

Könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-7555-131-9
Artikelnummer 2013-12-36

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2013

Korrigerad 2018-07-02: Sidan 11, första stycket, andra meningen under "Våld i nära relation" samt sidan 26, referens 12.

Förord

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet togs fram av Socialstyrelsen år 2007. Syftet var att minska de geografiska skillnaderna i sjukskrivningslängd och åstadkomma en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess i hela landet.

När det försäkringsmedicinska beslutsstödet togs fram togs ingen särskild hänsyn till eventuella skillnader mellan kvinnor och män. Därför fick Socialstyrelsen i november 2012 regeringens uppdrag att utarbeta ett könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

Rapporten riktar sig främst till regeringen, men även till sjukskrivande läkare, Försäkringskassan, Sveriges Kommuner och Landsting och även andra intresserade inom området.

Socialstyrelsens utredare Marlene Karlsson Vargas och Sara Dahlin har skrivit rapporten. Ansvarig enhetschef är Annika Remaeus. Fler utredare från Socialstyrelsen och externa representanter har bidragit till arbetet.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Kvinnor och mäns sjukskrivningar	8
Regeringsuppdraget	8
Det försäkringsmedicinska beslutsstödet.....	9
Begrepp och definitioner	9
Fler uppdrag inom området jämställd sjukskrivning	10
Sjukskrivningsmiljarden	10
Socialstyrelsen.....	11
SKL	12
Könsperspektiv inom det försäkringsmedicinska beslutsstödet.....	13
Resultat av granskning	13
Analys och förslag på åtgärder	13
Avslutande reflektioner	20
Generella mönster i beslutsstödet	20
Det fortsatta arbetet	22
Öppna data – parallellt uppdrag	22
Genomförande	23
Projektgrupp.....	23
Referensgrupper	23
Granskningen.....	23
Granskningsmallen	24
Referenser	26

Sammanfattning

Socialstyrelsen har granskat samtliga diagnoser i det försäkringsmedicinska beslutsstödet ur ett genusperspektiv. Detta gjordes med hjälp av en granskningsmall.

Granskningen identifierade fem områden där det är motiverat att genomföra justeringar i beslutsstödet. Dessa områden är:

- symtom, prognos och behandling av diagnoser samt referenser
- deltidssjukskrivning
- definition av arbetets tyngd
- värdeladdade ord
- skrivningar om våld.

Genomgången av beslutsstödet visar att

- det sällan lyfts fram kända könsskillnader i symtom, prognos och behandling
- vetenskapliga belägg generellt sällan styrks med referenser
- det finns könsskillnader för rekommendationer om deltidssjukskrivning
- yrkets belastningsgrad exemplifieras med mansdominerade yrken
- värdeladdade ord förekommer oftare i diagnoser som drabbar kvinnor
- skrivningar om våld saknas.

Skillnaderna är framför allt till kvinnors nackdel, men det finns även skillnader som är till mäns nackdel, till exempel att psykiska krisreaktioner inte lyfts fram i allvarliga sjukdomar som endast eller i större utsträckning drabbar män.

Genom att beakta kända skillnader mellan kvinnor och män i prognos och behandling kan beslutsstödet fungera som en del i en jämställd sjukskrivningsprocess. Även om det inte leder till att skillnader i sjukfrånvaron mellan kvinnor och män försvinner kan det skapa förutsättningar för en mer likvärdig bedömning av behov av sjukskrivning inom hälso- och sjukvården, men även i Försäkringskassans bedömning av rätt till ersättning.

Inledning

Det är viktigt att kvinnor och män får vård och behandling utifrån könsspecifik kunskap. Det handlar om vård på lika villkor, men också om tillgänglighet och säker vård. Rätt insats vid rätt tidpunkt kan bidra till att patienten får tillbaka sin arbetsförmåga och för att kunna påverka sin situation är det viktigt att både kvinnor och män får lika möjlighet till inflytande över sin sjukskrivningsprocess [1].

Kvinnor och mäns sjukskrivningar

Kvinnors och mäns sjukskrivningar skiljer sig åt. De sjukskrivs för olika diagnoser, har olika sjukskrivningslängder och kvinnor är i högre grad än män deltidssjukskrivna. Ny forskning visar också att könsskillnader i sjukfrånvaro ökar efter första barnets födelse [2]. I augusti 2013 var kvinnors sjukskrivningstal 78 procent högre än mäns. Kvinnor har ett sjukpenningtal på 10,44 dagar jämfört med män som har 5,88 dagar. För kvinnor har det ökat med 1,00 dagar sedan augusti 2012 och för män med 0,44 dagar [3].

Genus, det vi kallar kvinnligt och manligt, är något som skapas socialt. På grund av föreställningar om kön finns en risk att kvinnor och män får olika behandling eller undersökning trots samma sjukdom och behov av lika behandling. Omvänt kan det också vara så att kvinnor och män ges lika behandling trots att de har behov av olika behandling. Om människor bedöms utifrån traditionella föreställningar om kvinnor och män finns en risk att det leder till felaktiga sjukskrivningar [1, 4].

Regeringsuppdraget

När det försäkringsmedicinska beslutsstödet togs fram 2007 togs ingen särskild hänsyn till skillnaden mellan kvinnor och män [5]. Därför fick Socialstyrelsen i november 2012 regeringens uppdrag att utarbeta ett könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet¹.

Uppdraget innebar att genomföra en granskning av de diagnosspecifika rekommendationerna från ett könsperspektiv. Frågor som behövde belysas var bland annat om det fanns könsskillnader som föranledde justering av rekommendationerna och om det i de nuvarande rekommendationerna fanns skillnader mellan rekommendationerna i mansdominerade respektive kvinnodominerade diagnoser som inte är berättigade².

För att kunna utarbeta ett könsperspektiv för de diagnosspecifika rekommendationerna skulle Socialstyrelsen stämma av med experter inom de olika specialiteterna och med andra externa referenser.

¹ Uppdrag att utarbeta ett könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet S2012/8154/SF

² ibid

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet togs fram av Socialstyrelsen i syfte att åstadkomma en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättsäker sjukskrivningsprocess i hela landet [5].

