

STÖD MANNEN I KVINNOSJUKVÅRDEN!

Gör kvinnoklinikerna till »reproduktionskliniker» där männen blir lika professionellt bemötta som kvinnorna, och där läkare av båda könen får utbildning i kris- och familjeterapeutiskt förhållningssätt!

Dessa är några av de önskemål som blev tydliga vid en litteraturgenomgång och samtal med patienter.

Inom kvinnosjukvården kan vi som män förekomma såsom antingen gynekolog/obstetrik, medpatient eller anhörig. Det talas ganska litet om mannens situation med undantag för vår egenskap av blivande eller nybliven pappa.

För att ta reda på om detta bara var egna erfarenheter eller om det också fanns vetenskapliga belägg för påståendena gjorde jag en litteratursökning från och med 1980 på begreppen obstetrik, gynekologi och sexualitet. Jag fann 3 854 referenser.

I nio studier som belyst betydelsen av manlig eller kvinnlig gynekolog ur olika aspekter, fann man generellt små skillnader. Det som betonades var betydelsen av det personliga bemötandet.

När det gällde gynekologiska patienters preferens med avseende på kön på sin doktor fann Barbro Areskog-Wijma att för drygt hälften av patienterna spelade könet på doktorn ingen roll, medan 42 procent föredrog en kvinna och 4 procent en man [1]. Hennes resultat har bekräftats i två färskaste studier från Tyskland där man i den ena fann att 10 procent av kvinnorna föredrog en manlig gynekolog. Dessa resultat stöder det rimliga i att det finns gynekologer av båda könen att tillgå för patienterna [2, 3].

Författare

GÖRAN SWEDIN

docent, mödrhälsovårdsöverläkare, Östersunds sjukhus.

Hur länge kommer detta att vara fallet för kvinnor i Sverige? Som framgår av en artikel om specialistläkares ålder och kön som nyligen publicerades i Läkartidningen noteras en utpräglat stark kvinnotrend inom Svensk förening för obstetrik och gynekologi [4]. Av totalt 1 524 medlemmar är 698 (45,8 procent) kvinnor. Av de totalt 93 gynekologer som är under 40 år är 77,4 procent kvinnor. Enligt flera samstämmiga rapporter från stora kvinnokliniker i Sverige är för närvarande mer än 90 procent av dem som antas till ST-utbildning inom obstetrik och gynekologi kvinnor. Vad kan den här utvecklingen bero på – och är den önskvärd?

Männen som medpatienter inom reproduktionssfären

Av de tillstånd som traditionellt behandlas inom kvinnosjukvården är det en lång rad som direkt berör mannen, exempelvis:

Önskade graviditeter–förlossningar
Oönskade graviditeter–aborter
Graviditetskriser–katastrofer
Post partum-depressioner–psykos
Infertilitet–IVF, inseminationer
STD
Sexuell problematik

Hur ser mannen egentligen själv på sin reproduktion, på faderskap, barn och familjeliv? Om detta finns det påfallande lite systematisk forskning. Nils Uddenberg gav i sin bok »Den urholkade fadern» (1982) en bild av hur de senaste decenniernas utveckling har lett till att kvinnan fått en mycket efterlängtat bättre kontroll över sin egen fortplantning (p-piller och spiral, den liberala abortlagstiftningen), medan mannen i motsvarande grad kan sägas ha lämnat över kontrollen till kvinnan [5].

Abortlagen ger kvinnan ett exklusivt bestämmande över utgången av en oplanerad graviditet. Vi vet att det finns ett stort antal män som har förvägrats ett eget önskat faderskap, men också många som blivit fäder mot sin egen vilja. Det finns idag ingen garanti för att en man skall få möjlighet att bli far om han så önskar. Det sammanhänger endast

med förutsättningen att han råkar träffa en kvinna som är beredd att bli mor åt ett gemensamt barn. Det är viktigt att vi ställer oss frågan på vilket sätt som detta medvetet och omedvetet påverkar mäns självbild.

