



SSN 2023-00161  
2023-09-19

# Kartläggning av könsskillnader i hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen

Uppdrag en jämställd hälso- och sjukvård

Datum: 2023-09-19

Dokumentnamn: Kartläggning av könsskillnader i hälso- och sjukvården i Västra  
Götalandsregionen

Diarienummer: SSN 2023-00161

Beslutad av: Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden

Kontaktperson: Tina Andersson och Anke Samulowitz, Regionhälsan,  
Kunskapscentrum för jämlik vård

Du kan beställa fler exemplar via: Kunskapscentrum för jämlik vård

E-post: [kjv@vgregion.se](mailto:kjv@vgregion.se)

## Bakgrund

Janette Olsson (S) och Maria Brauer (S) föreslog i en motion anmäld på regionfullmäktige den 13 april 2021 att Västra Götalandsregionen (VGR) redogör på vilka områden det finns omotiverade könsskillnader i hälso- och sjukvård gällande förskrivning av läkemedel, hjälpmedel och tillgänglighet. Motionärerna föreslog också att VGR ska ta fram förslag på åtgärder för att uppnå en jämställd vård i de fall då omotiverade könsskillnader framkommer inom ovan nämnda områden.

Bakgrunden till motionen är en kunskapsöversikt från SKR; (O)jämställdhet i hälsa och vård från 2019. Kunskapsöversikten visar att det finns könsskillnader i vårdtillgång och vårdkvalitet inom en rad olika sjukdomar i Sverige och internationellt. Motionärerna efterfrågar en kartläggning som visar om dessa skillnader också finns i VGR.

Regionfullmäktige beslutade 2022-04-12, i enlighet med motionen, att:

1. VGR redogör på vilka områden det finns omotiverade könsskillnader i hälso- och sjukvård gällande förskrivning av läkemedel, hjälpmedel och tillgänglighet.
2. VGR tar fram förslag på åtgärder för att uppnå en jämställd hälso- och sjukvård där omotiverade könsskillnader framkommer.

## Om uppdraget och rapporten

Uppdraget har avgränsats till den data som är möjlig att ta fram inom befintliga databaser i VGR. På grund av de olika databasernas uppdateringsfrekvens och att datauttagen är utförda vid olika tidpunkter varierar tidsperioderna för de olika områdena. För att ytterligare avgränsa uppdraget har fokus legat på de områden som särskilt benämns i brödtexten till motionen. Avgränsningarna har gjorts i samråd med medarbetare från enhet Regional Vårdanalys och andra berörda verksamheter.

Inom ramen för uppdraget har en större mängd data analyserats. Vilka diagnoser och behandlingar som analyserats framgår i rapporten under rubriken "Avgränsningar" för respektive område. De områden där resultatet redovisas är huvudsakligen områden där tydliga könsskillnader förekommer. Detta presenteras under rubriken "Resultat och slutsatser" för respektive område. I bilagan Överblick – analyser finns en tabell över alla de områden där resultat redovisas och diskuteras i rapporten. Bedömningen av vilka könsskillnader som är motiverade eller omotiverade

kräver ett samarbete mellan olika expertområden inom medicin, statistik och genus. En övergripande slutsats är att det ofta är mycket svårt att avgöra vad som faktiskt är en motiverad eller omotiverad könsskillnad, eftersom frågorna är komplexa. En utgångspunkt för analysarbetet har därför varit att det inom de områden där det är svårt att fastställa att en identifierad könsskillnad är omotiverad, ändå är värt att gå vidare med fördjupad analys eller förslag till åtgärder för att säkerställa att skillnaderna inte är omotiverade.

## Läkemedel

Rapporter från E-hälsomyndigheten och Folkhälsomyndigheten har visat ett mönster där män förskrivs dyrare läkemedel än kvinnor. Resultaten stöds även av annan svensk forskning, exempelvis en studie<sup>1</sup> publicerad i British Medical Journal som visar att en del skillnader i läkemedelsbehandling av kvinnor och män är svåra att förklara medicinskt och kan tyda på ojämlig vård.

I denna kartläggning undersöks om det finns omotiverade könsskillnader i förskrivningen av olika läkemedel vid sjukdom och ohälsa och om kostnader för läkemedel i VGR skiljer sig åt mellan kvinnor och män. Den data som finns tillgänglig i VGR visar dock inte förskrivning utan uthämtning av läkemedel. Uthämtade läkemedel är ett mått på vilka personer som har fått ett läkemedel förskrivet men mått är inte helt exakt, då det kan finnas personer som fått läkemedel förskrivna med inte hämtat ut dessa.

## Könsskillnader i förskrivning av läkemedel

### Avgränsningar

Läkemedelsförskrivning (2010–2020) inom följande områden har analyserats: demens, depression och ångest, epilepsi, insomni/sömnstörningar, migrän och hyperaktivitetsstörningar (ADHD). De områden där resultat redovisas är ADHD, depression och ångest samt insomni/sömnstörningar.

---

<sup>1</sup> [Differences in drug utilisation between men and women: a cross-sectional analysis of all dispensed drugs in Sweden. Loikas et al. \(2012\)](#)

## Datakällor och analys

Diagnosdata hämtats från vårddatabasen Vega<sup>2</sup> och befolkningsstatistik från Statistik- och analysportalen (VGR)<sup>3</sup>. För statistiken över antal patienter som hämtat ut recept har läkemedelsdata hämtats från den regionala läkemedeldatabasen Digitalis<sup>4</sup>. Statistiken har analyserats uppdelat på ålder och kön.

## Resultat och slutsatser

### ADHD

Det är dubbelt så vanligt att läkemedel för ADHD hämtats ut för pojkar mellan 0 - 17 år jämfört med flickor i samma åldersgrupp. Detta skulle kunna motiveras med att dubbelt så många pojkar än flickor i denna åldersgrupp har fått diagnosen ADHD. Även om den högre användningen av ADHD-läkemedel bland pojkar i åldersgruppen 0 - 17 år kan motiveras med att diagnosen är vanligare bland pojkar i denna åldersgrupp är det relevant att ställa frågan varför betydligt fler pojkar än flickor får en ADHD-diagnos.

