av stor betydelse att samverkan beaktas utifrån alla dessa dimensioner och samband.

Det är viktigt att det finns strategier inom tandvårdens verksamhet för att bemöta denna icke homogena grupp av äldre kvinnor. Men det krävs också strategier för samverkan mellan olika professioner, både i landsting och kommun. Det finns idag goda exempel på projekt inom äldretandvården, där man på olika sätt försöker samverka med äldreomsorgen (se under Länkar). För att underlätta för vård- och omsorgspersonal finns ett riskbedömningsinstrument, Revised Oral Assessment Guide (ROAG). Instrumentet syftar till att vara ett stöd för personalen att registrera eventuella problem och avvikelser i munnen hos den äldre. Användningen av detta instrument skiljer sig åt i landet, och det kräver att personal inom tandvården samt vård- och omsorgspersonal får resurser till att implementera instrumentet. Instrumentet ingår dessutom som en del i kvalitetsregistret Senior Alert som syftar till att kunna följa upp och att arbeta preventivt för att förebygga fall, trycksår och undernäring för äldre (se under Länkar). Som tidigare beskrivits finns samverkan mellan tandvård (både privat och landsting) och äldreomsorg inom kommun genom så kallad uppsökande verksamhet. Ett annat sätt att utveckla och förbättra samverkan är tjänster som munhälsostrateg (tandhygienist) inom kommunen och/eller landsting, som i samverkan med äldrestrateg kan arbeta med munhälsofrämjande aktiviteter. Benämningen tandvårdsstrateg förekommer idag inom några landsting, men har oftast inte en operativ utan en mer övergripande roll för tandvårdens arbete och strategier. En munhälsostrateg skulle i detta sammanhang arbeta med mer vardagsnära aktiviteter och vara en viktig kontakt och länk mellan personal inom tandvård och äldreomsorg. Det är också viktigt att de aktiviteter och förbättringsarbeten som genomförs utvärderas regelbundet och att det finns tydliga metoder för det.

Enligt tandvårdslagen är målet för tandvården en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen (Svensk författningssamling, 1985:125). Även om det är tandvårdens mål, är det viktigt att vi samverkar med övrig hälso- och sjukvård samt omsorg när det gäller äldre kvinnor, men också män. Det är också viktigt att lyssna och samverka med den äldre personen själv och dennes närstående om hur de ser på den äldres munhälsa.

AVSLUTNING OCH DISKUSSION

För att på bästa sätt möta upp munhälsan hos dagens och morgondagens äldre personer, måste vi fokusera på flera olika hälsofrämjande strategier och verka på flera arenor (Silva m fl, 2008). En central del är att stärka individens egen förmåga till att göra hälsosamma val och, om den egna förmågan saknas, måste det till resurser för att stödja hälsosamma val som gynnar munhälsan och som även är i samklang med den generella hälsan. Salutogena, det vill säga hälsofrämjande förhållningssätt och metoder, innebär en ekonomisk vinst för individen och en vinst för hälsa och livskvalitet, men också en vinst för samhället i stort. Följande är några exempel på salutogena förhållnings- och arbetsmetoder.

- ~ Öka kunskapen om vikten av god munhygien, kost och fluor för äldre genom att kommunicera med den äldre själv, anhörigvårdare och omsorgspersonal.
- ~ Ge kunskap om och tillgång till bra munhygien-hjälpmiddel till den äldre själv, anhörigvårdare och omsorgspersonal.
- ~ Uppmuntra till rörelse för både kropp och käkar. Det stärker skelett, käkben och därmed salivproduktionen. Rörelse i form av fysisk aktivitet ökar möjligheterna till mindre behov av mediciner, vilket minskar risken för muntorrhet.
- ~ Introducera smakrik och tuggstimulerande mat som ökar saliv, käkfunktion och därmed välbefinnandet.
- ~ Öka tillgängligheten till tandvård oavsett boende i hemmet, äldreboende eller sjukhus/sjukhem.
- ~ Stärk resurser för uppsökande verksamhet och mobil tandvård.
- ~ Utöka samverkan och användning av riskbedömningsinstrumentet ROAG.
- ~ Öka stöd till munvård för äldre hemmaboende.
- ~ Samverka mellan professioner om kost och andra främjande aktiviteter på olika arenor där de äldre befinner sig.
- ~ Intressera dig för vad den äldre personen vill och tycker om sin munhälsa.
- ~ Stärk känslan av delaktighet och nytta med att ha en god munhälsa.
- ~ Tillsätt munhälsostrateg (tandhygienist) i kommun och landsting som i samverkan med äldrestrateg ansvarar för planering och utförande av grupp- och individanpassade hälsofrämjande insatser för äldre.



KAPITEL 9
SOCIALA SKILLNADER I ÄLDRE
KVINNORS HÄLSA

LÄNKAR

ROAG - ett riskbedömningsinstrument för
munhälsa för vård- och omsorgspersonal.
<http://plus.lj.se/infopage.jsf?nodeld=42655>

Senior Alert - ett nationellt
kvalitetsregister för vård och omsorg.
<http://plus.lj.se/index.jsf?nodeld=37392&nodeType=13>

SKL. Om samverkan mellan
huvudmännen i frågan om äldres munhälsa.
http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsoochvard/tandvard

Akademiskt Centrum för Äldretandvård (ACT).
<http://ki.se/dentmed/akademiskt-centrum-for-aldretandvard-act>

Folktandvården i projekt för bättre munhälsa hos äldre.
<http://nyheter.vgregion.se/sv/Nyheter/Folktandvarden-Vastra-Gotaland/Skapa-pessmeddelanden/Folktandvarden-i-projekt-for-battre-munhalsa-hos-aldre/>

Centrum för äldretandvård.
<http://www.vardalinstitutet.se/sites/default/files/tr/aldreshalsa/aldreshalsadocs/aldreshalsaartikelpdf/10560.pdf>

Äldreteam i Gävle.
<http://www.lg.se/Jobba-med-oss/Vardgivarportalen/Aldreteam-i-Gavle/>

REFERENSER

Adulyanon S., Sheiham A. (1996). Oral impacts on daily performance. In: Slade G, editor. *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Department of Dental Ecology, School of Dentistry, University of North Carolina.

Andersson P., Hakeberg M., Karlberg G., Östberg A-L. (2010). Clinical correlates of oral impacts on daily performance. *Int J Dent Hygiene* 8:219-226.

Antonovsky A. (1991, rev 2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Axtelius B., Söderfeldt B. (2004). Vad är oral hälsa? *Tandläkartidningen* 96(10):50-56.

Cabrera C., Hakeberg M., Ahlqwist M., Wedel H., Bjorkelund C., Bengtsson C., Lissner L. (2005). Can the relation between tooth loss and chronic disease be explained by socio-economic status? A 24-year follow-up from the Population Study of Women in Gothenburg, Sweden. *European Journal of Epidemiology* 20: 229-236.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1992). Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO - Strategy paper for Europe. Copenhagen: World Health Organization.

Silva AN, Mendonça MH, Vettore MV. (2008). A salutogenic approach to oral health promotion. *Cad Saude Publica* 24 Suppl 4:521-30.

Edman K., Öhrn K., Holmlund A., Nordström B., Hedin M., Hellberg D. (2012). Comparison of oral status in an adult population 35-75 years of age in the county of Dalarna, Sweden in 1983-2008. *Swed Dent J* 36:61-7.

Ekman A. (2006). Major public health problems - dental health. *Scand J Public Health* 2006; 34 (suppl 67):139-146.

Hansson LT., Gahnberg L., Hägglin C., Odebo L. (2013). "Skör och äldre - vad händer med tänder?" Tandvårdskontakter och munhälsa hos äldre med stort vårdbehov. FoU Väst. Rapport 4:2013.

Holmén A., Strömberg E., Hagman-Gustavsson ML. Währd I., Gabre P. (2012). Oral status in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living: prevalence of edentulous subjects, caries and periodontal disease. *Gerodontology* 29:503-511.