Åter till männen som medpatienter, »medlidande». När jag har bläddrat igenom de 3 845 sammanfattningarna från studier som berör detta slår det mig att jag på förhand hade kunskap om bara relativt få. Förmodligen har enbart de specialintresserade kollegerna dessa kunskaper, trots att de i allra högsta grad borde påverka vår yrkesutövning som obstetrik och gynekologer. Flera orsaker finns, bl a:

- Studierna är publicerade i andra än rent gynekologiska, obstetriska eller allmänmedicinska tidskrifter.
- Forskarna och författarna utgörs till stor del av icke-gynekologer, t ex psykiatrer, psykologer, socionomer och sociologer.

Ett genomgående intryck är att studierna, som berör både män och kvinnor, i stor utsträckning fokuseras på samspelet mellan medicinska, psykologiska och sociala faktorer.

Dominerande teman och slutsatser från denna omfattande litteratur är att:

- behovet av den helhetssyn, som vi nog tror att vi har, ändå ofta försummas. Som exempel kan nämnas den omfattande litteraturen kring psykosociala komplikationer till medicinskt ofta banala sjukdomar som herpes genitalis och kondylom. Påfallande ofta beskrivs upplevelsen av att vara drabbad av dessa vardagliga åkommor från patientens synpunkt som likvärdig med upplevelsen av att få en cancerdiagnos [6]! Hur ofta är vi som doktorer verkligen medvetna om det?
- partnern alltid är djupt involverad när det gäller kvinnans reproduktiva och sexuella problem,
- kvinnans upplevelser av sina reproduktiva och sexuella problem nästan alltid är kopplade till hennes relation till partnern (eller män i allmänhet),
- organisationen av kvinnosjukvården alltför sällan tar hänsyn också till mannens delaktighet eller beaktar

behovet av samarbete med psykologer och socionomer (inte bara remittering!) [7-9].

Hur ser då verkligheten ut idag? Mycket har säkert blivit bättre (framför allt mödrahälsovård och förlossningsvård), men fortfarande upplever sig många män som medpatienter ofta sekundära och ibland direkt marginaliserade [10].

Vad kan detta tänkas bero på? Är det våra föreställningar om män, liksom mäns självbild, som inte går ihop med sjuklighet, svaghet och sorg? Eller är det vår syn på mannen som framför allt ett stöd för kvinnan vid reproduktiva kriser?

Det sistnämnda får ett sorgligt stöd till och med i en akademisk avhandling från 1982 i en studie av 63 kvinnor som fött perinatalt döda barn [11]. Kvinnans sociala nätverk korrelerat till krislösning beskrivs. I två fall där kvinnan inte hade upplevt något stöd från maken berodde detta på att »maken behövde eget stöd»! Rimligtvis är det 61 andra män som också har förlorat ett barn i anslutning till förlossningen utan att detta föranledde någon som helst kommentar förutom att »maken är av stor betydelse för kvinnan i hennes sorgarbete efter förlusten av ett perinatalt dött barn» ... !

»Men det är ju ändå kvinnan som är vår patient ... !»

Ibland kan det förefalla märkligt hur traditionellt vi tenderar att se på kvinnan som självklar huvudperson trots att det i rummet sitter två människor som är djupt involverade i den aktuella problematiken.

Många gånger hänvisar man också öppet till kvinnans rätt till integritet, att få vara ensam med sin doktor som ett skäl att, medvetet eller omedvetet, hålla mannen utanför.

Ibland kan man kanske fråga sig om det inte oftare är vi som läkare som slår vakt om den givande patientrelationen? Det är ju ur den som vi hämtar vår egen bekräftelse och ofta positiva och tack samma feedback. Många upplever det nog betydligt svårare att självklart se paret som »patienten» och som doktor träda lite mer i bakgrunden till förmån för mannens och kvinnans relation [12].

I mitt arbete på centrala mödrabarnhälsovårdsenheten i Östersund har jag sedan många år haft glädjen att få arbeta tillsammans med en kvinna (kurator eller psykolog vid enheten) i mitt möte med par med uttalad problematik. Detta klassiska familjeterapeutiska arbetssätt har tillfört mig många värdefulla erfarenheter. Bl a är det både spännande och många gånger effektivt att kunna göra olikheterna i det manliga och kvinnliga tydliga och tillåtna när

det gäller att försöka hjälpa paret i en komplicerad situation.