Forskning har visat att flickors ADHD-symtom identifieras mindre ofta av lärare och föräldrar. Symtombilden för flickor och kvinnor med ADHD inbegriper symptom på hyperaktivitet och impulsivitet som är svårare för omgivningen att identifiera och tolka som symptom på ADHD jämfört med symptom som är vanligare för pojkar. Fler flickor diagnostiseras med ADD vilket kan tyda på att de har mer av uppmärksamhetsproblem inom ADHD-diagnosen. Men de kan också ha tydligare funktionsnedsättning kopplat till emotionell hyperaktivitet och verbal impulsivitet. Flickor och kvinnor med ADHD har mer psykiatrisk samsjuklighet, polyfarmaci och sjukvårdskonsumtion än pojkar och flickor<sup>5</sup>. Under senare år har fler flickor och kvinnor diagnostiserats med ADHD. Men på gruppnivå bedöms flickors ADHD-symtom som mindre allvarliga än pojkars (det krävs ofta en tyngre symtombörda innan en flicka får diagnos än en pojke) och en underdiagnostik kvarstår. Fler kvinnor än män får sin diagnos först i vuxen ålder, vilket också tyder på en underdiagnostisering under barndomen.

---

<sup>2</sup> Vega innehåller information om vårdkontakter samt diagnos- och åtgärds-koder registrerade av vårdgivare i VGR och/eller för invånare i VGR från och med år 2002.

<sup>3</sup> Statistik- och analysportalen innehåller statistik och analyser inom hälsa och vård i VGR.

<sup>4</sup> Digitalis innehåller information om alla uthämtade recept på öppenvårdsapotek för invånare i VGR och/eller förskrivare i VGR från och med år 2010.

<sup>5</sup> [Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. Young et al. \(2020\).](#)

Flickor med ADHD medicineras också i lägre grad än pojkar med motsvarande symtom.

Slutsatser från forskningen är att kunskap om flickor och kvinnor med ADHD behöver spridas, stöd i skolan utökas och bättre behandlingsmetoder utvecklas<sup>6</sup>.

I en litteraturoversikt från 2020 visade 7 olika studier att flickor med ADHD i lägre grad får ADHD-läkemedel jämfört med pojkar, en skillnad som minskar något i vuxen ålder. 14 artiklar i översikten visade könsskillnader i effekten av olika läkemedel<sup>7</sup>.

Underlaget tyder på att det finns omotiverade könsskillnader i förskrivningen av ADHD-läkemedel men att den största utmaningen handlar om omotiverade skillnader i diagnostiseringen av flickor och pojkar med ADHD. Detta förklarar delvis men inte helt könsskillnader i läkemedelsförskrivningen.

### **Depression och ångest**

År 2020 hämtade drygt 110 per 1000 kvinnor ut minst ett SSRI-preparat, den vanligaste antidepressiva läkemedelsgruppen. Detta är dubbelt så många kvinnor som män under samma period. Skillnaden mellan könen har varit konstant under perioden 2010 - 2020. Detta skulle kunna vara en motiverad könsskillnad i användningen av SSRI, då kvinnor i dubbelt så stor utsträckning även får diagnosen depression eller ångest jämfört med män. Samma mönster ser vi över samtliga åldersgrupper. Kvinnor söker också oftare vård för psykisk ohälsa, vilket leder till ökad diagnostik och behandling.

Forskning tyder på att det kan finnas ojämlikheter mellan kvinnor och män i både diagnostisering av och läkemedelsförskrivning vid depression. I en svensk doktorsavhandling från 2017 rapporterade fler män än kvinnor i befolkningen självskattad depression, men män använde ändå avsevärt mindre antidepressiva läkemedel. Studien visade också att det var dubbelt så vanligt för kvinnor, jämfört med män, att använda antidepressiva läkemedel utan att ha depressiva symptom<sup>8</sup>. Forskaren anser att

---

<sup>6</sup> [Symtom, diagnostik och förlopp vid ADHD hos flickor och kvinnor. Kopp & Gillberg \(2022\).](#)

<sup>7</sup> [The female side of pharmacotherapy for ADHD. Kok et al. \(2020\).](#)

<sup>8</sup> [The influence of gender and depression on drug utilization. Thunander Sundbom \(2017\).](#)

ojämlikheten kan bero på en samhällskultur där kvinnors symptom i större utsträckning psykologiseras<sup>9</sup>.

### **Insomni/sömnsvårigheter**

Under perioden 2010 - 2020 hämtade cirka 130 per 1000 kvinnor ut sömnmedel eller lugnande läkemedel jämfört med cirka 75 per 1000 män i VGR. Detta verkar vara ett mönster som återspeglas i samtliga åldersgrupper. Diagnosen insomningssvårigheter/insomni har ökat markant från cirka 10 per 1000 invånare under 2010 till 60 per 1000 män och 80 per 1000 kvinnor under 2020.

Insomni ökar med stigande ålder och fler kvinnor än män har sömnsvårigheter. Det verkar också finnas ett mörkertal, det vill säga många personer med sömnsvårigheter har inte fått diagnosen insomni. Könsskillnader i användning av läkemedel är större än könsskillnader i förekomsten av insomni. När det gäller behandling är egenvård ofta ett förstahandsalternativ innan läkemedel förskrivs. Kognitiv och annan beteendeterapi har också visats vara en effektiv behandlingsform<sup>10</sup>.

Det är alltså något oklart om de observerade könsskillnaderna i läkemedelsanvändning speglar könsskillnader i insomni, om det finns omotiverade skillnader i diagnosstämningen eller om kvinnor och män får olika behandling (läkemedel, KBT eller egenvård).