Hugoson A, Koch G, Göthberg C, Helkimo AN, Lundin SA, Norderyd O, Sjödin B, Sondell K. (2005). Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden during 30 years (1973-2003). II. Review of clinical and radiographic findings. *Swed Dent J*. 29(4):139-55.

Hugoson A, Koch G, Johansson S, red. (2003). *Konsensuskonferens Oral hälsa*. Stockholm: Gothia.

Hägglin C., Berggren U., Hakeberg M., Edvardsson A., Eriksson M. (2007). Evaluation of a Swedish version of the OHIP-14 among patients in general and specialist dental care. *Swed Dent J* 31:91-101.

Johansson AK, Johansson A, Unell L, Ekbäck G, Ordell S, Carlsson GE. (2012). Self-reported dry mouth in Swedish population samples aged 50, 65 and 75 years. *Gerodontology* 29(2): 107-15.

KAPITEL 9
SOCIALA SKILLNADER I ÄLDRE
KVINNORS HÄLSA

Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. (2008). Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dentist* 28(6):224-36.

Lundegren N., Axtelius B., Åkerman S. (2012). Oral health in an adult population of Skåne, Sweden: a clinical study. *Acta Odont Scand* 70: 511-519.

Lindmark U, Hakeberg M, Hugoson A. (2011a) Sense of coherence and its relationship with oral health-related behaviour and knowledge of and attitudes towards oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 39(6):542-53.

Lindmark U, Hakeberg M, Hugoson A. (2011b). Sense of coherence and oral health status in an adult Swedish population. *Acta Odontol Scand* 69(1):12-20.

Lindmark U, Stenström U, Gerdin EW, Hugoson A. (2010). The distribution of "sense of coherence" among Swedish adults: a quantitative cross-sectional population study. *Scand J Public Health*. 38(1):1-8.

Eriksson M, Lindström B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 61(11):938-44.

Moysés SJ. (2012). Inequalities in oral health and oral health promotion. *Braz Oral Res*. 26 Suppl 1:86-93.

Müller F. Interventions for edentate elders - what is the evidens? *Gerodontology* 2014; 31 (suppl 1): 44-51.

Nordenram G. (2012). Dental Health. Health in Sweden: The national public health report 2012. Chapter 16. *Scand J Public Health* 40 (Suppl 9):281-286.

Petersen PE., Kandelman D., Arpin S., Ogawa H. (2010). Global oral health of older people-call for public health action. *Community Dental Health* 27 (4 Suppl 2):257-267.

Read S., Aunola K., Feldt T., Leinonen R., Ruoppila I. (2005). The Relationship Between Generalized Resistance Resources, Sense of Coherence, and Health Among Finnish People Aged 65-69. *European Psychologist* vol10 (3):244-253.

Sheiham A1, Alexander D, Cohen L, Marinho V, Moysés S, Petersen PE, Spencer J, Watt RG, Weyant R. (2011). Global oral health inequalities: task group-implementation and delivery of oral health strategies. *Adv Dent Res* 23(2):259-67.

SKL - Sveriges kommuner och Landsting. Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt äldre och funktionshindrade samt tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Uppföljning av 2011 års verksamhet. DNR 12/4247.

Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. SOSFS 2012:17. www.socialstyrelsen.se.

Socialstyrelsen_Folkhälsorapport 2009. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/16_Tandhalsa.pdf (Hämtad 140501).

Svensk författningssamling, 1985:125. Tandvårdslagen.

Strömberg E., Hagman-Gustavsson ML., Holmén A., Währd I., Gabre P. (2012). Oral status, oral hygiene habits and caries risk factors in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living. *Community dent Oral Epidemiol* 40:221-229.

Thorstensson H., Johansson B. (2010). Why do some people lose teeth across their lifespan whereas others retain a functional dentition into very old age? *Gerodontology* 27:19-25.

Wamala S, Merlo J, Boström G. (2006). Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: the Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005. *J Epidemiol Community Health* 60(12):1027-33.

Watt RG. (2012). Social determinants of oral health inequalities: implications for action. *Community Dent Oral Epidemiol* 40 Suppl 2:44-8.

Wiesmann U, Niehörster G, Hannich HJ. (2009). Subjective health in old age from a salutogenic perspective. *Br J Health Psychol* 14(Pt 4):767-87.

World Health Organization (WHO) (1997). Measuring Quality of life. http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf (Hämtad 140430)

World Health Organization (WHO). (2012). Social determinants of health. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/ (Hämtad 140430)

Wiesmann U, Niehörster G, Hannich HJ. (2009). Subjective health in old age from a salutogenic perspective. *Br J Health Psychol* 14(Pt 4):767-87.

Östberg A-L., Andersson P., Hakeberg M. (2009). Oral impact on daily performance: Associations with self-reported general health and medication. *Acta Odont Scand* 67:370-376.

Ta hand om sköldkörteln med en nypa salt



HELENA FILIPSSON NYSTRÖM
Docent och överläkare inom hormon-
sjukdomar vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset
och Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.
Hennes intresseområde är riskgrupper för jodbrist,
samt effekter på hjärnan vid Graves sjukdom.

122

SAMMANFATTNING

Jod är en bristvara i naturen men är nödvändigt för produktionen av sköldkörtelhormon. Våra huvudsakliga jodkällor är fisk och skaldjur, mjölkprodukter och joderat salt. Jod tillsätts i salt i Sverige sedan 1936 då man konstaterade att struma och bristande sköldkörtelhormonproduktion till följd av jodbrist var vanlig i svensk befolkning. Genom joderingen av bordssalt kom strumafrekvensen att gå tillbaka och Sveriges befolkning bedöms numera ha ett tillräckligt jodintag under normala omständigheter. Jodbehovet är dock större hos gravida och ammande kvinnor och det är oklart om de får i sig tillräckligt.

I äldre åldrar är sköldkörtelsjukdom vanligt både i form av låg och hög ämnesomsättning. Andelen patienter som medicinerar med sköldkörtelhormon ökar med stigande ålder och den vanligaste orsaken är en kronisk inflammation i sköldkörteln till följd av att det egna immunsystemet påverkat sköldkörteln. Allt vanligare med stigande ålder blir också knölstruman. Äldre personer riskerar också i större utsträckning att få hjärtpåverkan, till exempel förmaksflimmer.

Sköldkörtelsjukdom är, vid sidan om att vara en folksjukdom, också en kvinnosjukdom. All sköldkörtelsjukdom är vanligare hos kvinnor än hos män. Vid hög ämnesomsättning insjuknar 5–6 gånger fler kvinnor än män. Förekomsten av riskfaktorer, t ex rökning, kan påverkas av social utsatthet och därför kan sköldkörtelsjukdom vara vanligare i vissa grupper i samhället, något om dock aldrig är undersökt.

INLEDNING

Få minns idag hur situationen såg ut i Sverige innan jodering av bordssaltet infördes 1936. Kvinnor som är födda innan den tidpunkten är nu närmare 80 år eller äldre. Den äldre generationen kan dock berätta om hur vanligt det var med förstörd sköldkörtel, struma, och hur de uppmanades av sina föräldrar att äta salt med jod i. Denna kunskap håller nu på att falla i glömska och allt färre i de yngre generationerna har klart för sig vikten av joderingen och den stora betydelse det har för folkhälsan. Fortfarande står vi i valet mellan att köpa salt med eller utan jod. Jodsaltet får också konkurrens på salthyllan med gourmésalter, havssalter och flingsalter utan jodberikning och risken är stor att vi väljer utan att ha klart för oss vad det är vi väljer och varför. Detta kapitel kommer att ta oss med på jodets resa från maten vi äter fram till sköldkörteln och dess hormonproduktion. Det visar på jodets betydelse för normal sköldkörtelfunktion och på konsekvenser av såväl otillräckligt jodintag som intag av för mycket jod. Jod är viktigt för både yngre och äldre kvinnors hälsa. Vi skall heller inte glömma den resurs som äldre kvinnor utgör för att sprida kunskap om jodets betydelse, i och med att de fortfarande minns.

