

# Skurup vårdcentral – Slutrapport

---

## Syfte med deltagandet i projektet

Det övergripande syftet är att sjukskrivningsprocessen är rätt, lagom och säker och svarar mot både kvinnors och mäns villkor och behov. En sjukskrivningsprocess utan diskriminering utifrån kön.



Christel Nilsson, Marita Nilsson, Kerstin Jigmo,  
Lena Alvlilja och Johanna Aminoff

## Teammedlemmar:

Kerstin Jigmo, läkare, kontaktperson, kerstin.jigmo@skane.se

Christel Nilsson, sjukgymnast, christel.j.nilsson@skane.se

Åsa Magnusson, psykolog, asa.a.magnusson@skane.se

Lena Alvlilja, arbetsterapeut, lena.x.alvlilja@skane.se

Johanna Aminoff, arbetsterapeut och administratör, johanna.aminoff@skane.se

Marita Nilsson, försäkringskassan, marita.nilsson@forsakringskassan.se

## Sammanfattning

Vårdcentralen har sedan flera år systematiskt arbetat med att se risker och möjligheter med sjukskrivning. Arbetssättet med teamarbete i så kallat resursteam, där läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator, psykolog och en representant för försäkringskassan träffas regelbundet var det första steget. Det andra steget blev att gemensamt arbeta fram riktlinjer/policy vid sjukskrivning. Resursteamet blev i och med detta en prioriterad arbetsuppgift för alla anställda på vårdcentralen och ett utmärkt stöd för läkare.

I samband med genomgång och analys av den könsuppdelade statistiken noterade vårdcentralen att förutom att få en rätt, lagom och säker sjukskrivning behövde personalen även kunskap om hur vi ger både män och kvinnor individuellt bemötande, behandling och rehabilitering och undviker genusbias.

Genom att systematiskt analysera sjukskrivna patienter med s.k. genusglasögon och ställa tvärtomfrågan, dvs. hade du tänkt annorlunda om patienten hade haft ett annat kön, har vi funnit en handfull risker så att vi ständigt behöver tänka tvärtom.

Familjesituationen kan ofta bli ett hinder för kvinnan. Barnen blir kvinnans bekymmer och ansvar. Mannen tillfrågas sällan och journalanteckningar om detta saknas ofta.

Våld är en stor riskfaktor vid långtidssjukskrivning, speciellt för kvinnor. Vi noterar en rädsla för dessa frågor hos vårdpersonalen. Vi måste våga se och våga fråga rutinmässigt vid alla sjukskrivningar. Vi har infört det.

Det tredje är riskbruk, alkohol, där vi noterar behovet av att alltid våga fråga. Det är mer skamligt för kvinnor och vi frågar inte dem lika ofta som männen. För att göra det till rutin frågar vi numera alla samt gör regelmässigt provtagning efter fyra veckor.

Vi noterar att kvinnor oftare sjukskrivs för psykiska eller psykosomatiska besvär och att livets bekymmer, s.k. medikalisering, inte är en ovanlig orsak till sjukskrivning. Männen får dock en mer somatisk inriktning på sina åkommor. Vi ser också att männen har svårare att visa sina psykiska besvär, vilket leder till att vi har svårt att diagnostisera mäns depressioner. Inriktningen på diagnosen styr nästa steg, behandling samt rehabilitering.

Sist noterar vi att rehabiliteringsplanerna kan te sig olika. Män får tidigare remisser till sjukhus, mer stöd och hjälp av sina arbetsledare och mer stöd i återgång till arbete via försäkringskassan. Kvinnor får sämre stöd och får vänta längre vid remittering. Kvinnor rehabiliteras utifrån sin sociala situation, män utifrån sin arbetssituation.

Vårt arbetssätt med att i dessa områden alltid tänka tvärtom tror vi på sikt kan påverka vårt sjukskrivningsmönster. Vi tror även att det förs över på andra områden i vården. Har man en gång satt på sig "genusglasögon" är det svårt att ta av sig dem igen.

Arbetsättet kommer att ligga till grund för Region Skånes vidare arbete och är en del i ett större sammanhang, likabehandling, där kön är en del.

## Bakgrund

### Området 2008

14 784 invånare i Skurup varav 7 392 män och 7 392 kvinnor

Två vårdcentraler, en privat och en offentlig samt en läkare som arbetar på taxa.

Vårdcentralen (VC) Skurup har 9 000 listade patienter, vårdcentralens rehabiliteringspersonal bestående av sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och psykolog servar hela kommunen.

28 981 besök

39 anställda, 34 kvinnor och fem män

4,5 läkartjänster varav tre kvinnor

## Sjukskrivningsarbetet

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Sveriges Kommuner och Landsting har träffat en överenskommelse med staten för att minska de ökade sjukskrivningarna. Åtgärder ska genomföras inom hälso- och sjukvården för att utveckla sjukskrivningsprocessen och ge frågan högre prioritet. Det är ett viktigt arbete som ska göra det bättre för patienterna genom att undvika långa, passiva sjukskrivningar som kan leda till sämre hälsa och göra att det blir svårare att börja arbeta igen.

Det stora antalet sjukskrivna är ett allvarligt samhällsproblem, förknippat med mänskligt lidande och stora samhällsekonomiska kostnader.

Lika tillgång till vård och behandling för män och kvinnor utifrån hälsorelaterade behov, rätt diagnos och bedömning av arbetsförmåga, behandling och rehabilitering i hälso- och sjukvården bidrar till att patienter återfår funktion och arbetsförmåga vilket gagnar såväl individen som samhället.

Kvinnors sjukfrånvaro är i relation till mäns sjukfrånvaro hög. Bristande jämställdhet och mäns våld mot kvinnor är en tidigare förbisedd orsak till kvinnors högre ohälsa. Likaså finns det skillnader i väntetider mellan kvinnor och män respektive äldre och yngre.

Det finns undersökningar som visar att män och kvinnor inte bedöms lika i vården. I stället för en individuell bedömning möter hälso- och sjukvården patienten utifrån föreställningar om kön.

Region Skånes ansats är att sjukskrivningsprocessen ska vara rätt, lagom och säker och svara mot både kvinnors och mäns villkor och behov. En sjukskrivningsprocess utan diskriminering utifrån kön.

Med **rätt** avses en medveten del av behandlingen, på rätt indikatorer enligt nationella/lokala riktlinjer och vårdprogram och med bra underlag genom samverkan. **Lagom** betyder individuellt anpassad både till längd och grad och en möjlighet att ut- och omvärdera. **Säker** betyder att det finns en plan för nedtrappning/återgång till arbete eller plan för rehabilitering, sjuk- eller aktivitetserättning eller annan åtgärd. Patientens livsstil, kost och motion beaktas. En tidig samverkan mellan vården, arbetsgivaren och Försäkringskassan är viktig i kombination med en god dokumentation och ingen onödig väntan.

Utifrån detta blev medarbetare på vårdcentralen i Skurup intresserade av att delta i Sveriges Kommuner och Landstings satsning Jämt sjukskriven. Frågor ställdes utifrån arbetet i resursteamet. Gör vi rätt? Arbetar vi säkert? Har vi trots ett medvetet arbetssätt kontroll på vår statistik och det riktigt viktiga, får patienter oavsett kön vård på lika villkor?

## Resursteamet

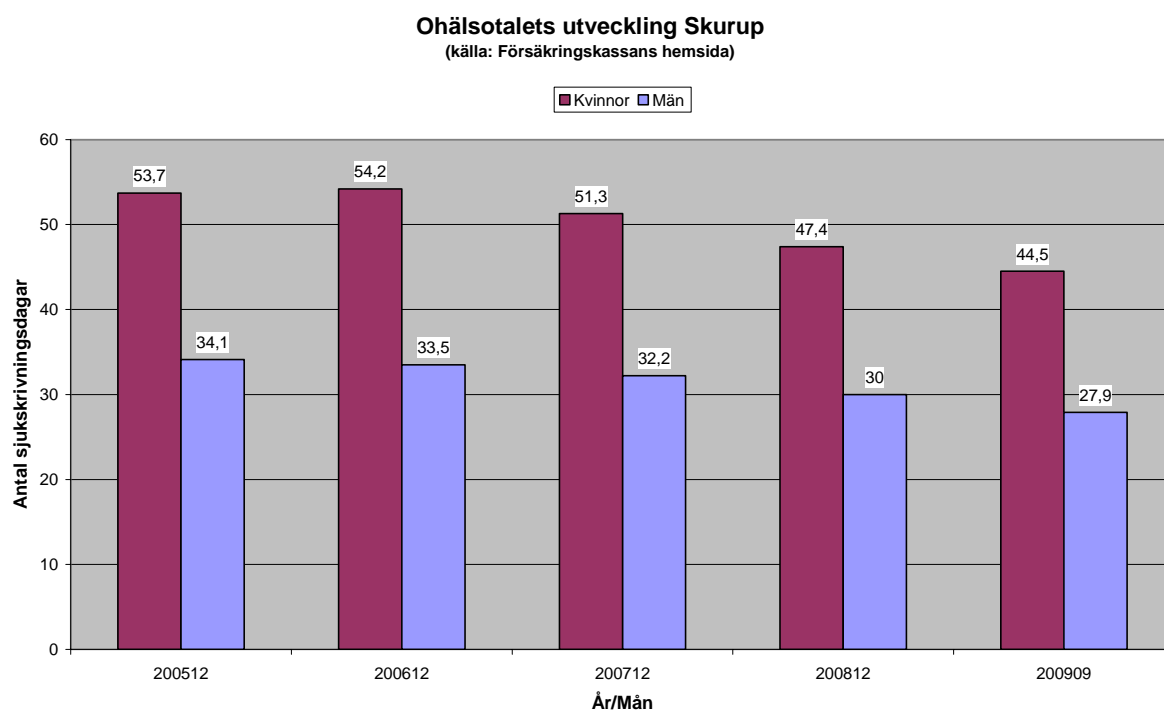
Resursteam har funnits sedan 2002 och träffas en gång i veckan. Alla patienter som är sjukskrivna över 28 dagar anmäls till teamet som består av läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, psykolog, kurator samt en representant från Försäkringskassan och en gång i månaden en person från Arbetsförmedlingen. Ansvarig läkare och behandlande personal tillkommer och föredrar sin patient. Resursteamets uppgift är att samordna och förkorta sjukskrivningsperioden samt att i samråd med alla olika aktörer hitta optimala rehabiliterings- och behandlingsinsatser för patienten. Resursteamet är ett stöd för behandlande läkare och övriga professioner kring patienten.

