



JÄMSTÄLLDHETS
MYNDIGHETEN

PSYKISK OHÄLSA OCH ANDRA ASPEKTER AV HÄLSA

Uppföljning av det jämställdhetspolitiska delmålet om
en jämställd hälsa

Jämställdhetsmyndigheten

Göteborg, januari 2021
Rapport 2021:2

Dnr: ALLM 2020/99

Har du frågor om denna publikation, kontakta:

Peter Vikström, chef Analys och Uppföljning
Telefon 031 392 91 77

FÖRORD

Jämställdhetsmyndigheten ska enligt sin instruktion följa och analysera utvecklingen mot de jämställdhetspolitiska målen. Detta genomförs kontinuerligt och genom ett system för uppföljning av de sex jämställdhetspolitiska delmålen. Av myndighetens regleringsbrev för 2019 framgick att Jämställdhetsmyndigheten ska genomföra en uppföljning av utvecklingen i förhållande till det jämställdhetspolitiska delmålet om jämställd hälsa. Uppföljningen tar sin utgångspunkt i regeringens skrivelse (2016/17:10) och den senaste uppföljningen som gjordes av Jämställdhetsutredningen (SOU 2015:86).

Föreliggande rapport är Jämställdhetsmyndighetens första fördjupade uppföljning av det femte delmålet om jämställd hälsa, att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor. Delmålet tillkom i och med ovan nämnda skrivelse till riksdagen. Hälsan kan ses både som en konsekvens av graden av jämställdhet i samhället, men också som en förutsättning för att nå de övriga jämställdhetspolitiska målen.

Jämställd hälsa är ett brett och omfattande område, och som aktualiserats ytterligare genom Coronapandemin och dess konsekvenser. Rapporten följer upp samtliga indikatorer för delmålet, men har fördjupat sig i områdena psykisk ohälsa, maskulinitet och ohälsa, jämställdhet i vårdutbildningar, könsstympade flickor och kvinnors hälsa och tillgång till vård, funktionsnedsatta kvinnors hälsa samt aspekter av Coronapandemins påverkan på jämställd hälsa. Rapporten visar att könsskillnader inom hälsoområdet består, samtidigt som nya utmaningar tillkommer. Det är tydligt att andra faktorer, såsom social bakgrund, samspelar och att skillnaderna i ohälsa är stora inom grupperna kvinnor och män. Behovet av att analysera utvecklingen utifrån andra perspektiv än enbart kön blir allt mer centralt och indikatorer för uppföljning behöver uppdateras för att bli mer relevanta. Den nära kopplingen mellan jämlik hälsa och jämställd hälsa är tydlig. Ojämligheten är ett stort hälsoproblem och tillsammans med ojämställdheten en av våra största utmaningar. Att lösningar och åtgärder för jämställd hälsa behöver omfatta både dessa perspektiv är tydligt.

Lena Ag

Generaldirektör

Januari 2021

INNEHÅLL

FÖRORD	3
SAMMANFATTNING	8
1. INLEDNING OCH BAKGRUND	13
1.1. Jämställdhetsmyndighetens uppdrag	13
1.2. Syfte	13
1.3. Om delmålet och jämställdhetspolitiken	14
1.4. Ojämställd hälsa	15
1.4.1. Ojämställd vård	16
1.5. Genomförande och metod	17
1.5.1. Fördjupningsområden	18
2. STATISTISK UPPFÖLJNING	22
2.2. Hälsoskillnader mellan män och kvinnor utifrån SCB:s indikatorer	22
2.3. Utvecklingsmöjligheter för indikatorerna	29
3. INTERNATIONELLA RAMVERK OCH ANDRA PERSPEKTIV PÅ JÄMSTÄLLD HÄLSA	31
3.1. Jämställd hälsa är en del av det internationella ramverket	31
3.2. Barnperspektiv och hälsa: flickors och pojkars rätt till liv och utveckling	33
3.3. Europeiska Unionen	34
3.4. Flera riskfaktorer påverkar hbtq-personers hälsa	36
3.5. Jämställdhet bland äldre och i omsorgen av äldre	38
4. DEN PSYKISKA OHÄLSAN UR ETT JÄMSTÄLLDHETSPERSPEKTIV	40
4.1. Fokus på sjukskrivningar och barn och unga	41
4.2. Ojämställd psykisk ohälsa – ett betydande jämställdhetsproblem	42
4.3. Den psykiska ohälsans utveckling	43
4.4. Sjukskrivningar för psykisk ohälsa	48
4.4.1. Utvecklingen av sjukskrivningar vid psykisk ohälsa	49

4.4.2.	Kunskapsöversikt om vad som kan förklara kvinnors högre frånvaro på grund av psykisk ohälsa.....	51
4.4.3.	Åtgärder för att motverka psykisk ohälsa och sjukskrivningar hos kvinnor 55	
4.5.	Psykisk ohälsa hos barn och unga.....	57
4.5.1.	Indikatorer för psykisk ohälsa hos barn och unga.....	58
4.5.2.	Kunskapssammanställning om vad som kan förklara könsskillnader i stressrelaterad psykisk ohälsa hos barn och unga.....	62
4.6.	Diskussion och slutsatser.....	69
4.7.	Slutsatser och identifierade behov.....	72
4.7.1.	Den psykiska ohälsans utveckling.....	72
4.7.2.	Könsskillnader i psykisk ohälsa hos barn och unga har ökat.....	73
5.	MASKULINITETSNORMER OCH OHÄLSA.....	76
5.1.	Maskulinitetsnormer påverkar hälsan.....	77
5.1.1.	Maskulinitetsnormer förklarar riskbeteenden som kan leda till ohälsa hos män, men alla normer är inte negativa för mäns hälsa.....	78
5.2.	Normer kring maskulinitet avspeglas i statistiken om mäns hälsa.....	81
5.2.1.	Män skattar sin hälsa bättre än kvinnor, men har högre dödlighet.....	81
5.2.2.	Alkohol, drogmissbruk och suicid – mäns symptom på psykisk ohälsa....	84
5.2.3.	Maskulina normer ligger till grund för både kvinnor och mäns utsatthet för mobbning.....	87
5.3.	Ett stärkt jämställdhetsarbete genom ökat fokus på pojkar, män och maskulinitet.....	89
5.4.	Slutsatser och identifierade behov.....	91
6.	JÄMSTÄLLDHET OCH GENUS I VÅRDUTBILDNINGARNAS INNEHÅLL.....	93
6.1.	Urval och genomförande.....	93
6.1.1.	Fyra kategorier för analys av vårdutbildningarna.....	95
6.2.	Examensmålen har stor inverkan på innehållet i utbildningsplanerna.....	96
6.2.1.	KI:s utbildningsplaner överensstämmer med examensmålen.....	96
6.2.2.	GU:s utbildningsplaner mer heterogena i förhållande till examensmålen.....	98
6.3.	Olika perspektiv får olika tyngdpunkt i kursplanerna.....	100
6.3.1.	Stor variation mellan lärosätena och de olika utbildningarna i hur jämställdhet är integrerat i kursplanerna.....	100
6.4.	Examensmålen både möjliggör och begränsar.....	102
6.5.	Faktorer som påverkar jämställdhets-integrering av vårdutbildningarnas innehåll.....	104

6.6. Slutsatser.....	106
7. KÖNSTYMPADE FLICKOR OCH KVINNORS HÄLSA OCH TILLGÅNG TILL VÅRD.....	108
7.1. Metod och material.....	109
7.2. Vad är könsstympning?.....	110
7.3. Förekomst av könsstympning av flickor och kvinnor i Sverige.....	112
7.4. Satsningar för att förebygga könsstympning av flickor och kvinnor samt förbättra stödet till redan utsatta.....	115
7.5. Vårdpersonalens erfarenheter av könsstympning.....	117
7.5.1. Upptäckt av könsstympade flickor och kvinnor.....	117
7.5.2. Hälsokomplikationer till följd av könsstympning.....	120
7.5.3. Hälso- och sjukvårdens kunskap och attityder.....	121
7.5.4. Rutiner och riktlinjer.....	123
7.5.5. Från underliv till kvinnoliv.....	126
7.6. Slutsatser och identifierade behov.....	128
8. HÄLSA HOS KVINNOR MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING.....	131
8.1. Sämre självskattad hälsa hos kvinnor med funktionsnedsättning.....	132
8.2. Förklaringar till den ojämsställda hälsan.....	134
8.2.1. Sämre ekonomi och lägre arbetskraftsdeltagande leder till ojämsställd hälsa.....	134
8.2.2. Ökad risk för att utsättas för våld.....	136
8.2.3. Brister i stöd och omvårdnad kan leda till sämre hälsa för personer med funktionsnedsättning.....	137
8.3. Utveckling.....	138
8.3.1. Tillgång till LSS-insatser för kvinnor med funktionsnedsättning.....	138
8.3.2. Psykisk ohälsa och otrygghet inom funktionshindersverksamhet.....	140
8.3.3. Färre flickor och kvinnor med funktionsnedsättning beviljas ekonomiskt stöd.....	142
8.4. Åtgärder.....	144
8.4.1. Åtgärder mot våld.....	144
8.4.2. Åtgärder inom ekonomi och arbetskraftsdeltagande: Ett jämställdhetsperspektiv saknas.....	145
8.4.3. Åtgärder inom stöd och omsorg: Kompetens viktigt för förbättrad hälsostatus.....	146
8.5. Slutsatser och identifierade behov.....	147

9. CORONA OCH JÄMSTÄLLD HÄLSA.....	148
9.1. Män har drabbats hårdare av sjukdomens direkta konsekvenser	149
9.1.1. Andra hälsoeffekter av pandemin påverkar kvinnor och mäns hälsa olika 151	
9.2. Effekter på hälsoutvecklingen.....	152
9.3. Slutsatser och identifierade behov.....	154
10. SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER.....	155
10.1. Den psykiska ohälsan ur ett jämställdhetsperspektiv.....	156
10.2. Maskulinitet	157
10.3. Könstympling.....	157
10.4. Hälsa hos kvinnor med funktionsnedsättning.....	158
10.5. Jämställdhet och genus i vårdutbildningarna.....	159
10.6. Corona och jämställdhet.....	161
REFERENSER.....	162

SAMMANFATTNING

Jämställdhetsmyndigheten har i uppdrag att följa och analysera utvecklingen av de jämställdhetspolitiska målen samt samla och sprida kunskap baserat på forskning och beprövad erfarenhet. I regleringsbrevet för 2019 fick myndigheten i uppdrag att genomföra en uppföljning av utvecklingen i förhållande till det jämställdhetspolitiska delmålet om en jämställd hälsa.

Jämställd hälsa är ett mycket omfattande område. Uppföljningen har därmed avgränsats till en del av vad som ryms inom området. De fördjupningsområden som behandlas i rapporten är olika aspekter av den psykiska ohälsan, maskulinitet och ohälsa, jämställdhet och genus i vårdutbildningarnas innehåll, könsstympade flickors och kvinnors hälsa och tillgång till vård, hälsa hos kvinnor med funktionsnedsättning samt Corona och jämställd hälsa. Därutöver görs en övergripande statistisk uppföljning, en översikt av jämställd hälsa i ett internationellt perspektiv samt en översikt av hur problemen med jämställd hälsa yttrar sig för barn och unga, äldre samt hbtq-personer.

Även om uppföljningen spänner över ett brett område kan ett antal övergripande slutsatser dras.

Skillnader i hälsa mellan könen kvarstår och nya utmaningar tillkommer

Indikatoruppföljningen av delmålet jämställd hälsa visar att de skillnader mellan könen som påvisats i tidigare utredningar och uppföljningar i huvudsak kvarstår. Kvinnor anger i högre grad än män en sämre självskattad hälsa eller att de har långvariga sjukdomar eller hälsoproblem, även om en stor del av skillnaden i självskattad hälsa kan förklaras av förekomsten av funktionshinder.

Kvinnors sämre hälsolivnivåer återspeglas också i den arbetsrelaterade ohälsan, där kvinnor oftare är frånvarande från arbetet på grund av ohälsa än män, både totalt och i olika åldersgrupper.

Avseende medellivslängden, så lever kvinnor lever fortsatt längre än män även om skillnaderna har minskat över tid och stora skillnader finns mellan grupper med olika utbildningsnivå. Kvinnor med endast förgymnasial utbildning har i princip inte haft någon positiv utveckling av medellivslängden under den senaste 30-årsperioden

Den psykiska ohälsan är viktig att lyfta och där är flickor och unga kvinnor överrepresenterade och uppvisar en snabbare ökning i ohälsa. Andelen unga som uppgivit att de besväras av ångslan, oro eller ångest har ökat sedan början av 1980-talet fram till i dag och ökningen är särskilt tydlig för unga flickor.

Under tidig barndom är den psykiska ohälsan vanligast bland pojkar men i puberteten förändras detta mönster. Det psykiska välbefinnandet påverkas även av vilken sysselsättning individen har, där kvinnor som yrkesarbetar i betydligt lägre grad anger nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med kvinnor som är arbetslösa, uppbär sjukpenning eller sjukersättning, studerar eller praktiserar. För män ser vi ett liknande mönster men på en lägre nivå. Även födelseland spelar roll. De som är födda i Sverige och Norden uppger nedsatt psykiskt välbefinnande i lägre utsträckning än de som är födda i övriga världen.

Sjukskrivningar för stressrelaterad psykisk ohälsa har ökat kraftigt de senaste tio åren. Kvinnor har en betydande överrisk för sjukskrivningar generellt och för psykisk ohälsa specifikt. Samtidigt är det mer än dubbelt så många män än kvinnor som begår självmord varje år. Fler män än kvinnor förolyckas också i arbetsplatsolyckor. Vidare så har män högre dödlighet än kvinnor i icke-smittsamma sjukdomar, såsom hjärtkärlsjukdomar, cancer och psykisk ohälsa. Normer kring traditionell maskulinitet tros bidra till dessa negativa hälsoutfall för män.

En lägre andel kvinnor med funktionsnedsättning skattar sin hälsa som god jämfört med män med funktionsnedsättning och övriga kvinnor och män i befolkningen. Arbetsmarknadsanknytning och inkomst har en välbelagd koppling till hälsostatus, vilket påverkar funktionsnedsatta kvinnor mer eftersom de har en sämre arbetsmarknadsanknytning. En konsekvens av detta är att arbetsmarknadsåtgärder bör utformas på ett sådant sätt att kvinnor med funktionsnedsättning kan ta del av dessa på lika villkor. Kvinnor med funktionsnedsättning anger också en högre grad av våldsutsatthet samt psykisk ohälsa än övriga befolkningen.

När det gäller den internationella utvecklingen så är Sverige enligt EIGE:s jämställdhetsindex mer jämställt vad gäller hälsostatus och hälsobeteende än genomsnittet i EU, för både kvinnor och män. Sett till tillgång till hälso- och sjukvård ligger Sverige i nivå med EU-genomsnittet.

Samtidigt som skillnader i ohälsa mellan könen kvarstår finns nya jämställdhetsutmaningar kopplade till hälsoområdet. Förändringar i samhället relaterade till den demografiska utvecklingen med en allt större andel äldre, allt fler invånare födda utanför Sverige och ökande skillnader i socioekonomiska förutsättningar innebär nya utmaningar för området jämställd hälsa.

Behovet av att analysera utvecklingen utifrån andra perspektiv än enbart kön kommer att bli allt mer centralt. Indikatorerna för jämställd hälsa visar exempelvis att mäns hälsa generellt blir bättre men att skillnaderna inom gruppen män ökar. Ökade hälsoklyftor koppade till ojämlikhet inom befolkningen kan på så vis leda till utmaningar för jämställdhetspolitiken. En allt tydligare koppling mellan hälsa, kön och andra socioekonomiska faktorer, medför att det blir viktigt att ha med dessa perspektiv i arbetet med att nå delmålet.

Det är ännu ovisst hur Corona-pandemin slutligen kommer att påverka människors hälsa men det finns redan många indikationer på att kvinnor och män påverkats olika. Män tycks drabbas hårdare av de primära effekterna av covid-19, med allvarligare sjukdom och högre dödlighet medan pandemins sekundära hälsoeffekter ser ut att drabba kvinnor hårdare som exempelvis psykisk ohälsa och våldsutsatthet, ökad smittorisk och belastning inom de kvinnodominerade sektorerna vård och omsorg. Jämställdhetsmyndigheten bedömer att det fortsatt finns ett stort behov av att följa den fortsatta utvecklingen ur ett jämställdhetsperspektiv samt att bedöma resultat och effekter av de politiska insatser som genomförs med anledning av Corona-pandemin.

Fördjupad och breddad kunskap om faktorer som påverkar kvinnors och mäns hälsa behövs för att rätt insatser och åtgärder skall kunna vidtas

Då hälsoskillnader utifrån kön kvarstår och nya utmaningar tillkommer är det angeläget att kunskapsläget förbättras för att ett förändringsarbete skall kunna bli effektivt. Kunskaps- och forskningsbehoven framkommer i olika grad i samtliga av rapportens fördjupningsområden. Forskningsbehoven är ofta kopplade till att belysa hälsa och jämställdhet ur fler perspektiv än enbart kön, en svensk kontext samt behov av fler longitudinella studier, det vill säga studier över tid.

Forskning med genusperspektiv på psykisk ohälsa hos unga utifrån fler kategorier än kön är exempelvis mycket begränsad i Sverige. Det finns behov av att studera hur normer kring kön påverkar flickor och pojkars respektive unga kvinnor och mäns utveckling av psykisk ohälsa.

Behovet av att insatser och åtgärder utgår från relevant kunskap visas inte minst runt de problem som är kopplade till könsstämpning av flickor och kvinnor i Sverige. För att genomföra effektiva satsningar bedömer Jämställdhetsmyndigheten att det krävs bland annat bättre kunskap om förekomst av könsstämpning, såväl utsatta som de som är i riskzon. Felaktig statistik kan leda till att målgruppen stigmatiseras och misstänkliggörs och bristande kunskapsunderlag kan innebära att insatser och åtgärder blir felriktade.

Fortsatt behov av utvecklingsarbete av indikatorer, bland annat för att bättre kunna beakta skillnader inom grupperna kvinnor och män som är centrala för att förstå den ojämställda hälsan

För att kunna fördjupa analysen och få en bättre förståelse för den ojämställda hälsan i en svensk kontext och utifrån fler perspektiv än kön och ålder bedömer Jämställdhetsmyndigheten att det finns ett fortsatt stort behov av att utveckla indikatorerna för delmål 5. Det handlar exempelvis om utbildning och nationell bakgrund. Flera områden, till exempel rörande hälso- och sjukvården samt socialtjänsten, saknar i dag relevanta mått för uppföljning.

Angelägna områden inom hälso- och sjukvården är exempelvis tillgång till vård och behandling (även ej tillgodosedda behov av hälso- och sjukvård), diagnoser, behandlingsinsatser och utfall, inklusive läkemedelsförskrivning.

En stor del av det praktiska jämställdhetsarbetet sker på lokal och regional nivå. Indikatorer på dessa nivåer skulle skapa möjligheter för en mer ändamålsenlig och systematisk lokal och regional uppföljning.

Det saknas exempelvis siffror på i vilken grad flickor och kvinnor respektive pojkar och män ansöker om kommunalt beslutade LSS-insatser¹ samt siffror på eventuella könsskillnader i beviljandegrad avseende dessa insatser. Det är centralt att tillgången till välfärdssystem fungerar lika bra för kvinnor som för män, med funktionsnedsättning eller ej.

Många aktörer påverkar en individs hälsa - Det behövs ökad samordning av och relevant kunskap i hela systemet av aktörer

Kunskap om hur jämställdhet och genus inkluderas i vårdutbildningar är i förlängningen en del av och påverkar hälso- och sjukvården. Uppföljningen pekar på behovet av att utveckla långsiktiga strategier eller handlingsplaner för jämställd och jämlik vård samt samverkan mellan utbildning, vård, relevanta myndigheter och organisationer. Detta inkluderar utveckling av examensmål i utbildningar, fortsatt utveckling genom relevanta myndigheter med stöd av satsningar som JiM och JiHU² samt statlig samverkan med regioner och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR.

¹ LSS – Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

² JiM – Jämställdhetsintegrering i myndigheter, JiHU – Jämställdhetsintegrering i högskolor och universitet

Föreställningar samt normer kring kön inom hälso- och sjukvården visar också på behovet av relevant kunskap i systemet av aktörer. Normer kring kön, samt otillräcklig kunskap om genus i relation till olika diagnoser, utgör en risk för att inte rätt diagnos ges. Det drabbar både kvinnor och män. Exempelvis finns risken att mäns symptom inte leder till diagnos och behandling vid psykisk ohälsa. Det finns även en risk att både kvinnors och mäns behov av stöd efter att ha utsatts för våld inte uppmärksammas eller att uppfattningar om kön kan påverka det bemötande våldsutsatta får. Jämställdhetsmyndigheten ser detta som ett område som behöver utvecklas och att kunskapen hos hälso- och sjukvårdspersonal beträffande normer kring kön och könsspecifika behov bör öka. Detta inkluderar olika yrkeskategorier inom vården samt de som studerar till dessa yrken.

1. INLEDNING OCH BAKGRUND

1.1. JÄMSTÄLLDHETSMYNDIGHETENS UPPDRAG

Enligt förordning med instruktion (2017:973) ska Jämställdhetsmyndigheten följa och analysera utvecklingen mot de jämställdhetspolitiska målen samt samla och sprida kunskap baserad på forskning och beprövad erfarenhet (Riksdagsförvaltningen, 2017).

I regleringsbrevet för 2019 (Ändringsbeslut 2019-11-07) fick Jämställdhetsmyndigheten i uppdrag att genomföra en uppföljning av utvecklingen i förhållande till det jämställdhetspolitiska delmålet om en jämställd hälsa. Uppföljningen skulle ta sin utgångspunkt i regeringens skrivelse *Makt, mål och myndighet* (Regeringskansliet, 2016) och den senaste uppföljningen som gjordes av Jämställdhetsutredningen, *Mål och myndighet* och redovisas till regeringen senast den 31 januari 2021 (Jämställdhetsutredningen, 2015).

I instruktionen framgår vidare att Jämställdhetsmyndigheten inom ramen för sitt uppdrag, utöver att beakta maktordningar baserade på kön, även ska beakta maktordningar baserade på kategorier såsom social bakgrund, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder, när det bidrar till bättre prioriteringar och större träffsäkerhet i utformningen av insatserna och genomförandet av jämställdhetspolitiken (2017:937 6 §) (Riksdagsförvaltningen, 2017).

1.2. SYFTE

Det övergripande syftet med denna rapport är att följa upp och analysera utvecklingen i förhållande till det jämställdhetspolitiska delmålet om en jämställd hälsa. Detta innebär att undersöka i vilken utsträckning kvinnor och män, flickor och pojkar har samma förutsättningar för en god hälsa och erbjuds vård och omsorg på lika villkor.

I rapporten analyseras dessutom hur delmålet i dagsläget följs upp genom beslutade indikatorer och om förutsättningarna för en regelbunden uppföljning av utvecklingen kan förbättras.

I analysen beaktas även relationen mellan delmålet jämställd hälsa och övriga jämställdhetspolitiska delmål. Det finns tydliga kopplingar till samtliga delmål i rapportens olika fördjupningsdelar. I ett särskilt kapitel berörs ett barnrätts- samt ett HBTQ-perspektiv tillsammans med ett äldreperspektiv. Kapitlet ställer också jämställdhet i relation till internationella ramverk samt Sveriges position i förhållande till jämställdhetssituationen inom EU.

1.3. OM DELMÅLET OCH JÄMSTÄLLDHETSPOLITIKEN

Kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa och erbjudas vård och omsorg på lika villkor... Delmålet jämställd hälsa avser fysisk, psykisk och sexuell/reproduktiv hälsa, och omfattar såväl förebyggande folkhälsoarbete som åtgärder och insatser till enskilda personer gällande socialtjänst, stöd och service till personer med funktionsnedsättning samt hälso- och sjukvård. När det gäller omsorg tar målet sikte på offentligt finansierad omsorg. Det obetalda omsorgsarbetet omfattas av delmålet en jämn fördelning av det obetalda hem- och omsorgsarbetet. Barnomsorgen omfattas av delmålet jämställd utbildning. ...

(Regeringskansliet, 2016)

Jämställd hälsa är tillsammans med delmålet om jämställd utbildning det senaste av de jämställdhetspolitiska delmålen och har funnits sedan 2017. I slutbetänkandet från Jämställdhetsutredningen *Mål och myndighet* beskrivs hur hälsa, vård och omsorg tidigare berörts inom andra delmål, men inte i ett bredare perspektiv och inte i sin egen rätt (Jämställdhetsutredningen, 2015). Utifrån att en god hälsa är avgörande för såväl individen som samhället, för tillväxt och individuellt välstånd samt hälsans kopplingar till övriga delmål bedömdes att jämställd hälsa borde utgöra en egen målsättning i jämställdhetspolitiken.

Området beskrivs ofta som både stort och komplext. Hälsans bestämningsfaktorer generellt, situationen på arbetsplatser och på arbetsmarknaden, utbildningsbakgrund och socioekonomisk situation samt det obetalda hem- och omsorgsarbetet och utsatthet för våld och trakasserier är samtliga centrala områden som bör belysas för förståelsen av jämställd hälsa (Jämställdhetsmyndigheten, 2018). Kvinnors och mäns hälsa påverkas även av den hälso- och sjukvård och den vård och omsorg som tillhandahålls dem. Regeringen betonar att både kön och könsstereotypa normer påverkar såväl hälsan som sjukvården. En jämställd sjukvård behöver därför både beakta biologiska skillnader och könsspecifika behov och undvika medicinskt omotiverade skillnader av kvinnor och män. En viktig utgångspunkt är hälsoområdets starka koppling till såväl det övergripande målet för jämställdhetspolitiken som till de övriga delmålen. Hälsan kan ses både som en konsekvens av graden av jämställdhet men också som en förutsättning för att nå de övriga jämställdhetspolitiska målen (Regeringskansliet, 2016).

1.4. OJÄMSTÄLLD HÄLSA

En god hälsa är centralt för de flesta människor. Den är i många fall en förutsättning för att individer ska kunna utbilda sig, arbeta, försörja sig och vara en del av samhällslivet i övrigt (Kommissionen för jämlik hälsa, 2016). Alla har dock inte samma förutsättningar till en god hälsa, vilket kan hänföras till exempelvis utbildningsnivå, arbetsmiljö, om personen har en funktionsnedsättning eller ej samt vilket kön individen har eller identifierar sig med.

Den ojämställda hälsan har problematiserats i ett antal rapporter och utredningar genom åren. Skillnader i hälsa och sjukvård beskrivs exempelvis utifrån olika levnadsvanor och olikheter i vårdkonsumtion mellan kvinnor och män. Dödsorsaker varierar mellan könen och vissa sjukdomar är vanligare bland kvinnor än bland män och tvärtom. Även arbetsmarknaden och arbetsmiljö får olika konsekvenser för kvinnors respektive mäns hälsa (Smirthwaite m.fl., 2014) (Osika Friberg, 2018). Det betonas också att hälsa och den ojämställda hälsan måste förstås tillsammans med andra faktorer utöver kön. Lågutbildade kvinnor är en grupp som generellt haft en sämre hälsoutveckling än andra grupper, t ex utifrån dödlighet i de vanligaste dödsorsakerna i åldern 35-64 år och avseende medellivslängdens utveckling (Jämställdhetsmyndigheten, 2020a; Jämställdhetsutredningen, 2015).

I Jämställdhetsutredningens slutbetänkande (SOU 2015:86) ges ett antal exempel på hur ojämställd hälsa kan yttra sig och hur utvecklingen sett ut (Jämställdhetsutredningen, 2015). Betänkandet har varit en central utgångspunkt för denna rapport.

Här beskrivs exempelvis att det allmänna hälsoläget är sämre för kvinnor än för män och att kvinnor med kort utbildning rapporterar sämst hälsa. Medellivslängden i Sverige ökar även mer för män än för kvinnor. Utvecklingen är mindre positiv för de med kortare utbildning. Utbildningsbakgrund är generellt en av de viktigaste faktorerna för en individs hälsosituation. Men ytterligare faktorer samspelar med kön och påverkar hälsoläget. Utrikes födda och nyanlända – särskilt kvinnor – har sämre hälsotillstånd än inrikes födda. Även könsidentitet, könsuttryck och sexuell läggning påverkar hälsan och transpersoner har den sämsta hälsosituationen. Det finns också skillnader i hälsa mellan kvinnor och män med funktionsnedsättning.

Den psykiska ohälsan är större bland kvinnor medan självmord är vanligare bland män. Sjukfrånvaron skiljer sig också mellan kvinnor och män och kvinnor är i högre omfattning sjukskrivna med psykiatriska diagnoser. Även det obetalda hem- och omsorgsarbetet uppges påverka hälsan och sjukskrivningarna och att utsättas för våld kan ge konsekvenser för både fysisk och psykisk ohälsa på såväl kort som lång sikt.

1.4.1. Ojämställd vård

Betänkandet lyfter också hur könsstereotypa normer och förväntningar påverkar hälsan och bemötandet i vården (Jämställdhetsutredningen, 2015). För att uppnå delmålet om en jämställd hälsa krävs därför också en sjukvård som har kunskap om och kan utföra jämställd hälso- och sjukvård. Regeringen betonar att både kön och könsstereotypa normer påverkar såväl hälsan som sjukvården (Regeringen, 2016b). En jämställd sjukvård behöver därför både beakta biologiska skillnader och könsspecifika behov samt undvika medicinskt omotiverade skillnader i behandlingen av kvinnor och män. Den kompetens som olika professioner inom hälso- och sjukvården har kring biologiska könsskillnader, könsstereotypa normer och genusrelationer med relevans för vård och behandling är avgörande för att skapa en jämställd vård. Det kan handla om att det saknas forskning med genusperspektiv eller att utbildningarna inte förmedlar den kunskap som finns kring olika former av genusbias, det vill säga omotiverad skillnad baserad på könstillhörighet, som skapar ojämställd vård.

Genusbias i vården

Genusbias inom hälso- och sjukvården kan delas in i tre huvudformer, och kan innebära risker för både kvinnor och män (samt människor som befinner sig i en annan position i relation till den binära uppdelningen³).

³ Transsexuella, intersexuella och ickebinära.

Att överdriva eller skapa könsskillnader:

Vården ser skillnader mellan könen där de inte finns och ger könen olika diagnos och behandling även när det inte är medicinskt motiverat. Problemet består i att kvinnors och mäns besvär tolkas olika utifrån stereotypa föreställningar om kön, vilket resulterar i att likartade besvär kan uppfattas olika beroende på om patienten är kvinna eller man. Vanligen tolkas mäns symptom som kroppsliga och organiska, medan kvinnors symptom tolkas som psykiska eller psykosomatiskt betingade. Kvinnor riskerar att fysiskt betingade sjukdomar inte upptäcks alls eller i tid. Män kan bli underdiagnostiserade när det gäller psykiskt eller psykosomatiskt betingade besvär, så att mäns psykiska ohälsa inte upptäcks.

Att bortse från könsskillnader och inte ta hänsyn till de könsspecifika behov som finns, där det ena könet görs till norm för det andra:

Mannen har generellt varit norm inom forskning och vård vilket påverkat vården av kvinnor negativt. Exempelvis har hjärt- och kärlområdet problematiserats och givit upphov till ny forskning som lett till ny diagnostik och behandling. Ett annat exempel är studier som visar att kvinnor med bråck i ljumsktrakten blivit felaktigt opererade eftersom de opererats med operationsmetoder som utgått från mäns anatomi. Inom psykisk ohälsa lyfts att kvinnan varit norm för diagnoskriterierna för depression och självskadebeteenden vilket gör att dessa diagnoser hos män kan missas i vården.

