

---

## Kjønn som variabel i pasienttilfredshet

---

AKTUELT PROBLEM

CHRISTINA FOSS

Email: cfoss@ulrik.uio.no

---

Det er klare forskjeller mellom kvinner og menn på mange områder av betydning for helse. Likevel har man ikke kunnet trekke noen konklusjoner om sammenheng mellom pasientenes kjønn og tilfredshet med sykehusopphold.

I denne artikkelen diskuteres det om manglende funn av kjønnsforskjeller kan ha sammenheng med hvordan variabelen kjønn behandles i analyser av forskjeller mellom kvinnelige og mannlige pasienters tilfredshet.

Materialet er en del av en større undersøkelse av pasienttilfredshet, og består av 1 469 mannlige og 1 226 kvinnelige pasienter. Pasientene har besvart et spørreskjema seks uker etter utskrivning fra medisinske og kirurgiske avdelinger. Svarene er analysert ved multippel regresjon.

Den svake kjønnsforskjellen som fremkom ved analyse av spørsmålet om samlet tilfredshet, viste seg å skyldes en forskjell mellom yngre kvinnelige og mannlige pasienters tilfredshet. Forskjellen i tilfredshet var primært relatert til pleien, hvor yngre kvinner var langt mindre tilfreds. I de øvrige aldersgrupper var det ikke signifikante kjønnsforskjeller.

Funnene viser nødvendigheten av en differensiert forståelse av kvinner (og menn) også innen helsetjenesteforskning.

---

Kjønn er igjen blitt et aktuelt debatttema, også innen helsevesenet. Interessen for kjønsspørsmål er satt i sammenheng med en ny ”kvinnesaksbølge”, kombinert med en økende interesse for ulikheter i helse (1). I Norge har de sentrale myndighetene ønsket en kartlegging av behovet for et spesifikt kjønnsperspektiv på helse og sykdom. Dette ønsket har resultert i to utredninger: Sosial- og helsedepartementets NOU *Kvinnens helse i Norge* og en rapport kalt *Kvinnens møte med helsetjenesten*, som er laget av NOVA på oppdrag fra Statens helsetilsyn (2, 3). I begge utredningene vises det til manglende kunnskaper om kvinners helse og til behovet for videre forskning ut fra kjønnsperspektiv på en rekke ulike felter. Kritikken i utredningene er blitt møtt med

motargumenter om at den høye pasienttilfredsheten også blant kvinnelige pasienter slett ikke tyder på at det står så dårlig til, og at man ikke har kunnet påvise kjønnsforskjeller i pasienttilfredshet (4).

Det er betydelige forskjeller mellom kjønnene i sykелighet, diagnosefordeling, forbruk av helsetjenester og helseatferd (2, 5 – 8). Det er også vist at det er forskjell i den subjektive verdi kvinnelige og mannlige pasienter tilskriver de ulike aspekter ved pleie og behandling under sykehusopphold (9). Likevel konkluderer metaanalyser med at det er liten eller ingen sammenheng mellom pasientenes kjønn og pasienttilfredshet (3, 10, 11). Når så mye av forskning viser at det er forskjeller mellom kvinner og menn, hvorfor viser ikke undersøkelser av pasienttilfredshet kjønnsforskjell?

Et mulig svar er at variabelen kjønn behandles på en måte som ikke er egnet til å få frem forskjeller mellom kvinners og menns erfaringer. Generelle spørsmål gir høy tilfredshet og er lite egnet til å få frem nyanser og mindre forskjeller mellom grupper av pasienter (12). Til tross for dette er spørsmålet om samlet tilfredshet det som oftest er stilt i forskning omkring pasienttilfredshet (13), og det som oftest analyseres når man kontrollerer for kjønn. Dersom kjønn i tillegg behandles som en generell og udifferensiert variabel, vil dette kunne tilsløre kjønnsforskjeller. I tolking og formidling av ulikheter står vi alltid i fare for å gi stereotype beskrivelser. Macintyre og medarbeidere er blant dem som hevder at i søken etter klare mønstre innen medisinsk kjønnsforskning, er funn blitt forenklet og mer komplekse bilder oversett (14).

