



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Beslutsprocessen i ett genusperspektiv

- **Betydelse av patientens kön vid behandlingsrekommendation**

Eva Norling & Nadia Ross.

Institutionen för psykologi, psykoterapeutprogrammet, 2018

Handledare: Roger Persson & Njördur Viborg

Examinator: Per Johnsson

Förord

Tack! Författarna av denna uppsats vill tacka alla de som har gjort detta arbete möjligt att genomföra. Först och främst ni som har deltagit i studien och besvarat våra enkäter.

Vi vill också tacka våra handledare som har ägnat många timmar åt att granska vårt material, guida oss igenom statistik och ställt alla de viktiga frågorna så att uppsatsen har haft “den rätta ryggraden”.

Ett stort tack till familj och vänner som har hjälpt till med korrekturläsning och annat stöd. Ni vet vilka ni är!

Sammanfattning

Kvinnor diagnostiseras för depression i större utsträckning än män. Fler män än kvinnor suiciderar varje år. I primärvården görs ojämlika bedömningar i förhållande till kön och viktiga frågor för att på rätt sätt hjälpa patienten missas att ställas. Ges samma behandlingsrekommendationer på ett fiktivt patientfall oavsett kön på patienten? Har det någon betydelse om vårdpersonalen som ger rekommendationen är man eller kvinna? Hur kan arbetet med en ökad genusmedvetenhet utvecklas i vården? Detta är studie med nätbaserade enkäter med frågor om behandlingsrekommendationer till ett fiktivt patientfall fördelat på man/kvinna, följt av uppföljningsenkät med öppna svarsalternativ. Enkäterna har gått ut till kliniskt arbetande personal i primärvården Skåne (n=125). Insamlad data har bearbetats i statistikprogrammet SPSS samt analyserats med hjälp av genusteorier, könsskillnadsforskning och socialkonstruktion. Resultaten visade inte på några signifikanta skillnader mellan behandlingsrekommendationerna för man/kvinna, utom när det gäller rekommendationen “annat”, som oftare föreslås kvinnan. Denna mätning visade signifikant skillnad ($p=0,025$). För få män (17 %) deltog i studien för att jämföra vårdpersonalens kön i relation till rekommendationer. Deltagare i studien ansåg att det saknas kännedom kring skillnader mellan kön i vården. Studiens svaranden anser att män som arbetar i vården gör större skillnad mellan patient som är man och kvinna än vad kvinnor inom vårdprofessionen gör. Individuella faktorer hos vårdpersonalen ligger bakom ojämlika bedömningar.

Nyckelord

Genus, depression, sjukvård, primärvård, jämlikhet, psykoterapi, könsblindhet, könsroller

Abstract

More women than men are diagnosed with depression. Yet more men than women commit suicide each year. In primary healthcare, there are disproportionate diagnoses relative to gender and key questions that ensure patients get the correct care are often not asked. Would a fictional patient be given the same treatment recommendation regardless of gender? Are treatment recommendations influenced by the gender of healthcare staff? How can we increase awareness of the impact of gender within healthcare? This study used internet-based surveys regarding treatment recommendations for a fictional patient where the patient's gender (male/female) was varied, followed-up with a survey consisting of free text questions. The surveys were completed by clinical staff within primary care in Sweden's Scania province (n= 125). The data was analyzed using SPSS statistics software, and also in relation to gender theory, gender bias research and social constructionism. The results did not demonstrate a significant difference in the treatment recommendations for the fictive man/woman, with the exception of the "other" recommendation which the fictive woman more frequently received (p= 0,025). Too few men (17%) took part in the study to draw conclusions about healthcare staff's gender in relation to treatment recommendations. The study participants believe there to be a lack of knowledge regarding gender differences within healthcare. They believe the treatment recommendations of male healthcare staff are more influenced by gender than female healthcare staff. Differences between individual healthcare workers is the underlying cause of disproportionate diagnoses.

Keywords

Gender, depression, healthcare, primary health care, equality, psychotherapy, gender blindness, gender roles

Innehållsförteckning

Inledning	6
Genusperspektiv i vården, en långsam process.....	7
Könets betydelse ur ett evolutionsmässigt perspektiv	7
Könsskillnader i uttryck av symtom	9
Kategorisering av kön, ett problem i sig.....	10
Betydelsen av patientens kön vid behandlingsrekommendation	10
Depressionskriterier och epidemiologi	11
Syfte och frågeställningar	13
Metod	14
Deltagare och identifiering av deltagare	14
Procedur	15
Fiktiva patientvinjetter	16
Dataanalys.....	17
Etik.....	17
Bortfallsanalys	18
Resultat	20
Behandlingsrekommendationer beroende på patientens kön.....	20
Fördjupad beskrivning av behandlingsrekommendationer	20
Behandlingsrekommendationer beroende på vårdgivarens kön	21
Uppföljningsenkäten	21
Diskussion	24
Den signifikanta skillnaden.....	24
Vidmakthållande normer	25
Könsblinda eller könsneutrala?.....	25
Jämförelse med tidigare forskning.....	26
Förslag på vidare forskning	26
Metodologisk diskussion	28
Svagheter med studien	28
Styrkor med studien	30
Slutsats	32

Referenslista	34
Bilagor	38
Bilaga 1, informationsbrev till enhetschefer	38
Bilaga 2, informationsbrev till deltagare	39
Bilaga 3, Patientvinjett.....	40
Bilaga 4, enkätfrågor.....	41
Bilaga 5, enkätfrågor uppföljningsenkät.....	42

Inledning

Denna uppsats vill undersöka om patientens kön har någon betydelse för vilka rekommendationer till behandling som ges när en patient söker vård för depressionssymtom inom primärvården. Mycket talar för att människor bedöms utifrån föreställningar om kvinnligt och manligt vilket t.ex. framkommer i Sveriges kommuner och landstings resultatrapport för hållbar jämställdhet (SKL, 2010). I denna resultatrapport från SKL presenterades bl.a. en genomgång baserad på medicinska journaler och uppföljande patientenkäter som visade att män och kvinnor oavsiktligt behandlas olika i vården (SKL, 2010). Enligt rapporten upptäcks inte depression hos män i samma utsträckning och det är vanligare att kvinnor medikaliseras. Kvinnor sjukskrivs också i högre utsträckning för depression än män. Män remitteras oftare till specialistvård än kvinnor och män får fler rehabiliteringsinsatser. Kvinnor träffar oftare sjuksköterskor och män träffar oftare läkare när de söker vård (Läkartidningen, 2018; SKL, 2010; Barsky et al., 2001). Det visar sig också enligt SKL-rapporten att läkare har olika sjukskrivningsrutiner beroende på om läkaren själv är man eller kvinna. Vidare visar samma rapport att våld i nära relationer missas hos långtidssjukskrivna kvinnor. Andra könsskillnader är att män får mer tydligt definierade diagnoser än vad kvinnor får. Kvinnor erhåller oftare "symtomdiagnoser" som inte tydligt ingår i någon preciserad diagnos och kvinnor har svårare än män att få sina sjukdomar erkända av läkare. Män söker vård senare än kvinnor, och det dör fler män än kvinnor på grund av orsaker som hade kunnat förhindrats om de hade erhållit vård tidigare (SKL, 2010).

Psykosocial ohälsa är oftare en faktor för en kvinnas sjukskrivning än en mans (Försäkringskassan, 2016). Med detta menas exempelvis eget, eller närståendes missbruk, eller sjukdom i familjen. Ofta missar vårdpersonal att över huvud taget fråga kring kvinnors eventuella missbruk, och mäns eventuella missbruk normaliseras (SKL, 2010).

Under senare år har insatser inom vården gjorts för att utforska och möta dessa föreställningar om kvinnligt och manligt. SKL tilldelades under åren 2008–2013 240 miljoner kronor av regeringen för att stödja kommuner och landsting i arbetet med jämställdhetsintegrering, genom satsningen "Program för hållbar jämställdhet" (SKL, 2018). Även Landstinget i Region Skåne har sedan flera år tillbaka en strategi för ökad likabehandling (Region Skåne, 2018). Trots detta fokus är det företrädesvis kvinnor (71 % vs. män 29 %) som erhåller psykoterapeutisk behandling vid depression och andra tillstånd (Region Skåne, 2018; Schenck-Gustafsson, 2011). I en studie från 2009 (Socialstyrelsen, 2018) framgår det att närmast dubbelt så många recept på antidepressiv medicinering hämtas

ut av kvinnor som av män, en tendens som kvarstår då kvinnor fortsatt dominerar medicinuthämtningen enligt senare års statistik (Socialstyrelsen, 2018).

Genusperspektiv i vården, en långsam process

Medvetenheten om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik är en relativt ny företeelse och har tagit tid att introducera (Hammarström, 2010). Medicinsk genusforskning på 80-talet lyfte fram betydelsen av den manliga normen inom medicinen. Det visade sig att forskning om hjärt-kärlsjukdomar framförallt har utförts på män, och att slutsatser sedan dragits av dessa studier till att gälla även kvinnor. Dessa slutsatser har senare visat sig vara felaktiga. Orsaken till att forskning har bedrivits med hjälp av kvinnor i mindre utsträckning, har kunnat identifieras till tre skäl. Det har funnits en brist på grundläggande kunskap om kvinnors fysiologiska/ metaboliska förhållanden. Det finns en historisk inlåsning; samma studiepopulation som använts tidigare, dvs. män, studeras på så likt sätt som möjligt för att kunna göra korrekta jämförelser mellan resultaten från den nya och gamla studien. Det tredje skälet menar författaren baseras på att ekonomiska grunder utesluter. Det är dyrare att behöva anpassa tidpunkten för vissa tester på grund av kvinnans menstruation (Söderström, 2001). Anell (2016) menar att medicinsk forskning som görs på djur följer handjuret som norm. När resultat hämtade från studier där mediciner har testats på djur som ett underlag för vidare studier med människor, kan det ha betydelse om djuret har varit hane/hona. En annan anledning till att det tagit tid att införa genusperspektivet inom vården ligger hos den äldre generationen som inte uppfattar genusforskning som ett medicinskt kunskapsområde menar Schenck-Gustafsson (Schenck-Gustafsson refererad i Anell, 2016).

Oförmågan att kunna se könsskillnader kallas ofta genus- eller könsblindhet. Man förbiser kön/genus som förklaringar till skillnader och utgår ifrån att det är likhet mellan könen (Samulowitz et al., 2018).

Könets betydelse ur ett evolutionärt perspektiv

Det finns även evolutionära förklaringsmodeller till att män och kvinnor behandlas och behandlar varandra på olika sätt (Karterud et al., 2014). Skillnaderna skall ha uppkommit från könens olika roller när det gäller att skaffa mat, skydda sig mot fiender, ta hand om barn och sörja för familjens materiella och mentala bas. Genetiska könsskillnader utvecklas olika över tid med olika könskromosomer för män och kvinnor. Olika könsdifferentierade genuttryck på kromosomer påverkar de neurobiologiska systemen olika och skulle på så sätt ge könsskillnader. Karterud et al. (2014) beskriver vidare att de flesta män, oberoende av kultur och art, är mer aggressiva, våldsamma, motoriskt oroliga, självhävdande, konkurrensinriktade och mer upptagna av social position och dominans än vad kvinnor är.