Att göra individen könstypisk dvs. att patienten ses som typisk för sitt kön, trots att hen kanske inte är det:

Trots att kunskap om könsspecifika skillnader är viktig, är det nödvändigt att inte betrakta kvinnor och män som homogena grupper utan att läkare och annan vårdpersonal i mötet med den enskilda patienten utgår ifrån individen. Sjukdomar som inte är vanliga för kvinnor respektive män riskeras annars att inte upptäckas, och behandlingen kan bli felaktig.

1.5. GENOMFÖRANDE OCH METOD

Då jämställd hälsa är ett stort och komplext område har en kraftig avgränsning avseende vilka områden som behandlas i rapporten varit nödvändig. Ett antal prioriterade fördjupningsområden har därför identifierats. För att belysa dessa har olika angreppssätt valts och olika typer av kunskapsunderlag har samlats in och analyserats. I rapporten följs också utvecklingen av de jämställdhetsindikatorer som tagits fram av SCB för att följa delmålet. Även större åtgärder som har genomförts för att nå delmålet om en jämställd hälsa har analyserats. Insatser och åtgärder behandlas inom respektive fördjupningsområde.

Samtliga av delmålet delar täcks in genom SCB:s indikatorer. Det har ändå bedömts som meningsfullt att bredda det statistiska underlaget för att kunna analysera utvecklingen på ett så bra sätt som möjligt. Ett sådant exempel är att, där det är möjligt, förlänga de tidsserier som SCB idag presenterar samt även bryta ned statistiken på ytterligare relevanta bakgrundsfaktorer. SCB:s indikatorer presenteras i huvudsak i sitt sammanhang under respektive fördjupningsområde. Rapporten inleds dock med ett kapitel där ett urval av indikatorer presenteras för att ge en övergripande bild av hur utvecklingen av jämställd hälsa sett ut ur ett statistiskt perspektiv.

Samtliga indikatorer för jämställd hälsa som tagits fram av SCB presenteras i ”förlängda” tidsserier i bilaga 1.

1.5.1. Fördjupningsområden

Psykisk ohälsa

Den stressrelaterade psykiska ohälsan har ökat betydligt under de senaste tio åren och har fått ett ökat fokus i samhällsdebatten. Flickor och kvinnor i alla åldersgrupper är mer utsatta för psykisk ohälsa än pojkar och män. Flickor och kvinnor är överrepresenterade både avseende självrapporterad och diagnosticerad psykisk ohälsa samt sjukskrivningar kopplade till psykisk ohälsa. Den tydligaste ökningen i psykisk ohälsa har skett hos flickor och unga kvinnor, medan kvinnor i åldern 35 – 39 år har högst risk att bli sjukskrivna för psykisk ohälsa. Samtidigt genomför män fler självmord jämfört med kvinnor.

Detta visar på att kvinnor och män, flickor och pojkar inte har samma förutsättningar för en god psykisk hälsa och att det är nödvändigt att komma till rätta med detta jämställdhetsproblem för att det jämställdhetspolitiska delmålet om jämställd hälsa ska uppnås. Kvinnors sämre psykiska hälsa har även bäring på övriga jämställdhetspolitiska mål då en jämställd hälsa bidrar till ett jämställt och aktivt deltagande i samhället. Exempelvis påverkas kvinnors livsinkomster negativt av att de är sjukskrivna i ungefär dubbelt så hög utsträckning för psykisk ohälsa jämfört med män. För att uppnå jämställd psykisk hälsa måste mäns psykiska ohälsa adresseras och antal självmord minska.

Jämställd psykisk hälsa bedöms ytterst relevant för möjligheten att uppnå delmålet i sin helhet. Psykisk ohälsa är också ett genomgående område i den jämställdhetspolitiska utredningen *Mål och myndighet* och Regeringens skrivelse *Makt, mål och myndighet* (Jämställdhetsutredningen, 2015; Regeringskansliet, 2016). Jämställdhetsmyndigheten har tidigare i *System för uppföljning och analys av jämställdhetspolitiken* föreslagit en delmålsövergripande uppföljning av den omfattande stressrelaterade psykiska ohälsan hos kvinnor (Jämställdhetsmyndigheten, 2018).

För fördjupningen har två kunskapsammansättningar om psykisk ohälsa tagits fram. Dessa redovisas som bilagor till rapporten.

Maskulinitet och ohälsa

Jämställd hälsa fokuserar som regel på kvinnors rättigheter, livsvillkor och hälsa. Senare har även normer kring maskulinitet kommit att ses som en stor jämställdhetsutmaning i Sverige och internationellt. Normer kring maskulinitet kan få negativa konsekvenser för såväl kvinnors och barns hälsa, som för mäns levnadsförhållanden, livsvillkor och hälsa. Såväl *Jämställdhetsutredningen* och utredningen *Män och jämställdhet* lyfter hur normer kring maskulinitet och manlighet påverkar både mäns och kvinnors psykiska, fysiska och sexuella hälsa och är en riskfaktor i hälsosammanhang (Jämställdhetsutredningen, 2015; Utredning om män och jämställdhet, 2014).

Traditionella maskulinitetsnormer, som bland annat kännetecknas av egenmakt, självständighet och styrka, lyfts ofta som bakomliggande orsaker till mäns högre mortalitet, högre risktagande och våldsutövning mot kvinnor och barn, men också mot andra män. Med utgångspunkt i relevanta jämställdhetsindikatorer följs utvecklingen av mäns och kvinnors hälsa och kopplas till maskulinitetsnormer i syfte att öka förståelsen för de könsskillnader som identifieras.

Även för detta område har det huvudsakliga underlaget bestått av en kunskapsöversikt som tagits fram av Jämställdhetsmyndigheten. Översikten finns som bilaga 4 till rapporten. Syftet var att få ökad kunskap kring maskulinitetsnormer och dess effekter på ohälsan i samhället.

Genus och jämställdhet i vårdutbildningar

För att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa krävs en sjukvård som har kunskap om och kan utföra jämställd hälso- och sjukvård. Denna kunskap behöver förmedlas inom de olika vårdutbildningarna. Både kön och könsstereotypa normer påverkar såväl hälsan som sjukvården. En jämställd sjukvård behöver därför både beakta biologiska skillnader och könsspecifika behov samt undvika medicinskt omotiverade skillnader av kvinnor och män. Olika professioners kompetens kring biologiska könsskillnader, könsstereotypa normer och genusrelationer med relevans för vård och behandling är avgörande för en jämställd vård.

I kapitlet undersöks hur kunskap om jämställd och jämlik vård integreras i vårdutbildningar, samt vilka strategiska, praktiska och teoretiska faktorer som påverkar utvecklingen av arbetet. Fyra vårdutbildningar på två lärosäten kartläggs utifrån om och hur begrepp relaterade till kategorierna: mäns våld mot kvinnor, mänskliga rättigheter, jämställd och jämlik vård och genus används i utbildnings- och kursplaner och integreras i styrdokument. Därtill har myndigheten studerat statliga myndigheters arbete, forskningspolitiska åtgärder, regioners arbete samt genomfört intervjuer med nyckelpersoner för att se vilka strategiska, praktiska och teoretiska faktorer som kan påverka utvecklingen av arbetet med att jämställdhetsintegrera vårdutbildningarnas innehåll.

Kapitlet är en sammanfattning av ett mer omfattande underlag vilket presenteras i sin helhet som bilaga 5 till rapporten.

Könsstympade flickors och kvinnors hälsa och tillgång till vård

Unicef uppskattar att omkring 200 miljoner flickor och kvinnor i 30 länder är könsstympade. Sedvänjan praktiseras i huvudsak i afrikanska länder men förekommer även i andra delar av världen. Genom migration har sedvänjan blivit en global angelägenhet. Könsstympning av flickor och kvinnor är ett brott mot de mänskliga rättigheterna och utgör ett hinder för jämställdhet. Sedvänjan strider mot svensk lagstiftning och FN:s konvention om barnets rättigheter (Regeringen, 1998a). Den svenska regeringen ser könsstympning av flickor och kvinnor som en form av hedersrelaterat våld och förtryck, vilket framgår av handlingsplanen för att motverka könsstympning (Regeringskansliet, 2018) och den nationella strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor (Regeringskansliet, 2016).

Könsstympning kan medföra både kortsiktiga och långsiktiga fysiska och känslomässiga komplikationer. De omedelbara följderna av könsstympning är exempelvis smärta, blödning, infektioner, skador på närliggande organ, chock och i värsta fall kan det leda till döden. På lång sikt kan det handla om svårigheter att kissa, underlivssmärter, smärta vid samlag, psykisk ohälsa och komplikationer i samband med födsel.

I kapitlet analyseras vad som fungerar och vad som inte fungerar inom olika arenor där arbete med könsstympade flickor och kvinnors hälsa sker samt hur tillgången till vård ser ut. Kapitlet ger en överblick av vad som görs och potentiellt kan göras inom området. Det empiriska underlaget utgörs av intervjuer med företrädare från hälso- och sjukvården kompletterat med forskning, projektrapporter, verksamhetsbeskrivningar och utredningar.

Funktionsnedsatta kvinnors hälsa

Kvinnor och män med olika typer av funktionsnedsättningar utgör en betydande andel av Sveriges befolkning. Undersökningar visar att personer med funktionsnedsättning har sämre hälsa än befolkningen som helhet. Kvinnor med funktionsnedsättning har sämre hälsa både jämfört med män med funktionsnedsättning och i relation till den övriga befolkningen. Generella könsskillnader inom områden som utbildning, arbetsliv och hälsa tenderar att kraftigt förstärkas av funktionsnedsättning som faktor. I regeringens skrivelse lyfts kvinnor med funktionsnedsättning och kvinnor med kort utbildning som de grupper som haft sämst hälsoutveckling. Kvinnor med funktionsnedsättning uppmärksammas också i skrivelsen utifrån ett våldsutsatthetsperspektiv (Regeringskansliet, 2016). Jämställdhetsmyndigheten har tidigare tillsammans med Myndigheten för delaktighet påpekat vikten av att såväl funktionshinderperspektiv som jämställdhetsperspektiv är en förutsättning för att uppnå de mål som riksdagen beslutat på respektive politikområde (Myndigheten för delaktighet & Jämställdhetsmyndigheten, 2019).

Kapitlet ger med utgångspunkt i ett strategiskt urval av i första hand relevanta myndighetsrapporter en övergripande lägesbild av hälsostatusen hos kvinnor med funktionsnedsättning.

Corona och jämställd hälsa

Den pågående Corona-pandemin har fått mycket stora konsekvenser för människors liv och hälsa och kommer troligen att fortsätta påverka hälsan under lång tid framöver. Kunskaperna utvecklas fortlöpande kring pandemins effekter på kvinnor och mäns hälsa och en del könsskillnader har redan blivit tydliga.

Dessa skillnader har kunnat observeras både vad gäller mer direkta som indirekta effekter av pandemin. Till de förra hör incidens, sjukdomens utveckling och vilka som behöver intensivvårdsbehandling och sjukdomens dödlighet. Till de mer indirekta effekterna lyfts ökat våld i hemmet, psykisk ohälsa och ökad arbetsbelastning i hemmet. Såväl effekter av biologiskt kön som genus eller normer kring kön har lyfts i hittillsvarande studier.

Kvinnor arbetar i högre grad än män inom hälso-och sjukvården samt äldreomsorgen vilka är yrkessektorer som kommit att bli centrala avseende pandemins konsekvenser.

Med utgångspunkt i forskning och kunskapskällor som kontinuerligt publicerats under pandemin ges i detta avsnitt en belysning av några av de hälsoeffekter som hittills framkommit.

2. STATISTISK UPPFÖLJNING

För att hälsoutvecklingen skall kunna följas ur ett jämställdhetsperspektiv har statistikmyndigheten SCB tagit fram ett antal indikatorer med syfte att fånga så många olika perspektiven på hälsa som möjligt, såsom självskattad hälsa, psykiskt välbefinnande, sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR), arbetsrelaterad ohälsa, nöjdhet med vården med flera. Samtliga indikatorer med tidsserier återfinns i en egen indikatorbilaga (bilaga 1).

I detta kapitel tecknas en mer övergripande bild av hur hälsan utvecklats de senaste två decennierna ur ett jämställdhetsperspektiv. Därefter följer identifierade utvecklingsmöjligheter för indikatorområdet jämställd hälsa. Respektive fördjupningskapitel tar, när så är möjligt, avstamp i en analys av relevanta indikatorer.⁴

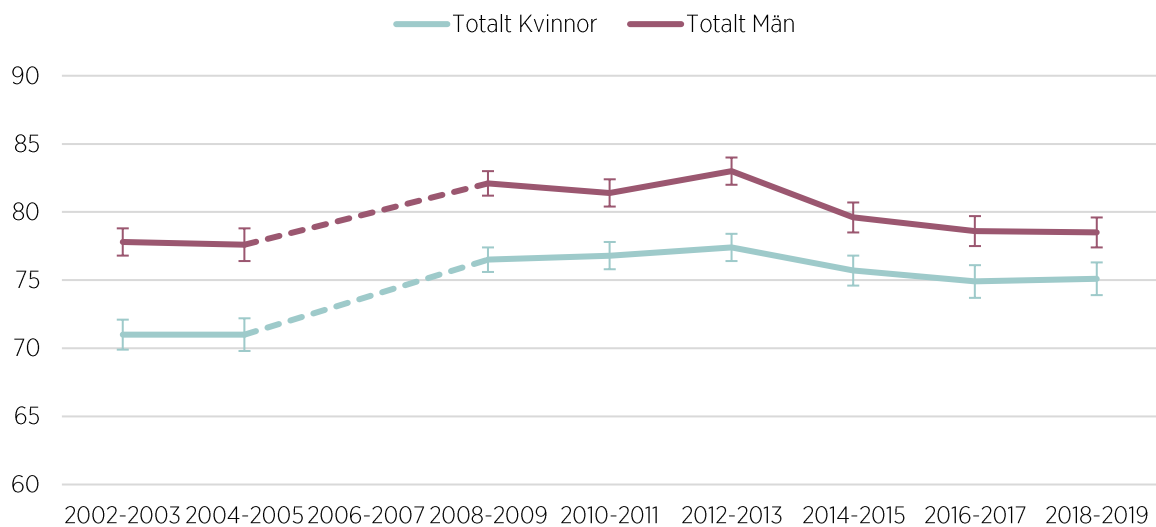
2.2. HÄLSOSKILLNADER MELLAN MÄN OCH KVINNOR UTIFRÅN SCB:S INDIKATORER

I undersökningarna om levnadsförhållanden (ULF) ställs frågor om hur den egna hälsan upplevs. Män skattar sin hälsa som *bra* i högre grad än kvinnor. Skillnaden mellan könen tycks ha minskat något under den studerade perioden (Diagram 2.1). Möjligen kan vi över hela tidsperioden se en något bättre självskattad hälsa med reservation för byte av mätmetod från 2008. Därefter sker snarast en minskning över tid av andelen som rapporterar en bra hälsa. Sett till olika åldrar (se Indikatorbilaga, indikator 5.1) så gäller, med undantag av gruppen 85+⁵, att män rapporterar bättre hälsa än kvinnor.

⁴ I rapporten anges respektive indikator med ett nummer vilket också återfinns i indikatorbilagan tillsammans med en mer detaljerad beskrivning av indikatorn.

⁵ Stora osäkerheter finns dock i skattningen av andelar i den äldsta åldersgruppen.

Diagram 2.1: Självskattad bra hälsa (procent)

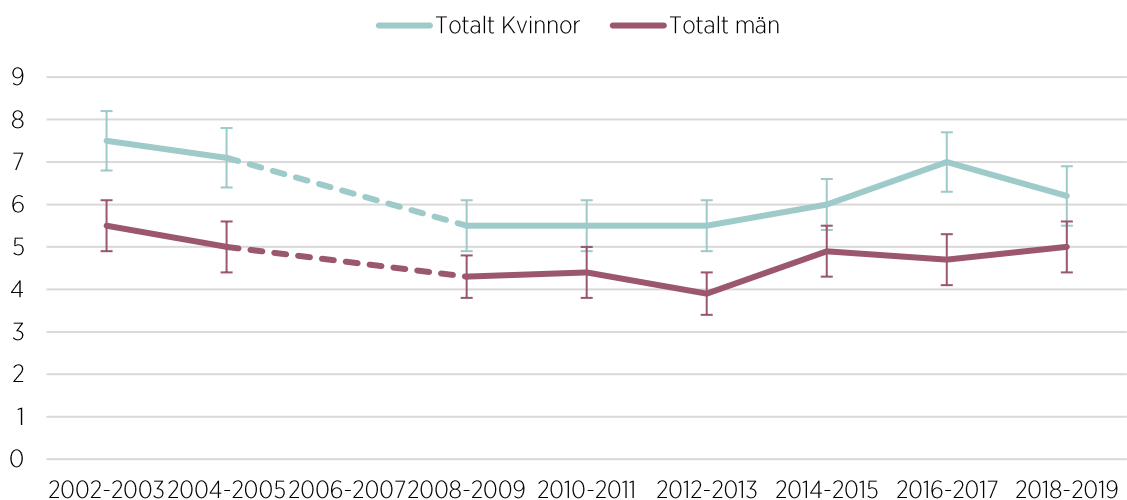


SCB indikator avseende jämställd hälsa, 5.1 : Självskattad hälsa för personer 16 år och äldre efter ålder

Källa: SCB, Undersökningarna om levnadsförhållanden.

Skillnaderna mellan kvinnor och män finns även vad gäller den självskattade *dåliga* hälsan (Diagram 2.2). En högre andel kvinnor skattar sin hälsa som dålig och det syns inga tydliga förändringar i könsgapet över tid.

Diagram 2.2: Självskattad dålig hälsa (procent)

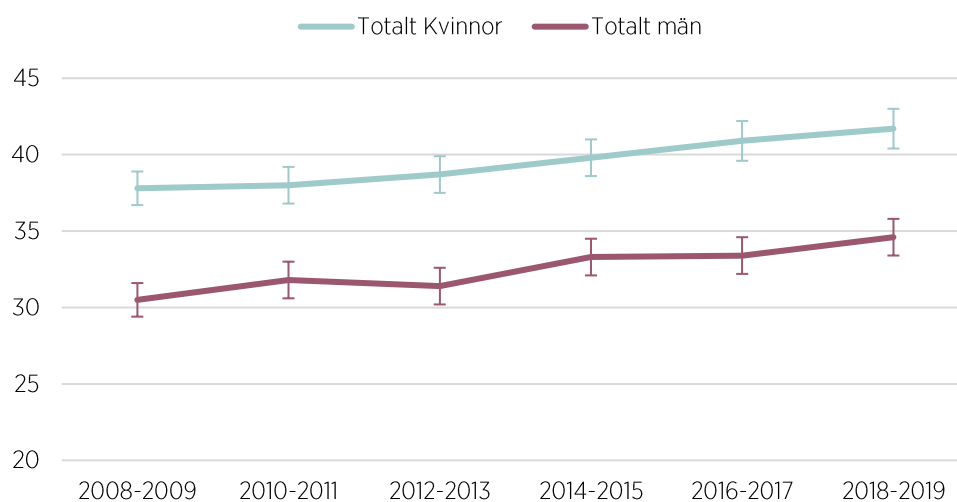


SCB indikator avseende jämställd hälsa, 5.1: Självskattad hälsa för personer 16 år och äldre efter ålder

Källa: SCB, Undersökningarna om levnadsförhållanden.

Från 2008 har andelen som rapporterar att de har en långvarig sjukdom eller hälsoproblem ökat med cirka 10 procent för kvinnor och cirka 13 procent för män (Diagram 2.3). De tydligaste ökningarna syns i de lägre åldersgrupperna, upp till 44 år, och ökningarna är påtagliga för såväl kvinnor som män (se indikatorbilaga, indikator 5.1)

Diagram 2.3: Självrapporterad långvarig sjukdom eller hälsoproblem (procent)

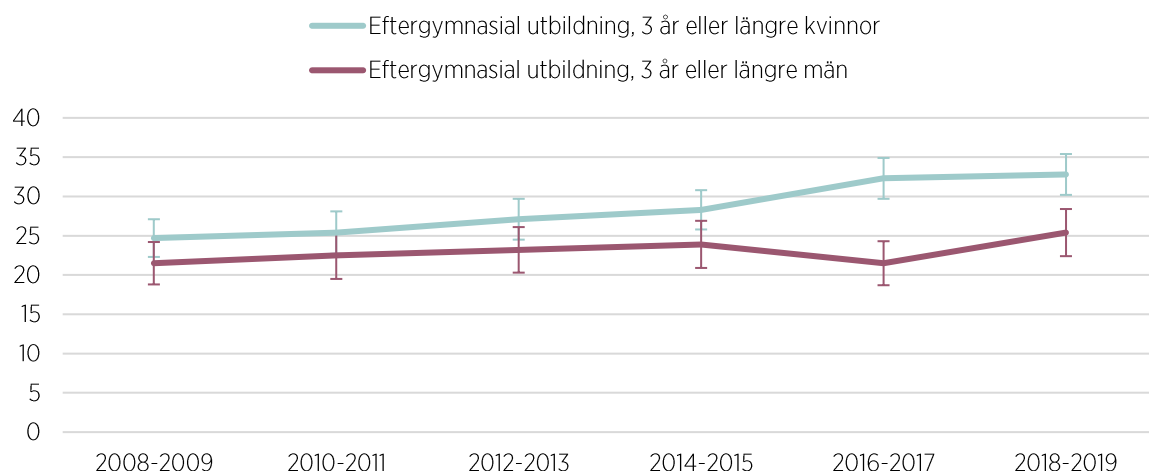


SCB indikator avseende jämställd hälsa, 5.1: Självskattad hälsa för personer 16 år och äldre efter ålder

Källa: SCB, Undersökningarna om levnadsförhållanden.

Människors hälsa har som tidigare nämnts ett tydligt samband med sociala faktorer som till exempel utbildningsnivå. I indikatorbilagan framgår att indikator 5.2 om den självskattade hälsan tydligt försämras med avtagande utbildningsnivå. Även utifrån detta perspektiv så skattar kvinnor sin hälsa som lägre i förhållande till män. Värt att notera är att en försämrad hälsa i termer av långvarig sjukdom eller hälsoproblem för gruppen med högst utbildning har ökat (Diagram 2.4). Förvisso har gruppen i relation till andra utbildningsnivåer en lägre andel självrapporterad långvarig sjukdom eller hälsoproblem men trenden visar en försämrad hälsa och den negativa utvecklingen ser ut att vara extra tydlig för kvinnor.

Diagram 2.4: Självrapporterad långvarig sjukdom eller hälsoproblem (procent)



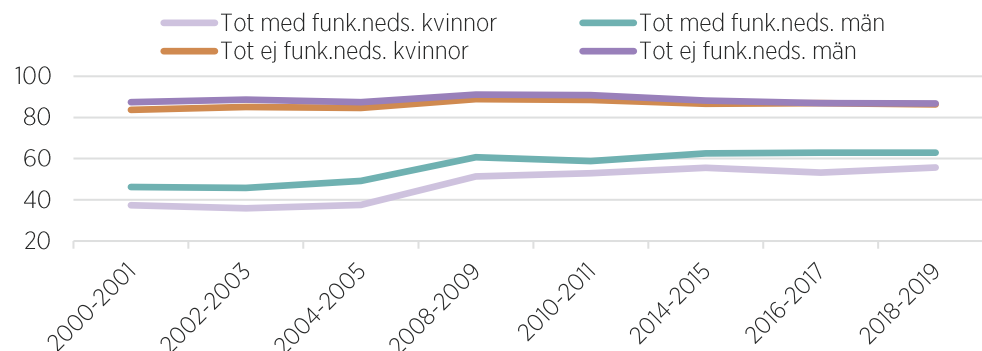
SCB indikator avseende jämställd hälsa, 5.2: Självskattad hälsa för personer i åldern 25-64 år efter utbildningsnivå

Källa: SCB, Undersökningarna om levnadsförhållanden.

Den självrapporterade hälsan mäts också för personer med respektive utan funktionsnedsättning⁶. Diagram 2.5 visar tydligt att könsskillnaderna i självrapporterad hälsa nästan helt fångas av funktionsnedsättningen. I gruppen icke funktionsnedsatta finns nästan inga könsskillnader. Det bör påpekas att funktionsnedsättning här definieras brett (se fotnot) och bygger på självrapportering. Här visas de som rapporterat en bra hälsa men detsamma gäller för de som rapporterat en dålig hälsa (se Indikatorbilaga, indikator 5.4).

⁶ Definition av funktionsnedsättning varierar något över tid. Från 2014 ingår personer som i ULF-undersökningen angett att de har synsvårigheter eller hörselnedsättning eller nedsatt röreslefmåga eller svåra besvär av astma och/eller allergi eller svåra besvär av ångslan, oro eller ångest eller i hög grad nedsatt arbetsförmåga eller stora problem på grund av dyslexi och/eller dyskalkyli eller neuropsykiatrisk diagnos. För mer utförliga definitioner se bilaga 1.

Diagram 2.5: Självrapporterad bra hälsa för personer med respektive utan funktionsnedsättning (procent)



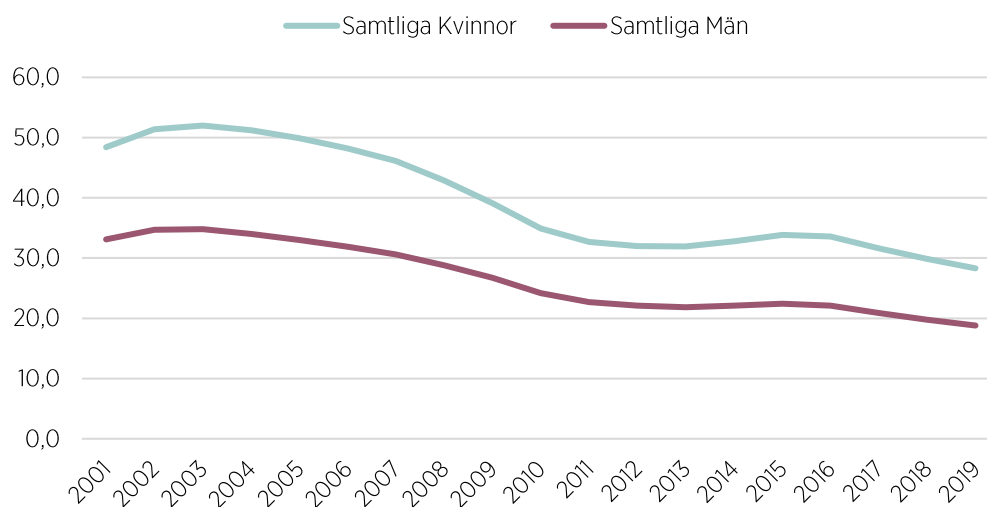
SCB indikator avseende jämställd hälsa, 5.4: Självskattad hälsa för personer 16 år och äldre med funktionsnedsättning efter ålder

Källa: SCB, Undersökningarna om levnadsförhållanden.

Sammantaget visar den självrapporterade hälsan en tendens till en försämrad hälsa för vissa grupper vad gäller ålder och utbildningsnivå. Kvinnor har generellt sett en sämre självrapporterad hälsa och könsgapet består i huvudsak under hela den studerade tidsperioden.

Kvinnors sämre hälsonivåer återspeglas också i den arbetsrelaterade ohälsan. Detta illustreras exempelvis av indikatorerna 5.17–5.20 (se Indikatorbilagan). Oavsett om ohälsotalet analyseras (vilket inkluderar ersatta dagar med sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning eller aktivitetsersättning), sjukpenningtalet (sjukpenning och rehabiliteringspenning) eller sjukfall med olika psykiska diagnoser så framkommer ungefär samma mönster som för den självrapporterade hälsan. Kvinnor är oftare frånvarande från arbetet på grund av ohälsa än män, både totalt och i alla studerade åldersgrupper. Ohälsotalet som redovisas nedan har minskat under 2000-talet (Diagram 2.6). Denna minskning kommer i huvudsak från att antalet dagar med den långsiktiga ersättningsformen sjukersättning har minskat. Sjukpenningtalet har inte haft samma utveckling utan har snarare ökat från år 2010, för både kvinnor och män och i samtliga åldersgrupper (se indikator 5.18). Samtidigt har skillnaden mellan kvinnor och män ökat under perioden. En viktig förklaring till detta är troligen att den stressrelaterade ohälsan ökat betydligt mer för kvinnor än för män under de senaste tio åren (se Diagram 2.7)

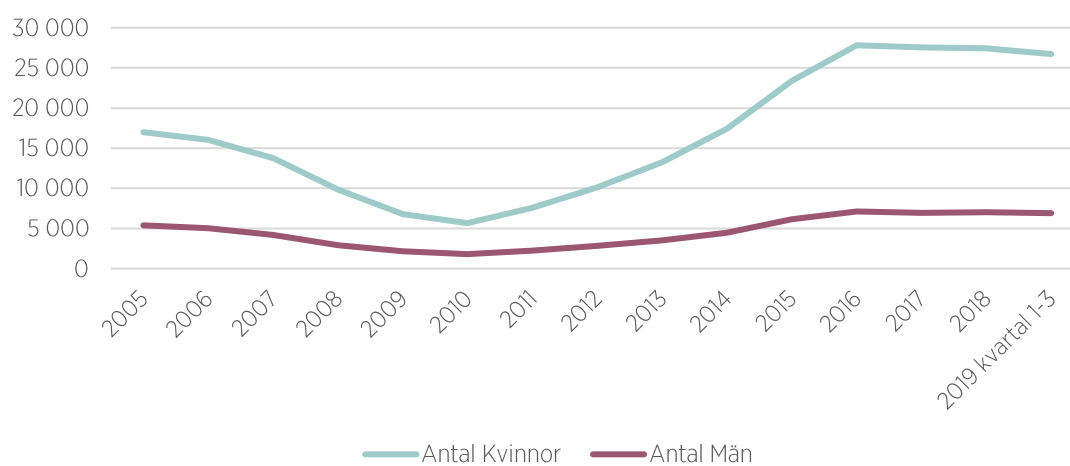
Diagram 2.6: Ohälsotalet (antal dagar)



SCB indikator avseende jämställd hälsa, 5.17: Ohälsotalet efter ålder

Källa: Försäkringskassan

Diagram 2.7: Antal pågående sjukfall på grund av anpassningsstörningar och reaktion på svår stress (årsmedeltal)

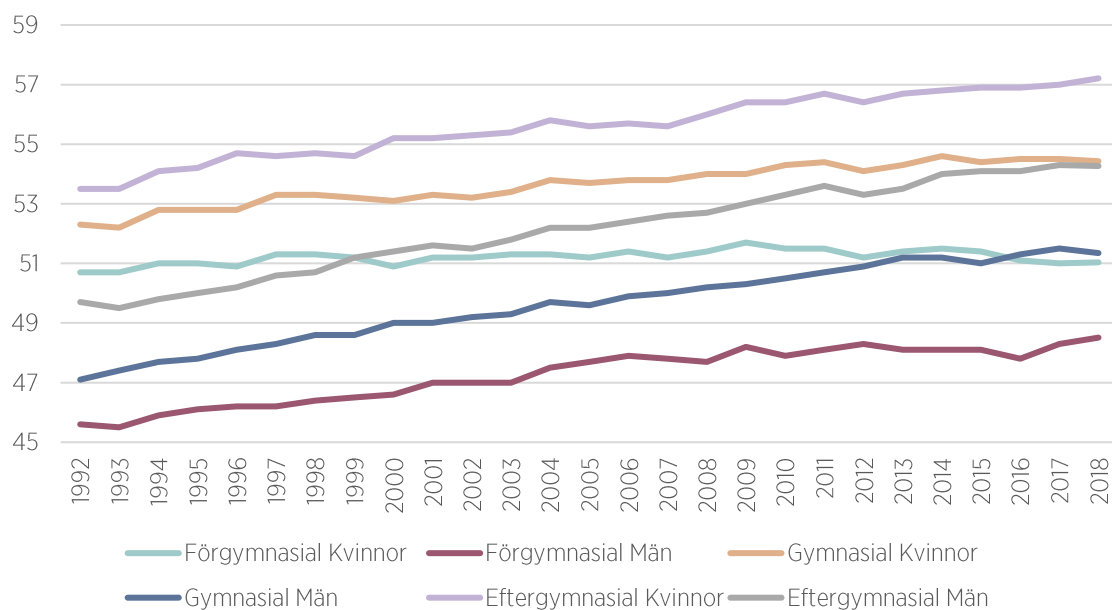


SCB indikator avseende jämställd hälsa, 5.19: Pågående sjukfall på grund av anpassningsstörningar och reaktion på svår stress.