JOD I DÅTID OCH NUTID

Jod är ett grundämne som är nödvändigt för sköldkörtelns funktion. Utan tillgång till jod som byggsten kan sköldkörteln inte bilda sitt livsnödvändiga hormon. Utan sköldkörtelhormon kan vi inte leva och hos den nyfödde tar hjärnan snabbt skada om inte sköldkörtelhormon finns tillgängligt. Sedan länge är sköldkörtelhormonbrist en av de sjukdomar man screenar för vid födseln för att snabbt kunna säkerställa tillräcklig hormontillgång och hindra den klassiska bilden som uppstår vid grav sköldkörtelhormonbrist i tidig ålder, kretinism. Kretinism innebär kortvuxenhet, bred panna, intryckt näsrot, stor tunga, struma och grav utvecklingsrubbing. Medfödd sköldkörtelhormonbrist förekommer vid 1 av 3000 födslar. Numera är de vanligaste förklaringarna till detta att sköldkörteln inte utvecklats i normal omfattning eller att det finns en genetiskt defekt i hormonsyntesen. Jodbrist var tidigare en vanlig orsak till kretinism i Sverige.

Jod är en bristvara i jordskorpan. Genom årtusenden av nedisning och glaciärsmältning har jorden utarmats och på många håll i världen finns inte tillräckligt med jod. Detta gäller särskilt bergstrakter och områden långt ifrån haven, eftersom havsfisk är en viktig jodkälla (Nystrom et al, 2012). Kampen mot jodbristen har bedrivits i närmare 100 år och antalet jodbristområden har stadigt minskat. År 2011 rapporterade WHO att 37 länder fortfarande är jodbristiga. Tyvärr ser man på senare år att några länder återigen uppvisar jodbrist, bland annat Storbritannien (Vanderpump et al, 2011). Det belyser vikten av en medvetenhet hos myndigheter och invånare och av en kontinuerlig övervakning av jodsituationen inom landet.

I Sverige nämns struma första gången av Per Osbeck, en lärjunge till Carl von Linné, som nedtecknade dennes föreläsningar 1746. Där beskrivs att struma är en förstoring av sköldkörteln som sitter i halsen. Orsaken till struma var inte klarlagd och ännu i början av förra seklet debatterades det länge bland läkare i Sverige om det bland annat kunde röra sig om en infektionssjukdom. Det kom att dröja ända till 1920-talet innan struma bevisades bero på jodbrist (Sjoberg and Sundlof, 1971).

Från 1700-talet och framåt blev struma allt vanligare i Sverige. Det berodde sannolikt på flera faktorer. För det första ersatte potatisen spannmål som basföda.

Potatisens införande var livräddande under hårda år av missväxt, men potatis är samtidigt jodfattig vilket ledde till att det totala jodintaget minskade. För det andra blev befolkningen större under 1800-talet och tidigare obebyggda områden, där jodtillgången i marken sannolikt var lägre än i bördigare områden som tidigare varit havsbotten, lades under plogen, till exempel Norrlands inland och andra skogs och bergstrakter. För det tredje minskades tillgången på sill som under århundranden varit en betydande jodkälla (Nystrom et al, 2012).

1929 lade Carl-Axel Höjer fram sin avhandling, som handlade om strumans utbredning i Sverige. Han hade åkt runt och känt på 30 000 halsar och dokumenterat kretiner och graden av struma (Höjer, 1931). Han kom därmed att rita en karta över Sverige där områden som det inre av Småland, Östergötland, Dalarna, Hälsingland, Gästrikland och Norrlands kustland betecknades som strumaområden medan till exempel västkusten och Stockholmsområdet hade betydligt lägre förekomst av struma. Detta berodde sannolikt på att där var sillen mer tillgänglig. Detta samt den allmänna debatten ledde till att jodering av bordsalt inleddes 1936 först med 10 mg kaliumjodid (KI) per kilogram salt (Medicinalstyrelsen, 1936). 1966 ökades mängden till 50 mg KI/kg salt (Medicinalstyrelsen, 1966), eftersom struma fortfarande var vanligt i vissa regioner (Johnsson, 1965, Sjöberg and Sundlof, 1971, Gullström A, 1943, Hollström KF, 1946). Det kom att dröja till 2009 innan den första nationella uppföljningsstudien av det svenska joderingsprogrammet publicerades (Andersson et al, 2009, Filipsson Nystrom et al, 2010), som visade att Sverige har ett tillräckligt jodintag i normalbefolkningen.

JODETS BETYDELSE FÖR SKÖLDKÖRTELN

I sköldkörteln har jod ett unikt användningsområde. Jod ingår som byggsten i sköldkörtelhormonen T₄ (tetrajodothyronin) och T₃ (trijodothyronin) och namnen avspeglar antalet jodatomer som ingår i respektive hormon. Det är bara i sköldkörteln som jod används i kroppen och därför medför jodbrist framförallt en påverkan på sköldkörtelns funktion.

Vid uttalad jodbrist leder bristen på substrat till underfunktion av sköldkörteln som påverkar individen under hela livsspannet. Under fosterstadiet och småbarnsåren är denna brist allvarlig då hjärnans funktion och utveckling är beroende av sköldkörtelhormon och effekterna kan bli bestående om behandlingen sätts in för sent. Även i äldre åldrar kan grav underfunktion av sköldkörteln leda till en demensliknande bild, men tillståndet går tillbaka om underfunktionen upptäcks och behandlas. Ett blodprov för sköldkörtelhormon ingår därför i varje demensutredning.

Även mild jodbrist kan ha påtagliga konsekvenser, även om sköldkörtelhormoninivån upprätthålls i blodet. Hos skolbarn har mild jodbrist visats ge kognitiv påverkan (Zimmermann et al, 2006) och hos äldre kan en kronisk mild jodbrist bidra till att det utvecklas knutor i sköldkörteln som står för huvuddelen av hormonproduktion så kallad knölstruma. Ibland kan dessa autonoma områden överproducera hormon, så kallad toxisk knölstruma.

KOSTENS BETYDELSE OCH RISKGRUPPER

En vuxen man eller kvinna rekommenderas ett dagligt intag av 150 µg jod/dygn. Joderat salt är i svensk kost den huvudsakliga jodkällan. Hos vuxna ger bords-saltsanvändningen mer än 50 procent av rekommenderat dagsintag. Andra betydande jodkällor i svensk kost är mjölkprodukter (kofodret är joderat), saltvattensfisk och skaldjur. Jod finns i havsvatten naturligt eftersom jod kan binda till salt och därför innehåller saltvattensfisk, liksom skaldjur, jod. Hummer innehåller 700 µg/100 g ätlig del, musslor 180 µg och havsfisk 40 µg/100 g ätlig del medan våra baslivs-medel som ris, potatis, vetemjöl ligger på mycket låga värden och är förhållandevis jodfattiga. Havssalt innehåller 2000 µg/100 g ätlig del och joderat bordssalt 5000 µg/100 g ätlig del.

Saltkonsumtionsmönstret i samhället håller idag på att förändras. Bara 20 procent av det totala saltintaget kommer från bordssalt och det är inte alla hushåll som använder joderat salt, siffrorna för jodanvändning varierar mellan 75–90 procent. Resterande 80 procent av saltintaget kommer från hel- och halvfabrikat, det vill säga färdiglagade produkter och rätter där saltet inte alltid är joderat. I mat som tillagas och serveras från skol- och institutionskök används både joderat eller icke-joderat salt. Joderat salt måste köpas i mindre förpackningar på grund av egenskapen att bilda kristaller och är därför något dyrare. I dag regleras joderingen via en frivillig EU-lagstiftning, vilket innebär att råd och information är det rådande sättet att öka användningen av joderat salt i livsmedel.