Kvinnor är däremot mer omhändertagande, svarar snabbare på anknytningssignaler och är mer socialt intresserade än de är tävlingsinriktade, vilket Karterud et al. (2014) förklarar med det evolutionsmässiga perspektivet med könens olika roller som samspelar med de utvecklade genetiska skillnaderna. Även om könsrollsmönstren påverkats av kulturen (jäger-samlar-tillvaro, eller jordbrukstillvaro) så hävdar Karterud et al. (2014) att det finns strukturella och neurobiologiska skillnader som förstärker könsrollerna. Som exempel förs det fram att den manliga hjärnan är större (har cirka 4 miljarder fler hjärnceller) än den kvinnliga. Även om det är oklart vad dessa celler används till beskriver Karterud et al. (2014) en hypotes om att de kan ha ett samband med utövandet av vissa funktioner där mannen är överlägsen kvinnan, exempelvis att manipulera och koordinera objekt och föreställa sig inre kartor. Evolutionärt kommer dessa egenskaper till nytta t.ex. vid springande anfall mot ett flyende djur i en viss vinkel då det krävs beräkning av vilken kraft och hastighet spjutet ska kastas. I modern tid handlar det om att förstå och bemästra samhälleliga system, tillhörande maktspel och hierarkier (Karterud et al., 2014). Schack är ett exempel där det främst är män som tillhör eliten. En annan strukturell skillnad med koppling till neurobiologiska system är att bakre delen av corpus callosum som förbinder de två hjärnhalvorna är större hos kvinnor än hos män (Karterud et al, 2014). Enligt Karterud et al. (2014) kan det betyda att kommunikationen mellan de två hjärnhalvorna fungerar bättre hos kvinnor än hos män, vilket skulle kunna ha betydelse för en bättre förmåga till social interaktion.

Resonemanget om evolutionsmässiga och genetiska orsaker till könsskillnaderna kan överföras till skillnader i prevalens av mental ohälsa mellan könen. Kvinnor har en överrepresentation av depressiva störningar medan männen har en motsvarande överrepresentation av drogberoende (Mathers, 2008). Förklaringen till skillnaden för att kvinnor är mer depressiva menar Karterud et al (2014) hänger samman med en sårbarhet för skuld, en känsla som förknippas med anknytning och empatisering, två drifter med starkt evolutionärt ursprung. Utvecklande av sådan skillnad skulle kunna härledas till den könsdifferentierade responsen på serotoninsystemet. Män tenderar att bli mer impulsiva vid låga serotoninnivåer, en markör som förekommer vid depression, medan kvinnor tenderar att bli mer depressiva vid låga nivåer, vilket har beskrivits i en experimentell studie på friska kvinnor och män (Walderhaug, 2007). Något som till en del skulle kunna förklara paradoxen att det är fler kvinnor än män som diagnostiseras med depression samtidigt som det är fler män än kvinnor som suiciderar årligen. (Westergård, 2015). I en tvillingstudie (Kendler et al., 1995) konstaterades att de tydligaste prediktorerna för allvarlig depression är; nära släkting som dör, överfall, och allvarliga äktenskapsproblem/skilsmässa/separation. Kvinnor är i större

grad enligt studien internaliserande, och därmed mer sårbara för påfrestning som rör relationer och i högre grad skuldbenägna (Danielsson, 2010).

Ett annat perspektiv som kan förklara könsskillnaderna i hur depression uttrycks och förekommer är den sociala samverkan med biologin, hur vår syn på kvinnligt och manligt påverkar biologiska skeenden genom tolkningar och uppfattningar. I en avhandling (Danielsson, 2010) berättar patienter om höga krav och förväntningar på sig själva som orsak till insjuknandet i depression. Deras beskrivningar varierar dock en del beroende på både genus och på samhällsklass. Många män ser sig som plötsligt ”träffade” av yttre omständigheter (Danielsson, 2010). Kvinnor beskriver oftare depressionen som inifrån kommande och har en tendens att anklaga sin egen person. Avhandlingen pekar på ett glapp mellan patienternas berättelse om sig själva och den medicinskt vetenskapliga synen på depression (Danielsson, 2010).

Könsskillnader i uttryck av symtom

Studier (Barsky et al., 2001; Samulowitz et al., 2017) har visat att förmågan att uttrycka och sätta ord på inre upplevelser skiljer sig åt mellan män och kvinnor. En förklaring till detta är att människan är formad av den sociala kontext som vi befinner oss i (Barsky et al., 2001) och att sättet vi förmedlar lidande på är format av uppfattningar och tolkningar av kön, men också vanor och beteende. Kvinnor söker ofta vård tidigare i ett sjukdomsförlopp och har fler besök inom vården per år än män, vilket delvis kan förklaras genom att kvinnor brukar ha regelbundna gynekologiska undersökningar, särskilt i samband med graviditeter (Barsky et al., 2001). Kvinnor får därför generellt mer träning och vana vid sjukvårdsmöten.

Könsnormer i relation till hälsa formas inte bara inom sjukvården, utan även i vardagliga möten överallt från att vi är barn. Pojkar fostras till att “bita ihop” och inte “visa sig svaga” medan flickor uppmuntras att söka beskydd och tröst (Barsky et al., 2001). Män som uppfyller kriterierna för att vara mer traditionellt maskulina tycks ha högre smärttolerans än de män med normalt till färre kriterier inom maskulinitet (Barsky et al., 2001). Om detta är skillnader i förmåga att härbärgera obehag och tillåtelse att uttrycka lidande, eller om det är faktiska medfödda egenskaper är oklart (Barsky et al., 2001; Berkley, 1997; Unruh, 1996). Vad det gäller psykisk ohälsa menar Barsky et al. (2001) att kvinnor har en större tillgång till känslor som kan leda till negativa upplevelser som självkritik och psykiskt dåligt mående (Barsky et al. 2001; Kirmayer et al., 1994). Studier som är gjorda för att mäta smärtupplevelser hos män i jämförelse med kvinnor försvåras av att även forskare och läkare är påverkade av könsnormer och att en kvinnas symtom i större utsträckning tolkas som

psykisk ohälsa än vad samma symtom gör hos en man (Barsky et al., 2001). Att mäta mänskligt lidande är därför inte enkelt att göra på ett standardiserat vis (Moore et al., 2013).

En annan social konstruktion av symtomuttryck är begreppet "Man flu" (översatt: manlig influensa) som anger att vid en sjukdom som inte är så allvarlig som t.ex. vid en förkylning, så behandlas den person som har sjukdomen som om det var ett allvarligt tillstånd, och den personen är oftast en man (Cambridge dictionary, 2018). Studier har i linje med begreppet (Sue, 2017) kunnat visa att fler män än kvinnor läggs in på sjukhus på grund av influensa och att män har en genomsnittlig längre rehabiliteringstid från influensan, 3 dagar i jämförelse med kvinnor på 1,5 dagar. Det som komplicerar kausalsambandet är samtidigt att fler män även dör till följd av influensa, vilket snarare styrker att sjukdomen har olika biomedicinska effekter relaterat till kön. Det faktum att män röker mer än kvinnor och att kvinnor tenderar att söka vård oftare och tidigare i ett sjukdomsförlopp kan inte uteslutas som orsaken till skillnaden (Barsky et al., 2001).

Kategorisering av kön, ett problem i sig själv

I motsats till hypotesen om den dikotoma kategoriseringen av kön finns det argument för att varken kvinnor eller män utgör homogena grupper. Variationerna på individnivå kan vara större än de genomsnittliga skillnaderna mellan grupperna (Magnusson & Marecek, 2010). Det finns även problem i sig med att kategorisera kön. I motsats till Platon, som hävdar att det finns naturliga kategorier som existerar oavsett om människan har kunskap om dem eller ej, står de sofistiska filosoferna som menar att all kategorisering är skapad av människan och därmed villkorlig (Magnusson & Marecek, 2010).

Attityder kring genus tolkas och internaliseras i individen och innebörden av "man" och "kvinna" kommer därför förändras över tid (Magnusson & Marecek, 2010; Öhman, 2009). Människan har en tendens att koppla samman könsneutrala ord med ett kön, ta som exempel "logisk" eller "känslomässig". Dessa ord får en "genusbärande" betydelse (Öhman, 2009). Könskategoriseringen riskerar att skapa förväntningar på beteende och egenskaper utifrån ett cirkulärt förlopp. Egenskaper skapas genom socialkategorisering och normer, vilket leder till ett självuppfyllande. Ett exempel är när en patient börjar bete sig i enlighet med den diagnos den nyss fått. Detta kallas för "The looping effects of human kinds" (Magnusson & Marecek, 2010).

Betydelsen av patientens kön vid behandlingsrekommendation

Som tidigare nämnts så handlar denna uppsats om patientens kön har någon betydelse för vilka rekommendationer till behandling som ges när en patient söker vård för depressionssymtom inom primärvården. I ljuset av den teoretiska och empiriska

genomgången av kunskapsläget är en drivande hypotes i denna studie att de flesta remittenter och behandlare är väl medvetna om problemen kring ojämlika bedömningar i vården, men att de också har en föreställning kring att de är undantagna från fördomarna om att göra skillnad mellan könen. Dvs. om personen själv som behandlare gör skillnad så är det ett undantag understött av fakta. Dimidjian och Hollon (2010) menar att det är en relativt ny företeelse att forska kring vad som sker när psykoterapi leder till skada. Psykoterapi, som är särskilt framtagen för att behandla psykisk ohälsa, kan alltså både leda till utebliven behandlingseffekt men också skada (Dimidjian & Hollon, 2010), varför det kanske inte är rätt behandlingsalternativ för alla individer vid alla tidpunkter i livet. Som patient är det rimligt att få veta vilken effekt rekommenderade behandlingar förväntas ha och varför den ena behandlingen är att föredra framför den andra. Under 2016 hade antalet personer som behövt söka vård för biverkningar av läkemedel ökat i antal, där kvinnor drabbades i genomsnitt utav 6 /10 biverkningar rapporterade till Läkemedelsverket (Nyhetsbyrån TT, 2017). Framförallt bedöms det att kvinnor, 18-65 år, löper störst risk att drabbas av allvarliga biverkningar (Nyhetsbyrån TT, 2017). Vårdpersonal som utövare måste bli bättre på att göra bedömningar och för att minska riskerna för skada och öka möjligheterna till rehabilitering.

