



ÅLÄNSK UTREDNINGSSERIE

2004:3

KVINNOHÄLSA PÅ ÅLAND

ÅLANDS LANDSKAPSREGERING
SOCIAL- OCH MILJÖAVDELNINGEN

MARIEHAMN 2004

ISSN 0357-735X

FÖRORD

I sitt arbetsprogram för år 2003 beslöt hälso- och sjukvårdsbyrån att ta upp en genomgång av länkarna i den vårdkedja som man kunde kalla kvinnohälsovården i landskapet. Det fanns två motiv till beslutet. Dels avser byrån att i tur och ordning kartlägga och utvärdera alla vårdkedjor inom Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS), dels har man på många håll frågat sig hur samarbetet mellan de olika aktörerna fungerar och hur servicen för kvinnor de facto är tillgänglig då den behövs. Önskemål om en särskild kvinnomottagning inom den offentliga hälso- och sjukvården med god tillgänglighet och ett brett helhetsinriktat sortiment av tjänster har framförts allt oftare, inte minst från politiskt håll.

Många verksamheter inom ÅHS har kvinnor i olika åldrar som sina målgrupper. Det betyder att kunskap och kompetens kring de genusspecifika hälsofrågorna finns i organisationen, men att de är splittrade på olika nivåer. Det kan i värsta fall betyda dels att man inte använder de tillgängliga resurserna på ett optimalt sätt, dels att kompetensutvecklingen i ett helhetsperspektiv blir lidande. En bättre samordning av de kvinnofokuserade verksamheterna med tyngdpunkt på långsiktiga förebyggande och hälsofrämjande åtgärder är väl motiverad. Ett ytterligare motiv för att stärka en särskild vårdkedja för kvinnohälsa är att man inom medicinen insett att den odifferentierade synen på mannen som mallpatient inte längre är relevant.

För att kartlägga de åländska kvinnornas hälsosituation, den nuvarande verksamhetens resurser och idéinnehåll samt för att utreda motiven och betingelserna för att skapa och utveckla en funktionellt integrerad kvinnomottagning kallades basenhetschef Markku Korvela, överskötare Birgitta Hermans och distriktshälsovårdare Siv Palmqvist som medlemmar och resurspersoner tillsammans med byråns representanter i en tjänstemannaarbetsgrupp. Avsnittet om våld mot kvinnor har skrivits av jämställdhetsombudsman Vivan Nikula. Hälsovårdsinspektör Eivor Nikander har fungerat som gruppens sekreterare och har insamlat faktamaterial och sammanställt rapporten. Jag riktar ett stort tack till alla ovannämnda för de mycket konstruktiva och stimulerande diskussionerna och för vars och ens insatser i arbetet.

Mariehamn i juni 2004.

Birger Ch Sandell
Landskapsläkare, arbetsgruppens ordförande.

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING	3
ARBETSGRUPPENS VISIONER	5
1. INLEDNING	6
2. NULÄGET INOM KVINNOHÄLSAN PÅ ÅLAND	8
Behov	8
Befintliga resurser	9
<i>Mödravård</i>	9
<i>Skolhälsovård</i>	9
<i>Preventivmedelsrådgivning</i>	10
<i>Specialsjukvård</i>	10
<i>Privatmottagningar</i>	10
3. VART KAN MAN VÄNDA SIG I DE OLIKA SKEDENA I KVINNANS LIVSCYKEL?	11
4. ABORTER	17
5. KLIMAKTERIEBESVÄR	22
6. CANCER BLAND KVINNOR	23
7. KVINNOR OCH HJÄRT- OCH KÄRLSJUKDOMAR	27
8. KVINNOR OCH ÖVERVIKT	29
9. VÅLD MOT KVINNOR	33
10. KVINNOR OCH TOBAKSVANOR	35
11. KVINNOR OCH ALKOHOLVANOR	39
12. KVINNOR OCH NARKOTIKA	44
13. INVANDRARKVINNOR OCH HÄLSA	47

SAMMANFATTNING

Den åländska kvinnans medellivslängd är bland de högsta i Norden, men trots det behöver kvinnor specifika insatser inom hälso- och sjukvården. I Sverige har konstaterats att kostnaderna för stöd till personer med funktionshinder och missbruk domineras av män, medan mer än hälften av den totala kostnaden för hälso- och sjukvård, läkemedel och äldreomsorg går till vård och omsorg av kvinnor, bl.a. för att kvinnor lever längre.

De resurser som finns tillgängliga inom Ålands hälso- och sjukvård för kvinnors specifika hälsoproblem är dels öppna primärvårdens skolhälsovårds- mödra- och preventivmedelsmottagningar, företagshälsovården, hälsocentralernas läkarmottagningar samt gynekologiska mottagningen och BB- och gynekologiska avdelningen vid ÅCS. Förutom ÅHS verksamhet har två privatpraktiserande gynekologer mottagning på Åland.

Den offentliga hälso- och sjukvårdens resurser i form av tjänster kommer inte att utökas inom den närmaste framtiden p.g.a. det kärva ekonomiska läget. Generellt är väntetiderna korta och vården lättillgänglig, men det som upplevs som ett problem för många kvinnor är svårigheten att få träffa en specialist vid gynekologiska besvär.

Det saknas nästan helt forskning om åländska kvinnors hälsa och det som presenteras här grundar sig till största delen på rapporter och undersökningar som gäller riket och Sverige. Tillgänglig statistik över antal aborter, antal insjuknade och döda i olika sjukdomar och läkemedelsanvändning när det gäller Åland har använts, både för jämförelser över tid, mellan olika sjukdomar samt för jämförelse med riket och Sverige och i vissa fall övriga nordiska länder. Man kan konstatera att antalet aborter på Åland är något högre än i riket som helhet, men betydligt lägre än i Sverige. I åldersgruppen 15-19 år där siffrorna varit relativt höga sedan år 1997, med en topp på 16 aborter år 2000, hade antalet sjunkit till 7 st. år 2002. Även om man inte skall fästa så stor vikt vid siffror för enstaka år för en så liten population som Ålands, är utvecklingen positiv.

Den vanligaste dödsorsaken för kvinnor på Åland år 2001 var sjukdomar i cirkulationsorganen (49 st.) följt av tumörer (27 st.). År 2001, som är det senaste året som redovisas i Finlands cancerregister, diagnostiserades 28 nya fall av bröstcancer på Åland, vilket utgör 44 procent

av samtliga nya cancerfall bland kvinnor (64 stycken). I Sverige svarar sjukdomen för drygt en fjärdedel av alla cancerfall bland kvinnor.

Övervikt är ett snabbt ökande hälsoproblem i hela västvärlden och ökar risken för att dö i förtid och att drabbas av högt blodtryck och diabetes typ 2 samt flera andra sjukdomar. Övervikt definieras som ett body-mass-index (BMI) mellan 25 och 29,9 och fetma eller kraftig övervikt som ett BMI över 30. I Finland hade 25,8 procent av kvinnorna övervikt och 11,7 procent kraftig övervikt år 2002. 26 procent av kvinnorna i Sverige har övervikt och 9 procent kraftig övervikt. Siffrorna för Åland torde ligga på ungefär samma nivå och förebyggande insatser från hela samhällets sida är mycket angelägna.

Resultatet från den åländska undersökningen om våld i parförhållanden visar att kvinnor här i stort sett utsätts för våld i samma utsträckning som i riket, där 22% av alla samboende eller gifta kvinnor hade utsatts för fysiskt, psykiskt våld eller hot om våld av sin partner. Kvinnor som utsatts för våld har rätt att få adekvat hjälp från berörda myndigheter.

Tobaksrökning bland de åländska kvinnorna antas ligga på ungefär samma nivå som i hela landet och i Sverige, andelen rökare bland kvinnorna i bägge länder var 20 procent år 2001. Även alkoholkonsumtionen bland kvinnor på Åland antas motsvara nivån i riket och i Sverige. Undersökningar visar en mindre andel nyktra på Åland jämfört med hela landet, speciellt iögonfallande är detta bland kvinnor i åldern 50-69 år. I Sverige har andelen storkonsumenter bland kvinnor i åldern 50-75 år visat en oroväckande ökning, med 150 procent under en fyraårsperiod.

Utgående från det material om kvinnors hälsa som arbetsgruppen fördjupat sig i och den uppfattning vi har bildat oss om åländska kvinnors situation, anser vi att länkarna i vårdkedjan bör förstärkas och kommunikationen mellan dem förbättras när det gäller kvinnohälsan. Det finns således starka motiv för en kvinnomottagning på Åland.

ARBETSGRUPPENS VISIONER

Vår vision är att man skulle sammanföra och utveckla kunskapen om kvinnohälsa som ett samarbete mellan primärvård, specialistsjukvård och socialkuratorer inom ÅHS för att främja helhetssyn och ett brett perspektiv. Genom att utse ansvarspersoner med intresse för utveckling och utbildning, borgar man för att personalen innehar aktuell kunskap och ett evidensbaserat arbetssätt.

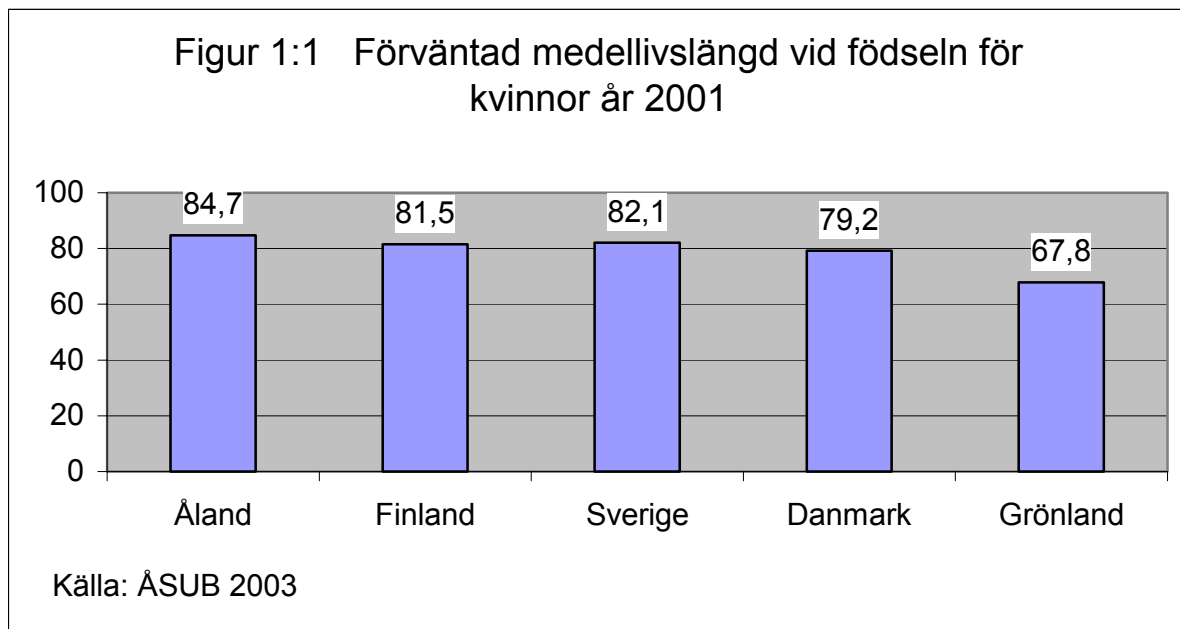
En kvinnomottagning skulle ha den förebyggande verksamheten som huvuduppgift, men även kunna anlitas av kvinnor med hälsoproblem samt fungera som en informationspunkt för vidare hänvisningar inom vården. Det är viktigt att skapa en mottagning där kvinnorna känner sig trygga och professionellt bemötta och där personalen är lyhörd och caritativ och arbetar utgående från ett "hjärta-hjärna-hand" perspektiv. Detta är speciellt av betydelse för våldsutsatta kvinnor, som i en kvinnomottagning skulle ha en självklar och trygg instans att vända sig till med sina problem. Information till allmänheten om mottagningen och dess inriktning är en viktig del av verksamheten.

Arbetsgruppens vision är att en kvinnomottagning kunde ta hand om och ge råd i de flesta problem som är specifika för kvinnor, bl. a. om preventivmedel, klimakteriebesvär, samlevnadsfrågor, inkontinens, underlivsbesvär, sexuellt överförbara sjukdomar, misshandel och övergrepp samt livsstilsfrågor (bl.a. övervikt, tobak och alkohol). Även de gravidas läkar-kontroller kunde inlemmas i kvinnomottagningen. Mottagningen kunde också vara ett komplement till företagshälsovården, som tyvärr i dag har alldeles för knappa resurser för att kunna handha det förebyggande arbetet för hela Ålands arbetsföra befolkning.

Som tidigare nämnts finns det inga möjligheter till tilläggsresurser i form av personal inom en överskådlig framtid. Det betyder att mottagningen skulle fungera med den personal som i dag finns tillgänglig inom ÅHS primärvård och specialistsjukvård. En av ÅHS' socialkuratorer skulle knytas till mottagningen, och tillgång till psykologtjänster borde ombesörjas. Verksamheten skulle i första hand bestå av barnmorske-/hälsovårdarmottagningar men det skulle även finnas möjlighet till läkarbesök. Eftersom många kvinnor, i synnerhet yngre, helst träffar en kvinnlig läkare vid gynekologiska besvär skulle det vara bra om primärvårdens läkare på kvinnomottagningen var kvinna med intresse för gynekologi. Den tredje gynekologtjänsten inom ÅHS som inrättades dels för att underlätta jourbördan för gynekologerna, men även för att kunna utnyttjas inom primärvården, bör kunna kopplas till kvinnomottagningen.

1. INLEDNING

Kvinnohälsa omfattar halva vår befolkning. Den bör beakta alla stadier i kvinnans liv, från förpuberteten – puberteten – fertil ålder – klimakterium till postklimakterium. I begreppet inkluderas fortplantning och graviditet samt sjukdomar i samband med dessa. Även mödrahälsovården, undersökningar av cellförändringar på livmodertappen, mammografiundersökningar av bröstet, och sjukdomar i underlivet ingår i begreppet kvinnohälsa. Ytterligare har många av de stora folksjukdomarna specifika ”kvinnliga” drag som särskilt bör beaktas. Många forskningsrapporter har lyft fram benskörhet och fetma som växande hot mot kvinnohälsan.



De åländska kvinnornas medellivslängd är bland de högsta i Norden. År 2001 var den förväntade medellivslängden vid födseln för kvinnor 84,7 år på Åland, jämfört med 81,5 år i Finland, 82,1 år i Sverige, 79,2 år i Danmark och 67,8 år på Grönland (1) (tabell 1:1). Trots att kvinnor har lägre dödlighet än män uppvisar de mera hälsoproblem. En förklaring kan vara att kvinnor i högre grad drabbas av ickedödliga sjukdomar och att de drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar senare i livet jämfört med män. I den åländska folkhälsorapporten framgår att andelen sjukskrivna personer på Åland är 1-2 procent högre än genomsnittet för hela landet, men sjukskrivningarna är i medeltal 4-5 dagar kortare på Åland. Fler kvinnor än män är sjukskrivna (2).

I Sverige har man konstaterat att det finns många olika faktorer som påverkar mäns och kvinnors behov av vård och omsorg. Män och kvinnor skall ha samma förutsättningar att få sina behov tillgodosedda, men det innebär inte att män och kvinnor skall ha lika insatser. Både nytta, risker och kostnadseffektivitet kan skilja mellan könen (3).

Man har i Sverige bl.a. konstaterat följande skillnader mellan mäns och kvinnors behov av vård och omsorg:

- Mer än hälften av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård, läkemedel och äldreomsorg går till vård och omsorg av kvinnor. En orsak till det är att kvinnor lever längre än män.
- Kostnaden för sjukvård och läkemedel för äldre och yngre kvinnor är dock lägre än för män.
- Kvinnor besöker den öppna vården mer än män även sedan man tagit hänsyn till ålder, socioekonomiska skillnader och självrapporterad ohälsa. Kvinnor söker oftare vård men avstår också oftare än män.
- Män och kvinnor är generellt sett lika nöjda med bemötandet i hälso- och sjukvården.
- Kostnaderna för stöd till personer med funktionshinder, för bistånd och missbrukarvård domineras av män.
- Äldre kvinnor avstår i mindre utsträckning än män från äldreomsorg på grund av avgifter.
- Det är dubbelt så vanligt att äldre kvinnor anser att de behöver mer hjälp. Äldre kvinnor är mer negativa i sina omdömen om hemtjänst än män.
- Det behövs bättre underlag för att man ska kunna besvara frågan om huruvida mäns och kvinnors behov tillgodoses på ett likvärdigt sätt (3 sid. 198).

I brist på specifika åländska undersökningar har vi utgått från att förhållandena på Åland är likartade.

2. NULÄGET INOM KVINNOHÄLSAN PÅ ÅLAND

Behov

Från både allmänhet och politiskt håll har framförts att det finns problem med tillgänglighet till gynekolog eller gynekologiskt orienterad allmänläkare inom Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS). De flesta kvinnor på Åland som anlitar vården för gynekologiska besvär vill komma direkt till specialist i gynekologi eller allmänläkare intresserad av kvinnosjukdomar. Framför allt unga kvinnor önskar bli undersökta av kvinnliga läkare, i synnerhet vid det första gynekologbesöket, men även vid besök till allmänläkare på grund av misstanke om könssjukdom och dylikt. Detta konstateras även i Stakes rapport 220, ”Från familjeplanering till reproduktionshälsa – användningen av servicen och utvecklingsbehoven” år 1998. Där framkom att kvinnor uppskattar sakkunskap när det gäller preventivmedel. De uppgav att de helst besöker en kvinnlig specialistläkare. Man konstaterade i rapporten att det som kvinnor avsåg med specialistläkare inte nödvändigtvis behövde vara en gynekolog, utan kunde vara en läkare som är insatt i kvinnors frågeställningar (4).

För närvarande får de flesta kvinnor tid till gynekologiska polikliniken via remiss från allmänläkare eller annan specialistläkare. Det finns även möjlighet att komma till gynekolog efter bedömning av barnmorska på gynekologiska polikliniken, som i de flesta fall även konsulterat gynekolog. Även personalen på preventivmottagningen har rätt att remittera patienter till gynekologiska polikliniken. Enligt hälso- och sjukvårdsplanen för år 2003 skall möjligheterna till en gynekologisk poliklinikverksamhet, som inte förutsätter remiss, utredas (5).