## **Könsskillnader i behandling och kostnader för läkemedel**

Motionen lyfter fram att underbehandling för kvinnor inom hjärt-kärlområdet förekommer gällande ACE-hämmare vid hjärtsvikt och högt blodtryck, blodfettsänkare och acetylsalicylsyra efter hjärtinfarkt<sup>11</sup>. Motionen lyfter också att det vid diabetes typ 2 förekommer könsskillnader till kvinnors nackdel i behandling med blodfettsänkande medel<sup>12</sup>. Motionen hänvisar också till e-hälsomyndighetens rapport över läkemedelsförsäljningen 2017, som tyder på att det förskrivs dyrare läkemedel till män än till kvinnor. Detta tycks ligga i linje med vad

---

<sup>9</sup> ibid

<sup>10</sup> [Behandling av sömnbesvär hos vuxna. Hetta et al. \(2010\).](#)

<sup>11</sup> [\(O\)jämförbarhet i hälsa och vård. SKR \(2023-08-22\)](#)

<sup>12</sup> ibid

Folkhälsomyndigheten visade i en rapport 2009; att män fick en mindre mängd läkemedel, men till en högre kostnad jämfört med kvinnor<sup>13</sup>.

## Avgränsningar

För att redogöra för könsskillnader i läkemedelsbehandling och kostnader för läkemedel i VGR har data på följande områden analyserats: antikoagulantia (blodförtunnande läkemedel), blodtryckssänkande läkemedel och kolesterolsänkande (blodfettsänkande) läkemedel. Särskilda analyser har gjorts för det kolesterolsänkande läkemedlet PCSK9-hämmare, eftersom det är dyrt i jämförelse med andra liknande preparat. Tidsram: 2018 – 2022.

## Datakällor och analys

Befolkningsdata hämtades från befolkningsregistret Västfolket<sup>14</sup>, diagnosdata från vårddatabasen Vega och läkemedelsdata (uthämtade läkemedel och kostnad per uttag) från det regionala läkemedelsregistret Digitalis. När könsskillnader i läkemedelsbehandling analyserades justerades för riskfaktorerna diabetes mellitus, hjärtsvikt, hjärtkärlsjukdom, stroke, cancer och fetma. Alla dessa ökar risken för att en person behöver något av de undersökta läkemedlen.

## Resultat och slutsatser

Analyserna visade att män hade en statistiskt signifikant högre sannolikhet att hämta ut antikoagulantia (27% högre) och kolesterolsänkande läkemedel (14% högre) jämfört med kvinnor. Sannolikheten att hämta ut blodtryckssänkande läkemedel var däremot 7% lägre bland män jämfört med kvinnor, efter justering för riskfaktorer så som förekomst av hjärtkärlsjukdomar, diabetes, fetma, cancer och andra uthämtade hjärtkärläkemedel.

Analyserna är justerade för olika riskfaktorer, men trots det går det inte att fastställa hur många kvinnor respektive män som behöver antikoagulantia eller kolesterolsänkande läkemedel. Att vara i behov av antikoagulantia eller kolesterolsänkande läkemedel är ingen diagnos i sig, vilket gör det svårt att veta ifall det finns könsskillnader i behov. Det innebär också att vi inte kan jämföra könsskillnader i behov av läkemedel med könsskillnader i uthämtade preparat. Därför är det inte, utifrån tillgänglig statistik, möjligt

---

<sup>13</sup> ibid

<sup>14</sup> *Västfolket* inkluderar information om alla invånare i VGR.

att bedöma om könsskillnaderna i uthämtade antikoagulantia och kolesterolsänkande läkemedel är medicinskt motiverade eller inte.

En frågeställning från motionen är om det finns könsskillnader i kolesterolsänkande läkemedel vid typ- 2-diabetes. Så verkar det vara i VGR: 6% fler män än kvinnor med diabetes typ 2-diabetes har hämtat ut kolesterolsänkande läkemedel 2021. Skillnaderna verkar öka något över tid.

När det gäller kostnader för läkemedel var den genomsnittliga kostnaden per uttag högre för män än för kvinnor för alla läkemedelsgrupper 2022: 209 kr högre för antikoagulantia; 39 kr högre för blodtryckssänkande läkemedel; 47 kr högre för kolesterolsänkande läkemedel och 2567 kr högre för PCSK9-hämmare.

Mönstren i VGR ligger i linje med resultaten i SKR-rapporten<sup>15</sup>. Det har, i SKR-rapporten, inte kunnat visas att skillnaderna i läkemedelskostnader är medicinskt motiverade. Ojämlig läkemedelsförskrivning har också visats i olika forskningsstudier. En svensk doktorsavhandling från 2014 visade exempelvis att kvinnor och män med högt blodtryck behandlas med olika läkemedel, utan att det finns medicinska skäl till det, och att kvinnor mer sällan än män uppnår målvärdet för blodtrycket.<sup>16</sup> Socialstyrelsen har konstaterat att nyare och dyrare läkemedel oftare skrivs ut till män och skriver: ”Mot bakgrund av den roll som kön spelar för de flesta möten också inom sjukvården, kan man naturligtvis inte utesluta att män i vissa sammanhang på grund av delvis omedvetna traditionella uppfattningar ”prioriteras högre” och erbjuds den senaste tillgängliga behandlingen.”<sup>17</sup>

## HJÄLPMEDEL

Motionärerna föreslår att VGR utreder ifall det finns omotiverade skillnader mellan kvinnor och män på området förskrivning av hjälpmedel. I motionen hänvisas till information i SKR-rapporten om att män förskrivs dyrare elrullstolar, baserat på en tidigare rapport från VGR, samt till studier om att män på gruppnivå förskrivs dyrare hjälpmedel än kvinnor<sup>18</sup>. Detta stöds också av en rapport från Socialstyrelsen, som lyfter att

---

<sup>15</sup> [\(O\)jämfällighet i hälsa och vård. SKR \(2023-05-10\)](#).

<sup>16</sup> [Treatment of hypertension in women and men. Ljungman \(2014\)](#).

<sup>17</sup> [Jämfällid vård? Könspektiv på hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen \(2004\)](#).

<sup>18</sup> [\(O\)jämfällighet i hälsa och vård. SKR \(2023-08-22\)](#).

undersökningar tyder på att det finns könsskillnader i förskrivning och kostnader för hjälpmedel<sup>19</sup>.