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd består av två delar. Dels en vägledning för sjukskrivning, dels diagnosspecifika rekommendationer om sjukskrivningslängd som finns på Socialstyrelsens webbplats. Vägledningen tar upp övergripande principer som gäller i sjukskrivningsprocessen, till exempel samsjuklighet, patientens delaktighet och sjukskrivning av personer som är arbetslösa [5].

Rekommendationerna är både ett stöd för sjukskrivande läkare och för Försäkringskassans handläggare vid bedömningen av arbetsförmåga. Beslutsstödet omfattning täcker cirka 80 procent av alla sjukskrivningar [6].

En påvisad effekt av det försäkringsmedicinska beslutsstödet införande är att spridningen i sjukskrivningslängder för ett visst tillstånd har minskat, särskilt bland kvinnor [7]. Kvinnor blir oftare sjukskrivna inom de tidsgränser som anges i det försäkringsmedicinska beslutsstödet [1].

Begrepp och definitioner

Genus

Genus är den betydelse vi ger det biologiska könet, det vill säga sociala och kulturella konstruktioner av det biologiska könet. Genus handlar om de förväntningar och föreställningar som både individer och samhälle har på hur människor bör vara utifrån sitt biologiska kön. Genus används ofta synonymt med socialt kön. De sociala konstruktionerna av hur kvinnor och män förväntas vara och vad de förväntas göra förändras över tid och ser olika ut i olika kulturer [1].

Ibland pratar man om genusbias som kan handla om att se skillnader mellan könen där de inte finns eller att bortse från skillnader och könsspecifika behov där de faktiskt finns [8]. Genusbias kan ha betydelse för den diagnos och behandling patienten får samt för patientsäkerhet, inte bara för kvinnliga patienter utan även för manliga [9].

Jämställdhet

Jämställdhet handlar om i vilken mån kvinnor och män har lika villkor, möjligheter och rättigheter. Jämställdhet handlar om jämlikhet mellan kvinnor och män [9].

Jämställd sjukskrivning

Jämställd sjukskrivning innebär att kvinnor och män ska bemötas likvärdigt samt bli bedömda och åtgärdade utifrån en helhetssyn kring den enskilde individens behov och förutsättningar oavsett kön [10].

Fler uppdrag inom området jämställd sjukskrivning

God hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen är målet för hälso- och sjukvården³.

Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården⁴.

För närvarande pågår flera olika uppdrag som syftar till att säkerställa en jämställd sjukskrivning.

Sjukskrivningsmiljarden

Sedan 2006 finns en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som handlar om att ge sjukskrivningsfrågorna ökad prioritet inom hälso- och sjukvården. Genom överenskommelsen har landstingen tillförts statsbidrag för att vidta åtgärder för att komma till rätta med de problem som identifierats. Försäkringskassan har ansvar för att följa upp, beräkna och betala ut sjukskrivningsmiljarden. Avsikten är att kvalitetssäkra sjukskrivningsprocessen så att sjukskrivning blir en medveten och integrerad del av vård och behandling, med samma krav på vetenskap och beprövad erfarenhet som sjukvården i övrigt [1].

En jämlik sjukskrivningsprocess

Det första villkoret i sjukskrivningsmiljarden 2013 handlar om att fortsätta arbetet kring jämställda sjukskrivningar. Kvinnors sjukfrånvaro, särskilt de långa sjukskrivningarna, har minskat de senaste åren. Men 2012 ökade sjukskrivningarna, kvinnornas mer än männens. Bland nya sjukfall är cirka 60 procent kvinnor och 40 procent män. Det finns många skäl till varför kvinnor är sjukskrivna i större utsträckning än män och en viktig fråga är i vilken mån sjukskrivningsprocessen i vården bidrar till skillnaderna [11].

Inga omotiverade skillnader

Villkoret i sjukskrivningsmiljarden innebär att landstingen utifrån befintliga handlingsplaner ska genomföra både kort- och långsiktiga åtgärder som kan bidra till en mer jämställd sjukskrivning. Vårdgivaren ska säkerställa att vården inte bidrar till omotiverade skillnader mellan mäns och kvinnors sjukskrivning och att diagnos, behandling, rehabilitering och sjukskrivning görs efter individens behov och inte utifrån föreställningar om kön [11].

Upptäck våld i nära relationer

Ett nytt fokusområde för 2013 är att landstingen i sin planering ska ha med

³ 2 § hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

⁴ ibid

minst en lång- eller kortsiktig åtgärd som rör våld i nära relation. Att upptäcka och behandla våld är en viktig del i sjukskrivningsprocessen där landstingen kan arbeta med allt från utbildning av personal till att ta fram rutiner och information om vart man kan vända sig, till exempel mans- och kvinnojourer [11].

Våld i nära relation

Relationsvåld kan vara en bidragande orsak till långa sjukskrivningar bland kvinnor [1]. Enligt statistik från Brottsförebyggande rådet, Försäkringskassan och SCB, som sammanställts av Socialstyrelsen, är det rimligt att anta att Försäkringskassan handlägger omkring 11 000 fall årligen som rör sjukskrivning relaterad till misshandel och olaga hot mot kvinnor [12]. Kvinnor som utsätts för våld av en partner återfinns överallt inom hälso- och sjukvården. Många söker vård upprepade gånger, för skador och kroniska symtom, utan att den bakomliggande orsaken kommer fram [8]. Forskning visar att negativa upplevelser i barndomen, såsom våld i hemmet och sexuella övergrepp är en riskfaktor för ett flertal sjukdomar i vuxen ålder [13]. Det finns flera studier som visar att våldsutsatthet ger negativa konsekvenser i form av kroppslig och mental ohälsa och att det påverkar hela livssituationen. Våldsutsatta kvinnor drabbas i större utsträckning av hälsoproblem som mag- och tarmsymtom, bäckensmärter, kroniska smärttillstånd, ångest, depression och sömnsvårigheter [14, 15]. Det finns även ett starkt samband mellan sexuella övergrepp och posttraumatiskt stressyndrom samt kroniska smärttillstånd [16]. Många kroniska sjukdomar, till exempel astma, diabetes och epilepsi kan försämrats hos kvinnor som lever under långvarig stress i ett misshandelsförhållande [17].

Personal inom hälso- och sjukvården har en nyckelroll när det gäller att upptäcka och identifiera kvinnor som utsätts för våld [8].