Gynekologisk konsultation av inneliggande patienter sker kontinuerligt och med ett minimum av väntetid. Även tröskeln till primärvården är låg, både hälsovårdare och läkare kan vända sig till barnmorskor eller läkare på gynekologiska mottagningen med sina frågor.

Även inom de stora hälsoproblemen, t ex hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, sjukdomar i stöd- och rörelseorganen samt missbruk bör specifika kvinnliga karakteristika beaktas.

I den nya landskapsstyrelsens handlingsprogram är en av målsättningarna för hälsovården att en s.k. kvinnomottagning skall inrättas inom ÅHS.

Befintliga resurser

Mödravård

Inom den öppna primärvården finns följande mottagningspunkter för *mödravård*, med tillgång till hälsovårdare/barnmorska samt läkare:

Mariehamn (områdesansvar¹)

En mödrarådgivning

Södra Åland: (befolkningsansvar²)

Hammarland, Eckerö, Jomala, Lemland och Lumparland

Norra Åland: (befolkningsansvar)

Godby rådgivning, som tar emot kvinnor från Saltvik, Finström och Sund. Geta och Vårdö har egna rådgivningar.

Skärgården: (befolkningsansvar)

Brändö, Kumlinge, Sottunga, Föglö och Kökar

Skolhälsovård:

I Mariehamn finns 2,5 skolhälsovårdartjänster.

På södra respektive norra Åland en vardera.

För närvarande är en barnläkare resursperson för barnrådgivningen och skolhälsovården vid samtliga skolor i Mariehamn.

Skolhälsovårdsmottagningar finns på 32 skolor.

¹ Områdesansvar innebär att en hälsovårdare/barnmorska arbetar med endast ett område inom den öppna primärvården, t ex. mödrarådgivning.

² Befolkningsansvar innebär att hälsovårdaren handhar alla delar av den öppna primärvården i en kommun, mödravård, barnrådgivning, skolhälsovård och hemsjukvård.

Preventivmedelsrådgivning:

I Mariehamn finns en preventivmedelsmottagning för hela Åland med två hälsovårdare/barnmorskor.

Specialsjukvården:**Tabell 2:1**

Personal på BB- och gynekologiska enheten vid Ålands centralsjukhus	
Överläkare/biträdande överläkare	3 st.
Avdelningssköt./biträdande avd.sköt.	3 st.
Barnmorskor	9 st.
Barnmorska, deltid	1 st.
Sjukskötare	1 st.
Barnskötare	6 st.
Avdelningssekreterare	1 st.

Av dessa tjänstgör en avdelningsskötare samt två barnmorskor på gynekologiska polikliniken. Två dagar i veckan (operationsdagar) är en av poliklinikens barnmorskor på bäddavdelningen. Enligt budgeten för 2004 omvandlas tjänsten som gynekologiska poliklinikens avdelningens avdelningsskötare till en barnmorsketjänst.

Privatmottagningar

Två privatpraktiserande specialister i gynekologi har mottagningar på Åland.

På grund av det kärva ekonomiska läget som råder finns idag inget hopp om utökade resurser inom vården, däremot finns hot om neddragningar av verksamheter. De förändringar som görs måste ske genom ofördelning av redan befintliga resurser.

3. VART KAN MAN VÄNDA SIG I DE OLIKA SKEDENA I KVINNANS LIVSCYKEL?

I förpuberteten – puberteten dyker det upp många frågor om både psykisk och fysisk utveckling. Vad är normalt? Vad sker i kroppen och varför? I den åldern är det ofta **skolhälsovården** man vänder sig till för att få svar på sina frågor, antingen i grupp eller vid enskilda samtal. Skolhälsovårdaren ger även information om sex och samlevnad, preventivmedel och sexuellt överförbara sjukdomar utgående från den ungas utvecklingsnivå. Vid behov kan skolläkare eller barnenheten vid Ålands centralsjukhus (ÅCS) konsulteras. Tillgängligheten till skolhälsovård är god på Åland, till skolhälsovårdens öppna mottagningar är det ingen tidsbeställning. Via skolhälsovården kan studerande få akutpreventivmedel ("dagen-efter-piller") kostnadsfritt. Ungdomarna kan också vända sig till fältarbetarna för att diskutera sex- och samlevnadsfrågor.

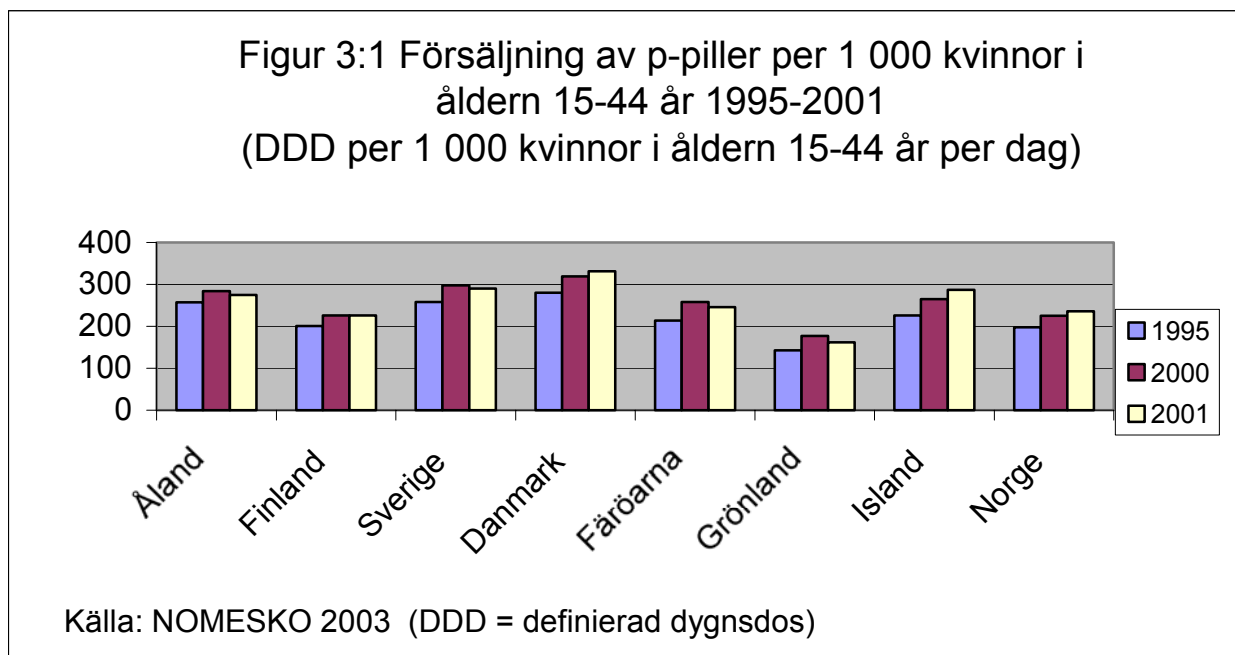
Till **preventivmedelsrådgivningen** kan man vända sig om man önskar preventivmedel. På mottagningen arbetar en heltids hälsovårdare/barnmorska med ungdomar under 25 år och läkare har mottagning 2 ggr/v, sammanlagt 3,5 - 7 timmar/v. Väntetiden till hälsovårdare/barnmorska är kort och till läkare är det ca 3-4 veckors väntetid. Personalen på preventivmedelsrådgivningen har remissrätt till gynekologiska polikliniken. Det finns ett nära samarbete mellan skolhälsovården/studerandehälsovård och preventivmedelsrådgivningen, till exempel gör alla flickor i åk. 9 ett studiebesök till preventivmedelsrådgivningen

Från politiker och allmänhet har under en längre tid uttryckts önskemål om att en ungdomsmottagning borde inrättas i primärvårdens regi. På ungdomsmottagningar i Sverige kan man förutom barnmorska även träffa kurator, psykolog och läkare. De problem som diskuteras är i stort samma som inom skol/studerandehälsovården. Därför skulle en ungdomsmottagning vara särskilt angelägen för arbetslösa ungdomar som inte har tillgång till skolhälsovård, men naturligtvis även för unga människor som är ute i arbetslivet med avsaknad av eller begränsad företagshälsovård.

En av hälsovårdarna/barnmorskorna på preventivmedelsrådgivningen har mottagning för kvinnor 25 år och äldre. Till mottagningen kan man vända sig för preventivmedel eller hälso- rådgivning, speciellt sex- och samlevnadsfrågor. All sållning av livmoderhalscancer på Åland sker på preventivmedelsmottagningen i Mariehamn enligt kallelse. Samtidigt med under-

sökningen undervisas kvinnorna i självundersökning av bröstet och hälsovårdaren/barnmorskan undersöker bröstet på de kvinnor som önskar. Även undervisning av bäckenbottenträning ges vid detta tillfälle. Till denna undersökning kallas kvinnor i åldern 25 – 60 år vart femte år. En läkare har mottagning 1 gång/vecka (2 timmar), väntetiden är 4-8 veckor.

Enligt ”Helsestatistik for de nordiske lande 2001” säljs p-piller till drygt en fjärdedel av kvinnorna i åldern 15-44 år på Åland, vilket är något över genomsnittet för samtliga nordiska länder (figur 3:1) (6).



Preventivmedels- och papamottagningen för kvinnor 25 år och över flyttade från Nordeabankens hus till Ålands centralsjukhus i början av år 2004. Fördelarna är ett närmare samarbete med gynekologiska enheten. Preventivmedelsmottagningen för kvinnor under 25 år blir kvar i centrala Mariehamn tills vidare, ett läge som uppskattas speciellt av unga kvinnor. Erfarenheter från Sverige har visat att centralt läge har stor betydelse när det gäller ungdomars benägenhet att uppsöka ungdoms- och preventivmedelsmottagningar i förebyggande syfte. Resurser i form av personal kommer inte att utökas inom de närmaste åren.

En särskild kvinnomottagning har i olika sammanhang diskuterats. I Sverige öppnade våren 2003 den andra särskilda kvinnomottagningen inom primärvården i Sjuntorp utanför

Göteborg. Personalen utgörs av undersköterskor, sjuksköterskor och läkare. Verksamheten är inte bara inriktad på kvinnosjukdomar som inkontinens, gynekologiska problem, benskörhet och klimakteriebesvär utan mycket handlar om annan rådgivning och omhändertagande. Läkare kan remittera kvinnliga patienter med psykosociala besvär till mottagningen. En särskild kvinnomottagning ger möjlighet att arbeta med kvinnovård på ett mer strukturerat sätt, något som är angeläget eftersom en stor del av kvinnornas ohälsa inte är kartlagd av någon aktuell forskning. Det ökade tempot i samhället bidrar till en ökad ohälsa generellt men kvinnor kan vara mera utsatta (7).

Mödravården på Åland är lättillgänglig för den gravida kvinnan. I alla kommuner i skärgården och på landsbygden finns rådgivningsbyråer som tillhandahåller mödravård, med undantag för tre kommuner på norra Åland; Finström, Saltvik och Sund, vars rådgivningsverksamhet har centraliserats till hälsocentralen i Godby. I Mariehamn arbetar en hälsovårdare/barnmorska heltid samt en deltid på mödrarådgivningen. Under år 2003 har gynekologiska enheten haft det medicinska ansvaret för mödravården i Mariehamn och en fortsättning på detta samarbete mellan primärvård och specialistsjukvård är föreslagen i ÅHS plan för år 2004. En förutsättning är att alla läkartjänster vid gynekologiska enheten är besatta. Även gravida kvinnor bosatta i skärgårdskommunerna Brändö, Kumlinge, Kökar och Sottunga har möjlighet att besöka läkare vid gynekologiska polikliniken. I skrivande stund har framställts förslag att sammanslå rådgivningar på landsbygden och att centralisera mödrarådgivningen till ett par arbetspunkter. Det finns inga förslag till förändringar av mödrarådgivningsverksamheten i skärgården.

Målsättningen med den förebyggande mödrahälsovården är att främja de blivande föräldrarnas hälsa och välmående och att hjälpa dem att förhålla sig positiva till familjelivet och familjens roll i samhället. Gravida kvinnor besöker i genomsnitt mödrarådgivningen 12 gånger före samt 1-2 ggr efter förlossningen. År 2001 gjordes 3 761 besök totalt till mödrarådgivningarna på Åland, 3 422 till hälsovårdare/barnmorska och 339 till läkare (8). Under hela graviditeten undersöks regelbundet vikt, blodtryck, hemoglobinvärde samt protein och glukos i urinen. Diskussionsämnen vid mödrarådgivningsbesöken är bl.a:

- Psykiska, fysiska och sociala förändringar som graviditeten innebär för familjen
- Moderns arbete och arbetsrelaterade problem som kan uppstå
- Hälsvanor: kost, motion och droger

- Sexualitet, parrelation, socialt nätverk och våld
- Munhygien
- Fosterdiagnostik
- Förlossningsrädsla
- Amning

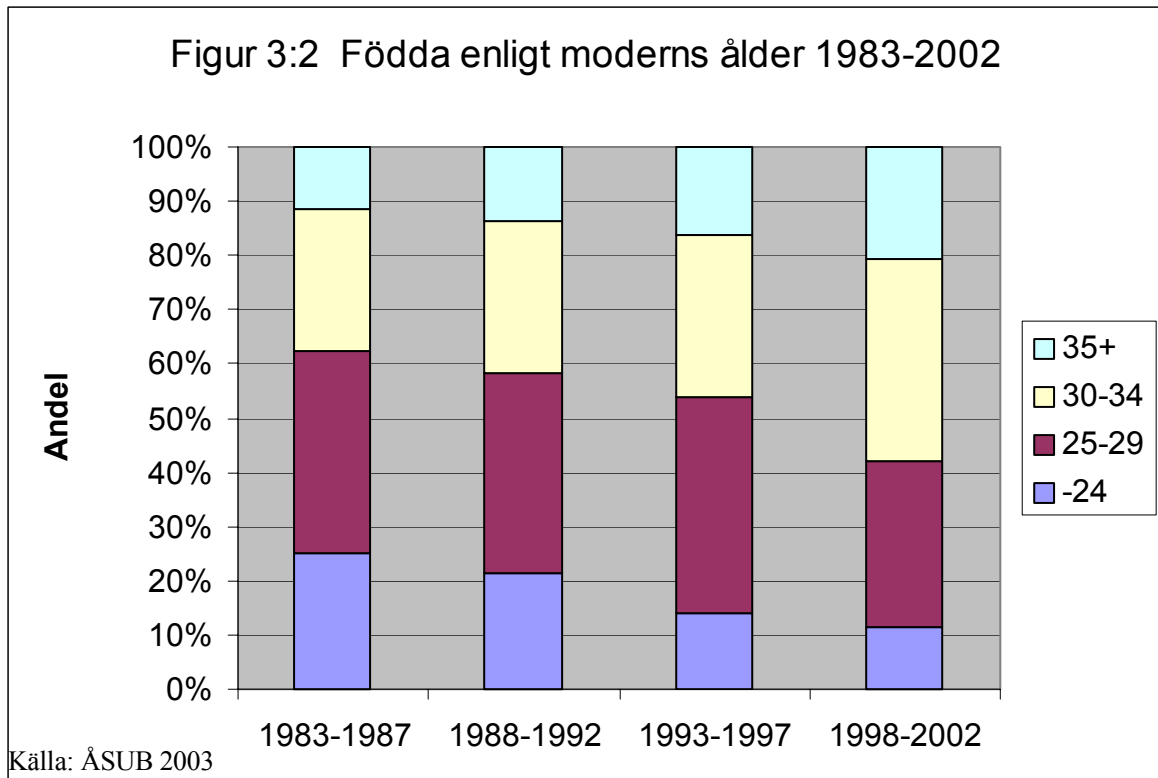
Som tabellen och figuren nedan visar har antalet mödrar i åldersgruppen över 35 år på Åland nästan fördubblats under den senaste 20-årsperioden. 1983-1987 föddes sammanlagt 160 barn av kvinnor i denna åldersgrupp, varav 27 var mellan 40 och 44 år och en över 45 (tabell 3:1).

Tabell 3:1 Födda barn efter moderns ålder 1983-2002

Ålder	1983-1987	1988-1992	1993-1997	1998-2002
-19	32	38	18	19
20-24	314	319	198	142
25-29	518	619	617	432
30-34	365	472	462	521
35-39	132	197	211	245
40-44	27	34	39	46
45+	1	-	1	3
Totalt	1 389	1 679	1 546	1 408

Källa: ÅSUB 2003

Under åren 1998-2002 var sammanlagda antalet mödrar över 35 år 294, varav 46 mödrar var i åldersgruppen 40-44 år och 3 över 45 (1). Denna trend innebär en speciell utmaning för mödravården eftersom antalet riskgraviditeter ökar med ökande ålder hos den gravida kvinnan (tabell 3:1, figur 3:2).