Eftersom en stor andel av befolkningen, cirka 25 procent, lider av högt blodtryck och Livsmedelsverket därför uppmanar till minskat saltintag, är valet av joderat salt ännu viktigare idag. Livsmedelsverkets nationella program föreslår en minskning av saltintaget från tidigare nivåer på 8–12 g/dag till 5–6 g/dag. Dessutom har flera alternativ till vanligt bordssalt lanserats som inte är jodberikade (flingsalt, gourmetsalt, havssalt). Genom marknadsföring i matlagningstidningar och matlagingsprogram i TV blir dessa nya saltformer allt mer populära och kan minska användandet av joderat salt. Matvanor är föränderliga och medvetenheten om jodbrist är i allmänhet låg hos både yngre och äldre invånare i Sverige. Därtill influeras konsumentbeteendet av trender, där det hos vissa finns ett allmänt motstånd mot ”tillsatser”. Dessa faktorer kan utgöra framtida hot mot jodsituationen i Sverige och understryker vikten av kontinuerlig uppföljning av jodintaget i befolkningen.

Redan nu måste särskild hänsyn tas till särskilda riskgrupper för jodbrist. Gravida och ammande kvinnor behöver ett högre jodintag än befolkningen i allmänhet. och Världshälsoorganisationen, WHO, rekommenderar ett dagligt intag på 250 µg/dag. Under amningen utsöndras jod i bröstmjölken, något som är nödvändigt för att barnets egen sköldkörtelhormonproduktion skall fungera. Detta är särskilt viktigt då hjärnans utveckling är beroende av sköldkörtelhormon. För närvarande undersöks om gravida och ammande kvinnor behöver ett extra jodtillskott eller om de klarar sig med det som de får i sig naturligt via kosten.

Vissa kosthållningar kan innebära ökad risk för jodbrist. Det gäller framförallt veganer som utesluter mjölk- och kött/fisk-produkter, två betydande jodkällor (Leung et al, 2011).

ORSAKER TILL SKÖLDKÖRTELSJUKDOM I RELATION TILL KÖN OCH ÅLDER

ALLMÄNT OM SKÖLDKÖRTELN

Sköldkörtelns funktion justeras och regleras av hypofysens tyreoidestimulerande hormon (TSH) till en individuell nivå inom normalområdet för befolkningen. TSH förändras redan innan T₃ och T₄ hamnat utanför normalintervallet. Då TSH är ett stimulerande hormon innebär detta att nivån stiger för att stimulera mer när vi håller på att utveckla underfunktion och att nivån blir påtagligt låg, för att inte stimulera alls, när vi håller på att utveckla överfunktion. Inställningen inom normalområdet av T₃ och T₄ är individuell. Det finns en tendens att TSH kan stiga något under livstiden, sannolikt pga att hypofysen blir något mindre alert och det har tom visats att ett något högre TSH inom normalområdet kan vara fördelaktigt när man blir äldre (Vadiveloo et al, 2013).

TSH påverkar varje enskild sköldkörtelcell till att bilda hormon genom ett komplext system av signaler. Av den totala hormonproduktionen från sköldkörteln är 90 procent T₄ och ca 10 procent är T₃. T₃ är den aktiva hormonformen som påverkar alla kroppens celler och T₄ är ett förstadium. T₃ reglerar ämnesomsättningen i kroppens celler. Förenklat kan man tänka att T₃ reglerar kroppens "gaspedal". Vid för mycket hormon, dvs överfunktion, är "gasen" för hög, med symptom som trötthet, hjärtklappningar, svettningar, skakningar, viktning, lösare avföring, nervositet, oro, irritabilitet, ilska och koncentrationssvårigheter. Motsatsen ses vid underfunktion, då "gasen" är för låg, med trötthet, torr hud, torrt hår, förstoppning, viktuppgång, depressivitet, tanketröghet.

T₃ är ett livsnödvändigt hormon. Vid total avsaknad av hormon kan inte individen överleva på längre sikt. Därför har kroppen kompensatoriska mekanismer för att försöka upprätthålla hormonnivån vid sviktande funktion, t ex ökar aktiviteten av enzymerna dejodinaser så att mer T₃ bildas från T₄.

SKÖLDKÖRTELSJUKDOMAR ÄR OFTA AUTOIMMUNA

Sköldkörtelsjukdomar är vanligt förekommande och 5–6 procent befolkningen drabbas av förändrad sköldkörtelfunktion. Man brukar säga att 2–3 procent drabbas av låg ämnesomsättning och 2–3 procent drabbas av hög. Därtill tillkommer de som fortfarande har bevarad funktion, men där man kan spåra antikroppar mot sköldkörtel. I en stor undersökning från Norge rapporterades 13,9 procent av kvinnor och 2,8 procent av män vara TPO antikroppspositiva (Bjoro et al, 2000). Incidensen för hög ämnesomsättning är 27,6 per 100 000 invånare och år i Sverige (Abraham-Nordling et al, 2011). Precis som vid underfunktion av sköldkörteln är den vanligaste orsaken till överfunktion autoimmunitet mot sköldkörteln. Immunsystemet har två viktiga uppgifter, dels skall det skydda mot angrepp utifrån, som virus och bakterier, dels skall det känna igen den egna individen och inte reagera på kroppsegna organ. Sköldkörteln är dock i hög grad utsatt för autoimmun påverkan, dvs att kroppen bildar antikroppar mot sig själv. Den vanligaste formen av överfunktion är Graves sjukdom (incidens 21 per 100 000 invånare och år) (Abraham-Nordling et al, 2011) då antikroppar bildas mot TSH receptorn (TRAK). Även om Graves sjukdom är den dominerande orsaken

så förekommer även andra former av överfunktion, såsom knölstruma (incidens 6,5 per 100 000 invånare och år) (Abraham-Nordling et al, 2011).

Graden av autoimmuna sjukdomar styrs också av joderingsnivån i landet. Vid mild till måttlig jodbrist ökar förekomsten av knölstruma kraftigt. I Danmark som införde jodering år 2000 så var tidigare förekomsten av knölstruma lika stor som den för Graves sjukdom (Laurberg et al, 2010). Efter det att jodering infördes har knölstruman minskat, Graves har ökat och framförallt har antalet fall av underfunktion ökat (Carle et al, 2006, Carle et al, 2011). På Island, där man haft en stabil hög jodnivå i generationer, är förekomsten av hög ämnesomsättning ovanlig och panoramat av sköldkörtelsjukdomar domineras helt av autoimmun underfunktion (Laurberg et al, 2010).

SKÖLDKÖRTELSJUKDOMAR ÄR VANLIGARE HOS KVINNOR

All sköldkörtelsjukdom är vanligare hos kvinnor än hos män. Vid hög ämnesomsättning så insjuknar 5–6 ggr fler kvinnor än män (Nystrom et al, 2013). Vid sköldkörtelcancer är inte kvinnodominansen lika stor. Detta innebär att sköldkörtelsjukdom vid sidan om att vara en folksjukdom också är en kvinnosjukdom. Många ställer frågan varför man insjuknar i sköldkörtelsjukdom. Det finns en genetisk komponent som är betydande, många nyinsjuknande kan ange fler släktingar som haft hög eller låg ämnesomsättning. Med största sannolikhet spelar också omgivningsfaktorer roll för att en sårbar individ skall insjukna just nu. Här spelar jodintag, rökning och kvinnligt kön en stor roll. Många ställer också frågan om inte stress kan påverka och här är inte studieresultaten samstämmiga. Viss forskning visar på ett samband, andra har svårt att belägga det.

De kvinnliga könshormonerna är sannolikt av stor betydelse för insjuknandet. Detta illustreras av att sköldkörtelsjukdom är betydligt vanligare året efter graviditet och under klimakteriet. Exakt på vilket sätt de kvinnliga könshormonerna är med och styr sköldkörtelsjukligheten är inte känt.