Socialstyrelsen

Tidigare har Socialstyrelsen haft i uppdrag att tillsammans med huvudmännen och berörda myndigheter följa upp, analysera och redovisa könsskillnader på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhetsområden [18].

Rapporten *Jämställd vård?* redovisar jämställdhetsaspekter på hälso- och sjukvårdens områden. I enlighet med uppdragets formulering ligger fokus på analyser av skillnader mellan män och kvinnor när det gäller vårdens kvalitet, kostnader och tillgänglighet [18].

I juni 2011 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att beskriva det aktuella kunskapsläget när det gäller jämlikhet i vården. Det resulterade i rapporten *Ojämna villkor för hälsa och vård* som syftar till att sammanfatta kunskapsläget inom några centrala områden i hälso- och sjukvården, identifiera de viktigaste utmaningarna och ge förslag på fortsatta analyser och åtgärder [19].

SKL

SKL har tagit fram ett flertal kunskapsunderlag som handlar om genus och jämställdhet i hälso- och sjukvård [1]. År 2007 tog SKL fram rapporten *(O)jämställdhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt*, som belyser kvinnors och mäns olika tillgång till vård. Skillnaderna analyseras mot bakgrund av genusmedicinsk forskning [9].

År 2008 genomförde SKL ett projekt för att höja kunskapen och utveckla metoder för arbetet med jämställda sjukskrivningar. De erbjöd alla landsting och regioner att delta i pilotprojektet Jämt sjukskriven – ett genusperspektiv på sjukskrivningsprocessen [8]. I projektet fann man bland annat att det finns risk att depressioner inte uppmärksammas på män, att kvinnors alkoholmissbruk inte tas på allvar och att mäns våld mot kvinnor inte upptäcks. Studien uppmärksammade också att kvinnor och män får olika långa sjukskrivningstider och att kvinnor och män hänvisas till olika typer av undersökningar och rehabilitering [1].

För att inspirera andra landsting och för att stödja arbetet med att höja kvaliteten för kvinnor och män i sjukskrivningsprocessen togs en arbetsbok för jämställda sjukskrivningar fram år 2010 [1]. Nedan redovisas två exempel på studier som gjorts inom projektet Jämt sjukskriven.

Landstinget Dalarna

Landstinget i Dalarna gjorde en studie där 300 medicinska underlag granskades. Resultaten visade att kvinnor oftare fick en otillräcklig beskrivning av hur sjukdomen begränsade aktivitetsförmågan. För kvinnor innehöll läkarintyget oftare en diagnos som finns i det försäkringsmedicinska beslutsstödet [1].

Genushanden – Tänk tvärtom!

Skurups vårdcentral utvecklade en genushand som syftar till att påminna vårdgivaren om att ställa vissa specifika frågor till både kvinnor och män. På så sätt sker en kvalitetssäkring vid anamnesen. Varje finger representerar en risk som Skurups vårdcentral har upptäckt i sitt arbete med en jämställd sjukskrivningsprocess [1, 4].

Könsperspektiv inom det försäkringsmedicinska beslutsstödet

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet är en viktig del i sjukskrivningsprocessen. Att utarbeta ett könsperspektiv inom beslutsstödet innebär att åstadkomma en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättsäker sjukskrivningsprocess oavsett patientens kön. Kvinnor och män ska bemötas utifrån sina individuella behov och inte utifrån föreställningar om kön.

Resultat av granskning

Socialstyrelsen tog under våren 2013 fram en mall för att genomföra en granskning av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Granskningsmallen omfattar viktiga områden att ta hänsyn till vid en granskning av eventuella könsskillnader och innehåller även en motivering till varför området bör följas. Granskningsmallen finns i sin helhet sist i metodavsnittet.

Socialstyrelsen har efter granskningen identifierat fem områden där det är motiverat med en justering av beslutsstödet. Dessa områden är:

- Symtom, prognos och behandling av en diagnos samt referenser.
- Deltidssjukskrivning.
- Definition av arbetets tyngd.
- Värdeladdade ord.
- Skrivningar om våld.

Följande fyra områden har också granskats, men resultatet pekar mot att det i nuläget inte finns behov av att justera beslutsstödet.

- Läkemedelsbiverkningar.
- Familjesituation.
- Alkohol och missbruk.
- Rekommendationer om aktiva åtgärder.

Analys och förslag på åtgärder

Nedan presenteras de fem områden där justeringar i beslutsstödet ska göras. Under varje område görs en analys av rekommendationerna, exemplifierar ett antal fall som belyser resultatet samt presenterar vilka slutsatser som kan dras av granskningen. Avslutningsvis redogörs för de områden som inte innebär att förändringar i beslutsstödet genomförs.

Symtom, prognos, behandling

Genomgången av diagnoserna visar att det generellt saknas en beskrivning av hur sjukdomen drabbar kvinnor och män samt om hur symtom, prognos och behandling skiljer sig åt mellan könen. Fakta om sjukdomens tillstånd och symtom, behandling, risker och hälsofrämjande faktorer samt rehabiliteringsåtgärder behöver i många fall styrkas med referenser från vetenskapliga studier.

Förslag på åtgärd: När det finns kända skillnader i symtom, prognos och behandling bör detta lyftas fram i beslutsstödet. Det gäller exempelvis sjukdomar som stroke, reumatoid artrit, SLE, bipolär sjukdom, depression, ADHD och borreliainfektion. Symtombeskrivningen för depression kan exempelvis breddas så att tecknet ”nedstämdhet” kompletteras med tecknet ”aggressivitet”. Ett annat exempel är beskrivningen av borreliainfektioner, där symtomen bara omfattar den klassiska hudreaktionen:

Borreliainfektion kan förekomma som en hudreaktion, en infektion i nervsystemet och som en ledinfektion. Hudreaktionen, i form av en långsamt växande ringformad rodnad, kommer som regel en dryg vecka efter fästingbett. Ibland får patienten lättare allmänsymtom som huvudvärk, feber och muskelsmärter. Obehandlad hudinfektion kan efter veckor eller månader utvecklas till andra manifestationer. Neuroborrelios förekommer som meningit eller radikulit. Meningit ger oftast huvudvärk, trötthet och lätt feber. Radikulit medför olika smärttillstånd, även känselbortfall och ibland förlamningssymtom.