Blivande och nyblivna fäder

Vår välfungerande mödrahälsovård (ordet styr onekligen tanken!) mötte tidigt med intresse också mannen i hans egenskap av blivande far, även om det har tagit lång tid innan den i allt väsentligt kvinnliga personalen funnit sitt eget förhållningssätt i mötet med både den gravida kvinnan och hennes man. Många blivande fäder som har erfarenhet av barnafödande också för 10–15 år sedan ger ofta uttryck för tacksamhet för de stora förändringar som har inträffat under de senaste decennierna. Att det sedan finns ett betydande antal män som också upplever egna somatiska besvär under kvinnans graviditet (s k couvade-syndrom) uppmärksammas nog fortfarande inte så ofta [13].

När det gäller mäns erfarenheter av bemötande på förlossningsavdelningarna är dessa i stor utsträckning positiva, medan omdömet om BB-personalen fortfarande varierar. Detta visar en rapport om samverkansprojekt mellan kvinnokliniken i Halmstad och mödravården i Halmstad, Laholm och Hylte 1993–95, kallad »Kvalitet för livet».

De allra flesta kvinnor och män ser det idag som en självklarhet att männen närvarar vid förlossningen, inte bara som stöd och hjälp till sin födande kvinna, utan också för sin egen skull. Jag har i mina möten med drygt 400 blivande och nyblivna fäder i pappagruppssammanhang alltsedan 1989 fått bekräftat den oerhört stora betydelse de allra flesta män tillmäter sin och kvinnans gemensamma förlossningsupplevelse. Att verkligen få dela inte bara glädjen utan också förväntan, oro, ångslan, smärta och arbete. En stor longitudinell studie på 120 par i Baltimore, USA, visade hur mannens närvaro vid förlossningen bidrog både direkt och indirekt till att förstärka kvinnans positiva förlossningsupplevelse [14]. I olika intervjustudier framgår dessutom entydigt hur denna starka upplevelse tillsammans bidrar till att lägga grunden till det kommande, gemensamma föräldraskapet [15]. Inte ens direkt negativa känslor, som rädsla och känslor av maktlöshet, påverkar nämnvärt mannens önskan om att närvara vid förlossningen [16]. Däremot pekar detta bara ytterligare på behovet av en adekvat förlossningsförberedelse också för män, och på kravet på oss som professionella att kunna se båda parternas behov i förlossningssituationen [13].

Ingrid Ursings citerade uttalande: »Tyvärr är vi ovana att ta hand om mannen och vi räcker inte alltid till för att ta hand om båda två» (tidskriften Med barn nr 1/96, s 32-33) utgör såvitt jag

förstår endast en tydlig uppmaning att försöka utveckla vården så att den fyller de behov som både kvinnor och män ställer på den. Att det sedan kan finnas män som faktiskt av olika skäl vill avstå från att närvara vid förlossningen skall vi självklart vara lyhörda för och respektera.

Ingrid Ursing har mött män som fått problem med potensen efter att ha deltagit vid en förlossning. Min erfarenhet från samtalen i pappagrupperna är att vad männen oroar sig för när det gäller sexualiteten inte är deras egen, utan framför allt hur det ska gå med hustruns efter förlossningen! Dessa mäns farhågor stämmer dessutom bättre med kliniska erfarenheter, nämligen att det är en stor grupp kvinnor som får svårt att hitta tillbaka till sin sexuella lust och glädje efter en genomgången förlossning [17]. Där finns en stor arbetsuppgift för oss när det gäller uppföljning och hjälp till bearbetning!

Krisförberedelse i pappagrupper

En stor del av småbarnsmödrarna är förvärvsarbetande, och barns födelse innebär för de flesta förstagångsföräldrar en oväntat stor påfrestning. Många par orkar inte reda upp den äktenskapliga kris som ofta kommer när barnet är 1–1,5 år gammalt [18]. För att öka mannens beredskap att möta det tidiga föräldraskapets problem lite mindre oförberedda initierade dåvarande socialministern 1994 ett projekt, där man i fyra landstingsområden och Malmö stad fick möjlighet att knyta frivilliga och intresserade »pappautbildare» till tio mödravårdscentraler i vardera området. Som gruppledare har dessa pappautbildare därefter träffat blivande och nyblivna fäder i små grupper om tre–sju män. Syftet är att erbjuda män en bättre förberedelse på krisen när två blir tre och att göra det på mäns villkor och med mäns språk.