FÖREKOMSTEN AV SKÖLDKÖRTEL- SJUKDOM ÖKAR MED ÅLDERN

I dagens samhälle finns fortfarande individer med minnen från tiden innan joderingens införande 1936. Strumaförekomsten minskade successivt och en kvarvarande strumaförekomst var anledningen till att joderingsnivån höjdes 1966. Då storleken av skolbarns sköldkörtlar undersökts i nutid uppvisas inte längre struma (Filipsson Nystrom et al, 2010). Storleken hos svenska barns sköldkörtlar är dock något större än hos en internationell referenspopulation av barn från flera länder (Zimmermann et al, 2004), vilket sannolikt speglar faktorer i omgivningen eller generna i den svenska populationen. Tidigare strumaområden existerar inte längre, i varje fall inte hos barn. Barn anses vara den grupp i samhället som bäst speglar hela befolkningens jodintag då de äter huvuddelen av sina måltider i hemmet.

Emellertid stöder stora befolkningsundersökningar att graden av autoimmunitet och utvecklingen av underfunktion av sköldkörteln ökar med åldern (Asvold et al, 2013) vilket också speglas i förskrivningen av sköldkörtelhormon. Detta talar för att den autoimmuna processen börjar långt tidigare i sköldkörteln och att sköld-

körteln kan kompensera en bristande funktion under lång tid. I själva verket svarar en av fyra medelålders kvinnor med förbättrad livskvalitet när man behandlar så lindring hormonbrist att FT₄ fortfarande ligger inom normalområdet men TSH är lätt stegrat (Nystrom et al, 1988).

Det blir allt fler som insjuknar med hög ämnesomsättning med ökad ålder. Flest människor insjuknar i Graves sjukdom mellan 30 och 50 års ålder. Därefter minskar andelen Graves sjukdom i högre åldrar och andelen överfungerande knölstruma ökar. Graves sjukdom blir också mildare i sitt förlopp med lägre hormonnivåer (Nystrom et al, 2013). Överfungerande knölstruma blir sällan lika uttalad som Graves sjukdom kan bli i yngre åldrar, men man skall ta i beaktande att en hög ämnesomsättning i den äldre populationen oftare ger allvarliga konsekvenser. Att ha hög ämnesomsättning är en påfrestning för individen och vanligen klarar en ung frisk människa detta betydligt bättre än en åldrad individ som har mindre marginaler och många gånger andra sjukdomar som komplicerar situationen. Förmaksflimmer är vanligt i den äldre populationen och hög ämnesomsättning kan försämra befintlig hjärtsjukdom på grund av den belastning på hjärtkärlsystemet som en för snabb hjärtrytm innebär. Situationen kan kompliceras av hjärtsvikt. Många gånger är en snar behandling av den höga ämnesomsättningen nödvändig för att få situationen under kontroll.

AUTOIMMUNA SJUKDOMAR

Majoriteten av sköldkörtelsjukdom i Sverige orsakas idag av autoimmunitet. Benägenheten för immunsystemet att reagera mot kroppsegna organ är inte specifik för sköldkörteln. Det finns en rad sjukdomar som har samma bakgrund. Vid autoimmun sköldkörtelsjukdom är det vanligare med samtidig t ex typ 1 diabetes, binjurebarks-
svikt (sk Addisons sjukdom), glutenintolerans och B₁₂-vitaminbrist. Dessa sjukdomar beror på antikropps bildning mot ö-cellerna i bukspottskörteln vid diabetes, mot binjurebarken vid Addisons sjukdom, mot gluten i tarmluddet vid glutenöverkänslighet och mot magtarmslemhinna vid B₁₂-brist. Det finns ytterligare sjukdomar med samma bakgrund men dessa är de vanligaste (Gustafsson et al, 2004).

CANCER I SKÖLDKÖRTELN

Att få en knöl i sköldkörteln är vanligt. I de allra flesta fall är knölen godartad vid finnålsbiopsiundersökning, men i 5 procent av fallen hittar man elakartade celler i biopsin. Patienten behöver då opereras för bättre diagnostik och vidare planering av behandling. Panoramafot av sköldkörtelcancer påverkas också av joderingsnivå och vid ökad jodering så insjuknar fler i cancerformer med bättre prognos och färre i cancerformer med sämre prognos. Varför graden av autoimmunitet påverkas av jodnivån är okänt liksom varför jodnivån påverkar cancerspektrat.

Med ökad jodering minskar de mest allvarliga cancerformerna medan de papillära och follikulära ökar. Denna trend ser man i de nationella cancerregistren sedan 30 år tillbaka och det gäller även internationellt. Även om vissa former av sköldkörtelcancer ökar vid införande av ett joderingsprogram så minskar de mest allvarliga formerna och prognosen förbättras generellt för sköldkörtelcancergruppen som helhet.

Man kan ställa sig frågan om sköldkörtelsjukdom är kopplad till en ökad cancerförekomst. Det är otvetydigt så att relativt fler sköldkörtelcancer påvisas hos sköldkörtelsjuka människor än hos icke-sköldkörtelsjuka människor. Om detta beror på en ökad risk för canceromvandling till följd av den autoimmuna inflammationen eller att den ökade frekvensen beror på att fler sköldkörtelsjuka människor får sin sköldkörtel undersökt och fler fall diagnostiseras är oklart.

Det finns också ett samband mellan autoimmun sköldkörtelsjukdom och bröstcancer. Signifikant fler kvinnor med bröstcancer hade också TPO-antikroppar jämfört med kvinnor utan bröstcancer eller kvinnor med andra orsaker till knöl i bröstet (Giustarini et al, 2006). Orsaken till denna koppling är oklar men känt är att bröstkörteln har funktionen att koncentrera jod, vilket är viktigt för att förse det ammande barnet med jod från bröstmjölken.

1219

SKILLNADER I DÖDLIGHET OCH OHÄLSA

Obehandlad hög ämnesomsättning är kopplad till en ökad risk för hjärt-kärlproblem och man har därför undersökt om hög ämnesomsättning medför en ökad dödlighet. Den första stora mortalitetsstudien genomfördes i Skottland 2006. Där kunde inte någon ökad dödlighet påvisas (Flynn et al, 2006). Man undersökte också förekomsten av hjärt-kärlsjukdom men fann ingen skillnad jämfört med normalbefolkningen. Däremot fanns det en ökad förekomst av rytmrubbningar bland dem med hög ämnesomsättning i sjukhistorien. Ytterligare studier har publicerats som studerar undergrupper av patienter med hög ämnesomsättning med avseende på behandling (Metso et al, 2007, Goldman et al, 1988, Franklyn et al, 1998, Metso et al, 2008, Hall et al, 1993), ålder (Bauer et al, 2007), kön (Bauer et al, 2007) och hormonell ersättningsbehandling (Metso et al, 2007, Franklyn et al, 2005, Bauer et al, 2007) som pekar mot att hög ämnesomsättningen hänger ihop med ökad dödlighet. En annan studie från Danmark registrerade en 30 procent ökad dödlighet och att Graves patienter hade mer hjärt-kärlsjuklighet än patienter med överfunderande knölstruma, men dessa hade istället en ökad dödlighet i cancer (Brandt et al, 2013a). Viktiga frågor är dock fortfarande obesvarade.

Frågan har också ställts om den ökade dödligheten beror på en genetisk sårbarhet för andra sjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdom eller om det rör sig om en effekt av den höga ämnesomsättningen i sig. Denna frågeställning utvärderades i en dansk

studie av tvillingpar som visade att det fanns en ökad dödlighet oberoende av tidigare existerande sjuklighet och att det finns en genetisk komponent som bidrar till den ökade dödligheten vid hög ämnesomsättning (Brandt et al, 2012). Samma grupp fann vidare att översjukligheten i hjärt-kärlsjukdom fanns redan ett år innan den höga ämnesomsättningen påvisades (Brandt et al, 2013b) vilket ytterligare understryker det komplexa sambandet mellan dödlighet och hög ämnesomsättning.