Depressionskriterier och epidemiologi

I Sverige är depression en av de vanligaste psykiatriska diagnoserna. 19 % av befolkningen, 16–84 år, uppger att de diagnostiserats med depression minst en gång i livet (Statens folkhälsoinstitut, 2010). Av dessa har nästan var tredje fått diagnosen mer än en gång. Fler kvinnor än män diagnostiseras med depression. Nästan var fjärde kvinna (24 %) uppger sig ha blivit diagnostiserad med depression en eller flera gånger under sitt liv. Motsvarande andel för män är 13 %. Enligt Världshälsoorganisationen WHO drabbas var fjärde kvinna och var sjunde man någon gång i livet av depression. WHO klassar därmed depression som den tredje viktigaste orsaken till ohälsa i hela världen och uppskattar att cirka 350 miljoner människor lider av sjukdomen (Mathers, 2008). I västvärlden är depression en mycket kostsam sjukdom. I Sverige uppskattas sjukdomen totalt kosta 35 miljarder kronor per år, där hela 88 % är indirekta kostnader, i huvudsak orsakade av långa sjukskrivningsperioder (Ekman et al., 2014). Risken för suicidtankar och suicidförsök ökar i samband med depression och ångest, vilket ställer höga krav på vården att identifiera tillståndet och gå in med insatser för att förebygga svåra depressioner. Många av de som drabbas av depressionssymtom är i arbetsför ålder och diagnosen tillsammans med ångestsyndrom och förstämningssyndrom leder till ca 90% av alla sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa i Sverige (Socialstyrelsen, 2018; Försäkringskassan, 2016). Det viktigaste symtomet för

depression är att personen lider av nedstämdhet under lång tid. För klinisk diagnostik inom psykiatri används huvudsakligen DSM-IV (American psychiatric association, 2018) som i många fall ger möjlighet till mer preciserade bedömningar av enskilda patienter. Inom primärvården, som denna uppsats refererar till, används ICD-10-koderna. Enligt diagnosmallen för ICD-10 (Socialstyrelsen, 2018) räknas följande symtom till depression, där utöver nedstämdhet skall sammanlagt fem av nio symtom föreligga enligt nedanstående punkter:

- sänkt grundstämning till den grad att det definitivt kan anses onormalt för individen i fråga, närvarande större delen av dagen, nästan varje dag, knappast påverkligt av omständigheter och med en duration av minst 2 veckor
- brist på intresse för eller glädje av aktiviteter som normalt upplevs som lustfyllda
- minskad energi eller ökad uttrötthet
- brist på självförtroende
- omotiverade känslor av självföreläsa eller svåra och inadekvata skuld känslor
- återkommande tankar på döden eller självmord eller självmordsbeteende
- klagomål eller bevis på försämrad förmåga att tänka eller koncentrera sig, såsom obeslutsamhet eller tveksamhet
- förändrad psykomotorisk med agitation eller retardation (subjektivt eller objektivt)
- sömnstörningar av någon form
- förändrad (minskad eller ökad) aptit med åtföljande vikt förändring

Förändring i sömn är ett kriterium, oavsett om den är minskad eller ökad, och likaså aptit som också kan vara ökande eller minskande. Båda förändringarna är vedertagna symtom vid depression. Den oprecisa symtombilden försvårar tolkningen av forskningsfynd och kan samtidigt vara en förklaring till varför inte samma behandling kan hjälpa alla patienter. Inga skillnader görs mellan män och kvinnor i symtombeskrivning varken i ICD 10 (Socialstyrelsen, 2018) eller DSM IV (American psychiatric association, 2018).

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att se om behandlingsrekommendationer till ett fiktivt patientfall visar på några skillnader beroende på patientens kön. Syftet är också att undersöka om vårdpersonalens kön har något samband med vilka rekommendationer som ges. Slutligen finns en avsikt att genom ett avsnitt med frågor med möjlighet till egna reflektioner få en djupare förståelse kring bakomliggande skäl till val av behandlingsrekommendation.

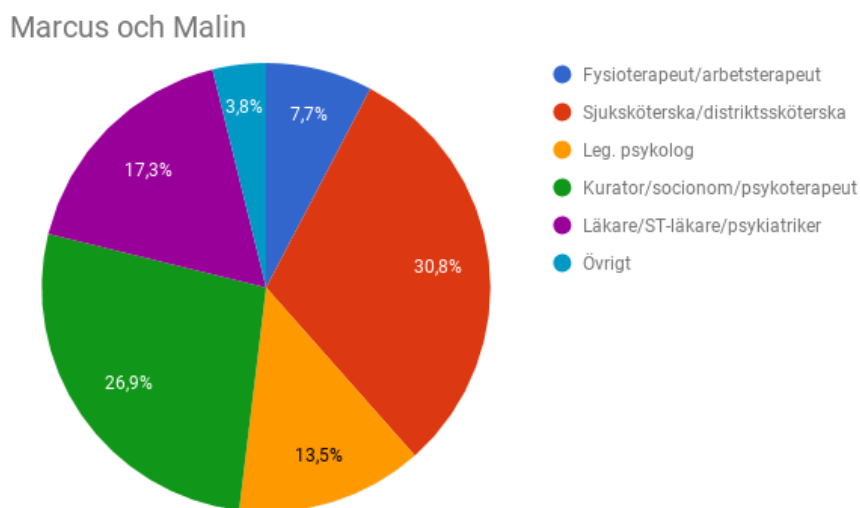
- Skiljer sig behandlingsrekommendationer för allmändepressiva symptom beroende på om patienten presenteras som varandes man eller kvinna?
- Vid eventuella skillnader, finns det ett samband med vårdpersonalens könstillhörighet?

Metod

Deltagare och identifiering av deltagare

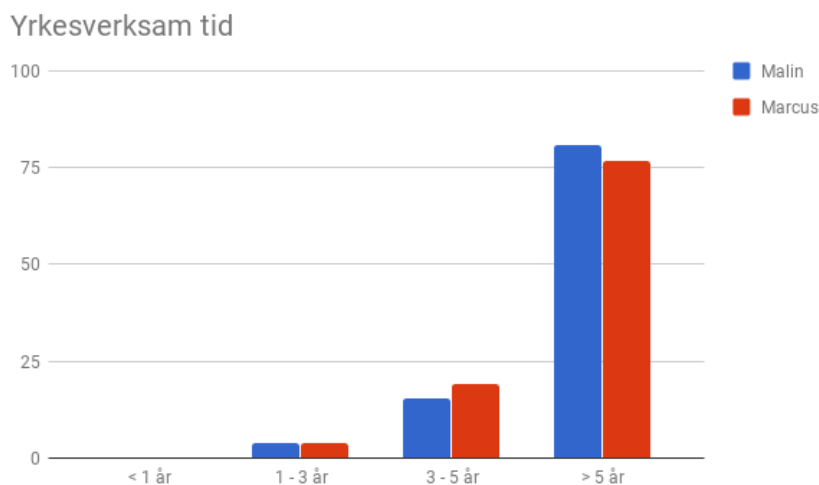
Enkäten gick ut till 125 personer som vid undersökningstillfället eller någon gång under de senaste 3 åren har arbetat inom primärvård i stadsmiljö i Skåne. Inledningsvis skickades enkäten till två primärvårdsmottagningar i Skåne. På grund av få antal svarande gick inbjudan också ut till övrig vårdpersonal ej kopplad just till dessa två arbetsplatser. Av totala utskick besvarade 52 personer de inledande enkäterna. Vi kallar dem i detta avsnitt enkät 1a och 1b då de består av samma patientfall med samma frågor fördelade på två namn; Marcus (1a) eller Malin (1b). 26 personer svarade på vardera enkät. Totalt 41 personer definierade sig som kvinnor, 9 personer definierade sig som män och 2 personer ville ej ange kön. Fördelningen mellan yrkesgrupper såg ut enligt följande:

Figur 1 yrkestillhörighet i procent, alla 53 deltagare



All vårdpersonal som hade klinisk kontakt med patienter i sitt vardagliga arbete ingick i studien. De 52 som besvarade enkät 1a/1b fick möjlighet att besvara uppföljningsenkäten. Beslutet att använda enkäter gjordes för att nå ut till så många primärvårdsanställda med kliniskt arbete som möjligt. Samtliga deltagare i studien hade varit kliniskt verksamma inom sitt yrkesområde i minst 1 år, där en majoritet hade minst 3 års erfarenhet.

Figur 2 Antal år i yrket, alla 52 svarande



26 personer svarade på vardera enkät Malin (1a) och Markus (1b). Könsfördelningen över de som besvarade enkäten var att 79 % (n=41) kvinnor, 17 % (n=9) män. 4 % (n=2) personer vill ej ange kön och inga svaranden valde alternativet ”annat”. Vid könsfördelning fördelad på yrkesgrupp framkom att alla sjuksköterskor (n=16) var kvinnor. 77 % (n=10) av kuratorerna och 89 % (n=8) av läkarna angav kvinnligt kön. Psykologerna hade jämnast könsfördelning med 57 % (n=4) kvinnor. Gruppen som helhet angav i 76 % (n=37) att de yrkesverksamma mer än fem år. 18% (n=9) angav att de arbetat mellan tre och fem år, samt 6% (n=3) angav att de varit yrkesverksamma mellan 1-3 år. Vid jämförelse mellan yrkeserfarenhet och yrkesgrupp var sjuksköterskorna mest erfarna varav 76 % (n=15) angav att de arbetat mer än fem år. Något lägre andel psykologer 71 % (n=5) och kuratorer 69 % (n=9) angav att de arbetat mer än fem år. I läkargruppen var det 56 % (n=5) som hade mer än fem års yrkesverksamhet. När det gäller frågan om upplevd stress i arbetet, svarade 61 % (30) att de ganska ofta och mycket ofta upplever stress i sitt dagliga arbete. I denna grupp angav även en större andel som arbetat färre än fem år 33 % (n=10) jämfört med de som angivit att de upplever sig inte alls, ganska sällan eller ibland stressad 10 % (n=2).

Procedur

En undersökning som nyttjade en ”non-equivalent control group design with post-hoc testing only” [dvs. en icke-ekvivalent kontrollgruppsdesign med ett efter test] genomfördes. Två enkäter distribuerades via mail till personal inom primärvården i Skåne. I den första enkäten (1a) fick ena hälften av deltagarna bedöma ett fiktivt patientfall där patienten var man och ange en behandlingsrekommendation; psykoterapi, medicinering, sjukskrivning, annan (se beskrivning av vinjett nedan). Den andra hälften fick bedöma en patient som var kvinna

(1b) med samma behandlingsalternativ. I den uppföljande enkäten fick vårdpersonalen möjlighet att direkt redogöra för egna reflektioner kring eventuella könsskillnader och ge förslag på möjliga åtgärder. Mottagning 1 som valde att delta fick patientfallet Malin, mottagning 2 fick patientfallet Marcus. Samma fall skickades till respektive mottagning för att undvika att personal pratade med varandra och upptäckte att de fått samma fall fast med olika namn och därmed eventuellt påverkas i sina svar. Därefter har fallen delats upp mellan oss ansvariga för studien så att en av oss bara har skickat ut enkät 1a och en av oss har bara skickat ut enkät 1b.

Till de som har svarat på enkät nr 1a och 1b (n=52) har uppföljningsenkät skickats med följdfrågor. Uppföljningsenkäten hade inte någon direkt individuell koppling till den första enkäten då det inneburit en helt annan integritetskrävande kontroll av de svarande. Det skickades påminnelser både för enkät 1a och 1b samt uppföljningsenkäten. Enkäterna har fortsatt legat öppna för möjlighet att besvara fram till slutdatum. Tiden mellan utskick av enkät 1a/1b och uppföljningsenkäten har varierat. För att säkerställa att personal inte pratar med varandra kring fallet innan de besvarar enkäten har uppföljningsenkäten skickats en längre tid efter första inkomna svar.