Pappautbildningsprojektet utvärderas för närvarande av Spri och kommer inom kort att avrapporteras till huvudmännen, Socialdepartementet och Landstingsförbundet.

Enligt min egen erfarenhet från vårt deltagande i projektet i Jämtlands län har pappagrupsverksamheten kommit att bli ett välkommet tillskott i den föräldraförberedelse som landstinget sedan gammalt bedriver [19].

En viktig faktor är den positiva synen från barnmorskorna på att få detta komplement i deras egna yrkesmässiga verksamhet, för att bättre kunna se också till mannens behov som blivande och nyblivna fäder.

Anhörig

Slutligen har mannen inom kvinno-sjukvården positionen som anhörig

till gynekologiskt sjukdomsdrabbade kvinnor. Här har Ann Lalos och medarbetare i Umeå gjort ett pionjärbete med att försöka kartlägga och utveckla mannens delaktighet. I en studie rörande 60 kvinnor drabbade av livmoder-cancer under åren 1989–91 i Umeå visar de hur krisen vid cancerbeskedet drabbar männen i nästan lika stor utsträckning som kvinnorna och att bl a en fjärdedel av männen fick egna symtom av hustruns sjukdom.

Även när det gällde sexualiteten var männen i stor utsträckning »medlidande» med kvinnorna beträffande förlorad orgasm och minskad lust. Endast två av männen hade fått vara med vid läkarbeskedet om hustruns sjukdom, resten hade fått sin information via kvinnan. Både kvinnorna och männen i Ann Lalos' studie ville uttryckligen ha med mannen redan vid diagnosbeskedet [20].

»I have a dream ...»

Som en sammanfattning av ovanstående beskrivning av männens tre olika positioner inom kvinnosjukvården, och med ett överväldigande stöd från vetenskapen och våra patienters önskemål, skulle jag önska, för både kvinnornas och männens skull, att

- våra kvinnokliniker kan få utvecklas till »reproduktionskliniker» – gärna med urologerna inkluderade,
- männen där skall bli lika självklart sedda och lyssnade till, tagna på allvar och professionellt bemötta som kvinnorna idag blir på kvinnoklinikerna,
- man där har läkare, psykologer och kuratorer i ett utvecklat teamarbete (jämför barn- och vuxenpsykiatrien),
- de som väljer en bana som »reproduktionsdoktorer» skall få en gedigen utbildning i kris- och familjeterapeutiskt förhållningssätt och metodik,
- läkarna lika självklart som psykologer och kuratorer skall ha tillgång till kvalificerad psykoterapeutisk handledning,
- denna specialitet skall vara lika lockande för både män och kvinnor!

Referenser

1. Areskog-Wijma B. The gynecological examination: Women's experiences and preferences and the role of the gynecologist. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1987; 6: 59-69.
2. Berner R, Buddeberg C. Die Arzt/Arztin-Patientin-Beziehung in der Gynäkologie: Erwartungen und Erfahrungen der Patientinnen. *Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch* 1994; 34: 43-9.
3. Vondruska-Benkert K, Steiner RA, Buddeberg C, Haller U. Die gynäkologische Untersuchung: Empfindungen, Befürchtungen und Erwartungen von Poliklinikpatientin-

nen. *Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch* 1995; 35: 20-5.