Livskvaliteten när man insjuknar i hög ämnesomsättning är nedsatt på grund av de kroppsliga och psykiska symptom som uppkommer av den höga hormonproduktionen. När behandling inletts och hormonerna blivit normala återgår livskvaliteten till en normal nivå hos de allra flesta. Det finns dock en liten grupp av patienter som inte upplever att livet återgår till den normala (Elberling et al, 2004). Om detta uppkommer till följd av den stress man utsatts för på grund av sjukdom, eller om hjärnan påverkas på något annat sätt är fortfarande en obesvarad fråga. En ytterligare möjlighet är att det finns en samsjuklighet för psykiatriska sjukdomar och sköldkörtelsjukdom. I en stor nationell dansk studie har det nyligen påvisats att individer med låg ämnesomsättning har en ökad risk att bli diagnostiserade med psykiatriska sjukdomar både före och efter sköldkörteldiagnosen (Thvilum et al, 2014). En liknande effekt har visats avseende patienter med hög ämnesomsättning (Brandt et al, 2014). Mer forskning och ökad kunskap behövs kring psykisk påverkan vid Graves sjukdom för att fullständigt förstå mekanismer och kunna bemöta och behandla förebyggande för minska ohälsa på lång sikt.

LEVNADSFAKTORER I RELATION TILL SKÖLDKÖRTELN

150

Sjukdom tenderar att drabba individen oberoende av social tillhörighet. När det gäller sköldkörtelsjukdomar kan förekomsten av riskfaktorer påverkas av social utsatthet och därför torde sköldkörtelsjukdom kunna vara vanligare inom vissa grupper i samhället, även om detta aldrig är undersökt i sig.

Rökning påverkar jodomsättningen då tobak innehåller tiocyanater (Erdogan, 2003, Hansen et al, 2004). Rökning är också kopplat till en tredubblad risk för Graves sjukdom jämfört med dem som aldrig rökt. Däremot verkar risken minska när man slutar röka och skiljer sig därefter inte från normalbefolkningens risk. Det föreligger också en koppling mellan struma och rökning. Risken kopplat till rökning är lägre hos män än hos kvinnor både för Graves sjukdom och för struma (Vestergaard, 2002). Vissa data talar också för att risken för autoimmun underfunktion ökar vid rökning (Vestergaard, 2002, Vestergaard et al, 2002).

Alkohol är en stark förebyggande faktor för många autoimmuna sjukdomar. Avseende sköldkörteln så minskar alkoholkonsumtionen risken för autoimmun underfunktion (Carle et al, 2012). Även när det gäller Graves sjukdom så minskar moderat alkoholkonsumtion risken.

BEHANDLING AV SKÖLDKÖRTELSJUKDOM

Patient med struma och trycksymptom, såsom tryckkänsla, sväljnings- och andnings- svårigheter, skall bedömas av kirurg. En underfunktion av sköldkörteln behandlas på vårdcentralsnivå med sköldkörtelhormon. Det heter på apoteket antingen Levaxin® eller Euthyrox®. Startdosen är låg och trappas upp successivt med 4–6 veckors mellanrum. Hos den äldre patienten kan startdosen behöva bli ännu lägre och upptrappningsstegen mindre med större intervall för att kroppen skall klara av att långsamt vänja sig utan att eventuell hjärtkärlsjukdom gör sig påmind.

En patient med hög ämnesomsättning remitteras ofta till hormonspecialister på sjukhusen efter primär diagnostik och behandling på vårdcentralen som innefattar betablockad mot hjärtklappning. På sjukhusens hormonmottagningar brukar man ta emot den här typen av patienter snabbt. I Danmark har man undersökt om alla som behöver komma till sjukhusspecialister verkligen remitteras dit. Man visade i den studien att de som remitterades i större utsträckning var yngre patienter som hade högre hormonnivåer än äldre (Carle et al, 2013). Det är viktigt att se till att alla som behöver behandling får det. Som tidigare nämns så är äldre mer känsliga för sköldkörtelsjukdom.

Hög ämnesomsättning som beror på ökad produktion av hormon kan behandlas på tre sätt. Antingen hämmar man hormonproduktionen med medicinerna Thacapzol® eller Tiotil® eller opererar man sköldkörteln efter förbehandling med Thacapzol® eller Tiotil®. Det tredje sättet att behandla en hög ämnesomsättning är med radioaktivt jod. Denna behandlingsmetod innebär att jod märks med en radioaktiv isotop. Först gör man mätningar över sköldkörteln från en testdos för att räkna ut vilken aktivitet man skall ge, och därefter dricker man rätt mängd radioaktivt jod. Jodet tas upp av sköldkörteln och utövar en lokal stråleffekt. Effekten kommer successivt och full effekt får man först efter 3–4 månader.

158

ETT GENOMTÄNKT BEMÖTANDE

En patient med sköldkörtelsjukdom har ofta försenats i sin diagnostik i och med att man själv har haft olika förklaringar till sina symptom. Symptom som smyger sig på långsamt accepteras av individen på ett annat sätt än symptom som utvecklas snabbt. Symptomatologin är dessutom diffus och därför behöver läkaren på vårdcentralen dit man ofta söker ha ett brett tänkande och kontrollera FT₄ och TSH med ett blodprov.

När sköldkörtelsjukdom konstaterats är det viktigt att bekräfta symptomen, framför allt gäller det de psykiska symptomen. Här behövs tid vid besöket och den som blivit sjuk bör få stöd och verktyg för att hantera sina symptom. Utvecklingen inom medicinsk kunskap har varit enorm de sista 50 åren och sannolikt kommer de närmsta 50 åren innebära liknande medicinska landvinningar. Vi måste vara ödmjuka och förstå att all kunskap inte är oss given ännu.

Många patienter har en ökad trötthet och en kognitiv påverkan. Det skulle vara önskvärt att dessa kunde bedömas parallellt av neuropsykiatrisk kompetens. De flesta patienter med underfunktion hanteras inom primärvården medan alla med hög ämnesomsättning tas omhand av specialister i invärtesmedicin eller endokrinologi (hormonsjukdomar).

FÖREBYGGANDE STRATEGIER

Att lösa autoimmunitetens gåta genererar sannolikt ett Nobelpris. Den genetiska benägenheten är inte mycket att göra åt, men eftersom rökning ökar risken både för Graves sjukdom och en autoimmun låg ämnesomsättning skulle en person med diger ärftlighet kunna minska sin risk genom att inte röka. Särskilt gäller det den komplikation i form av ögonpåverkan som kan inträffa vid Graves sjukdom där rökning ökar risken betydligt mer. Vid ärftlighet är det viktigt att vara medveten om riskerna och tidigt få en diagnos vid symptom. Många gånger kan sköldkörtelsjukdom likna andra tillstånd och det finns en tendens hos många att förklara trötthet och andra symptom med stress eller utbrändhet. Därför är det viktigt att med ett blodprov av FT₄ och TSH kontrollera om funktionen i sköldkörteln är rubbad då detta kräver en helt annan diagnostik och behandling. Det samma gäller avseende provtagning vid t ex allmän avtackling, demens, förmaksflimmer och hjärtsvikt då rubbningar i ämnesomsättningen kan vara monosymptomatiska, det vill säga bara presentera sig med ett symptom, särskilt hos äldre människor.

Att se till att intaget av jod är normalt är också viktigt. Som tidigare nämnts är rekommenderat dagligt intag av jod för vuxna 150 µg/dygn, medan gravida och ammande kvinnor har ett förhöjt behov, 250 µg/dygn. Man bör särskilt under graviditet och amning tänka på att modern försörjer det ofödda barnet med jod och sköldkörtelhormon och att detta är en nödvändig komponent för hjärnans utveckling. Veganer bör ta ett vitamintillskott innehållande 150 µg jod/dygn för att förvissa sig om ett tillräckligt jodintag. Lakto-ovovegetarianer har visserligen i studier ett tillräckligt intag av jod då mjölkprodukter ingår i kosthållningen (Leung et al, 2011), men skulle mängden vara liten bör man se till att få i sig jod på annat sätt.