Inför resursteamsmötet har läkaren ett entimmes förberedande möte med patienten där de gemensamt går igenom patientens sjukhistoria, riskfaktorer samt friskfaktorer. Patienten får fylla i formulär: Frågor inför sjukskrivning, Livsstilsenkät och EQ-5D (se Bilaga 2) inklusive Linton vid smärta.

På team-mötet skapas förslag på vårdplan/rehabplan med mål och delmål för patienten efter det som har kommit fram. Avstämningsmöte och uppföljningsmöte planeras.

Som stöd för sitt arbete har medarbetarna ett policydokument (Bilaga 1) för sjukskrivningar som upprättades 2007 och revideras årligen. Policydokumentet är ett lednings- och styrdokument som syftar till att göra sjukskrivningsprocessen rätt, lagom och säker och att göra läkaren nöjd och trygg med sina sjukskrivningar. Särskilt noteras stöd till utbildningsläkare och påpekandet att inte slentrianmässigt sjukskriva per telefon. Sjukskrivningsfrågan är på så sätt en prioriterad uppgift på vårdcentralen. För alla!

## Ohälsotal



**Ohälsotal** (Ohälsotalet är ett mått på utbetalade dagar med sjukpenning och arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning samt sjukersättning)

2005 - 43,7 dagar/försäkrad

2006 - 43,7 ” ”

2007 - 41,7 ” ”

2008 - 38,7 ” ”

### **Sjukskrivningsstatistik Resursteam** (sjukskrivna över 28 dagar)

2002 september - 2003 augusti	74 pat.	} 228 pat. (164 kvinnor, 64 män)
2003 september - 2004 augusti	71 pat.	
2004 september - 2006 januari.	83 pat.	
2007 januari - december	39 pat. (20 kvinnor, 19 män)	
2008 januari - december	32 pat. (26 kvinnor, 6 män)	
2009 januari - december	34 pat. (23 kvinnor, 11 män)	

Åren 2002 och 2003 är tidsperioden tolv månader att jämföras med 2004 då perioden omfattar sexton månader.

Minskningen av antalet patienter i resursteam sedan 2007 kan ha samband med att ett policydokument upprättades och ett aktivt arbete genomfördes för en aktiv sjukskrivningsprocess. Alla yrkeskategorier involveras, inte enbart läkare.

### **Totalt antal medicinska underlag 2008**

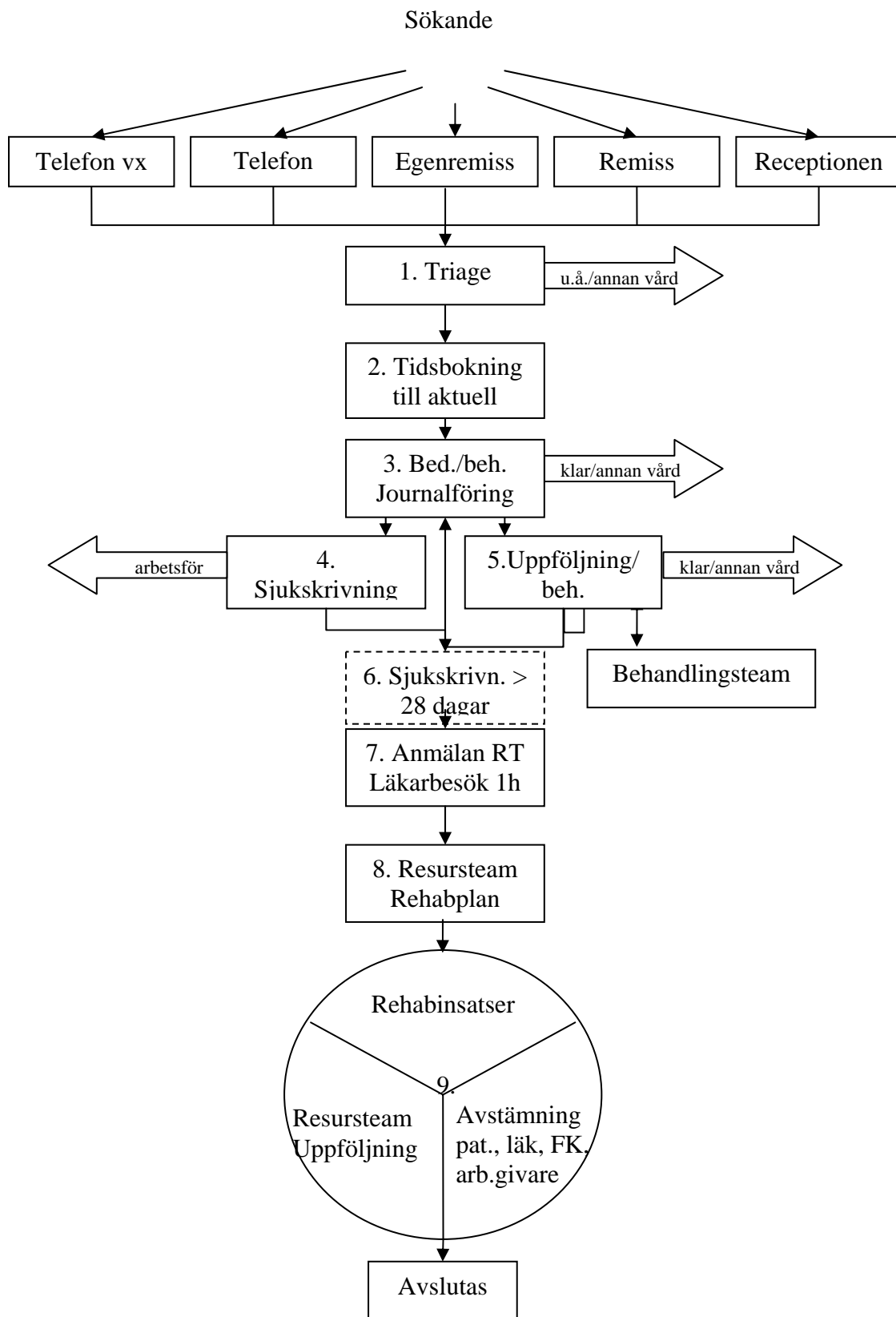
1/1 - 31/3 - 118 sjukintyg (73 kvinnor, 45 män)

1/4 - 31/12 - 257 sjukintyg (158 kvinnor, 99 män)

### **Sjukfallskartläggningen**

Försäkringskassan i Skåne har under tre år gjort mätningar en dag varje år och sjukskrivning över 59 dagar, för att följa mönster och trender i sjukskrivningsmönstret. Vid mätningen 1/12 2008 visade det sig att VC Skurup hade totalt 19 sjukskrivna patienter (16 kvinnor, 3 män) och 12 av dessa var sjukskrivna på heltid. Tio av de sexton kvinnorna var helt sjukskrivna att jämföras med två av tre män. Denna statistik ledde fram till en viktig kunskap och skapade intresse för deltagande i Jämt sjukskriven.

# Sjukskrivningsprocessen



### *Förklaring till patientprocessen ovan*

1. **Triage** = Sortering till yrkeskompetens, prioritering kan göras av alla yrkeskompetenser, tid bokas för patienten.
2. **Tidsbokning** för aktuell kompetens (läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, psykolog, kurator, sköterska).
3. **Bedömning** och eventuell **behandling** görs av den aktuella kompetensen efter anamnes.  
Frågeformulär Linton görs på patienter med smärttillstånd.
4. **Sjukskrivning** kan bli aktuell, där läkare tar anamnes, gör en bedömning och ställer diagnos. Hänsyn tas till de nationella beslutsstöden.
5. **Uppföljning** kan ske av var och en av yrkeskompetenserna men även multimodalt vid behov. Ett multimodalt team består av läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och psykolog.
6. Vid risk för **sjukskrivning över 28 dagar** finns riktlinjer och en handlingsplan som ska följas.
7. För patienter med stor komplexitet bokar läkaren ett entimmes besök, en **anmälan görs till resursteam (RT)**, patientens medgivande inhämtas för teambedömning, frågeformulär ifylls av patienten (EQ-5D, Mina levnadsvanor, KASAM). (Bilaga 3 och 4.)
8. **Resursteam** bestående av ett multimodalt team koppas in, där Försäkringskassans representant deltar regelbundet och Arbetsförmedlingens en gång per månad. I resursteamet presenteras patienten av läkaren utifrån följande
  - läkarens uppfattning om tillstånd och prognos
  - patientens uppfattning om tillstånd och prognos
  - sammanfattning av bedömningsinstrumenten, vad ska beaktas
  - övriga teammedlemmars reflexionerDärefter gör läkaren och teamet en gemensam bedömning/planering och läkaren återkopplar till patienten.
9. Rehabinsatser – avstämningsmöte – uppföljning enligt plan.