Eftersom borreliainfektion är vanligare bland kvinnor, och kvinnor i högre grad får upprepade borreliainfektioner kan det vara motiverat att genomföra en ändring i beslutsstödet så att det fångar upp även kvinnors symtom. En sådan ändring skulle kunna se ut så här:

Borreliainfektion är vanligare bland kvinnor än män, framför allt i övre medelåldern. Det är också vanligare att kvinnor får upprepade borreliainfektioner. Borreliainfektion kan förekomma som en hudreaktion, en infektion i nervsystemet och som en ledinfektion. Hudreaktionen, i form av en långsamt växande ringformad rodnad, kommer som regel en dryg vecka efter fästingbett. Hos kvinnor är det något vanligare att hudrodnaden är jämnt röd istället för ringformad. Ibland får patienten lättare allmänsymtom som huvudvärk, feber och muskelsmärter. Obehandlad hudinfektion kan efter veckor eller månader utvecklas till andra manifestationer. Neuroborrelios förekommer som meningit eller radikulit. Meningit ger oftast huvudvärk, trötthet och lätt feber. Radikulit medför olika smärttillstånd, även känselbortfall och ibland förlamningssymtom. Kvinnor får oftare än män den kroniska hudinflammationen acrodermatitis chronica atrophicans.

Deltidssjukskrivning

Genomgången av diagnoserna visar att rekommendation om deltidssjukskrivning förekommer oftare i sjukdomar som drabbar kvinnor. Till exempel har diagnosgruppen rörelseorganens sjukdomar deltidssjukskrivning för 14 av 21 diagnoser. Diagnosgruppen psykisk sjukdom har rekommendationer om deltidssjukskrivning i 11 av 19 diagnoser. Inom psykiatriska sjukdomar saknas också rekommendation om deltidssjukskrivning för de diagnoser som framför allt drabbar män: ADHD, skadligt bruk av alkohol, skadligt bruk av droger, psykotiska syndrom och anpassningsstörningar.

Rekommendationerna för tumörsjukdomar visar liknande mönster. Deltidssjukskrivning rekommenderas vid endometrie-cancer, bröstcancer, lungcancer och colonicancer. I beslutsstöd för prostatacancer, rektalcancer, blåscancer samt hudmelanom nämns inte deltidssjukskrivning alls, för vissa av dessa diagnoser saknas rekommendationer om sjukskrivningslängder. Cancersjukdomar som drabbar kvinnor har ett tydligare fokus på återgång i arbete, deltidssjukskrivning, arbetsanpassning och arbetsförmåga även under pågående behandling. Det kan leda till en omotiverad skillnad mellan könen där kvinnor i högre grad än män förväntas ha arbetsförmåga under pågående behandling, medan rekommendationerna för tumörsjukdomar som män drabbas av istället lyfter fram praktiska problem som till exempel svårighet att resa till arbetet. Frågan är om det finns vetenskapligt stöd för könsskillnader i arbetsförmåga vid cancerformer som drabbar båda könen eller vid könsspecifika cancerdiagnoser?

Kvinnodominerade diagnoser som åderbräck, migrän, huvudvärk av spänningstyp men också psykiatriska tillstånd som paniksyndrom, social fobi och tvångssyndrom inleds oftare med formuleringar av denna karaktär: ”I normalfallet [...] är rekommendationen ingen sjukskrivning”, ”Sjukskrivning kan/bör undvikas”, ”Sjukskrivning bör vara kort.”

Det kan innebära en större risk för att det inte är patientens arbetsförmåga som avgör om sjukskrivning är motiverad. Riskerna finns att detta i högre grad påverkar kvinnors sjukskrivningar. För att tydliggöra om allmän praxis vilar på vetenskaplig grund är det viktigt att ange referenser som styrker sjukskrivningens negativa effekter för den specifika diagnosen.

Förslag på åtgärd: Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om deltidssjukskrivning kan ses över i alla diagnoser. Alla beslutsstöd kan inledas med formuleringar som beskriver vilka symtom eller former av begränsningar som *inte* föranleder sjukskrivning. Gränsdragningen mellan ingen sjukskrivning eller deltidssjukskrivning behöver vara tydligare. Det är viktigt att det inte blir olika utfall för kvinnor och män. När praxis och erfarenhet är vägledande för rekommendationerna ska genusaspekter vägas in.

Arbetets tyngd

Det finns en tendens att tunga arbeten exemplifieras med traditionella, manligt kodade yrken som ”krävande bilkörning”, ”piloter”, ”yrkeschaufförer”. Skillnaden är särskilt stor i diagnosgruppen som rör nervsystemet. Olika rekommendationer om sjukskrivningslängd utgår ifrån yrkets tyngd. Ett ”lätare yrke” ger rekommendation om kortare sjukskrivning medan ett ”tungt

yrke” motiverar en längre sjukskrivningsperiod, utan att skiljelinjen däremellan definieras. Detta kan till exempel ses i rekommendationen för obesitaskirurgi och diabetes typ 1.

Katarakt är ett exempel på en sjukdom som drabbar fler kvinnor än män. Det är möjligt att arbetsåtgärder sällan behöver sättas in när en patient drabbas av denna synnedättning, men i beslutsstödet formuleras bara arbetsåtgärder till ”patienter som utövar yrkesmässig fordonstrafik (kranskötare etc.) med krav på fullgod syn på båda ögonen där tillståndet blivit kroniskt”.

Förslag på åtgärd: En översyn över vilka yrken som exemplifieras bör göras. Beslutsstödet kan anpassas så att det tydligare beskriver *vad* i arbetets innehåll som gör att ett yrke ska anses som lätt eller tungt. Det är viktigt med en tydlig koppling mellan hur diagnosen nedsätter individens funktion och hur det i sin tur påverkar möjligheten att utföra vissa arbetsuppgifter. Istället för att lyfta fram yrket som sådant, kan aktiviteter inom yrket betonas; tunga lyft, upprepade monotona rörelser, stillasittande etc.

Diagnosen för långvarig icke-malign smärta i rörelseapparaten inklusive fibromyalgi är ett bra exempel på formulering för bedömning av arbetsförmåga utifrån aktivitet:

Arbetsförmåga skattas efter bedömning av rörelseförmåga (grov- och finmotorik, koordination, uthållighet) kognitiv förmåga, emotionell stabilitet och uthållighet samt ställs i relation till arbetsuppgifterna.