Jod har ett snävt terapeutiskt fönster, det vill säga för lite jod är inte bra men inte heller för mycket. Detta kan också orsaka sköldkörtelsjukdom. I situationer då man tvingas till ett högt jodintag eller hög jodtillförsel, t ex i samband med röntgen då vissa röntgenkontrastmedel innehåller rikligt med jod, är det viktigt att kontrollera sköldkörtelhormonfunktionen efter 6 och 12 veckor. Det gäller särskilt i de fall där individen uppvisar struma eller har tidigare haft sköldkörtelsjukdom. I vissa fall måste man välja andra röntgenmetoder där kontrastmedlet inte innehåller jod. Detta är särskilt viktigt om man utreds för misstänkt eller konstaterad sköldkörtelcancer.

AVSLUTNING OCH DISKUSSION

Trots att tillräckliga jodnivåer i befolkningen bekräftades vid en nationell kartläggning 2007 kvarstår flera frågetecken kring jodsituationen i Sverige. Dels måste det undersökas om gravida och ammande kvinnor, som har ett högre jodbehov än normalbefolkningen, har tillräckliga jodintag för sina och barnens behov. Dessutom kommer vi att undersöka om magtarmopererade, som blir av med en del av magsäcken och tunntarmen, tar upp jod i tillräcklig omfattning så att vi inte får en långsiktig ökning av sköldkörtelsjukligheten. Därutöver påverkas vi av det ändrade saltkonsumtionsmönstret i samhället. Idag när saltintaget dessutom skall minska är det ännu viktigare att det salt vi får i oss är joderat. Därför krävs en ständig kunskapsspridning så att kännedomen om vikten av joderingen inte försvinner. Det har snart gått en livstid sedan vi införde jodering av bordssalt i Sverige 1936 för att förhindra strumautveckling och att barn föds med en nedsatt intelligens till följd av jodbrist, men dagens samhällsmedborgare är inte alltid medvetna om vikten av jod. Livsmedelsindustrin och skol- och institutionskök måste informeras så att joderat salt används i större omfattning än idag. Det krävs regelbundna nationella undersökningar av befolkningens jodstatus då jodbrist kan återkomma på grund av oavsiktliga förändringar i t ex mjölkhanteringen. Detta inträffade nyligen i Storbritannien som efter flera decennier av tillräckligt jodintag nu återigen är milt jodbristiga (Vanderpump et al, 2011). Situationen är också föränderlig i Sverige, vilket illustreras av att det nyligen larmades om att jodnivån i mjölk minskat med 40 procent. Orsaken till detta håller på att undersökas. Joderingen går under en EU-lagstiftning kring tillsatser av vitaminer och mineraler. Den är frivillig och därför blir dialogen mellan Livsmedelsverket och livsmedels-intressenter ännu viktigare.

Intag av tillräckligt med jod är nödvändig för en normal sköldkörtelfunktion. Särskilt viktigt är detta för gravida och ammande kvinnor då barnens hjärnutveckling kräver tillräckliga nivåer av sköldkörtelhormon. Sköldkörtelrubbingar är vanliga och det är viktigt att vara observant på symptom så att diagnosen kan ställas i tid. Särskilt viktigt är detta för äldre patienter som ofta är skörare och där symptomen kan vara allvarliga även vid lindriga hormonavvikelser.



REFERENSER

- Abraham-Nordling M., Bystrom K., Topping O., Lantz M., Berg G., Calissendorff J., Filipsson Nystrom H., Jansson S., Jorreskog G., Karlsson A., Nyström E., Ohrling H., Orn T., Hallengren B. & Wallin G. (2011). European Journal of Endocrinology. Vol. 165, No. 6: 899-905.
-
- Andersson M., Berg G., Eggertsen R., Filipsson H., Gramatkovski E., Hansson M., Hulthén L., Milakovic M. & Nyström E. (2009). Adequate iodine nutrition in Sweden: A cross-sectional national study of urinary iodine concentration in school-age children. European Journal of Clinical Nutrition, 63, 828-834.
-
- Asvold B. O., Vatten L. J. & Bjoro T. (2013). Changes in the prevalence of hypothyroidism: the HUNT Study in Norway. Eur J Endocrinol, 169, 613-20.
-
- Bauer D. C., Rodondi N., Stone K. L. & Hiller T. A. (2007). Thyroid hormone use, hyperthyroidism and mortality in older women. Am J Med, 120, 343-9.
-
- Bjoro T., Holmen J., Kruger O., Midthjell K., Hunstad K., Schreiner T., Sandnes L. & Brochmann H. (2000). Prevalence of thyroid disease, thyroid dysfunction and thyroid peroxidase antibodies in a large, unselected population. The Health Study of Nord-Trøndelag (HUNT). Eur J Endocrinol, 143, 639-47.
-
- Brandt F., Almind D., Christensen K., Green A., Brix T. H. & Hegedus L. (2012). Excess mortality in hyperthyroidism: the influence of preexisting comorbidity and genetic confounding: a danish nationwide register-based cohort study of twins and singletons. J Clin Endocrinol Metab, 97, 4123-9.
-
- Brandt F., Thvilum M., Almind D., Christensen K., Green A., Hegedus L & Brix T. H. (2013a). Graves' disease and toxic nodular goiter are both associated with increased mortality but differ with respect to the cause of death: a Danish population-based register study. Thyroid, 23, 408-13.
-
- Brandt F., Thvilum M., Almind D., Christensen K., Green A., Hegedus L & Brix T. H. (2013b). Morbidity before and after the diagnosis of hyperthyroidism: a nationwide register-based study. PLoS One, 8, e66711.
-
- Brandt F., Thvilum M., Almind D., Christensen K., Green A., Hegedus L & Brix T. H. (2014). Hyperthyroidism and psychiatric morbidity: evidence from a Danish nationwide register study. Eur J Endocrinol, 170, 341-8.
-
- Carle A., Laurberg P., Pedersen I. B., Knudsen N., Perrild H., Ovesen L., Rasmussen L. B. & Jorgensen T. (2006). Epidemiology of subtypes of hypothyroidism in Denmark. Eur J Endocrinol, 154, 21-8.
-
- Carle A., Pedersen I. B., Knudsen N., Perrild H., Ovesen L., Rasmussen L. B., Jorgensen T. & Laurberg P. (2012). Moderate alcohol consumption may protect against overt autoimmune hypothyroidism: a population-based case-control study. Eur J Endocrinol, 167, 483-90.
-
- Carle A., Pedersen I. B., Knudsen N., Perrild H., Ovesen L., Rasmussen L. B., Jorgensen T. & Laurberg P. (2011). Epidemiology of subtypes of hyperthyroidism in Denmark: a population-based study. Eur J Endocrinol, 164, 801-9.
-
- Carle A., Pedersen I. B., Perrild H., Ovesen L., Jorgensen T. & Laurberg P. (2013). High age predicts low referral of hyperthyroid patients to specialized hospital departments: evidence for referral bias. Thyroid, 23, 1518-24.
-
- Elberling T. V., Rasmussen A. K., Feldt-Rasmussen U., Hording M., Perrild H. & Waldemar G. (2004). Impaired health-related quality of life in Graves' disease. A prospective study. Eur J Endocrinol, 151, 549-55.
-
- Erdogan M. F. (2003). Thiocyanate overload and thyroid disease. Biofactors, 19, 107-11.
-
- Filipsson Nystrom H., Andersson M., Berg G., Eggertsen R., Gramatkovski E., Hansson M., Hulthen L., Milakovic M. & Nystrom E. (2010). Thyroid volume in Swedish school children: a national, stratified, population-based survey. Eur J Clin Nutr, 64, 1289-95.
-
- Flynn R. W., MacDonald T. M., Jung R. T., Morris A. D. & Leese G. P. (2006). Mortality and vascular outcomes in patients treated for thyroid dysfunction. J Clin Endocrinol Metab, 91, 2159-64.
-
- Franklyn J. A., Maisonneuve P., Sheppard M. C., Betteridge J. & Boyle P. (1998). Mortality after the treatment of hyperthyroidism with radioactive iodine. N Engl J Med, 338, 712-8.
-
- Franklyn J. A., Sheppard M. C. & Maisonneuve P. (2005). Thyroid function and mortality in patients treated for hyperthyroidism. Jama, 294, 71-80.
-
- Giustarini E., Pinchera A., Fierabracci P., Roncella M., Fustaino L., Mammoli C. & Giani C. (2006). Thyroid autoimmunity in patients with malignant and benign breast diseases before surgery. Eur J Endocrinol, 154, 645-9.
-
- Goldman M. B., Maloof F., Monson R. R., Aschengrau A., Cooper D. S. & Ridgway E. C. (1988). Radioactive iodine therapy and breast cancer. A follow-up study of hyperthyroid women. Am J Epidemiol, 127, 969-80.
-
- Gullström A. (1943). Om strumaprofylax. Svenska Läkartidningen, 40, 455-459.
-
- Gustafsson J., Alimohammadi M., Ekwall O., Gebre-Mehdin G., Halldin-Stenlid M., Hedstrand H., Landgren E., Nilsson T., Rorsman F., Skoldberg F., Winqvist O. & Kampe O. (2004). [APS I--a severe autoimmune disease with endocrine and non-endocrine symptoms]. Lakartidningen, 101, 2096-8, 2101-3.