Källa: Försäkringskassan.

Ett av de yttersta måtten på hälsan är hur länge vi lever. Medellivslängden har ökat oavbrutet under en mycket lång tidsperiod. I diagram 2.8 redovisas tidsserier på medellivslängdens utveckling från 1982 fram till 2018 men ökningen har pågått väsentligt längre tid än så (SCB, 2016). Kvinnor lever fortsatt längre än män även om skillnaderna har minskat över tid. Vad gäller medellivslängdens utveckling är det viktigt att analysera ytterligare faktorer förutom kön för att urskilja hur hälsan varierar i olika grupper i samhället. I diagram 2.8 redovisas medellivslängdens utveckling nedbrutet på kön och utbildningsnivå. Denna indelning ingår i dag inte som indikator för delmålet jämställd hälsa. Sett till hur utvecklingen ser ut utifrån olika utbildningsnivåer kan det finnas anledning att i framtiden också följa medellivslängdens utveckling på detta sätt. Diagrammet visar tydligt på stora skillnader i medellivslängd utifrån utbildningsnivå och hur skillnaderna utvecklats över tid. Det skiljer närmare nio år i återstående medellivslängd för en 30-årig högutbildad kvinna och en 30-årig lågutbildad man. Medellivslängden ökar också snabbare för de med högre utbildning. Kvinnor med endast förgymnasial utbildning har i princip inte haft någon positiv utveckling av medellivslängden under den senaste 30-årsperioden (Jämställdhetsmyndigheten, 2020a).

Diagram 2.8: Återstående medellivslängd (år) för personer födda i Sverige vid 30 års ålder



Källa: SCB

Att kvinnors och mäns hälsa och hälsoutveckling skiljer sig åt är välkänt och är en av orsakerna till att hälsoområdet fått ett eget jämställdhetspolitiskt delmål. Genom indikatorer kan hälsoutvecklingen inom hälsans olika delområden följas över tid. Det är dock tydligt att för att på bästa sätt kunna förstå hälsoskillnader mellan könen behövs fler redovisningsgrunder än kön. Jämställdhetsmyndigheten bedömer att ett viktigt utvecklingsområde för arbetet med indikatorerna är att så långt som möjligt möjliggöra nedbrytningar av statistiken på, förutom kön, även ålder, utbildningsnivå och nationell bakgrund.

2.3. UTVECKLINGSMÖJLIGHETER FÖR INDIKATORERNA

I Jämställdhetsmyndighetens rapport *System för uppföljning och analys av jämställdhetspolitiken* (Jämställdhetsmyndigheten, 2018) behandlas i ett eget avsnitt utvecklingsbehov för jämställdhetsindikatorerna såväl ur ett generellt perspektiv som för delmålet om en jämställd hälsa specifikt. För att på ett bättre sätt kunna följa utvecklingen av jämställdhet inom hälsoområdet lyfts i rapporten exempel på utvecklingsbehov:

- Särskilt fokus behöver riktas mot utveckling av indikatorer för hälso- och sjukvården och arbetsrelaterad ohälsa.
- Angelägna områden inom hälso- och sjukvården är exempelvis tillgång till vård och behandling (även ej tillgodosedda behov av hälso- och sjukvård), diagnostisering, behandlingsinsatser och utfall, inklusive läkemedelsförskrivning. Inom det sistnämnda är även läkemedelsrelaterad sjuklighet och biverkningar relevanta aspekter. Ett annat område gäller hälso- och sjukvårdens kompetensnivå kring biologiska könsskillnader, könsstereotypa normer och genusrelationer som har relevans för den vård och behandling som ges.
- Mått som följer sjukskrivningsmönstren på diagnosnivå samt inom olika sektorer och yrkesområden bör utvecklas. Arbetsplatsolyckor är ytterligare ett område där det saknas indikatorer.
- En stor del av det praktiska jämställdhetsarbetet sker på lokal och regional nivå. Indikatorer på dessa nivåer skulle skapa möjligheter för en mer ändamålsenlig och systematisk lokal och regional uppföljning.
- För att förstå förutsättningarna för, och utvecklingen mot, jämställdhet generellt men också specifikt inom de olika delmålen är det nödvändigt att också kunna bryta ned indikatorerna på ytterligare relevanta redovisningsgrupper.

Behovet av ett fortsatt utvecklingsarbete av indikatorer kring dessa områden och andra kvarstår. Det finns också ett behov av att undersöka på vilket sätt de indikatorer som är kopplade till socialtjänstens ansvarsområden som missbruk och beroende, äldreomsorgen, stöd och service till vissa funktionshindrade och socialtjänstens insatser för barn och unga kan utvecklas. Slutbetänkandet från utredningen *Framtidens socialtjänst* lämnar förslag som tar utgångspunkt i ett behov av att bättre kunna följa socialtjänstens insatser (Framtidens socialtjänst, 2020). Detta skulle kunna öppna möjligheter för att även inkludera uppföljning ur ett jämställdhetsperspektiv.

Ett fortsatt utvecklingsarbete och framtagande av specifika indikatorer på föreslagna områden bör ske i samverkan mellan relevanta myndigheter och organisationer där Jämställdhetsmyndigheten bör vara en av dessa parter.

3. INTERNATIONELLA RAMVERK OCH ANDRA PERSPEKTIV PÅ JÄMSTÄLLD HÄLSA

Kvinnors och mäns, respektive flickors och pojkars, lika rätt till en god fysisk och psykisk hälsa slås fast i det internationella normerande ramverket och i internationella överenskommelser. Även EU har målsättningar kring jämställd hälsa som har betydelse för Sverige.

I ett europeiskt perspektiv har kvinnor och män i Sverige en god hälsa, men Sverige har till stor del samma skillnader i hälsostatus mellan kvinnor och män som återfinns i EU som helhet. Förutom de könsskillnader som syns både i Sverige och EU ser hälsosituationen också olika ut för olika grupper i samhället.

I detta kapitel beskrivs huvuddragen i de internationella konventioner och överenskommelser som behandlar jämställd hälsa och som Sverige omfattas av. Utifrån Europeiska jämställdhetsinstitutets (EIGE) jämställdhetsindex sätts kvinnors och mäns hälsa i Sverige in i ett europeiskt perspektiv. Avslutningsvis ges en bild av jämställd hälsa utifrån ett hbtq-perspektiv respektive ett äldreperspektiv.

3.1. JÄMSTÄLLD HÄLSA ÄR EN DEL AV DET INTERNATIONELLA RAMVERKET

Att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa är en mänsklig rättighet som finns inskriven i artikel 12 i FN-konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Artikel 3 i konventionen stadgar att konventionsstaterna åtar sig att tillförsäkra män och kvinnor lika rätt att åtnjuta alla de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter som omfattas av konventionen. Konventionsstaterna åtar sig också att garantera att rättigheterna i konventionen utövas utan diskriminering av något slag på grund av ras, hudfärg, språk, religion, politisk eller annan åskådning, nationell eller social härkomst, egendom, börd eller ställning i övrigt (Regeringskansliet, 2011).

Kvinnors och mäns lika rätt till hälso- och sjukvård formuleras bland annat i artikel 12 i FN:s Kvinnokonvention (CEDAW) från 1979. Kvinnokonventionen ålägger konventionsstaterna att säkerställa att kvinnor och män har samma tillgång till hälso- och sjukvård, inklusive familjeplanering, samt garantera kvinnor lämplig vård vid graviditet, förlossning och amning. Därtill ska konventionsstaterna vidta alla lämpliga åtgärder för att avskaffa diskriminering av kvinnor när det gäller hälsovård för att, med jämställdhet som grund, säkerställa tillgång till hälso- och sjukvård, inklusive sådan som avser familjeplanering. Krav på familjeplanering är unikt för kvinnokonventionen (FN, 1979).

Därtill har Kvinnokommittén (Committee on the Elimination of Discrimination against Women) formulerat rekommendation 24 som behandlar kvinnor och hälsa. Den ger riktlinjer för hur artikel 12 ska tolkas och hur konventionsstaterna ska agera. Kommittén har bland annat formulerat riktlinjer för hur konventionsstaterna ska motverka könsstämpning, hiv/aids och våld mot kvinnor. Rekommendationerna anger bland annat att utsatta grupper, som flyktingar, barn, äldre och personer med funktionsnedsättning, ska uppmärksammas särskilt (Kvinnokommittén, 1999).

Vid FN:s befolkningskonferens 1994 fastställdes att jämställdhet mellan kvinnor och män är grunden för ett effektivt arbete inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Konferensen antog en handlingsplan med 243 rekommendationer. Handlingsplanen omfattar en bredd av olika utvecklingsfrågor, bland annat jämställdhet, sexuell hälsa, reproduktiv hälsa och rättigheter, mödra- och barnhälsa samt hiv/aids (FN, 1994).

I FN:s handlingsplan för jämställdhet, den så kallade Pekingplattformen, som antogs 1995 på FN:s fjärde kvinnokonferens i Beijing står att kvinnors sexuella och reproduktiva rättigheter är en förutsättning för att de ska kunna delta i alla delar av samhällslivet och ha möjlighet till demokratiskt inflytande. Paragraf 9 i planen anger att hänvisningar till kultur, tradition och religion aldrig får åsidosätta kvinnors mänskliga rättigheter. En av rekommendationerna i Pekingplattformen är att förbättra kvinnors tillgång till ändamålsenlig, ekonomiskt överkomlig och kvalitativ hälso- och sjukvård under hela livscykeln (United Nations & Department of Public Information, 2014).

I Agenda 2030, de globala målen för hållbar utveckling som antogs av FN:s generalförsamling 2015, slås i delmål 3 fast att en god hälsa är en grundläggande förutsättning för människors möjlighet att nå sin fulla potential och att bidra till samhällets utveckling. Människors hälsa påverkas av ekonomiska, miljömässiga och sociala faktorer och mål 3 inkluderar alla dimensioner och människor i alla åldrar. I delmål 5 lyfts bland annat att alla former av våld, diskriminering och skadliga sedvänjor mot flickor och kvinnor drabbar såväl individen som hela samhället (FN, 2015).

3.2. BARNPERSPEKTIV OCH HÄLSA: FLICKORS OCH POJKARS RÄTT TILL LIV OCH UTVECKLING

Den 1 januari 2020 blev FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) svensk lag. Artikel 4 i barnkonventionen innebär att konventionsstaterna är skyldiga att vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder, administrativa förändringar och andra åtgärder för att genomföra rättigheterna i konventionen. Barnkonventionens fyra grundprinciper omfattar likvärdighet och icke-diskriminering, barnets bästa, barnets rätt till liv och utveckling samt barnets rätt att göra sin röst hörd och få den beaktad.

Artikel 6 om barnets rätt till liv och utveckling handlar om barnets inneboende rätt till livet samt konventionsstaternas skyldighet att i största möjliga utsträckning säkerställa barnets överlevnad och utveckling. Barnrättskommittén påpekar att artikeln omfattar samtliga utvecklingsaspekter och att begreppet utveckling ska tolkas i dess vidaste bemärkelse (Barnombudsmannen, 2012). Kommittén menar att ett barns hälsa och välfärd i många avseenden är beroende av varandra. Därför behöver ett helhetsperspektiv tillämpas när konventionen ska genomföras. Det kan handla om rätten till hälsa och likvärdig vård, rätten att skyddas från alla former av våld, rätten till den levnadsstandard som krävs för barnets utveckling, rätten till utbildning eller rätten till lek och fritid (Barnombudsmannen, 2014).

Barnkonventionens artikel 24 handlar om barnets rätt till bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa, tillgång till hälso- och sjukvård samt tillgång till rehabilitering. Enligt artikel 24 ska konventionsstaterna säkerställa tillfredsställande hälso- och sjukvård, bland annat förlossningsvård. Föräldrar och barn ska ha tillgång till information och undervisning om barnhälsovård, näringslära och hur olycksfall förebyggs. Konventionsstaterna ska också säkerställa förebyggande hälso- och sjukvård, såsom föräldrarådgivning och familjeplaneringsfrågor. Artikeln stadgar också barnets rätt till skydd mot skadliga sedvänjor. Vilka sedvänjor som kan omfattas och hur utbredda de är skiljer sig åt mellan regioner och kulturer, men de viktigaste och mest väldokumenterade är könsstymning av flickor och kvinnor, barn- och tvångsäktenskap, polygami, brott i hederns namn och våld kopplat till hemgift.

Barnrättskommittén och kvinnokommittén slår i en gemensam kommentar fast att kvinnor och flickor som har utsatts eller riskerar att utsättas för skadliga sedvänjor löper ansevärd risker när det gäller sexuell och reproduktiv hälsa. Särskilt gäller detta i ett sammanhang där de redan har begränsade möjligheter att själva fatta beslut i dessa frågor. Därför krävs det, menar kommittéerna, ett särskilt fokus på att säkerställa att kvinnor och flickor har tillgång till korrekt information och stöd kring sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (FN, 2014).

3.3. EUROPEISKA UNIONEN

I EU-kommissionens policyramverk för ökad jämställdhet i Europeiska unionen år 2016–2019 var ett målområde att bekämpa mäns våld mot kvinnor och våld i nära relation samt skydda och stötta våldsutsatta. Inom ramen för målområdet prioriteras i ramverket bland annat att fortsätta arbetet för att avskaffa könsstympling av flickor och kvinnor, i enlighet med kommissionens meddelande till Europaparlamentet och rådet *Om utrotande av kvinnlig könsstympling* från 2013. Därtill prioriteras att verka för att öka kunskapen om och förändra attityder till könsstympling av flickor och kvinnor (Europeiska kommissionen, 2015).

En utvärdering av styrkor och svagheter i genomförandet av ramverket kommer fram till att en rad aktiviteter har genomförts inom målområdet, men att det är svårt att göra en bedömning av effekterna på längre sikt. Utvärderingen lyfter bland annat fram att EIGE under 2017 genomfört en studie av könsstympling av flickor och kvinnor i Belgien, Cypern, Frankrike, Grekland, Italien och Malta. EU har också genomfört aktiviteter som syftar till att förändra attityder. Kommissionen medfinansierar en webbaserad plattform för yrkespersoner som arbetar med könsstympling av flickor och kvinnor (González Gago, 2019).

Nuvarande kommissionsordförande Ursula von der Leyen lyfter jämställdhet som ett prioriterat område i den politiska agenda som hon presenterade i samband med att hon blev vald till ämbetet 2019. I agendan skriver Ursula von der Leyen också att hälsa är ett särskilt viktigt område och att EU-kommissionen ska lägga fram en europeisk plan för cancerbekämpning (von der Leyen, 2019).

EU-kommissionens mål om jämställd hälsa

I mars 2020 presenterade EU-kommissionen förslag till en ny strategi för jämställdhet som ska vägleda kommissionens arbete under perioden 2020–2025. Strategin hänvisar till de åtaganden som gjordes i Beijing 1995, EU:s roll för att uppfylla de globala målen för hållbar utveckling i Agenda 2030 samt FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Strategin innehåller sex målområden. Det första området handlar om att motverka våld och stereotyper. Strategin slår bland annat fast att könsstympling av flickor och kvinnor och andra skadliga sedvänjor är allvarliga brott mot flickors och kvinnors rättigheter. Inom det första målområdet anges förslag om att EU ska lägga fram en rekommendation om förebyggande av skadliga sedvänjor. Därigenom ska EU betona behovet av effektiva förebyggande åtgärder och undervisningens betydelse. Inom det första målområdet konstateras också att sannolikheten för att kvinnor med hälsoproblem eller funktionsnedsättning kommer att utsättas för olika former av våld är större än för andra kvinnor.

Det fjärde målområdet syftar till att ta in jämställdhetsaspekter och ett intersektionellt perspektiv i EU:s politik. Här upprepas Ursula von der Leyens mål om att ta fram en EU-plan mot cancer. Ett könsperspektiv kommer att integreras i planen. EU kommer att underlätta ett regelbundet utbyte av god praxis mellan medlemsstater och berörda parter om könsrelaterade hälsoaspekter, däribland vad gäller sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. EU:s agenda för narkotikafrågor 2021–2025, som antogs under 2020, ska ta upp könsspecifika svårigheter som flickor och kvinnor möter i samband med narkotikamissbruk. Enligt förslaget kommer könsdiskrimineringens intersektionalitet med andra diskrimineringsgrunder att lyftas fram inom all EU-politik. EU:s lagstiftning, politik och genomförandet av dem bör därmed svara mot de specifika behov och omständigheter som flickor och kvinnor i olika grupper har (Europeiska kommissionen, 2020).

Liksom i Sverige lever kvinnor i EU längre än män, men har en lägre självskattad hälsa

EIGE tar årligen fram ett jämställdhetsindex för varje medlemsland och för unionen som helhet. I indexet för år 2020 mäts tre hälsorelaterade aspekter: Hälsostatus, hälsobeteende samt tillgång till hälso- och sjukvård. Sverige har i indexet en bättre hälsostatus och hälsobeteende än genomsnittet i EU, för både kvinnor och män. Vad gäller tillgång till hälso- och sjukvård ligger Sverige i nivå med EU-genomsnittet. De nyare medlemsländerna i östra och sydöstra Europa har både sämre hälsostatus och hälsobeteende än de äldre medlemsländerna i västra och norra Europa.

Det finns i stort sett samma mönster i Sverige och i EU. I begreppet hälsostatus ingår självskattad hälsa, förväntad livslängd och antal friska levnadsår. Liksom i Sverige har kvinnor i EU-länderna en lägre självskattad hälsa än män. I genomsnitt uppger 67 procent av kvinnorna och 74 procent av männen i EU som helhet att de har en god eller mycket god hälsa. Motsvarande siffror för Sverige i indexet är 74 procent för kvinnor och 78 procent för män. Den förväntade medellivslängden är något lägre i EU som helhet än i Sverige. Bland EU-länderna är medellivslängden för kvinnor knappt 84 år och för män drygt 78 år, att jämföra med drygt 84 år för kvinnor och närmare 81 år för män i Sverige. I EU som helhet har män (63 år) marginellt färre friska levnadsår än kvinnor (64 år), men i Sverige har män (74 år) fler friska levnadsår än kvinnor (72 år).

Sverige ligger högst av EU-länderna i mätningen av hälsobeteende. Både i Sverige och i EU är det fler kvinnor än män som inte röker och inte har en ohälsosam alkoholkonsumtion, men skillnaderna är mindre i Sverige. I EU som helhet är det 72 procent av kvinnorna och 52 procent av männen som inte röker och inte har en ohälsosam alkoholkonsumtion. Motsvarande siffror för Sverige är 76 procent för kvinnor och 61 procent för män. Kvinnor och män motionerar och/eller äter frukt och grönsaker i ungefär samma omfattning i EU som helhet. Detsamma gäller för Sverige. 36 procent av kvinnorna och 40 procent av männen i EU som helhet motionerar och/eller äter frukt och grönsaker. I Sverige är det 58 procent av kvinnorna och 56 procent av männen ([European Institute for Gender Equality, 2020](#)).

3.4. FLERA RISKFAKTORER PÅVERKAR HBTQ-PERSONERS HÄLSA

Homosexuella, bisexuella, transpersoner och personer med queera uttryck och identiteter är en grupp som identifierats som särskilt utsatt vad gäller både fysisk och psykisk ohälsa. Det finns också skillnader mellan kvinnor och män i gruppen. En rapport från Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) visar att det är mindre vanligt bland unga hbtq-personer att uppleva sin hälsa som god, i jämförelse med gruppen unga som helhet. Särskilt gäller detta unga hbtq-tjejer där endast 55 procent upplever sin hälsa som god, jämfört med 71 procent bland andra tjejer (MUCF, 2019) Socialstyrelsens rapport *Psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap* från år 2016 slår fast att personer i samkönade äktenskap både hade en högre förekomst av psykisk ohälsa och en ökad dödlighet jämfört med personer i olikkönade äktenskap. Den ökade dödligheten förklarades av ökad risk för suicid bland personer i samkönade äktenskap. En ökad dödlighet i somatiska sjukdomar förklarades av en större förekomst av hiv/aids inom gruppen (Socialstyrelsen, 2016b).

Homo- och bisexuella samt transpersoner är överrepresenterade vad gäller nedsatt psykiskt välmående, suicidtankar och suicidförsök (Bränström, 2018). MUCF skriver att en fjärdedel av de unga homo- och bisexuella kvinnorna uppger att de har försökt ta livet av sig (MUCF, 2020). Socialstyrelsens rapport från år 2016 visar att män i samkönade äktenskap hade allvarligare sjukdom som psykos i större utsträckning än män i olikkönade äktenskap. Rapporten kommer också fram till att både kvinnor och män i samkönade äktenskap använde psykofarmaka i större utsträckning än personer i olikkönade äktenskap (Socialstyrelsen, 2016b).

En förklaringsfaktor som framförs är hypervigilans, alltså att en person är ständigt medveten om och uppmärksam på diskriminering och diskriminerande beteende. Socialstyrelsen skriver att det kan orsaka psykosocial stress och psykisk ohälsa att ständigt befinna sig i en minoritetsposition med risk för diskriminering och negativt bemötande (Socialstyrelsen, 2016b). Bland unga homosexuella och bisexuella är det 65 procent av kvinnorna och 48 procent av männen som har blivit bemötta på ett kränkande sätt. Många unga homosexuella, bisexuella och transpersoner har lågt förtroende för myndigheter (MUCF, 2020). En kvalitativ studie från Folkhälsomyndigheten från år 2020 lyfter fram ett antal riskfaktorer för suicidalitet och självskada bland unga transpersoner. Bland dessa finns bristande socialt stöd, negativt bemötande samt bristande kunskaper i bland annat skolan om våld och kränkningar av transpersoner (Folkhälsomyndigheten, 2020f).

Utsatthet för våld är en annan riskfaktor för ohälsa. Regeringens nationella strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor lyfter också behovet av att beakta ett hbtq-perspektiv. Strategin omfattar i samtliga delar hbtq-personers utsatthet för våld i nära relation samt prostitution och människohandel för sexuella ändamål.

I Folkhälsomyndighetens rapport *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter bland homo- och bisexuella samt transpersoner* med resultaten från befolkningsundersökningen SRHR2017 framkommer att homo- och bisexuella kvinnor rapporterade att de utsatts för sexuella övergrepp och våld i hög utsträckning. Även homosexuella män var utsatta för alla former av sexuella övergrepp och sexuellt våld. Ungefär hälften av transpersonerna svarade att de hade blivit utsatta för sexuella trakasserier och andra sexuella övergrepp (Folkhälsomyndigheten, 2020e). MUCF skriver att var femte av 16–25-åringarna i gruppen homosexuella och bisexuella har utsatts för fysiskt våld av en förälder, partner eller annan närstående vuxen. Det är dubbelt så stor andel som bland unga heterosexuella (MUCF, 2020). En studie om våld mot barn gjord år 2016 av Stiftelsen Allmänna Barnhuset med elever i årskurs nio och årskurs två på gymnasiet fann att elever som inte identifierade sig som varken flicka eller pojke hade erfarenhet av misshandel i långt högre utsträckning än övriga elever (Jernbro & Janson, 2017).

Bland homo- och bisexuella kvinnor finns det indikationer om att de löper en större risk för hjärtkärlsjukdomar kopplade till användning av tobak, droger och alkohol samt psykisk ohälsa och övervikt (Bränström, 2018). Socialstyrelsen rapport *Psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap* från år 2016 slår fast att riskbruk och beroende var särskilt vanligt bland kvinnor i samkönade äktenskap. Riskbruket utgjordes framförallt av alkohol. Bland unga kvinnor i 30-årsåldern var förekomsten av riskbruk och beroende upp till sex gånger högre än bland övriga gifta kvinnor i samma ålder (Socialstyrelsen, 2016b).

3.5. JÄMSTÄLLDHET BLAND ÄLDRE OCH I OMSORGEN AV ÄLDRE

Den demografiska utvecklingen i Sverige innebär flera typer av jämställdhetsutmaningar. Livslängden ökar och har ökat under lång tid. Med en allt äldre befolkning ökar även behoven av omsorg i någon form. De allra äldsta utgör den snabbast växande åldersgruppen i Sverige. I dag är cirka en halv miljon personer i Sverige 80 år eller äldre. Om 50 år förväntas den gruppen ha ökat till 1,3 miljoner (SCB, 2018). Många är vid god hälsa och lever aktiva liv. Andra är sköra, har flera kroniska sjukdomar, nedsatt kognition och bor på särskilt boende.

År 2018 var medellivslängden för kvinnor drygt 84 år och för män närmare 81 år. Kvinnor utgör 60 procent av alla i befolkningen som är över 80 år. En högre förväntad medellivslängd medför att kvinnor har större risk än män att leva som ensamstående under en följd av år i hög ålder. Detta förstärks av att kvinnan ofta är den yngre parten i en heterosexuell relation, speciellt bland äldre par (SCB, 2019). Merparten i gruppen äldre män är ofta samboende livet ut, med tillgång till omsorg som ofta utförs av en partner. I åldrarna över 80 år bor 38 procent av männen ensamma, vilket kan jämföras med drygt 67 procent av kvinnorna (ibid).

Kvinnor har ett större behov av äldreomsorg, såväl inom särskilt boende som hemtjänst i ordinärt boende. En högre andel av kvinnorna över 80 år har någon form av formell äldreomsorg. Kvinnor har också i högre grad än männen behov av omsorg från någon anhörig utanför hushållet.

Äldreomsorgen står inför stora utmaningar då en allt större andel av befolkningen blir äldre i förhållande till de i yrkesaktiv ålder. Jämställdhet och hälsa inom äldreomsorgen kan ses utifrån att det är såväl utförarens som mottagarens hälsa som påverkas. Kvinnor står för en betydligt större andel av de som utför den formella omsorgen (drygt 90 procent). Personalen inom äldreomsorgen, i synnerhet kvinnor, är sjukskriven i högre grad än andra yrkesgrupper. Förutom att personalens hälsa påverkas riskerar även den höga sjukfrånvaron att försämra omsorgskvaliteten på grund av bland annat bristande personalkontinuitet. Formen av omsorg påverkar också. Om omsorgen utförs inom ramen för särskilda boende, inom hemtjänst i ordinärt boende, om den utförs av en anhörig i det egna boendet eller av en anhörig utanför det egna boendet ger olika påverkan. Hälso- och jämställdhetsperspektivet är alltså centralt för beskrivningen av utvecklingen inom äldreomsorgsområdet.

De äldre som bor hemma är i större omfattning sjukare nu än tidigare. Problem med hemtjänstens organisering som ofta lyfts är till exempel ökad fragmentering, brist på kontinuitet och kompetensminskning som innebär ökad risk för att fel ska uppstå i arbetet. Eftersom en större andel kvinnor med omsorgsbehov lever ensamma riskerar kvinnor att i högre utsträckning drabbas av eventuella negativa hälsokonsekvenser till följd av äldreomsorgens organisering. Anhöriga och andra närståendes omsorg – den informella omsorgen – beräknas vara åtminstone dubbelt så stor i antalet timmar som den formella omsorgen. Detta har inte förändrats nämnvärt under 2000-talet (Wilmo m.fl., 2020). Negativa effekter av anhängigomsorgen har beskrivits i termer av nedsatt välbefinnande samt fysiska och fysiska påfrestningar. Mycket kunskap om anhängigperspektivet saknas, både ur ett jämställdhetsperspektiv och ur ett hälsoperspektiv. För att få förbättrad kunskap om hälsoeffekterna av det ökade behovet av anhängigomsorg är det av vikt att detta perspektiv får ett ökat utrymme inom forskningen.

Coronapandemin har synliggjort den strukturella problematiken inom äldreomsorgen. Effekter på anhöriga, att inte få tillgång till avlastningsboende och dagverksamheter riskerar att ha negativa effekter på både partners och barn till äldre. Uppföljningar visar även att färre har sökt hemtjänstinsatser (Socialstyrelsen, 2020g). Ännu saknas mycket kunskap om jämställdhetsperspektivet och anhängigperspektivet till följd av pandemin (Se även kapitlet om *Corona och jämställd hälsa*).

4. DEN PSYKISKA OHÄLSAN UR ETT JÄMSTÄLLDHETSPERSPEKTIV

Den stressrelaterade psykiska ohälsan har ökat betydligt under de senaste tio åren. Flickor och kvinnor i alla åldersgrupper är mer utsatta än pojkar och män. Flickor och kvinnor är överrepresenterade både avseende självrapporterad psykisk ohälsa och sjukskrivningar kopplade till psykisk ohälsa. Samtidigt begår män fler självmord jämfört med kvinnor.

Det är tydligt att kvinnor och män, respektive flickor och pojkar, inte har samma förutsättningar för en god psykisk hälsa. Det är nödvändigt att komma till rätta med detta jämställdhetsproblem för att det jämställdhetspolitiska delmålet om jämställd hälsa ska uppnås. Kvinnors sämre psykiska hälsa har även bäring på övriga jämställdhetspolitiska mål då en jämställd hälsa bidrar till ett jämställt och aktivt deltagande i samhället. Exempelvis påverkas kvinnors livsinkomster negativt av att de är sjukskrivna för psykisk ohälsa i ungefär dubbelt så hög utsträckning som män. Samtidigt är måluppfyllelsen avseende jämställd psykisk hälsa avhängig av måluppfyllelsen av övriga jämställdhetspolitiska mål.

För att uppnå jämställd hälsa måste mäns psykiska ohälsa adresseras och antalet självmord minska. En jämställd psykisk hälsa leder till minskat lidande, men även till positiva samhällsekonomiska effekter. År 2018 gjorde WHO och EU en uppskattning som visade att kostnaderna för den psykiska ohälsan i Sverige var nästan 5 procent av BNP, det vill säga drygt 200 miljarder kronor år 2015 (SOU, 2018a) (Utredningen för hållbart arbetsliv över tid, 2018).

4.1. FOKUS PÅ SJUKSKRIVNINGAR OCH BARN OCH UNGA

Jämställd psykisk hälsa är ett brett område. En heltäckande uppföljning ryms inte inom ramen för denna rapport. Jämställdhetsmyndigheten kommer att belysa några delområden. Där ingår en uppföljning av utvecklingen av de indikatorer som Statistikmyndigheten SCB tagit fram för jämställd hälsa och som har koppling till psykisk ohälsa. Därutöver kommer kvinnors och mäns sjukskrivningar för psykisk ohälsa att undersökas, samt tänkbara orsaker till att kvinnor är tydligt överrepresenterade. Vidare ger Jämställdhetsmyndigheten en övergripande bild av den psykiska ohälsans utveckling hos barn och unga samt tänkbara förklaringar till de könsskillnader och den ökning av psykisk ohälsa som har observerats i dessa grupper, särskilt hos flickor och unga kvinnor. Här ingår även frågan om varför unga män begår självmord i betydligt högre utsträckning jämfört med unga kvinnor, trots att unga kvinnor generellt är mer drabbade av psykisk ohälsa.

Slutligen har vi genomfört en kartläggning av de regeringsuppdrag och överenskommelser kring psykisk ohälsa som upprättats under de senaste åren samt vilka jämställdhetseffekter som nåtts avseende några specifika åtgärder. En belysning av hur coronapandemin påverkar den psykiska hälsan hos kvinnor och män ges i kapitlet om *Corona och jämställd hälsa*.