## Könsskillnader i förskrivning av hjälpmedel

### Avgränsningar

Alla hjälpmedelsgrupper där Hjälpmedelscentralen i VGR är leverantör har analyserats. De områden som redovisas i denna rapport är: Respiratorer (CPAP, ventilatorer och bilevel); stöd- och kompressionsstrumpor; eldrivna rullstolar; gånghjälpmedel (inklusive rollatorer och gåstolar); manuella rullstolar. Därutöver har förskrivning av hörapparater och rekvisition av peruker/hårersättning analyserats.

### Datakällor och analys

Statistik över hjälpmedel, levererade i april 2022 av Hjälpmedelscentralen i VGR analyserades utifrån kön och ålder, samt totalkostnad och genomsnittskostnad för olika hjälpmedel. Uthämtade rekvisitioner för hårersättning har analyserats, Socialstyrelsens data över förskrivning av hörapparater och statistik över hörselnedsättningsdiagnos från Västra Götalandsregionens vårddatabas VEGA.

### Resultat och slutsatser

Behovet av de flesta hjälpmedel ökar med stigande ålder. I åldersgruppen 80+ i befolkningen är 59% kvinnor. Det förklarar varför fler kvinnor än män i åldersgruppen 80+ får hjälpmedel förskrivna. Det finns dock undantag; eldrivna rullstolar och respiratorer. Dessa hjälpmedel är vanligare för män än för kvinnor, även i den äldsta åldersgruppen.

### Respiratorer

Av alla personer som får respirator förskrivna är 71% män. I hjälpmedelskategorin respiratorer ingår bland annat ”CPAPer”, som används vid obstruktivt sömnapné syndrom. Sömnapné är vanligare hos män än kvinnor<sup>20</sup> men forskning har visat att det också finns en stor underdiagnostisering av kvinnor med sömnapné<sup>21</sup>. Forskarna kommenterar

---

<sup>19</sup> [Förskrivning av hjälpmedel, Socialstyrelsen \(2016, reviderat 2021\)](#).

<sup>20</sup> [Gender differences in obstructive sleep apnoea, insomnia and restless legs syndrome in adults. Theorell-Haglöw et al. \(2018\)](#).

<sup>21</sup> [Gender differences in obstructive sleep apnea and treatment implications. Lin et al. \(2008\)](#).

att det är möjligt att färre kvinnor söker hälso- och sjukvård för sin sömnapné men att det är än mer troligt att hälso- och sjukvårdspersonal missar att diagnostisera kvinnors sömnapné, möjligtvis för att kvinnor och män kan ha olika symptom<sup>22</sup>. Dessa resultat tyder på att omotiverade könsskillnader inte ligger inom själva hjälpmedelsförskrivningen utan i ”steget innan”, i diagnostiseringen.

### **Stöd- och kompressionsstrumpor**

Betydligt fler kvinnor än män för stöd och kompressionsstrumpor förskrivna, inte bara inom åldersgruppen 80+ utan de största skillnaderna är i åldersgruppen 25–64 år, vilket troligtvis beror på att många stöd-/kompressionsstrumpor förskrivs till kvinnor i samband med graviditet. Att det finns könsskillnader i förskrivning av stöd-/kompressionsstrumpor är alltså medicinskt motiverat. Det kan dock inte uteslutas att även könsstereotypiska förväntningar utifrån vem som bär stöd-/kompressionsstrumpor och hur dessa är utformade/ser ut kan påverka både kvinnors och mäns efterfrågan och i vilken utsträckning hälso- och sjukvårdspersonal rekommenderar stöd-/kompressionsstrumpor till kvinnor och män.

### **Peruker/hårsättning**

Kvinnor får också i mycket högre utsträckning än män tillgång till peruker/hårsättning genom vården. Hårsättning förskrivs inte som personligt hjälpmedel i VGR. Vid konstaterat behov av peruk, toupé, ögonfransar eller ögonbryn kan patienten få en rekvisition för hårsättning och vända sig med rekvisitionen till valfri salong. De vanligaste anledningarna till behov av hårsättning är cytostatika-/strålbehandling i samband med cancersjukdom och ofrivilligt håravfall, alopeci. Av de som får ersättning för peruk är 96% kvinnor, vilket inte speglar könsskillnader i cancerbehandling och/eller alopeci. Det är mycket troligt att genusnormer om hår/frisyr har betydelse för att fler kvinnor efterfrågar peruk och att fler kvinnor informeras om att rekvisition för hårsättning finns. Exempelvis är ärftligt håravfall vanligare hos män än kvinnor<sup>23</sup>, vilket kan göra att ofrivilligt håravfall inte upplevs som lika stigmatiserande av män. Samtidigt är det viktigt att alla män med behov av hårsättning i enlighet med VGR:s kriterier, också erbjuds denna möjlighet.

### **Hörapparater**

Socialstyrelsen samlar in data över förskrivning av hörapparater från Sveriges hörcentraler. Hörcentralerna rapporterar till Socialstyrelsen men det finns visst bortfall i rapporteringen. Den senaste rapporten visade att

---

<sup>22</sup> ibid

<sup>23</sup> [www.1177.se/Vastra-Gotaland/haravfall](http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/haravfall) (2023-06-15).

under 2021 hade 7529 män och 6660 kvinnor i VGR fått hörapparater förskrivna. Även i Region Stockholm hade fått fler män än kvinnor fått hörapparater förskrivna, könsskillnaderna var dock inte lika stora jämfört med VGR. I Region Skåne var mönstret tvärtom, fler kvinnor än män hade fått hörapparater förskrivna. Ytterligare analyser visade att även bland alla personer med diagnostiserad hörselnedsättning har fler män än kvinnor i VGR fått hörapparater förskrivna. Könsskillnaderna är tydliga och skiljer sig från könsskillnader i Region Stockholm och Region Skåne, vilket talar för vikten av fördjupade analyser av förskrivning av hörapparater inom hörselvården i VGR.