Värdeladdade ord

Vid genomgången av beslutsstödet har det framkommit en del skillnader av så kallade värdeladdade ord. Vid allvarliga tillstånd som främst drabbar kvinnor beskrivs de psykiska krisreaktioner som ett diagnosbesked kan ge. Det gäller exempelvis för multipel skleros, endometrie cancer och bröstcancer. För prostatacancer beskrivs inga psykiska reaktioner. I diagnosen hiv/aids, som i högre grad drabbar män [20] och som för många innebär både ett stort trauma och ett stigma, beskrivs inte sjukdomen annat än kliniskt.

Nedan ger vi exempel på hur det kan se ut.

Kvinnor som utvecklar ett negativt tänkande om sina smärtor och ett undvikande beteende bör tidigt få ett lugnande besked om sitt tillstånd och informeras om den goda prognosen. (Vid bäckensmärta.)

Om det inte föreligger cervixpåverkan eller särskilda riskfaktorer i anamnesen räcker det oftast med lugnande besked eller deltidssjukskrivning. (Prematurläkare.)

Hypertoni är en sjukdom som i yngre åldrar och i medelåldern är vanligare bland män. Formuleringarna för hypertoni beskriver att det inte är medicinskt motiverat att patienten byter arbetsuppgifter eller ”tar det lugnt”. Läkaren kan kontakta arbetsgivaren om det finns behov av att minska risken för skadlig stress i arbetet. Läkaren ges en mer aktiv roll, och fokus ligger inte på indivi-

den utan på förändringar på arbetsplatsen. Detta skiljer sig för diagnosen prematurt värkarbete, där bedömningen för återvunnen funktion inte innehåller information om eventuella åtgärder på arbetsplatsen, eller förslag om kontakt med företagshälsovården. Beskrivningen blir i det avseendet mer passiv och fokus hamnar på vad individen själv kan göra:

Ofta kan den gravida minska arbetsinsatsen eller byta arbetsuppgifter för att lindra symtomen som annars tenderar att vara graviditeten ut.

Risken för social isolering nämns som ett motiv till deltidssjukskrivning i psykiska diagnoser, men denna risk nämns bara i diagnoser som oftare drabbar kvinnor. Hur smärta och smärttålighet beskrivs kan ses över av medicinsk expertis, även detta gäller framför allt för diagnoser som drabbar gravida.

Förslag på åtgärd: Även om kvinnor och män reagerar olika vid diagnosbesked är det viktigt att beslutsstödet utformas så att det belyser risken för krisreaktion vid alla allvarliga tillstånd, inte bara tillstånd som drabbar kvinnor. I förlängningen kan det innebära att män inte får ett lika gott omhändertagande och en förhöjd risk att utveckla depression.

Fokus bör ligga på vilken insats som behandlande läkare kan ge, inte på hur kvinnan som individ hanterar problemen.

Fokus i diagnosen prematurt värkarbete och hotande förtidsbörd kan förskjutas från en beskrivning av vad hos kvinnan som utlöser symtomen (fysisk aktivitet, stress) och hur symtomen påverkar den gravida (upplevda hinder för fortsatt aktivitet, oro för missfall eller att förlossningen ska komma igång) till de faktiska konsekvenserna för funktionstillståndet. Det innebär att göra ett tillägg, där tecknet på ett hotande tillstånd beskrivs (saknas i nuvarande beslutsstöd) och att sätta det i relation till arbetets krav. Först då kan beslutsstödet vara ett stöd för bedömningen av om sjukskrivning ska ske eller inte.

Såväl passiva som aktiva formuleringar bör ändras. Analysen visar att det framför allt är kvinnodominerade diagnoser som formuleras passivt. Alla diagnoser i beslutsstöd ska ses över så att formuleringarna blir likvärdiga och tydligare anger vad som är individens ansvar, samt vilka möjligheter läkarna har att gemensamt med patienten komma överens om eventuella förändringar på arbetsplatsen.

Våld

Genomgången av alla diagnoser i det försäkringsmedicinska beslutsstödet visar att skrivningar om våld saknas. Med tanke på de negativa konsekvenser som våld har för kvinnors hälsa har Socialstyrelsen vid genomgången identifierat ett antal diagnoser där våld kan vara en bakomliggande orsak (de beskrivs nedan). Socialstyrelsens beslutsstöd kan ses som en del i att patienten får adekvat vård och behandling. Beslutsstödet utformning bör därför omfatta tydliga skrivningar om våld.

Förslag på åtgärd: Information om våldsutsatthet och hur det påverkar hälsotillståndet samt hur hälso- och sjukvårdspersonal ska identifiera och

ställa frågor om våld ska beskrivas i Socialstyrelsens vägledning om övergripande principer, *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning reviderad 2012* och på Socialstyrelsens webbsida där det försäkringsmedicinska beslutsstödet finns. Eftersom erfarenhet av att vara utsatt för våld är vanligt förekommande bör rekommendationerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet förtydligas [17]. I följande diagnoser har vi identifierat att förtydliganden ska göras: skadligt bruk av alkohol och alkoholberoende, skadligt bruk av droger och drogberoende, posttraumatiskt stressyndrom, akut stressreaktion, anorexia, depression, recidiverande depression, generaliserat ångestsyndrom, stress- eller krisreaktion, insomni, paniksyndrom, långvarig icke-malign smärta i rörelseapparaten inklusive fibromyalgi, bäcken-smärtor, samtliga diagnoser inom gruppen skador och olycksfall, IBS och symtom [21-25]⁵. Formen för hur detta ska beskrivas är inte helt fastställt eftersom det pågår ett omfattande arbete med att se över hela informationsstrukturen för beslutsstödet.

Fyra områden som inte innebär justeringar i beslutsstödet

Vid genomgången av alla diagnoser har det framkommit att fyra områden, som finns med i granskningsmallen, för närvarande inte motiverar en justering av beslutsstödet. Dessa områden är läkemedelsbiverkningar, familjesituation, alkohol och missbruk samt aktiva åtgärder. Nedan lämnar Socialstyrelsen en närmare förklaring för hur vi motiverar detta. Den gemensamma orsaken är framför allt att områdena sällan nämns eller om det nämns så finns inte några könsskillnader.