Fiktiva patientvinjetter

Deltagarna blev presenterade en kort vinjett av ett fiktivt patientfall med en person som uppfyller kriterierna för bl.a. återkommande depressiv episod. För att kunna besvara frågan om samma patientfall får olika bedömningar beroende av kön, namnades hälften av enkäterna med ett mansnamn och andra hälften av att kvinnonamn. Patientfallet var utformat så att det inte tydligt skulle framgå ett, enligt vår bedömning, stereotypt kön på patienten. Då studien "Genushanden" (SKL, 2010) har visat att personal i primärvården ställer olika frågor till patienterna beroende på kön, exempelvis mer frågor kring familjen när det är kvinnor och mer frågor kring återgång till arbete när det är män, har även svårigheter i det psykosociala och i arbetslivet lagts till. De frågor som har valts att ha med i enkäterna syftar till att säkerställa att de svarande har haft en grundläggande utbildning med behörighet att i olika form ge vård till patienter på primärvårdsnivå samt sondera om deltagarna som fick de olika fallen hade en snarlik/jämförbar stressnivå.

Uppföljningsenkäten

I uppföljningsenkäten ställdes två skalfrågor och två öppna frågor för att undersöka om vårdpersonal riskerar falla inom ramen för att välja att professionalisera sitt tänkande, dvs. att de i sitt yrkesutövande såg gruppen patienter som en grupp, som mottagare av vård, där könet var underordnat. Och där vårdpersonalen i så fall skulle placera sig högt på

jämställdhetsskalan. I likhet med de utmaningar som uppmärksammats att se individen bakom patienten, skulle med detta resonemang även könet hamna i skymundan för patientrollen (Gullacksen, 2010). Den första skalfrågan löd "I vilken grad upplever du att det sker jämlika bedömningar av manliga och kvinnliga patienter? Ange på en skala för vilket 0 anger totalt ojämnt och 100 anger totalt jämlikt". Den andra skalfrågan var "I vilken grad ger manlig och kvinnlig vårdpersonal olika rekommendationer till män och kvinnor med samma symptombild? Ange på en skala för vilket 0 anger totalt olika och 100 anger totalt lika." Svaren på skalfrågorna delades in i 5 intervaller med 20 enheter i varje. De två öppna frågorna som ställdes var. "Om det finns skillnader, hur uppfattar du att manliga respektive kvinnliga behandlare förhåller sig till dessa könsskillnader? Om du menar att kvinnor oftare erbjuds terapi än män i din verksamhet: (a) Upplever du detta som ett problem som borde föranleda åtgärder? (b) Beskriv med egna ord vilka åtgärder som du menar skulle vara lämpliga för att åtgärda problemet."

Dataanalys

SurveyMonkey användes för att bearbeta den deskriptiva statistiken i t.ex. tabellform tillsammans med ett kalkylprogram Google G suite. För den analytiska statistiken utfördes beräkningar i SPSS (Statistical Package for the Social sciences) (IBM, 2016). Pearsons Chi2-test har använts för att undersöka om det föreligger sannolikhet för en slumpmässig påverkan vid observation av ett samband när det gäller upplevd stress och fördelning av rekommendationer till psykoterapi, medicinering, sjukskrivning, annat. Mätningarna som gjordes har utgått från ett p-värde lägre eller lika med 0.05 som signifikant. Den kvalitativa data från de öppna svaren lästes igenom och klassificerades i olika teman. Därefter identifierades olika "idealtyper" med svar inom samma kategori. Detta gjordes i två steg. I det första steget gjordes en sortering utifrån åsikt om män och kvinnor behandlas olika inom vården där de olika kategorierna fördelades i tre grupper; Ja, Nej, Ingen åsikt/vet inte. I det andra steget identifierades olika "idealtyper" med svar inom samma kategori.

Etik

Deltagarna fick skriftlig information via mail gällande hur enkäterna skulle redovisas. Den information som har samlats in via enkäter har inte innehållit någon känslig information kring de svarande. Mailadresser som har kunnat kopplas till svarsalternativ har enbart sparats i SurveyMonkey där inloggning krävs. Inget känsligt material har existerat i pappersform eller skickats via mail. Med anledning av att så få har svarat på enkäten, finns det heller ingen specifik mottagning som kommer erhålla feedback avseende hur det har sett ut just på deras mottagning. Denna studie kommer ej publiceras utanför Lunds universitetskatalog. Inga namn

på varken svarande eller mottagning kommer att delges. Deltagarna erbjöds möjlighet att få ta del av resultatet av det insamlade material.

Bortfallsanalys

Det går inte att göra någon reell bortfallsanalys då det p.g.a. av låg svarsfrekvens inkluderades personal som utförde arbete inom Vårdval psykotterapi för Region Skåne på andra enheter än de två ursprungliga vårdcentralerna. Någon homogen bortfallspopulation kunde därför inte identifieras.

Det låga deltagandet kan kopplas till att enkäterna distribuerades via e-post vilket är behäftat med ett högt bortfall som t.ex. kan förklaras av att e-postlistan varit inaktuell. Personer som slutat på sin tjänst eller var tjänstlediga stod med, utan att kunna svara. Nyanställda kunde på motsvarande sätt ha blivit utlämnade om de inte fanns med på listan eftersom det är ett tidsdokument och personer tillkommer kontinuerligt relaterat till personalomsättning. Även själva e-postmeddelandet kunde ha sorterats bort av olika anledningar som t.ex. att det tolkades som reklam, eller "spam" och hamnade i skräpposten beroende på inställningar.

Urvalets snedfördelning kan ha orsakats av uppmärksamhetsbias, dvs. att de som var intresserade av ämnet tenderade att svara i högre grad, inte svara vid ointresse, eller inte hann ta ställning till att svara p.g.a. hög arbetsbelastning eller upplevelse av stress. Uppmärksamhetsbias riskerade därför snedfördela resultatet utifrån att de som hade ett aktivt förhållningssätt till genusperspektiv eller som inte kände sig påtagligt belastade eller stressade var de som svarade i högre grad.

I ett försök att uppskatta om det fanns några skillnader mellan gruppen som svarade och gruppen som inte svarade hos ursprungsgruppen på 125 personer, sågs att bland den grupp som svarade var en lägre andel 83 % (n=47) som definierade sig som kvinnor och av de som inte svarade var andelen kvinnor var högre där 90 % (n=63) hade vad som uppfattas som kvinnliga namn. Skillnaden skulle kunna tala för att fördelningarna, även utifrån de övriga undersökta parametrarna, kunde se annorlunda ut i fall även bortfallsgruppen hade deltagit.

Det skall samtidigt understrykas att det finns en osäkerhet kring vad som är en normalfördelning av målgruppen relaterat till kön. I samband med uppsatsens start ställdes frågan till Region Skånes projektansvariga för Vårdval psykotterapi hur könsfördelningen var bland registrerade behandlare inom vårdvalet, något som de projektansvariga inte kunde besvara. Det som kan konstateras utifrån tillgänglig statistik (Region Skåne, 2015) är att Region Skåne hade mycket få jämställda yrkesgrupper och att en generell skattning av alla anställda yrkesgrupper inom Region Skåne pekade på 40-60 % med den högre procentandelen

kvinnor med en stor spridning mellan yrkesgrupperna. Huruvida den mycket högre andelen kvinnor bland både svarande, och antal bortfall i denna uppsatsen kan förklaras av t.ex. en yrkestillhörighet med hög andel kvinnor är dock oklart.

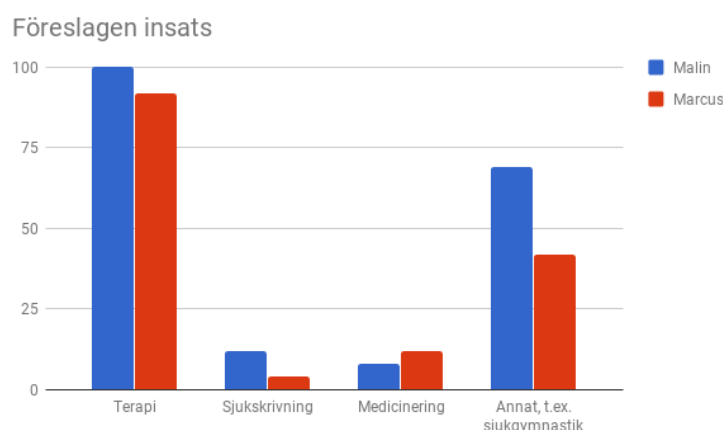
Resultat

Behandlingsrekommendationer beroende på patientens kön

Utifrån uppsatsens frågeställning om samma patientfall får lika behandlingsrekommendationer oberoende av kön så framkommer en skillnad i rekommendationerna. Vårdgivarna kunde ge upp till fyra rekommendationer till samma patientfall.

Av de 26 vårdgivarna som besvarade Malinfallet rekommenderade 88 % psykoterapi (n=23), 69 % annat/sjukgymnastik (n=18), 8 % medicinering (n=2) samt 11 % rekommenderade sjukskrivning (n=3). Samma antal vårdgivare besvarade (n=26) Markusfallet och rekommenderade i 92 % psykoterapi (n=24), 42 % annat/sjukgymnastik (n=11), 12 % medicinering (n=3). 3,8 % (1) lämnade ingen behandlingsrekommendation. 3,8 % (1) rekommenderade enbart annat/sjukgymnastik. Ingen av de 26 behandlarna rekommenderade sjukskrivning.

Figur 3 Fördelning terapi/ sjukskrivning/ medicinering/ annat. Alla 52 svarande.



Ett chi-två test undersökte huruvida de enstaka behandlingsrekommendationerna skilde sig åt mellan de två fiktiva fallen Marcus och Malin. Resultaten visade att det inte fanns någon signifikant skillnad avseende psykoterapi rekommendationer (χ^2 (df 1) = 0.221, $p = 0.638$), sjukskrivning (χ^2 (df 1) = 1.083, $p = 0.298$), eller Medicinering (χ^2 (df 1) = 0.221, $p = 0.638$). Dock observerades en statistiskt signifikant skillnad avseende förekomsten av ”annat”-rekommendationer (χ^2 (df 1) = 5.042, $p = 0.025$). Rekommendationen ”annat” var mer vanligt förekommande i Malin fallet.

Fördjupad beskrivning av behandlingsrekommendationer

Av de som valde terapi i Marcus-gruppen valde 50 % (n=13) enbart denna rekommendation. 31 % (n=8) rekommenderade terapi i kombination med sjukgymnastik. 4 % (1) rekommenderade terapi i kombination med medicinering. 8 % (2) rekommenderade terapi i kombination med sjukgymnastik och medicinering. 0 % (n=0) rekommenderade

sjukskrivning. Av de som valde terapi i Malingruppen valde 27 % (n=7) enbart denna rekommendation. 50 % (n=13) rekommenderade terapi i kombination med sjukgymnastik. 0 % (n=0) rekommenderade terapi i kombination med sjukgymnastik och medicinering. 4 % (n=1) rekommenderade terapi i kombination med sjukgymnastik, medicinering och sjukskrivning. 4 % (n=1) rekommenderade terapi i kombination med sjukskrivning. Av de svaranden i Marcusgruppen rekommenderade 44 % (n=11) sjukgymnastik i jämförelse med Malins grupp där sjukgymnastikrekommendationen låg på 69 % (n=18).