Kjønnsforskjeller i pasienters møte med helsevesenet kan analyseres og tolkes både på bakgrunn av *forskjellighet*, at kvinners og menns liv er forskjellige, men også ut ifra *forandringer*, det vil si ut ifra at de siste tiårs endringer i kjønnsroller har gitt mer omfattende endringer i kvinners enn i menns liv. I denne artikkelen vil følgende to spørsmål besvares:

- Vil en differensiering av pasientene ut fra kjønn, alder, utdanning og yrkesaktivitet få frem forskjeller i tilfredshet mellom kvinnelige og mannlige pasienter som ellers ikke fremkommer?
- Er det noen områder ved sykehusoppholdet som fremviser større kjønnsforskjeller enn andre?

---

## Materiale og metode

Spørsmålene besvares med data fra et kvalitetsevalueringsprosjekt som utføres av Stiftelse for Helsetjenesteforskning (HELTEF). RESKVA-prosjektet (Resultatforskning og kvalitetsforbedring) er en del av et større program for kvalitetsevaluering i sykehussektoren, støttet av Sosial- og helsedepartementet. Erfaringene er innsamlet ved hjelp av et spørreskjema sendt til pasientene seks uker etter utskrivning fra sykehuset, og registreringen pågikk fortløpende i årene 1995 – 98. PS-RESKVA (pasienttilfredshet, resultater og kvalitet) er et spørreskjema som består av 39 spørsmål om pasienttilfredshet. 34 av spørsmålene har fempunktskala, hvor ytterpunktene er spesifisert som ”svært tilfreds” og ”svært lite tilfreds”. En fullstendig redegjørelse for utviklingen av skjemaet samt diskusjon av spørreskjemaets reliabilitet og validitet er publisert tidligere (15).

Det ble gitt tilgang til et utvalg fra totalmaterialet (som bestod av 19 395 pasienter fra Sentralsykehuset i Akershus og Kongsberg Sykehus). Utvalget består av 2 695 respondenter, 1 469 mannlige og 1 226 kvinnelige pasienter fra medisinsk og kirurgisk avdeling ved Sentralsykehuset i Akershus, som besvarte spørreskjemaet i perioden 1.1. – 1.7. 1996. Fordi noe av hensikten med analysen var å se etter kjønnsforskjeller, er gynekologisk avdeling og fødeavdeling ikke med. Materialet gav dessverre ikke mulighet til å kontrollere for diagnose. Det var heller ikke mulig å beregne frafall for det utvalgte materialet, men svarprosenten for totalmaterialet er på 59. Det er gjort en ikke-svareranalyse, som konkluderer med at de som ikke besvarte spørreskjemaet, ikke skiller seg vesentlig fra de som svarte (15). Det foregikk ingen vesentlige driftsendringer i denne tidsperioden, og det er ingen grunn til å anta at det utvalgte materialet skiller seg fra totalmaterialet.