Kunskapsunderlaget

Jämställdhetsmyndigheten har tagit sig an området psykisk ohälsa genom att samla in ett brett kunskapsunderlag. Data har beställts och kunskapsöversikter som adresserar psykisk ohälsa har tagits fram. Till detta har en granskning av myndighetsuppdrag och överenskommelser som lagts under den senaste femårsperioden och som rör psykisk ohälsa genomförts. Databeställningen omfattar de SCB-indikatorer för jämställd hälsa som knyter an till psykisk ohälsa. Dessa har tagits fram som tidsserier och brutits ned på fler bakgrundsvariabler (se även indikatorbilagan, bilaga 1). Till detta har ytterligare data avseende områden med koppling till psykisk ohälsa beställts. Även dessa har tagits fram som tidsserier och brutits ned på tillgängliga bakgrundsvariabler.

Jämställdhetsmyndigheten har därutöver tagit fram två kunskapsöversikter som underlag till denna rapportering:

- Vad kan förklara kvinnors högre sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa? En kunskapsöversikt av nordisk forskning publicerad under åren 2010–2019.
- Psykisk ohälsa hos ungdomar och unga vuxna. En kunskapsöversikt om vilka faktorer som kan förklara skillnader mellan flickor och pojkar, unga kvinnor och unga mäns psykiska hälsa.

4.2. OJÄMSTÄLLD PSYKISK OHÄLSA – ETT BETYDANDE JÄMSTÄLLDHETSPROBLEM

Såväl i regeringens skrivelse *Makt, mål och myndighet* som i den uppföljning som gjordes i jämställdhetsutredningen, *Mål och myndighet*, beskrivs den psykiska ohälsan som ett betydande jämställdhetsproblem (Jämställdhetsutredningen, 2015; Regeringskansliet, 2016). Den psykiska ohälsan lyfts fram såväl under området jämställd hälsa som inom övriga delmålsområden.

Inom ramen för området jämställd hälsa beskrivs könsskillnader och trender i psykisk ohälsa i relation till ålder, utbildningsbakgrund, familjesituation, födelseland samt sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck. Generellt framkommer att kvinnor är överrepresenterade och att detta gäller samtliga undergrupper. Dessutom har transpersoner visat sig vara en särskilt sårbar grupp (se även avsnitt *Flera riskfaktorer påverkar HBTQ-personer hälsa*).

Den psykiska ohälsan har ökat under senare år, och flickor och unga kvinnor är särskilt utsatta. Även pojkars och mäns psykiska ohälsa adresseras och beskrivs på ett delvis annat sätt jämfört med flickor och kvinnors. Pojkar får oftare neuropsykiatriska diagnoser och män begår självmord i betydligt högre utsträckning än kvinnor. Normer kring maskulinitet och manlighet bedöms ha en negativ inverkan på pojkars och mäns – men även flickor och kvinnors – psykiska, fysiska och sexuella hälsa. Även hälso- och sjukvården uppmärksammas som en arena där könsstereotypa normer kring psykisk ohälsa riskerar att vidmakthållas.

Mäns våld mot kvinnor beskrivs innebära ökad risk för olika former av fysisk och psykisk ohälsa på både kort och lång sikt. Psykiska problem som sömnsvårigheter, ångest, depression och posttraumatiskt stressyndrom är två till fyra gånger vanligare bland våldsutsatta kvinnor jämfört med andra grupper. Gällande ekonomisk jämställdhet beskrivs att kvinnor generellt upplever mer stress och psykosociala påfrestningar i arbetet. Dessa problem kan kopplas till de högre och ökande sjukskrivningstalen för psykiatriska diagnoser bland kvinnor. Kvinnors större ansvar för det obetalda hem- och omsorgsarbetet i familjen och andra närstående leder till psykiska och fysiska påfrestningar, samt bidrar till den högre sjukfrånvaron bland kvinnor. Den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga i skol- och gymnasieålder, vilken särskilt drabbar flickor och unga kvinnor, lyfts också fram, samt skolans viktiga roll i att motverka denna utveckling.

I skrivelsen anges vidare flera vidtagna åtgärder inom ramen för målet om jämställd hälsa (Regeringskansliet, 2016). Två av dessa bedöms ha potential att minska kvinnors sjukskrivningar, där psykisk ohälsa är den vanligaste sjukskrivningsorsaken. Dessa åtgärder avser överenskommelser mellan staten och Sveriges kommuner och regioner (SKR). De gäller dels en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess, dels de resurser som anslagits för att stärka insatser inom psykiatri och psykisk hälsa.

I Jämställdhetsmyndighetens rapport *System för uppföljning och analys av jämställdhetspolitiken* föreslår myndigheten en delmålsövergripande tematisk uppföljning av den omfattande stressrelaterade ohälsan hos kvinnor (Jämställdhetsmyndigheten, 2018). Förslaget baseras bland annat på utredningen *Tid för utveckling*. Den beskriver hur utmattningssyndrom och andra närliggande diagnoser är relaterade till belastning och livsvillkor, snarare än till kön, samtidigt som kvinnor utgör en särskild riskgrupp och drabbas av stressrelaterad sjukfrånvaro i högre utsträckning än män (SOU, 2018b) (Utredningen för hållbart arbetsliv över tid, 2018).

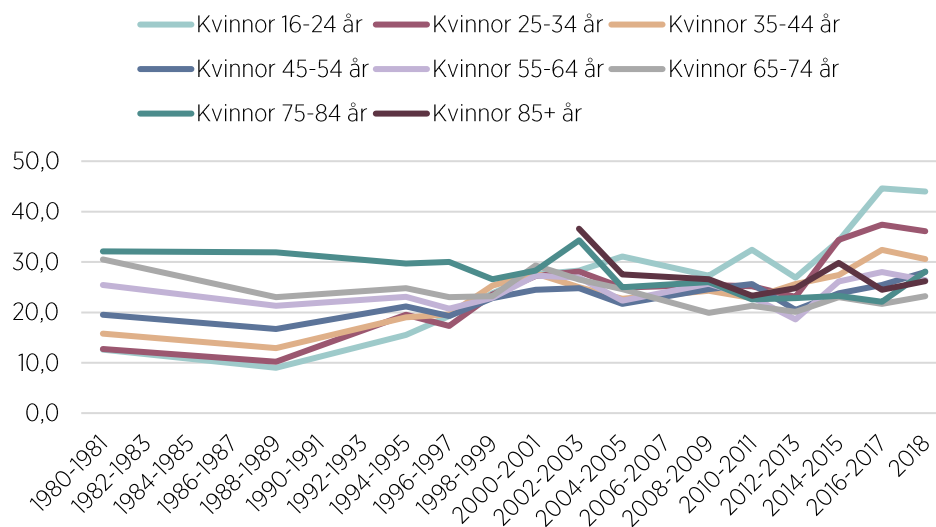
Utredningen ger exempel på hur belastning ackumuleras genom att kvinnor både utför mer av det obetalda arbetet i hemmet och verkar behöva prestera mer för samma ersättning som män på arbetsplatsen. Här hänvisas bland annat till studier som visar att kvinnor i genomsnitt har högre utbildning men sämre lön jämfört med män i samma position. Inom kvinnodominerade sektorer är dessutom riskerna för ohälsa större.

Arbetsituationen präglas ofta av kända riskfaktorer såsom höga produktionskrav och detaljstyrning samt låg grad av kontroll, i kombination med den emotionella belastningen som många så kallade kontaktyrken innebär. Utredningen lyfter även fram att kvinnor i större utsträckning än män utsätts för våld i nära relationer. Sammantaget visar detta hur stressrelaterad ohälsa kan ha sin grund i samverkande faktorer i arbetet, hemmet, familjen och samhället som helhet. Den faktiskt större graden av stressexponering samt upplevelsen av orättvisa och diskriminering kan leda till allvarliga stressreaktioner som riskerar att bli kroniska.

4.3. DEN PSYKISKA OHÄLSANS UTVECKLING

Den psykiska ohälsans utveckling går att följa genom fem av SCB:s indikatorer kopplade till jämställd hälsa. Två av dessa beskriver sjukskrivningstal för psykisk ohälsa och redovisas i avsnitt *Utvecklingen av sjukskrivningar vid psykisk ohälsa*. Ytterligare en indikator handlar om barn, hur de mår samt hur de känner sig och redovisas i avsnitt *Indikatorer för psykisk ohälsa hos barn och unga*. De två övriga indikatorerna redovisas nedan.

Diagram 4.1: Besväras av ängslan, oro eller ångest efter ålder. Skattad andel kvinnor, i procent.

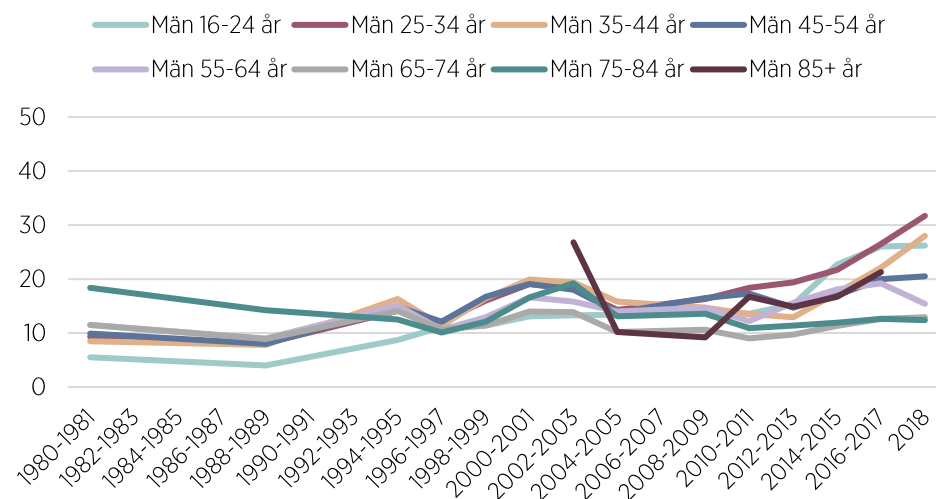


SCB indikator avseende jämställd hälsa, 5.6: Besvär av ängslan, oro eller ångest efter ålder.

Källa: Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC), SCB.

Kommentar: Data saknas för åren 1982–1987 och 1990–1995. Det finns väsentliga skillnader mellan mätningarna 1980/1981–2006/2007 och perioden därefter. Detta beror på att SCB från och med 2008/2009 och framåt använde ett delvis annat urval.

Diagram 4.2: Besväras av ängslan, oro eller ångest efter ålder. Skattad andel män, i procent.



SCB indikator avseende jämställd hälsa, 5.6: Besvär av ängslan, oro eller ångest efter ålder.

Källa: Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC), SCB.

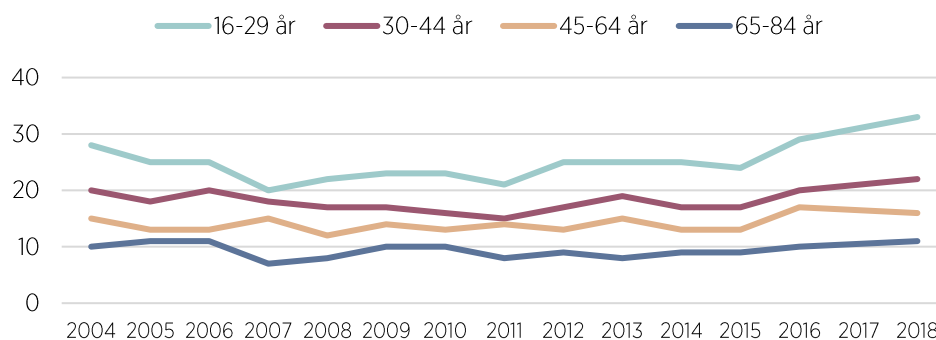
Kommentar: Data saknas för åren 1982–1987, 1990–1993 och 2006/2007. Det finns väsentliga skillnader mellan mätningarna 1980/1981–2004/2005 och perioden därefter. Detta beror på att SCB från och med 2008/2009 och framåt använde ett delvis annat urval.

För indikatorn ”Besvär av ängslan, oro eller ångest efter ålder” har det skett ett skifte avseende i vilka åldersgrupper som dessa besvär varit mest frekventa (Diagram 4.1 och 4.2)⁷. Före år 2000 angav en större andel i de äldre åldersgrupperna sådana besvär. En bit in på tvåtusettalet börjar de yngre åldersgrupperna att dominera.

Andelen kvinnor som uppger besvär av ängslan, oro eller ångest har ökat sedan 2012/2013 (Diagram 4.1). Ju yngre åldersgrupp, desto högre nivåer och brantare ökning. Även för männen – som generellt sett ligger på en lägre nivå – har andelen ökat de senaste åren (Diagram 4.2). Vid den senaste mätningen, år 2018, besvärades 44 procent av kvinnorna i åldersgruppen 16–24 år av ängslan, oro eller ångest, jämfört med 36 procent för män i samma åldersgrupp.

När indikatorn ”Besvär av ängslan, oro eller ångest” analyseras utifrån andra bakgrundsvariabler framkommer att kvinnor med förgymnasial och gymnasial utbildning har högre nivåer än de med eftergymnasial utbildning. Ett liknande mönster men på en lägre nivå ses för män. När det gäller familjebakgrund ligger ensamstående kvinnor med barn högst, men ensamstående kvinnor utan barn har kommit i kapp de senaste åren. Både sammanboende med och utan barn uppvisar ökande andelar de senaste åren, men ligger generellt lägre än ensamstående med eller utan barn. Män ligger på lägre nivåer än kvinnor.

Diagram 4.3: Nedsatt psykiskt välbefinnande efter ålder. Skattad andel kvinnor, i procent.

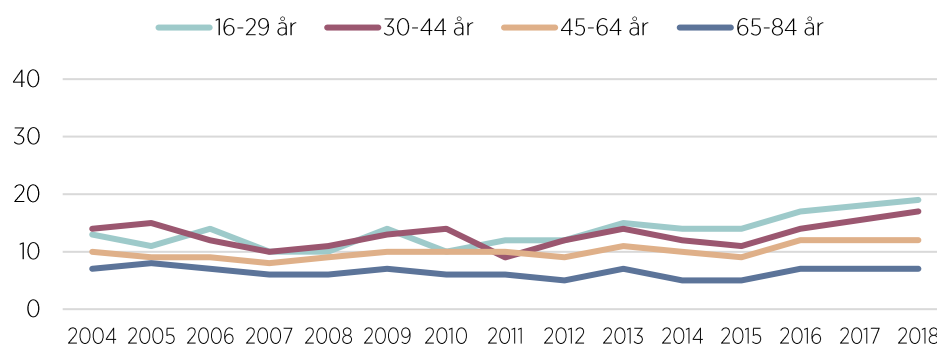


SCB indikator avseende jämställd hälsa, 5.5: Nedsatt psykiskt välbefinnande efter ålder.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

⁷ Det är dock viktigt att vara uppmärksam på att jämförelserna över tid försvåras av att SCB från och med 2008/2009 och framåt använde ett delvis annat urval än under perioden innan.

Diagram 4.4: Nedsatt psykiskt välbefinnande efter ålder. Skattad andel män, i procent.



SCB indikator avseende jämställd hälsa, 5.5: Nedsatt psykiskt välbefinnande efter ålder.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

En högre andel kvinnor lider även av nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med män (Diagram 4.3 och 4.4). Ju yngre åldersgrupp, desto större andel kvinnor med nedsatt psykiskt välbefinnande. Sämst psykiskt välbefinnande uppger den yngsta gruppen, kvinnor 16–29 år, där andelen ökat det senaste årtiondet. Även i de övriga åldersgrupperna – förutom den äldsta – har en signifikant ökning skett. Även för männen – som generellt ligger på en lägre nivå – kan en ökning observeras i de yngre åldersgrupperna (Diagram 4.4). Här är dock åldersgrupperna mer sammanpressade under större delen av tidsperioden och det är först de senaste åren som åldersgrupperna börjat skilja sig åt enligt samma mönster som hos kvinnor. Vid den senaste mätningen, år 2018, uppgav 33 procent av de unga kvinnorna och 19 procent av de unga männen nedsatt psykiskt välbefinnande.

När indikatorn nedsatt psykiskt välbefinnande analyseras utifrån även andra bakgrundsvariabler framkommer att det psykiska välbefinnandet påverkas av vilken typ av sysselsättning individen har. Kvinnor som yrkesarbetar anger i betydligt lägre grad nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med kvinnor som är arbetslösa, uppbar sjukpenning eller sjukersättning, studerar eller praktiserar. För män ser vi ett liknande mönster men på en lägre nivå. Här ligger dock de studerande eller praktiserande männen betydligt närmare de lägre nivåerna hos yrkesarbetande män.

Därutöver framkommer att kvinnor med hög inkomst anger nedsatt psykiskt välbefinnande i lägre grad än kvinnor med låg inkomst, utom vid senaste mätningen år 2018 då kvinnor med hög inkomst ökat till samma nivå som de med låg inkomst. Män ligger generellt på lägre nivåer och de med låg inkomst ligger betydligt högre än de med hög inkomst.

Även födelseland spelar roll. De som är födda i Sverige och Norden uppger nedsatt psykiskt välbefinnande i lägre utsträckning än de som är födda i övriga världen. Dessutom påverkar bostadsort. Kvinnor som bor i storstäder och i storstadsnära kommuner uppger i högre grad nedsatt psykiskt välbefinnande än kvinnor i mindre städer och på landsbygden. Detta mönster är inte statistiskt signifikant för män.

Stress, sömnbesvär, värk och självmordstankar

Ytterligare tidsserier med anknytning till psykisk ohälsa från den Nationella folkhälsoenkäten visar att upplevd stress, sömnbesvär, värk och huruvida en person haft självmordstankar varierar utifrån kön, ålder och socioekonomisk bakgrund (Folkhälsomyndigheten, 2019). Kvinnor känner sig stressade i betydligt högre grad än män och yngre i högre grad än äldre. Andelarna har dessutom ökat. År 2018 uppgav 35 procent av kvinnorna och 18 procent av männen i åldersgruppen 16–29 år att de kände sig stressade. Kvinnor med eftergymnasial utbildning är mer stressade än de med lägre utbildningsgrad.

När det gäller sysselsättning sticker kvinnor som studerar eller praktiserar ut genom att 40 procent av dessa känner sig stressade, jämfört med 20 procent av de studerande eller praktiserande männen (år 2018). Den grupp där störst andel är stressade är gruppen sjukskrivna; 43 procent av kvinnorna och 38 procent av männen (år 2018). Män med låg inkomst upplever stress i högre utsträckning än män med hög inkomst. För kvinnor ses inga tydliga skillnader de senaste åren, då stressen för kvinnor med hög inkomst har ökat.

När det gäller sömnbesvär ligger även dessa betydligt högre för kvinnor. Hos yngre ser vi en uppåtgående trend mellan 1980 och 2018. Äldre ligger betydligt högre än yngre och könsskillnaderna är större i åldrarna 55 år och uppåt än hos yngre. Personer med utländsk bakgrund har oftare sömnbesvär jämfört med de med svensk bakgrund. Även när det gäller värk, där det finns en välbelagd koppling till psykisk ohälsa, ligger kvinnor på en högre nivå och äldre ligger högre än yngre.

Avseende frågan om självmordstankar under det senaste året så framkommer att ju yngre åldersgrupp, desto större andel individer med självmordstankar. I gruppen 16–29 år är kvinnors andel nästan dubbelt så hög som för män (9 mot 5 procent) medan övriga åldersgrupper inte uppvisar signifikanta könsskillnader. Andelen med självmordstankar är lägst hos yrkesarbetande och högst i gruppen med sjukpenning eller sjukersättning. Studerande eller praktiserande kvinnor ligger högre än motsvarande män under flertalet år. Individer med låg inkomst ligger högre än de med hög inkomst. Generellt har självmordstankar minskat de senaste åren i de flesta grupper.

4.4. SJUKSKRIVNINGAR FÖR PSYKISK OHÄLSA

Sjukskrivningar för stressrelaterad psykisk ohälsa har ökat kraftigt sedan år 2010. Försäkringskassans rapport *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser* visar att kvinnor har en betydande överrisk för sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser, och i synnerhet för stressrelaterad psykisk ohälsa (Försäkringskassan, 2020a) - Generellt stiger sjukfrånvaron med åldern, men eftersom psykisk ohälsa vanligtvis debuterar i 20–30-års åldern dominerar psykisk ohälsa bland yngre. Depressioner och andra ångestsyndrom är vanligast bland yngre medan stressrelaterad psykisk ohälsa blir vanligare i åldrarna över 35 år. Kvinnor har en 25-procentig högre risk för att bli sjukskrivna jämfört med män. För sjukskrivning med psykiatrisk diagnos är risken 31 procent högre för kvinnor och för stressrelaterad psykisk ohälsa är den än högre, 41 procent (Försäkringskassan, 2020a) -För kvinnor är risken för sjukskrivning för psykisk ohälsa störst i 35–44 års åldern, då den står för 40 procent av sjukskrivningarna.

Försäkringskassan slår fast att fränskilda kvinnor och män har högre risk för sjukskrivning, både generellt och för psykiatriska diagnoser. Detta mönster gäller även kvinnor och män med fyra eller fler barn jämfört med föräldrar som har två barn. Stressrelaterad psykisk ohälsa i form av utmattningssyndrom är vanligare bland individer med barn i förskole- och lågstadieåldern, tre till åtta år. Vidare finns en tendens till högre sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser i pendlingskommuner runt storstäderna (Försäkringskassan, 2020a) -

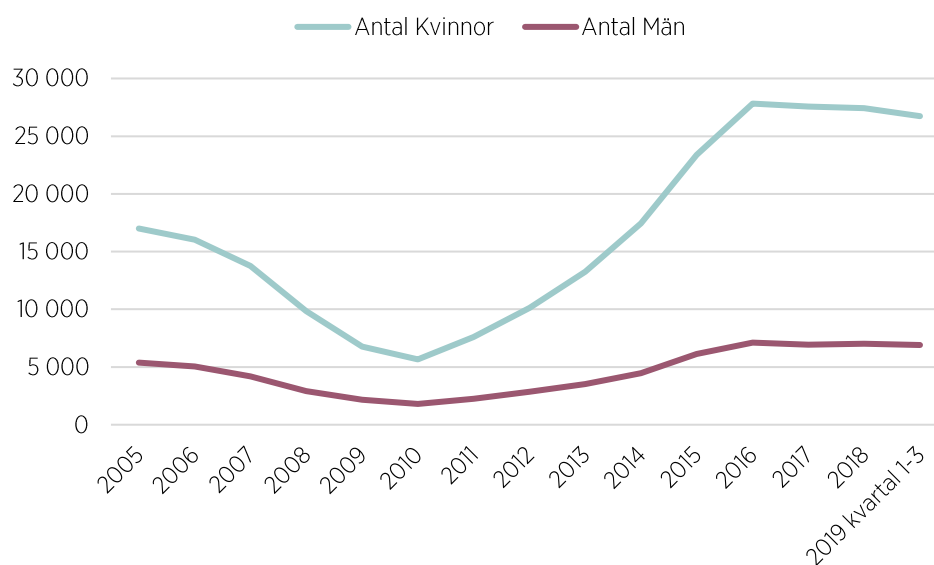
Sjukfrånvaron är generellt högre inom bygg, transport, utbildning, vård och omsorg samt offentlig förvaltning. För psykiatriska diagnoser är sjukfrånvaron dock högre enbart inom utbildning, vård och omsorg samt offentlig förvaltning. Inom många chefsyrken har kvinnor en lägre generell sjukfrånvaro än förväntat. Prästyrket är ett exempel på ett yrke där kvinnor har högre sjukfrånvaro än förväntat både generellt och avseende psykiatrisk diagnos. Inom chefsyrken och yrken som kräver högskoleutbildning dominerar stressrelaterade diagnoser och utmattningssyndrom, men i dessa yrken är sjukfrånvaron i allmänhet låg (Försäkringskassan, 2020a) -

Psykiatriska diagnoser har blivit den främsta orsaken till längre sjukfrånvaro i Sverige. Sjukskrivningar med psykiatriska diagnoser som varar längre än två månader har ökat kraftigt som andel av det totala antalet längre sjukskrivningar. För kvinnor har dessa sjukskrivningar gått från 13 till 45 procent och för män från 16 till 33 procent under de tre senaste decennierna. Den ökade förekomsten av utmattningssyndrom kan vara en viktig orsak till ökad sjukfallslängd för psykiatriska diagnoser då de ofta är långvariga. Sjukskrivningar för psykiska sjukdomar av allvarigare och mer svårbehandlad art har inte ökat över tid. De är vanligare bland män än bland kvinnor (Försäkringskassan, 2020a).

4.4.1. Utvecklingen av sjukskrivningar vid psykisk ohälsa

Två av SCB:s indikatorer för jämställd hälsa mäter sjukskrivning för psykisk ohälsa över tid. Dels gäller det indikatorn för pågående sjukfall på grund av anpassningsstörningar⁸ och reaktion på svår stress 2005–2019. Dels gäller det indikatorn för pågående sjukfall på grund av depressiv episod⁹ 2005–2019. Ett pågående sjukfall är en sammanhängande period då en person är sjukskriven med sjuk- eller rehabiliteringspenning.

Diagram 4.5: Pågående sjukfall på grund av anpassningsstörningar och reaktion på svår stress 2005–2019



SCB indikator avseende jämställd hälsa, 5.19: Pågående sjukfall på grund av anpassningsstörningar och reaktion på svår stress.

Källa: Försäkringskassan.

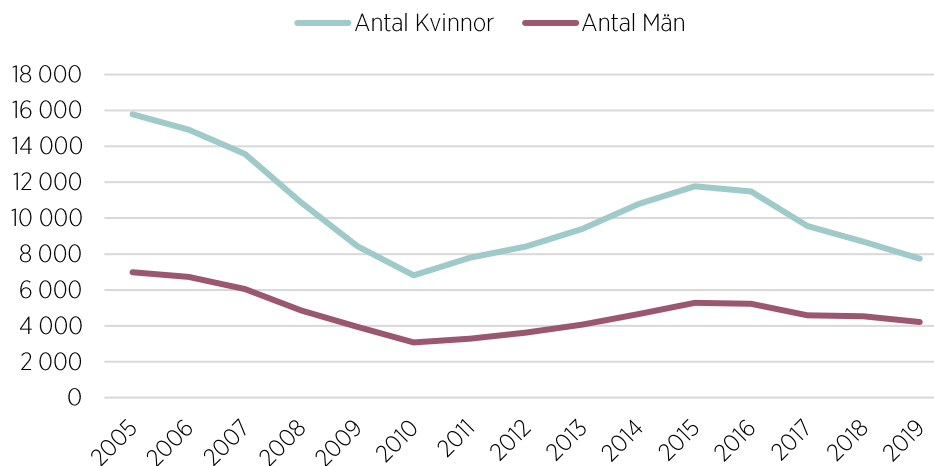
Diagram 4.5 visar att kvinnor har fler pågående sjukfall på grund av anpassningsstörningar och reaktion på svår stress under hela perioden 2005–2019 jämfört med män. Från 2005 till 2010 minskade sjukfallen för båda könen, men kraftigast för kvinnor, vilket ledde till att könsskillnaderna minskade. Från och med 2010 fram till 2016 ökade sjukfallen kontinuerligt för båda könen, men med en brantare stigning för kvinnor. Därefter har sjukfallen legat på en relativt konstant nivå, men med en liten minskning för kvinnor.

⁸ Anpassningsstörning är en psykisk störning som kan uppkomma som reaktion på svår stress, en livsomstörtande händelse eller ett trauma.

⁹ Depressiv episod betecknar ett första insjuknande i depression och diagnosen kan omfatta en rad olika tillstånd med delvis skilda symtom och prognos.

Det senaste årtiondet har det skett en nästan femfaldig ökning av pågående sjukfall på grund av anpassningsstörningar och reaktion på svår stress för kvinnor. År 2019 omfattade diagnosen cirka 27 000 kvinnor jämfört med 7 000 män.

Diagram 4.6: Pågående sjukfall på grund av depressiv episod 2005–2019



SCB indikator avseende jämställd hälsa, 5.20: Pågående sjukfall på grund av depressiv episod 2005–2019.

Källa: Försäkringskassan.

För pågående sjukfall på grund av depressiv episod (Diagram 4.6) ser vi en likartad utveckling men med några skillnader. Både kvinnor och mäns sjukfall på grund av depressiv episod var högre 2005 jämfört med hela perioden fram till senaste mätningen 2019. Ökningen efter 2010 har varit mer likartad för kvinnor och män. En nedgång i sjukfallen har skett sedan 2015. Pågående sjukfall på grund av depressiv period omfattade 2019 cirka 8 000 kvinnor och 4 000 män. De ligger på en betydligt lägre nivå jämfört med sjukfall på grund av anpassningsstörningar och reaktion på stress.

Att sjukfallen på grund av anpassningsstörningar och reaktion på svår stress har ökat markant, framför allt bland kvinnor, medan sjukfall på grund av depressiv period fallit tillbaka till nästan samma nivå som för tio år sedan diskuteras i Försäkringskassans rapport i termer av möjlig diagnosglidning inom hälso- och sjukvården, det vill säga att samma symptombild kan ha fått en annan diagnosättning (Försäkringskassan, 2020a) Att sjukskrivningar varierar över tid beskrivs i en forskningssammanfattning från Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) i huvudsak bero på tre parametrar: Regelverket - graden av kontroll och ersättningsnivåer, konjunkturen och attityder till sjukfrånvaro (IFAU, 2020).

4.4.2. Kunskapsöversikt om vad som kan förklara kvinnors högre frånvaro på grund av psykisk ohälsa

I jämförelse med andra jämförbara länder¹⁰ ligger sjukfrånvaron i Sverige totalt sett strax över medel, men svenska kvinnor ligger över genomsnittet och svenska män ligger under (Försäkringskassan, 2017b). Kvinnor i Sverige har haft högre sjukfrånvaro än män sedan mitten av 1980-talet då förvärvsfrekvensen för kvinnor i arbete utanför hemmet ökade. Könsskillnader i generell sjukfrånvaro och i psykiatriska diagnoser är inte unikt för Sverige utan liknande mönster finns i de övriga nordiska länderna där kvinnors förvärvsfrekvens, liksom i Sverige, är hög (Boström & Hensing, 2020)

En vanlig bedömning är att orsakerna bakom könsskillnaderna i sjukskrivningar för psykisk ohälsa är att kvinnor och män arbetar i olika typer av yrken och arbetsplatser. Kvinnor återfinns, som vi tidigare beskrivit, inom kontaktintensiva branscher som skola, vård och omsorg medan män i stor utsträckning arbetar inom teknik, konstruktion och administration. Anställda inom de kvinnodominerade branscherna har en ökad risk för sjukskrivning på grund av psykisk sjukdom, vilket styrks av tidigare forskning och statistik (Boström & Hensing, 2020). Orsaken till kvinnors högre sjukfrånvaro antas dels bero på en selektion av kvinnor till kvinnodominerade branscher, dels arbetsmiljön i kvinnodominerade branscher. Denna syn stöds av Arbetsmiljöverkets vitbok om kvinnors arbetsmiljö från 2017 (Arbetsmiljöverket, 2017). I Vitboken konstaterar myndigheten att fördelningen av kvinnor och män till olika sektorer inom arbetslivet ligger bakom att kvinnor har sämre hälsa, då kvinnodominerade sektorer har sämre arbetsmiljö och sämre förutsättningar för arbetets utförande jämfört med manskodade sektorer.