Behandlingsrekommendationer beroende på vårdgivarens kön

Uppsatsens andra frågeställning i denna studie, är om bedömare själva gör lika/olika val beroende på egen könstillhörighet. Av 26 svaranden i Marcus fall var 6 personer män (23 %). I Malins grupp utgjordes 11 % (n=3) av män. I Marcusgruppen rekommenderade 83% av männen (n=5 personer) terapi och 17% (n=1) terapi och sjukgymnastik. I Malins grupp rekommenderade samtliga män terapi. De svarande männen är dock för få för att användas i en statistisk analys.

Resultat av uppföljningsenkäten

Det var 60 % (n=31) som besvarade uppföljningsenkäten. På skalfrågan om jämlika bedömningar svarade 10 % (n=3) den lägsta graden av jämlikhet genom att ange inom intervallet 0-20. Sex procent (n=2) angav inom intervallet 20-40. Tretton procent (n=4) angav 40-60, tjugonio procent (n=9) angav 60-80, och 42% (n=13) angav den högsta skattningen för jämlika bedömningar. På den andra skalfrågan om manlig och kvinnlig vårdpersonal gav olika eller lika rekommendationer till män och kvinnor med samma symtombild svarade 10 % (n=3) den lägsta graden av att behandlingar var lika genom att ange inom intervallet 0-20. Tretton procent (n=4) angav inom intervallet 20-40. Tjugotre procent (n=7) angav 40-60, tjugosex procent (n=8) angav 60-80, och 29% (n=9) angav den högsta skattningen för jämlika lika behandlingar. I uppföljningsenkätens öppna frågor om deltagaren såg ojämlikhet i vården som ett problem. 22 personer som besvarade uppföljningsenkäten skrev svar på denna fråga. Sex personer ansåg att eventuella skillnader som gjordes på patienter i relation till kön var personrelaterade beslut. Tio personer uppfattade att ojämlikhet mellan patienter i relation till kön var ett problem. Av dessa tio kopplade tre personer skälet till att män som vårdpersonal inte ställde fördjupande frågor och i högre grad föll i könsnormativa förväntningar med att inte erbjuda terapi till män. Sex personer svarade att de inte hade någon uppfattning. De visste inte hur män och kvinnor förhöll sig till skillnaderna.

12 personer ansåg ojämlikheterna mellan kön inom sjukvård borde föranleda åtgärder. Förslag på dessa åtgärder var: information till Region Skåne, uppföljning av varje remittent

och att varje remittent skulle utbildas, screening av intag och handledning kring genus, ärendegenomgång med ansvarig i verksamheten, ökad kunskap kring psykisk ohälsa, utbildning och ärendediskussion, kvalitetssäkring, ställa samma frågor systematiskt, fråga manliga patienter mer utförligt, förstå att män handlar annorlunda och ställa frågor utifrån det, öka vården för kvinnor. Ur samtliga svaranden kunde tre typer urskiljas, de som uppfattade problem, de som inte uppfattade problem och de som inte visste.

Tabell 1. Fördelning av svaren från de vårdgivare som svarade på en öppen fråga utifrån om de ansåg att, det fanns problem. (Ja), inte fanns problem (Nej) eller om de inte visste (Vet ej). Totalt 22 svar.

<p>Ja (10)</p>	<p>Behandlare vill inte det ska vara skillnader och uppfattar och tror oftast att man gör jämlika bedömningar.</p> <p>Manliga tenderar att minimera problembilden.</p> <p>Förtränger dem (problemen, författares kommentar)</p> <p>Man tror att man är jämlik i sitt tänkande och att man står över olika behandling.</p> <p>Tror att man är mer konkret med män och att kvinnor ofta bedöms i sin helhet. Sedan fler symtom kanske även är diffusa såsom värk, trötthet. Kvinnor har ofta ett större ansvarsområde inte bara för arbete utan även för hemmet och detta kan resultera i bland annat utmattning. Anser att de flesta yngre läkare är medvetna och vill se helheten, men den äldre generationen inte är lika "mjuka" utan kan säga tex "gravid är ingen sjukdom".</p> <p>Kantigare.</p> <p>Tror många börjar bli mer och mer varse om sina egna könsskillnader i bedömningar och kan reflektera över dem men fortfarande svårt att genomföra i praktiken. Behövs övas varje dag att tänka tanken ” hade jag gjort samma bedömning om det varit en man respektive kvinna”.</p> <p>Jag tror att det är omedvetet. Om man söker för något som vårdgivaren känner igen från egen erfarenhet kanske man engagerar sig mer i just detta.</p> <p>Problemet är om män inte erbjuds terapi om de skulle behöva det</p> <p>Manliga behandlare ser till enskilda symptom o försöker se lösningen under samtalet.</p> <p>Kanske en sorts "Quick fix". Kvinnliga behandlare ser helheten o utifrån det, försöker kvinnliga behandlare erbjuda hjälp. Kvinnliga behandlare väver in varje symptom i patientens hälsotillstånd o kan på så sätt erbjuda rätt vårdnivå. Handlar det om tålmod?</p> <p>Man tror att män mår bättre än de gör. Att kvinnor är mer hjälplösa. Vet inte hur det blir med rekommendationerna.</p>
-----------------------	--

Nej (6)	<p>Män och kvinnor får olika behandling men behandlarnas kön spelar ingen roll.</p> <p>Ingen skillnad</p> <p>Det hoppas jag verkligen inte.</p> <p>Inte nödvändigtvis. För lite data.</p> <p>Nej, problemet ligger primärt hos remittenten, hos husläkarna.</p>
Vet ej (6)	<p>Jag vet inte.</p> <p>Har inte tänkt på.</p>

Diskussion

Denna studies syfte var att undersöka om ett fiktivt patientfall fick olika behandlingsrekommendationer beroende på patientens kön.

Den signifikanta skillnaden

Av de svaranden i Marcus grupp rekommenderade 44 % (11 personer) "annat, t.ex. sjukgymnastik" i jämförelse med Malins grupp där rekommendationen till "annat/ t.ex. sjukgymnastik" låg på 69 % (18 personer), vilket visade sig vara en statistisk signifikant skillnad. Skälet till skillnaden i rekommendation kan diskuteras utifrån en aspekt av makt inom vården som handlar om synen på män och kvinnors ohälsa och hur den värderas i förhållande till status. Lau (Lau refererad i Anell, 2016) menar att de sjukdomar som är mer vanligt förekommande hos kvinnor har en lägre prioritet enligt läkares egen rangordning. Hit räknas diffusa smärtor, ledvärk, fibromyalgi och anorexi (Anell, 2016). Malin fick i denna studie fler rekommendationer än Marcus till "annat/ t.ex. sjukgymnastik" än psykoterapi, sjukskrivning och medicinering. Står denna skillnad för tolkningen av kvinnans symtom som "diffusa" (Barsky et al., 2001)? Betyder detta att vårdpersonal har svårare att se män i sjukgymnastik eller ge utrymme för att prova övriga insatser? Det går inte att utesluta att skillnaden är orsakad av slumpen. Det kan vara så att vårdpersonalen i Malins grupp var mer benägna att svara alternativet "annat/ t.ex. sjukgymnastik" för att gardera sin bedömning, eller av andra skäl som inte går att fastställa. Skillnaden mellan de svarande var att Malins grupp bestod av anställda med något längre anställningstid, skillnaden var inte signifikant men skapar ändå funderingar kring kopplingen av rekommendation till "annat/ t.ex. sjukgymnastik" som kan stå för ett helhetstänkande till skillnad från enbart psykoterapi.

Men varför finns då helhetstänkandet för Malin och inte för Marcus? Kvinnor har generellt sett andra copingstrategier än män när det handlar om fysiskt lidande. Medan mannen lär sig vara stoisk och hårda ut i tystnad, trots att det är på bekostnad av sin hälsa och sitt liv (Samulowitz et al., 2018; Barsky et al., 2016), så är kvinnan generellt sett bättre på att verbalisera inre upplevelser (Barsky et al., 2016). Samtidigt är det oftast kvinnor som drabbas av stress i relationer och uppfattar att vårdpersonal brister i förståelse (Samulowitz et al., 2018). Att sätta ord på denna stress kan få negativa konsekvenser då den tenderar att tolkas som psykisk ohälsa. Patienten riskerar felaktig diagnos och fortsatt stigma (Samulowitz et al., 2018). Så när Malin berättar om sitt dåliga mående förväntas hon ingå i flera vårdinsatser än Marcus, trots att hon beskriver samma symtom. Enligt tidigare forskning (Barsky et al., 2001; SKL, 2010) är det en större sannolikhet att Malin är deprimerad av psykosociala anledningar eller eventuellt på grund av upplevelser av trauma/våld (SKL, 2010; Öhman, 2009). Dvs.

åkommer som kanske inte bäst behandlas med sjukgymnastik. Ändå var det Malin som rekommenderades ”annat/ t.ex. sjukgymnastik” i större utsträckning än Marcus.

Vidmakthållande normer

I The looping effects of human kinds (Magnusson & Marecek, 2010) beskrivs växelverkan mellan rådande kunskap och samhällsförändringar som förstärker och påverkar varandra. Då teorier kring social konstruktion menar att alla ord skapas av människan och innebörden styrs av de egenskaper vi förknippar med ordet, så bör detta även gälla diagnossystemen (Öhman, 2009). Hur mycket styr exempelvis ICD-10 (Socialstyrelsen, 2018) hur depression ser ut idag utifrån en växelverkan mellan rådande kunskap och samhällsförändringar? Patienten behöver visa upp förväntade symptom och beteende. Patientfallet i denna studie har symptom hämtade från just ICD-10 (Socialstyrelsen, 2018) där inga skillnader görs mellan depressionssymtom för män och kvinnor. Vårdpersonalen i denna studie kan ha använt sig av ICD-10 (Socialstyrelsen, 2018) för att ställa diagnos och valt rekommendationer därefter. Därför går det med säkerhet inte veta hur stor betydelse som har lagts vid patientens namn/kön egentligen.

Könsblinda eller könsneutrala?

55 % av den grupp som svarat på uppföljningsenkäten anser att det inte finns någon skillnad i hur män eller kvinnor bedöms när de ansöker om vård i primärvård. En förklaring till detta resultat skulle kunna vara könsblindhet där tanken om den egna neutraliteten riskerar att skapa en uppfattning kring sig själv som opåverkad av alla strukturer vi befinner oss i. Genusforskare menar att vi människor har gjort uppdelningen mellan man/kvinna och därefter tillskrivit könen sina egenskaper (Magnusson & Marecek, 2010).

27 % av deltagarna besvarade inte alla frågor. Ett sätt att tolka dessa svar är att se personerna som praktiserande könsblinda som aktivt väljer att inte analysera något utifrån kön (Magnusson & Marecek, 2010). Det kan också stå för att man tycker genus är obekvämt att diskutera eller helt enkelt att det saknas intresse för frågan.

14 % av de som svarade på uppföljningsenkäten ansåg att män som arbetar inom sjukvården tenderar att fatta andra beslut kring patienter än vad kvinnor gör. Denna uppfattning stämmer med tidigare (SKL, 2010) där det visade sig att män som är läkare sjukskriver i mindre omfattning än kvinnor som är läkare (SKL, 2010). Detta betraktas som problematiskt, medan det i forskningsvärlden uppfattas som en positiv utveckling att fler kvinnor som ledare för forskningsuppdrag leder till större fokus på skillnader mellan kön i forskning (Göthlin, 2017).