### Identifierade risker

Under processen och lärandet har teamet identifierat vissa skillnader och risker kopplade till genus som ligger till grund för det fortsatta arbetet kring förbättringar.

Många frågeställningar uppkom såsom om män och kvinnor får olika bemötande och bedömningar? Hur ser könsfördelningen ut bland dem som kontaktar VC per telefon? Hur ser fördelningen/sorteringen ut vid den första kontakten? Får män och kvinnor olika bedömningar? Vem kommer till vilken kompetens/behandlare? Finns det skillnader i väntetid? Finns det risk för under- eller överbehandling? Finns det risk för medikalisering? Finns det risk för olika behandling, ordinerar olika läkemedel? Olika sjukskrivning för samma symtom? Olika längd i sjukskrivning? Olika diagnossättning? Hur ser beslutsstödet ut kopplat till ett genusperspektiv, är mannen norm? Bidrar resursteamet till en omedveten skillnad inte minst i fråga om familjeförhållanden, droger, alkohol och våld? Fördelas rehabiliteringsinsatserna olika?

För att identifiera risker arbetades ett flödesschema fram som synliggjorde patientprocessen vid kontakt med Skurups vårdcentral. Utifrån detta schema

identifierades troliga risker. Därefter gjordes mätningar av varje yrkesgrupp inklusive en patientenkät om bemötande. Mätningar gjordes under våren 2009. Dessutom gjordes en riskanalys av resursteamet. Vid genomgång av sjukfallen noterades att de flesta faktiskt snabbt blir friska, men då resursteamet kopplas - in efter fyra veckors sjukskrivning - finns det risk för att patienterna fastnar i sjukskrivning, så kontakten är viktig inför den framtida utvecklingen. Riskanalyser gjordes utifrån denna infallsvinkel.

### *Sammanfattning av riskanalys*

(Riskanalys se Bilaga 5)

- **Resursteam:** bemötande utifrån kön är en risk för både män och kvinnor. Sannolikheten är större för kvinnor att få en slentrianmässig bedömning om genuskunskap saknas. Som exempel kan nämnas en patient med tryck i bröstet där kvinnan oftare får en psykisk inriktning på problemet, medan en man får en mer somatisk inriktning med provtagning, EKG. Det finns även risk för att behandlingsplanen görs utifrån kön. Noteras att resursteamets fasta deltagare samtliga är kvinnor.
- **Besök hos läkare:** stor risk noterades. Risk för underdiagnostik för missbruk både hos män och kvinnor. Särskilt skamligt är det med kvinnligt alkoholmissbruk, och därför svårare för läkaren att fråga en kvinna än en man. Underdiagnostik av våld, hot och mobbning. Risk för medikalisering hos kvinnor. Även risk för bedömning utifrån status, speciellt män, dock ej närmare belyst. Risk för slentrianmässig läkemedelsanvändning. Kvinnor får mer läkemedel för psykiska besvär, män kanske för lite.
- **Sjukskrivning med planerade åtgärder:** Risk för slentrianmässig sjukskrivning och åtgärder utifrån kön, exempelvis ryggbesvär där en man lättare får sjukgymnastikbehandling och rehabilitering utifrån ett somatiskt spår, medan kvinnan får frågor om sin sociala situation, sina eventuella psykiska besvär med åtgärder och rehabilitering utifrån detta spår. Risk för längre väntetider för kvinnor, olika beslut om återbesök, sjukskrivningslängd och återgång i arbete.

## Genushand

Utifrån riskanalysen och samtidig journalgenomläsning har vi sammanfattat de olika riskmomenten i en handfull problemställningar som man alltid ska ta ställning till.



### GENUSHANDEN

#### **Kommentar:**

*Tumme:* Kvinnor tillfrågas om sin familjesituation, men sällan mannen.  
Tänk tvärtom: fråga mannen!

*Pekfinger:* Våld och hot är en riskfaktor för långvarig sjukskrivning.  
Mäns våld mot kvinnor är ett dolt problem. Våga fråga, våga se!

*Långfinger:* Somatisk inriktning på männens diagnoser och psykosomatisk på kvinnors.  
Stor risk att missa mäns depressioner. Risk för medikalisering hos kvinnan.

*Ringfinger:* Riskbruk, alkohol mer skamligt för kvinnor. Fråga alltid, gör till rutin  
att kolla alla långtidssjukskrivna med prov.

*Lillfinger:* Män får tidigare specialremisser och större stöd av arbetsgivaren.  
Män rehabiliteras utifrån arbete, medan kvinnor rehabiliteras utifrån sin sociala situation..

#### **TÄNK TVÄRTOM -ALLTID!**

Om patienten hade haft annat kön, hade du tänkt annorlunda då?

## Mål

1. Alla sjukskrivningar som är eller riskerar att bli mer än 28 dagar ska anmälas och förberedas till resursteamet.
2. En rehabplan ska upprättas vid det första resursteamsmötet med hänsyn till beslutsstödet för sjukskrivning (med FK).
3. En patient hos resursteamet ska granskas med "genusglasögon" dvs. hänsyn ska tas till genusbias.
4. Patientansvarig resursteamspersonal bestäms.
5. Patientens upplevelse av delaktighet ska följas upp vid avslut i teamet.

## Mått

Mål 1: 100 procent av dem som varit sjukskrivna över fyra veckor ska tas upp i resursteamet, både män och kvinnor. Följs via statistikverktyget Quick View av rehabkoordinatör var tredje månad.

Mål 2: 100 procent ska ha en rehabplan, dokumenterad i journalen, där alla yrkeskategorier kring patienten ska vara delaktiga samt informerade.

Mål 3: 100 procent av de nyanmälda ska ha genusgranskats enligt resursteamets formulär. Antal sjukskrivna kvinnor ska jämföras från år till år. Journalgranskning med stickprovskontroll ska göras i november varje år, kontroll av anteckning om familjesituation, våld/hot/mobbning, alkohol. Ska vara lika för män och kvinnor.

Mål 4: 100 procent ska ha en dokumenterad patientansvarig. Rehabkoordinatör kontrollerar var tredje månad.

Mål 5: 100 procent ska ha fått frågan om delaktighet efter avslut i resursteamet. Analys av resultatet bör inte visa skillnad mellan män och kvinnor. Om skillnad har uppmätts ska detta analyseras samt åtgärdas.

## Hur görs mätningarna?

För att i början av projektet komma fram till resultat och kunskap om skillnader kopplat till kön arbetade vi fram enkäter för olika yrkeskategorier. Alla enkäter är beräknade på cirka femtio patienter. Det finns en medvetenhet om att underlaget är litet men trots det har man kunnat se vissa mönster.

Riskanalys av resursteamet gjordes av samtliga deltagare i teamet.

Mätningar av mål för 2010:

Var tredje månad hämtas statistik för uppföljning via statistikverktyget Quick View där alla sjukskrivningar granskas utifrån diagnos, kön och antal sjukskrivningsdagar. Rapport till läkaren om patienten inte har anmälts enligt rekommendationerna.

Rehabkoordinatör följer upp målen 2-5 och rapporterar till resursteamet.

Stickprovskontroll med journalgranskning i november varje år.

### *Uppmätt ojämställdhet*

#### **Läkarenkät (Bilaga 2a)**

54 patienter fördelat på 31 kvinnor, 23 män

- Könsfördelningen är något jämnare här (43 procent män, 57 procent kvinnor) än riksfördelningen (70 procent kvinnor, 30 procent män).
- Diagnos Fler män (83 procent) än kvinnor (61 procent) får smärtdiagnos och fler kvinnor (35 procent) än män (13 procent) får en psykisk diagnos.
- Åtgärd Fler män än kvinnor får remiss till lasarett och kvinnor hänvisas oftare till egenvård. Fler kvinnor får läkemedel än män, medan fler män får sjukgymnastik, vilket kan ha ett samband med diagnosen. Män har fler smärtdiagnoser och kvinnor har fler psykiska diagnoser.
- Ålder Kvinnorna som söker läkare är yngre än männen.
- Sjukskrivning De flesta personer av båda könen blir inte sjukskrivna. Av dem som sjukskrivs är andelen kvinnor högre än andelen män.

#### **Distriktssköterskeenkät (Bilaga 2b)**

46 patienter fördelat på 46 kvinnor, 20 män

- Könsfördelning Det är flest kvinnor som ringer till distriktssköterskan.
- Diagnos Nästan ingen skillnad mellan män och kvinnor vid diagnosen smärta, däremot ringer fler kvinnor för diagnos kring psykiatriska åkommor.
- Ålder I yngre ålder ringer oftast kvinnor, medan i en ålder över 65 ringer flest män och enbart åtta procent kvinnor.
- Åtgärd Högre andel av männen hänvisas till egenvård. En högre andel av kvinnorna än männen får läkartid.

#### **Sjukgymnastenkät (Bilaga 2c)**

46 patienter fördelat på 31 kvinnor, 15 män

- Könsfördelningen motsvarar den vanliga fördelningen mellan män (30 procent) och kvinnor (70 procent).
- Diagnos 100 procent av männen har smärta som diagnos. Av kvinnorna har 87 procent smärtdiagnoser och 19 procent en psykiatrisk diagnos.
- Sjukskrivning Fler kvinnor (16 procent) än män (7 procent) är sjukskrivna.
- Väntetiden är kortare för män än för kvinnor. De får generellt snabbare omhändertagande. Det är fler kvinnor än män som väntar mer än två veckor och fyra veckor på behandling.