4. Lennholm B. Ny statistik om specialistläkares ålder och kön. Klen återväxt i klinisk kemi. Fler unga kvinnliga kirurger. *Läkartidningen* 1996; 93: 1588-9.
5. Uddenberg N. Den urholkade fadern. Stockholm: Wahlström & Widstrand, 1982.
6. Luby ED, Klinge V. Genital herpes. A pervasive psychosocial disorder. *Arch Dermatol* 1985; 120: 494-7.
7. Sjögren B, Sjöström H, Ursing I. Kvinnoklinikernas psykosociala beredskap. *Läkartidningen* 1983; 80: 4567-72.
8. Lalos A. Psychological and social aspects of tubal infertility. A longitudinal study of infertile women and their men [dissertation]. Umeå: Umeå universitet, 1985.
9. Wirtberg I. His and her childlessness [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet, 1992.
10. Carmeli YS, Birenbaum-Carmeli D. The predicament of masculinity: Towards understanding the male's experience of infertility treatments. *Sex Roles* 1994; 30: 663-77.
11. Laurell-Borulf Y. Krislösning i ett långtidsperspektiv. Lund: Studentlitteratur, 1982.
12. Hertz DG. Infertility and the physician-patient relationship: a biopsychosocial challenge. *Gen Hosp Psychiatry* 1982; 4: 95-101.
13. Bogren L. Couvade-syndromet – graviditetsbesvär hos den blivande pappan. *Läkartidningen* 1986; 83: 1273-5.
14. Doering SG, Entwistle DR, Quinlan D. Modeling the quality of women's birth experience. *J Health Soc Behav* 1980; 21: 12-21.
15. Hamrin B, Nilsson A, Sörman CO. Att dela på föräldraledigheten. Stockholm: Socialstyrelsen, 1983. Föräldrar och barn, nr 6.
16. Fraser CM. Selected perinatal procedures. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1983; Suppl 117: 13-4.
17. Lamont J. Sexual issues in the post partum period. Proceedings from the 11th International Congress of Psychosom Obst Gynecol, Basel, May 21–24, 1995; 217-21.
18. Clulow C. När ett par blir föräldrar – en fråga om olikhet. *Psykisk Hälsa* 1992; 2: 105-15.
19. Swedin G. Modern Swedish fatherhood: The challenges and the opportunities. *Repr Health Matters* 1996; 7: 25-33.
20. Lalos A. Experiences of the male partner in cervical and endometrial cancer – a prospective interview study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995; 16: 153-65.

SMITTYNYTT

Ingen ökning av salmonella

I medierna har rapporterats att Sveriges medlemskap i EU lett till försämrat gränsskydd mot salmonella i livsmedel. Vid enheten var vi uppmärksamma på denna risk redan före EU-inträdet, och har sedan 1 januari 1995 hållit skärpt uppsikt över tecken till ökande incidens av inhemska salmonellafall. Vi har emellertid inte kunnat se någon sådan tendens, snarast tvärtom.

Året före EU-inträdet rapporterades 865 inhemska smittade salmonellafall. Under 1995 rapporterades 558 fall smittade i Sverige, och till och med augusti i år 357, vilket pekar mot en lägre totalsiffra för 1996 än för 1995. Enkäter till smittskyddsläkare liksom siffror för andra mag-tarminfektioner talar mot att minskningen skulle bero på en avsevärt minskad provtagning av patienter med diarréjsjukdom.

Man bör inte oreflekterat koppla ihop risken för födoämnessmitta med importerad mat: Årligen upptäcks minst 2 000 fall av kampilobakter-infektion som smittats i Sverige, av mat eller vatten; för den allvarligaste av matförgiftningarna, botulism, gäller att åtminstone fem av de sex fallen under 90-talet härrör från svensk föda (t ex varmrökt lax, inlagd sill); den enda klarlagda smittvägen för EHEC-infektion är från svenska kor (sannolikt opastöriserad mjölk) osv. För dem som arbetar med smittskydd är det viktigt att ha dessa fakta klara för sig vid diskussioner om mat från andra länder.

Vaccinationsförslag på Nätet

Sedan 1 oktober har Smittskyddsinstitutet en hemsida. Det är framför allt epidemiologiska enheten som känt ett starkt behov av detta smidiga sätt att föra ut information. Tyvärr blev adressen litet fel i förra numret av *Läkartidningen*, och dessutom har vår server nu fått ett eget namn. Rätt adress skall vara: <http://www.smi.ki.se/> (vi ligger under Karolinska Institutets server, därför texten »ki»). Om man klickar på »Epidemiology» på första sidan kommer man bl a till en minneslista för utlandsvaccinationer kopplad till en utbrottsida som vi uppdaterar ganska ofta.

*Epidemiologiska enheten
Smittskyddsinstitutet*