Läkemedelsbiverkningar

Eftersom kvinnor förskrivs och konsumerar mer läkemedel, och drabbas av fler läkemedelsbiverkningar, finns risk för förekomst av skillnader i smärtupplevelse och funktionsförmåga [26]. Kunskap om könsskillnader i läkemedelseffekt, biverkningar och dosering är viktiga att uppmärksamma där de kan påverka sjukskrivningslängd.

Genomgången av diagnoserna visar att läkemedelsbiverkningar mycket sällan nämns i beslutsstödet. Generellt beskrivs inte heller behandlingsmetoder. Vid uppdatering kan Socialstyrelsen i samråd med den medicinska professionen ta ställning till hur och vilken omfattning läkemedelsbiverkningar ska beskrivas i beslutsstödet. I diagnoser där det finns kunskap om skillnader mellan kvinnor och män och där det är känt att det påverkar sjukskrivningens längd ska genusperspektivet beaktas genom att skillnaderna lyfts fram.

Familjesituation

Granskningen av beslutsstödet visar att familjesituation sällan tas upp och när det görs är det framför allt vid diagnoser som drabbar unga vuxna, som anorexi. Det finns inte något mönster av att familjesituation tas upp mer frekvent i kvinnors diagnoser.

⁵ SLL och NCK

Ett större ansvar för hemarbete och omsorg av barn kan påverka möjligheten till återhämtning, avlastning och rehabilitering.

Familjesituationen kan bidra till ett snabbare återfrisknande, likväl som det kan vara ett hinder för möjligheten att tillfriskna, till exempel om individen är utsatt för relationsvåld. Information om våldsutsatthet och hur det påverkar hälsotillståndet kommer att beskrivas i vägledning och på Socialstyrelsens webbsida.

Alkohol och missbruk

Dolt missbruk av alkohol och droger kan vara en bakomliggande orsak till att en sjukskrivning inte avslutas inom ramen för Socialstyrelsens rekommendationer. Risk- och missbruk av alkohol är vanligare bland män. Kvinnor tillfrågas mer sällan om sina alkoholvanor när de söker vård. Samtidigt är alkoholkonsumtion bland kvinnor omgärdad av mer tabu även i form av skuld och skam.

Granskningen av beslutsstödet visar att alkoholkonsumtion sällan tas upp som möjlig bakomliggande orsak till behov av sjukskrivning. Att kvinnors riskfyllda alkoholkonsumtion missas kan lyftas i vägledning och på webbsidan. Några ytterligare ändringar utöver komplettering med könsuppdelad information kommer inte att göras i beslutsstödet.

Hälsofrämjande åtgärder

I granskningen har en översyn gjorts av när hälsofrämjande åtgärder rekommenderas. Någon skillnad mellan kvinnors och mäns diagnoser kan inte ses. Genomgången syftade också till att säkerställa att de hälsofrämjande faktorerna omfattar båda könen. Granskningen visar att sådana faktorer i mycket begränsad omfattning förekommer i beslutsstödet. Det går därmed inte att uttala sig om huruvida det finns skillnader mellan kvinnors och mäns diagnoser.

Utifrån att beslutsstödet framför allt används som ett underlag när läkaren bedömer arbetsförmåga bör såväl kvinnor som män alltid informeras om att funktion kan främjas av aktivitet snarare än av inaktivitet. Sjukskrivning ska vara en aktiv åtgärd och bidra till att såväl kvinnor som män ska kunna använda sin förmåga trots de begränsningar som den medicinska diagnosen ger. Läkaren och Försäkringskassan kan gemensamt motivera att både kvinnor och män är aktivt engagerade i sin rehabilitering. Detta ansvar beskrivs i den övergripande vägledningen och föranleder inte någon justering i beslutsstödet.

Avslutande reflektioner

Generella mönster i beslutsstödet

Genomgången av beslutsstödet visar att kända könsskillnader i symtom, prognos och behandling alltför sällan lyfts fram och att vetenskapliga belägg styrks med referenser i mycket låg grad. Granskningen visar även på könsskillnader för rekommendationer om deltidssjukskrivning, att yrkets belastningsgrad exemplifieras med mansdominerade yrken, att värdeladdade ord förekommer oftare i sjukdomar som kvinnor oftare drabbas av och att skrivningar om våld saknas. Skillnaderna är framför allt till kvinnors nackdel, men det finns även exempel på att psykiska krisreaktioner inte lyfts fram i allvarliga sjukdomar som endast eller i större utsträckning drabbar män.

Socialstyrelsen ska beakta de förslag till åtgärder som lämnas i denna rapport när beslutsstödet uppdateras. Det är viktigt att integrera ett genusperspektiv i rekommendationerna. Det innebär att det ska finnas både könsspecifika råd och könsuppdelad information. I viss mån också med mer "könsneutrala" rekommendationer, det vill säga att se över omotiverade skillnader mellan kvinnor och män. Framför allt är det viktigt att utgå ifrån den funktionsnedsättning som sjukdomen ger och beskriva hur det påverkar individens möjlighet att utföra sina arbetsuppgifter. Könsuppdelad information saknas där den behövs och kvinnodominerade diagnoser har andra rekommendationer än mansdominerade diagnoser utan att detta styrks med vetenskapliga belägg.

Tydliga formuleringar som beskriver konsekvenserna av att vara utsatt för våld i en nära relation är ett område att utveckla inom beslutsstödet.

Ibland är det nödvändigt att betona skillnader mellan kvinnor och män, men det är lika viktigt att inte enbart fokusera på skilda behov. Läkarens bedömningar ska ske individbaserat och med respekt för individens integritet och unika förhållanden. Om bara könsskillnader lyfts fram riskerar bedömningar att enbart grunda sig på föreställningar om kön och inte på kvinnor och män som individer. Ibland kan kvinnor och män ha samma behov, likvärdiga individuella resurser och likvärdig nytta av behandlingsformer. Att hitta en balans däremellan är viktigt för att patienten ska få rätt diagnos och behandling. För många sjukdomar innebär inaktivitet att läkning förhindras och försenas. Detta gäller såväl kvinnor som män. Likväl som långa sjukskrivningar kan vara negativa kan också för korta sjukskrivningar leda till nya och förlängda sjukskrivningsperioder.

Såväl kvinnor som män kan behöva stöd på annat sätt än genom sjukskrivning. Hur arbetsförmågan påverkas behöver inte alltid ha att göra med vilket kön patienten har.