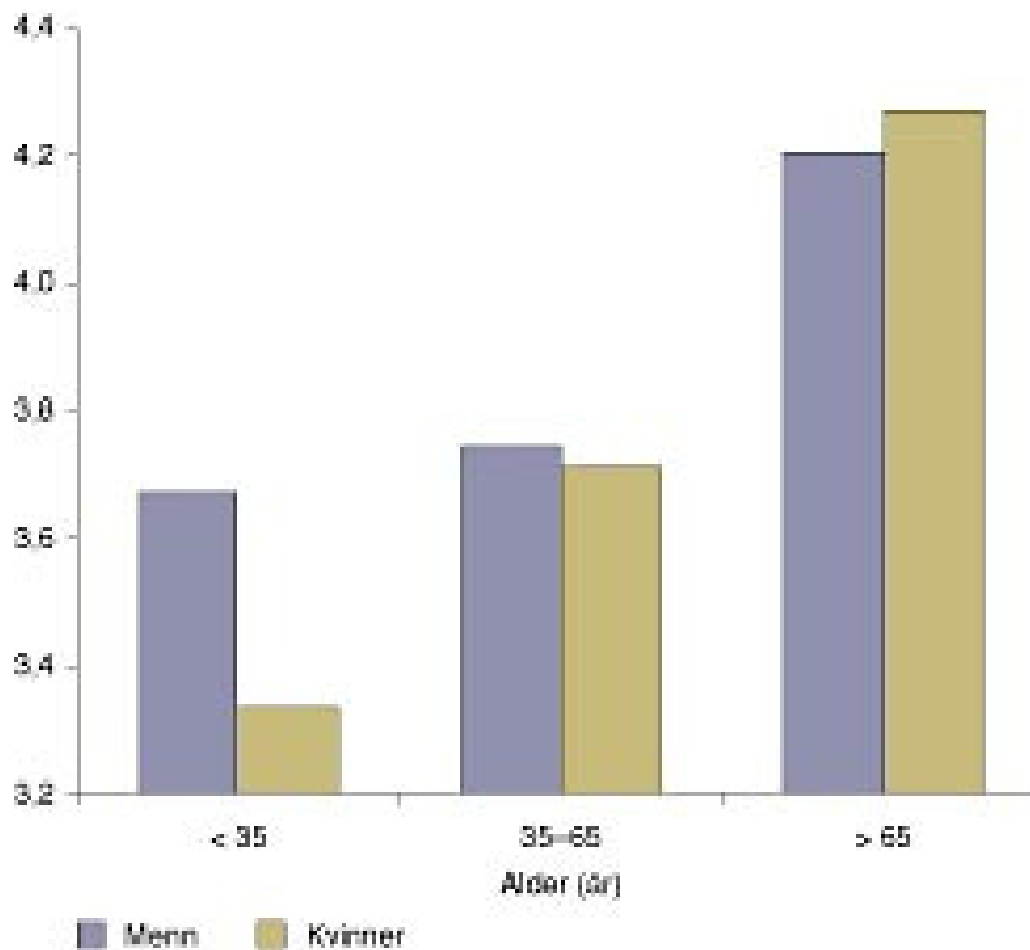
Materialet ble delt inn i tre alderskategorier: under 35 år, 35 – 65 år og over 65 år. Det er verdt å merke seg at det er flere menn enn kvinner blant pasientene over 35 år, og at det ikke er noen forskjell mellom kvinner og menn i gjennomsnittlig alder innenfor de to eldste gruppene (tab 1).

Samlet tilfredshet med oppholdet og pasientenes tillit til ulike yrkesgruppers faglige dyktighet er fremstilt ved gjennomsnittlig skåre. Multippel regresjonsanalyse ble brukt for undersøke i hvilken grad kjønn, alder, utdanning og yrkesaktivitet påvirket den samlede tilfredsheten med sykehusoppholdet. For å undersøke antakelsen om at alder og utdanning ikke har samme betydning for kvinners tilfredshet som for menns, ble det også laget en interaksjonsvariabel mellom alder og kjønn og mellom utdanning og kjønn.