Jämförelse med tidigare forskning

I en jämförelse med tidigare forskningsresultat (SKL, 2010) finns det i denna studie likheter men framför allt skillnader. Likheter har varit att en del av svaren på de öppna frågorna har legat i linje med SKL (2010) att det görs skillnader mellan patienter beroende på kön och att anställda inom vården gör olika bedömningar beroende på om de själva är män eller kvinnor. Utöver detta visar denna studie att vårdpersonal ger snarlika bedömningar oavsett patientens könstillhörighet. Bara en signifikant skillnad fanns i bedömning mellan den grupp som fick en patient som var kvinna eller en som var man och detta var rekommendationen till ”annat/ t.ex. sjukgymnastik”. Båda grupperna (90 % totalt) rekommenderade patienterna oavsett kön, psykoterapi, jämt fördelat. Samtidigt skall det noteras att SKLs (2010) studie baserades på genomgång av medicinska journaler och uppföljande patientenkäter medan denna studie grundas på vårdpersonalens egna bedömningar av ett fiktivt fall. Orsaken till de på ytan skilda resultaten kan ha flera förklaringar. Ett skäl kan vara att vi har haft få deltagare medverkande i studien varför det inte kan uteslutas att slumpmässiga variationer påverkar resultatet. Ett litet deltagarantal kan inte ge samma statistiska styrka som en undersökning gjord på flera mottagningar på olika geografiska platser i Sverige. Ett annat skäl är de stora skillnaderna i inklusionskriterierna för deltagarna i denna studie jämförd med SKL (2010). SKLs (2010) studie baserades på genomgång av medicinska journaler och uppföljande patientenkäter på en patientgrupp med varierande diagnoser. Denna studie grundades på respondentens egna bedömningar av ett fiktivt fall av en diagnos. Det finns alltså en risk/möjlighet att resultaten återspeglar den ideala tanken om oss själva i mötet mellan behandlare och patient, snarare än det vad som i verkligheten sker, vilket kan mer korrekt återspeglas vid en journalgenomgång. Detta styrks av teorier om beslutsfattande, där känslomässiga och faktamässiga processer konkurrerar med varandra (Gospic, 2013). Att vara faktamässigt orienterad i sina beslut är sannolikt lättare då du har ett fiktivt fall, än när du har patient framför dig, då vårt känslomässiga system i högre grad riskerar att aktiveras i mötet med patienter (Gospic, 2013).

Förslag på vidare forskning

Denna studie har både besvarat några av våra forskningsfrågor, samtidigt som den har väckt nya frågor. Det finns många sätt att föra forskningsfrågorna vidare och bygga vidare på redan insamlad data. Nedan diskuteras dessa förslag utifrån att göra en studie baserad på två patientfall istället för ett, att göra en studie med fokus på symtomtolkningar och att kombinera denna studies upplägg med SKLs (2010) modell.

Ett sätt vore att göra på samma sätt som med Malin och Marcus, men med två konstruerade patientfall istället för ett. Två fiktiva patientfall som skiftar kön i totalt 4 olika enkätversioner. I det ena patientfallet hade en persons symtom kunnat beskrivas utifrån biologiska och normativa uppfattningar av manliga depressionssymtom och i det andra utifrån det motsvarande fast med kvinnliga symtom. Exempelvis så här: 1. Depression kvinnliga symtom: a. Marcus b. Malin. 2. Depression manliga symtom: a. Johan b. Johanna. Vårdpersonalen som skulle få besvara enkäterna hade då exempelvis fått enkät 1a och 2b medan den andra gruppen hade fått år 1b och 2a. Genom en att designa studien enligt det formatet får vi reda på mer information om varje svarande individs uppfattningar av kön. Vid fortsatt utveckling av denna studie är det viktigt att se till att nå ut till fler män som arbetar inom vården, för att kunna besvara vilken inverkan vårdpersonalens kön har vid bedömningar av patienter. SKL (2010) har visat i sin studie att det spelar en roll om en patient träffar en man eller en kvinna i läkarmötet. Det vore önskvärt att testa detta med fiktiva patientfall följt av egna reflektioner kring valda rekommendationer.

En annan möjlig vinkling på fortsatta studier baserade på våra forskningsfrågor, är att fokusera på tolkning av symtom i relation till kön. Vårdpersonalen skulle då kunna få flera korta fiktiva patientfall med namn på kvinna/man som skulle kopplas samman med diagnos och förslag på rekommendation. Exempelvis: 1. ”Nils, sömnproblem, irritation, ryggsmärtor” 2. Nina, svårt att somna, humörsvängningar, molande värk i ryggen”. Där egentligen samma problem beskrivs med olika ord. Studien skulle då kunna besvara vilka symtom som enligt Öhmans genusteori (2009) är “genusbärande” och förknippade med “manligt” och “kvinnligt” samt vilka diagnoser som följer dessa symtom.

Det som SKL (2010) har gjort att jämföra statistik med svar på enkäter och journalanteckningar har gett en bredd som fortsatta studie skulle tjäna på att efterlikna. För att genomföra en sådan omfattande undersökning är ett samarbete med specifika vårdcentraler nödvändig och planering av genomförande skulle påbörjas långt i förväg. I denna studie har det funnits svårigheter att etablera kontakt med primärvården och att hitta mottagningar som haft möjlighet och motivation att ingå i studien. Genusforskning inom vården kräver dock sitt samarbete och intresse mellan alla aktörer för ökad medvetenhet och i bästa fall förbättringsarbete.

Metodologisk diskussion

Svagheter med studien

Få deltagare: Studien är gjord på ett litet antal deltagande då det fanns stora svårigheter att nå ut till mottagningar som kunde tänka sig att delta. Vidare finns ingen jämn spridning mellan de olika yrkesgrupperna som har svarat. Endast ett fåtal män har deltagit i studien, vilket gör att vi inte alls har kunnat besvara frågan om vilken betydelse det har vad vårdpersonalen har för kön när den rekommenderar behandlingsinsatser för en patient.

Ingen helt ny studie, dock andra resultat: Denna studie undersöker inte något tidigare okänt fenomen och ställer samma/liknande frågor som är gjorda av SKL (2010) i deras arbete för att nå jämställda sjukskrivningar. Vår studies resultat visar något annat än det som SKL fann i sina studier. Svaranden i denna studie har i stort gett samma rekommendationer till det fiktiva fallet oavsett kön, med undantag för alternativet "annan".

Urval: En fråga vi som författare av denna studie ställt oss är hur mycket resultaten av undersökningen har påverkats av att de svarande har känt till att vi gör denna studie inom ramen för psykoterapi. Kanske har detta fått fler att rekommendera psykoterapi då det kanske funnits ett antagande om att det är vad vi önskar att de ska svara. Det finns ingenting i vår undersökning som kan svara på denna fundering. Det vi kan göra är att titta på den information som finns kring psykoterapi inom primärvård. Här ser siffrorna annorlunda ut. Procentuellt fler kvinnor än män går i psykoterapi inom vårdvalet. Men beror detta på att det är fler kvinnor än män som har psykisk ohälsa eller att fler kvinnor söker vård? Eller att fler kvinnor bedöms ha psykisk ohälsa, medan samma symptom värderas annorlunda hos män?

Utformning av enkäter: Enkät 1a och 1b har inte kopplats till uppföljningsenkäten i SurveyMonkey. Detta innebär att det ej går att se eventuella kopplingar mellan de som svarat på enkät 1a/1b och de som svarat på uppföljningen. Exempelvis har det inte gått att se om läkare tycker annorlunda än sjuksköterskor i de öppna frågorna. Det hade kunnat vara av intresse att veta om det finns samband mellan de svarandes behandlingsrekommendationer och hur de svarade på uppföljningen.

Kan man tänka sig att denna studie i sig är ett resultat av genusblindhet? Två kön; man och kvinna är de som ligger till grund för hela undersökningen. Avsikten att ta reda på vårdpersonalens koppling mellan sin könstillhörighet och behandlingsrekommendation var också tänkt utifrån man/kvinna, även om möjlighet till andra definitioner av könstillhörighet gavs. Med anledning av detta vet vi inget om hur bra vårdpersonalen är på att möta och bedöma patienter med icke binär könstillhörighet.

En problematik i utformning av uppföljningsenkäten med intervallfrågor och öppna frågor har varit fördelningen i intervall som medfört otydlighet i form av att samma värde finns med flera gånger. Exempelvis 0-20 och 20-40. Svar på dessa alternativ leder till osäkra siffror. Ett annat problem har varit att de öppna frågorna inte besvarats av alla som deltagit i uppföljningsenkäten. Med anledning av detta har exempelvis enbart 22 personer av 31 som besvarat enkäten utgjort en bild för en ”svarstyp”.

En förklaring till att få skillnader gjordes mellan rekommendationerna för Marcus och Malin kan ha påverkats av utformningen av patientfallet. Patientfallet utformades med avsikt att inte “falla inom ramen för stereotypa könsidentiteter”, vilket kan ha begränsat vårdpersonalens resonemang och val av behandlingsrekommendationer.

Rekrytering av svarande: Ingen av författarna av denna studie har tidigare använt sig av SurveyMonkey, vilket ledde till vissa praktiska problem avseende utskick och insamling av enkäter. Det har på grund av dessa problem blivit tydligt om alla enkäter nått fram. Det kan ha påverkat studien att så få män som deltog och så få svarande i allmänhet. En nackdel med inbjudan via mail till att besvara en nätbaserad enkät är det sannolikt är lättare att avstå deltagande, trots en mottagnings medgivande till samarbete. Att dela ut enkäter i pappersform på plats och direkt samla in dem är troligtvis ett sätt som genererar fler svar. Det är snabbt hanterat och den svarande behöver finna annan tid för att svara på enkäten. Med direktkontakt med de som svarar på enkäter går det också att svara på frågor om syfte och informera kring studien.

Bias utifrån svarandes kunskap om författarna: De som har svarat på enkäterna har känt till att författarna av denna studie är socionomer. En del har känt till att studien görs inom ramen för psykoterapeututbildningen. Kännedom om detta kan ha påverkat varför en majoritet rekommenderat psykoterapi, men förklarar inte den skillnad som visats mellan rekommendationerna till Marcus/Malin.

Samarbete med primärvården: Då frågeställningen i denna uppsats vänder sig till all kliniskt arbetande personal inom primärvård som erbjuder vårdval psykoterapi, kontaktades initialt divisionschefen inom ett område i Region Skåne för att be om tillstånd att vidare kontakta sektionschefer ute på vårdcentralerna. Efter klartecken från divisionschefen mailades alla chefer på primärvårdsmottagningar i Malmö och följde upp varje mail med försök till telefonkontakt. Flera mottagningar ledde inte till någon kontakt med alls, ett antal tackade nej vid mailkontakt, andra avböjde efter telefonsamtal. Flera mottagningar berättade på telefon att de inte kände till något mail, vilket kan leda till misstankar om de har fastnat i spamfilter eller bara sorterats bort de då har kommit från privata mailadresser. Två

primärvårdsmottagningar tackade ja till att medverka. Den ena vårdcentralen/mottagning 1 återkom inte med kontaktuppgifter till sina anställda och vi vet därför inte hur förankrat deltagandet var. Med den andra vårdcentralen/mottagning 2 etablerades en direktkontakt med chefen och kunde därför föra en dialog om hur det gått o.s.v. Ytterligare försök gjordes att nå ut till fler vårdcentraler och försök att direkt vända oss till sektionschefer via både mail och telefon i Skåne; resterande områden i Malmö, Helsingborg, Landskrona, Lund, Lomma, Ängelholm, Ystad, Trelleborg, Arlöv utan att få fler medverkande mottagningar. Denna gång användes en Region Skåne-mailadress för att säkerställa att mailen skulle nå fram. Efter ca 8 veckors försök att få fler samarbetande vårdcentraler bestämde vi som författare av denna studie oss för att ändra vår metod av insamling. I samråd med våra handledare fattades beslutet att försöka nå ut till vårdpersonal i primärvården på annat vis. Därför kontaktades kollegor/vänner och bekanta som tidigare har arbetat/arbetar idag på mottagningar som arbetar med vårdval psykoterapi.