Hall P., Lundell G., & Holm L. E. (1993). Mortality in patients treated for hyperthyroidism with iodine-131. *Acta Endocrinol (Copenh)*, 128, 230-4.

Hansen P. S., Brix T. H., Bennedbaek F. N., Bonnema S. J., Kyvik K. O. & Hegedus L. (2004). Genetic and environmental causes of individual differences in thyroid size: a study of healthy Danish twins. *J Clin Endocrinol Metab*, 89, 2071-7.

Hollström K. F. (1946). Om förekomsten av struma bland skolbarn i Falun och om profylaktisk användning av jodhaltigt matsalt. *Svenska Läkartidningen*, 43, 163-171.

Höjer J. (1931). Kropfstudien Die Verbreitung des endemischen Kropfes in Schweden. *Svenska Läkaresällskapets handlingar*, 57, 1-104.

Johnsson S. (1965). [Endemic struma--average frequency]. *Lakartidningen*, 62, 2049-56.

Laurberg P., Cerqueira C., Ovesen L., Rasmussen L. B., Perrild H., Andersen S., Pedersen I. B., & Carlé A. (2010). Iodine intake as a determinant of thyroid disorders in populations. *Best Practice and Research: Clinical Endocrinology and Metabolism*, 24, 13-27.

Leung A. M., Lamar A., He X., Braverman L. E. & Pearce E. N. (2011). Iodine status and thyroid function of Boston-area vegetarians and vegans. *J Clin Endocrinol Metab*, 96, E1303-7.

Medicinalstyrelsen (1966). Jodering av koksalt. *Cirkulär*, 11.

Medicinalstyrelsen (1936). Förebyggande åtgärder mot endemisk struma. *Cirkulär*, 30.

Metso S., Auvinen A., Salmi J., Huhtala H. & Jaatinen P. (2008). Increased long-term cardiovascular morbidity among patients treated with radioactive iodine for hyperthyroidism. *Clin Endocrinol (Oxf)*, 68, 450-7.

Metso S., Jaatinen P., Huhtala H., Auvinen A., Oksala H & Salmi J. (2007). Increased cardiovascular and cancer mortality after radioiodine treatment for hyperthyroidism. *J Clin Endocrinol Metab*, 92, 2190-6.

Nystrom E., Caidahl K., Fager G., Wikkelso C., Lundberg P. A. & Lindstedt G. (1988). A double-blind cross-over 12-month study of L-thyroxine treatment of women with 'subclinical' hypothyroidism. *Clin Endocrinol (Oxf)*, 29, 63-75.

Nystrom H. F., Berg G., Eggertsen R., Hulthen L. & Milakovic M. (2012). [Swedish iodination of salt has decreased the incidence of goiter. But low use of iodinated salt in the schools raises concerns for the future]. *Lakartidningen*, 109, 90-3.

Nystrom H. F., Jansson S. & Berg G. (2013). Incidence rate and clinical features of hyperthyroidism in a long-term iodine sufficient area of Sweden (Gothenburg) 2003-2005. *Clin Endocrinol (Oxf)*, 78, 768-76.

Sjoberg K. H. & Sundlof G. (1971). [The occurrence of struma before and after iodine prophylaxis]. *Lakartidningen*, 68, 980-4.

Thvilum M., Brandt F., Almind D., Christensen K., Brix T. H. & Hegedus L. (2014). Increased Psychiatric Morbidity Before and After the Diagnosis of Hypothyroidism: A Nationwide Register Study. *Thyroid*.

Vadiveloo T., Donnan P. T., Murphy M. J. & Leese G. P. (2013). Age- and gender-specific TSH reference intervals in people with no obvious thyroid disease in Tayside, Scotland: the Thyroid Epidemiology, Audit, and Research Study (TEARS). *J Clin Endocrinol Metab*, 98, 1147-53.

Vanderoump M. P., Lazarus J. H., Smyth P. P., Laurberg P., Holder R. L., Boelaert K & Franklyn J. A. (2011). Iodine status of UK schoolgirls: a cross-sectional survey. *Lancet*, 377, 2007-12.

Vestergaard P. (2002). Smoking and thyroid disorders--a meta-analysis. *Eur J Endocrinol*, 146, 153-61.

Vestergaard P., Rejnmark L., Weeke J., Hoech H. C., Nielsen H. K., Rungby J., Laurberg P. & Mosekilde L. (2002). Smoking as a risk factor for Graves' disease, toxic nodular goiter, and autoimmune hypothyroidism. *Thyroid*, 12, 69-75.

Zimmermann M. B., Connolly K., Bozo M., Bridson J., Rohner F. & Grimci L. (2006). Iodine supplementation improves cognition in iodine-deficient schoolchildren in Albania: a randomized, controlled, double-blind study. *Am J Clin Nutr*, 83, 108-14.

Zimmermann M. B., Hess S. Y., Molinari L., De Benoist B., Delange F., Braverman L. E., Fujieda K., Ito Y., Jooste P. L., Moosa K., Pearce E. N., Pretell E. A. & Shishiba Y. (2004). New reference values for thyroid volume by ultrasound in iodine-sufficient schoolchildren: a World Health Organization/Nutrition for Health and Development Iodine Deficiency Study Group Report. *Am J Clin Nutr*, 79, 231-7.



~~~~~

Hej! KvinnorKan  
är en ideell, politiskt obunden  
organisation som vill medverka till  
ett samhälle och ett näringsliv, nationellt  
och internationellt, som tar till vara på allas  
möjligheter och intressen, oberoende av kön, klass,  
etnisk tillhörighet och nationalitet. KvinnorKan utkommer  
med nyhetsbrev, ordnar föreläsningar och seminarier, till-  
handahåller studiecirkelmaterialet Kloka KvinnorKan  
samt driver projekt. KvinnorKan har sitt kontor i  
centrala Stockholm och strävar efter lokalav-  
delningar i hela Sverige. Hör gärna av  
dig till oss om du vill vara med i  
vårt viktiga arbete.

~~~~~

KVINNORKAN.SE
INFO@KVINNORKAN.SE
FACEBOOK.COM/KVINNORKAN
RÅDMANSGATAN 2, NB
114 25 STOCKHOLM

ISBN 978-91-981993-1-4