Socialstyrelsen avser att använda de fem områdena i granskningsmallen när nya diagnoser tas fram och vid revidering av beslutsstödet. För att genusperspektivet ska bli en del av det ordinarie arbetet är det viktigt att sak-

kunnig inom jämställdhet eller forskare inom genusmedicin deltar vid revideringen.

Som Socialstyrelsen konstaterat kommer områden som läkemedelsbiverkningar, alkohol och missbruk, familjesituation och aktiva åtgärder inte att leda till justeringar av beslutsstödet.

Många faktorer påverkar sjukskrivningens längd. Ojämställda villkor mellan kvinnor och män i samhället kan förstås inte lösas genom förändringar i beslutsstödet. Eftersom sjukskrivningsprocessen är komplex med ett stort inslag av bedömningar kan det leda till skillnader i utfall mellan kvinnor och män även vid lika tillstånd. Att genomföra de ändringar i beslutsstödet som föreslås i denna rapport kan däremot öka förutsättningarna för att kvinnors och mäns sjukskrivningar blir mer likvärdiga. Genom att beakta kända skillnader i prognos och behandling kan beslutsstödet fungera som en del i en jämställd sjukskrivningsprocess. Även om det inte leder till att skillnader i sjukfrånvaron försvinner kan det skapa förutsättningar för en mer likvärdig bedömning av behov av sjukskrivning inom hälso- och sjukvården, men även i Försäkringskassans bedömning av rätten till ersättning från sjukförsäkringen.

Det fortsatta arbetet

Under 2014 kommer Socialstyrelsen tillsammans med externa experter fortsätta att gå igenom samtliga diagnoser där en revidering behöver göras ur ett genusperspektiv.

Öppna data – parallellt uppdrag

I regleringsbrevet för 2013 fick Socialstyrelsen i uppdrag att göra det försäkringsmedicinska beslutsstödet mer tekniskt och innehållsligt möjligt att integrera med landstingens journalsystem.

För att möjliggöra en sådan integration måste innehållet i beslutsstödet först modelleras och struktureras, så att användbara informationsmängder skapas.

Ett uppdaterat reviderat beslutsstöd kommer att publiceras i samband med arbetet med öppna data som pågår parallellt.

Genomförande

I det här avsnittet beskrivs hur Socialstyrelsen har gått till väga för att granska de diagnosspecifika rekommendationerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet från ett könsperspektiv. Frågor som vi belyst är bland annat om det finns könsskillnader som föranleder en justering av rekommendationerna och om det i nuvarande rekommendationer finns skillnader mellan rekommendationerna i mansdominerade respektive kvinnodominerade diagnoser som inte är berättigade.

Projektgrupp

Inom Socialstyrelsen har det funnits en projektgrupp som består av utredarna Sara Dahlin, Johanna Jupiter, Malin Ahrne, Anna Ericsson och Marlene Karlsson Vargas.

Referensgrupper

För att kunna utarbeta ett könsperspektiv för de diagnosspecifika rekommendationerna har Socialstyrelsen gjort avstämningar med externa referenser. En arbetsgrupp bestående av läkare, genusvetare, en jämställdhetskonsult, utredare på Socialstyrelsen och handläggare på Försäkringskassan arbetade fram granskningsmallen.

Som en kvalitetssäkring av granskningsmallen anordnade Socialstyrelsen ett heldagsseminarium med ett trettiotal personer från olika universitet, flera landsting, Försäkringskassan, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen och konsultbolag.

Kristina Alexandersson, professor i socialförsäkring vid Karolinska Institutet, har kommit med värdefulla synpunkter och delat med sig av en annan granskningsmall, ”Mall för analys av medicinsk litteratur ur ett genusperspektiv” som användes för att gå igenom studentlitteraturen på läkarprogrammet vid Linköpings universitet.

För att i beslutsstödet kunna uppmärksamma i vilka diagnoser våld kan vara en bakomliggande orsak har personer från Stockholms läns landsting och Nationellt centrum för kvinnofrid kommit med synpunkter. De har på olika håll gått igenom diagnoserna i beslutsstödet och kommit med återkoppling som sedan förts in i granskningsmallen.

Granskningsmallen

Socialstyrelsen har gått igenom samtliga 122 diagnoser med hjälp av granskningsmallen och har identifierat vad som ska förbättras, tas bort, förtydligas eller läggas till i rekommendationerna.

Externa granskare

Vid revidering av rekommendationerna ska externa granskare involveras för att säkra innehållet.

Granskningsmallen

Syftet med granskningsmallen är att den ska vara ett stöd under genomgången av diagnoserna och vid framtagandet av nya diagnoser. Det är dock möjligt att det kommer göras ytterligare revideringar då det försäkringsmedicinska beslutsstödet ska förbättras. Utifrån hur beslutsstödet ser ut idag har följande punkter tagits fram:

- **Beskrivning av hur diagnoser drabbar kvinnor och män.** För alla diagnoser ska det framgå hur sjukdomen drabbar kvinnor och män (incidens och prevalens).
- **Beskrivning av kvinnors och mäns symtom.** Vid diagnoser där det finns kända skillnader i symtombild mellan kvinnor och män ska detta anges. Exempelvis vid diagnoser som hjärtinfarkt, ADHD, depression och ljumsckbräck. För att undvika att något kön blir norm i beskrivning av symtom är det viktigt att bredda symtombeskrivningar och beskrivningar av sjukdomarnas orsaker och förlopp. Till exempel kan det vara viktigt att ta med aggressivitet som ett tecken på depression.
- **Definition av arbetets tyngd ska finnas.** I en del diagnoser står det ”tyngre arbete” vilket oftast exemplifieras med ett mansdominerat yrke (chaufför, pilot etc.). Det är viktigt att definiera vad ”tyngre arbete” betyder och att ge exempel på sådana yrken som både är mans- och kvinnodominerade. På samma sätt bör en definition av lättare arbeten finnas.
- **Deltidssjukskrivning bör alltid övervägas.** Kunskapen om det finns diagnoser där deltidssjukskrivning är olämpligt, och hur dessa diagnoser drabbar kvinnor och män är bristfällig. Det är viktigt att det inte blir olika utfall för kvinnor och män. Vid genusgranskning ska markeringar göras där rekommendationer om deltidssjukskrivning saknas.
- **Alkohol och missbruk.** Identifiera under vilka diagnoser alkohol finns med som en riskfaktor. Se till att beskrivningarna av riskfaktorer omfattar både kvinnor och män. Om faktorerna kan påverka kvinnor och män olika, ska det framgå.
- **Våld.** Skrivningar om våld ska förtydligas och föras in under diagnoser där det är känt att det är en vanlig bakomliggande orsak till sjukskrivningar, till exempel i diagnoserna utmattningssyndrom, depression, PTSD, IBS eller missbruk.
- **Rekommendationer om aktiva åtgärder.** Se över när aktiva åtgärder rekommenderas. Granska särskilt de diagnoser som är vanligare hos kvinnor respektive hos män. Så kallade hälsofrämjande faktorer bör finnas med och ska omfatta båda könen. Se över om skrivningar skiljer sig i diagnoser som drabbar kvinnor och män olika.
- **Familjesituation.** En sjukskrivning gäller bara den enskilda patientens funktionsförmåga i sitt yrke. Försäkringen och patientens möjlighet att få