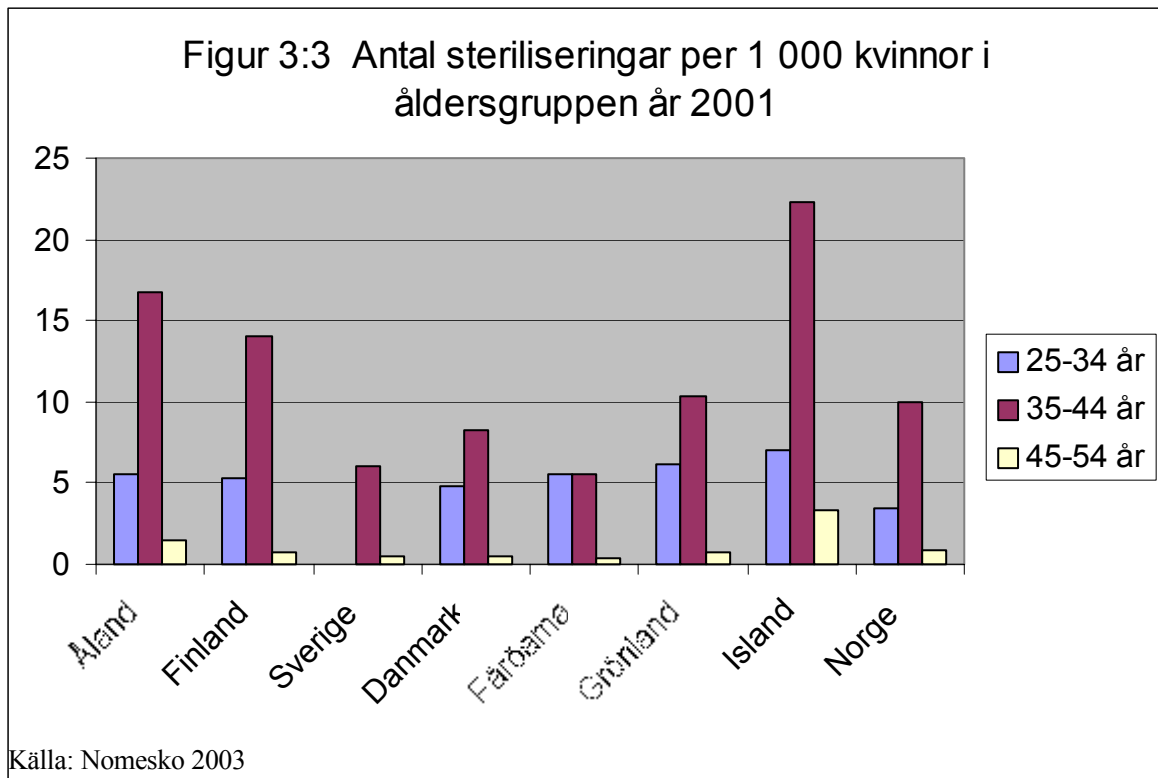
BB- och gynekologiska enheten vid Ålands centralsjukhus har 18 vårdplatser för kvinnor. Verksamheten är inriktad på åländska kvinnors reproduktiva hälsa, könsrelaterade cancersjukdomar och den åldrande kvinnan. Enligt planen för hälso- och sjukvården 2004 avser enheten att planera för en barnmorskeledd inkontinensmottagning (9). År 2001 gjordes 3 316 poliklinikbesök till enheten och antalet vård dagar på avdelningen i samband med förlossning var 1 429 och av gynekologisk orsak 1 212. Sammanlagt föddes 283 barn under året. År 2000 utfördes sterilisering av 31 kvinnor och år 2001 var antalet 43. Två män lät sterilisera sig år 2000, och ingen år 2001 (tabell 3:2).

Tabell 3:2 Antal steriliseringar på Åland år 1997 - 2001

	1997	1998	1999	2000	2001
Kvinnor	45	38	27	31	43
Män	1	1	2	2	-

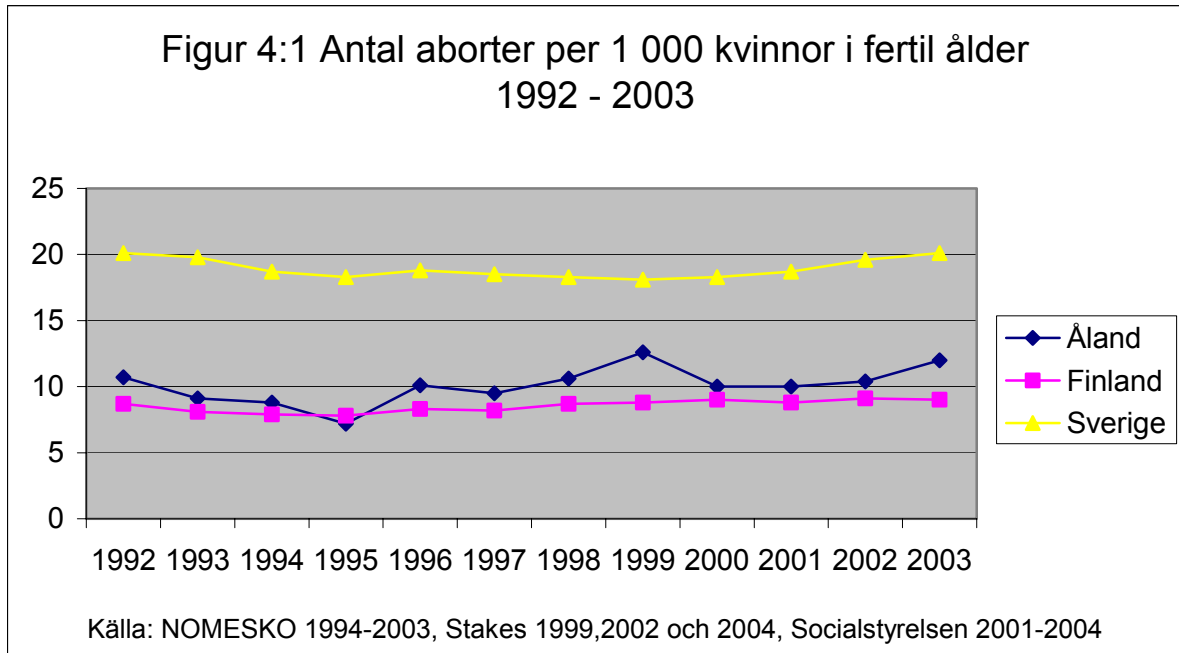
Källa: NOMESKO 2000, 2001 och 2002

I en nordisk jämförelse var antalet kvinnor som lät sterilisera sig högt på Åland år 2001 i åldersgruppen 35-44 år (16,7), endast Island hade ett högre antal per 1 000 kvinnor (22,3) (figur 3:3) (10) (6).

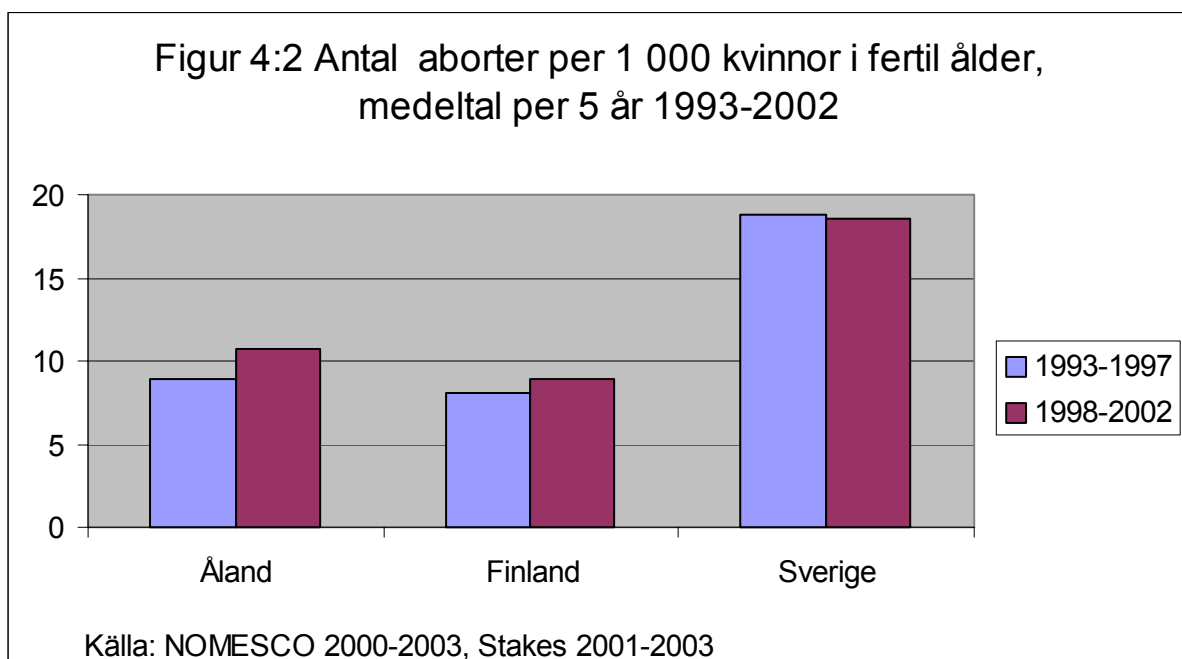


4. ABORTER

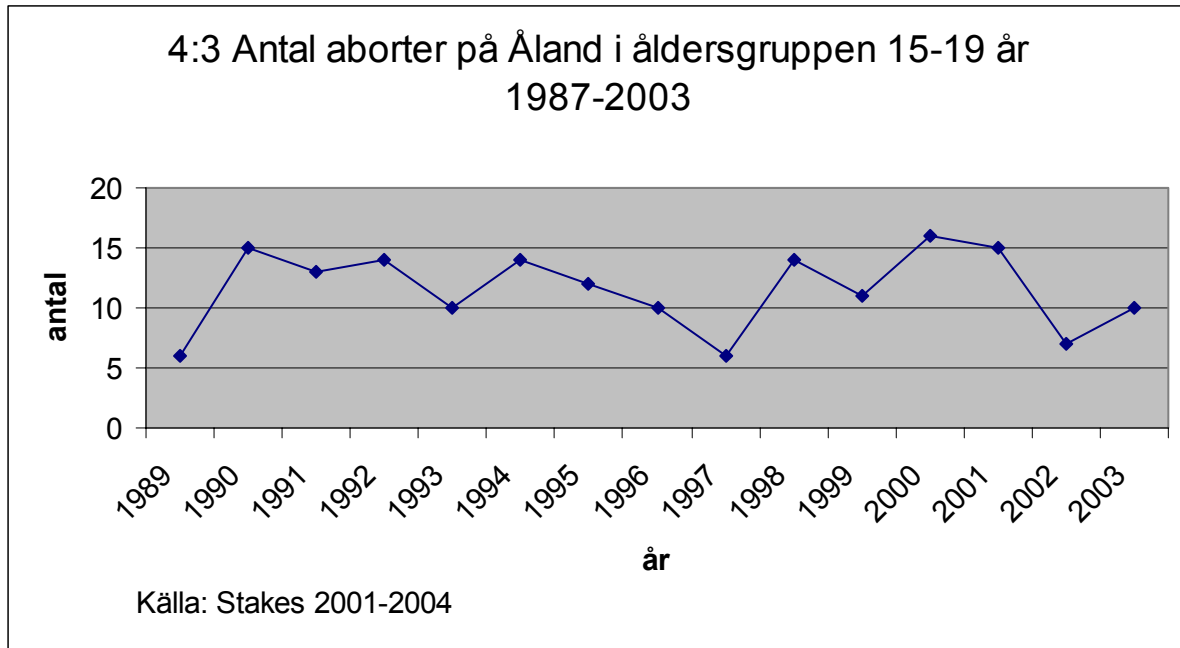
År 2003 utfördes i hela landet 10 643 aborter (preliminära siffror), d.v.s. 9,0 per tusen kvinnor i fertil ålder. På Åland var antalet per tusen kvinnor 12,0 och i Sverige 20,1 (60,61).



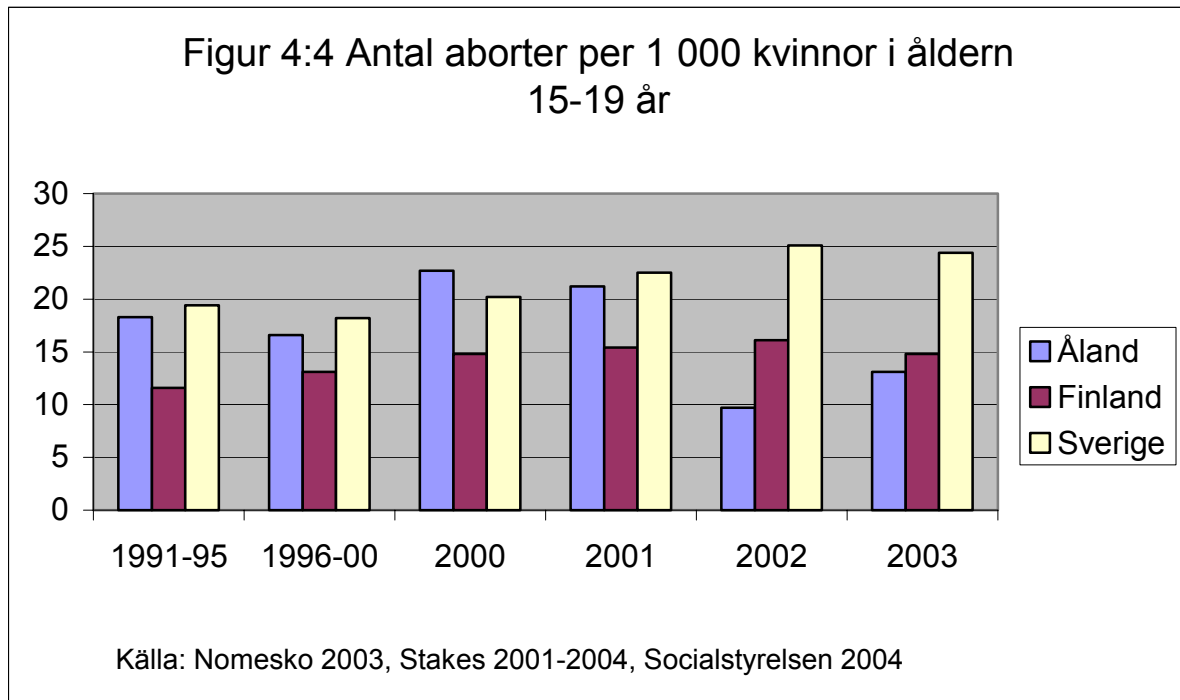
Det totala antalet aborter bland kvinnor i fertil ålder är nästan dubbelt så högt i Sverige som i Finland. Siffrorna för Åland ligger något högre än för Finland totalt (figur 4:1)



Under femårsperioden 1993-1997 gjordes i medeltal 8,9 aborter per 1000 kvinnor i fertil ålder på Åland. Under den följande femårsperioden hade antalet ökat till 10,7 per år. I hela landet gjordes under samma tidsperioder 8,1 respektive 8,9 aborter per 1000 kvinnor och i Sverige var siffrorna 18,8 för perioden 1993-1997 och 18,6 för perioden 1998-2002 (figur 4:2) (6,10,11,12,13,14,15).



Tonårsaborterna har såväl i Finland som i Sverige visat en ökande trend sen år 1996. På Åland har antalet tonårsaborter, sett över 5-årsperioder legat på en högre nivå än i Finland, men något lägre än i Sverige. År 2000 var antalet tonårsaborter på Åland högre än både i Sverige och i Finland, 16 stycken, vilket motsvarar 22,7 per tusen kvinnor (figur 4:3). Motsvarande siffror var 21,1 för Sverige och 14,8 för Finland. År 2002 var siffrorna för Åland 9,7, för Sverige 25,1 och för Finland 16,1. År 2003 (preliminära siffror) var antalet tonårsaborter per 1 000 kvinnor i motsvarande ålder 13,1 på Åland 14,8 i Finland och 24,4 i Sverige (Figur 4:4) (60,61). Det är dock svårt att jämföra siffror för en så liten population som Ålands för enskilda år. Akut p-piller ("dagen-efter-piller") blev receptfritt den 1 maj 2002 och har kostnadsfritt kunnat fås från preventivmedelsmottagningen, läkarmottagningarna och skolhälsovården sen hösten 2002. Huruvida detta har påverkat abortsiffrorna är ännu för tidigt att säga (16,17)



I den Åländska folkhälsorapporten 2000 framgår att åländska ungdomars sexualvanor har förändrats. Unga flickor tar större risker idag, använder mer sällan kondom och har tillfälliga sexuella förbindelser. Debutåldern har sjunkit och partnerbyten är allmänna. I årskurs 9 har var femte ungdom debuterat sexuellt. Användningen av p-piller som preventivmedel har blivit vanligare hos flickorna, medan användningen av kondom sjunkit i motsvarande grad. Önskad graviditeter i tonåren är ett tecken på vad man kallar ”den nya sjukligheten” hos barn och ungdomar. Med detta menar man bl.a. beteendestörningar i form av riskbeteende med starka kopplingar till psykosociala orsakskomponenter (2, 18).

Ett av de viktigaste målen i Finlands folkhälsoprogram 2015 är att främja ökat välbefinnande och hälsa hos barn. Målsättningen lyder: ”Barnens välbefinnande ökar och deras hälsa blir bättre medan symptom och sjukdomar som hör ihop med otrygghet minskar märkbart”(19). Stakes poängterar i sin handbok ”Skolhälsovården 2002” vikten av tillräckliga resurser inom skolsamfundet, så att det allt bättre stöder elevernas välbefinnande och uppmärksammar elevproblem i ett tidigt skede. I de nya rekommendationerna för genomsnittligt personalbehov inom skolhälsovården, förutsatt att det finns annan personal som arbetar med elevvård inom skolan, borde det finnas en heldagsanställd skolhälsovårdare i skolan för 600, högst 700 elever. Om skolhälsovårdaren arbetar i flera skolor skall elevernas antal understiga siffrorna ovan. För skolläkarens del rekommenderas åtminstone 1 timme per vecka per 100 elever (20).

På Åland skulle en utökning av resurserna med två heltidsanställda skolhälsovårdare behövas för att uppfylla normerna.

I Stakes enkät om ungdomars hälsa våren 2003 uppgav ca 16 procent av eleverna vid gymnasiet på Åland att de led av medelsvår eller svår depression. Detta kan ses som anmärkningsvärt då procentandelen för Åland var den högsta i hela landet och medeltalet för hela landet var 9 procent. Merparten av gymnasieeleverna på Åland är flickor (21).

Skol- och studerandehälsovården har således en mycket viktig uppgift när det gäller det förebyggande psykosociala arbetet. Under läsåret 2004 kommer skolhälsovården/studerandehälsovården på Åland att intensifiera sexualundervisningen i högstadiet och gymnasiet, speciellt med tanke på preventivmedel och sexuellt överförbara sjukdomar. Sexuellt aktiva unga kvinnor är en riskgrupp som speciellt bör uppmärksammas.

Inom ÅHS är intentionen att samtliga unga abortpatienter skall hänvisas till preventivmedelsrådgivningen. Detta för att höja kvaliteten på det psykosociala stödet och minimera antalet personer som den unga abortsökande behöver träffa före ingreppet. För att kunna genomföra det behövs tillgängliga jourtider, något som kan vara svårt med det stora patienttryck som preventivmedelsrådgivningen har i dag.

Vårdkedjan för abortpatienter bör revideras eftersom även medicinsk abort numera utförs på ÅCS och är ett alternativ som troligen kommer att öka. Denna typ av abort fordrar flera kontroller, och är inte lika tillförlitlig som kirurgisk abort. Medicinsk abort är motiverad t.ex. vid långa operationsköer eller om man vill undvika narkos. Sedan hösten 2002 erbjuds alla abortpatienter samtal med kurator.