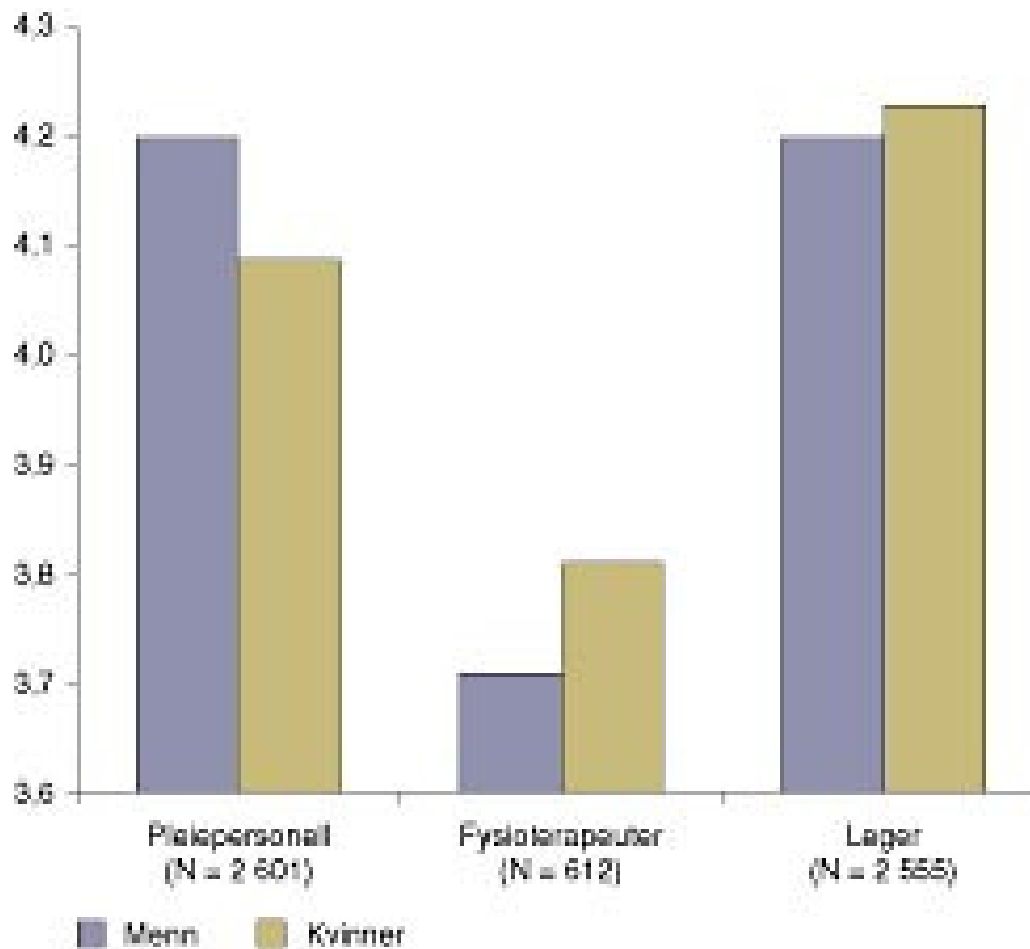
## Tabell 1

Fordeling av kvinnelige og mannlige pasienter i de ulike aldersgrupper

Alder (år)	Menn			Kvinner		
	Antall	(%)	Gjennomsnitt år	Antall	(%)	Gjennomsnitt år
Under 35	236	(16,1)	25,5	255	(20,8)	25,3
35 – 65	686	(46,7)	50,4	500	(40,8)	50,3
Over 65	544	(37,3)	78,3	470	(38,3)	78,4



**Figur 1** Gjennomsnittlig skåre på spørsmålet om samlet tilfredshet etter kjønn og alder



## Resultater

På det overordnede spørsmålet ”Hvordan er du samlet sett fornøyd med den behandling og pleie du fikk ved sykehuset?” finner man at gjennomsnittlig skåre for mannlige pasienter er 3,94 og for kvinnelige pasienter 3,85 (5 = svært tilfreds, 1 = svært lite tilfreds). Forskjellen i tilfredshet mellom kvinner og menn er statistisk signifikant ( $p = 0,048$ ), og viser at kvinner noe sjeldnere er tilfreds enn mannlige pasienter. Selv om forskjellen er så vidt signifikant, er den ikke stor praktisk sett.

Ser man på den generelle tilfredshet hos kvinner og menn fordelt på de ulike aldersgruppene, finner vi ikke overraskende at det er de yngste kvinnene som er minst tilfreds. Det interessante i denne sammenhengen er imidlertid at det er blant de yngste pasientene at forskjellen i oppgitt tilfredshet mellom kvinnelige og mannlige pasienter er størst (fig 1).