## Könsskillnader i kostnader för rullstolar

Motionen lyfter fram att dyrare rullstolar förskrivs till män, både eldrivna och manuella. En jämställdhetsanalys av förskrivningen av elrullstolar i VGR från 2017<sup>24</sup> som omnämns i SKR-rapporten visade att mäns elrullstolar var dyrare än de som kvinnor fått förskrivna.

### Avgränsningar

Av hjälpmedelscentralen levererade eldrivna rullstolar, manuella rullstolar samt drivaggregat har analyserats. Tidsram: april 2022.

### Datakällor och analys

Statistik över rullstolar och drivaggregat levererade av Hjälpmedelscentralen i VGR. Data för 2022 har delvis jämförts med data som från 2017 som den ovan nämnda rapporten<sup>25</sup> bygger på.

### Resultat och slutsatser

Olika typer av rullstolar står för de största hjälpmedelskostnaderna i VGR, tillsammans med rollatorer och respiratorer. Den totala kostnaden för utyrning av rullstolar var i april 2022 ca 8 300 000 kr för kvinnor och 7 500 000 kr för män. Siffrorna är stabila över tid. Att kvinnors totala kostnader för hjälpmedel, inklusive rullstolar, är högre än mäns är väntat, givet åldersfördelningen mellan könen.

Däremot är både totala kostnaden för eldrivna rullstolar högre för män och genomsnittskostnaden per månad (ca 2600 kr för män och ca 2400 kr för

---

<sup>24</sup> [Genusanalys av förskrivning av rullstolar i Västra Götaland. Kunskapscentrum för jämlik vård \(2017\).](#)

<sup>25</sup> ibid

kvinnor). Könsskillnaderna är störst i ålderskategorierna 10–19 år och 50–59 år. De dyraste genomsnittskostnaderna för eldrivna rullstolar är för pojkar i åldern 10–19 år (ca 3 300 kr). I rapporten från 2017 fanns de största skillnaderna i åldersgruppen 40–49 år.

Samtidigt som totalkostnaden för eldrivna rullstolar är högre för män, så är totalkostnaden för manuella rullstolar och manuella vårdarstyrda rullstolar högre för kvinnor. Särskilt tydlig är skillnaden i totalkostnad för enklare manuella vårdmanövrerade rullstolar, där någon annan framför/kör rullstolen. Många fler kvinnor (ca 5 800) använder denna typ av rullstol, jämfört med män (ca 2 600).

Genomsnittskostnaden för manuella vårdmanövrerade rullstolar per användare är något högre för män (355 kr) än för kvinnor (276 kr). Liknande mönster – att det är vanligare att kvinnor får ett hjälpmedel förskrivet, samtidigt som genomsnittskostnaden per användare inte skiljer sig eller är högre för männen – syns också i förskrivningen av manuella rullstolar, gåstolar och rollatorer.

Sammanfattningsvis: Eldrivna rullstolar är ett av få hjälpmedel som fler män än kvinnor får förskrivet. Både totalkostnader och genomsnittskostnader för elrullstolar är högre för män. Annars är det vanligare att fler kvinnor än män får hjälpmedel förskrivet, och då är också totalkostnaden för hjälpmedel högre för kvinnor än för män. Men samtidigt som det är vanligare att kvinnor får ett hjälpmedel förskrivet, är genomsnittskostnaden för olika hjälpmedel lika eller högre för män. Exempel där genomsnittskostnaden är högre för män är elrullstolar, manuella vårdmanövrerade rullstolar, manuella tvåhjulsdrivna rullstolar, gåstolar och rollatorer. Även tidigare rapporter, i VGR26 och Sverige<sup>27</sup> har visat könsskillnader i kostnader för hjälpmedel, som inte har kunnat motiveras med att kvinnor och män skulle ha olika medicinska behov. Mot bakgrund av detta är det angeläget att fortsatt följa och motverka könsskillnader inom hjälpmedelsområdet.

## TILLGÄNGLIGHET

Motionärerna föreslår att VGR utreder ifall det finns omotiverade skillnader mellan kvinnor och män på området tillgänglighet. Området tillgänglighet är brett och kan innefatta många olika faktorer som också följs upp på olika sätt. I motionen nämns tillgång till behandling, väntetider

---

<sup>26</sup> ibid

<sup>27</sup> [Förskrivning av hjälpmedel, Socialstyrelsen \(2016, reviderat 2021\)](#).

till operation, samt smärta och nedsatt livskvalitet i väntan på operation som områden där könsskillnader framkommit. Att undersöka patienters livskvalitet eller smärta i väntan på operation i VGR är inte möjligt med hjälp av regionala data. Därför har i stället omotiverade könsskillnader i väntetider till olika typer av operationer samt till behandling av njursvikt analyserats.

## Könsskillnader i väntetid till operation

### Operation av grå starr

Motionen lyfter fram att kvinnor har längre väntetider till operation av grå starr, kataraktoperation, och ser sämre än män när de väl opereras<sup>28</sup>. I SKR-rapporten redovisas bland annat väntetider till grå starroperationer i Sverige. Rapporten refererar till en svensk studie från 2016 som konstaterar att skillnaden i väntetid för män och kvinnor är ca 3.7 dagar<sup>29</sup>. I studien konstateras att skillnaden i väntetid varit stabil över tid och att sambandet mellan kön och väntetid kvarstod, även när man tog hänsyn till patienternas ålder och synskärpa. Möjliga förklaringar till könsskillnaden som anges i studien är att manliga patienter kan uppfattas som mer påstridiga när det gäller att snabbt få tid till operation. Andra förklaringar som lyfts fram är att tycks vara mer sannolika att män vill ta del av aktiviteter som att köra bil och jaga älg och det gör dem mer prioriterade för åtgärder som förbättrar synen<sup>30</sup>.