Vid *kirurgisk abort*, som sker under sövning, går man in i livmodern med en sug och därefter ett instrument som man skrapar bort livmoderslemhinnan med. Det blir en såryta i livmodern, som kan blöda litet och är infektiöskänslig. Vanligtvis får man åka hem samma kväll om man mår bra. Sjukskrivningstiden är 4 dagar, vid behov förlängning (22).

Vid *medicinsk abort* kan förloppet förliknas vid ett missfall. Metoden kan användas före den sjunde graviditetsveckan. Vid det första besöket på gynekologiska polikliniken får man svälja en abortförberedande medicin och stanna för observation ca 1 timme. Efter två dagar får man återkomma och får då livmoderssammandragande medicin i form av slidpiller samt

smärtstillande medicin. Efter några timmar börjar som regel en blödning som i de flesta fall följs av ett missfall. Man stannar vanligen kvar 6-8 timmar på avdelningen. Eventuell sjukskrivning ca 2-3 dagar. Det är viktigt att komma på återbesök så att man ser att aborten blivit fullständig (23).

Alla läkare anställda vid ÅHS, utom medicine kandidater som vikarierar, har rätt att skriva abortintyg och läkare med privatmottagning beviljas rätt från Rättsskyddscentralen på ansökning.

5. KLIMAKTERIEBESVÄR

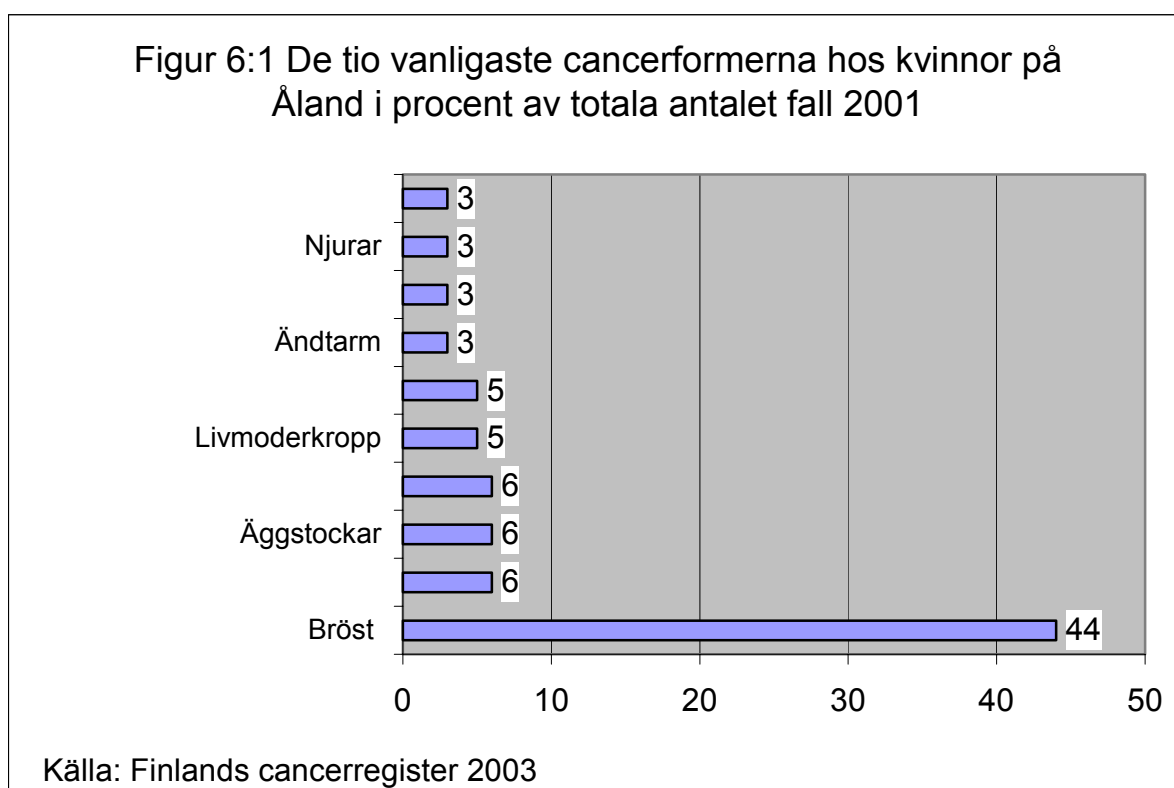
Klimakteriet är den period i kvinnans liv då de kroppsegna kvinnliga könshormonerna minskar vilket bl.a. leder till att menstruationen upphör. Utgångspunkten är att klimakteriet är en normal fas i livet och inget sjukligt tillstånd, men många kvinnor drabbas av problem i övergångsåldern (24). Mellan hälften och tre fjärdedelar av alla kvinnor råkar ut för värmevallningar och svettningar och några har kvar besvären ännu efter 15 år. Andra vanliga besvär är hjärklappning, huvudvärk, yrsel, sömnsvårigheter, depression eller oro. Besvären kan komma redan några år innan menstruationen upphör.

I Sverige har man konstaterat att behovet av information och rådgivning om klimakteriet har ökat de senaste 10 åren. Kvinnor vill ha mera information för att kunna ta ställning till eventuell hormonbehandling och dess för- och nackdelar. Eftersom området är mycket dynamiskt och har en snabb kunskapsutveckling, där nya forskningsresultat ofta slås upp stort i media, finns det ett stort behov för lättillgänglig och kvalificerad information och rådgivning. Varje kvinna bör få individuell rådgivning inför ställningstagande till behandling. Rådgivningen bör enligt Svenska Barnmorskeförbundet innehålla:

- Information om klimakteriet, dess orsaker, symtom, möjligheter till behandling
- Individuell hälsorådgivning som syftar till att ge råd rörande livsstilsfrågor och hälsofrämjande åtgärder utifrån kvinnans behov, förväntningar, farhågor och allmänna situation.
- Individuell medicinsk rådgivning, som syftar till att ge råd och behandling för klimakteriebesvär utifrån kvinnans behov, förväntningar, farhågor och allmänna hälsosituation. Rådgivningen kan innefatta kroppsundersökning och receptförskrivning.
- Korttidsuppföljning som syftar till att efterhöra effekter, bieffekter och eventuella problem av behandlingen. Bör ske inom sex månader efter insatt behandling.
- Långtidsuppföljning, innebär återbesök ett år eller mer efter insatt behandling och syftar till att värdera behov av terapibyte, och fortsatt eller avbruten behandling med hänsyn till aktuellt hälsoläge och riskbedömning (24)

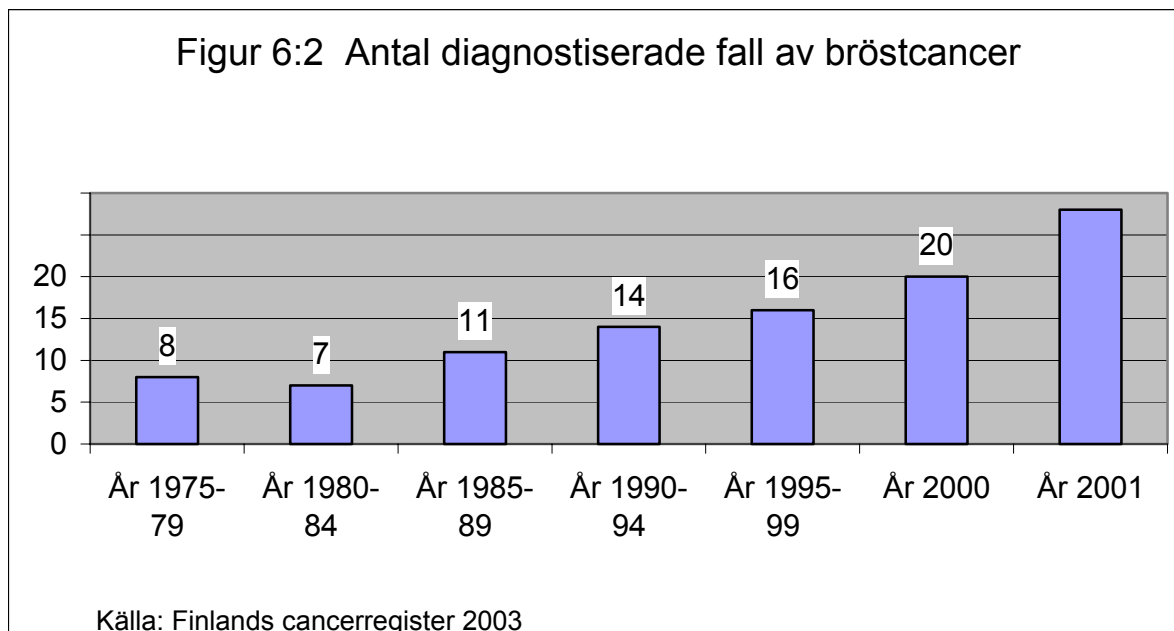
6. CANCER BLAND KVINNOR

Den åländska kvinnan drabbas av samma cancerformer som kvinnor i övriga Norden och bröstcancer är den vanligaste typen av cancer även här. Antalet personer som insjuknar i bröstcancer har ökat under de senaste årtiondena. I Sverige svarar sjukdomen för drygt en fjärdedel av all cancersjuklighet bland kvinnor (25). Man räknar med att ungefär var tionde kvinna kommer att drabbas av bröstcancer. Så mycket som drygt 40 procent av alla kvinnor som drabbades av cancer på Åland år 2001 insjuknade i bröstcancer. Det är dock skäl att ta i beaktande att vid en så liten population som Ålands kan det bli stora fluktuationer från år till år (figur 6:1) (26).

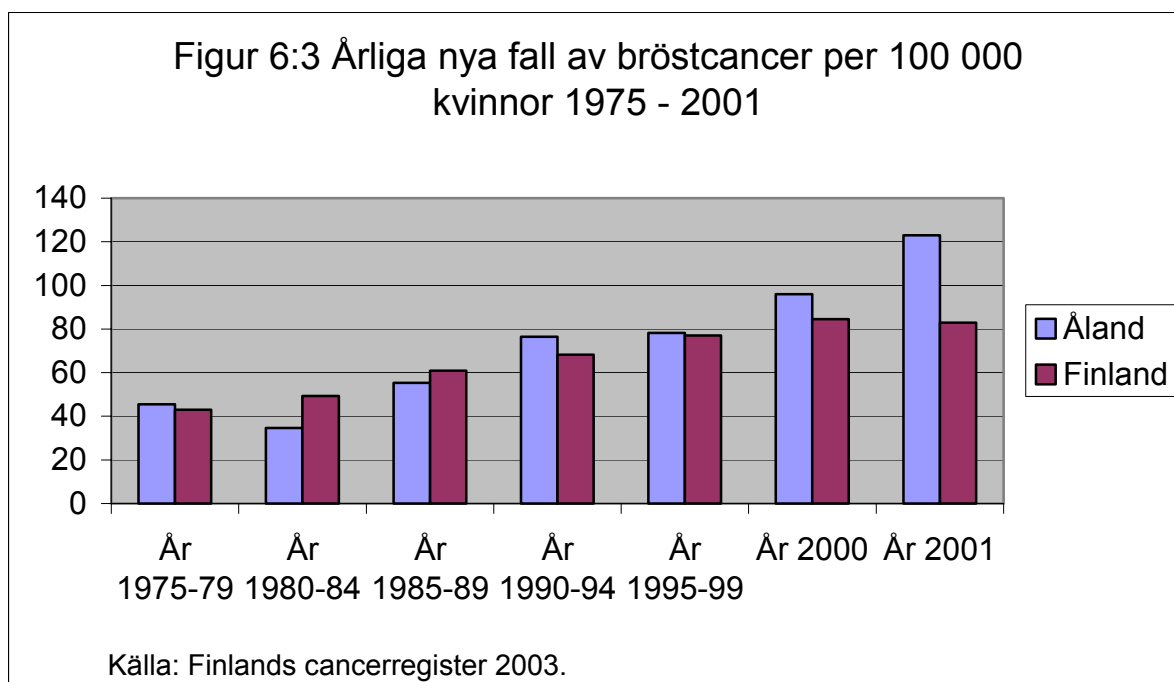


De flesta nya fall av bröstcancer upptäcks bland kvinnor från 50 år och uppåt, men redan bland 30-40-åriga kvinnor diagnostiseras bröstcancer (2). Under åren 1995-1999 avled i medeltal 4 kvinnor årligen på Åland med diagnosen bröstcancer, år 2000 var antalet 4 och 2001 hade 2 kvinnor denna diagnos som dödsorsak (26). Mammografiscreeningen är viktig för tidig diagnos av bröstcancer och på Åland kallas samtliga kvinnor i åldern 50 – 70 år till mammografi vartannat år. Självundersökning av bröstet är en annan metod för tidig upptäckt. Under åren 1999-2001 pågick ett projekt riktat till alla åländska kvinnor 20 år och äldre, där man intensifierade undervisningen av självundersökning av bröstet. Projektet drevs av

Cancerföreningen på Åland, ÅHS primärvård, ÅHS mammografienhet, Ålands Marthadistrikt och PROmama rf. Av totalt 9 911 kvinnor i den åldersgrupp man riktade sig till deltog 1 896, vilket utgör 18 procent.



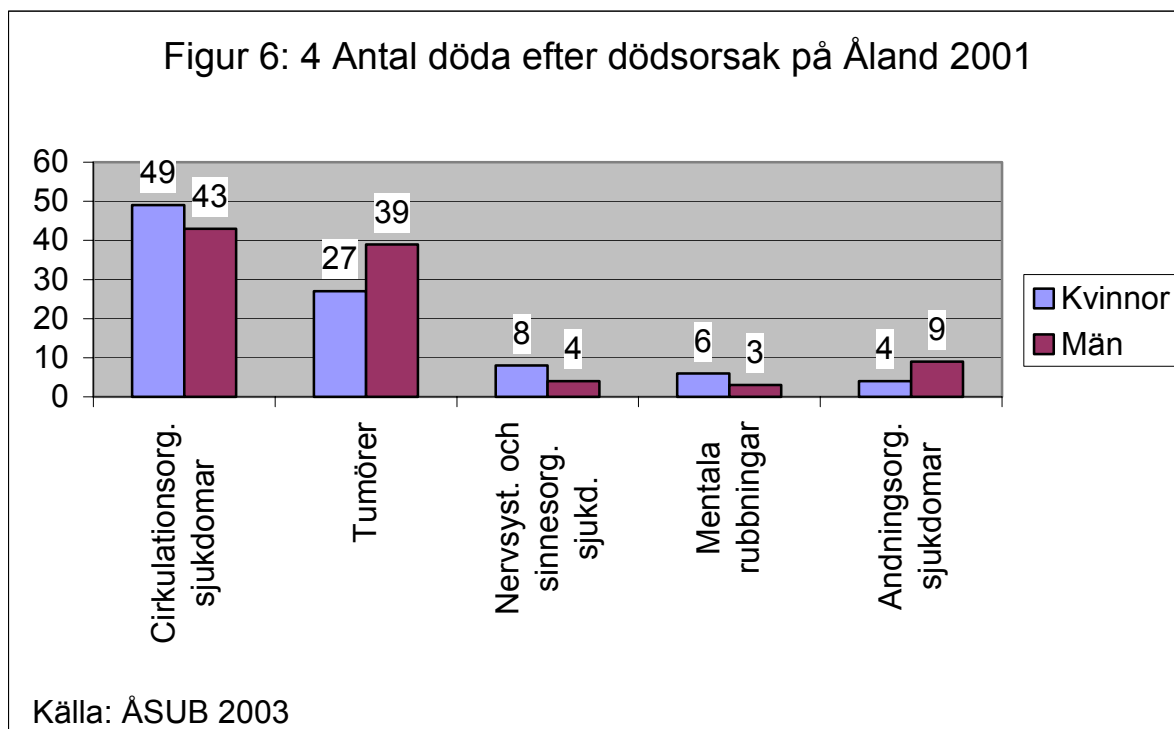
Under perioden 1980-1984 diagnostiserades årligen i medeltal 7 nya fall av bröstcancer hos kvinnor på Åland. Under en tjugofemårsperiod har en stadig ökning ägt rum och år 2001 var antalet nya fall 28 stycken (figur 6:2)



Under de senaste åren har antalet nya fall av bröstcancer per 1 000 kvinnor legat högre på Åland än i hela Finland (figur 6:3)³.

Vid behandling av bröstcancer opererar man idag i de flesta fall bara bort den del av bröstet där tumören finns, under förutsättning att den är mindre än 3-4 cm i diameter och ingen misstanke om spridning finns. Ingreppet kombineras i regel med strålbehandling mot den bröstkörtelvävnad som finns kvar på den opererade sidan. De kvinnor som genomgår en bröstoperation för att avlägsna cancertumörer bör få stöd och hjälp att få en fungerande yttre protes eller plastikoperation. (27).