### **Psykosociala teamets enkät (Bilaga 2d)**

152 patienter fördelat på 107 kvinnor, 45 män

- **Könsfördelning** Samma fördelning som för sjukgymnastiken.
- **Bedömning** Psykologen och sjukgymnasten bedömer en större andel kvinnor än kuratorn. Utifrån denna kunskap har VC förändrat fördelningen av patienterna till dessa tre yrkeskategorier.
- **Väg in** Kvinnor söker i större utsträckning än män via egenremiss. Trenden har dock börjat plana ut.
- **Väntetid** Männen får oftare tid inom två veckor än kvinnor (26,6 procent mot 20,6 procent för kvinnor). Större andel män erbjuds ingen tid alls.

### **Arbetsterapeutenkät (Bilaga 2e)**

50 patienter fördelat på 38 kvinnor, 12 män

- **Könsfördelningen** är 76 procent kvinnor och 24 procent män.
- **Väg in** Antal egenremisser fördelar sig på 26,3 procent för kvinnor och 25 procent för män. Externa remisser för kvinnor är 23,7 procent och 8,3 procent för män (1 man). En man remitterades av hustrun.
- **Sysselsättning – sjukskrivning** Tio patienter (män) hade arbete och av dessa var en sjukskriven. Av de övriga två hade en arbetsträning och en socialbidrag. Av sex sjukskrivna kvinnor var två utan arbete. Procentuellt hade 68,4 procent av kvinnorna arbete och 83,3 procent av männen. En man och sex kvinnor var sjukskrivna av totalt 50 personer.
- **Väntetid:** 50 procent av kvinnorna och 83,3 procent av männen fick tid inom 1-2 veckor.

**Kommentar arbetsterapi** Då de flesta patienter kallas per telefon visade det sig att fler av männen var tillgängliga på telefon än kvinnorna.

Generellt bland dem som sökte ödmjukt på ”sin tur”./remitterades till arbetsterapeut: Attityden hos män var att snabbt få hjälp med problemen så att besvären kunde gå över eller att de kunde återgå smärtfria i arbete. Kvinnorna uttalade inte så tydligt dessa attityder/krav/önskemål. De väntade hellre mer.

### **Försäkringskassan enkät (Bilaga 2f)**

14 personer fördelat på 8 kvinnor, 6 män

- **Könsfördelning** Fler kvinnor än män.
- **Åldersfördelning** I åldersgruppen 31-50 år finns fler kvinnor än män, medan i åldersgruppen 51-65 år finns fler män än kvinnor.
- **Arbete** Alla män är anställda; av kvinnorna är 75 procent anställda och någon egen företagare eller arbetslös.
- **Planering** De flesta får medicinsk rehabilitering, resten får arbetslivsinriktad rehabilitering. I båda fallen är det lite fler män än kvinnor. Till avstämningsmötet kallas hälften av kvinnorna men bara 33 procent av männen.

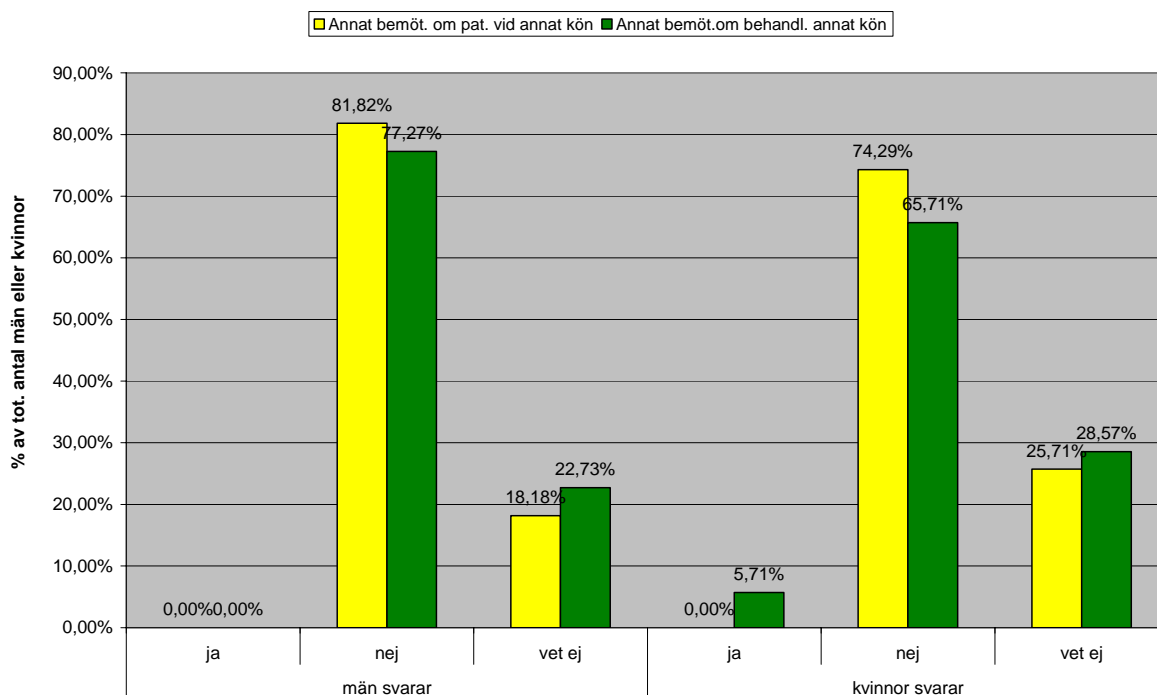
## Bemötandenkät

58 patienter fördelat på 36 kvinnor, 22 män

Svaren i enkäten visade ingen större skillnad kopplat till nöjdhet utifrån frågan ”Hur upplevde du besöket på vårdcentralen som helhet?”

Nästan ingen av patienterna tror att de skulle ha blivit bemötta annorlunda om de själva hade varit av annat kön eller om behandlaren hade varit av annat kön. Utifrån frågorna ”Tror du att du hade blivit annorlunda bemött vid besöket om du hade varit av motsatt kön?” och ”Tror du att din behandlare hade bemött dig annorlunda om hon eller han hade varit av motsatt kön?”

**Annat Bemötande om patient eller behandlare varit av annat kön?**  
(Tot. 58 personer: 22 män, 36 kvinnor)



## Konsekvenser och analys

Teamet på VC Skurup har i riskanalysen sett risker för olika bemötande av män och kvinnor. Dessutom noteras att de flesta sjukskrivna patienter trots allt tillfrisknar inom fyra veckor.

Teamet införde att vid varje nyanmäld patient ställa **tvärtomfrågan**: Hade behandlande personal och övrig resursteamspersonal gjort annorlunda om patienten hade varit av annat kön?

I samband med detta sker även en kunskapsöverföring och arbetssättet blir på så sätt en lärande process. Syftet är att män och kvinnor ska få ett individuellt mål efter sitt individuella behov och att samtidigt göra den behandlande personalen medveten om risker att göra skillnad mellan genus, vilket bör minska risken för genusbias. Värderingar och mönster analyseras med så kallade *genusglasögon* och återkopplas till samtliga involverade. I processen deltar försäkringskassans representant.

Alla nyanmälda patienter analyserades under maj-november, journalgranskning utfördes.

## Sammanfattande kunskap av tvärtomfrågan

- Kommentarer finns på över 90 procent av patientfallen.
- Flera kvinnor med diffus ångest samt diffus smärtproblematik har påtagligt oftare varit utsatta för våld eller hot än vad teamet tidigare trott. Det är ett omfattande men osynligt problem i sjukskrivningsprocessen.
- Teamet har svårare att diagnostisera mäns depressioner, vilket leder till att män får somatiska diagnoser med rehabilitering vald efter detta spår.
- Kvinnor får oftare psykiska diagnoser även om det finns somatiska grunder, med rehabilitering vald efter detta spår.
- Det finns risk för medikalisering av kvinnor, det vill säga att livets bekymmer blir till en sjukdom för kvinnor.
- Män får tidigare remisser till specialistbedömningar och till speciella undersökningar.
- Rehabiliteringsåtgärder fokuseras tidigare och snabbare för män, och arbetsplatsanpassning har en tendens att vara mer vanligt förekommande för män.
- Frågor om droger och alkohol är svårare att ställa till kvinnor.
- Den så kallade fyrfältaren kan vara ett hjälpmedel i diskussionen mellan behandlare och patient för att medvetandegöra mönster.
- Arbetsstättet skapar ett intresse för jämställda sjukskrivningsprocesser hos all inblandad personal.

Teamet tror att **genusglasögon** kan smitta över till andra områden och vårdprocesser som patienten och sjukvårdspersonalen omfattas av.

En sammanställning av kommentarer utifrån patientanalyserna finns i Bilaga 6 (patientfall).

## Förändringar som testats

Vårdcentralen har gjort följande förändringar:

- Förändrad policy vid sjukskrivning. Genusgranskad. Bilaga 1.
- Förändrade sjukskrivningsfrågor som också inkluderar frågor om våld och hot. Bilaga 3.
- Förändrat formulär, mina levnadsvanor. Öppnare frågor bl.a. beträffande alkohol. Bilaga 4.
- EQ5D kvarstår.
- KASAM-formuläret har tagits bort, svårigheter att tolka och återge resultatet.
- Tvärtomfrågan ställs i samband med nyanmälda patienter i resursteamet.
- Införandet av fyrfältaren inför sjukskrivningen.
- En patientansvarig för varje patient i resursteamet.
- Könsuppdelad uppföljning av all statistik.
- Medikaliseringsrisk hos kvinnor lyfts.