### Ryggradsoperationer

Motionen lyfter också fram att kvinnor har mer smärta innan de blir opererade vid en rad olika typer av ländryggsbesvär. Bland annat framkommer det i rapporten från SKR att kvinnor i en studie hade preoperativt sämre livskvalitet, högre smärtintensitet och sämre fysisk funktion, jämfört med män.<sup>31</sup> Detta stämmer också med resultat från internationell forskning<sup>32 33</sup>. Svenska ryggradsregistret, Swespine, beskriver i sin årsrapport från 2021 att registerstudier visar att slutresultatet efter diskbråckskirurgi är något sämre för kvinnor än för män, och förklaringen

---

<sup>28</sup> [\(O\)jämsällldhet i hälsa och vård. SKR \(2023-08-22\)](#).

<sup>29</sup> [Genom genuslinser: Om patienters jämsällldhet i tillgång till operation av gråstarr i Sverige. Smirthwaite \(2016\)](#).

<sup>30</sup> *ibid*

<sup>31</sup> [\(O\)jämsällldhet i hälsa och vård. SKR \(2023-08-22\)](#)

<sup>32</sup> [Gender differences in the surgical management of lumbar degenerative disease: a scoping review. MacLean & Touchet \(2020\)](#).

<sup>33</sup> [Gender differences in degenerative spine surgery. Do female patients really fare worse? Siccoli et al. \(2018\)](#).

är att kvinnor rapporterar något sämre mående vid tidpunkten för kirurgi. Ökningen av livskvalitet efter kirurgi är däremot likartad för båda könen<sup>34</sup>.

### **Operation av knä- och höftledsartros**

Motionen lyfter också fram att kvinnor med knäledsartros, höftledsartros och spinal stenosis har mer symptom och större funktionsinskränkningar än män när de väl opereras.<sup>35</sup> I sin rapport kring ojämlig hälsa skriver SKR<sup>36</sup> att kvinnor innan operation (...) ”kan böja sämre i knäleden, går mer med hjälpmedel och anger subjektivt mer problem”.

Den registerdata i VGR som finns tillgänglig på området mäter inte smärta, livskvalitet eller fysisk funktion på något av områdena ovan. Däremot finns möjlighet att undersöka väntetid till operation, vilket redovisas nedan.

## **Avgränsningar**

Väntetider till operation i VGR har analyserats inom följande områden: väntetid i kö till operation av grå starr, ryggoperationer och knä- och höftledsoperationer i VGR. Tidsram: april 2021 – april 2022.

## **Datakällor och analys**

Vårdkö till grå starroperation, diskbräck i halsryggraden och ländryggraden och operation av knäleds- och höftledsprotos i VGR<sup>37</sup>. Analyser har gjorts av väntetid till operation eller behandling från det att sjukvården bestämt att patienten ska ställas i en sådan kö. Siffrorna är individernas högsta rapporterade väntetid till en enskild operation eller behandling under året.

## **Resultat och slutsatser**

### **Operation av grå starr**

Av alla patienter som väntande på gråstarroperation i VGR hade ca 20% en kötid som översteg vårdgarantins 90 dagar. Den genomsnittliga väntetiden var dock lägre; 65,5 dagar. I VGR, i april 2021 - april 2022 var skillnaden mellan kvinnors och mäns väntetider 2 dagar, vilket är lägre jämfört med de nationella siffrorna från 2016 som SKR refererar till (3,7 dagar). Skillnaden mellan kvinnors och mäns väntetid i VGR är inte statistiskt signifikant, utan kan bero på att könsskillnaderna kan ha minskat över tid, att förändringar

---

<sup>34</sup> [Årsrapport 2021. Swespine](#)

<sup>35</sup> [\(O\)jämförelse i hälsa och vård. SKR \(2023-08-22\)](#).

<sup>36</sup> ibid

<sup>37</sup> Vårdkö innehåller även individer som av sagt sig rätten till vårdgarantin genom till exempel egna särskilda önskemål om vart operationen ska äga rum.

kan se olika ut över landet eller på olika sätt att mäta. Skillnaden är dock konstant över tid. Det är därför relevant att fortsätta att bevaka området, för att säkerställa att könsskillnaderna fortsätter att minska.

### **Ryggradsoperationer**

SKR-rapporten<sup>38</sup> kom fram till att kvinnor hade mer smärta än män vid en rad olika typer av ländryggsbesvär. SKR-rapporten diskuterade inte väntetid till operation men det är dessa data vi har kunnat ta fram för VGR. Under tiden augusti 2021 - augusti 2022 har kvinnor fått vänta längre på operation i ländryggraden (3 dagar längre), män har fått vänta längre på operation för diskbräck i halsryggraden (42 dagar längre). Det handlar dock om relativt få personer och vi kan inte säkerställa att skillnaderna är statistiskt signifikanta. Om väntetiderna följs över tid är det möjligt att identifiera trender som kan tyda på ojämlika skillnader.

### **Operation av knä- och höftledsartros**

VGR:s data mellan augusti 2021 - augusti 2022 innehåller 5753 personer som väntat på operation för att få en höft- eller knäledsartros. I dessa köer får män vänta längre i kö för höftoperationer, 19 dagar längre. Skillnaden är statistiskt signifikant. Kvinnor får vänta längre på operation i knäleden, 16 dagar längre. Denna skillnad är svagt statistiskt signifikant. Tittar man bara på dessa resultat, är könsskillnaderna olika, beroende på om det är knä- eller höftoperationer som analyseras.

I SKR-rapporten konstaterades att kvinnor hade mer smärta och sämre livskvalitet i väntan på operation. Det har vi inte kunnat mäta utifrån tillgängliga data i VGR. Det kan dock vara viktigt att beakta att det kan uppstå väntetider inte bara inför operation utan också innan patienten får remiss till operation eller innan patienten får en diagnos. Forskning har visat att fler kvinnor än män med exempelvis ryggbesvär riskerar att bli avfärdade eller psykologiserade av hälso- och sjukvårdspersonal, vilket kan leda till att diagnossättningen eller behandlingen fördröjs<sup>39, 40</sup>.

---

<sup>38</sup> [\(O\)jämsliddhet i hälsa och vård. SKR \(2023-08-22\)](#).