rätt till ersättning är knuten till arbetslivet. Det kan vara ett problem om funktionsförmågan och möjligheten att tillfriskna påverkas av familjesituationen. I Försäkringskassans handläggning har Socialstyrelsen tidigare ansett att familjesituation inte är relevant för sjukskrivningsärenden. Av den anledningen är det fortfarande oklart om familjesituation ska tas upp i det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

- **Värdeladdade ord och beskrivningar.** Gör en genomgång av beslutsstödet och stryk värdeladdade ord som ”lugnande besked”. ”Social isolering” - deltidssjukskrivning för diagnoser som drabbar fler kvinnor än män motiveras idag med att sjukdomen annars kan leda till ”social isolering”. Se över hur smärta och smärttålighet beskrivs. Framför allt gäller detta för diagnoser som drabbar gravida kvinnor. Se över alla dessa skrivningar.
- **Läkemedelsbiverkningar.** Kunskap om köns- och genusskillnader i läkemedelseffekt, biverkningar och dosering är genomgående viktiga att uppmärksamma där de kan påverka sjukskrivningslängden.
- **Referenser ska finnas.** Fakta om sjukdomens tillstånd och symtom, behandling, risker och hälsofrämjande faktorer samt rehabiliteringsåtgärder ska styrkas med referenser.

Referenser

1. Eklund, U. Jämställda sjukskrivningar: arbetsbok för kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2010.
2. Kvinnors sjukfrånvaro. Redovisning av regeringsuppdrag 2013. Försäkringskassan; 2013.
3. Sjukpenningtalet i augusti 2013. 2013 2013-09-27 [cited 2013-10-10]; Available from: http://www.forsakringskassan.se/press/pressmeddelanden/pressmeddelande_2013/sjukpenningtalet
4. Tänk Tvärtom. För en jämställd sjukskrivningsprocess. Region Skåne och Amphi Produktion AB; 2011.
5. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd: vägledning för sjukskrivning: [reviderad 2012]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
6. Socialförsäkringsrapport 2011:7. Försäkringsmedicinska beslutsstödet - en långtidsuppföljning av förändringar i sjukskrivningsmönster 2011.
7. Goine, H, Söderberg, E, Engström, P, Palmer, E, Elsy Söderberg Linköpings universitet, undersökning av läkarintyg jfr 2009 och 2007. Uppsala: IFAU - Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering; 2009.
8. Jämt sjukskriven - ett genusperspektiv på sjukskrivningsprocessen. Stockholm; 2010.
9. Smirthwaite, G. (O)jämställdhet i hälsa och vård: en genusmedicinsk kunskapsöversikt. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2007.
10. Handlingsplan för jämställda sjukskrivningar, 2012-13. Stockholms läns landsting.
11. Borgström, A. Sjukskrivningsmiljarden 2013 : vad innebär den nationella överenskommelsen? Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2013.
12. Häger A, Steen Carlsson, K, Berglund A. Ekonomiska konsekvenser av mäns våld mot kvinnor: en kunskapsöversikt samt kostnadsberäkningar utifrån tre typfall. Glenngård. IHE 2011:1.
13. Dube, SR, Anda, RF, Felitti, VJ, Edwards, VJ, Williamson, DF. Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence and victims*. 2002; 17(1):3-17.
14. Campbell, J. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002;359:1331-36.
15. Ålander, T, Heimer, G, Svärdsudd, K, Agreus, L. Abuse in women and men with and without functional gastrointestinal disorders. *Dig Dis Sci* 2008;53:1856-64.
16. Samelius, L. Abused women- Health, somatization and posttraumatic stress [dissertation]. Division of gender & medicine; 2007.
17. Att fråga om våldutsatthet som en del av anamnesen. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK); 2010.
18. Jämställd vård? : könsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.

19. Ojämbna villkor för hälsa och vård : jämlikhetsperspektv på hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
20. Epidemiologisk årsrapport 2011. Stockholm: Smittskyddsinstitutet; 2012.
21. Grip, K. The damage done [Elektronisk resurs]: children exposed to intimate partner violence and their mothers: towards empirically based interventions in order to reduce negative health effects in children. Gothenburg: Department of Psychology, University of Gothenburg; 2012.
22. Broberg, A. Stöd till barn som bevittnat våld mot mamma: resultat från en nationell utvärdering. Göteborg: Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet; 2011.
23. Felitti, VJ, Anda, RF, Nordenberg, D, Williamson, DF, Spitz, AM, Edwards, V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American journal of preventive medicine. 1998; 14(4):245-58.
24. Dube, SR, Fairweather, D, Pearson, WS, Felitti, VJ, Anda, RF, Croft, JB. Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. Psychosomatic medicine. 2009; 71(2):243-50.
25. Chapman, DP, Whitfield, CL, Felitti, VJ, Dube, SR, Edwards, VJ, Anda, RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. Journal of affective disorders. 2004; 82(2):217-25.
26. En bit kvar till jämställd läkemedelsbehandling. 2010-11-19 [cited 2013-10-09]; Available from: <http://www.janusinfo.se/Nyheter/Symposiereferat-och-webbtv-sandningar/En-bit-kvar-till-jamstalld-lakemedelsbehandling/>