## Resultat

Det förekommer en högre sjukfrånvaro hos kvinnor än hos män bland annat beroende på att det finns genusbias vid bemötande, i behandling samt i rehabilitering. Vården skapar på så sätt ökad ohälsa hos kvinnor. Detta leder till försämrade förutsättningar för återgång i arbete.

Pilotprojektet ska leda fram till att kvinnor och män ska få individuellt bemötande i vården och behandling och rehabilitering i rätt tid.

Arbetsmetoden i projektet Jämt sjukskriven genomförs för all personal på vårdcentralen.

Jämställdhetsansats är att synliggöra och medvetandegöra mäns och kvinnors olika villkor i sjukskrivningsprocessen som grund för en jämställd rehabilitering och därigenom snabbare återgång i arbete för kvinnor. Arbetsättet och kunskaperna som framkommer efter avslutat projekt ska spridas i Region Skåne.

## Aktiviteter

- Arbetsplatsinformation - göra alla delaktiga.
- Information om projektet på vårdcentralens intranät - kunna hitta informationen.
- Spridning i Region Skåne till bland annat det försäkringsmedicinska rådet, samordningsgrupper med försäkringskassan och nätverket för sjukskrivning.
- Kontaktpersonen Kerstin Jigmo har som en parallell process fått i uppdrag av projektet "Förbättrad sjukskrivningsprocess" att utifrån kunskaper från "Jämt sjukskriven" arbeta fram en handlingsplan för Region Skåne 2010 för genusfrågor vid sjukskrivning.
- Förändrat arbetssätt av resursteamet med genusglasögon.
- Sökt projektmedel från försäkringskassan för kvinnors ohälsa 2010.
- Samverkan med försäkringskassan, tvåpartsavtal med genusglasögon för analys eller åtgärder i samverkan.
- Integrera arbetssättet med likabehandlingspolicy för Region Skåne, en del i ett större sammanhang.

## Att arbeta med jämställdhet

Att arbeta för ett individuellt bemötande, vård och rehabilitering är viktigt för patientsäkerheten. Teamet har tagit hänsyn till mäns och kvinnors både olika och lika behov, vilket har varit viktigt. Ur ett patient- och effektivitetsperspektiv är det av stor vikt att teamet gör rätt från början för att slutresultatet ska bli rätt, lagom, säkert och jämlikt. Det har varit mycket bra och givande att få så mycket kunskap som teamet fått och möjlighet att tillämpa kunskapen. Nackdelen har varit att det har varit jungfrulig mark och att man inte har haft någon historik att luta sig mot. Ett stort lärande är att vi alla uppmärksammar könsaspekten och att det finns genusbias i sjukskrivningsprocessen, vilket sannolikt leder till att skapa ohälsa och därigenom inte ger kvinnor och män samma förutsättningar för att komma tillbaka till arbetslivet igen. Arbetssättet gör både män och kvinnor till vinnare.

## Så här går vi vidare

Kunskapen från Skurup blir bas i Region Skånes framtida arbete med genus i fråga om sjukskrivningar.

Samverkan med försäkringskassan enligt tvåpartsavtal.

Kontakt har etablerats och ska utvecklas i regionens övergripande arbete med likabehandling vilket innebär att vi motsätter oss beteenden som tar sig uttryck i diskriminering, trakasserier och annan kränkande behandling.



Tänk tvärtom, om patienten hade haft ett annat kön, hade du tänkt/gjort annorlunda?

# Bilagor Skurup

## Bilaga 1 Policydokument

### Policydokument

#### Övergripande mål

- Sjukskrivningsprocessen ska vara rätt, lagom, säker och jämställd.
- Läkarna på vårdcentralen Skurup är nöjda och trygga med sina sjukskrivningar.

#### Delmål

- Hög försäkringsmedicinsk kompetens i läkargruppen, kunskap om rehab-kedjan och arbetsgivarens ansvar.
- Medvetenhet om nytta respektive risk med sjukskrivning som behandling och särskild uppmärksamhet när sjukskrivningar inleds.
- Hög kunskap om hur män och kvinnor bemöts, bedöms och behandlas i samband med sjukskrivningsprocessen. Kunskap om mäns våld mot kvinnor.
- Patienten ska vara delaktig i sin rehab-plan.

#### Specificerade mål

- Att aldrig känna sig tvungen att sjukskriva. Tidsbrist eller patientens krav ska inte styra. Om känslor stör – sjukskriv inte utan sov på saken. Återbesök till en kollega för second opinion.
- Möjlighet att rådgöra med en kollega.
- Större andel av sjukskrivningarna bör ske på deltid.
- Retroaktiva sjukskrivningar utfärdas bara i undantagsfall, t.ex. då en patient inte har kunnat beredas tid.
- Förstadagsintyg utfärdas endast av företagshälsovården eller av en läkare som är speciellt utsedd av arbetsgivaren. Det kan i förekommande fall göras på vårdcentralen med separata avtal.
- Ej sjukskriva då patientens egen sjukanmälan räcker.
- Arbetslösa sjukskrivs bara efter särskilt övervägande.
- Sjukskrivningar per telefon endast i yttersta undantagsfall.
- Tydliggör att 25 procent av sjukskrivningarna ska ha ett slutdatum.
- All statistik ska redovisas könsuppdelat.

#### För att nå målen

- Patienterna ska fylla i blanketten Frågor att besvara inför eventuell sjukskrivning så snart som möjligt och allra senast inom en månad. Livsstilsenkät och EQ-5D lämnas samtidigt.
- Patienter sjukskrivna mer än 28 dagar ska anmälas till resursteamet och dessförinnan ha haft ett entimmes läkarbesök. I sjukintyget ska skrivas att patienten har bedömts multimodalt.
- Målet med rehabilitering och sjukskrivning ska vara dokumenterat i journalen vilket underlättar för kollegor och sjuksköterskor vid telefonrådgivning.

- Kvartalsvis statistisk feedback angående gruppens och varje enskild doktors sjukskrivningsstatistik med hjälp av rehab-koordinator.
- Två gånger per termin utbildning och kollegial diskussion om försäkringsmedicinska frågor, policydokument och enskilda ärenden.
- Fungerande samarbete med försäkringskassan och arbetsförmedlingen genom resursteamet.
- Återkommande utbildningsinslag om sjukskrivning även för annan personal.
- Alla nyanställda läkare ska delges vårdcentralens sjukskrivningspolicy.
- Ej patientansvarig läkare sjukskriver maximalt en vecka, snar kontakt med ordinarie läkare.
- AT- och ST-läkare ska inte sjukskriva mer än högst en månad utan att rådgöra med handledare eller den ordinarie distriktsläkaren (vilket kan ske via resursteamet).
- Vårdcentralen ska beakta Nationella riktlinjer vid sjukskrivning.

### **Råd**

- Kom ihåg företagshälsovården. Ring annars chefen direkt medan patienten är kvar i rummet. Om chefen inte svarar ge patienten en telefontid.
- Försök att ha kvar patienten på jobbet under sjukskrivningen. Helst deltid även under utredningen.
- Snabbt avstämningsmöte.
- All sjukskrivning ska vara aktiv; passiv sjukskrivning föder ohälsa.
- Vid befarad sjukskrivning över fyra veckor bör patienten rutinmässigt screenas för alkoholberoende (B-PEth) och i förekommande fall bör urinprov tas för drogscreening.
- Kartlägg och analysera med genusglasögon. Genusfråga: Om patienten hade varit av det andra könet, vad hade vi sagt och gjort då?
- Beakta mäns våld mot kvinnor. Våga se, våga fråga!