Det obetalda arbetets betydelse för den totala belastningen och kvinnors högre sjukfrånvaro är exempel på andra faktorer som ofta förts fram som förklaring till kvinnors högre sjukskrivningstal. Fortfarande utför kvinnor mer obetalt arbete än män, men forskningen om det obetalda arbetets betydelse för sjukfrånvaro bland kvinnor och män är långt ifrån lika omfattande som forskningen om det betalda arbetets betydelse (Boström & Hensing, 2020)

¹⁰ Danmark, Finland, Frankrike, Nederländerna, Norge, Storbritannien och Tyskland

Några svenska studier har undersökt samband mellan antal barn och föräldrars sjukfrånvaro. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) fann att kvinnors sjukfrånvaro ökade efter första barnets födelse men inte männens (IFAU, 2010). En utredning från Försäkringskassan fann inte någon ökad sjukfrånvaro efter första barnets födelse men däremot efter andra barnets födelse (Försäkringskassan, 2014). Försäkringskassan har i ytterligare en rapport kommit fram till att föräldrar, både kvinnor och män, med barn i åldern 2–15 år löper en större risk för sjukskrivning för psykisk sjukdom jämfört med föräldrar som har barn i andra åldrar (Lidwall m.fl., 2018). Som vi tidigare nämnt lyfter den senaste rapporten från Försäkringskassan fram att diagnosen utmattningssyndrom är vanligare bland personer med barn i åldrarna tre till åtta år (Försäkringskassan, 2020a). Dessa rapporter visar att perioden med hög belastning i det obetalda arbetet kan vara en bidragande orsak till kvinnors högre sjukfrånvaro. Andra faktorer som kan påverka om det blir en sjukskrivning eller inte är hur kvinnor och män bemöts och behandlas inom hälso- och sjukvården. Livsstilsfaktorer som fysisk aktivitet, rökning, alkohol- och kostvanor är andra faktorer som kan hänga samman med hälsa och arbetsförmåga (Boström & Hensing, 2020).

Vad visar aktuell nordisk forskning?

För att öka kunskaperna kring vad som kan förklara kvinnors högre sjukfrånvaro för psykisk ohälsa jämfört med män beställde Jämställdhetsmyndigheten en kunskapsöversikt kring frågan av två forskare verksamma vid Göteborgs universitet, professor Gunnel Hensing och medicine dr Maria Boström. Kunskapsöversikten togs fram under perioden april–september 2020. Då de nordiska länderna har stora likheter i arbetsliv, välfärdssystem, hälso- och sjukvård samt jämställdhet riktade de kunskapsöversikten mot aktuell nordisk forskning, vilket ökar relevansen av resultaten i relation till policy och politiska beslut i Sverige. Kunskapsöversikten, med titeln *Vad kan förklara kvinnors högre sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa? En kunskapsöversikt av nordisk forskning publicerad under åren 2010 – 2019*, ligger som bilaga i denna rapportering (Bilaga 2).

Kunskapsöversikten inkluderar systematiska litteratursökningar i relevanta vetenskapliga databaser. Till detta utfördes handsökningar i relevanta genustidskrifter. Litteratursökningen resulterade i 1 475 studier som efter en oberoende relevansgranskning av titel, abstrakt och fulltextstudier resulterade i att 17 studier inkluderades i översikten.

Fokus på arbetsliv, arbetsmiljö och yrke

Av de inkluderade studierna framkom sju möjliga orsaksfaktorer till kvinnors högre sjukskrivningstal. Dessa var:

1. personalneddragningar,

2. bristande organisatorisk och social arbetsmiljö, genom obalans mellan ansträngning och belöning i arbetslivet (effort-reward imbalance) för högutbildade kvinnor och ett alltför stort engagemang i arbetet (overcommitment) för lågutbildade kvinnor,
3. att arbeta i en kvinnodominerad bransch eller att ha låga krav på formell kompetens,
4. skillnader i kvinnor och mäns yrken och arbetsplatser,
5. låg utbildningsnivå,
6. lång sjukskrivningstid och,
7. rökning.

I tabell 4.1 är de sju möjliga orsaksfaktorerna listade tillsammans med de sex studiernas författare, publiceringsår och landskod avseende det land där studierna genomfördes.

Tabell 4.1 Möjliga specifika orsaksfaktorer för sjukskrivning på grund av psykisk ohälsa för kvinnor och män funna i sex nordiska studier publicerade under åren 2010–2019

Möjliga orsaksfaktorer där samband med utfallet fanns endast för kvinnor*	Författare, publiceringsår, landskod**
Personalneddragningar	Bryngelson et al, 2011, SE
Obalans mellan ansträngning och belöning i arbetslivet (effort-reward imbalance) för högutbildade kvinnor och ett alltför stort engagemang i arbetet (overcommitment) för lågutbildade kvinnor	Lidwall 2016, SE
Kvinnodominerad bransch, ha låga krav på formell kompetens	Halonen et al, 2018, FI
Skillnader i kvinnor och mäns yrken och arbetsplatser	Laaksonen et al, 2010, FI
Låg utbildningsnivå	Foss et al, 2010, NO
Längre sjukskrivning över tid inom kvinnodominerade icke-manuella arbeten och arbete med låg inkomst	Leinonen et al, 2018, FI
Rökning	Foss et al, 2010, NO

*Samma studie kan ha undersökt flera olika möjliga orsaksfaktorer.

** FI = Finland, NO=Norge, SE=Sverige.

Källa: Tabell 2 i rapporten: *Vad kan förklara kvinnors högre sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa? En kunskapsöversikt av nordisk forskning publicerad under åren 2010–2019*, av Gunnel Hensing och Maria Boström, 2020, Göteborgs universitet. Tabellen är något justerad av Jämställdhetsmyndigheten.

Arbetslivet påverkar men forskningen om det obetalda arbetet saknas

Fokus för den nordiska forskningen som publicerats under åren 2010–2019 är alltså arbetslivsrelaterade faktorer i vid mening. Flera studier visar direkt eller indirekt att den könsuppdelade arbetsmarknaden har betydelse.

Organisatoriska och sociala faktorer i arbetsmiljön i de kvinnokodade sektorerna måste förändras för att förbättra arbetsmiljön, anser Maria Boström och Gunnel Hensing. Det räcker inte med att erbjuda individinriktade åtgärder till stöd för kvinnor som drabbats av sjukfrånvaro. Förebyggande insatser behöver enligt kunskapsöversikten utvecklas på andra nivåer inom arbetslivet för att få en långsiktig förändring.

Ett annat sätt att motverka kvinnors sjukskrivningar kan vara att försöka påverka hur ungdomar väljer utbildning, då det sker en selektion av kvinnor till den kvinnodominerade sektorn. Denna selektion startar redan i valet av utbildningar och yrkesinriktning. Men även om det skulle gå att ändra ungdomars utbildnings- och yrkesval är det enligt Boström och Hensing centralt att förbättra arbetsmiljön i kvinnodominerade yrken. En av studierna i översikten fann en högre risk för sjukfrånvaro med psykisk ohälsa bland män i kontaktyrken jämfört med kvinnor.

Ingen av de sex studierna som kunde ge möjliga förklaringar till att kvinnor är mer sjukskrivna för psykisk ohälsa jämfört med män adresserade det obetalda hem- och omsorgsarbetet. Detta förklaras av att det saknas aktuella vetenskapliga studier från de nordiska länderna kring det obetalda arbetets eventuella betydelse för kvinnors högre sjukfrånvaro med psykiatriska diagnoser.

När det gäller den obetalda sektorn konstaterar författarna att metodutveckling behöver ske för att området ska kunna studeras närmare, utöver de faktorer som studerats i tidigare rapporter, såsom antal barn, barnens ålder och huruvida barnen uppbär ersättning för särskilda behov. Exempelvis saknas register eller återkommande statistik över belastningar eller skador i det obetalda arbetet, vilket däremot finns för det betalda arbetet. Ojämförd fördelning av det obetalda hem- och omsorgsarbetet framhålls ofta som en möjlig riskfaktor för kvinnors högre sjukfrånvaro, men får enligt Boström och Hensing i nuläget ses som en hypotes som behöver studeras i framtida forskning. Utöver ojämförd fördelning av det obetalda hem- och omsorgsarbetet konstaterar de att relationsproblem och våld i nära relationer behöver studeras närmare för att få en mer heltäckande bild över möjliga orsaksfaktorer till kvinnors högre sjukfrånvaro med psykisk ohälsa.

4.4.3. Åtgärder för att motverka psykisk ohälsa och sjukskrivningar hos kvinnor

Utifrån Jämställdhetsmyndighetens granskning av de regeringsuppdrag kring psykisk ohälsa som lagts de senaste fem åren framkommer att regeringen vidtagit en mängd åtgärder för att motverka den psykiska ohälsan i samhället. Sammanfattningsvis visar granskningen att ett 70-tal myndighetsuppdrag och särskilda regeringsuppdrag med koppling till psykisk ohälsa har upprättats. Till detta kommer årliga överenskommelser mellan staten och Sveriges kommuner och regioner, SKR, samt ett tiotal kommittédirektiv. De myndigheter som fått flest uppdrag är Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen men även ett tiotal andra myndigheter har identifierats arbeta med frågan. Uppdragen är av många olika slag och omfattar bland annat kunskapsuppbyggande, kunskapsspridande, stödjande och samordnande insatser kring psykisk ohälsa, men även fördelning av forskningsmedel och statsbidrag samt uppföljning av statens överenskommelser med SKR.

I regeringens skrivelse *Makt, mål och myndighet* anges två åtgärder inom ramen för målet om jämställd hälsa som bedöms ha potential att minska sjukskrivningar hos kvinnor. Dessa åtgärder avser årligen återkommande överenskommelser mellan staten och SKR, dels avseende en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess, dels insatser för att stärka psykisk hälsa (Regeringskansliet, 2016).

Svårbedömda effekter av arbetet med en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess

Överenskommelserna för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess har slutits årligen sedan 2006 och innehåller ett antal insatsområden, även kallade villkor. Fram till 2016 fanns ett särskilt insatsområde för en jämställd sjukskrivningsprocess, men från år 2017 och framåt har detta tagits bort. Jämställdhet och frågor om våld i nära relationer, som kan vara en faktor bakom ohälsa och sjukfrånvaro, ska ingå som en integrerad del i övriga insatsområden.

Utifrån de uppföljningar som genomförts avseende överenskommelserna som träffades mellan 2016 och 2019 framkommer att kunskap kring jämställdhet och våld i nära relationer har ökat inom kompetensutvecklingen i försäkringsmedicin inom regionerna samt hos deras rehabiliteringskoordinatorer (Försäkringskassan, 2018). Försäkringskassan bedömer dock att regionernas arbete med kompetenssatsningen inte fått den effekt i det praktiska arbetet som myndigheten skulle önska. Vidare framgår att insatser för personer med lindrig och medelsvår psykisk ohälsa samt långvarig smärta har nått kring 80 000 patienter, varav majoriteten är kvinnor, vilket motsvarar könsfördelningen av diagnoser inom dessa sjukdomar. Dock är behovet av insatser fortfarande större än utbudet (Försäkringskassan, 2020d; SKR, 2019a).

I övrigt har ingen information om jämställdhet eller kvinnor och män identifierats inom uppföljningarna av dessa överenskommelser 2017–2019 (Försäkringskassan, 2019b, 2020c; SKR, 2019b; Socialstyrelsen, 2020a).

Det är därmed svårbedömt i vilken grad arbetet med en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess har ökat jämställdheten inom sjukskrivningsprocessen. Det är också svårbedömt om de åtgärder som vidtagits har bidragit till den minskning i kvinnors sjukskrivning som kan observeras under de senaste åren (se indikatorerna 5.17; 5.18; 5.19 och 5.20, Indikatorbilaga 1). Nedgången i kvinnors sjukskrivningar kan troligen hänföras till även andra, parallellt vidtagna, politiska åtgärder. Att kvinnors sjukskrivningar minskar mer än mäns sjukskrivningar behöver i sig inte innebära att jämställdheten har ökat.

Svårbedömda effekter av insatser för att stärka psykisk hälsa

Överenskommelser mellan staten och SKR om insatser för att stärka psykisk hälsa har slutits årligen sedan 2008. De innebär att kommuner och regioner tilldelas stimulansmedel för utvecklingsarbete inom området psykisk hälsa medan SKR genererar stöd, samordning och uppföljning (text SOU, 2018a). För att få del av stimulansmedlen har kommuner och regioner sedan 2016 åtagit sig att arbeta med analyser av befolkningens behov, framtagande av handlingsplaner för prioriterade åtgärdsområden samt kort- och långsiktiga mål, i relation till regeringens strategi för psykisk hälsa. Strategin innefattar fem fokusområden:

- förebyggande och främjande insatser
- tidiga och tillgängliga insatser
- utsatta grupper
- delaktighet och rättigheter
- ledarskap och organisation

Överenskommelserna bygger på ett gemensamt övergripande mål som betonar att förebyggande och främjande insatser ska vara jämställda:

Befolkningen ska erbjudas behovsanpassade och effektiva insatser av god kvalitet, såväl vad gäller förebyggande och främjande insatser, som medicinsk behandling och sociala insatser. Sådana insatser ska vara jämlika, jämställda och tillgängliga. Insatserna bör utformas med beaktande av regeringens mål att sluta de påverkingsbara hälsoklyftorna inom en generation.

(Socialstyrelsen, 2019c)

I Socialstyrelsens uppföljning av överenskommelserna avseende åren 2016–2017 framgår att en mängd satsningar och förändringar skett inom kommuner och regionen men att dessa är svåra att följa upp vad gäller uppnådda resultat, förändringar eller effekter. En övergripande bedömning är dock att arbetet lett till att förutsättningarna stärkts för en mer kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv och tillgänglig vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2019c). I Socialstyrelsens uppföljning av hur kommuner och regioner arbetat med jämställdhets- och genusperspektivet inom ramen för överenskommelserna konstaterar myndigheten att detta oftast inte går att utläsa utifrån den rapportering som kommuner och regioner avgivit. Vissa handlingsplaner har presenterat ett genusperspektiv, och då främst i relation till behovsanalyser. Besöksstatistiken för barn och unga visar att flickor oftare besöker olika mottagningar för psykisk ohälsa, vilket kan tolkas antingen som att flickor oftare har psykisk ohälsa eller att pojkar inte söker vård för sin psykiska ohälsa i samma omfattning. Socialstyrelsens slutsats är därför att jämställdhetsperspektivet, med några få undantag, lyser med sin frånvaro när det gäller planerade, pågående eller genomförda utvecklingsarbeten inom överenskommelserna (Socialstyrelsen, 2019c)

I överenskommelsen för 2020 finns ett nytt rapporteringskrav riktat till SKR. Detta innebär att SKR ska belysa jämställdhetsperspektivet där så är lämpligt samt att det ska framgå hur insatser bidragit till det jämställdhetspolitiska delmålet jämställd hälsa (Regeringskansliet, 2020a).

Jämställdhetsmyndigheten finner det svårbedömt i vilken grad de åtgärder som vidtagits inom ramen för överenskommelserna om insatser för att stärka psykisk hälsa bidragit till ökad jämställdhet samt den minskning i kvinnors sjukskrivningar som skett mellan 2017 till 2019.

4.5. PSYKISK OHÄLSA HOS BARN OCH UNGA

Psykisk ohälsa och stressrelaterad ohälsa är vanligare bland flickor och unga kvinnor än bland pojkar och unga män. Den psykiska ohälsan har ökat hos båda könen det senaste decenniet, men ökningstakten är brantare för flickor och unga kvinnor. Samtidigt begår unga män betydligt oftare självmord jämfört med unga kvinnor (Lindbom, 2021).

Sedan den 1 januari 2020 är barnkonventionen svensk lag, vilket innebär att regeringen ska tillse att barns rättigheter efterlevs i Sverige. Artikel 24 i barnkonventionen handlar om barnets rätt till bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård samt rehabilitering.

Enligt en rapport från FN:s barnfond, UNICEF, har barn i Sverige sämre psykisk hälsa i jämförelse med ett flertal andra rika länder (UNICEF, 2020). I rapporten undersöks hur barn har det i länderna inom EU och OECD. UNICEF har studerat flera områden, däribland barnens psykiska och fysiska hälsa, men även skolprestationer och sociala färdigheter. När det gäller måtten på psykiskt välmående hamnar Sverige långt ned i jämförelserna.

Avseende barns psykiska välmående, där en jämförelse gjordes mellan 38 länder, hamnade Sverige på plats nummer 22. Avseende tillfredsställelse med livet hamnar svenska 15-åringar på 18:e plats (av 33 länder). UNICEF mätte även familjestöd kopplat till emotionellt välmående och där kom Sverige på 28:e plats av 35 länder. Även när det gäller barns självmord hamnar Sverige långt ned – på 28 plats – i en jämförelse mellan 41 länder (UNICEF, 2020).

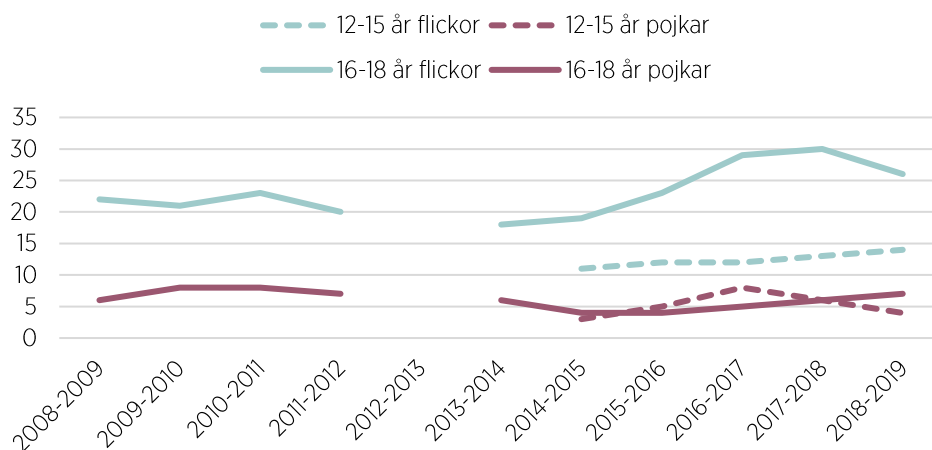
Rapporten tar också upp hur kroppsuppfattning påverkar livstillfredsställelse. Många normalviktiga barn anser att de är tjocka, särskilt flickor. En högre andel pojkar är överviktiga jämfört med flickor men för flickor är kroppsuppfattning mycket starkare kopplat till livstillfredsställelse än för pojkar. Även här sticker Sverige ut negativt och kommer på 27:e plats av 35 länder. För svenska flickor förklarar kroppsuppfattning drygt 12 procent av livstillfredsställelsen mot 6 procent för svenska pojkar (UNICEF, 2020).

Sexuella övergrepp har en starkt negativ påverkan på den psykiska hälsan hos både barn och vuxna. I en nyligen publicerad studie från Karolinska Institutet framkommer att flickor som utsätts för sexuella övergrepp söker vård för självmordsförsök 26 gånger oftare jämfört med andra jämnåriga flickor. Förutom risken för självmordsförsök är det också tio gånger vanligare med missbruksproblem, ätstörningar och andra psykiska problem hos dessa flickor. Det finns en stor kunskapsbrist kring denna patientgrupp, konstaterar studien, och vården behöver förbättras avsevärt för att möta dessa flickors behov av stöd och behandling (Rajan m.fl., 2020).

4.5.1. Indikatorer för psykisk ohälsa hos barn och unga

En av SCB:s indikatorer för jämställd hälsa, indikatorn ”Barn om hur de mår och känner sig efter ålder”, innehåller tre delfrågor: ”Jag känner mig ofta ledsen eller nere”, ”Oftast är jag nöjd med mig själv” och ”Mår mycket bra/ganska bra”. I Diagram 4.7 nedan framgår att flickor i åldern 16–18 år är den grupp där störst andel ofta känner sig ledsen eller nere. Andelen ser ut att ha ökat den senaste tioårsperioden. År 2018/2019 kände sig 26 procent av flickorna i åldersgruppen ofta ledsna eller nere, jämfört med 7 procent av pojkarna i samma åldersgrupp, där heller ingen ökning hade skett under tioårsperioden. Flickor i åldersgruppen 12–15 ligger betydligt lägre än i den äldre åldersgruppen flickor, medan den yngre gruppen pojkar ligger på ungefär samma nivå som den äldre gruppen pojkar.

Diagram 4.7: Känner mig ofta ledsen eller nere*. Skattad andel barn, i procent.



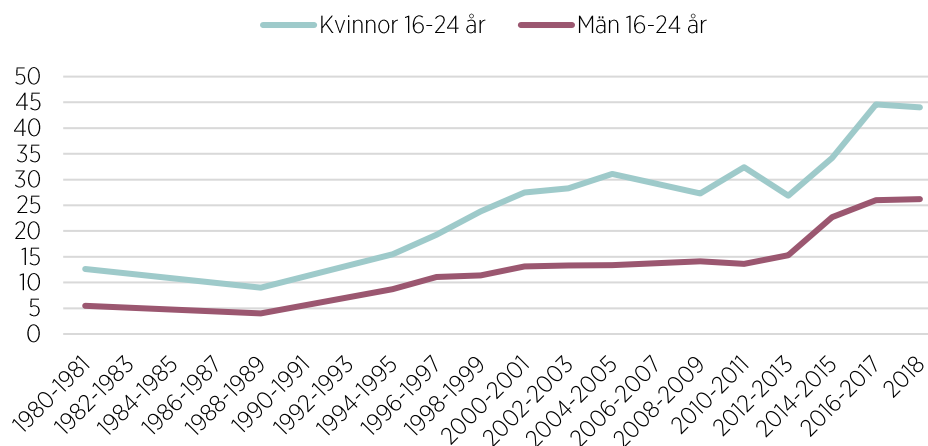
SCB indikator avseende jämställd hälsa, 5.7: Barn om hur de mår och känner sig (delfråga).

Källa: Undersökningarna om barns levnadsförhållanden, SCB.

* Under 2008–2012 löd frågan ”Känner mig ofta ledsen eller nere”, från 2013 och framåt löd frågan ”Är ofta ledsen eller nere”.

Sammanfattningsvis visar de tre delfrågorna i indikatorn att en stor andel barn mår bra och oftast är nöjda med sig själva. Andelen är högre i yngre åldersgrupper och bland pojkar. En större andel flickor känner sig ledsna eller nere jämfört med pojkarna. Dessa problem är betydligt större hos äldre flickor, där även en ökning ser ut att ha skett under det senaste årtiondet.

Diagram 4.8: Unga som besväras av ängslan, oro eller ångest. Skattad andel i procent.



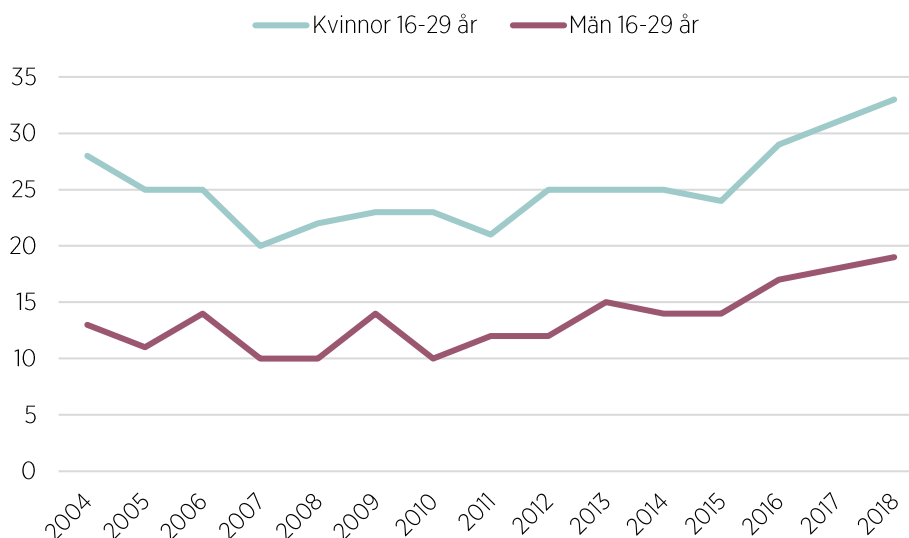
SCB indikator avseende jämställd hälsa, 5.6: Besvär av ängslan, oro eller ångest efter ålder, särredovisad för åldersgrupp 16–24 år.

Källa: Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC), SCB.

Kommentar: Data saknas för åren 1982–1987, 1990–1993 och 2006/2007. Det finns väsentliga skillnader mellan mätningarna 1980/1981–2004/2005 och perioden därefter. Detta beror på att SCB från och med 2008/2009 och framåt använde ett delvis annat urval.

Andelen unga (16–24 år) som uppgivit att de besväras av ängslan, oro eller ångest har ökat sedan början av 1980-talet fram till i dag (Diagram 4.8). Ökningen har skett i två vågor, dels från slutet av 1980-talet till början av 2000-talet och dels genom en brantare ökning, som varit särskilt tydlig för flickor och unga kvinnor, från 2012/13 fram till 2018. Flickor och unga kvinnor har legat tydligt över pojkar och unga mäns andelar under hela tidsperioden, men könsskillnaderna har ökat från slutet av 1990-talet. År 2018 uppgav 44 procent av flickorna och de unga kvinnorna och 26 procent av pojkarna och de unga männen att de besväras av ängslan, oro eller ångest.

Diagram 4.9: Nedsatt psykiskt välbefinnande bland unga. Skattad andel, i procent.



SCB indikator avseende jämställd hälsa, 5.5: Nedsatt psykiskt välbefinnande efter ålder, särredovisad för åldersgrupp 16–29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

Flickor och unga kvinnor (16–29 år) lider även i betydligt högre utsträckning av nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med pojkar och unga män (Diagram 4.9). För flickor och unga kvinnor minskade andelen mellan 2004 och 2007 för att sedan öka från 2011 till senaste mätningen år 2018. Även för pojkar och unga män ökade andelen som uppgivit nedsatt psykiskt välbefinnande under denna period, men ökningen var inte lika brant som för flickor och unga kvinnor. År 2018 uppgav 33 procent i gruppen flickor och unga kvinnor och 19 procent i gruppen pojkar och unga män att de led av nedsatt psykiskt välbefinnande.

Stress, sömnbesvär och självmordstankar

Ytterligare tidsserier med anknytning till psykisk ohälsa från den Nationella folkhälsoenkäten visar en ökande trend av unga som upplever stress. Både nivåerna och ökningen är störst bland flickor och unga kvinnor (16–29 år) (Folkhälsomyndigheten, 2019). År 2018 uppgav 35 procent i gruppen flickor och unga kvinnor och 19 procent i gruppen pojkar och unga män att de upplever besvär av stress. Samma år uppgav 40 procent av kvinnorna som studerar eller praktiserar att de kände sig stressade mot 20 procent av de studerande eller praktiserande männen.

Även för sömnbesvär ses en ökande trend bland barn och unga (16–29 år) under tidsperioden 1980–2018. Flickors och unga kvinnors andelar ligger generellt högre, förutom de senaste åren då sömnbesvär blivit lika vanligt bland pojkar och unga män.

När det gäller frågan om de har haft suicidtankar under det senaste året framkommer att en större andel uppger detta ju yngre åldersgruppen är. I gruppen 16–29 år är flickors och unga kvinnors andel nästan dubbelt så hög som för pojkar och unga män (9 respektive 5 procent). Även studerande eller praktiserande kvinnor uppger suicidtankar i högre grad än studerande eller praktiserande män.

4.5.2. Kunskapssammanställning om vad som kan förklara könsskillnader i stressrelaterad psykisk ohälsa hos barn och unga

För att öka kunskaperna kring – och få en bred belysning av – vad som kan förklara varför flickor och unga kvinnor är mer drabbade av stressrelaterad psykisk ohälsa samt uppvisar en snabbare ökning i psykisk ohälsa jämfört med andra grupper beställde Jämställdhetsmyndigheten en kunskapssammanställning kring ämnet av MSc folkhälsovetare Sofia Lindbom¹¹. Sammanställningen togs fram under 2020 och har titeln *Psykisk ohälsa hos ungdomar och unga vuxna. En kunskapsöversikt om vilka faktorer som kan förklara skillnader mellan flickor och pojkars, unga kvinnor och unga mäns psykiska hälsa* (Bilaga 3). Nedan följer Jämställdhetsmyndighetens sammanfattning och slutsatser av kunskapssammanställningen med fokus på vad som kan förklara könsskillnader i psykisk ohälsa hos barn och unga.

Kunskapssammanställningen innehåller flera delar. I en första del går Lindbom igenom de bestämningsfaktorer som kan orsaka psykisk ohälsa hos barn och unga. Vidare sammanställs prevalensen, det vill säga förekomsten av olika aspekter av psykisk ohälsa hos barn och unga. Den bärande delen av kunskapssammanställningen utgörs av en kartläggande litteraturoversikt avseende forskning om könsskillnader i psykisk ohälsa hos barn och unga. Denna inkluderar även möjliga förklaringar till könsparadoxen, det vill säga att flickor och unga kvinnor oftare upplever psykiskt ohälsa och genomför fler självmordsförsök medan betydligt fler unga män tar sitt liv. Därutöver kartlades och analyserades pågående svensk forskning kring psykisk ohälsa hos barn och unga.

Kunskapssammanställningens definition av psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett komplext begrepp som innefattar ett brett spektrum av psykiska tillstånd, symptom och psykiatriska diagnoser. Utgångspunkten i kunskapsöversikten var psykisk ohälsa som innefattar internaliserade, det vill säga inåtvända problem och sjukdomar som ångest, nedstämdhet och depression samt psykosomatiska symtom som sömnsvårigheter, ont i magen och huvudvärk.

¹¹ Sofia Lindbom har en masterutbildning i folkhälsa med inriktning hälsoekonomi, samt en masterutbildning i biomedicinska analytikerprogrammet och var tidigare verksam i forskningsprojektet STARS som studerar stress och hälsa hos barn och unga i Västra Götalandsregionen genom en tioårig kohortstudie.

Även så kallade externaliserande, det vill säga utåtvända, symtom som minskad självkontroll, aggressivitet, missbruk och antisocialt beteende berörs. Då neuropsykiatriska funktionsnedsättningar ofta har en stark samsjuklighet med annan psykisk ohälsa ingick även denna diagnosgrupp. Utgångspunkten i kunskapsöversikten var att belysa den del av psykisk ohälsa som kan kopplas till att individen utsatts för någon typ av långvarig stress som kan förklaras av yttre orsaker.

Resultat – den psykiska hälsans bestämningfaktorer

Digitala medier

Orsakerna bakom stressrelaterad psykisk ohälsa är komplexa och illustreras i kunskapsöversikten av en modell över hälsans bestämningfaktorer. I modellen samspelar biologiska faktorer som arv, kön och ålder med mer påverkbara faktorer som familjeförhållande, livsstil, sociala relationer, skola och arbetsliv, liksom med mer överordnade samhällsstrukturer som politiska, ekonomiska, kulturella och miljömässiga förutsättningar i samhället. De sociala determinanterna (bestämningfaktorerna) som potentiellt kan ligga bakom uppkomsten av psykisk ohälsa är därför många.

En livsstilsfaktor som fått en allt mer framträdande roll i barn och ungas liv och som visat sig påverka den psykiska hälsan är användandet av digitala medier. Det är starkt könsuppdelat då flickor och unga kvinnor använder sociala medier (som Facebook, Instagram, Snapchat och Tik-tok) i betydligt högre utsträckning medan pojkar och unga män ägnar mer tid åt olika former av spelande.

Att ägna mycket tid åt digitala medier kan försämra sömnen hos unga. Sämre sömnkvalitet kan i sin tur ligga bakom psykisk ohälsa. Det kan dock finnas ett dubbelriktat samband här, det vill säga att psykisk ohälsa i sig kan påverka sömnkvaliteten negativt. Forskare har även funnit ett dubbelriktat samband mellan problematiskt Facebook användande och ångest och depression samt ett samband mellan den tid som unga lägger på digitala medier å ena sidan och psykiska och psykosomatiska symtom å andra sidan, där mer tid visat sig ge ökade besvär.

En färsk rapport från Statens medieråd visar att över 27 procent av 13–18-åringarna uppgav nedsatt psykiskt välbefinnande (Statens medieråd, 2020). Det förelåg ett svagt samband mellan den tid som ägnades åt medier och psykisk ohälsa. Pojkar som uppgav nedsatt psykiskt välbefinnande lade mer tid på att se på pornografi och spela tv-spel än andra pojkar. För flickor fanns ett samband mellan nedsatt psykiskt välbefinnande och den tid som lades på Youtube, mobiltelefonen, tv-spel och att titta på film.