Det er den yngste gruppen som ”skaper” hele forskjellen i tilfredshet mellom kvinner og menn på flere spørsmål, til tross for at denne gruppen tallmessig er den minste. I de tre aldersgruppene er det kun to spørsmål som fremviser signifikante kjønnsforskjeller i flere av aldersgruppene: Spørsmål om pasientene føler at de har fått fortalt det de selv opplevde var viktig for deres tilstand og et spørsmål om hvordan pasientene klarte daglige gjøremål etter utskrivningen. For øvrig er forskjellene mellom mannlige og kvinnelige pasienters tilfredshet en forskjell mellom unge kvinner og unge menn.

Modellen er signifikant ( $p < 0,0001$ ;  $df = 6$ ;  $F = 35,614$ ), selv om den forklarer snaut 8 % av variasjonen i den samlede tilfredsheten (justert  $R^2 = 0,078$ ). Kjønn, alder og utdanning er alle av betydning for den samlede tilfredsheten med sykehusoppholdet. Analysen bekrefter at tilfredsheten er lavere hos yngre pasienter, og at effekten av alder er sterkere for kvinnelige enn for mannlige pasienter. Forskjellen i tilfredshet mellom unge og gamle er større for kvinner enn for menn.

33,1 % av kvinnene i materialet er yrkesaktive, tilsvarende tall for de mannlige pasientene er 44,5 %. Som tabell 2 viser er yrkesaktivitetens betydning for tilfredsheten ikke signifikant når det er kontrollert for andre variabler. Interaksjonsvariabelen mellom kjønn og utdanning viser også at effekten av utdanning ikke er forskjellig for de to kjønn.

### Ulike områder av tilfredshet

Kvinnelige og mannlige pasienter oppgir noe ulike erfaringer med henholdsvis leger, pleiepersonale og fysioterapeuter. Kvinner er mindre tilfreds med pleien enn menn, mens det motsatte er tilfellet for den medisinske behandlingen. Det er imidlertid kun på spørsmålene rettet mot ulike deler av pleien at forskjellen mellom kvinners og menns erfaringer er signifikante. Tendensen er gjennomgående, og er her valgt synliggjort ved gjennomsnittlig skåre på spørsmålet om tillit til de ulike yrkesgruppenes faglige dyktighet (fig 2).

Dersom vi bruker den samme modellen som var signifikant for samlet tilfredshet på henholdsvis tillit til pleiepersonnellets faglige dyktighet og tillit til sykehuslegenes faglige dyktighet, viser det seg bare å være signifikante forskjeller for tilliten til pleiepersonalets faglige dyktighet ( $p = 0,000$ ). Både alder, kjønn og utdanning er signifikante variabler for pasientenes tillit til pleiepersonalets faglige dyktighet, mens for tillit til sykehuslegenes faglige dyktighet er modellen ikke signifikant, verken i sin helhet ( $p = 0,727$ ) eller for noen av variablene i modellen.

---

## Diskusjon

Analysen av den generelle tilfredsheten med sykehusoppholdet viser en svak statistisk signifikant forskjell i tilfredshet mellom kjønnene, men forskjellen er svært liten og kan fort avvises som ubetydelig. Et noe mer differensiert bilde fremkom da materialet ble delt inn i ulike aldersgrupper. Den svake kjønnsforskjellen viste seg å skyldes en tydeligere forskjell i tilfredshet blant de yngre pasientene, hvor kvinnelige pasienter er mindre tilfreds med pleien. Selv om det er en tendens i retning av at menn er mer tilfreds med pleiepersonellet og kvinner mer tilfreds med leger og fysioterapeuter, er kjønnsforskjellene bare signifikante for pleietjenesten. Funn fra tidligere undersøkelser, hvor kvinner tenderer til å være signifikant mer tilfreds med legetjenesten og menn signifikant mer tilfreds med pleietjenesten (16, 17), ble dermed ikke bekreftet i dette materialet.