Vårdcentralen Skurup

Kristina Widebäck  
Verksamhetschef

Kerstin Jigmo  
Distriktsläkare  
Koordinator

Lena Hedin  
Sjukgymnast, Resursteamet

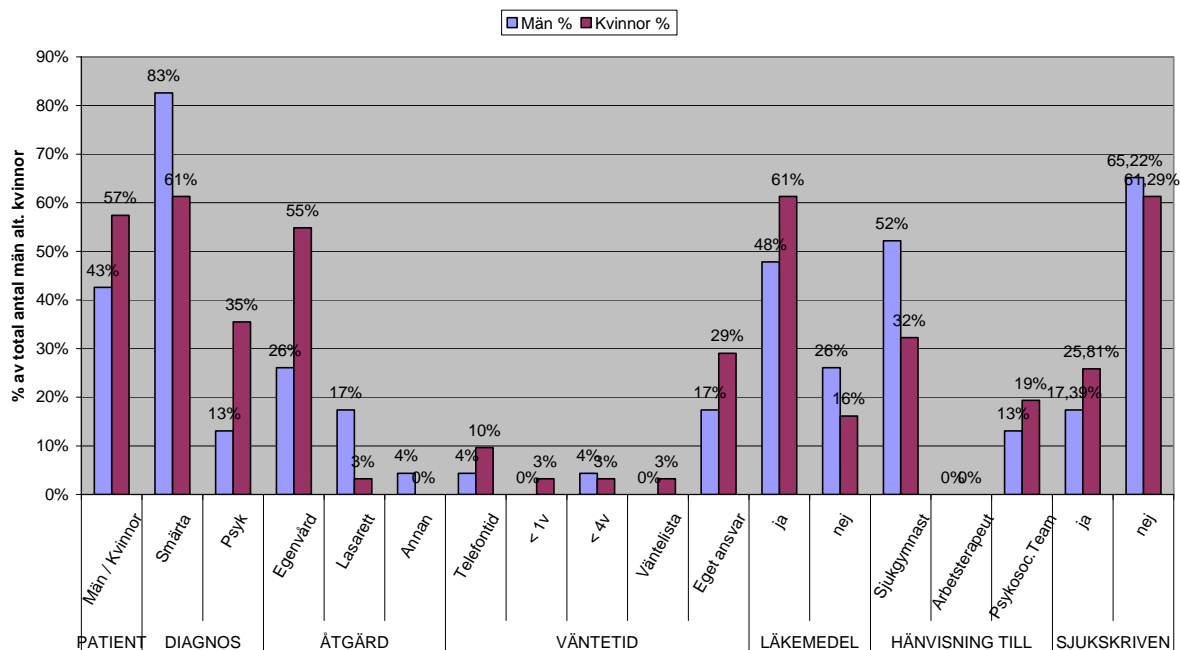
Revideras 2010-09-01

## Bilagor 2a-2f Enkätresultat

### Bilaga 2a

#### Läkarenkät

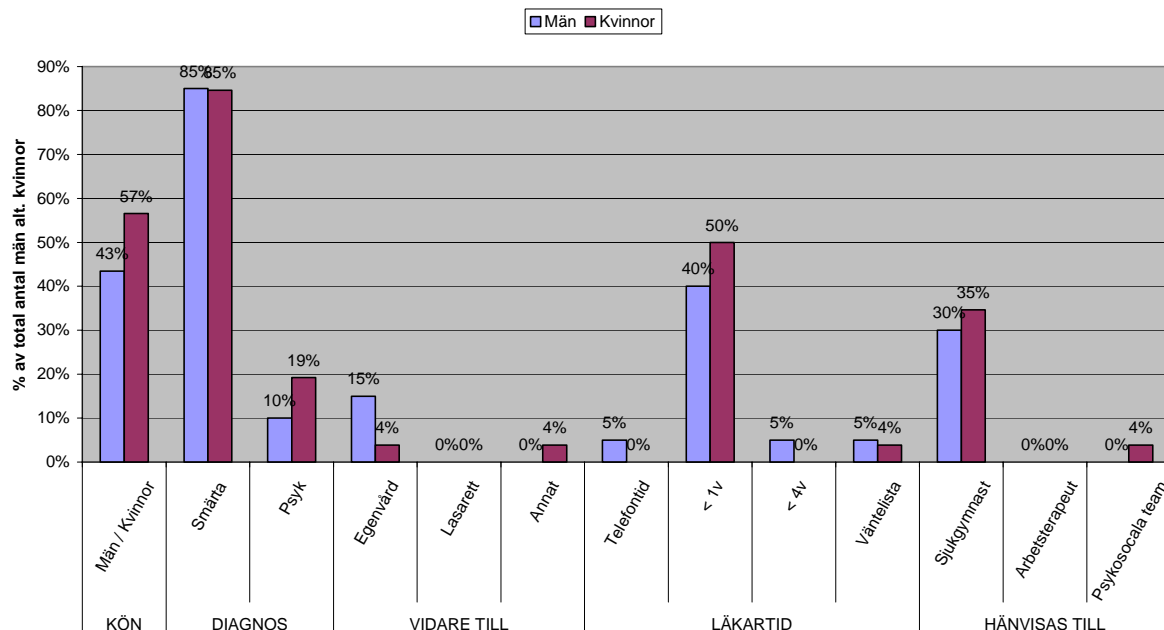
(Total 45 personer: 31 kvinnor, 23 män)



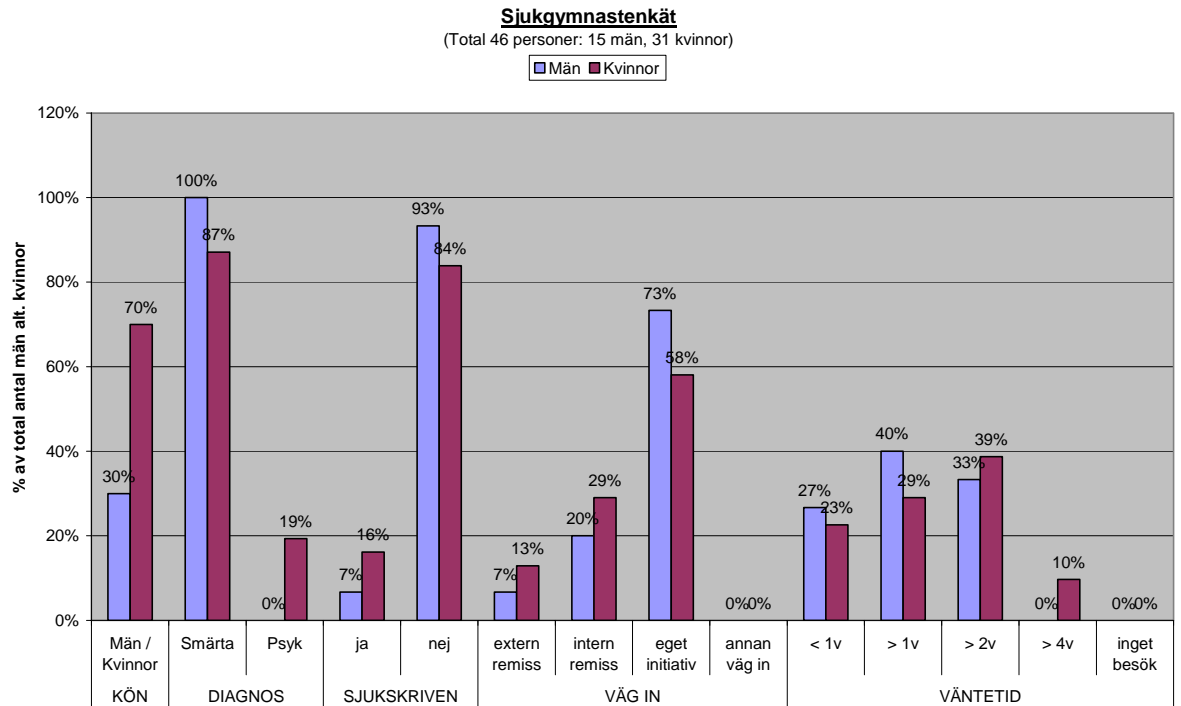
### Bilaga 2b

#### Distriktsköterska Telefonenkät

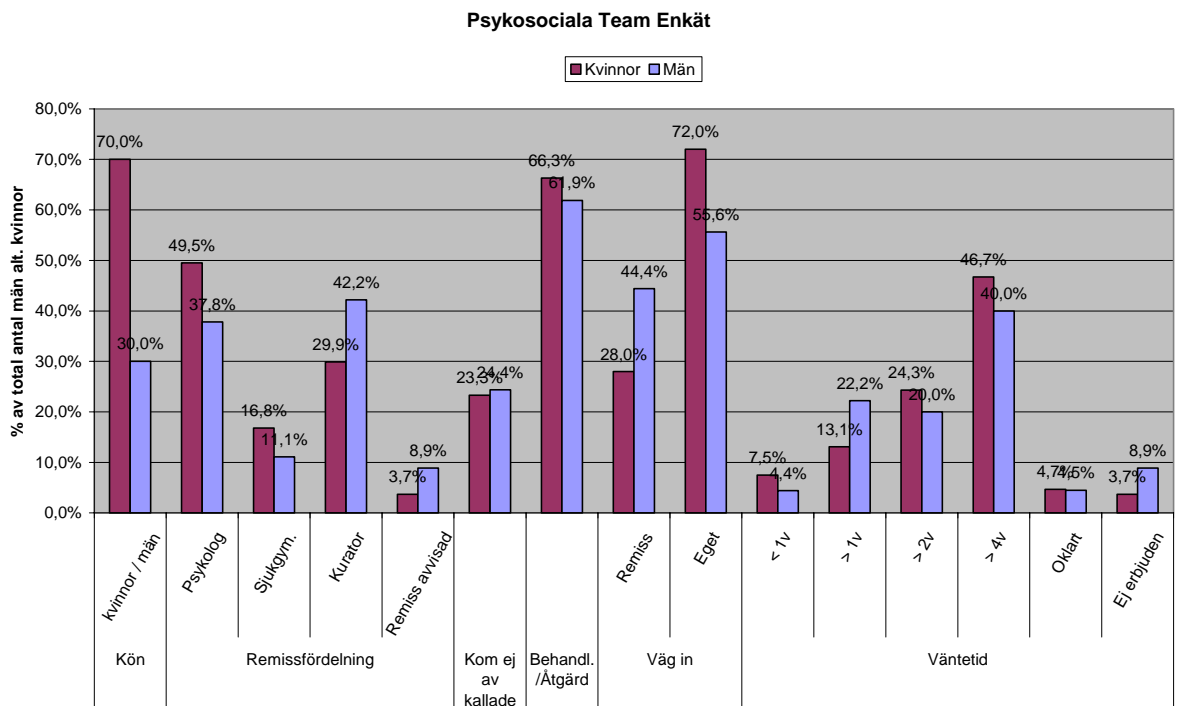
(Total 46 personer: 26 kvinnor, 20 män)