De flesta kirurgiska ingrepp p.g.a. bröstcancer hos åländska kvinnor görs idag vid Ålands centralsjukhus. I de fall strålbehandling blir aktuell remitteras patienten till Åbo (någon gång till Uppsala) och många kvinnor flyger t/r dagligen under behandlingstiden. Bröstprotes fås kostnadsfritt för kvinnan via Ålands Cancerförening mot betalningsförbindelse. Även kostnaderna för rekonstruktiv bröstkirurgi ersätts samt kostnader för peruk vid håravfall i samband med cytostatikabehandling. Cancerföreningen kan erbjuda hjälp med utprovning av peruk. Cancerföreningen på Åland ordnar vattengymnastik en gång i veckan för kvinnor som opererats för bröstcancer, något som även har stor social betydelse för de opererade kvinnorna



³ Åldersstandardiserat enligt världspopulationen

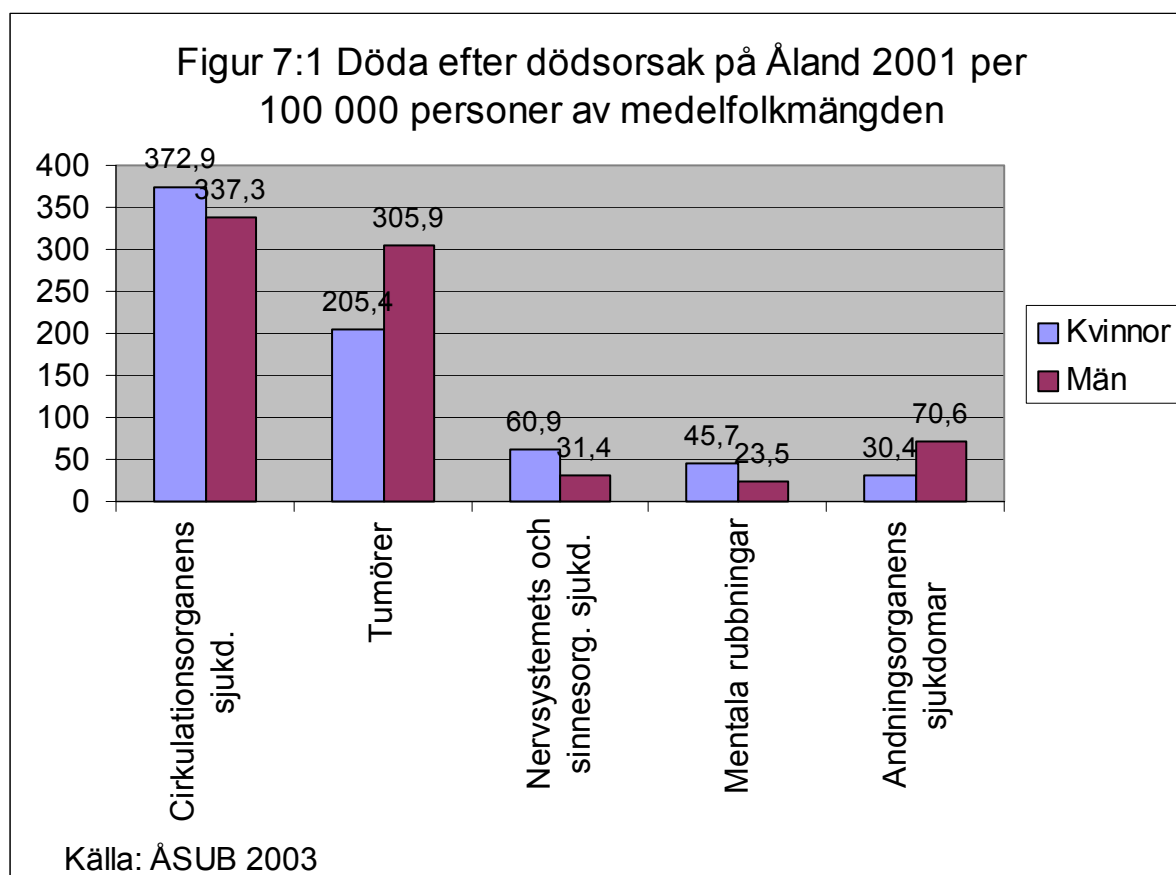
År 2001 var tumörer den nästvanligaste dödsorsaken bland kvinnor på Åland, den vanligaste dödsorsaken var sjukdomar i cirkulationsorganen (figur 6:4) (1).

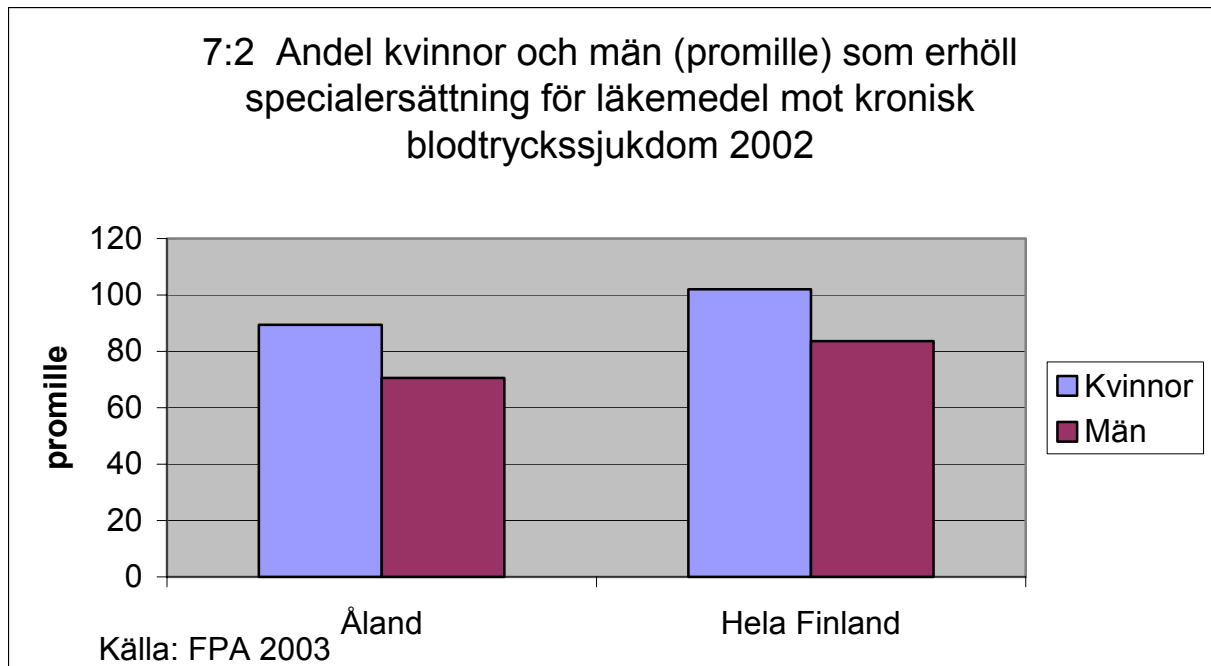
7. KVINNOR OCH HJÄRT- OCH KÄRLSJUKDOMAR

Enligt svenska undersökningar är en tredjedel av dem som drabbas av hjärtinfarkt kvinnor. Männerna är norm i forskningen även om det är stora skillnader mellan kvinnor och män när det gäller symtom, diagnostik och vård. Skillnaden i symtombild är speciellt märkbar hos yngre kvinnor som får inslag av andfåddhet, illamående och besvär man vanligtvis inte förknippar med hjärtinfarkt. Den psykosociala stressen har stor betydelse för risken att drabbas av hjärtinfarkt när det gäller kvinnor. En kombination av stress hemma och på jobbet är viktigare för utlösande av hjärtinfarkt och förträngningar i kranskärnen hos kvinnor än hos män.

Normalt sett får kvinnor hjärtinfarkt tio år senare än männen och drabbas oftast efter 60-årsåldern (28).

Andelen kvinnor på Åland som avled i sjukdomar i cirkulationsorganen år 2001 var högre än andelen män, 372,9 per 100 000 personer av medelfolkmängden för kvinnor jämfört med 337,3 för män (figur 7:1).





År 2002 erhöll 1 195 kvinnor och 916 män specialersättning för läkemedel mot kronisk blodtryckssjukdom. Jämfört med hela landet var andelen av befolkningen som erhöll specialersättning lägre på Åland, både när det gäller kvinnor och män (figur 7:2).

8. KVINNOR OCH ÖVERVIKT

Övervikt och framför allt fetma är ett snabbt ökande hälsoproblem i västvärlden. Fler än hälften av dem som klassificeras med fetma finns, enligt WHO, i utvecklingsländerna. Fetma är en sjukdom som beror på en blandning av många olika saker, bland annat ärftlighet, livsstil, miljö och kultur. Fetma ökar risken för att dö i förtid och påverkar risken att drabbas av sjukdomar som till exempel:

- högt blodtryck
- diabetes typ 2
- blodfettssrubbnings
- åderförkalkning
- gallsten
- förfettnings av levern
- astma
- snarkproblem och sömnapné
- förslitningsskador i leder
- cancer i livmoder, äggstockar och bröst
- cancer i tjocktarm, njurar, gallblåsa, lever och bukspottkörtel
- infertilitet, det vill säga oförmåga att få barn (29, 30)

Kraftig övervikt och fetma kan medföra negativ inverkan på livskvaliteten också i psykisk mening. Studier visar att överviktiga och feta människor diskrimineras och många har svårigheter att få arbete på grund av sin vikt. (31)

Övervikt och fetma leder till omfattande kostnader för samhället. Statens beredning för medicinsk utvärdering i Sverige menar att de direkta sjukvårdskostnaderna för fetma och följsjukdomar till fetma kan utgöra omkring två procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvården. Därtill kommer indirekta kostnader på grund av sjukfrånvaro och förtidspensioner, som är minst lika höga som de direkta sjukvårdskostnaderna. (32)

Det finns olika sätt att mäta fetma. De vanligaste indirekta metoder som används för att uppskatta om individen är överviktig eller inte är Body-massindex (BMI), kvoten höft/midja samt midjemått. Metoderna redovisas i tabell 8:1

Tabell 8:1 Mätmetoder för övervikt och fetma

Mätmetod	Vad mäter metoden	Hur beräknas måttet	
BMI index)	Grad av övervikt/fetma Förhållandet mellan kroppsvikt och längd	vikt (kg) BMI= $\frac{\text{längd}^2 \text{ (m)}}{\text{m}^2}$	90 kg ex. BMI= $\frac{90 \text{ kg}}{1,7 \text{ m} \times 1,7 \text{ m}} = 31 \text{ kg/m}^2$
Midja- höftkvot (midja/stussmått)	liserat. fång i förhållande till höftomfång. Bukfetma	midjemått (cm) stussmått (cm)	Midjemått mäts stående efter utandning, mitt emellan nedersta revbenskammen och höftkammen. Mätningen görs på morgonen innan frukost. Höftomfånget mäts över vidaste delen över stussen/skinkorna.
Midjemått (bukomfång)	kfett. Fettet inne i och utanpå		

Källa: Åtgärder mot fetma, 2002, Statens folkhälsoinstitut

WHO definierar olika grader av övervikt efter BMI. Fetma definieras som BMI över 30 och kan delas in i olika underklasser beroende av fetma (tabell 8:2) (30).

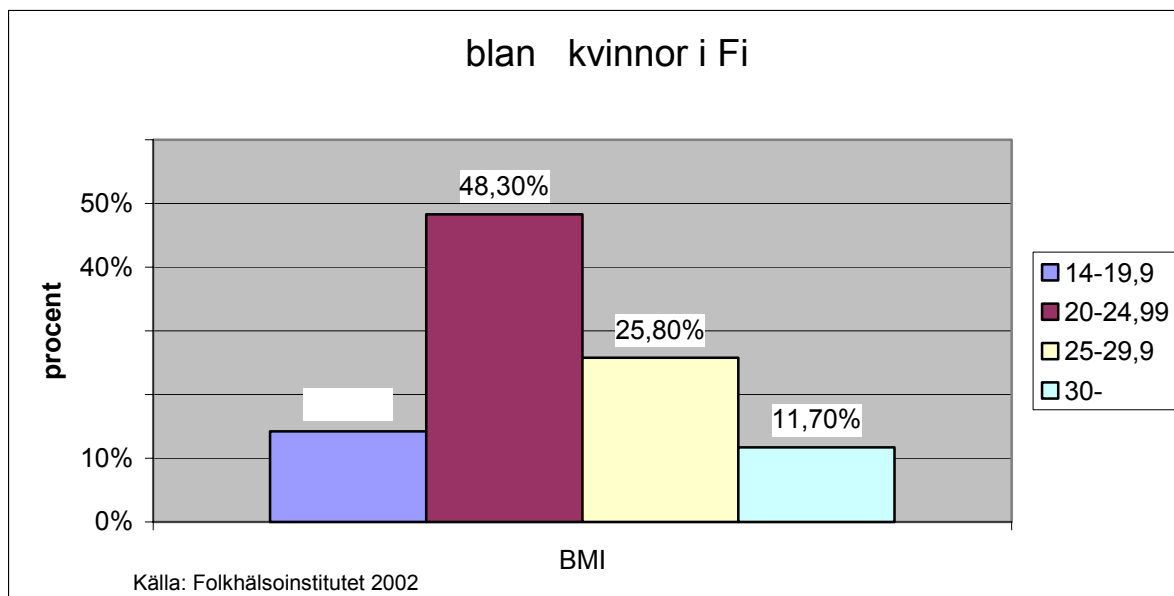
Tabell 8:2 Klassifikation av övervikt och fetma (enligt WHO 1997)

Klassifikation	(alternativ benämning)	BMI (kg/m ²)	Hälsorisk
Undervikt		< 18,5	Riskerna varierar beroende på orsak till undervikten
Normalvikt		18,5 – 24,9	Normalrisk
Övervikt		25 – 29,9	Lätt ökad
Fetma	Obesitas/kraftig övervikt	≥ 30	Måttlig till mycket ökad
Fetma klass I	Fetma	30,0 – 34,9	Måttligt ökad, ökad risk
Fetma klass II	Kraftig/svår fetma	35,0 – 39,9	Hög, kraftigt ökad risk
Fetma klass III	Extrem fetma	≥ 40	Mycket hög, extrem riskökning

Källa: Statens folkhälsoinstitut, 2002

För kvinnor utgör en midja/stusskvot på $\geq 0,8$ eller ett midjemått på ≥ 80 cm en ökad risk och ett midjemått på ≥ 88 cm en mycket ökad risk för metabola komplikationer.

I Finland har 37,5 procent av kvinnorna och 54,7 procent av männen ett BMI-värde som överstiger 25. Drygt en fjärdedel av kvinnorna är överviktiga (BMI 25-29,9) och nästan tolv procent kraftigt överviktiga (BMI \geq 30) enligt Folkhälsoinstitutet i Finland 2002 (figur 8:1)



I Sverige har under de två senaste decennierna andelen kvinnor i åldern 16-74 år med övervikt ökat från 21 till 26 procent och andelen kvinnor med fetma har ökat från 5 till 9 procent av befolkningen. (30). Totalt har 35 procent av kvinnorna och 47 procent av männen i Sverige ett BMI-värde som överstiger 25.

Undersökningar i både Finland och Sverige visar ett starkt samband mellan utbildningsnivå och övervikt. Övervikt och fetma är vanligare bland lågutbildade män och kvinnor jämfört med högutbildade, ett undantag är gruppen män med 10-12 års utbildning i Finland, där andelen är något lägre än hos gruppen med 13 år eller längre utbildning. (30, 33)

Tabell 8:3 Andel kvinnor och män i Finland med övervikt (BMI \geq 25) enligt utbildningsnivå

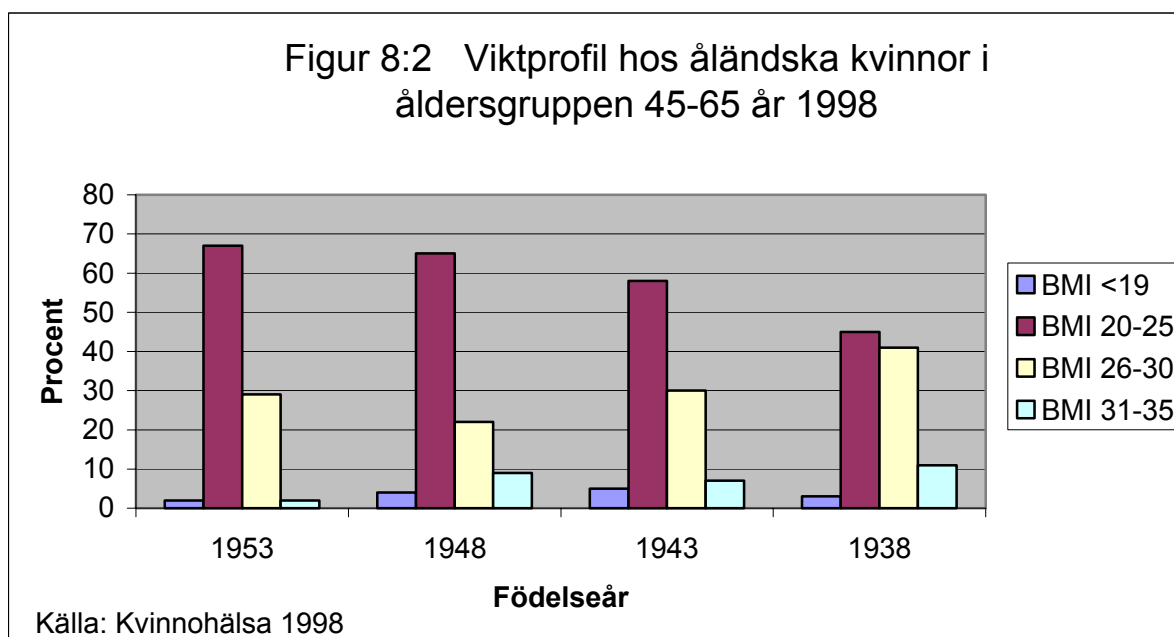
<i>Utbildning</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>
0-9 år	46 procent	64 procent
10-12 år	39 procent	49 procent
13 år eller mera	33 procent	54 procent

Källa: Statens folkhälsoinstitut 2002

En undersökning i Sverige 1996-1997 visade att 38,2 procent av de lågutbildade kvinnorna hade övervikt (BMI ≥ 25), jämfört med 24,1 procent av de högutbildade. Motsvarande siffror för män var 50,1 för lågutbildade och 38,6 för högutbildade. (30).

Kvinnors fetma skiljer sig från mäns. Hos kvinnor lägger sig fett oftast i underhuden på höfter och stjärt och är mindre farligt än hos männen, där fett lägger sig runt midjan och inne i bukålan. Risken för övervikt och fetma är större under vissa perioder i livet för kvinnan, till exempel under och efter en graviditet och i samband med klimakteriet. (29)

Uppgifter om omfattningen av övervikt och fetma hos den åländska befolkningen saknas. Inom ramen för projektet kvinnohälsa 1998 undersöktes BMI på de kvinnor som deltog i undersökningen. Bland kvinnorna födda 1938 hade drygt 40 procent övervikt och drygt tio procent kraftig övervikt. (Figur 8:2)



9. VÅLD MOT KVINNOR

Våld mot kvinnor är ett av de grävsta brotten mot jämställdhet och mot grundläggande mänskliga rättigheter. Våld mot kvinnor är en hälsopolitisk och kriminalpolitisk fråga tillika som det är både ett samhälls och individuellt problem.

”Begreppet våld mot kvinnor innefattar varje våldshandling som är baserad på kön och som sannolikt resulterar i, eller resulterar i fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, inklusive hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckliga frihetsberövanden, vare sig det sker i det offentliga eller privata livet”

Våld mot kvinnor kan till sin karaktär vara fysisk, sexuell, materiell eller psykisk. Misshandeln kan ta sig olika uttryck i form av verbala trakasserier, ekonomiska restriktioner, knuffar och slag, påtvingade sexuella handlingar, materiellt våld, överfall eller hot med dödliga vapen samt olika sorts kränkning och förnedring.