Även familjens inkomstnivå och härkomst spelade roll. För flickor med två utlandsfödda föräldrar fanns ett starkare samband mellan nedsatt psykiskt välbefinnande och medieanvändning än i någon annan grupp. Rapporten visade även att nätmobbing och kränkningar via digitala medier har ett starkt samband med psykisk ohälsa. Flickor med psykiska funktionsnedsättningar är en särskilt sårbar grupp då de tenderar att lägga mer tid på olika typer av digitala medier jämfört med andra grupper och därutöver är mer utsatta för mobbing och trakasserier på nätet.

Skolan

Skolan spelar en central roll för ungas välbefinnande. Svårigheter att klara skolgången och ofullständiga betyg har ett starkt samband med såväl psykisk ohälsa i ungdomsåren liksom psykisk ohälsa i vuxen ålder.

Sedan 1990-talets början har det svenska skolsystemet genomgått flera genomgripande förändringar och reformer. Exempelvis infördes ett nytt betygssystem år 2011. Studier visar att dagens skola, där stort fokus ligger på prestationer, både på individnivå och avseende konkurrens mellan skolor och mellan länder, genom exempelvis PISA mätningarna, har medfört ökad stress och risk för psykisk ohälsa hos eleverna. Flera svenska myndigheter bedömer att skolan fungerar sämre i dag än för ett par årtionden sedan, och att denna utveckling, tillsammans med att inträdet på arbetsmarknaden försvårats, är en bidragande orsak till ökad stress och psykisk ohälsa hos unga. Forskning visar att risken för ångest och oro ökar hos de elever som upplever betygsstress samtidigt som antisocialt beteende, kriminalitet och missbruk ökar hos elever som känner uppgivenhet och har svårt att leva upp till prestationskraven. Generellt har pojkar sämre skolresultat än flickor medan flickor är mer stressade över skolarbetet jämfört med pojkar. Den skolrelaterade stressen har ökat över tid hos båda könen. Unga kvinnor i gymnasiet är den grupp som är mest stressad. Stressen hos flickor och unga kvinnor beror i hög grad på att de ställer höga krav på sig själva och stressen av att vilja ”passa in” har ökat markant.

Andra ogynnsamma förhållanden i skolan som ökar risken för psykisk ohälsa är brist på socialt stöd, brist på kontroll över arbetsbördan, det sociala klimatet samt mobbing och trakasserier. Flera rapporter visar att utsattheten för kränkningar och mobbningen har ökat i samtliga grupper den senaste tioårsperioden. Den största ökningen har dock skett i gruppen flickor och unga kvinnor.

Överordnade samhällsstrukturer

Förändrade makroekonomiska förutsättningar, så som ekonomiska recessioner och depressioner, ökar risken för depression, ångest, missbruk, våld och självmord. Dessa samband återaktualiseras av coronapandemins följdverkningar i samhället (se även avsnittet om *Corona och jämställd hälsa*). Även ekonomisk ojämlikhet har kopplats till minskat välbefinnande och psykosomatiska symptom hos flickor i tonåren.

En vanlig bedömning är att den ökade individualiseringen i samhället har lett till ökad stress på individnivå (Folkhälsomyndigheten, 2018b). Från en tidigare mer kollektivistisk syn är det i dag varje medborgares ansvar att uppnå framgång, välbefinnande och god hälsa. Likaså har synen på psykisk ohälsa förändrats under de senaste decennierna. Utifrån en genomgång av statliga dokument har forskare visat att psykisk ohälsa tidigare setts som ett problem som drabbar främst socialt utsatta unga, där samhället hade ett stort ansvar att hjälpa, till dagens diskurs där psykisk ohälsa ses som ett generellt folkhälsoproblem som kan drabba alla unga oavsett bakgrundsfaktorer, och där den psykiska ohälsan tillskrivs bristande coping-strategier, det vill säga en oförmåga att hantera egna problem, och bristande kompetens hos individen (Levander & Sturfelt, 2019). Denna utveckling har fått särskilt negativa konsekvenser för flickor och unga kvinnor. Orsakerna bakom de i dag så vanliga tillstånden ångest, ångslan, nedstämdhet och depression ses som komplexa och oklara och den unga kvinnan som upplever tillstånden beskrivs som irrationell. Psykisk ohälsa liksom att inte kunna leva upp till de möjligheter som samhället erbjuder ses som en svaghet hos individen i stället för ett samhällsproblem (Callegari & Levander, 2019).

Resultat – utvecklingen över tid

Parallellt med att den självrapporterade psykiska ohälsan har ökat, framförallt hos flickor och unga kvinnor, har även diagnostiserad och behandlad psykisk ohälsa ökat. Till stor del förklaras det av ett ökat antal depressioner och ångestsjukdomar. Men även ADHD och olika beroendesjukdomar har ökat.

Under tidig barndom står pojkar för den största gruppen med diagnostiserad psykisk ohälsa vilket kan härledas till neuropsykiatriska funktionsnedsättningar såsom ADHD, ADD och autism. Under pubertetsåren förändras könsmönstret och unga kvinnor står därefter för en majoritet av den diagnostiserade psykiska ohälsan. Omkring tio procent av alla flickor, pojkar och unga män har diagnostiserad psykisk ohälsa. För unga kvinnor är siffran högre, omkring 15 procent.

När det gäller externaliserande, det vill säga utåtvänt, beteende, som minskad självkontroll, aggressivitet, antisocialt beteende och missbruk, där pojkar och unga män dominerar, är det få studier och enkäter som mäter detta. Diagnoser kopplade till externaliserande beteende tycks dock ha ökat hos både flickor och pojkar i Sverige. Det är oklart i vilken grad denna ökning beror på ökad prevalens, det vill säga ökad förekomst, eller är ett uttryck för bättre diagnostiska instrument och ökad inrapportering från primärvården. En konsekvens är därför att statistiken kan vara svår att jämföra över tid.

Könsskillnaderna avseende internaliserande, det vill säga inåtvända, symptom där oro, nervositet, ont i magen, ångest och depression ingår och där flickor samt unga kvinnor är i klar majoritet, är som störst under puberteten. Sedan minskar de något under tidigt vuxenliv.

Pojkar och unga män har oftare diagnostiserad ADHD och uppvisar mer utåtagerande beteenden samt spel- och missbruksproblematik medan flickor och unga kvinnor oftare uppger internaliserade symptom och diagnostiseras med depression och ångest.

Den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa brukar sägas vara självmord. Självmord är dubbelt så vanligt bland unga män, trots att självmordsförsök och självskadebeteende paradoxalt nog är mer än dubbelt så vanligt bland unga kvinnor. Självmord tycks dessutom ha ökat något i gruppen unga, medan data för övriga åldersgrupper visar en nedåtgående trend. Under 2018 tog 1 268 människor sitt liv i Sverige och majoriteten av dessa var män (886).

Resultat – förklaringar till könsskillnader i psykisk ohälsa bland barn och unga

Arbetet med den kartläggande litteraturöversikten inkluderade systematiska litteratursökningar avseende vetenskapliga studier kring orsakerna bakom könsskillnaderna i psykisk ohälsa hos barn och unga. Sökningarna genererade 28 översiktsartiklar varav nästan hälften tog sin utgångspunkt i ett biologiskt perspektiv. Övriga översiktsartiklar behandlade bland annat normer, sociala och ekonomiska strukturer samt socialpsykologiska förklaringsmodeller. Utöver detta inkluderades två artiklar för att även svensk forskning kring genusperspektivet skulle vara representerad i översikten. Ytterligare två inkluderades för att öka antalet artiklar kring makroekonomiska förklaringsmodeller.

Fysiologiska förklaringsmodeller

De forskningsöversikter som tog sin utgångspunkt i biologiska förklaringsmodeller visar att det finns fysiologiska skillnader mellan flickor och pojkar, respektive unga kvinnor och män. Dessa skillnader kan bidra till att förklara könsskillnaderna i stressrelaterad psykisk ohälsa.

De fysiologiska förklaringarna är många, komplexa och inte alltid samstämmiga. Övergripande kan sägas att ålder, gener, könshormoner, pubertala stadier tillsammans med miljömässiga och kontextuella faktorer har betydelse för hur långvarig stress manifesteras i kroppen hos barn och unga. Framförallt tydliggörs hur den sociala stressen förkroppsligas i de biologiska systemen. Resultaten tyder på att flickor och unga kvinnor, respektive pojkar och unga män, reagerar fysiologiskt olika vid stress. Kroppens stresssystem är mer känsligt och påverkbart hos flickor och unga kvinnor jämfört med jämnåriga pojkar, vilket kan leda till att depressions- och ångestsymtom utvecklas.

Flickor kommer generellt in i puberteten ett till två år tidigare än pojkar och den största könsskillnaden i pubertala stadier ligger kring 12–13 års åldern. Denna period sammanfaller också med tiden då könsskillnaderna i psykisk ohälsa är som störst. Puberteten är tillsammans med tidig barndom en av de mest stresskänsliga perioderna i livet, där långvarig belastning eller svåra livshändelser ökar risken för att stressen får bestående konsekvenser. Stress under puberteten kan leda till en ökad sårbarhet för stress och motgångar även senare i livet. Den lägger på så vis grunden för senare psykisk ohälsa.

Normer kring kön påverkar flickors och kvinnors psykiska hälsa

Även normer kring kön påverkar den psykiska ohälsan hos barn och unga. Forskning visar att flickor och unga kvinnor känner stress över att inte kunna leva upp till samhällets förväntningar, präglade av ideal kring framgång, skönhet och sexualitet. Det moderna individualiserade samhället beskrivs i termer av tidspress, parallella krav och brist på stöd, vilket fordrar en ständig strävan efter effektivitet och rationalitet i kombination med att alltid behöva ”välja rätt”. Stressen över att inte kunna leva upp till förväntningarna leder till att samhällets krav och sociala ideal ”förkroppsligas” som psykisk ohälsa.

Samhällets normer kring kön påverkar individens sätt att uttrycka känslor redan tidigt i livet. Flickor uttrycker känslor som ledsenhet, skam och sympati i högre utsträckning än pojkar, medan pojkar uttrycker mer externaliserande känslor som aggressivitet. Studier visar att flickor i ungdomsåren oftare maskerar sina känslor exempelvis genom att uppvisa positiva känslor mot vuxna de inte har en nära relation till i situationer som de egentligen upplever som negativa. Unga kvinnor lär sig även att undertrycka sina negativa känslor och behov, så kallad self-silencing, vilket kan vara en drivande faktor bakom den psykiska ohälsan hos flickor och kvinnor. Orsakerna bakom self-silencing är en rädsla för att förlora nära relationer och strategin drivs av normer kopplade till maktförhållandena mellan könen som påbjuder undergivenhet och foglighet av kvinnor. Self-silencing har visat sig vara kopplat till depression och ätstörningar men även fysiska sjukdomar hos flickor och kvinnor.

Det har även visat sig att normer kring kön leder till att flickor och unga kvinnor med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar riskerar att underdiagnostiseras eller att diagnostiseringen fördröjs. Detta kan medföra en kraftigt ökad risk för ångest och depression längre fram i livet (se även kapitlet *Hälsa hos kvinnor med funktionsnedsättning*).

Den sociala kontexten som individen befinner sig i kan dock se olika ut, vilket innebär att normerna kring kön kan variera beroende av exempelvis kulturellt sammanhang eller geografiskt område. Detta visar på vikten av intersektionella analyser när könsskillnader i psykisk ohälsa ska förstås.

Maskulina normer leder till att psykisk ohälsa inte upptäcks och behandlas

Normerna kring kön påverkar även pojkar och unga mäns psykiska hälsa. För att studera detta område närmare genomfördes ytterligare litteratursökningar avseende könsparadoxen, det vill säga att flickor och unga kvinnor är överrepresenterade avseende psykisk ohälsa och självmordsförsök medan män är starkt överrepresenterade när det gäller genomförda självmord¹² (se även avsnittet om *Maskulinitetsnormer och ohälsa*). De maskulina normerna, som kännetecknas av stoicism, självbehärskning och ”ensam är stark” leder till att unga män har en tydligt högre tröskel för att söka professionell hjälp jämfört med unga kvinnor, då psykisk ohälsa och vårdsökande anses skamligt och går emot normen om att visa sig osårbar. Detta ses som en delförklaring till att depression och ångestsjukdomar är underdiagnostiserade hos unga män. Ytterligare en orsak till att unga män underdiagnostiseras är att de kan ha en annan, ofta mer externaliserande symptomprofil vid depression och ångest jämfört med flickor och kvinnor. De diagnostiska instrument som används vid depression fångar inte alltid mäns symptom på depression då de utgår från symptom som är vanligare bland kvinnor. Hos män kan missbruk, kriminalitet och våld maskera depressionssymptom. Likaså kan ett könsstereotyp bemötande inom hälso- och sjukvården leda till depressiva symptom inte upptäcks eller tas på allvar. Det har också visat sig att pojkar och män har lägre hälsolitteracitet jämfört med flickor och kvinnor, det vill säga en lägre förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation som underlättar möjligheten att fatta välgrundade hälsorelaterade beslut. Att unga män inte diagnostiseras och får den hjälp de skulle behöva vid depression och ångest kan troligen förklara varför de begår självmord i högre utsträckning jämfört med unga kvinnor.

¹² Totalt inkluderar litteraturöversikten nio artiklar som behandlar förklaringar till könsparadoxen.

4.6. DISKUSSION OCH SLUTSATSER

Kunskapsöversikten visar att könsskillnaderna i psykisk ohälsa hos barn och unga inte kan förklaras av enskilda faktorer. Orsakerna är många och komplexa och opererar på flera nivåer, från individ- till samhällsnivå.

Den psykiska ohälsan hos unga är könsegregerad och könsskillnaderna har ökat över tid.

Allt fler unga lider av psykisk ohälsa. Flickor och unga kvinnor är överrepresenterade och uppvisar en snabbare ökning. Under tidig barndom står pojkar för den största gruppen med psykisk ohälsa men i puberteten förändras detta mönster och flickor och unga kvinnor står därefter för den största gruppen. Flickor och unga kvinnor uppvisar betydligt oftare inåtvända symtom och diagnoser medan pojkar och unga män uppvisar mer utåtvända symtom och diagnoser.

När det gäller andra sociala kategorier, utöver ålder och kön, så finns det brister i tillgängliga data. Detta gäller generellt för yngre åldersgrupper samt även för äldre åldersgrupper, förutom för den självskattade psykiska ohälsan. Denna brist riskerar att dölja viktiga förklarande faktorer bakom den psykiska ohälsan hos barn och unga och försvårar den intersektionella analysen.

Normer kring kön riskerar att dölja likheter och överdriva skillnader mellan könen

I dagens samhälle tenderar psykisk ohälsa att uppfattas som en typisk kvinnosjukdom. För att motverka mäns självmord och våld mot kvinnor och barn behöver samhällsdiskursen kring psykisk ohälsa utmanas och breddas för att även inkludera pojkars och mäns mer externaliserande uttryck för psykisk ohälsa. Detta kan underlätta för pojkar och män att söka professionell hjälp, innan det är för sent.

Normer kring hur flickor och kvinnor förväntas uppträda riskerar att leda till att flickor och unga kvinnor underdiagnostiseras avseende neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och att diagnostisering försenas, vilket kraftigt ökar risken för psykisk ohälsa så som ångest och depressionssjukdomar. Även på detta område behöver kunskaperna öka och normerna breddas för att flickor och unga kvinnor med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar diagnostiseras i tid och får den hjälp och stöd de behöver.

Flickor och unga kvinnor utsätts för normer kring kön som riskerar att leda till psykisk ohälsa

Normer kring kön påverkar även flickors och unga kvinnors psykiska ohälsa negativt på andra sätt. Flickor och unga kvinnor utsätts i högre grad för normer och krav kring utseende, sexualitet, skolprestationer och sociala relationer jämfört med jämnåriga pojkar. Det kan vara en drivande faktor bakom den psykiska ohälsan hos flickor och kvinnor.

Sociala medier, som i högre utsträckning används av flickor och unga kvinnor, utgör arenor där normer skapas och sprids och där unga jämför sig med andra och bedöms. Det finns stora kunskapsbrister kring digitala mediers påverkan på den ökande psykisk hälsan hos flickor.

Stressen i skolan och ökade trakasserier

Kombinationen av att flickor och unga kvinnor ställer högre krav på sig själva att lyckas med skolarbetet samtidigt som kraven i skolan ökat skulle kunna vara en av förklaringarna till varför den skolrelaterade stressen ökat mer hos flickor och unga kvinnor. En annan orsak kan vara att mobbing och trakasserier har ökat i både skolan och på internet, och att flickor och unga kvinnor är mer utsatta än pojkar och unga män. Denna utveckling är oroande då stress orsakad av mellanmännsliga relationer visat sig ha en särskilt negativ påverkan på flickor och unga kvinnors psykiska hälsa. Flickor och unga kvinnor med psykiatriska funktionsnedsättningar har pekats ut som en särskild sårbar grupp, då de både lägger mer tid på digitala medier och oftare utsätts för mobbing och trakasserier på internet

Fysiologin kan påverka

Fysiologiska skillnader ses sällan som enda förklaring till att könsskillnader i psykisk ohälsa uppstår. Övergripande tyder forskningen på att flickor och unga kvinnor respektive pojkar och unga män kan reagera fysiologiskt olika vid stress. För att öka förståelsen för könsskillnaderna i psykisk ohälsa hos unga behöver området studeras tvärvetenskapligt, det vill säga det fysiologiska-, det sociologiska- och det socialkonstruktivistiska perspektivet behöver sammanföras.

Metodologiska utmaningar

De flesta studier som undersöker psykisk ohälsa hos unga är av tvärsnittsdesign och bygger på återkommande datainsamlingar i nya populationer. Genom dessa kan samband mellan olika faktorer och psykisk ohälsa identifieras, men det går aldrig att säkerställa åt vilket håll sambanden går. För att kunna slå fast orsakssamband, det vill säga visa att en eller flera faktorer kring individen leder till en försämring eller förbättring av den psykiska hälsan behövs longitudinella studier som följer utvecklingen hos ett representativt urval av den unga befolkningen över tid. Sådana studier är både kostsamma och tidskrävande och därför mycket ovanliga, särskilt i en svensk kontext.

Forskning med genusperspektiv på psykisk ohälsa hos unga är mycket begränsad

Av de översiktsartiklar som identifierades i den systematiska litteratursökningen om könsskillnader i psykisk ohälsa hos barn och unga tog nästan hälften sin utgångspunkt i biologiska förklaringar. Då få översiktsartiklar inkluderade ett genusperspektiv togs ytterligare två svenska studier kring genusperspektivet med, vilka visade sig ge viktiga bidrag till förståelsen för vad som kan förklara varför psykisk ohälsa är vanligare bland flickor och unga kvinnor.

I genomgången av pågående svensk forskning kring ungas psykiska ohälsa identifierades 35 studier. Merparten av studierna behandlar psykisk ohälsa i relation till skolan samt ojämlikheter i socioekonomiska förutsättningar. Drygt hälften av studierna avsåg att analysera könsskillnader men få hade ett uttalat genusperspektiv¹³. Detta indikerar att genomförd och pågående forskning är mycket begränsad, om hur normer kring kön samt genus- och maktstrukturer påverkar flickor och pojkars respektive unga kvinnor och mäns stressnivåer och utveckling av psykisk ohälsa, särskilt i en svensk kontext. Detta kan anses försvåra förståelsen för varför könsskillnader i psykisk ohälsa hos barn och unga uppstår och ökar.

I kunskapsöversikten identifierades även en avsaknad av data och forskning kring barns och ungas psykiska ohälsa ur ett intersektionellt perspektiv, det vill säga utifrån fler kategorier än kön.

¹³ Även forskning baserad på biologiska förklaringsmodeller utgjorde en mycket liten andel.

4.7. SLUTSATSER OCH IDENTIFIERADE BEHOV

En jämställd psykisk hälsa behöver uppnås för att hälsomålet i sin helhet ska kunna nås. Detta innebär att flickors och kvinnors psykiska hälsa måste förbättras. En sådan utveckling kommer att öka förutsättningarna för att kunna nå övriga jämställdhetspolitiska mål. För att uppnå jämställd psykisk hälsa måste mäns psykiska ohälsa adresseras och antal självmord minska.

4.7.1. Den psykiska ohälsans utveckling

Övergripande visar indikatorerna för jämställd hälsa med koppling till psykisk ohälsa och kompletterande data att den psykiska ohälsan har försämrats de senaste åren. Kvinnor och yngre åldersgrupper har genomgående en sämre psykisk hälsa än män och äldre. Vissa grupper drabbas mer än andra av psykisk ohälsa. Exempel på sådana är flickor och unga kvinnor, kvinnor som studerar och ensamstående mödrar. Generellt har grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar även en sämre psykisk hälsa, men detta mönster har delvis förändrats för kvinnor. De senaste åren har exempelvis kvinnor med hög inkomst kommit ikapp den sämre psykiska hälsan hos kvinnor med låg inkomst.

Svårbedömt om statens överenskommelser med SKR har bidragit

Två åtgärder som regeringen bedömt har potential att minska sjukskrivningarna hos kvinnor är överenskommelserna mellan staten och SKR om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess samt insatser för att stärka psykisk hälsa (Regeringskansliet, 2016).

Utifrån de uppföljningar som genomförts av överenskommelserna anser Jämställdhetsmyndigheten det svårbedömt i vilken grad de bidragit till ökad jämställdhet och till den minskning i kvinnors sjukskrivning som skett de senaste åren. Nedgången i kvinnors sjukskrivningar under de senaste åren kan troligen även hänföras till andra, parallellt vidtagna politiska åtgärder. Att kvinnors sjukskrivningar minskar mer än mäns behöver i sig inte innebära att jämställdheten har ökat.

Arbetslivs- och arbetsmiljörelaterade faktorer vanligaste förklaringen till kvinnors högre sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa

Kunskapsöversikten som Jämställdhetsmyndigheten tagit fram visar att de faktorer som aktuell nordisk forskning pekar på som förklaringar till att kvinnor är mer sjukskrivna för psykisk ohälsa jämfört med män domineras av arbetslivs- och arbetsmiljörelaterade faktorer. Kunskapsöversikten pekar på följande områden där förändringar behöver ske och kunskaperna öka för att kvinnors sjukskrivningar med psykisk ohälsa ska minska.

- Det räcker inte med att erbjuda individinriktade åtgärder till stöd för kvinnor som drabbats av sjukfrånvaro. Förebyggande insatser måste utvecklas på andra nivåer inom arbetslivet för att nå en långsiktig förändring.
- Åtgärder för att på allvar förbättra arbetsmiljön i kvinnodominerade sektorer skulle gynna kvinnor men också män som jobbar inom dessa sektorer, då flera av de arbetslivs- och arbetsmiljörelaterade faktorerna drabbar kvinnor och män på ett likartat sätt.
- Det saknas aktuella vetenskapliga studier från de nordiska länderna som har undersökt betydelsen av det obetalda hem- och omsorgsarbetets betydelse för kvinnors högre sjukskrivning med psykisk ohälsa. Detta är anmärkningsvärt då obetalt arbete ofta framhålls som en orsak till högre sjukfrånvaro med psykisk ohälsa.
- Även relationsproblem och våld i nära relationer behöver studeras närmare för att få en mer heltäckande bild över möjliga orsaksfaktorer till kvinnors högre sjukfrånvaro med psykisk ohälsa.

4.7.2. Könsskillnader i psykisk ohälsa hos barn och unga har ökat

Övergripande visar indikatorerna för jämställd hälsa med koppling till psykisk ohälsa hos barn och unga samt kompletterande data att den psykiska ohälsan hos barn och unga har ökat under de senaste 40 åren. En snabbare ökning har skett de senaste fem till tio åren. Flickor och unga kvinnor har legat tydligt över pojkars och unga mäns andelar under hela tidsperioden, och könsskillnaderna har ökat sedan 1995. En stor andel barn mår dock bra och är oftast nöjda med sig själva.

Andelarna är generellt högre hos pojkar och hos yngre barn medan gruppen äldre flickor och unga kvinnor har haft en väsentligt sämre utveckling.

Kunskapsöversikten som Jämställdhetsmyndigheten tagit fram visar att flickor och unga kvinnor oftare diagnostiseras för ångest, depression och självsador och genomför fler självmordsförsök. Pojkar och unga män får oftare diagnoser kopplade till neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, utåtagerande beteende och missbruk och begår oftare självmord. Under tidig barndom har fler pojkar psykisk ohälsa jämfört med flickor men i och med puberteten förändras detta mönster. Flickor och unga kvinnor utgör därefter den största gruppen. Att flickor och unga kvinnor är mer drabbade av psykisk ohälsa och att ökningen är brantare i denna grupp avspeglas i diagnosmönster, självskattad psykisk ohälsa och psykosomatiska problem.

För att uppnå en jämlik och jämställd psykisk hälsa i hela samhället behöver fokus riktas mot barns och ungas psykiska välmående, då barn- och ungdomsåren lägger grunden för den psykiska hälsan under resten av livet. Stress och psykisk ohälsa i unga år ökar risken för framtida psykisk ohälsa.

Kunskapen om pojkars och unga mäns symptom behöver öka

Normer kring kön och könsspecifika beteenden kan bidra till att förklara skillnader i diagnosmönster hos flickor och unga kvinnor och pojkar och unga män.

Kunskapen kring pojkars och unga mäns symptom vid depression och ångest behöver öka för att underlätta upptäckten av dessa tillstånd och förebygga självmord. Dessutom behöver kunskapen kring flickor och unga kvinnors symptom vid neuropsykiatriska funktionsnedsättningar öka så att diagnossättning inte fördröjs och risken för stressrelaterad psykisk ohälsa minskar.

Att psykisk ohälsa ofta förknippas med flickor och kvinnor ligger i linje med en historisk syn där flickor och kvinnor setts som det svagare och sjukare könet. Samhället behöver vidga begreppet psykisk ohälsa till att även innefatta pojkar och unga mäns externaliserade symptom vid psykisk ohälsa. I kunskapsöversikten bedöms detta underlätta för pojkar och unga män att söka hjälp vid psykiska problem.

Flera faktorer kan förklara flickor och unga kvinnors psykiska ohälsa

Kunskapsöversikten identifierar flera faktorer som kan bidra till att förklara varför flickor och unga kvinnor lider av psykisk ohälsa i högre utsträckning än jämnåriga pojkar och unga män.

- Samhällets normer och krav kring hur flickor och kvinnor förväntas vara och bete sig
- Förändringar i skolan och ungas mediemiljöer samt ökad mobbing och trakasserier
- Fysiologiska förutsättningar

Kunskaperna om vad som påverkar ungas psykiska ohälsa behöver öka

Kunskapsöversikten visar att forskningen om hur normer kring kön samt genus- och maktstrukturer påverkar flickors och pojkars respektive unga kvinnors och mäns stressnivåer och utveckling av psykisk ohälsa är mycket begränsad, särskilt i en svensk kontext.

Kunskaperna behöver exempelvis öka kring sambandet mellan hur barn och unga påverkas av normer kring kön i skolan, i digitala miljöer samt i andra kontexter å ena sidan och flickor och unga kvinnors ökande psykiska ohälsa å andra sidan. Det saknas även data och forskning kring barn och ungas psykiska ohälsa ur ett intersektionellt perspektiv, det vill säga utifrån fler kategorier än kön. Exempelvis behöver kunskaperna stärkas kring hur den ökande ekonomiska ojämlikheten i Sverige påverkar den psykiska hälsan hos unga ur ett genusperspektiv.

I kunskapsöversikten framhålls vidare att psykisk ohälsa hos barn och unga behöver studeras tvärvetenskapligt, det vill säga att det fysiologiska-, det sociologiska- och det socialkonstruktivistiska perspektivet behöver sammanföras för att förståelsen för könsskillnaderna ska kunna öka.

Dessutom behöver forskning ske genom longitudinella studier som följer utvecklingen hos ett representativt urval av den unga befolkningen över tid. Detta möjliggör att orsakssamband kring vad som påverkar den psykisk hälsa hos unga kan slås fast. De flesta studier som undersöker psykisk ohälsa hos unga är av tvärsnittsdesign och bygger på återkommande datainsamlingar i nya populationer. Detta innebär att några orsakssamband aldrig kan säkerställas.

Sverige måste göra mer

Barn i Sverige har en sämre psykisk hälsa och välmående jämfört med barn i ett flertal andra rika länder i EU och OECD (UNICEF, 2020). Samtidigt visar denna och andra rapporter att både den psykiska ohälsan och könsskillnaderna ökar hos barn och unga. I ljuset av att Barnkonventionen blivit svensk lag bedömer Jämställdhetsmyndigheten att Sverige behöver göra mer för att vända denna utveckling. Förutom mer kunskap behöver åtgärder vidtas för att minska stress och psykisk ohälsa hos barn och unga, framförallt för gruppen flickor och unga kvinnor. Utifrån kunskapsöversiktens slutsatser bör åtgärder riktas mot att minska stressen inom bland annat i skolan. Åtgärder behöver vidtas för att förbättra det sociala klimatet och minska mobbing och trakasserier. Normer kring kön behöver utmanas, breddas och förändras vilket bedöms gynna både flickor och pojkar, unga kvinnor och mäns psykiska hälsa. Aktörer kring barn och unga behöver ges ökade kunskaper kring hur pojkar och unga män uttrycker psykisk ohälsa.

5. MASKULINITETSNORMER OCH OHÄLSA

Under det senaste decenniet har normer kring maskulinitet kommit att ses som en stor jämställdhetsutmaning internationellt och i Sverige. Det finns en ökad kunskap om hur normer relaterade till kön i samverkan med andra sociala, ekonomiska, miljömässiga och politiska faktorer påverkar mäns exponering för olika riskfaktorer, vilka i sin tur kan leda till ohälsa.

Utredningen *Män och jämställdhet* som presenterades år 2014 hade i uppdrag att kartlägga och analysera frågor om män och jämställdhet i Sverige, undersöka hur mäns livssituation förändrats under senare år samt undersöka hur detta relaterar till jämställdhet. Rapporten beskriver att traditionella maskulinitetsnormer, som bland annat kännetecknas av egenmakt, självständighet och styrka, ofta lyfts som de bakomliggande orsakerna till mäns högre dödlighet, högre risktagande samt våldsutövning mot kvinnor och barn och andra män (Utredning om män och jämställdhet, 2014). Frågorna är inte minst aktuella under Corona-pandemin. Mäns våld mot kvinnor och våld i nära relation, psykisk ohälsa och suicid förväntas öka i kölvattnet av Corona-krisen (Folkhälsomyndigheten, 2020a).

Vidare lyfts maskulinitet och ohälsa i de globala målen i Agenda 2030. Exempelvis i delmålen om att minska antalet dödsfall till följd av icke-smittsamma sjukdomar, främja mental hälsa och förebygga och behandla drogmissbruk. Dessa mål är grundläggande åtaganden som behöver tas i beaktande när området maskulinitet och hälsa behandlas (Baker & Shand, 2017; Manandhar m fl, 2018; SCB, 2020c).

Jämställdhetsmyndigheten har tagit fram en kunskapssammanställning om maskuliniteter och ohälsa som underlag inför denna rapportering. Syftet var att sammanfatta det internationella och nationella kunskapsläget inom området maskulinitet och ohälsa ur ett nordiskt perspektiv. Översikten finns som bilaga 4 till rapporten. I detta kapitel ges en översiktlig sammanfattning av kunskapsöversikten tillsammans med en genomgång av hur normer kring maskulinitet avspeglas i statistiken kring mäns hälsa.