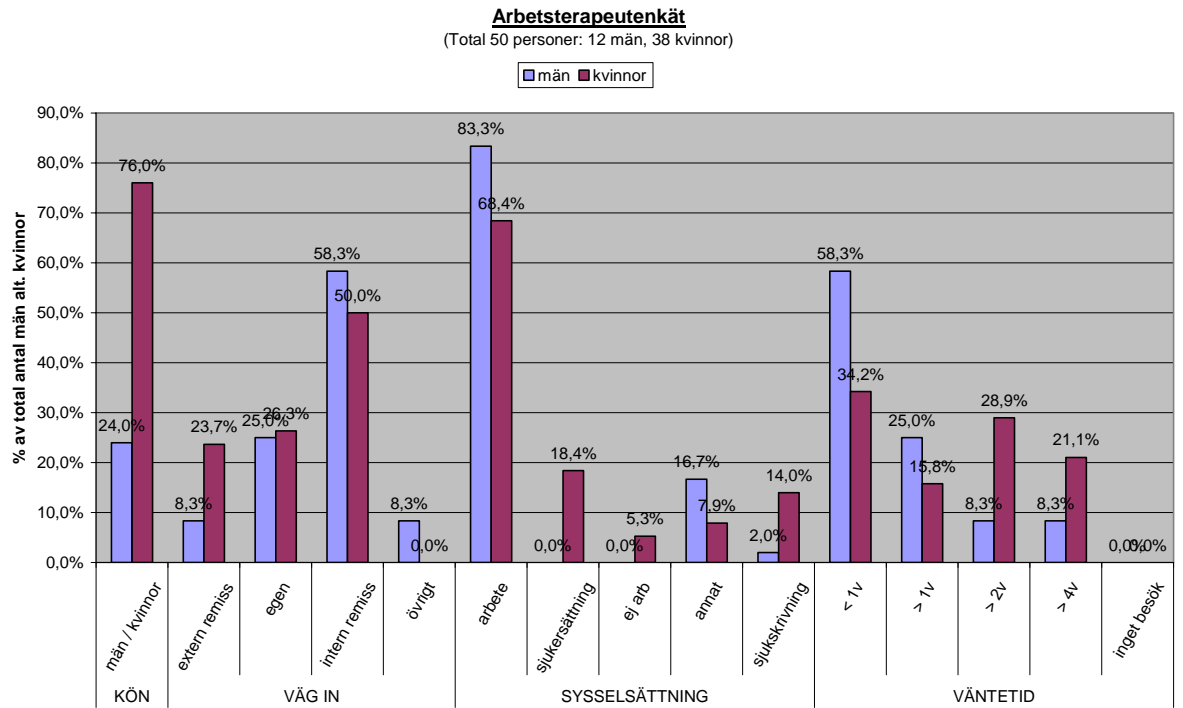
## Bilaga 2c



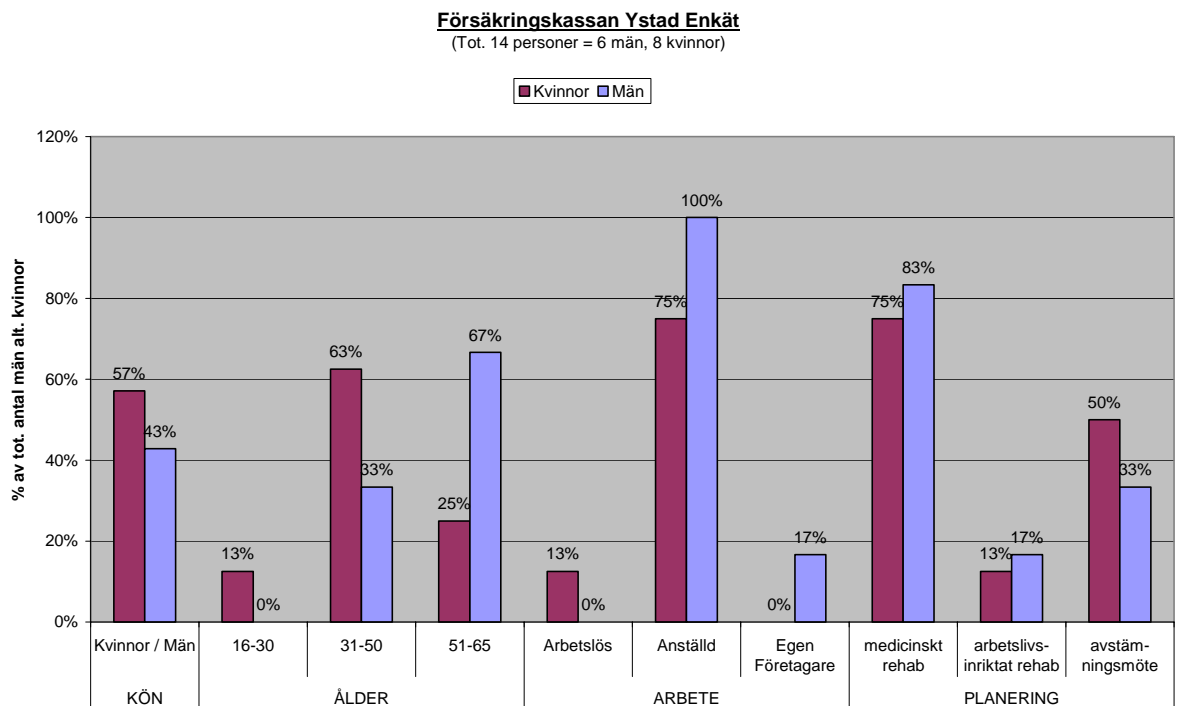
## Bilaga 2d



## Bilaga 2e



## Bilaga 2f



## Bilaga 3 Patientenkät

### Patientenkät

Datum:



#### Frågor att besvara inför en eventuell sjukskrivning

<b>Namn:</b>	<b>Personnummer:</b>
<b>Arbetsgivare:</b>	<b>Yrke:</b>
<b>Arbetstider:</b>	<b>Tjänstgöringsgrad:</b> Skift: <b>Ja</b> <b>Nej</b>
<b>Arbetsuppgifter - konkret beskrivning:</b>	
<p><i>Du kan få sjukpenning när arbetsförmågan är nedsatt pga. sjukdom. Nedsatt arbetsförmåga ska i sin tur bero på nedsättning av någon av dina kroppsliga och/eller psykiska funktioner. Värk och smärta innebär t.ex. inte automatiskt en nedsatt funktion eller nedsatt förmåga att arbeta. Det är konsekvenserna av värken eller smärtan som är avgörande för arbetsförmågan. Som vägledning för att klarlägga din rätt till sjukpenning behöver läkaren därför dina svar på nedanstående frågor.</i></p>	

<p><b>På vilket sätt hindrar sjukdomen dig från att utföra...</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sittande arbete</li><li>• Stående/gående arbete</li><li>• Arbete med armarna</li><li>• Arbete som kräver koncentration</li><li>• Arbete i relation till andra</li><li>• Arbete som ställer krav på beslutsförmåga</li></ul>
---

Vilka av dina vanliga arbetsuppgifter kan du utföra trots din sjukdom?

Beskriv vilka förändringar på din arbetsplats som kan medföra att du kan fortsätta arbeta trots din sjukdom, t.ex. arbetstekniska förändringar eller förändrade arbetsuppgifter.

Är din arbetsplats ansluten till någon företagshälsovård?  
Har någon kontakt med den tagits?

Om du anser dig helt arbetsförmögen och inte ens kan arbeta två timmar/dag (25 procent), v.g. motivera!

#### **Vardagsfunktioner**

Kan du promenera en timme i sträck?

Kan du utföra vanligt hushållsarbete eller lättare arbete under en timme?

Kan du göra veckoinköpen?

#### **Sömn**

Kan du sova på natten? Sätt x på linjen.

0-----10  
Nej Inga problem

Ytterligare frågor som din läkare kan vilja ta upp om en sjukskrivning blir aktuell.

Trivs du med ditt arbete?

Vill du fortsätta med ditt arbete?

Upplever du dig efterfrågad på ditt arbete?

Finns det konflikter på arbetet?

Har du i något sammanhang blivit illa behandlad fysiskt eller psykiskt?

Har du själv utsatt någon för det?

Vad får din sjukskrivning för ekonomiska konsekvenser?

Finns det andra faktorer än sjukdom som påverkar dina möjligheter att arbeta?

På vems initiativ sker denna läkarkontakt?

Hur ser arbetsmarknaden ut för dig och din kompetens (utbildning/yrkeserfarenhet etc)?

**Hur ser du på följande**

- Att byta arbete
- Att flytta
- Att utbilda dig
- Att starta eget
- Att deltidsarbeta
- Att få sjukersättning

Vårdcentralen Skurup  
2009-08-25

## Bilaga 4 Levnadsvanor



### Mina levnadsvanor

Namn: \_\_\_\_\_ Personnr: \_\_\_\_\_

Längd: \_\_\_\_\_ Vikt: \_\_\_\_\_ Midjemått \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_

Ifylls av personalen



#### Fysisk aktivitet

Hur många dagar i veckan rör du dig motsvarande 30 minuters rask promenad? \_\_\_\_\_

Vilka motionsaktiviteter har du? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



#### Alkohol

Hur ser du på dina alkoholvanor? \_\_\_\_\_

Tycker någon närstående att du dricker för mycket?

\_\_\_\_\_



#### Kost

Hur ser du på dina kostvanor? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### Tobak

Använder du tobak? \_\_\_\_\_ Om ja, hur mycket? \_\_\_\_\_

Har Du tidigare använt tobak? \_\_\_\_\_

I så fall, under hur många år? \_\_\_\_\_



### Sömn

Hur nöjd är du med din sömn?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Helt nöjd Mycket missnöjd



### Stress/återhämtning

Utöver sömnen, tycker du att du har tillräckligt med tid för återhämtning?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Ja, definitivt tillräckligt Nej, långt ifrån tillräckligt

### Hanterbarhet

Hur tycker du att du idag kan hantera livet i stort?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Mycket dåligt Mycket bra

Hur tycker du att du idag kan hantera dina besvär?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Mycket dåligt Mycket bra

Är du nöjd med dina levnadsvanor vad gäller fysisk aktivitet, alkohol, kost, tobak, sömn och stress?

---

Är det något du skulle vilja förändra?

---

Hur kan du själv förändra din hälsa i positiv riktning?