Styrkor med studien

Erfarna svarande: Denna studie har gjorts på personer inom vården som har arbetat en längre tid (mer än 3 år). Det går att anta att de svarande vid flera tillfällen har träffat patienter med liknande symtom som beskrivits i studiens fiktiva patientfall. Personal som har arbetat en längre tid i primärvård bör också ha erfarenhet att samarbeta med andra yrkesgrupper och känna till vad som kan rekommenderas en person med återkommande somatiska och psykiska besvär. Denna studie har riktat sig till annan personal med klinisk kontakt inklusive och utöver läkare som tidigare legat i fokus för granskning (SKL, 2010)

Balanserade och homogena grupper: Fördelningen mellan "Malin" och "Marcus" har blivit på samma antal individer och grupperna ser likvärdiga ut i viktiga bakgrundsfaktorer som yrkeserfarenhet och upplevd stress i arbetet. Det föreligger inga större skillnader mellan arbetsvillkoren för de två grupperna. Detta gör att frågor kring om svaren ser olika ut i de olika grupperna utifrån homogenitet kan uteslutas.

Sekundära fenomen: Trots att denna studie har fått andra resultat än de som framtagits via SKL (SKL, 2010) har författarna av denna studie kunnat se andra fenomen (t.ex. hur vårdpersonal värderar sin egen genusmedvetenhet m.m.) att undersöka som har lett vidare till intressanta frågeställningar kring implementering av genusarbete i primärvården.

Insikt i arbetsklimat i primärvården: Studien har också redan vid insamling av data visat på svårigheter med att göra undersökningar i vården. Att ens få svar på brev, meddelanden på telefonsvarare och mail. Denna svårighet är i sig inget som varit en styrka i

denna studie, utan snarare något som har gett värdefull information kring vad som kan vara ett pressat arbetsklimat inom vården.

Tidigare forskning: Studiens resultat har kunnat sättas i jämförelse med tidigare liknande studier som har haft god evidens och där ett mycket större antal deltagare har varit involverade. Denna studie kan bidra med ett litet annorlunda perspektiv på tidigare forskning med god evidens.

Slutsats

Syftet med denna studie var att ta reda på om behandlingsrekommendationer för allmändepressiva symptom skiljde sig åt beroende på om patienten presenterades som varandes man eller kvinna?

Tidigare studier av behandlingsrekommendationer (SKL, 2010) gjordes via genomgång av patientjournaler, det vill säga reella vårdkontakter som visade på klara skillnader mellan könen. I studiedesignen för denna uppsats valdes ett fiktivt patientfall fördelat på två enkäter, identiska förutom valet av namn, där det ena ärendet fick ett mansnamn och det andra ett kvinnonamn. Syftet var att ge en annan infallsvinkel där vårdpersonalen inte hade patienten framför sig, utan fick göra sin bedömning enbart baserade på andra faktorer så som tidigare erfarenhet, utbildning/kunskap och tolkningar av patientbeskrivningen.

En signifikant skillnad ($p = 0.025$) visade sig i rekommendationen av ”annat/ t.ex. sjukgymnastik” med dominans på rekommendationer till kvinnan. I övrigt gavs liknande behandlingsrekommendationer till både kvinnan och mannen där psykoterapi var den övervägande rekommendationen (totalt 90 %). Resultatet kan mycket spekulativt tolkas som att det skett en ökad medvetenhet hos vårdpersonalen till följd av utbildningsinsatser. En utveckling som bör ha skett generellt inom vården sedan 2010, exempelvis genom mer standardiserade vårdinsatser, men som inte nödvändigtvis har påverkat hur deltagarna i studien har svarat. Ett annat sätt att tolka varför verkligheten skiljer sig i resultat kan förklaras utifrån teorier om könsblindhet/genusblindhet (Magnusson & Marecek, 2010) där vårdpersonalen möjligtvis inte ser eller uppfattar rådande skillnader i vården.

Det faktum av att beslutsfattandet påverkas av känslor och förutfattade meningar, i synnerhet då vi har en person framför oss, gjorde att deltagarna i denna undersökning slapp undan den stress och påverkan som en verklig patient kan utgöra (Danielsson, 2010). Faktarelaterade beslutsprocesserna kunde därför bli mer framträdande och resultatet vore i så fall ett utslag av den idealperson vi tror oss vara, där vi inte påverkas av fördomar eller subjektivt tänkande.

Tidigare erfarenheter av möten med patienter kunde förklara varför Malin gavs fler rekommendationer till alternativet ”annat/ t.ex. sjukgymnastik”, då det ligger i linje med könsnormativa tolkningar av kvinnors symtom som ”diffusa” och i behov av något ytterligare som är svårdefinierbart (Barsky et al., 2016).

En begränsning i denna studie var ett litet antal deltagare med ett fåtal män som medverkade, vilket gör resultaten mer statistiskt tveksamma. Frågan om män i vården gör

andra bedömningar än kvinnor kunde i brist på deltagande män inte heller besvaras, men har ändå diskuterats utifrån vårdpersonalens egna uppfattningar om skillnader. En styrka i denna studie har varit att annan vårdpersonal med klinisk kontakt och inte bara läkare, har svarat på enkäterna. I primärvården är det läkare som har ansvaret för diagnossättning och beslut om medicinering/sjukskrivning m.m., men ofta är annan vårdpersonal delaktiga i bedömningarna som görs.

Flera forskningsvinklar kan användas vid framtida studier av genusmedvetenhet i vården. Fortsatta journalgranskningar i kombination med fiktiva fall, enkäter med vårdpersonalens egna skattningar och undersökning av könsnormer i relation till symtom, är några sätt att forska vidare i ämnet.

Referenser

American psychiatric association. (2005). *Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders, Fourth edition (DSM-IV)*. (Elektronisk version). Hämtad 1 mars, 2018, från <https://justines2010blog.files.wordpress.com/2011/03/dsm-iv.pdf>

Anell, E. (2016, Februari 15). *Kvinnor får lägre prioritet i vården – män norm inom medicinsk forskning*. Hämtad 1 Mars, 2018, från <https://www.forskning.se/2016/02/15/ge-rattvard-kvinnors-och-mans-kroppar-reagerar-olika-pa-behandling/>

Barsky, A. Peekna, H & Borus, J. (2001) Somatic Symptom Reporting in Women and Men. *Journal of general internal medicin. 16(4)*. Sid 266-275. Hämtad 1 mars, 2018 från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11318929>.

Berkley, K. J. (1997). "Sex Differences in Pain." *The Behavioral and Brain Sciences 20* (3). Sid 371–80; discussion 435–513. Hämtad 1 mars, 2018 från <https://www.cambridge.org/core/journals/behavioral-and-brain-sciences/article/div-classtilesex-differences-in-paindiv/23957990EB7FE9620C810CFDE4D98876>

Cambridge dictionary. (2018). *Man flu*. Hämtad 1mars, 2018, från <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/man-flu>

Dahlborg-Lyckhage, E., Lyckhage, G., & Tengelin, E. (2015). *Jämlik vård, normmedvetna Perspektiv* (1:a upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Dimidjian, S. & Hollon, SD (2010). How would we know if psychotherapy were harmful? *American psychologist. 65(1)*. Sid 21-33 Hämtad 1 mars, 2018 från <http://psycnet.apa.org/record/2009-24989-003>

Försäkringskassan (2016). *Socialförsäkringsrapport: Sjukfrånvarons utveckling 2016*. Stockholm: Försäkringskassan. Hämtad 1 mars, 2018 från https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/a2001891-5c47-4b8a-b47b-64dfbbd48555/socialforsakringsrapport_2016_07.pdf?MOD=AJPERES

Gullacksen, A-C. (2010). Delaktighetsmodellen – En väg mot empowerment. *FoU Skåne Skriftserie 2010:2*. Hämtad 1 mars, 2018 från [https://www.fouvalfard.se/\\$2/2010-delaktighetsmodellen.pdf](https://www.fouvalfard.se/$2/2010-delaktighetsmodellen.pdf)

Göthlin, M. (2017, 30 november). Kvinnor mer medvetna om könsskillnader i sin forskning. *SVT Nyheter*. Hämtad 1 mars, 2018, från <https://www.svt.se/nyheter/vetenskap/kvinnor-mer-medvetna-om-konsskillnader-i-sin-forskning> SVT nyheter.

Hammarström, A. (2004). *Genusperspektiv på medicinen– två decenniers utveckling av medvetenheten om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik*. Kalmar: Högskoleverket.

IBM. SPSS Statistics, version 24 för Mac, Chicago USA. (Programvara). Hämtad 1 februari, 2018 från www.luvit.se Lunds universitet.

Karterud, S., Wihlberg, T., & Urnes, Ø. (2014). *Personlighetspsykiatri* (1:a upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Kirmayer, L. J., J. M. Robbins, and J. Paris. (1994). Somatoform Disorders: Personality and the Social Matrix of Somatic Distress. *Journal of Abnormal Psychology* 103 (1). Sid 125–36. Hämtad 1 mars, 2018 från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8040474> PubMed.

Lövtrup, M. (2010). Läkarens kön kan påverka sjukskrivningslängd. *Läkartidningen* 6. Hämtad 1 mars, 2018 från <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=13735>

Magnusson, E., & Marecek, J. (2010). *Genus och kultur i psykologi, teorier och tillämpningar* (1:a upplagan). Stockholm: Natur och kultur.

Magnusson, E. (2003). *Psykolog och kön, från könsskillnader till genusperspektiv* (1:a upplagan). Stockholm: Natur och kultur.