5.1. MASKULINITETSNORMER PÅVERKAR HÄLSAN

I utredningen *Män och Jämställdhet* lyfts ett antal slutsatser där man beskriver att maskulina normer påverkar både individer och samhället. Stereotypa könsuppfattningar och heteronormativa föreställningar om manlighet, som går ut på att vara stark och osårbar och distansera sig mot det feminina, kan leda till en ovilja hos vissa män att söka vård. Det kan också leda till ökade samhällskostnader, ökad dödlighet och onödigt individuellt lidande. Därtill lyfts behovet av att problematisera mäns skilda livsvillkor som ofta leder till större skillnader inom gruppen män än mellan kvinnor och män. Skillnader inom gruppen män till följd av ekonomiska förutsättningar, utbildning, etnicitet, ålder och sexualitet kan leda till ökad ojämlikhet som riskerar att försvåra att det jämställdhetspolitiska arbetet (Utredning om män och jämställdhet, 2014).

I utredningen konstateras att män lever i genomsnitt 3,6 år kortare än kvinnor. Trots mäns generellt kortare livslängd har pojkar och män större benägenhet att rapportera bättre självskattad hälsa liksom högre livskvalitet än flickor och kvinnor (WHO, 2018). Världshälsoorganisationens rapport *The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach* menar att dessa på ett sätt motsägelsefulla fakta bäst kan förstås genom att titta på normer kring kön i kombination med socioekonomiska, kulturella och miljömässiga faktorer. Detta kan vara relevant för att minska ohälsan (WHO, 2018).

De studier som tittar på sambandet mellan normer kring maskulinitet och hälsa tar ofta sin utgångspunkt i att det finns ett antal normer kopplade till vad det innebär att vara man samt att dessa normer leder till vissa beteenden som påverkar mäns hälsa liksom även kvinnors och barns hälsa. Förändringar i mäns hälsostatus kan därför till viss del avspegla förändringar som sker av de normer som är förenliga med den traditionella mansrollen (Jämställdhetsmyndigheten, 2021). Inom genusforskningen är en av de mest citerade maskulinitetsforskarna Raewyn Connell, som formulerar begreppet hegemonisk maskulinitet (R Connell, 1995) (R W Connell & Messerschmidt, 2005)¹⁴ Den hegemoniska maskuliniteten står överst i samhällets maktstrukturer och kan enligt Connell ses som ett ideal som alla män och kvinnor förhåller sig till och relaterar till, men som relativt få människor lever upp till. Traditionella maskulina normer, som bland annat kännetecknas av styrka, egenmakt och självständighet, är ideal och beteenden som många gånger används för att skapa och upprätthålla en maktposition både gentemot kvinnor och gentemot andra män (R. Connell, 1995).

¹⁴ Den hegemoniska maskuliniteten legitimerar hierarkin där denna står överst, är kulturellt dominerande och socialt privilegierad. Den kan definieras som "Det idealiserade sätt att vara man på, vilket kräver att andra män positionerar sig i relation till idealet och som legitimerar "genusordningen", dvs. mäns underordning av kvinnor." Översättningen är hämtad från: Lucas Gottzén -Genus och maskulinitet- Föreläsningen ägde rum under

Definitionerna av maskulinet har debatterats under åren, vilket medfört att nya teoretiska begrepp och perspektiv har tillkommit (Berggren, 2020). De flesta har som en utgångspunkt att det råder någon form av maktstrukturer mellan olika grupper av män (Jalmert, Lars, 2014) och att maskuliniteter är något som ska beskrivas i plural (Berggren, 2020).

I en mer än tio år gammal kunskapsammansättning utgiven av dåvarande Statens Folkhälsoinstitut beskriver Hammarström och Hensing (2008) fördelarna med att integrera ett genusteoretiskt perspektiv med medicin och folkhälsovetenskap (Hammarström & Hensing, 2008). De visar i sin översikt hur Connells teorier om hegemonisk maskulinitet och maktstrukturer kan vägas samman med andra bestämningsfaktorer för hälsan, exempelvis utbildning och socioekonomisk situation. Sammanvägningen påverkar kvinnors och mäns livsförutsättningar, livsstilsfaktorer och hälsofrämjande beteenden samt får olika effekter på hälsan hos individen. Att på detta sätt anlägga ett intersektionellt perspektiv har på senare år uppmärksammats stort som särskilt betydelsefullt för att förstå mäns hälsa (Christensen & Qvotrup Jensen, 2020; WHO, 2018). Hammarström och Hensing menar att det biologiska perspektivet, som ofta är utgångspunkten i medicinsk forskning, tenderar att överdriva skillnaderna mellan kvinnor och män, medan det socialkulturella perspektivet riskerar att förminska och homogenisera grupperna kvinnor och män. En av slutsatserna som författarna kommer fram till är att den medicinska forskningen och folkhälsovetenskapen i Sverige fram tills dess nästintill alltid saknat ett genusteoretiskt perspektiv. Den medicinska forskningen behöver därför utvecklas och integreras med ett genusteoretiskt perspektiv (Hammarström & Hensing, 2008).

5.1.1. Maskulinitetsnormer förklarar riskbeteenden som kan leda till ohälsa hos män, men alla normer är inte negativa för mäns hälsa

Den kunskapsöversikt om maskulinitet och ohälsa som Jämställdhetsmyndigheten tagit fram pekar på att specifika normer och beteenden kopplade till traditionell maskulinitet har ett samband med ohälsa. Dock går det inte att generalisera och säga att alla normer, ideal och beteenden kopplade till maskulinitet är skadliga för hälsan. Studierna som är inkluderade i kunskapsöversikten visar på komplexa samband där normer får större konsekvenser för individer som har en lägre maktposition i samhället, men också att dessa normer tenderar att anammas i högre utsträckning av individer med exempelvis låg socioekonomisk ställning (Jämställdhetsmyndigheten, 2021).

konferensen Jämställdhet 2.0 anordnad av Nationella sekretariatet för genusforskning i Göteborg den 6 november 2014.

Forskningen kring maskulinitet och ohälsa är bristfällig i en svensk kontext

Det finns metodologiska svårigheter med att studera kopplingen mellan maskulinitet och ohälsa. Dels krävs det att individer följs över en längre tid, dels att individerna i studien representerar befolkningen i sin helhet. De studier som oftast finns att tillgå är så kallad tvärsnittsstudier. De visar på läget vid en specifik tidpunkt och på samband, men det är svårt att slå fast åt vilket håll orsakssambanden går). Longitudinella studier är kostsamma och tidskrävande och mycket ovanliga i Sverige. Jämställdhetsmyndighetens kunskapsöversikt identifierar inte några svenska eller nordiska studier som undersöker maskulinitet och hälsa på detta sätt. En trolig förklaring kan vara att en stor del av maskulinitetsforskningen i Sverige är sprungen ur ett sociologiskt perspektiv och främst har studerat sambandet mellan maskulinitet och jämställdhet och våldsbeteenden. Få svenska studier kopplar maskulina normer till ett hälsoutfall och i de fall det görs är det i huvudsak kvalitativa studier (Jämställdhetsmyndigheten, 2021).

De flesta kvantitativa studier som studerat kopplingen mellan maskulinitet och ett hälsoutfall är gjorda i Australien och USA. De visar att det finns ett samband mellan normer kring maskulinitet och konsekvenser för mäns hälsa. Några av dessa är longitudinella studier och kan därför slå fast att specifika normer kring maskulinitet orsakar exempelvis högre självmordsrisk och självmordsbeteende liksom lägre hjälpsökande beteende. Om dessa internationella studier går att översätta till en svensk kontext är inte helt klarlagt (Jämställdhetsmyndigheten, 2021).

Specifika normer kopplade till traditionell maskulinitet orsakar ohälsa

Det finns flera olika instrument för att mäta maskulina normer kvantitativt. Ett vanligt förekommande instrument i de internationella studierna är det så kallade *Conformity to masculine norms inventory* (CMNI) som är ett självskattningsformulär (Mahalik m fl, 2003). I detta formulär kategoriseras de maskulina normerna som “vinnarskalle”, “emotionell kontroll”, “risktagande”, “våld”, “makt över kvinnor”, “förakt mot homosexuella”, “dominans”, så kallat “playboy-ideal”, “förlita sig till sig själv” (med en betydelse av ungefär ”bra karl reder sig själv”) “fokus på arbete” och “upprätthållande av status”. Minst en studie bekräftar att svenska män förhåller sig till traditionella maskulina ideal i ungefär samma grad som australiensiska och brittiska män då samma självskattningsmetod används (Gattario-Holmqvist, Kristina m fl, 2015).

Det är viktigt att poängtera att alla maskulinitetsnormer inte är negativa för mäns hälsa och att vissa normer har en hälsofrämjande effekt. De maskulinitetsnormer som främst lyfts i forskningen som negativa för hälsan är exempelvis “förlita sig till sig själv”, “stöd till en våldskultur” och “playboy-idealet” (Jämställdhetsmyndigheten, 2021). Att “förlita sig till sig själv” förklarar flera av de riskbeteenden som är kopplade till ohälsa hos män som grupp. Exempelvis att män inte söker hjälp eller söker hjälp sent vid psykisk ohälsa och istället självmedicinerar med alkohol och droger. Att “förlita sig till sig själv” och att förtränga känslor kan dessutom leda till depression och ångest medan t ex normer som ”vinnarskalle” och ”prioritering av arbete” också kopplats till positiva effekter på psykisk ohälsa (Griffith, 2015; Iwamoto m fl, 2018; Wong m fl, 2017). Griffith kommer fram till att mäns symptom på depression kan ta sig uttryck i utåtagerande beteenden, i stället för de klassiska internaliserande symptomen. Detta lyfts även i svenska rapporter (Rutz, 2014; SKL, 2018c). Det är oklart om en ökad kunskap om mäns utåtagerande beteende lett till ökad diagnostisering av depression hos män i en svensk kontext.

En grupp som lyfts som särskilt sårbara för psykisk ohälsa är unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Pojkar diagnostiseras oftare för ADHD än flickor, och individer med dessa funktionsnedsättningar har generellt sämre hälsa och livskvalitet än befolkningen i stort. Samsjukligheten med andra psykiska diagnoser är stor, såsom depression och ångest, och normer kring maskulinitet kan förklara aggressivitet och missbruk som symptom på depression hos unga män med ADHD (Socialstyrelsen, 2019b).

Även det så kallade “playboy-idealet” framkommer som särskilt hälsodestruktivt i litteraturen. Idealet medför en sexuell objektifiering av kvinnor och riskerar att kvinnor utsätts för övergrepp. Det kan också leda till ett sexuellt beteende som ökar risken för sexuellt överförbara sjukdomar. Utöver detta visar forskningen att män som anammar detta ideal har svårare att prata om problem och att samband med psykisk ohälsa går att se (Iwamoto m fl, 2018; Wong m fl, 2017).

Nordisk forskning lyfter även mäns sårbarhet vid sjukdom och som våldsutsatta. uppfattningar om kön hos sjukvårdspersonal kan medföra att sjukdomssymptom bagatelliseras eller att mannen inte tas på allvar. Detta kan göra att diagnostiken försvåras, behandlingsstarten kan fördröjas och män som utsatts för våld inte får hjälp att bearbeta händelserna (Evensen m fl, 2019; Michaelsen & Kristiansen, 2017). Även internationell forskning visar att sjukvårdspersonalens uppfattningar kring kön kan påverka diagnostiken av framförallt psykisk ohälsa hos män. Då män oftare visar utåtagerande beteende vid psykisk ohälsa, såsom aggressivitet och missbruk, uppmärksammar sjukvårdspersonal det utåtagerande beteendet men inte diagnosen bakom (Smith m fl, 2016).

Maskulina normer som är hälsodestruktiva kan bli särskilt framträdande i vissa sammanhang, vilket lyfts i både svenska rapporter och internationella studier. En kunskapsöversikt från Arbetsmiljöverket kommer fram till att maskulina normer blir mer framträdande inom särskilt mansdominerande yrken, såsom industri och skogsbruk, vilket kan medföra ett minskat säkerhetsfokus och leda till arbetsplatsolyckor. Ett bristande säkerhetsfokus till följd av normer kring maskulinitet kan bidra till att mansdominerade arbetsplatser har en högre andel arbetsplatsolyckor (Ek & Olofsdotter, 2017). Det finns även studier som pekar på ett samband mellan mansdominerade arbetsplatser och högre risk för psykisk ohälsa (Milner m fl, 2018). Världshälsoorganisationen lyfter att normer kring mannen som familjens huvudförsörjare kan förstärkas på mansdominerade arbetsplatser (WHO, 2018). En rapport från Försäkringskassan visar att män har ett lägre uttag av föräldradighet på mansdominerade arbetsplatser i Sverige (Försäkringskassan, 2019a). Det ojämlika uttaget av föräldraförsäkring inom gruppen män kan förstärka hälsoskillnaderna inom gruppen män, men också bland barn och kvinnor (Jämställdhetsmyndigheten, 2021).

5.2. NORMER KRING MASKULINITET AVSPEGLAS I STATISTIKEN OM MÄNS HÄLSA

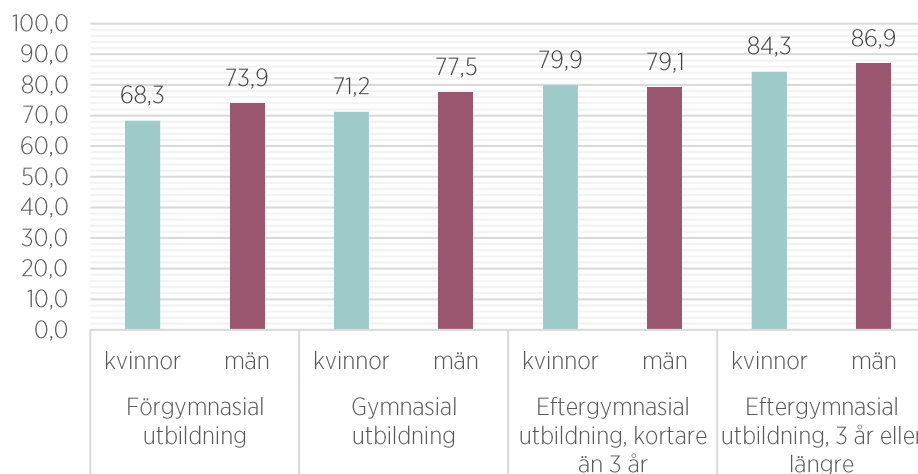
De resonemang angående maskulinitet och ohälsa som presenterades i det föregående avsnittet ligger till grund för redovisningen i detta avsnitt av mäns hälsa och utvecklingen över tid.

5.2.1. Män skattar sin hälsa bättre än kvinnor, men har högre dödlighet

Precis som folkhälsan i stort utvecklas mäns hälsa i en positiv riktning i Sverige och i övriga Europa. Den självskattade hälsan (*indikator 5.1*) har haft en svagt uppåtgående trend de senaste 15 åren. Män rapporterar ”bra hälsa” i större omfattning än kvinnor, förutom i gruppen 16–24 år där det inte är någon skillnad mellan kvinnor och män. Det finns signifikanta skillnaderna inom gruppen män, där både ålder och utbildningsnivå påverkar hälsan¹⁵. Män med förgymnasial utbildning har lägre självskattad hälsa än män med eftergymnasial utbildning. Liknande mönster ses hos kvinnor och skillnaderna är större inom gruppen män än mellan kvinnor och män (SCB, 2020d).

¹⁵ Skillnader finns också mellan män med funktionsnedsättning och män utan funktionsnedsättning. Statistik kring detta presenteras i kapitlet ”Hälsa hos kvinnor med funktionsnedsättning” i denna rapport.

Diagram 5.1: Andel personer i befolkningen med självskattad bra hälsa uppdelat på utbildningsnivå



SCB indikator avseende jämställd hälsa, 5.1: Självskattad hälsa för personer i åldern 25–64 år efter utbildningsnivå

Källa: SCB, Undersökningarna om levnadsförhållanden.

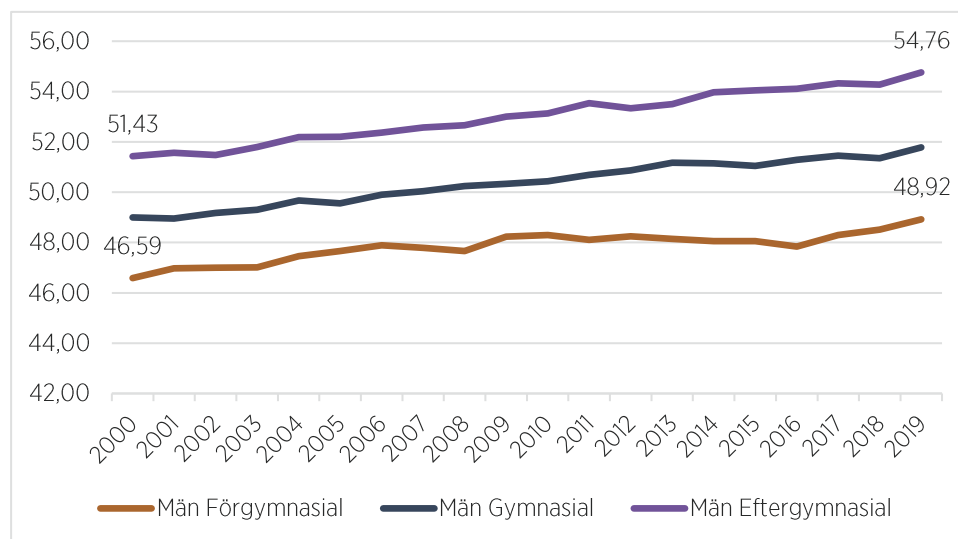
Medellivslängden (*Indikator 5.23*) ökar successivt för både kvinnor och män, och skillnaderna mellan kvinnor och män minskar sakta. År 2019 uppskattade SCB medellivslängden för kvinnor till 84,7 år och för män 81,3 år (SCB, 2020e). Trots en generell ökning så finns stora skillnader inom gruppen män. Skillnaderna tenderar dessutom att öka succesivt. Det skiljer nästan sex år i medellivslängd mellan män med förgymnasial utbildning jämfört män med eftergymnasial utbildning. Motsvarande siffra år 2000 var knappt fem års skillnad (SCB, 2020f).

Mäns ökande medellivslängd kan till viss del förklaras av att smittsamma sjukdomar och olyckor minskat över tid. Den främsta orsaken till mäns högre dödlighet är dock icke-smittsamma sjukdomar (NCDs)¹⁶ vilka står för över 90 procent av antalet förlorade friska levnadsår (DALYs)¹⁷ hos europeiska män (WHO, 2018). Det globala målet är att minska dödligheten i icke-smittsamma sjukdomar med en tredjedel innan år 2030 (SDG 3.4) (United Nations, 2020). Riskfaktorer bakom dessa sjukdomar är ohälsosam mat, förhöjt blodtryck, rökning, alkohol och droger (WHO, 2018).

¹⁶ NCD (Non-communicable diseases) - icke smittsamma sjukdomar, exempelvis diabetes, hjärt-kärlsjukdomar, psykisk ohälsa och cancer.

¹⁷ DALY (disability-adjusted life years)

Diagram 5.2: Återstående medellivslängd hos män vid 30 års ålder efter utbildningsnivå 2000–2019



Källa: SCB, Befolkningsstatistik

Flera riskfaktorer påverkar mäns fysiska hälsa negativt

Riskfaktorerna innefattar bland annat att män har ett generellt sämre hälsofrämjande beteende, vilket t ex avspeglar sig i unga mäns BMI. Pojkar och unga män har överlag sämre kosthållning och större konsumtion av läsk än unga kvinnor (WHO, 2018). Detta medför att andelen överviktiga unga män enligt BMI (indikator 5.15) är signifikant högre än andelen överviktiga unga kvinnor. Detta mönster håller i sig över livscykeln och har inte förändrats nämnvärt genom åren (SCB, 2020b).

Forskning visar att maskulinitetsnormer kan göra att män har en högre tröskel för att söka vård och väntar längre innan de söker vård (Jämställdhetsmyndigheten, 2021). Statistik visar att svenska män, precis som gruppen män i de flesta andra länder i Europa, anser att de i mindre utsträckning än kvinnor har ett icke tillgodosett sjukvårdsbehov. De som anser att de behöver sjukvård men inte fått det har väntat med att söka vård för att se om besvären kan gå över av sig själv (WHO, 2018). Att män väntar längre med att söka vård medför att sjukdomar kan ha utvecklats onödigt långt innan behandling sätts in, för såväl fysiska som psykiska sjukdomar (Jämställdhetsmyndigheten, 2021).

Likaså har män som bär traditionella maskulina normer signifikant lägre förmåga att tillförskaffa sig, förvalta och använda sig av hälsoinformation, så kallad hälsolitteracitet¹⁸. Internationell forskning visar att män med låg socioekonomisk status i högre grad är bärare av hälsodestruktiva maskulina normer och inte söker hjälp i lika hög grad som män med högre socioekonomisk ställning. Samma studie visar även att män med låg socioekonomisk ställning i lägre utsträckning följer hälsodirektiv i eftervården vid hjärtinfarkt (Taylor Smith & Dumas, 2019).

Som tidigare nämnts står icke-smittsamma sjukdomar, specifikt hjärtkärlsjukdomar och tumörsjukdomar för de främsta dödsorsakerna (*indikator 5.25*) hos män. Män dör i större utsträckning till följd av dessa sjukdomar jämfört med kvinnor (Socialstyrelsen, 2020e). Utöver dessa är en bidragande orsak till mäns högre dödlighet främst oavsiktliga olyckor, inklusive trafikolyckor, följt av avsiktliga självmord (WHO, 2018).

Sedan år 2003 har trafikolyckor med dödlig utgång minskat kraftigt för både män och kvinnor. Fortfarande dör fler män än kvinnor i bilolyckor. År 2019 dog 169 män respektive 52 kvinnor i trafikolyckor (Transportstyrelsen, 2020). En stor del av den nedåtgående trenden beror på säkrare vägar och säkrare bilar, vilket framförallt medfört en minskning av singelolyckor med bil. Trots en kraftig minskning av antalet olyckor är andelen som är relaterad till alkohol och droger relativt konstant genom åren (Trafikverket, 2019).

5.2.2. Alkohol, drogmissbruk och suicid – mäns symptom på psykisk ohälsa

Diskursen kring psykisk ohälsa i termer av typisk kvinnosjukdom som karaktäriseras av oro och stress kan leda till att mäns symptom på psykisk ohälsa inte uppmärksammas, och kan förstärka och höja tröskeln att söka vård för vissa män. Studier visar att män som i högre utsträckning förhåller sig till maskulina normer har större motstånd mot att prata om känslor med professionella och med vänner. Att kunna uttrycka och känna igen olika typer av känslor är grundläggande för en sund psykisk hälsa.

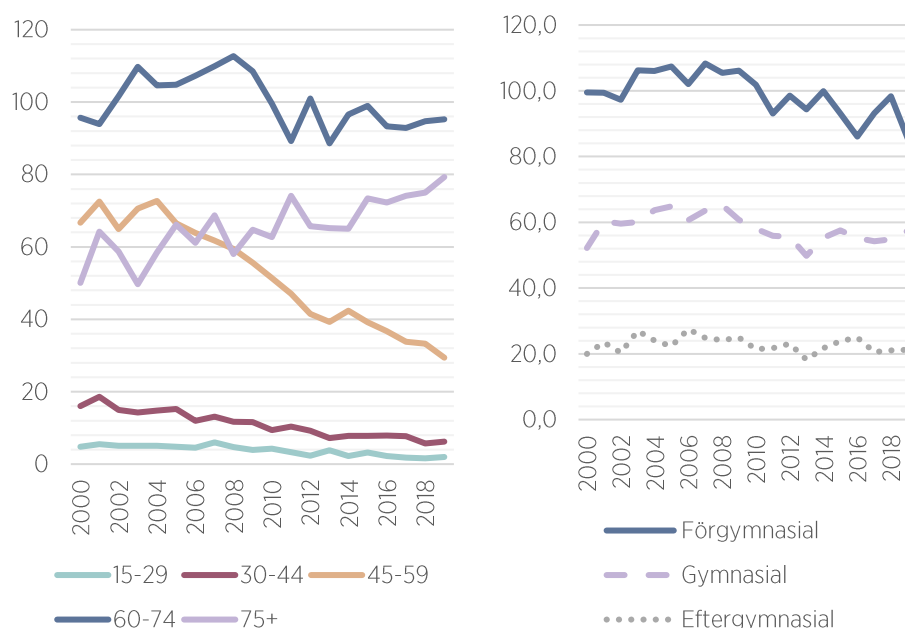
¹⁸ ”Hälsolitteracitet är mer än ren läskunskap och avser vår förmåga att förvärva, förstå och använda information om hälsa och sjukdom som underlättar vår möjlighet att fatta välgrundade hälsorelaterade beslut både när vi är friska och sjuka” (Margareta Kristenson, Nationell koordinator i HFS-nätverket s 1 i Främja Hälsa – En tidning från nätverket Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård, nr 1, 2014)

Mäns bristande förmåga att uttrycka olika typer av känslor beror till stor del på de normer som pojkar skolas in i, att inte visa eller känna känslor, redan från barnsben. Utöver normers påverkan på individen finns en risk att hälso-och sjukvårdspersonal inte uppmärksammar mäns symptom på depression i lika hög utsträckning som hos kvinnor, vilket ytterligare förstärker underdiagnostiken. Detta kan leda till att män i större utsträckning än kvinnor självmedicinerar med hjälp av alkohol och droger. Sammantaget påverkar detta hur mäns psykiska ohälsa tar sig uttryck där också missbruk, kriminalitet och våld många gånger kan maskera psykisk ohälsa hos män (Jämställdhetsmyndigheten, 2021).

Konsekvenserna av de faktorer som påverkar och osynliggör mäns psykiska ohälsa kan vara en förklaring till den så kallade könsparadoxen dvs trots att kvinnor rapporterar sämre psykisk hälsa begår dubbelt så många män som kvinnor självmord årligen i Sverige. År 2019 tog 1 588 individer sitt liv i Sverige och av dessa var 1 078 män. I denna statistik ingår både bekräftade självmord (1 269) och övriga fall (319) som avser dödsolyckor med oklar avsikt. Trenden är i stort sett minskande för både kvinnor och män, undantaget en ökningen i gruppen unga män respektive unga kvinnor (Socialstyrelsen, 2020e). Forskning visar att självmord kan vara kulturellt accepterat och förenligt med maskulina normer. Handlingen ses då som rådig och att man kan klarar av att ta hand om saken själv (Jämställdhetsmyndigheten, 2021). Även här visar forskning att ekonomiskt utsatta grupper, såsom arbetslösa och långtidssjukrivna, har en högre risk för suicidal beteende och för självmord jämfört med personer med högre socioekonomisk status (Folkhälsomyndigheten, 2020d). Statistiken redovisar sällan självmord efter sexuell läggning men SCB lyfter att hbtq-personer har en betydligt högre risk att begå självmord och är särskilt utsatta (SCB, 2020c).

Alkohol har en kulturell betydelse och det kan anses socialt accepterat att män kan dricka alkohol i svåra situationer. Mäns högre risk att dö i alkoholrelaterade sjukdomar och olyckor kan därför vara ytterligare en konsekvens av normer kring maskulinitet. Generellt har det inte skett någon större förändring i dödlighet de senaste 20 åren, fränsett gruppen män 45–49 år där dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar och olyckor minskat kraftigt (*indikator 5.25*). Även här finns ett tydligt mönster som visar att män med förgymnasial utbildning är en särskilt utsatt grupp (*indikator 5.26*) (SCB, 2020a) Baker & Shand, 2017). Utöver att alkohol används som självmedicinering visar forskningen att unga män socialiserar med varandra genom att dricka alkohol. Det anses viktigt för att känna tillhörighet i gruppen. Detta medför ett ökat risktagande och påverkar olycksstatistiken bland unga män, och kan också bidra till att sänka tröskeln för att begå självmord (Jämställdhetsmyndigheten, 2021).

Diagram 5.3: Alkoholrelaterad dödlighet hos män, antal döda per 100 000 invånare uppdelat på ålder respektive utbildningsnivå



SCB indikatorer avseende jämställd hälsa, 5.25: Dödsorsaker efter ålder resp. 5.26: Dödsorsaker för personer i åldern 35-79 år efter utbildningsnivå

Källa: Socialstyrelsen, Dödsorsaksregistret.

Även om den alkoholrelaterades dödligheten varit relativt konstant ses förändringar i andelen riskkonsumenter av alkohol (*indikator 5.11*). Tydligast ses detta i de yngre åldersgrupperna där pojkar och unga män 16–29 år har en tydligt minskad riskkonsumtion. Trenden i de äldre åldersgrupperna är i stället att både män och kvinnor går i motsatt riktning, med en ökning av andelen riskkonsumenter, framför allt hos äldre kvinnor (Folkhälsomyndigheten, 2020b). Utöver att riskkonsumtionen ser olika ut i olika åldersgrupper ses också skillnader utifrån kön och utbildningsbakgrund. Hos män ses en viss minskning av riskkonsumtionen, förutom gruppen män med förgymnasial utbildning som har en ökning av riskkonsumtion. I gruppen kvinnor ökar riskkonsumtionen oavsett utbildningsbakgrund. Dock är ökningen klart tydligast i gruppen med förgymnasial utbildning (Folkhälsomyndigheten, 2020c).

Forskning pekar på att en stor alkoholkonsumtion sägs öka och upprätthålla statusen hos arbetarklassmän samt stärka individens maktposition (WHO, 2018). Dock tyder de svenska ungdomarnas alkoholvanor på att alkoholens position i de yngre åldersgrupperna håller på att förändras, då en tydlig minskning av riskbruk kan ses (Raninen, 2020). Ökningen i alkoholkonsumtion i gruppen kvinnor kan också förstås som en konsekvens av att kvinnor i allt större omfattning anammar maskulina ideal och normer (WHO, 2018).

Drogmissbruk

Statistiken för vården för missbruk visar inte någon positiv förändring. Insatser för vuxna personer med missbruk och beroende (*indikator 5.34*) domineras av män. Antalet som frivilligt vårdas för missbruk har minskat, medan skillnaderna mellan kvinnor och män har varit relativt konstanta över tid. Män behandlas mer än dubbelt så ofta som kvinnor (Socialstyrelsen, 2020d). Denna indikator behöver ställas i relation till det faktiska antalet personer med svårt missbruk. Men det finns svårigheter att uppskatta hur många personer som har svårare narkotikamissbruk eftersom många med missbruksproblematik aktivt undviker kontakter med vården och övriga instanser i samhället. Detta gör att andra mått får användas för uppskattning, såsom antalet sjukfall och dödsfall. Dessa indikerar i motsats till ovanstående att det skett en ökning av det tunga narkotikamissbruket under den senaste femårsperioden (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 2019). Sverige hade år 2018 en av de högsta dödligheterna i Europa till följd av överdoser. Jämförelser mellan länderna bör göras med försiktighet eftersom det finns stora skillnader i hur länder rapporterar dödsfallen, men jämförelsen ger en indikation på att missbruksvården inte är tillräcklig (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2020). Detta påverkar mäns hälsa, men leder också till svåra konsekvenser för de barn som växer upp med missbrukande föräldrar (Folkhälsomyndigheten, 2016a).

5.2.3. Maskulina normer ligger till grund för både kvinnor och mäns utsatthet för mobbning

Trakasserier och mobbning

I utredningen *Grupper, maskulinitet och våld*, utgiven år 2014 av dåvarande Ungdomsstyrelsen, beskrivs betydelsen av mobbning och trakasserier i pojkgrupper, liksom hot och våld mot andra, i termer av att ”göra maskulinitet”. Vissa beteenden och normer kan i särskilda sammanhang förstärkas hos en individ, medan de i andra sammanhang tonas ned. Ett tydligt exempel är det våldsideal som vissa unga män upprätthåller och som förstärks i grupper av unga män i bland annat skolan. I syfte att skapa en viss maktposition i gruppen blir det viktigt att visa sig tuff och utsätta andra för kränkningar och trakasserier offentligt inför de andra i gruppen. Konstruerandet av maskuliniteter i ungdomsåren påverkar därför flickors och unga kvinnors, men även pojkars och unga mäns, psykiska hälsa genom trakasserier och mobbning (Ungdomsstyrelsen, 2014).