---

Vad skulle du önska för hjälp eller stöd från oss här på vårdcentralen vad gäller dina levnadsvanor?

---

---

Tack för att du har tagit dig tid att besvara alla frågorna!

## Bilaga 5 Riskanalys

### Riskanalys vårdcentral Skurup

*Riskanalyser i olika delprocesser ( med förbättrad ”kunskap”)*

Delprocess - risker	Allvarlighetsgrad		Sannolikhet		Summa		
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Total
<b>RESURSTEAM</b>							
Slentrianmässiga bedömningar (exempel: <i>Fibromyalgi laddat negativ Ryggvärk -&gt; män- sjgymnastik</i> → <i>kvinnor - känslor</i> <i>Yrsel/tryck i bröstet</i> → <i>män - medicinskt</i> → <i>Kvinnor - psykiskt</i>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>11</b>
Inte båda könen representerade i professionen	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>8</b>
Selektion av ärenden	Alla tas upp/ingen selektion						
Bemötande utifrån kön	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>10</b>
Behandlingsplan utifrån kön i resursteamet	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>10</b>
SASSAM-kartläggning FK utifrån kön	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>9</b>

#### Skala

Allvarlighetsgrad

1. mindre
2. måttlig
3. betydande
4. katastrofal

Sannolikhet

1. mycket liten
2. liten
3. stor
4. mycket stor

*Risicanalyser i olika delprocesser*

<b>Delprocess - risker</b>	<b>Allvarlighetsgrad</b>		<b>Sannolikhet</b>		<b>Summa</b>		
	<b>Kvinna</b>	<b>Man</b>	<b>Kvinna</b>	<b>Man</b>	<b>Kvinna</b>	<b>Man</b>	<b>Total</b>
<b>BESÖK HOS LÄKARE</b>							
Underdiagnostik av missbruk	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>13</b>
Underdiagnostik fysiskt och psykiskt våld	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>13</b>
Översjukskrivning av sociala skäl i stället för medicinska = sjukskrivning på felaktig grund	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>14</b>
Olika behandling utifrån yrke och status	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>9</b>
Att inte beakta det försäkringsmedicinska beslutsstödet	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>14</b>
Bemötande utifrån kön	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>10</b>
Slentrianmässig användning av läkemedel	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>12</b>
Olika bedömning vid utfärdande av remisser utifrån kön	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>10</b>

**Skala**

Allvarlighetsgrad

1. mindre
2. måttlig
3. betydande
4. katastrofal

Sannolikhet

1. mycket liten
2. liten
3. stor
4. mycket stor

*Risikanalyser i olika delprocesser*

Delprocess - risker	Allvarlighetsgrad		Sannolikhet		Summa		
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Total
<b>SJUKSKRIVNING MED PLANERADE ÅTGÄRDER</b>							
Att rehabgarantin inte används lika för kvinnor och män	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>9</b>
Slentrianmässig behandling utifrån genus (exempel: <i>Depression</i> -> män – medicin → kvinnor – samtal <i>Lumbago</i> män -> sjg/medicin Kvinnor -> frågor om psyk./social situation	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>10</b>
Färre behandlingsinsatser	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>9</b>
Längre väntetider på åtgärder	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>7</b>
Olika bedömning vid beslut om sjukskrivningslängd och återbesök	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>11</b>
FK metodstöd ska följas oavsett kön	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>8</b>
Avstämningsmöten: tid beroende på kön	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>9</b>
Plan för återgång i arbete olika pga. kön	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>11</b>

**Skala**

Allvarlighetsgrad

1. mindre
2. måttlig
3. betydande
4. katastrofal

Sannolikhet

1. mycket liten
2. liten
3. stor
4. mycket stor

## Bilaga 6 Tvärtom-frågan

### **Kommentarer till "tvärtom-frågan" i samband med några nyanmälda patienter i resursteamet under maj-november 2009**

#### **Man med somatisk diagnos**

En vältränad man, sportig. Beskrivs i journalen som "kraftkarl".

Tvärtomreflektion: Patienten har en somatisk diagnos men är kraftigt deprimerad. Psykisk diagnos undertryckt.

I manlighet ligger att inte visa svaghet och vad händer då i mötet med en man i vården? Vi missar depressioner hos män!

#### **Kvinna med smärta i rygg och höfter**

Arbetar inom vården.

Tvärtomreflektion: Omplaceringsutredning påbörjad. Kvinnor får inte alltid samma stöd från arbetsgivaren vid omplaceringar. Det förekommer ofta inom vården, enligt vår erfarenhet. Riskfaktorer är inte undersökta, t.ex. våld, alkohol och droger, vilket nu görs .

**Kvinna med långvariga okaraktäristiska besvär**, både fysiska och psykiska.

Tvärtomreflektion: Visar sig ha blivit utsatt för våld som barn av sin pappa. Samtal med psykolog initieras, kvinnan vågade berätta.

#### **Man med ledbesvär av långvarig karaktär**

Tvärtomreflektion: Patienten har starkt stöd av sin arbetsgivare, arbetsplatsen är anpassad för honom och hans symtom. Det är vanligare i mansdominerade yrken med stöd från arbetsgivaren och arbetsplatsanpassning.

#### **Kvinna med ledbesvär**

Tvärtomreflektion: Arbetsgivaren kommer inte på avstämningsmöten. Inte intresserad. Hade det varit så om patienten i stället hade varit en man?

#### **Kvinna med psykisk och somatisk diagnos**

Tvärtomreflektion: Hon har fallit i vårdfällan av omhändertagande, medikalisering. Det framkommer som riskfaktor att hon har haft en svår uppväxt, blev själv tidigt mamma och det har förekommit misshandel i äktenskapet.

#### **Kvinna med psykisk diagnos**

Tvärtomreflektion: Familjen har BUP-barn och patienten är en omhändertagande mor. Förväntar vi oss att detta är kvinnans ansvar? Som riskfaktor framkommer även en svår bakgrund hos kvinnan.

#### **Kvinna med ledbesvär**

Tvärtomreflektion: Signalerar hög smärta under screening med Linton-formulär men mår bra enligt andra formulär (KASAM). Blir jag trodd som kvinna i mötet med en man i vården (manlig sjukgymnast)?

#### **Kvinna med psykisk diagnos**

Perfektionist, ska klara både familj och jobb, arbetstränar.

Tvärtomreflektion: Hade vi ställt samma krav på en man? Rehabiliterar vi kvinnor i förhållande till den sociala situationen? Vi har frågat mycket om hemsituationen men inte om makens upplevelse eller möjligheter.

### **Kvinna med psykisk diagnos**

Arbetar 50 procent men har ingen egen arbetsplats, inte ens en egen stol.

Tvärtomreflektion: Hade en man accepterat det? Högpresterande kvinna som behöver bekräftelse, tycker att hon fördärvar för familjen eftersom hon är sjukskrivnen. Kvinnan tar ett socialt ansvar.

### **Man med psykisk diagnos**

Tvärtomreflektion: Vi har inte diskuterat den sociala situationen utan haft arbetsbyte i fokus. Mannen har sökt för somatiska besvär vid flera tillfällen men det har direkt på vårdcentralen tolkats som psykisk ohälsa - kanske tack vare vårt nya grepp med genusglasögon.

### **Man med psykiska besvär, även vissa somatiska besvär**

Tvärtomreflektion: Vi är mer observanta nu på depressioner och psykisk ohälsa hos män. Patienten har tidigare valsat runt på sjukhuset med somatiska diagnoser.

### **Kvinna med psykisk diagnos**

Kris i familjen, missbrukande före detta make.

Tvärtomreflektion: Barnet i kris är mammans bekymmer. Hade mannen reagerat så här? Han var inte sjukskriven.

### **Kvinna med psykisk diagnos**

Tvärtomreflektion och riskanalys: Utsatt för våld av sin före detta make som är ett ständigt hot. Patienten vill inte gå vidare till polisen. Hon har fallit i offer-rollen. Viktigt med sömn, återhämtning, träning. Risk för medikalisering av livsproblemen. Det är viktigt att se hennes styrka. Nu har hon dock vågat anmäla mannen, vågat bryta upp. Vi skulle ha gjort fyrfältaren tidigare!

### **Kvinna med psykisk diagnos och mycket somatik**

Tvärtomfrågan samt riskanalys: Varningsflaggor finns, hennes mamma behandlas i resursteamet också. Arbetslös, risk för medikalisering när sjukskrivning inte löser hennes problem. Hon har valt en annan karriär än den i arbetslivet, nämligen en social karriär som duktig mamma i stället för yrkeskarriär.

### **Kvinna med psykiska och somatiska diagnoser**

Tvärtomreflektion: Har kvinnliga diagnoser (fibromyalgi, ångesttillstånd). Hon har haft sjukersättning i fem år, skaffat hund och tror inte att hon klarar ett arbete. Hon är inte förändringsbenägen. Allt är för sent. Hon har bara intresse för sin fibromyalgi och hemmet. Om hon hade varit man kanske yrkesrehabilitering hade satts in tidigt.

### **Kvinna med somatisk diagnos**

Sjukintyg indraget - ifrågasatt.

Tvärtomreflektion: Hade det hänt om hon hade varit man? Patienten är nyskild - vad bidrar det till i anamnesupptagandet och av hårdare bedömning? Patienten fick senare rätt, då kompletterande intyg kommit in.

### **Kvinna med somatisk diagnos, väntar på operation**

Tvärtomreflektion: Avstämningsmöte svårt att få till, drar ut på tiden. Hade det varit lättare att få till detta om patienten hade varit en man? Har försäkringskassan olika rutiner för män och kvinnor?