Vi vet fra tidligere at eldre pasienter generelt er mer tilfreds med sykehusopphold enn yngre pasienter (10, 11). Analysen viser i tillegg at alder ikke har samme betydning for pasienttilfredsheten for kvinner som den har for menn. De siste tiårene har det foregått store endringer i kvinners deltakelse i arbeidslivet, grad av utdanning og familieliv (18). Kvinners økte deltakelse i yrkeslivet peker mot at endringene i kvinners kjønnsroller har vært større enn tilsvarende endringer i menns kjønnsroller, noe som kan forklare hvorfor betydningen av kjønn er forskjellig i ulike aldersgrupper.

Det har vært hevdet at yngre kvinner og menn stadig blir mer like (19), og på denne bakgrunn er forskjellen i tilfredshet mellom kvinner og menn i den yngste gruppen pasienter overraskende. Funnet indikerer i det minste to mulige tolkninger, som peker i hver sin retning. E...n tolking er at selv om kvinner og menn er blitt mer like på mange områder, gjelder dette *ikke* områder som er relatert til omsorgsarbeid. En annen tolking ville være å se funnet som en bekreftelse på at kvinner og menn *er* blitt likere. Mens eldre kvinner ofte inntar en langt mer passiv pasientrolle enn menn (20), ønsker yngre kvinnelige pasienter en mer aktiv rolle (21). Aktiv deltakelse og full informasjon er av signifikant betydning for pasienttilfredsheten (22), og det å bli hørt kommer på første plass i undersøkelser når pasientene selv får angi hva de mener er viktigst (23, 24). Unge født etter 1965 er blitt kalt likestillingsgenerasjonen (2). Det vil si at yngre kvinner stiller like store krav som menn til å bli respektfullt behandlet, til å bli informert og ha en reell medinnflytelse. Den mer negative erfaringen yngre kvinnelige pasienter oppgir, vil i så fall være et resultat av at de ikke opplever at de får dette. Dersom dette er en riktig tolking, vil man kunne forvente at den lavere pasienttilfredsheten hos kvinnelige pasienter vil øke i årene fremover. For å studere en slik eventuell endring trengs longitudinelle data, slik at man kan sammenlikne pasienttilfredshet ved samme tidspunkt i livsløpet.

Likestillingen har også hatt konsekvenser for utvikling av sosial ulikhet *mellom* kvinner. Kvinner med høyere utdanning har en sterkere likestillingsorientering, mens for kvinner med lav utdanning reproduseres de tradisjonelle kjønnsroller (18). At kvinner følger ulike kjønnsrollemønstre avhengig av blant annet utdanning, kan være av betydning for hvordan et sykehusopphold erfares. I dette materialet har imidlertid interaksjonen kjønn-utdanning ubetydelig effekt for den samlede tilfredsheten.

## Tabell 2

Innvirkningen av sosiodemografiske variabler på samlet tilfredshet under sykehusoppholdet

	b <sup>1</sup>	95 % KI
Kjønn (0 = mann 1 = kvinne)	- 0,282	( - 0,740 - 0,177)
Alder (år)	0,012	(0,008 - 0,016)
Utdanning <sup>2</sup>	- 0,116	( - 0,209 - 0,022)
Yrkesaktiv/Ikke yrkesaktiv	- 0,056	( - 0,170 - 0,058)
Interaksjon kjønn-alder	0,006	(0,001 - - 0,011)
Interaksjon kjønn-utdanning	- 0,092	( - 0,240 - 0,056)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <sup>1</sup> b angir den endring i tilfredshet som følger av en endring i vedkommende prediktor, kontrollert for de andre variablene i modellen</li> <li>• <sup>2</sup> Utdanning er delt i tre grupper: a) bare obligatorisk grunnutdanning b) framhaldsskole/real-/middelsskole/ett- eller toårig videregående skole/artium/videregående skole c) høyskole/universitet</li> </ul>		

## Konklusjon

Data kan gi holdepunkt for å hevde at det innen pasienttilfredshet er viktig å forstå alder som kulturelt fenomen. Den svake kjønnsforskjellen som fremkom ved analyse av spørsmålet om samlet tilfredshet med sykehusoppholdet, viste seg å skyldes at yngre kvinnelige pasienter er mindre tilfreds med pleien de får i sykehus. Å se kjønn som en uspesifisert og generell variabel har vært den tradisjonelle innfallsvinkel i flere fag, og innebærer i praksis ofte at man ”kontrollerer for” kjønn. Fremgangsmåten innebærer at nyanser og forskjeller mellom ulike grupper kvinner og menn lett kan utviskes. Funnene viser nødvendigheten av en differensiert forståelse av kvinner (og menn) også innen helsetjenesteforskning.