Nyberg, A. (2014). *Psykisk ohälsa med fokus på lindriga och medelsvåra besvär och redovisning av handlingsplanen för 2014*. (Diarienummer 056647). Studylib. Hämtad 1 mars, 2018, från <https://nanopdf.com/download/psykisk-ohlsa-med-fokus-p-lindriga-och-medelsvra-besvr-och-pdf>

Nyhetsbyrån TT (2017, 20 juni). Fler allvarliga biverkningar av mediciner. *Dagens medicin*. Hämtad 1 mars, 2018 från <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2017/06/20/fler-allvarliga-biverkningar-av-medicin/>

Region Skåne koncernkontoret (2017). Befintlig verksamhet inom Psykoterapi enligt Lagen om valfrihetssystem (LOV). *Region Skåne*. Hämtad 1 mars, 2018, från <https://www.skane.se/Public/Protokoll/H%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rdsn%C3%A4mnden/2017-05-19/Psykoterapi%20och%20multimodal%20sm%C3%A4rtbehandling%20%E2%80%93%20driiftsform/Analys%20LOV%20PT.pdf>

Region Skåne koncernkontoret. (2015). Strategi för jämlik vård 2016-2018. Diarienummer 1502601. *Region Skåne*. Hämtad 1 mars, 2018, från <https://www.skane.se/Public/Protokoll/H%C3%A4lso->

[%20och%20sjukv%C3%A5rdsn%C3%A4mnden/2015-12-02/Handlingsplan%20f%C3%B6r%20j%C3%A4mlik%20v%C3%A5rd/Strategi%20j%C3%A4mlik%20v%C3%A5rd.pdf](#)

Region Skåne koncernkontoret. (2014). JÄMIX 2014

<https://www.skane.se/Public/Protokoll/Personaln%C3%A4mnden/2015-12-09/J%C3%A4mst%C3%A4lldhetsrapport%20Region%20Sk%C3%A5ne,%20J%C3%84MIX/Analys%20av%20J%C3%84MIX%202014%20-%20rapport%202015-11-27.pdf>

Samulowitz, A. (2018). Brave men and emotional women”: A theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain. *Pain research and management*. Hämtad 1 mars, 2018, från

<https://www.hindawi.com/journals/prm/2018/6358624/>

Schenck-Gustafsson, Karin. (2011). Stora könsskillnader i användningen av Läkemedel. (elektronisk version). *Läkartidningen*, 40. Hämtad 1 Mars, 2018, från http://ww2.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/17043/LKT1140s1957_1962.pdf.

Socialstyrelsen. *Diagnoskoder. ICD-10*. Hämtad 1 mars, 2018 från <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskodericd-10>

Socialstyrelsen. (2017). *Statistik läkemedelsanvändning 2017*. Hämtad 1 mars, 2018 från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/lakemedel>

Statens folkhälsoinstitut. (2010). *Folkhälsopolitisk rapport. Framtidens hälsa, allas ansvar*. Östersund: Livsmedelsverket. Hämtad 1 mars, 2018 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/5d2edf20c6f846cd91a2f7d20361e200/r2010-16-folkhalsopolitisk-rapport-2010.pdf>

Sue, Kyle (2017, 11 december). The science behind “man flu”. *The BMJ*. Hämtad 1 mars, 2018, från <https://www.bmj.com/content/359/bmj.j5560>

SurveyMonkey (1999-2018). (Programvara) Hämtad 1 december, 2018 från www.surveymonkey.com

Sveriges kommuner och landsting, (2010). *Jämställda sjukskrivningar arbetsbok för kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess*. Hämtad 1 mars, 2018, från

<https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-569-2.pdf?issuusl=ignore>

Sveriges kommun och landsting, (2010). *Jämt sjukskriven - Ett genusperspektiv på Sjukskrivningsprocessen*. Hämtad 1 mars 2018, från

<https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-513-5.pdf?issuusl=ignore>

Sveriges kommun och landsting, (2014) *Program för hållbar jämställdhet Resultatrapport för*

perioden 2011–2013. Hämtad 1 mars, 2018, från <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/program-for-hallbar-jamstalldhet-resultatrapport-2011-2013.html>.

Thomsson, H. (2013). *Kvinnors sjukfrånvaro, en genusanalys*. Hämtad 1 mars, 2018, från

<http://www.sjukskrivningar.se/WebControls/Upload/Dialogs/Download.aspx?ID=21143>

Westergård, A. (2015). Vi missar den manliga depressionen. *YLE*. Hämtad 1 mars, 2018, från <https://svenska.yle.fi/artikel/2015/11/26/vi-missar-den-manliga-depressionen>

Wijma, B., Smirthwaite, G., & Swahnberg, K. (2011). *Genus och kön inom medicin och vårdutbildningar* (1:a upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Öhman, A. (2009). *Genusperspektiv på vårdvetenskap*. (elektronisk version). Stockholm: Högskoleverket. Hämtad 1 mars, 2018 från https://www.genus.se/wp-content/uploads/pub_-Genusperspektiv-pa-vardvetenskap.pdf

Bilaga 1, information till enhetschef

Hej!

Vi är två socionomer som läser legitimerande utbildning i psykoterapi (KBT) på Lunds universitet. En del i vår examen är att vi ska skriva en uppsats i ett ämne som vi är intresserade av. Då vi arbetar inom primärvården med samtalsterapi, enligt vårdval KBT, valde vi detta som vårt område.

Vi har utformat en digital enkät som vänder sig till all vårdande personal inom primärvård; sjuksköterskor, paramedicinare, läkare och behandlare i psykosociala team. Enkäten består av ett konstruerat patientfall med flervalsalternativ samt ett antal öppna frågor. Vi avser att närmare undersöka vilka behandlingsinsatser som patienter rekommenderas vid bedömningar hos personal i primärvård. Vår förhoppning är att få en ökad kunskap kring hur bedömningarna görs och på vilka grunder. Enkäten tar ca 10 minuter att fylla i. Ca 2 veckor efter att enkäten har fyllts i, kommer ett uppföljande frågeformulär som också tar ca 10 minuter att fylla i.

Enkäten kommer skickas ut till flera aktörer inom Region Skåne. Vi kommer inte kunna utläsa från vilken vårdenhet svaren kommer. I vår uppsats kommer vi endast uppge från vilken typ av organisation våra svar kommer, i vilken/vilka städer aktörerna är verksamma. Inga namn eller specifika geografiska områden kommer att anges. Självklart kommer ni som medverkande i vår studie få ta del av resultatet. Ni kommer dock, på grund av sekretess, inte få veta hur just er vårdenhet svarade.

Våra resultat kan användas som en del i ett utvecklingsarbete på just er vårdmottagning kring förbättrade bedömningar, rätt behandlingsinsatser, färre sjukskrivningar och förkortade rehabiliteringstider. Resultaten kommer vara tillgängliga för er under HT 2018.

Har ni några frågor går det bra att vända er direkt till oss via telefon eller mail. Vi är tacksamma för att få besked kring huruvida ni kan tänka er att delta så snart som möjligt.

Tack så mycket för er medverkan! Med vänliga hälsningar.

Eva Norling och Nadia Ross

Bilaga 2, informationsbrev till deltagare

Hej!

Vi är två socionomer som läser legitimationsgrundande psykoterapeututbildning i KBT på Lunds universitet. Vi skriver en uppsats kring bedömningar av patienter inom primärvård. Alla anställda på en vårdcentral kommer dagligen i kontakt med patienter med olika symptom på ohälsa. Även om inte alla yrkesgrupper ställer diagnoser, gör all vårdpersonal bedömningar kring hur patienter bäst kan hjälpas och vilka insatser som skulle kunna vara bäst lämpade. Vi uppfattar bedömningsprocessen som svår och vill med vår undersökning bättre förstå vilka faktorer som påverkar processen. Vi hoppas att kunskapen ska kunna bidra till ett förbättrat beslutstöd och metodutveckling.

Du har fått en fallbeskrivning med några korta följdfrågor. Du är anonym och dina svar kommer inte kunna kopplas till dig som person. Er mottagning kommer få ta del av ett samlat resultat avseende flera vårdenheter.

Enkäten tar ca 10 minuter att fylla i. Tack för er medverkan!

Mvh

Eva Norling och Nadia Ross

Bilaga 3, patientvinjett

M är 38 år gammal. Hen bor i villa i en mellanstor stad i södra Sverige. Hen är gift sedan 5 år. Har ett barn som är 3 år gammalt och planerar fler.

M arbetar med kundservice via telefoni för ett större företag med X anställda. Hen sitter i ett kontorslandskap som hen delar med 10 andra kollegor. M har jobbat för företaget i snart 7 år och trivs bra med arbetsuppgifterna, men skulle vilja få möjligheten att avancera i karriären för att kunna få nya utmaningar och bättre lön. Nyligen sökte M en tjänst som teamledare på arbetsplatsen, men gick efter första intervjun och gallringen inte vidare. Tjänsten gick till en av Ms närmaste kollegor. Sedan detta hände har M känt sig besviken på både sig själv och sin arbetsgivare. Det känns inte lika kul att gå till jobbet.

På fritiden brukar M tycka om att träna, laga och äta mat samt träffa vänner, både hemma och ibland på krogen. M tycker om att läsa och att resa. Det senaste året har hen mest varit hemma på sin lediga tid och har känt mindre och mindre lust att träffa andra. M har slutat ta initiativ till att ses och när telefonen ringer så stänger M av ljudet. M känner press från sin make/maka att göra mer med familjen, men blir stressad när 3-åringen skriker och är livlig.

M sökte kontakt med vårdcentralen för 2 månader sedan då hen hade haft värk i nacke och axlar till och från i ett par veckor. M tror att hen kan ha sträckt sig under ett träningspass eftersom hen har blivit lite mer otränad på senare tid. Hen hade upplevt att detta hade påverkat hens sömn negativt och gjorde M mer irriterad och ofokuserad både på jobbet och med familjen. M berättar att hen har sökt på en annan vårdcentral för liknande besvär för 2 år sedan. Under de senaste åren har M haft en hög korttidsfrånvaro. När du träffar M så ser hen sammanbiten ut och sitter ihopsjunken i stolen. Hen säger inte så mycket, men svarar på dina frågor och uttrycker att hen "är trött på detta och är beredd att prova vad som helst".

Bilaga 4, Enkätfrågor

Enkät 1a och 1b

1. Vilket yrke har du?

Svar;

2. Hur länge har du varit yrkesverksam?

- Mindre än 1 år
- Mellan 1 och 3 år
- Mellan 3 och 5 år
- Mer än 5 år

3. När arbetade du senast i primärvården?

- Jag arbetar i primärvården idag
- 1-3 år sedan
- 3 år sedan eller mer

4. Vilket kön tillhör du?

- Kvinna
- Man
- Annat
- Vill inte uppge

5. Vilket svar överensstämmer bäst med följande påstående?

Jag är oftast stressad i mitt arbete.

- Mycket sällan eller aldrig
- Ganska sällan
- Ibland
- Ganska ofta
- Mycket ofta eller alltid
- Annan, var god ange

Bilaga 5 Uppföljningsenkät

1. I vilken grad upplever du att det sker jämlika bedömningar av manliga och kvinnliga patienter?

0 = Totalt ojämnt

100 = Totalt jämnt

<input type="radio"/> 0-20	<input type="radio"/> 20-40	<input type="radio"/> 40-60	<input type="radio"/> 60-80	<input type="radio"/> 80-100
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------

2. I vilken grad ger manliga och kvinnliga bedömare olika rekommendationer till män och kvinnor med samma symptombild?

0 = Totalt olika

100 = Totalt lika

0

100

3. Om det finns skillnader, hur uppfattar du att manliga respektive kvinnliga behandlare förhåller sig till dessa könsskillnader?

.....
.....

4. Om du menar att kvinnor oftare erbjuds terapi än män i din verksamhet: (a)

Upplever du detta som ett problem som borde föranleda åtgärder? (b) Beskriv med

egna ord vilka åtgärder som du menar skulle vara lämpliga för att åtgärda problemet

a)

b)

Övriga kommentarer