Våldet har inga gränser det vill säga mäns våld mot kvinnor förekommer i alla kulturer, åldrar och i alla socioekonomiska grupper.

Undersökningar i olika länder visar samstämmiga resultat av ett utbrett och till stor del dolt våld mot kvinnor i nära relationer.

Siffrorna i olika länder pekar också på att våld mot kvinnor är långt ifrån ett marginellt problem.

Den finska undersökningen om kvinnors våldsutsatthet omfattade 4955 kvinnor i åldern 18-74 och visade att 22 % av alla samboende eller gifta kvinnor hade utsatts för fysiskt, psykiskt våld eller hot om våld av sin partner (34).

Den åländska undersökningen Våld i parförhållanden (1999) visar på liknande resultat.

Tabell 9:1 Anmälningar till Ålands polismyndighet 2000-2002

Brott mot kvinna	2000	2001	2002
Olaga hot	23	34	18
Misshandel	48	64	47
Våldtäkt	4	6	4
Hemfridsbrott	7	31	21

Källa: Ålands polismyndighet

Den första omfångsundersökningen i Sverige (2001) av våld mot kvinnor visar att våldet är utbrett och frekvent, liksom att våldet finns överallt. Kvinnor har inga "frizoner" i det "jämställda" Sverige (35).

Nästan hälften av Sveriges kvinnor, 46 %, har utsatts för våld av en man efter sin femtonårs dag och nästan var tredje kvinna före hon fyllde femton. Hälften av kvinnorna har utsatts för våld under den senaste femårsperioden (35).

Resultaten visar på klara samband mellan olika former av våld, mellan hot, fysiskt och sexuellt våld. Uppfattningar om hot som "bara hot" kan genom undersökningen tillbakavisas. Nästan var tredje kvinna i den svenska undersökningen har utsatts för våld av en man hon aldrig haft en parrelation till och för hälften av kvinnorna har det då handlat om grövre sexuellt våld.

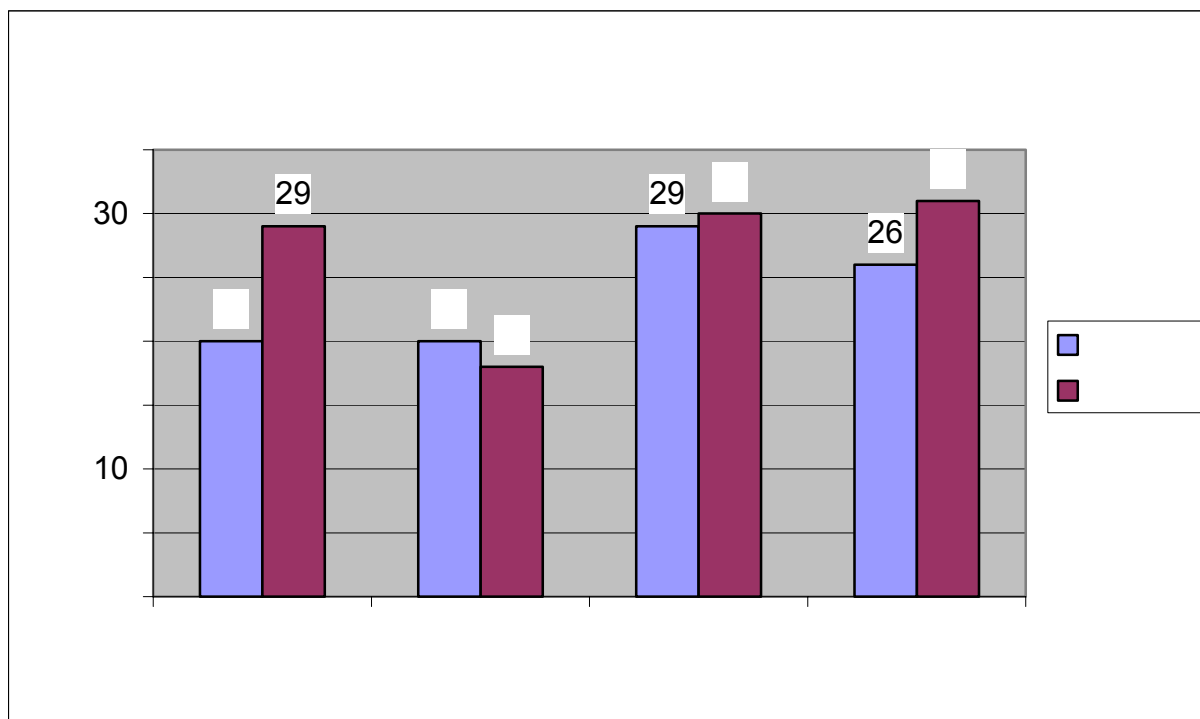
Alla övergrepp innehåller olika mått av psykiskt våld och hos de flesta utsatta kvinnor finns en stor rädsla att inte bli trodda. De är känsliga för attityder och det sätt på vilket de bemöts. Dessa kvinnor är stora vårdkonsumenter och döljer många gånger de egentliga orsakerna till ett besök hos läkare och försöker på olika sätt bortförklara sina synliga skador. Hjälpbehoven varierar beroende på kvinnans allmänna livssituation och på svårighetsgraden och intensiteten i kränkningarna och övergreppen liksom på om det finns barn i relationen. Enligt leg. psyk. Marius Råkil, vid Alternativ till Vold i Oslo, har 60% av alla kvinnor som uppsöker mentalvården varit utsatta för våld eller lever i förhållanden som innehåller olika mått av våld (36).

Kvinnor som utsatts för våld, övergrepp och kränkningar har rätt att kräva adekvat hjälp från berörda myndigheter. Detta betyder att berörda myndigheter måste utveckla metoder att möta, ta hand och behandla våldsutsatta kvinnor. Arbetet med kvinnorna skall ske i ett kvinnoperspektiv som innebär att man skall ha kunskap om och förståelse för kvinnors situation i samhället och kunna utgå från den enskilda kvinnans behov. Personalen skall möta kvinnan professionellt. Detta kräver kunskap om egna värderingar och attityder – att inte överordna sig och tro sig veta bättre än kvinnan vad som är bäst för henne. Det gäller att våga fråga om någon betett sig kränkande och utsatt henne för övergrepp om hon inte själv tar upp saken. Att kunna lyssna och tro på henne om hon själv väljer att avslöja sin historia är avgörande. (59)

10. KVINNOR OCH TOBAKSVANOR

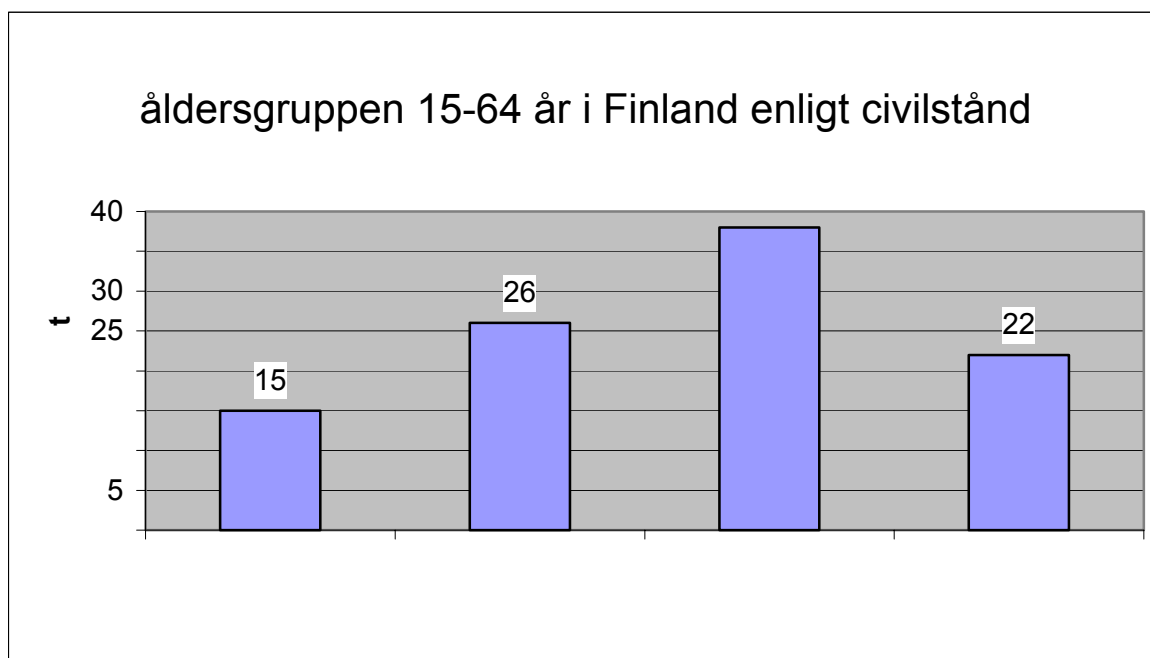
Tobaksrökning orsakar eller förvärrar många sjukdomar, bland annat cancer i lungor, mage, lever, näsa, mun, luftstrupe, matstrupe, svalg, bukspottskörtel, njurar, urinblåsa samt blodcancer. Även risken för hjärtinfarkt, kärlkramp, slaganfall, benskörhet, kronisk obstruktiv lungsjukdom, långvarig luftvägsinflammation, lungtuberkulos, utbuktning på stora kroppspulsådern, andra sjukdomar i kroppens blodkärl, blödning i hjärtats hinnor, inflammation i tandköttet, sår i magen och på tolvfingertarmen samt Crohns sjukdom orsakas eller förvärras av tobaksrökning (18).

I Sverige har man undersökt rökvanorna sedan år 1946, då hälften av männen rökte men bara nio procent av kvinnorna. På 1970-talet nådde kvinnorna sin röktopt, med 32 procent. 1989 gick kvinnorna om männen, och fler kvinnor än män rökte fram till år 1999 då 19 procent av både kvinnor och män rökte (37). I Finland rökte 18 procent av kvinnorna och 36 procent av männen dagligen åren 1978 – 1981. Andelen dagligrökare bland kvinnor har ökat under en tjuugoårsperiod, och var 20 procent år 2002 medan andelen bland män har minskat till 28 procent (33).

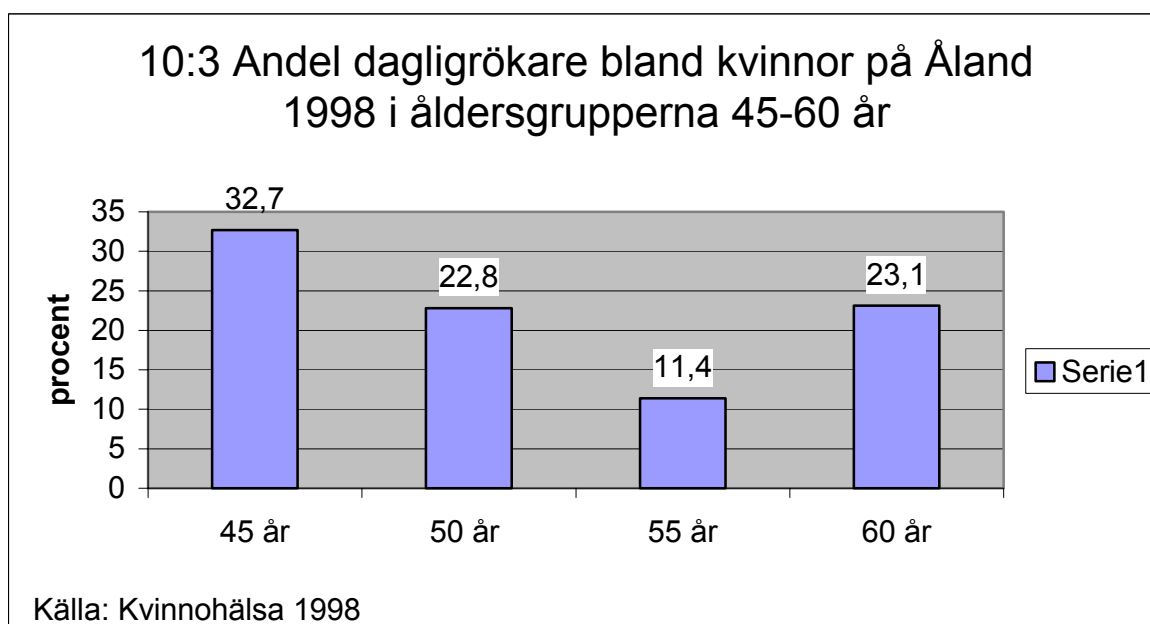


Jämfört med övriga nordiska länder är andelen kvinnor som röker i Finland lika stor som i

Sverige, men betydligt lägre än i Danmark och Norge. Finland har den största skillnaden när det gäller andel rökande bland kvinnor jämfört med andelen bland män (figur 10:1).⁴



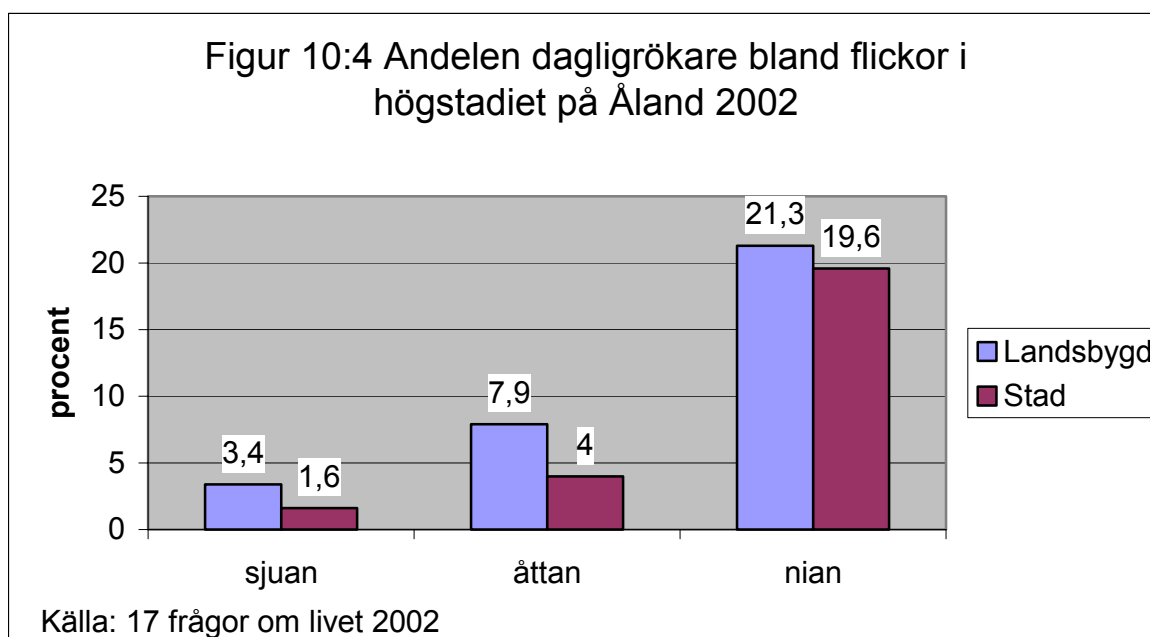
Undersökningar visar att kvinnor som är frånskilda röker betydligt mera än gifta, ogifta och änkor. Mer än dubbelt så stor andel av frånskilda kvinnor röker jämfört med gifta (figur 10:2) (33).



⁴ Finland 15-64 år, Sverige 16-84 år, Norge 16-74 år, Danmark 13+ år

Vetenskapliga studier över rökvanor hos vuxna på Åland saknas, men i samband med Papaundersökningen 1998 gjordes en enkätstudie om hälsobeteende där frågor om rökning ingick. I undersökningen, där 167 kvinnor (45-, 50-, 55- och 60-åringar) folkbokförda i Mariehamn deltog, framkom att andelen dagligrökare var högst bland 45-åringarna. Nästan en tredjedel av kvinnorna i denna åldersgrupp rökte dagligen, jämfört med 11,4 procent av kvinnorna i åldersgruppen 55 år. (figur 10:3) (38).

I fältarnas undersökning ”17 frågor om livet” ingår frågor om tobaksrökning. Undersökningen visar att högstadiel elever från landsbygdskommunerna röker i högre grad än motsvarande åldersgrupper i staden. I årskurs 7 och 8 är det dubbelt så många flickor på landsbygden som röker jämfört med i Mariehamn, medan skillnaden så gott som utjämnats i åk 9, där cirka 20 procent av flickorna röker i såväl staden som på landsbygden (figur 10:4) (39).



Rökning under graviditeten har negativa effekter på fostret, t ex försämrad fostertillväxt och ökad risk att födas för tidigt. Forskning har visat att spädbarns och större barns hälsa påverkas av passiv rökning, risken för plötslig spädbarnsdöd ökar liksom risken för barnastma och infektioner i luftvägar och mellanöra. Det är alltså ett angeläget mål inom den förebyggande hälso- och sjukvården att minska rökning bland gravida kvinnor och småbarnsföräldrar.

År 2001 rökte 11 procent av de gravida kvinnorna i Sverige, vilket är en minskning från år 2000 då andelen rökare var 12 procent. Om man jämför med 1983, då 31 procent av de

gravida rökte är minskningen markant. Flera forskningsrapporter har visat att rökande gravida kvinnor och mödrar underrapporterar sin användning av tobak. Anledningen till detta är att tobaksrökning ofta uppfattas som förkastligt (40).