<sup>39</sup> [Physicians' gender bias in the diagnostic assessment of medically unexplained symptoms and its effects on patient-physician relations. Claréus och Renström \(2019\)](#).

<sup>40</sup> ["Brave men" and "emotional women": A theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain. Samulowitz et al. \(2018\)](#).

# Könsskillnader i behandling av njursvikt

I SKR-rapporten beskrivs att män med njursvikt i högre utsträckning än kvinnor fick tillgång till de bästa formerna för kärlaccess 2017. Rapporten beskriver att skillnaden kan bero på anatomiska förutsättningar i blodkärlen eller skillnader mellan könen i remittering till specialistvård. Måttet på "bästa formerna för kärlaccess" som SKR tittade på för år 2017 var andel patienter med njursvikt som vid bloddialys hade Arterio-Venös fistel (AV-fistel) eller Arterio-Venös graft (AV-graft). AV-fistel innebär att en artär kopplas samman med en ven, till exempel i patientens underarm, så att trycket blir högt och diametern blir större. Helst används patientens egna kärl men om det inte går används ett konstgjort material konstgjord tub, en så kallad graft.

## Avgränsningar

För att redogöra för hur könsskillnader i dialysbehandling vid njursvikt i VGR ser ut har könsuppdelade data analyserats gällande: Andelen patienter med njursvikt som vid bloddialys har AV-fistel eller AV-graft i VGR samt i Sverige. Tidsram: 2002 - 2022

## Datakällor och analys

Den huvudsakliga källan är SKR-databasen "Vården i siffror", som i sin tur samlar data från kvalitetsregistret Svenskt Njurregister.

## Resultat och slutsatser

Antalet dialyspatienter vid njursvikt har ökat med 46 % under 2000-talet men antalet patienter med AV-fistel eller AV-graft har minskat de senaste 5-6 åren. Kronisk njursvikt är en åldersrelaterad sjukdom. Genomsnittsåldern i patientgruppen är liknande för kvinnor och män. I slutet av år 2021 var 64 % av patientgruppen i Sverige män och 36 % var kvinnor.

År 2022 i VGR hade 46% av kvinnorna och 53% av männen med bloddialys för njursvikt AV-fistel eller AV-graft. Motsvarande siffror i Sverige som helhet är högre för båda könen, 52% för kvinnorna och 64% för männen.

Patientgruppen med njursvikt med behov av dialys har en hög genomsnittsålder och har ofta flera sjukdomar. Ålder och sjukdom, exempelvis diabetes, påverkar kärlens kvalitet hos patienten och därmed också möjligheten att anlägga AV-fistel eller AV-graft. Analysen kan inte

med säkerhet fastställa att det finns omotiverade könsskillnader inom behandling vid njursvikt i VGR. Samtidigt finns stöd i både SKR-rapporten och annan forskning<sup>41</sup> att det finns risk att kvinnor med njursvikt går oupptäckta, samt att kvinnor inte får tillgång till de bästa formerna av käraccess. Det finns därför anledning att bevaka njursjukvården inom VGR ur ett jämställdhetsperspektiv och därmed minska riskerna för omotiverade könsskillnader.

## ANALYSER – ÖVERBLICK

Mer information om data som analyserats och de statistiska analyserna finns på enhet Regional Vårdanalys. Analyserna har gjorts av Sofia Karlsson, Lisa Norrgren och Malin Lönnbark. Vid frågor kontakta [regionalvardanalys@vgregion.se](mailto:regionalvardanalys@vgregion.se).

LÄKEMEDEL			
Område i motionen	Data som analyserats och redovisas i rapporten	Identifierade könsskillnader	Diskussion kring om skillnaden är motiverad
Det finns könsskillnader i förskrivning av läkemedel <i>Underlag: analysrapport A</i>	Depression och ångest; Insomni/sömnstörningar; Hyperaktivitetsstörningar (ADHD)	Skillnader i förskrivning av läkemedel för ADHD, insomni, depression/ångest.	Skillnaden i läkemedelsförskrivning är troligtvis en följd av skillnader i diagnostisering.
Män får dyrare läkemedel än kvinnor <i>Underlag: analysrapport B</i>	Antikoagulantia; Blodtryckssänkande läkemedel; Kolesterolsänkande läkemedel, PCSK9-hämmare.	Den genomsnittliga kostnaden per uttag av läkemedel var högre för män än för kvinnor.	Det har inte kunnat visas att skillnader i kostnader är medicinskt motiverade.

<sup>41</sup> [Sex Differences in the Recognition, Monitoring and Management of Chronic Kidney Disease in Health Care. Swartling et al. \(2023\).](#)

<b>HJÄLPMEDEL</b>			
<b>Område i motionen</b>	<b>Data som analyserats och redovisas i rapporten</b>	<b>Identifierade könsskillnader</b>	<b>Diskussion kring om skillnaden är motiverad</b>
<p>Det finns könsskillnader i förskrivningen av hjälpmedel</p> <p><i>Underlag: analysrapport C</i></p>	<p>Respiratorer (CPAP, ventilatorer och bilevel); Rekvisition av peruker/hårsättning; Stöd- och kompressionsstrumpor; Hörapparater; Eldrivna rullstolar; Manuella rullstolar; Gånghjälpmedel (inklusive rollatorer och gåstolar)</p>	<p>Kvinnor får generellt mer hjälpmedel förskrivna än män.</p> <p>Män får i större utsträckning än kvinnor respiratorer förskrivna.</p> <p>Kvinnor får i betydligt större utsträckning än män rekvisition till peruk/hårsättning och förskrivna stöd-/kompressionsstrumpor</p> <p>Fler män än kvinnor får hörapparater förskrivna.</p>	<p>Skillnaden verkar vara motiverad. Hjälpmedelsbehovet ökar med stigande ålder och det finns fler kvinnor bland personer över 80 år.</p> <p>Skillnaden i förskrivning av CPAP är troligtvis en följd av skillnader i diagnostisering.</p> <p>Medicinska behov kan inte helt förklara könsskillnaderna. Könstereotypa förväntningar hos personal och patienter spelar förmodligen in, liksom könstereotyp utformning av produkter som t.ex. stödstrumpor.</p> <p>Det har inte kunnat visas att skillnader i förskrivning av hörapparater är medicinskt motiverade.</p>
<p>Män får dyrare eldrivna rullstolar jämfört med kvinnor</p> <p><i>Underlag: analysrapport C</i></p>	<p>I VGR förskrivna eldrivna rullstolar, manuella rullstolar samt drivaggregat</p>	<p>Både totalkostnaden och genomsnittskostnaden är högre för män gällande eldrivna rullstolar.</p>	<p>Det har inte kunnat visas att skillnader i kostnader är medicinskt motiverade. Det bör också uppmärksammas att samtidigt som fler eldrivna rullstolar förskrivs till män, förskrivs fler manuella vårdmanövrerade rullstolar till kvinnor.</p>