## LITTERATUR

1. Hunt K. Annendale E. Relocating gender and morbidity: examining men’s and women’s health in contemporary Western societies. Introduction to special issue on gender and health. Soc Sci Med 1999; 48: 1 – 5.

2. Norges offentlige utredninger. Kvinners helse i Norge. NOU 1999: 13. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999.
3. Vabø M. Kvinners møte med helsetjenesten. En kunnskapsoversikt. NOVA Rapport 26/1998. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 1998.
4. Aarseth HP. Kvinnehelseutvalget skyter spurv med kanoner. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 727.
5. Botten G. Kjønnulikheter i sykdom og dødelighet. I: Schei B, Botten G, Sundbye J, red. Kvinnemedisin. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1993.
6. Eagly HA, Wood W. Explaining sex differences in social behaviour: a meta-analytic perspective. Pers Soc Psychol Bull 1991; 17: 306 – 15.
7. Williams C. Doing health, doing gender: teenagers, diabetes and asthma. Soc Sci Med 2000; 50: 387 – 96.
8. Sjøgaard AJ, Hafstad A. Forebyggende tiltak bør være kjønnsesifikke. Kvinner og menn tilhører ulike helsekulturer. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3341.
9. Larsson WB, Larsson G, Starrin B. Patients views on quality of care: a comparison of men and women. J Nurs Manag 1999; 7: 133 – 9.
10. Hall JA, Dorman MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. Soc Sci Med 1990; 30: 811 – 8.
11. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Soc Sci Med 1997; 12: 1829 – 43.
12. Hofoss D. Hva vet vi om pasienttilfredshet? Hva kan vi bruke kunnskapen til? Tidsskr Nor Lægeforen 1986; 106: 1188 – 95.
13. Avis M, Bond M, Arthur A. Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. J Adv Nurs 1995; 22: 316 – 22.
14. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? Soc Sci Med 1996; 42: 617 – 24.
15. Guldvog B, Hofoss D, Pettersen KI, Ebbesen J, Rønning OM. PS-RESKVA – pasienttilfredshet i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 386 – 91.
16. Kvalitetssekretariatet. Slik jeg ser det – pasienter og andre samarbeidspartnere uttaler seg om Rikshospitalet. Kvalitetssekretariatet: Rapport 1/1996. Oslo: Rikshospitalet, 1996.
17. Statens offentliga utredningar. Jämnställd vård. Olika vård på lika villkor. SOU 1996: 133. Stockholm: Socialdepartementet, 1996.
18. Ellingsæter AL, Noack T, Rønsen M. Sosial ulikhet blant kvinner: polarisering, utjevning eller status quo? Tidsskrift for Samfunnsforskning 1997; 38: 33 – 69.
19. Nielsen HB. Nye kjønn – med og uten roller. Kvinneforskning 1996; 1: 64 – 73.

20. Album D, Midré G. Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi. Oslo: Ad Notam, 1991: 27 – 54.
  21. Thorbjørnsrud E. Pasientrolle og kjønn. Trygd og arbeid 1986; 5: 12 – 14.
  22. Greenhow D, Howitt AJ, Kinnersley P. Patient satisfaction with referral to hospital: relationship to expectations, involvement, and information-giving in the consultation. Br J Gen Pract 1998; 48: 911 – 2.
  23. Giacomo d’Elia. Att känna att doktorn verkligen lyssnar. Läkartidningen 1999; 6: 203 – 6.
  24. Ørn P. Unga och välutbildade mest intresserade av delaktighet. Läkartidningen 1997; 20: 1845.
- 

Publisert: 10. november 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. juli 2026.