11. KVINNOR OCH ALKOHOLVANOR

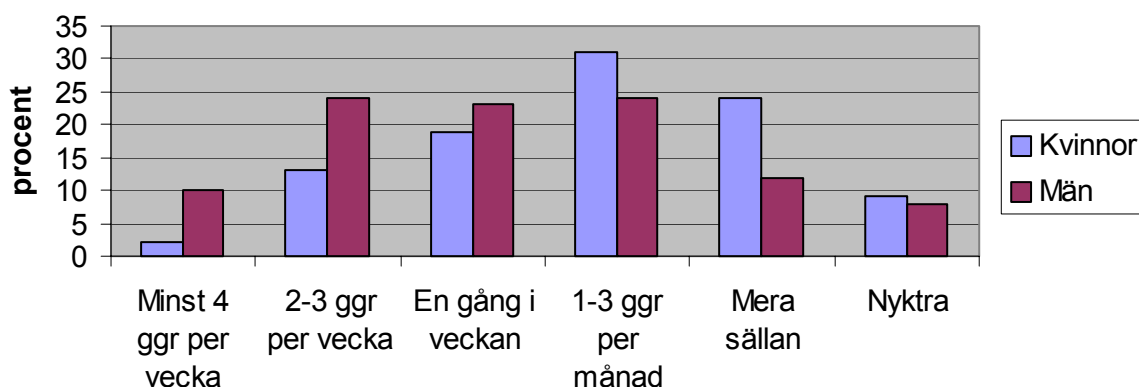
Strukturen för alkoholkonsumtionen i Finland har förändrats sedan mitten av 1970-talet. Konsumtionen av vin och öl har ökat medan konsumtionen av starksprit i början av perioden minskade, men de senaste årens siffror visar åter en ökning av starkspritskonsumtionen. Den totala alkoholkonsumtionen per invånare 15 år och äldre var 9,5 liter 100 procentig alkohol år 1990, år 1996 hade konsumtionen sjunkit till 8,2 liter, medan den år 2002 hade stigit till 9,2 liter (41). I Sverige var konsumtionen år 2002 6,9 liter 100 procentig alkohol per invånare 15 år och äldre (42). Det är svårt att uppskatta konsumtionen endast på basen av försäljningsstatistik, man vet att det finns ett mörkertal beroende på bl.a. hemtillverkning och ”tax-free”-köp. I Sverige har man i en undersökning kommit fram till att den oregistrerade alkoholkonsumtionen hade ökat från 5 procent 1989 till 27 procent 1997. Man kan anta att en betydande del av den åländska alkoholkonsumtionen inte kommer fram i statistiken, och att den verkliga konsumtionen är mycket större än försäljningssiffrorna anger.

Fastän könen närmast sig varandra när det gäller alkoholkonsumtion dricker fortfarande kvinnor i Sverige mindre än hälften av den mängd alkohol männen konsumerar. Förklaringen är dels att kvinnans kropp tål mindre alkohol än mannens och dels att effekten av alkohol kommer snabbare för kvinnan jämfört med en man i samma viktklass. Men det finns även ett normsystem som accepterar manligt drickande mera än kvinnligt. Traditionellt har kvinnans nykterhet setts som en viktig stabiliserande funktion för familj och samhälle (46).

Hög alkoholkonsumtion motsvarar 20 gram 100 procentig alkohol eller mer per dag för kvinnor. Det motsvarar 2,5 flaskor vin eller mer per vecka. För män motsvarar hög alkoholkonsumtion 30 gram eller mera per dag. Medelkonsumtion för kvinnor motsvarar mer än 9 gram och mindre än 20 gram per dag (mer än 1 men mindre än 2,5 flaskor vin per vecka). Låg konsumtion för kvinnor motsvarar 9 gram eller mindre per dag (1 flaska vin eller mindre per vecka) (37).

Enligt Stakes (2003) var 8 procent av männen och 9 procent av kvinnorna i Finland nyktra år 2000 (Figur 11,1) (41). Enligt tidigare undersökningar som gjorts, har man kunnat konstatera att en mindre andel kvinnor på Åland är nyktra jämfört med hela landet. Bland 50-69-åriga kvinnor 1995 uppgav endast 12 procent av de åländska kvinnorna att de var nyktra jämfört med 35 procent för hela landet (42).

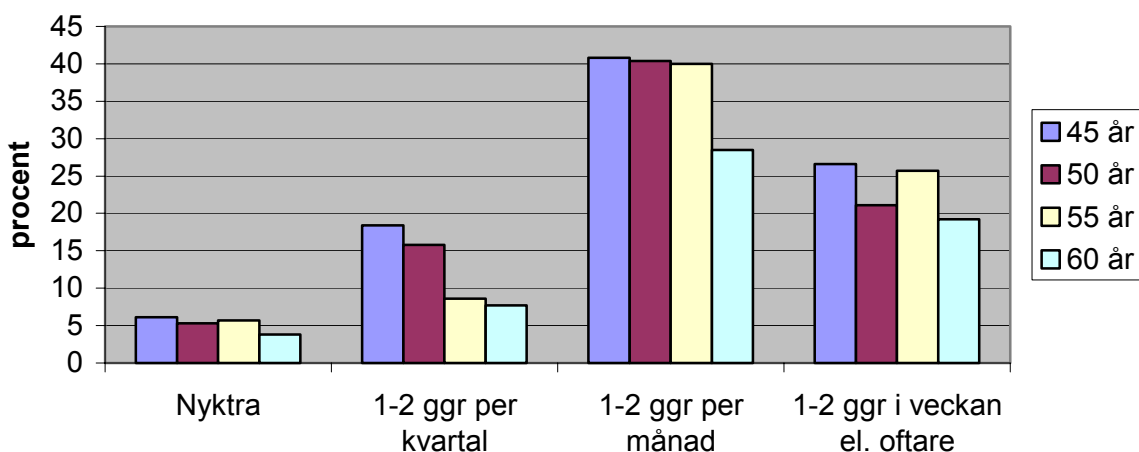
Figur 11:1 Frekvensen av 15-69 åriga finländares alkoholkonsumtion år 2000



Källa: Stakes 2003

Vid en enkätundersökning bland 45 – 60-åriga kvinnor år 1998, som deltog i massundersökningen för screening av livmoderhalscancer, framkom att andelen nyktra kvinnor ytterligare minskat. Speciellt iögonenfallande är den låga andelen nyktra bland 60-åriga kvinnor, endast 3,8 procent. Men även om den äldsta åldersgruppen har minst nyktra så dricker man mindre ofta i snitt än i de övriga (figur 11:2 (38)). I Sverige visar en rapport från Statens folkhälsoinstitut att alkoholkonsumtionen har ökat med 18 procent mellan 2000 och 2002. Bland kvinnor i åldern 50-75 år ökade andelen storkonsumenter under perioden 1998-2002 med 150 procent (43).

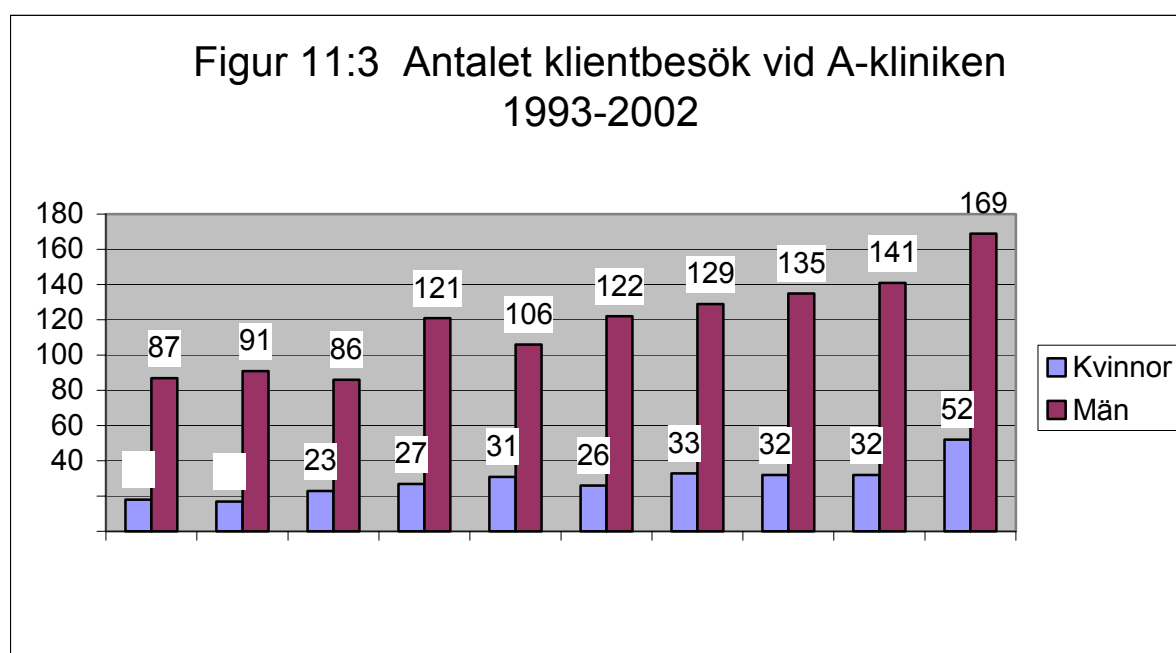
Figur 11:2 Frekvensen av åländska kvinnors alkoholkonsumtion 1998. 45-60 år



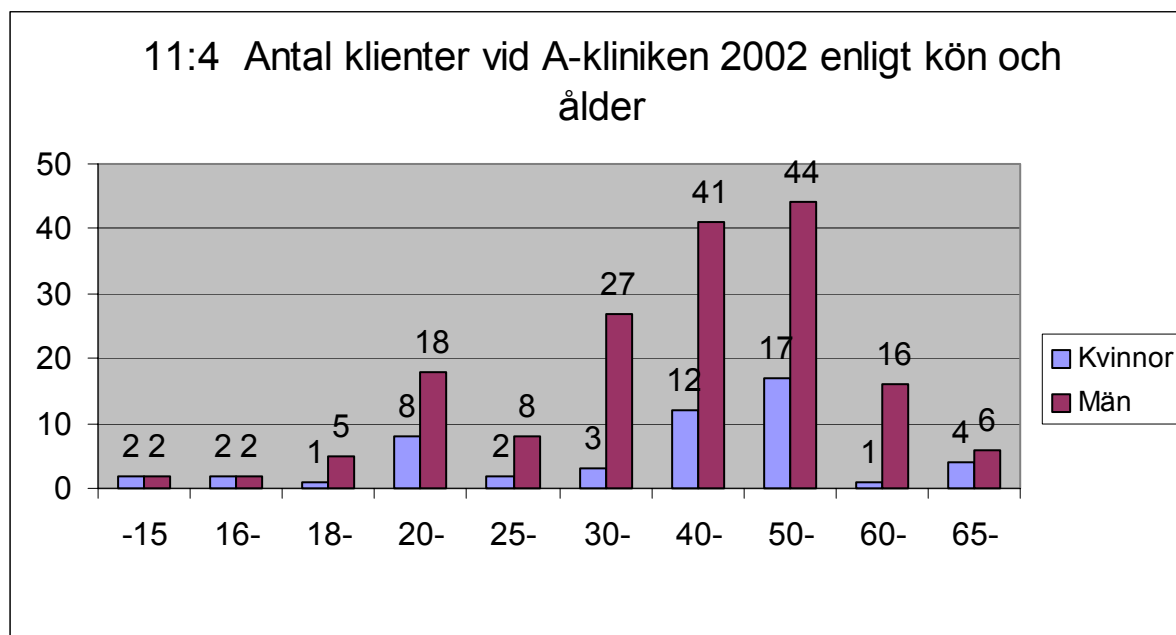
Källa: Kvinnohälsa 1998

Flera jämförande befolkningsstudier visar att alkoholberoende hos kvinnor delvis är kopplat till andra bakgrundsfaktorer än hos män. Män lyfter oftare fram stress och höga krav i arbetet som en bidragande orsak till överkonsumtion, medan privatlivet är ett vanligt återkommande tema för kvinnor. En studie visade att kvinnor som hade svårt att prata om känslor med sin partner och ofta bråkade om praktiska saker med honom löpte sex gånger så stor risk att utveckla alkoholmissbruk som kvinnor i harmoniska äktenskap. Sannolikheten för missbruksproblem ökade också om kvinnan utsattes för sårande behandling och kände att maken inte uppskattade henne som partner. Många kvinnor med missbruksproblem hade också en make som missbrukade. Det är tre gånger vanligare att kvinnliga alkoholmissbrukare har en alkoholiserad partner än bland kvinnor i stort (47). Forskning visar också att män som lever i förhållanden där det förekommer mycket alkohol ofta ökar sin konsumtion efter en skilsmässa, medan kvinnorna mår bättre och drar ner på drickandet (44).

Till A-kliniken i Mariehamn kan personer med missbruksproblem från hela Åland och deras anhöriga vända sig för att få stöd och hjälp. År 2002 besöktes A-kliniken av totalt 221 klienter (figur 11:3), varav 172 p.g.a. alkoholmissbruk, 30 p.g.a. narkotikamissbruk, 4 klienter missbrukade mediciner, 10 klienter p.g.a. blandmissbruk och 5 klienter p.g.a. spelmissbruk.



Hälften av klienterna vid A-kliniken var i åldersgruppen 40-59 år och mindre än en fjärdedel var kvinnor (figur 11:4)(45).



Flera studier visar att vissa allvarliga alkoholrelaterade skador blir svårare och uppstår efter kortare tids intag av mindre mängder alkohol hos kvinnor än hos män. Det gäller till exempel lever-, hjärn- och hjärtmuskelskador. Kvinnors alkoholvanor i Europa och hela västvärlden har förändrats sedan 1950-talet. Bland yngre individer är berusningsdrickandet lika vanligt hos flickor och pojkar, men flickor dricker totalt sätt ungefär hälften så mycket som pojkar.

Fram till 1970-talet var kunskapen om alkoholens inverkan på fostret under graviditeten så gott som obefintlig. Idag vet vi att när en gravid kvinna dricker alkohol så förs alkoholen via moderkakan direkt in i fostrets blodbanor. Efter bara några minuter är alkoholkoncentrationen i fostrets blod lika hög som i moderns. Fetalt alkoholsyndrom (FAS) hos barn är en allvarlig konsekvens av ett omfattande drickande under graviditeten. Skadorna är bestående och utgörs av tillväxthämning, fysiska missbildningar och missbildningar i centrala nervsystemet som leder till olika grader av begåvningshandikapp, uppmärksamhetsstörningar, hyperaktivitet, koncentrationsstörningar, dålig impuls kontroll med mera. Man har inte lyckats fastställa någon nedre gräns för ”riskfri” alkoholkonsumtion under graviditeten och därför får gravida kvinnor rådet att inte dricka någon alkohol alls. Några veckor intensivt festande förekommer även bland låg – mellankonsumenter idag, t.ex. på semesterresor. Man antar att risken att fostret utsätts för alkohol innan kvinnan vet om att hon är gravid ökar. Det är under den första

delen av graviditeten som organen anläggs och missbildningsrisken är som störst. Många kvinnor känner stor oro och skuld, men kan samtidigt ha svårt att ta upp det till diskussion vid besök på mödrarådgivningen(48, 49).

12. KVINNOR OCH NARKOTIKA

I Finland ansågs länge det isolerade geografiska läget utgöra en garanti för att inte drabbas av allvarliga narkotikaproblem. Detta ändrades under 1990-talet då narkotikaproblemen avsevärt ökade, speciellt gäller detta användandet av tunga droger bland ungdomar. I dag vet man att närheten till St. Petersburg och Tallin innebär en risk och att speciellt amfetamin och heroin kommer in i landet österifrån (50).

Kostnaderna för skadeverkningar av alkohol och narkotika har ökat från år till år. Till de direkta kostnaderna för skadeverkningar p.g.a. missbruk räknas utgifter för social- och hälsovårdstjänster, brottskontroll, egendomsskador samt förebyggande arbete och undersökningar (tabell 11:1).

Tabell 11:1 Kostnader för skadeverkningar av alkohol och narkotika i Finland 1998, 1999 och 2001

Kostnader för skadeverkningar miljoner euro	1998		1999		2001	
	Alkohol	Narkotika	Alkohol	Narkotika	Alkohol	Narkotika
Direkta kostnader	460-585	115-175	500-640	125-195	550-705	138-204
Kostnader för hälsovård	26,8%	18,0%	25,6%	17,7%	111-206	22-44
Kostnader för socialvård	17,7%	35,4%	18,7%	33,8%	106-118	45-50
Brottskontroll	37,7%	27,6%	36,9%	26,0%	219-253	41-54
Egendomsskador och övervakning förebyggande arbete och undersökning	17,8%	19,0%	18,7%	22,4%	114-127	30-56
Tillsammans	100%	100%	99,9%	99,9%		

Källa: Stakes 2003 Obs! Specificeringen av kostnaderna för 2001 i miljoner euro

De sammanlagda kostnaderna för social- och hälsovårdstjänster p.g.a. skadeverkningar av alkohol och narkotika var år 2001 drygt 40 procent av de direkta kostnaderna (51).

Alla undersökningar om narkotika som gjorts i Finland på 1990-talet visar att användningen av cannabis har varit mera allmän bland ungdomar, ogifta, ensamstående och högre utbildade. Från 1992 till 1998 ökade antalet som någon gång prövat cannabis nästan med det dubbla, för att år 2000 visa en liten minskning. Fram till år 1996 var det dubbelt så många män som

kvinnor som prövat cannabis, men undersökningarna från 1998 och 2000 visar att skillnaden har minskat (52). Även i den vuxna befolkningen i Sverige är det nästan dubbelt så många män som kvinnor som prövat narkotika. År 2000 hade 16 procent av männen och 8 procent av kvinnorna prövat narkotika någon gång. Motsvarande siffror för år 1990 var 10 procent för män och 5 procent för kvinnor (53). Stakes undersökning visar att det finns skillnader mellan könen när det gäller åsikter om hur allvarligt man ser på narkotikasituationen. Av kvinnorna anser 64 procent att problemet är mycket allvarligt, jämfört med 52 procent av männen (52).

Tabell 11:2 Andelen personer som någon gång under sin livstid prövat eller använt cannabis (i procent av undersökningsgruppen) enligt enkätundersökningar som gjorts bland befolkningen i Finland på 1990-talet.