Område i motionen	Data som analyserats och redovisas i rapporten	Identifierade könsskillnader	Diskussion kring om skillnaden är motiverad
Kvinnor får vänta längre i kö till operation vid grå starr. Kvinnor har mer ont än män före rygg-, höft- och knäledsoperation.	Väntetid i kö till operation av grå starr, diskbräck i halsryggen och ländryggen, knäleds- och höftledsprotos i VGR.	Skillnader i väntetider mellan kvinnor och män har halveratstill gällande grå starroperation. Män får vänta längre i kö för diskbräck i halsryggen kvinnor får vänta längre på motsvarande operation i ländryggen. Män får vänta längre i kö för höftoperationer, kvinnor får vänta längre på operation i knäleden.	Skillnader i väntetider grå starroperation har inte kunnat visas vara medicinskt motiverade.  Det är svårt att bedöma ifall skillnaderna i väntetid till operation för diskbräck i hals- samt ländryggraden är medicinskt motiverade, då data från få individer har kunnat analyseras.  Det är svårt att bedöma ifall skillnaderna i väntetid till operation för höft- eller knäledsoperationer är medicinskt motiverade.
Underlag: <i>analysrapport D</i>			
Det finns könsskillnader i behandling av njursvikt	AV-fistel eller AV-graft vid bloddialys för njursvikt	Det finns skillnader mellan kvinnor och män i behandling vid njursvikt.	Det är svårt att bedöma ifall skillnaderna är medicinskt motiverade.
Underlag: <i>analysrapport E</i>			

## ÅTGÄRDER – ÖVERBLICK

För att minska och förebygga omotiverade skillnader mellan kvinnor och män inom områdena läkemedel, hjälpmedel och väntetider behöver insatser ske på olika nivåer inom hälso- och sjukvården på respektive område. Inom samtliga områden finns behov av att höja kunskapen om normer, kön/genus och jämställdhet hos berörda professioner som möter invånare och patienter. Utöver detta behöver frågorna också integreras inom styrning- och ledningsprocesser, som till exempel styrdokument och uppföljning.

Tre olika typer av åtgärder föreslås: att genomföra kunskapshöjande insatser, att se över styrdokument ur ett jämställdhetsperspektiv samt att följa upp de områden där omotiverade könsskillnader eller risk för omotiverade könsskillnader identifierats.

## Kunskapshöjande insatser

**Förslag:** Integrera ett moment om jämställd vård i de återkommande informationsdagarna för förskrivare av läkemedel som arrangeras av Läkemedelskommittén, med syfte att öka kunskap, reflektion och medvetenhet om jämställd diagnostisering och läkemedelsförskrivning. Målgruppen förskrivare av läkemedel bedöms lämplig, då det ofta är samma person som både diagnostiserar och utifrån det förskriver läkemedel. Momentet bör inkludera rapportens resultat inom områdena medicinering vid ADHD, förskrivning av SSRI samt förskrivning av läkemedel vid sömnsvårigheter. Kunskapshöjande insatser bör också riktas till hjälpmedelsförskrivare, exempelvis som en del av förskrivarutbildningen eller i samband med olika dialogmöten.

## Se över styrdokument ur ett jämställdhetsperspektiv

**Förslag:** Styrdokument inom de områden där könsskillnader har identifierats bör ses över ur ett jämställdhetsperspektiv. Förslagsvis regionala medicinska riktlinjer, bedömnings- och diagnostiseringsverktyg, regionala läkemedelsrekommendation samt Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel. Kunskap om aktuell könsuppdelad statistik samt relevant forskning om jämställd hälso- och sjukvård inom det aktuella området bör finnas med i respektive styrdokument. Där text om jämställdhet finns i övergripande texter behöver den också inkluderas och konkretiseras vid skrivningar som är mer diagnos-, läkemedel- eller hjälpmedelsspecifika.

## Uppföljning av områden där omotiverade könsskillnader eller risk för omotiverade könsskillnader identifierats

**Förslag:** För att säkerställa jämställdhetsperspektivet när det gäller uppföljning ska all statistik inom de områden där omotiverade könsskillnader eller risk för könsskillnader har identifierats analyseras uppdelat på kön. De områden som har analyserats inom ramen för uppdraget bör också följas särskilt framöver.

## Genomförande och ansvar

För arbetet med föreslagna åtgärder föreslås berörda parter inom kunskapsstyrningsorganisationen, Koncernkontoret, Kunskapscentrum för

jämlik vård och Kunskapsstöd för psykisk hälsa samarbete. Arbetet kopplat till könsskillnader i väntetider till operation föreslås integreras inom ramen för VGR:s pågående arbete med att inom ramen för statsbidrag Ökad tillgänglighet inom hälso- och sjukvård 2023 genomföra en jämställdhetsanalys kopplat till vårdgarantin och de patienter som väntar på vård (RS 2022-00471).

Åtgärderna kommer också att knytas till det jämställdhetsarbete VGR gör inom ramen för SKR:s satsning Modellkoncept jämställdhet. I konceptet arbetar politiker och tjänstepersoner tillsammans med att identifiera och genomföra förbättringar i övergripande ledning och styrning för ökad jämställdhet.