	Droger och attityder 1992	Undersökning om dryckesvanor 1992	Nordisk undersökning 1993	Nordiska dryckesvanor 1996	Droger och attityder 1996	Enkät om droger 1998	Undersökning om dryckesvanor 2000
Män	6,2	5,8	9,8	8,3	9,7	12,1	11,7
Kvinnor	3,8	2,3	5,2	3,8	4,9	7,6	7,0

Källa: Stakes 2/2003

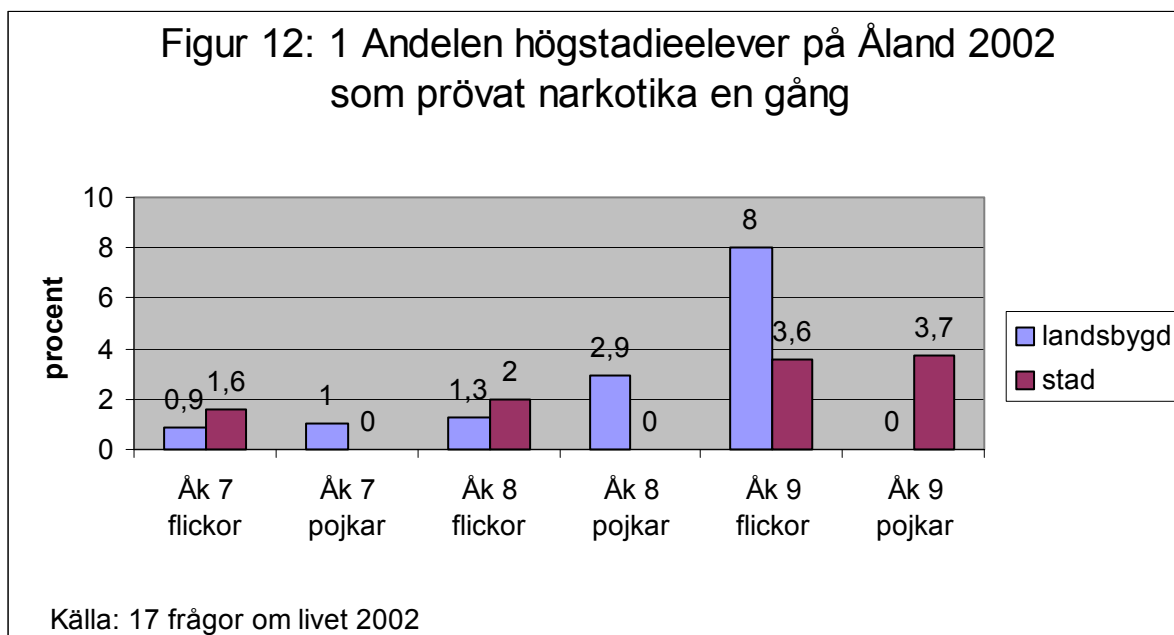
Andelen personer i Finland som någon gång prövat eller använt cannabis har i det närmaste fördubblats mellan 1992 och 2000 (tabell 11:2).

Gruppen som använder narkotika intravenöst i Finland är ganska homogen. Medelåldern för männen är 30 år och för kvinnorna 26 år. Det är oftast fråga om personer som använder flera olika typer av narkotika och vars livssituation är problematisk på många olika sätt. I Sverige utgörs inrapporterade tunga narkotikamissbrukare till största delen av män, 77 procent jämfört med 23 procent kvinnor. Medelåldern i hela gruppen uppgår till 35 år (52, 53).

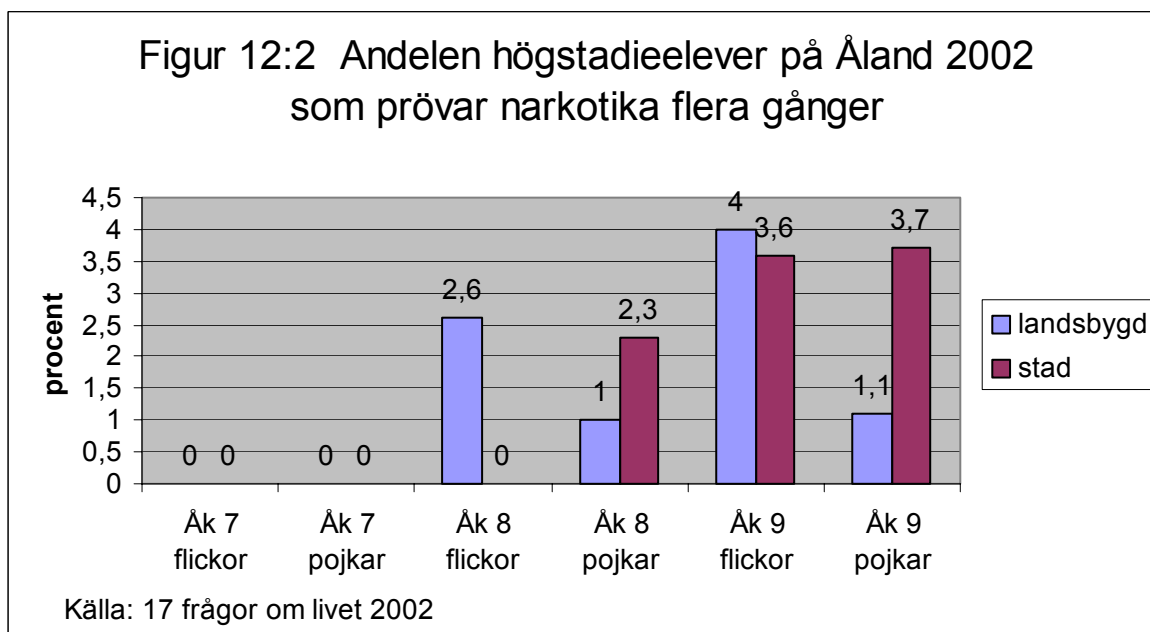
Eftersom förekomsten av narkotikamissbruk är betydligt mindre omfattande än förekomsten av alkoholmissbruk, är fosterskador på grund av narkotikamissbruk inte så vanliga. Det är svårt att få korrekt information eftersom det handlar om illegala droger, något som gör att det är mycket känsligt för kvinnan. Kvinnor som använder droger förknippas ofta med promiskuitet och prostitution, vilket gör dem dubbelt stigmatiserade (54). Det är ofta svårt att särskilja effekterna av narkotikamissbruk under graviditeten från effekterna av de svåra sociala förhållanden missbrukarna ofta lever under. Man vet idag inte lika mycket om de långsiktiga konsekvenserna på barnet som vid alkoholmissbruk. I USA, där mellan 8,5

procent och 30 procent av fertila kvinnor använder cannabis (beroende på vilken population som studerats) har man i undersökningar konstaterat skadeeffekter som prematur förlossning, tillväxthämning, komplikationer vid födelsen, missbildningar och beteendeeffekter (55).

Andelen elever i högstadiet på Åland som prövat narkotika någon gång ökade år 2002 i åk. 8 och 9 och framför allt bland flickorna på landsbygden i åk. 9, där andelen var 8 procent (fig. 12:1) jämfört med 2,5 procent år 1999-2000 (39, 56).



På landsbygden har dubbelt så många flickor i åk. 8 uppgivit att de prövat narkotika flera gånger jämfört med hur många som uppgivit att de prövat vid ett tillfälle (fig. 12:1 och 12:2)



INVANDRARKVINNOR OCH HÄLSA

Speciell uppmärksamhet bör fästas vid invandrarkvinnors hälsa. Enligt svenska undersökningar är deras hälsa sämre än totalbefolkningens. Den grupp som har den mest sårbara ställningen av alla i det svenska samhället och befinner sig i riskzonen för ohälsa är, enligt Socialstyrelsen, unga kvinnor med invandrarbakgrund. Under 1990-talet hade kvinnor födda utanför Sverige en sjukfrånvaro som låg nästan 65 procent över de infödda svenskarnas nivå, och det finns tecken på att andra generationens invandrarkvinnor har en ännu högre sjukfrånvarofrekvens än första generationens. Orsakerna till detta är än så länge mycket oklara, men ett antagande är att etnicitet resulterar i att invandrade kvinnor, via den sociala uppdelningen, kommer att arbeta under andra betingelser än vad kvinnor av svensk bakgrund gör, något som har betydelse för individernas hälsotillstånd (57).

Enligt Riksförsäkringsverkets statistik har både svenska män och kvinnor som bor i parförhållanden lägre sjukfrånvaro än ensamstående, medan motsatsen gäller för kvinnor med invandrarbakgrund. Andelen utlandsfödda ogifta kvinnor som förtidspensioneras eller sjukskrivs är lägre än andelen gifta eller tidigare gifta utlandsfödda kvinnor (57).

I en svensk studie bland invandrare från Chile, Polen, Iran och Turkiet konstaterades att svenskarna i allmänhet har bättre hälsa än invandrarna och bland invandrarna tycks kvinnor ha mellan en och en halv och tre gånger större risk än män att drabbas av ohälsa. Vanligt förekommande är sådana besvär som är arbetsrelaterade, som nedsatt arbetsförmåga, nedsatt rörelseförmåga och smärtor och värk i rygg. Även när det gäller psykisk ohälsa är sjukligheten större bland kvinnor än män, t.ex. uppger sig kvinnorna i större omfattning än männen lida av trötthet, sömnbesvär och ångslan, oro eller ångest.

De invandrarspecifika faktorer som förklarar en del av skillnaderna i ohälsa mellan svenskar och invandrare är:

- Dåliga kunskaper i svenska, som för vissa invandrargrupper innebär mer än dubbelt så stor risk för alla typer av ohälsa
- Att uppleva sig diskriminerad innebär dubbelt så stor risk för psykisk ohälsa jämfört med att inte uppleva sig diskriminerad (58).

Mellan åren 1986-2001 har sammanlagt 491 personer från länder utanför Norden invandrat till Åland. Största invandringen skedde åren 1997 (45 personer) och 2000 (53 personer). I stort sett samtliga invandrarkvinnor på Åland som önskar arbete har lyckats komma ut på arbetsmarknaden. I de enstaka fall där arbetssökande kvinnor inte kunnat erbjudas arbetsplats har orsaken varit bristande språkkunskaper eller analfabetism. I barnrika invandrarfamiljer har kvinnorna ofta valt att stanna hemma.

Alla flyktingar som kommer till Åland får genomgå en omfattande hälsokontroll med laboratorieprov och röntgenundersökning, samt vidare undersökningar om så krävs. Besök till tandläkare ingår också i hälsokontrollen. Många flyktingar bär med sig svåra minnen och därför planerar man att införa psykologbesök som rutin i framtiden.

KÄLLOR OCH LITTERATUR:

1. Ålands statistik och utredningsbyrå, 2003. *Statistisk årsbok för Åland 2003*. Mariehamn.
2. Folkhälsorapport 2000 Åland. 2001. Åländsk utredningsserie 2001:18. Ålands landskapsstyrelse, Mariehamn
3. Socialstyrelsen. 2002. *Vårdens värde. Vad får vi för pengarna i vård och omsorg?* Stockholm.
4. Sihvo, S. & Koponen, P. (red.) 1998. *Från familjeplanering till reproduktionshälsa - användningen av servicen och utvecklingsbehoven*. Stakes, rapporter 220. Helsingfors.
5. Ålands hälso- och sjukvård. *Plan för hälso- och sjukvården 2003*.
6. NOMESKO, 2003. *Helsestatistik for de nordiske lande 2001*. København.
7. *Primärvårdens nyheter* 4 2003. Särskild kvinnomottagning i primärvård.
<http://www.primarvard.se>
8. Ålands hälso- och sjukvård. *Verksamhetsberättelse 2001*.
9. Ålands hälso- och sjukvård. *Plan för hälso- och sjukvården 2004*.
10. NOMESKO, 2002. *Helsestatistik for de nordiske lande 2000* . København.
11. Stakes, 2001. *Aborter och steriliseringar 2000 – uppgiftsgivarrespons 20/2001*.
12. Stakes, 2002. *Aborter och steriliseringar 2001 – uppgiftsgivarrespons 18/2002*.
13. Stakes. 2003. *Aborter – preliminära data för år 2002*. Statistikmeddelande 5/2003.

14. NOMESKO, 2000. *Helsestatistik for de nordiske lande 1998*. København.
15. NOMESKO, 2001. *Helsestatistik for de nordiske lande 1999*. København.
16. Socialstyrelsen. 2003. *Aborter i Sverige 2002 januari-december. Preliminär sammanställning*. Statistik hälsa och sjukdomar 2003:2
17. Socialstyrelsen. 2003. *Aborter i Sverige 2003 januari-juni. Preliminär sammanställning*. Statistik hälsa och sjukdomar 2003:7.
18. Socialstyrelsen. 1997. *Folkhälsorapport 1997*. SoS-rapport 1997:18. Stockholm.
19. Social- och hälsovårdsministeriet. 2001. *Statsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet Hälsa 2015*. Helsingfors
20. Stakes, 2002. *Skolhälsovården, 2002. En handbok för skolhälsovårdare, läkare, grundskolor kommuner*.
21. Luopa, P., Rimpela, M., Jokela, J. 2003. *Kouluterveys 2002 – tiedotuslehti*. Nuorten hyvinvointi Länsi-Suomen ja Oulun Lääneissä sekä Ahvenanmaalla. Kouluterveyskysely 1999-2000. Stakes.
22. Gynekologiska enheten, ÅCS. *Information om kirurgisk och medicinsk abort*.
23. Gynekologiska enheten, ÅCS. *PM angående medicinsk abort*.
24. Svenska Barnmorskeförbundet. *Gemensamma riktlinjer för samverkan rörande klimakteriefrågor*. <http://www.barnmorskeforbundet.a.se>.
25. Cancerfonden 2001. *Cancer i siffror*. Cancerfonden och Socialstyrelsen i Sverige
26. Finlands cancerregister 2003. *Statistik över antal insjuknade i bröstcancer*. <http://www.cancerregistry.fi>

27. Socialstyrelsen 2003. *Patientinformation – bröstcancer*. <http://www.sos.se>
28. Hjärt- lungfonden i Sverige. www.hjart-lungfonden.se
29. Infomedica. 2004. *Fetma*. Sveriges landsting och Apoteken. www.infomedica.se
30. Statens folkhälsoinstitut. 2002. *Åtgärder mot fetma. Nationell inventering av pågående studier/projekt avseende fysisk aktivitet och kost för att förebygga övervikt och fetma*. 2002:6
31. Socialdepartementet i Sverige. 2003. *Promemoria 2003-11-06*.
32. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 2002. *Rapport nr 160 2002*
33. Helakorpi, S., Patja, K., Prättälä, R., Aro, A.R., & Uutela, A. 2002. *Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2002*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B12/2002.
34. Heiskanen, M & Piispa, M. 1998. *Faith, Hope, Battering. A Survey of Men's Violence in Finland*. Statistikcentralen i Finland, Helsingfors.
35. Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, A-M. 2001. *Slagen Dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfattningsundersökning*. Fritzes, Stockholm.
36. Råkil, M. 2002. *Menns vold mot kvinner. Behandlingserfarenheter och kunnskapsstatus*. Universitetsforlaget, Oslo.
37. Socialstyrelsen 2001. *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm.
38. Sandell, Seija. 1998. *Kvinnohälsa 1998. En kartläggning av hälso- och livsstilsfaktorer hos Mariehamnskvinnor födda åren 1938, 1943, 1948 och 1953*. ÅHS primärvård, Papamottagningen.
39. *17 Frågor om livet*. 2002. En totalundersökning bland 889 åländska högstadiel elever. Fältarbetarna, Mariehamns stad. Mariehamn.

40. Statens folkhälsoinstitut. 2002. RÖKFRIA BARN- en rapport. De första 10 åren.
41. Stakes. 2003. *Taskumatti. Tilastotietoa alkoholista ja huumeista.*
42. Karlsson, T. 1995. *Alkoholvanor på Åland. En undersökning om ålänningarnas alkoholkonsumtion och alkoholvanor.* Åländsk utredningsserie 1995:16. Mariehamn
43. *Drogutvecklingen i Sverige.* Rapport 2003. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Rapport 71. Stockholm.
44. Österling, Agneta. 2001. Missbruksbehandling anpassad efter kvinnors behov. *Alkohol & Narkotika 4.* Stockholm.
45. Mariehamns stad. 2002. *Verksamhetsberättelse över missbrukarvården på Åland 2002.*
<http://www.mariehamn.aland.fi/missbrukarvard>
46. CAN 100 år. Jubileumsutgåva av *Alkohol och Narkotika 6*, 2001. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Stockholm.
47. Lorenzon, Pernilla. 2000. Relationsproblem ökar risken för drickande. *Alkohol & Narkotika 2.* Stockholm.
48. Magnusson, Å. & Rydberg, U. 2001. Ett barn blir till fast skadat av alkohol. *Alkohol & Narkotika 2.* Stockholm.
49. Connhem, U. & Rydberg, U. 2000. Glöm inte risken för fosterskador av alkoholbruk under graviditet! Skadepanorama, verkningsmekanismer, prevention, behandlingsprinciper. *Läkartidningen*, **18**.
50. Österberg, Ingalill. 2001. *Det geografiska läget en fara.* Alkohol och Narkotika **1**. Stockholm
51. Stakes. 2003. *Huumausainetilanne Suomessa 2002.* Suomen huumausaineiden seurantakeskuksen kansallinen raportti EMCDDA:lle. Tilastoraportti 2/2003

52. Stakes. 2003. *Rusmedelsstatistisk årsbok 2003*
53. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. 2003. *Drogutvecklingen i Sverige. Rapport 71*. Stockholm
54. Lander, Ingrid. 2003. *Den flygande maran. En studie om åtta narkotikabrukande kvinnor i Stockholm*. Kriminologiska institutionen, Stockholms universitet, Stockholm.
55. Nyberg, K & Allebeck, P. 1998. ”Ett glas eller två kan väl inte vara farligt...”
Kunskapsöversikt om alkohol och narkotika under graviditet och effekter på fostret.
Forskning & Fakta **16**.
56. *17 Frågor om livet*. 1999-2000. En totalundersökning bland 812 åländska högstadiel elever.
Fältarbetarna, Mariehamns stad. Mariehamn
57. Arbetslivsinstitutet i Sverige 2003. *Storstadshälsa*.
www.arbetslivsinstitutet.se/pdf/030709_storstadshalsa.pdf
58. Socialstyrelsen. 2000. *Olika villkor – olika hälsa. En studie bland invandrare från Chile, Polen, Iran och Turkiet*. SoS-rapport 2000:3. Stockholm
59. Isdal, P. 2000. *Meningen med volden*. Kommuneförlaget, Oslo.
60. Stakes. 2004. *Aborter – preliminära uppgifter för 2003*. Statistikmeddelande 6/2004
61. Socialstyrelsen. 2004. *Aborter i Sverige 2003 januari-december. Preliminär sammanställning*. Statistik Hälsa och sjukdomar 2004:1
Intervjuade personer:
Andersson, Helka, verksamhetsledare Ålands Cancerförening r.f.
Gustavsson, Berit, barnmorska/hälsovårdare, preventivmedelsmottagningen ÅHS primärvård
Jakobsson, Marja-Leena, barnmorska, gynekologiska polikliniken, ÅCS
Sandell, Seija, barnmorska, preventivmedelsmottagningen ÅHS primärvård
Törnroos, Eva, invandrasekreterare Mariehamns stad.