Andelen elever som uppger att de blivit utsatta för kränkning via internet under de senaste tolv månaderna samt mobbning¹⁹ visar att flickor svarar ”ja, flera gånger” i nästan dubbelt så hög utsträckning jämfört med pojkar. I enkäten *Skolbarns hälsovanor* slås fast att andelen unga flickor som upplever att de blivit mobbade har ökat signifikant mellan åren 2009/10 och 2017/18 (Folkhälsomyndigheten, 2018a). Statens medieråd visar att även trakasserier och mobbning på nätet har ökat, vilket har blivit en arena där unga verkar i allt högre utsträckning och allt längre ner i åldrarna (Statens medieråd, 2019). År 2020 lät Statens medieråd publicera en forskningsrapport där det undersökte sambanden mellan användningen av olika medier och psykisk ohälsa. Resultaten visade ett starkt samband mellan trakasserier och mobbning på nätet och psykisk ohälsa och att detta samband var starkast hos flickor. Rapporten visar också att pojkar med psykisk ohälsa även utsätter andra för trakasserier och mobbning på nätet i större utsträckning jämfört med flickor som har psykisk ohälsa (Statens medieråd, 2020). Det saknas ännu forskning om hur konstruerandet av maskuliniteter ser ut i digitala medier och vad detta kan få för hälsokonsekvenser både för den enskilde och i relation till andra (Jämställdhetsmyndigheten, 2021).

Våld

Maskulinitetsnormerna är en bidragande faktor till våld i samhället vilket får stora konsekvenser för den som utsätts, oavsett om det är våld i nära relationer eller bruket av våld mellan män (Utredning om män och jämställdhet, 2014). Statistiken över personer 16–79 år utsatta för misshandel efter plats²⁰ visar en svagt ökande trend av våld de senaste åren enligt BRÅ (Brottsförebyggande rådet). År 2018 uppgav drygt 4 procent av män i åldern 16–84 år att de blivit utsatta för misshandel. Motsvarande siffra för kvinnor var drygt 2 procent. Män utsätts oftare för våld av en obekant förövare än kvinnor, medan kvinnor nästan uteslutande utsätts för våld från en närstående. Unga män är överrepresenterade både som utövare av våld mot andra och vad gäller risken att utsättas för våld. Statistiken visar att unga män 16–19 år är mest utsatta för misshandel, och risken att bli utsatt för misshandel är betydligt högre hos män med endast förgymnasial utbildning. Ett liknande mönster kring utsatthet syns hos gruppen kvinnor där unga kvinnor med förgymnasial utbildning har högre risk att utsättas för misshandel (BRÅ, 2020b).

¹⁹ Detta är även en av indikatorerna som följs upp inom ramen för delmål 3 – Jämställd utbildning.

²⁰ Detta är även en av indikatorerna som följs upp inom ramen för delmål 6 – Mäns våld mot kvinnor ska upphöra.

De maskulina normerna kan även utgöra ett hinder för män att söka hjälp och anmäla våldsutsatthet, särskilt vid sexuellt våld och vid våld i nära relation. Stigmatisering hos sexuellt våldsutsatta män gör att män många gånger inte pratar med andra om övergreppen eller anmäler brotten. Studier visar att män dessutom riskerar att utsättas i dubbel bemärkelse om sjukvården och rättsväsendet inte uppmärksammar mäns våldsutsatthet eller att bemötandet påverkas av fördomar och uppfattningar om kön (Evensen m fl, 2019). Även män som blir utsatta för våld i nära relationer upplever skam för att inte leva upp till de maskulina idealen och anmäler dessa brott i lägre utsträckning än kvinnor (Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), 2020). Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) har under åren arbetat aktivt med förändringsarbetet kring maskulina normer, då främst i våldspreventivt syfte (MUCF, 2015; Ungdomsstyrelsen, 2014).

5.3. ETT STÄRKT JÄMSTÄLLDHETSARBETE GENOM ÖKAT FOKUS PÅ POJKAR, MÄN OCH MASKULINITET

Den dåvarande regeringen beslutade år 2015 att genomföra ett samlat strategiskt arbete som omfattar flera olika insatser med pojkar och män som målgrupp. Detta för att stärka jämställdhetsarbetet och bidra till förverkligandet av regeringens jämställdhetspolitiska mål och delmål (Regeringen, 2016b; Regeringskansliet, 2015). Bland annat beslutades om en utökad satsning och överenskommelse med Sveriges kommuner och regioner (SKR) om tio miljoner kronor för att stärka jämställdhetsarbetets inriktning mot pojkar, män och maskulinitet (Regeringen, 2016b). Huvudsyftet med satsningen var att öka kunskapen om styrkor, svagheter och möjligheter i kommuners och regioners jämställdhetsarbete med fokus på pojkar, män och maskulinitetsnormer. Uppdraget skulle också bidra till att kommuner och regioner uppmärksammar pojkar och mäns ansvar och perspektiv i såväl pågående som nya initiativ för ökad jämställdhet. Därtill skulle kommuner och regioner få inspiration till särskilda insatser för att påverka destruktiva och begränsande normer kring maskulinitet.

SKR har utifrån dessa utgångspunkter kartlagt regionernas och kommunernas jämställdhetsarbete, producerat ett antal filmer samt genomfört regionala konferenser där fokus har varit jämställd utbildning, föräldraskap och hälsa och våldsförebyggande arbete. Vidare har satsningen resulterat i en strategi för regioners och kommuners fortsatta jämställdhetsarbete med fokus på maskulinitet (SKL, 2018d). SKR har även publicerat fyra riktade strategiska publikationer²¹. Utöver satsningen och uppdraget till SKR har ett antal andra myndigheter fått uppdrag som ska bidra till att stärka arbetet kring maskulinitet och jämställdhet och som i sin tur påverkar måluppfyllelsen i delmålet om jämställda hälsa.

²¹ Maskulinitet och jämställt föräldraskap”(SKL, 2018b), ”Maskulinitet och jämställd skola”(SKL, 2018a) , ”Maskulinitet och psykisk ohälsa”(SKL, 2018c) samt ”Förändringsarbete med våldsutövande män”(SKL, 2017)

MUCF har fördelat bidrag om sammanlagt två miljoner kronor till framförallt projekt som syftar till att stödja pojkar och mäns arbete med jämställdhet, men även ett uppdrag kring jämställdhet hos nyanlända. MUCF har även tidigare, inom ramen för andra uppdrag från regeringen, arbetat aktivt med förändringsarbete kring maskulina normer, främst i våldspreventivt syfte (MUCF, 2015; Ungdomsstyrelsen, 2014).

Skolverket har fått i uppdrag att ta fram arbetsformer och arbetssätt för skolans värdegrund, till exempel avseende jämställdhet, normkritiskt arbete och kränkande behandling och sexuella trakasserier (Regeringskansliet, 2016). Skolan ska enligt skollagen och läroplaner förmedla kunskaper om jämställdhet. Den ska också ge alla elever lika möjligheter oavsett könstillhörighet (Skolverket, 2019a). Uppdraget har bland annat resulterat i boken *Tala om arbetslivet, ett genusmedvetet och normkritiskt metodmaterial för hela skolan* (Skolverket, 2016). År 2018 specificerades uppdraget ytterligare till insatser mot könade och sexuella trakasserier i skolan mot bakgrund av #metoo. Detta skulle göras genom att stärka sex- och samlevnadsundervisningen. Uppdraget som slutredovisades år 2019 har resulterat i både nytt och reviderat stödmaterial. Bland annat *Koll på läget beträffande sexuella trakasserier*, vilket är ett nytt stödmaterial för skolledare och lärare inom gymnasieskolan (Skolverket, 2019b).

Utredningen *Män och jämställdhet* drar slutsatsen att ”pojkar och unga män behöver medvetandegöras om hur deras handlingar påverkar hälsan hos både sig själva och andra” (Utredning om män och jämställdhet, 2014). Skolverket har fått i uppgift att särskilt arbeta för att höja medvetandegraden kring normer och jämställdhet genom att förbättra sex- och samlevnadsundervisningen. I enkäten *Attityder till skolan*, utvärderas bland annat unga i åldern 16–29 år som uppger att de, i skolan, fått de kunskaper de behöver för att ta hand om sin egen sexuella hälsa (*indikator 5.8*). År 2015 uppgav 58 procent av pojkarna och de unga männen att de har dessa kunskaper jämfört med 41 procent för flickor och unga kvinnor (SCB, 2020b). Överlag svarar pojkar i åldern 16–29 år i högre utsträckning än flickor att de har fått tillräckliga kunskaper i sex och samlevnad, särskilt beträffande normer och HBTQ, genus och relationer och jämställdhet, liksom könssjukdomar och sexualitet. Färre än 40 procent av de unga männen anser dock att de fått tillräcklig information om normer och HBTQ-frågor. Drygt 40 procent anser att de fått tillräcklig information om genus, relationer och jämställdhet. Motsvarande siffror för unga kvinnor är under 20 procent om normer och HBTQ-frågor respektive knappt över 20 procent om genus, relationer och jämställdhet (SCB, 2020b).

5.4. SLUTSATSER OCH IDENTIFIERADE BEHOV

Internationell forskning visar att alla maskulina normer inte är hälsodestruktiva, utan att det är viktigt att titta på specifika normer. Det är främst normen kring att “förlita sig till sig själv” som visat särskilt negativa samband med mäns hälsa. Den innefattar svårigheter att tala med andra om sina problem och att män söker sjukvård senare. I flera internationella studier har ett samband med högre risk för självmordstankar och självmord och påvisats vilket gör denna norm är särskilt viktig att beakta vid suicidprevention.

Det finns begränsad kunskap och få kvantitativa studier som studerar kopplingen mellan normer kring maskulinitet och mäns hälsa i en svensk kontext, samt beaktar andra faktorer såsom utbildning, ålder och socioekonomisk status. För att bättre kunna rikta satsningar inom området krävs mer kunskap om hur olika maskulina normer samverkar med andra sociala maktstrukturer.

Jämställdhetsmyndigheten ser ett behov av ett större forskningsfokus på maskulinitetsnormers påverkan på hälsan ur ett intersektionellt perspektiv och i en svensk kontext.

Jämställdhetsindikatorerna rörande jämställd hälsa visar att mäns hälsa generellt blir bättre, men att skillnaderna inom gruppen män ökar. Ökade hälsoklyftor kopplat till ojämlikhet inom befolkningen kan på så vis leda till utmaningar för jämställdhetspolitiken. Viss positiv utveckling ses t ex gällande medellivslängd ur ett jämställdhetsperspektiv men skillnaderna ökar inom gruppen män. Män med förgymnasial utbildning har inte samma utvecklingstakt som män med eftergymnasial utbildning.

Andelen riskkonsumenter av alkohol minskar succesivt hos yngre och framförallt hos yngre män. Däremot ökar andelen riskkonsumenter i det äldre åldersspannet. Det syns en även en nedåtgående trend vad gäller dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar för gruppen män 40–59 år. Trenden syns inte i några andra av de andra studerade åldersgrupperna. Även här är skillnaderna stora inom gruppen män.

Män har högre dödlighet än kvinnor i icke-smittsamma sjukdomar, såsom hjärtkärlsjukdomar, cancer och psykisk ohälsa. Detta kan till viss del förklaras av normer kring maskulinitet som medför att män som uttrycker och anammar maskulina ideal väntar längre med att söka hjälp, har svårare att prata om känslor, har lägre förmåga att inhämta, förvalta och använda sig av hälsoinformation, har sämre hälsofrämjande beteende och större alkoholkonsumtion. Även här finns mönster som visar att män med exempelvis förgymnasial utbildning har högre risk att dö till följd av dessa sjukdomar liksom en betydligt högre alkoholrelaterad dödlighet.

Uppfattningar om kön kan utgöra ett hinder hos sjukvårdspersonal och det finns en risk att de inte ger rätt diagnos utifrån mäns symptom vid psykisk ohälsa. Det finns även en risk att mäns behov av stöd efter att ha utsatts för våld inte uppmärksammas eller att uppfattningar om kön kan påverka det bemötande våldsutsatta män får. Forskningen lyfter specifikt detta som ett område som behöver utvecklas och Jämställdhetsmyndigheten ser ett behov av att kunskapsläget beträffande normer kring kön hos hälso- och sjukvårdspersonal förbättras. Kunskapen kring hur maskulina normer påverkar mäns symptom på depression har ökat och uppmärksammas i Sverige men det är oklart om denna kunskap har lett till ökad diagnostisering av depressioner hos män. Jämställdhetsmyndigheten rekommenderar därför en stärkt samverkan mellan myndigheter, kommuner och regioner så att den kunskap och de rekommendationer som ges kring området når målgrupperna.

6. JÄMSTÄLLDHET OCH GENUS I VÅRDUTBILDNINGARNAS INNEHÅLL

En förutsättning för en jämställd och jämlik hälso- och sjukvård är att kunskap om kön, genus och maktordningar inom hälsa, vård och medicinsk forskning omsätts i praktik och får genomslag i vårdens arbete. Kunskapen behöver förmedlas inom vårdutbildningarna så att de olika professionerna kan ge en jämställd och jämlik vård. I detta kapitel undersöker Jämställdhetsmyndigheten hur kunskap om jämställdhet och jämlikhet i vården integreras i fyra vårdutbildningar vid två lärosäten samt vilka faktorer som påverkar utvecklingen av arbetet. Kapitlet är en sammanfattning av undersökningen som presenteras i sin helhet i bilaga 5.

6.1. URVAL OCH GENOMFÖRANDE

Jämställdhetsmyndigheten har granskat fyra vårdutbildningar på två lärosäten: Karolinska institutet (KI) och Göteborgs universitet (GU). De två lärosätena har valts utifrån att de har ett stort utbud av medicinska utbildningar, inklusive de fyra utbildningar som denna analys omfattar samt ett aktivt och välformulerat arbete när det gäller att jämställdhetsintegrera utbildningarnas innehåll. De har även varit föremål för tidigare uppföljning kring jämställdhet och utbildningarnas innehåll (Lindroth m.fl., 2014)²². KI är specialiserat inom det medicinska området och har det största utbudet av medicinska utbildningar och medicinsk forskning i Sverige, samt en nära relation till hälso- och sjukvården (Karolinska Institutet, 2020a). GU har samtliga fyra utbildningar som studeras i denna rapport, men har även ett bredare utbildningsutbud som går utanför vårdområdets utbildningar. Tre av de studerade utbildningarna ingår i Sahlgrenska akademien, som har forskning och ett nära samarbete med hälso- och sjukvården (Göteborgs universitet, 2020).

²² Det finns även fler granskningar.

De fyra utbildningar som analyserats är läkarprogrammet, sjuksköterskeprogrammet, psykologprogrammet och barnmorskeprogrammet. Programmen har valts utifrån att de är centrala för vården och intressanta ur ett jämställdhetsperspektiv eftersom de fyra har centrala roller i den medicinska vården. Läkar-, sjuksköterske- och psykologprogrammen ingår i de yrkesutbildningar som år 2018 fick examensmål om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer. Barnmorskeprogrammet är en vidareutbildning på avancerad nivå som i dagsläget inte omfattas av detta examensmål, men som har mål om jämställdhet och är viktigt för kvinnohälsan²³.

Genomgången är begränsad till de utbildningsplaner och kursplaner som fanns tillgängliga på lärosätenas hemsidor i oktober 2020²⁴. Den omfattar inte litteraturlistor, innehållet i undervisning, genomförande av utbildningen eller verksamhetsförlagd utbildning (VFU), inte heller vad som tas upp i själva examinationen. Myndigheten har även studerat strategiska dokument.

Därtill har myndigheten studerat statliga myndigheters arbete, forskningspolitiska åtgärder, regioners arbete samt genomfört intervjuer med nyckelpersoner för att se vilka strategiska, praktiska och teoretiska faktorer som kan påverka utvecklingen av arbetet med att jämställdhetsintegrera vårdutbildningarnas innehåll.

I examensordningen som är en del av högskoleförordningen anges vilka examina som får avläggas, på vilken nivå en viss examen ska avläggas och vilka krav som ska uppfyllas för en viss examen (examensbeskrivning) (Högskoleförordning (1993, 1993). Enligt högskoleförordningen måste varje utbildningsprogram ha en utbildningsplan som anger de kurser som ingår i utbildningsprogrammet och krav på särskild behörighet. Enligt högskoleförordningen ska det även finnas en kursplan för varje kurs och kursplanen ska ange kursens nivå, antal högskolepoäng som kurser omfattar, kursens mål, krav på särskild behörighet och former för att bedöma studenternas prestationer. Universiteten och högskolorna får också ha egna föreskrifter (UKÄ, 2020b). Högskoleförfattningarna reglerar vilka ärenden som ska beslutas av universitetsstyrelsen och rektor. Beslutsbefogenheter för andra beslutande organ inom universitetet grundar sig i delegation från överordnade organ, där den ursprungliga delegationen alltid är från rektor. Vilket organ eller roll som fattar beslut om utbildningsplaner och kursplaner fastställs i lärosätenas besluts- och delegationsordningar (Stockholms universitet, 2020).

²³ Detta rör bland annat könsstympning av flickor och kvinnor samt förlossningsskador.

²⁴ Planer som var aktuella på respektive lärosätes hemsida under oktober månad 2020.

6.1.1. Fyra kategorier för analys av vårdutbildningarna

Jämställdhetsmyndigheten har gått igenom hur begrepp relaterade till mäns våld mot kvinnor, mänskliga rättigheter, jämställdhet och genus används i utbildnings- och kursplaner. Detta kopplas till examensmålen i högskoleförordningen och det aktiva jämställdhetsarbetet på lärosätet.

Mäns våld mot kvinnor

Examensmålet om att visa kunskap om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer finns i högskoleförordningen och infördes år 2018 för sju utbildningar på grundnivå. Sedan år 2019 ingår examensmålet även för tandhygienistprogrammet och i dag omfattas totalt 27 lärosäten med sammanlagt 84 program (Jämställdhetsmyndigheten, 2020b). I denna analys omfattas läkarprogrammet, sjuksköterskeprogrammet och psykologprogrammet av examensmålet, men inte barnmorskeprogrammet. I analysen ingår även sexuella övergrepp samt könsstympning av flickor och kvinnor i denna kategori. Implementeringen av och genomslaget för kunskapsområdet om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer är angeläget då studenterna i sin framtida yrkesutövning blir viktiga aktörer när det gäller att dels upptäcka våldet, dels ha kunskap om hur våldet påverkar bemötande, diagnos, behandling och rehabilitering. Målet om våld har funnits tidigare men plockades bort år 1997 för att sedan återkomma cirka 20 år senare. Våld som nämns i planer utan att anknyta till mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer eller kön har inte tagits med i analysen.

Mänskliga rättigheter

År 2007 infördes skrivningar om Mänskliga rättigheter (MR) i examensordningen i högskoleförordningen. Målet om att beakta de mänskliga rättigheterna, och särskilt rätten till hälsa (Regeringskansliet, 2011), lyfts eftersom målet kan tolkas utifrån att alla individer oavsett kön, genus, könsidentitet, sexuell läggning, ålder, funktionsvariation, social ställning, etnisk tillhörighet och religion eller annan trosuppfattning har rätt till god vård på lika villkor. I analysen av utbildnings- och kursplanerna är begrepp som lika villkor, intersektionalitet, mångfald och jämlik vård samt hänvisningar till internationella konventioner och överenskommelser (exempelvis Agenda 2030) inkluderade i denna kategori. Hänvisning till hållbar utveckling som ej inkluderar sociala dimensioner noteras ej.

Jämställdhet

En konsekvens av att mänskliga rättigheter lyftes in i examensordningen år 2007 blev att examensmål med skrivningar kopplade till kvinnor och män respektive jämställdhet plockades bort på vissa utbildningar. Det är därmed intressant att studera om detta gäller de fyra utbildningsprogram som valts ut för analysen. Kategorin jämställdhet omfattar förekomsten av formuleringar kring jämställdhet, kön, kvinnor och män, kön i samband med makt eller maktordningar samt genus. I denna breda kategori är det inte avgörande att ett maktperspektiv tydligt förmedlas i texten, att både kvinnor och män nämns samtidigt eller att det finns tydliga jämställdhetsambitioner i texten, utan enbart förekomst av kön, män, kvinnor eller könsminoriteter noteras också. Även jämlikhet, jämlik vård, lika villkor, och hållbar utveckling där kön eller genus tydligt ingår noteras. Denna kategori redovisar dock ej kön i samband med våld då våld är en egen kategori.

Genus

Begreppet genus studeras särskilt som en fjärde analytisk kategori i syfte att belysa maktperspektivet. Kvinnliga läkares förening, med flera, har lyft att det är essentiellt att läkaren har kunskap att tillämpa ett genusperspektiv i forskning, behandling och bemötande för att säkerställa en rättvis och jämställd vård (Zettermark m fl, 2019). Vid analys av utbildnings- och kursplaner noteras om studentens värderingar, vården samt kursens specifika ämnesinnehåll problematiseras och presenteras utifrån ett genusperspektiv. Även intersektionella analyser där kön analyseras i relation till andra maktordningar har noterats.

6.2. EXAMENSMÅLEN HAR STOR INVERKAN PÅ INNEHÅLLET I UTBILDNINGSPLANERNA

Jämställdhetsmyndighetens analys visar att examensmålen är viktiga för målen i utbildningsplanerna, men att det finns utrymme för ambitioner och initiativ från lärosätenas sida som kan stärka genomslaget när det gäller kunskapsområdet jämställd och jämlik vård. Fakulteterna har möjlighet att utveckla egna formuleringar kring jämställdhet, jämlikhet, kön, genus, andra maktordningar samt intersektionella analyser i syfte att öka kvalitén på utbildningsplanerna och sätta en tydlig ram för kursplanerna. Exempelvis saknas jämställdhet som examensmål för läkarprogrammet, men förekommer i GU:s utbildningsplan.

6.2.1. KI:s utbildningsplaner överensstämmer med examensmålen

Analysen visar att formuleringarna i KI:s utbildningsplaner överensstämmer med högskoleförordningens examensmål.

Samtliga fyra program har examensmål om mänskliga rättigheter, tre av dem examensmålet om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relation, medan samtliga saknar mål med formuleringar kring genus samt kön och makt²⁵. Tre av utbildningarna har examensmål som Jämställdhetsmyndigheten inkluderar i kategorin jämställdhet. Dock saknas ett tydligt maktperspektiv i formuleringarna. Resultatet blir att mänskliga rättigheter och våld inkluderas i högre grad i praktiken, medan formuleringar kring jämställd vård, kön och makt, genusmedicin eller genusperspektiv på programmets innehåll inte finns med i utbildningsplanerna.

Där jämställdhet och genus saknas i examensmålen blir det upp till lärosätet, fakulteten eller institutionen att ta initiativ för att integrera dessa områden. Trots att lärosätet i sin strategi anger att de ska säkerställa att utbildningen ger den kunskap om kön, makt och lika villkor som krävs för att ge förutsättningar för jämlik vård och omsorg har detta ännu inte lämnat några avtryck i utbildningsplanerna. På KI har således målen i strategin²⁶ om att implementera kunskap om jämställdhet och genus i utbildningarnas innehåll (Karolinska Institutet, 2017) ännu inte haft genomslag i utbildningsplanerna, som i nuläget endast förhåller sig till formuleringarna i högskoleförordningen.

²⁵ Kvinna och man nämns i examensmålen för sjuksköterskor och psykologer, medan, ”kvinnor och deras närstående”, nämns i examensmålen för barnmorskor, dock saknas ett tydligt maktperspektiv i formuleringarna.

²⁶ ”MÅL: Samtliga utbildningar vid KI ska ha tydligt integrerade genus- och likavillkorsperspektiv, med fokus på konstruktiv jämställdhet i kunskap om t.ex. praktik och bemötande.”

Tabell 6.1: Olika perspektiv i examensmål respektive utbildningsplaner vid Karolinska institutet

Karolinska institutet:	Läkarprogrammet	Sjuksköterskeprogrammet	Psykologprogrammet	Barnmorskeprogrammet
Examensmål Mäns våld mot kvinnor och våld i nära relation	+	+	+	-
Utbildningsplan Mäns våld mot kvinnor och våld i nära relation	+	+	+	-
Examensmål Mänskliga rättigheter	+	+	+	+
Utbildningsplan Mänskliga rättigheter	+	+	+	+
Examensmål Jämställdhet	-	+	+	+
Utbildningsplan Jämställdhet	-	+	+	+
Examensmål Genus	-	-	-	-
Utbildningsplan Genus	-	-	-	-

6.2.2. GU:s utbildningsplaner mer heterogena i förhållande till examensmålen

GU:s utbildningsplaner visar ett heterogent mönster i relation till examensmålen. GU har på fakultetsnivå tagit fram egna mål kring jämställdhet, genus och likabehandling generellt för de tre utbildningarna som tillhör medicinsk fakultet (Göteborgs universitet, 2018). Skrivningar om genus har implementerats i två av tre utbildningsplaner som ligger under medicinsk fakultet, vilket visar vikten av initiativ och utvecklingsarbete på fakultets- och institutionsnivå.

Läkarprogrammet uppfyller sina examensmål kring våld och MR, och adderar dessutom lokala mål kring jämställdhet och genus. De lokala målen innebär att studenten ska kunna förklara vad ett genusperspektiv innebär i vården och behandla alla patienter, anhöriga och medarbetare med samma respekt för deras lika värde och rättigheter oavsett kön, etnicitet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning, könsöverskridande identitet och ålder.

Studenten ska även kunna diskutera vårdens bemötande av patienter och närstående, och analysera fall ur olika människorättsperspektiv, däribland genusperspektivet.

Barnmorskeprogrammet uppfyller sina mål kring MR och jämställdhet, och adderar liksom läkarprogrammet lokala skrivningar kring genus.

Utbildningsplanernas formuleringar visar även på initiativ där barnmorskeprogrammet har mål om ”ökad medvetenhet om genus, jämställdhet och likabehandling” och som del i programmets syfte: ”Vidare understryks kvinnans och närståendes rätt till autonomi, delaktighet i vård med informerade val, jämställdhet mellan kvinnor och män, samt solidaritet ur ett globalt och mångkulturellt perspektiv”.

Sjuksköterskeprogrammets utbildningsplan saknar samtliga examensmål (Göteborgs universitet, 2017). Psykologprogrammet uppfyller sina examensmål kring våld, MR och jämställdhet, men har inte lagt till formuleringar kring genus, vilket kan bero på att det tillhör en annan fakultet än de andra programmen.

Tabell 6.2: Olika perspektiv i examensmål respektive utbildningsplaner vid Göteborgs Universitet

Göteborgs universitet:	Läkarprogrammet	Sjuksköterskeprogrammet	Psykologprogrammet	Barnmorskeprogrammet
Examensmål Mäns våld mot kvinnor och våld i nära relation	+	+	+	-
Utbildningsplan Mäns våld mot kvinnor och våld i nära relation	+	-	+	-
Examensmål Mänskliga rättigheter	+	+	+	+
Utbildningsplan Mänskliga rättigheter	+	-	+	+
Examensmål Jämställdhet	-	+	+	+
Utbildningsplan Jämställdhet	+	-	+	+
Examensmål Genus	-	-	-	-
Utbildningsplan Genus	+	-	-	+

6.3. OLIKA PERSPEKTIV FÅR OLIKA TYNGDPUNKT I KURSPLANERNA

Genomgången av kursplanerna för de fyra utbildningarna vid KI och GU visar att olika perspektiv får olika tyngdpunkt i planerna. Ett perspektiv handlar om värderingar och föreställningar om kön som kan påverka de professionellas möte med patienten. Detta perspektiv är vanligast i de kursplaner som har någon av de fyra analyskategorierna noterad.

Ett andra perspektiv är att en genusanalys knyts direkt till ett specifikt kunskapsområde eller diagnosområde. Här kan det handla om att anlägga en genusanalys av beprövad kunskap för att öka möjligheterna för en jämställd vård. Perspektivet förekommer för läkarlinjens del i högre grad i KI:s kursplaner. Här har en analys knutits direkt till olika diagnosområden som trauma och frakturer, sexuell utveckling, hormonellt orsakade sjukdomar, perinatal utveckling, hjärtmedicin, farmakologi och alternativmedicin (Karolinska Institutet, 2020b).

6.3.1. Stor variation mellan lärosätena och de olika utbildningarna i hur jämställdhet är integrerat i kursplanerna

Studien visar att det finns stor variation mellan lärosätena och de olika utbildningarna, men framförallt inom utbildningarna. Många åtgärder i kursplanerna handlar om att reflektera kring och granska hur värderingar och uppfattningar utifrån kön och andra maktordningar påverkar vården, både den enskilda personens agerande (studentens) och vården i stort.

Kön, genus eller jämställdhet saknas i en majoritet av kursplanerna. Vissa kursplaner har tydliga skrivningar om genusperspektiv avseende olika ämnen och diagnoser och könsspecifika behov, men i andra kursplaner saknas det helt. Utifrån denna studie kan Jämställdhetsmyndigheten inte säga om lärosätena gjort en bedömning att perspektivet saknar relevans för de kurser som saknar perspektivet. Olikheter inom exempelvis hjärt- och kärlområdets olika kurser är dock ett exempel på att ansvariga för kursplanerna antingen inkluderar eller exkluderar ett genusperspektiv och könsskillnadsforskning. Ett lärosäte inkluderar kunskapen i en specifik kursplan, medan ett annat inte gör det. Då analysen inte inkluderat litteraturlistor, scheman och intervjuer med enskilda kursledare är orsakerna svåra att uttala sig om.

I 10 av 24 kurser på KI:s läkarprogram som innehåller målet om mänskliga rättigheter saknas analyskategorin jämställdhet (kön, kvinna, man, genus, etcetera). Motsvarande siffra för GU är 5 av 15. Konsekvensen av det bli att det skapas en otydlighet kring om kön i praktiken räknas in i formuleringarna kring mänskliga rättigheter eller exempelvis social hållbarhet.

Kunskapsområdet mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer saknas i många av kursplanerna i samband med de ämnen och diagnoser som avhandlas där. Det gäller både i relation till att upptäcka våldet och att hantera våldssituationer i relation till behandling och rehabilitering samt inkludera konsekvenser av våld i olika medicinska diagnoser och behandlingar. Exempelvis finns kunskapsområdet inte med i någon av kursplaner som studerats inom psykologprogrammet på det ena lärosätet. Även om några få kurser har med genus är det oklart om kunskap om våld, och olika behandlingar av konsekvenserna av våldet, finns med. På det ena lärosätet finns en temadag om våld, vilket ger studenterna ett samlat tillfälle att ta del av kunskaper inom området. För att god och rätt vård ska ges i tid bör kunskapsområdet finnas i forskningen, i medicinska riktlinjer, i vården i praktiken och i vårdutbildningarnas olika kurser. Kunskapsområdet inrymmer olika våldssituationer som personal inom hälso- och sjukvården kan möta. Det kan gälla kvinnor, men också män, i olika åldrar som utsätts för sexuellt våld av närstående eller okänd gärningsperson. Det kan gälla ett pågående våld i nära relation. Det kan också gälla situationer med hedersrelaterat våld och förtryck, könsstympling av flickor och kvinnor, prostitution och människohandel samt sexuell exploatering av barn.

Det är svårt att avgöra vilka våldformer som finns med i kursplanerna. En undersökning visar att den undervisning som förekom oftast rörde olika former av våld *inom* nära relationer, medan olika former av sexuellt våld *utom* nära relationer förekom i lägst grad (Carlsson & Jämställdhetsmyn, 2020). Formuleringar kring sexuella övergrepp, inom och utanför nära relationer, saknas helt på psykologprogrammen på GU, men förmedlas genom Nationellt centrum för kvinnofrids webbkurs på psykologprogrammet på KI.

Likaså nämns könsstympling av flickor och kvinnor i endast en kursplan på respektive lärosätes barnmorskeprogram. På en kurs på barnmorskeprogrammet på KI finns en formulering som belyser både strukturella analyser och individen: ”reflektera över ett etiskt förhållningsätt utifrån genus, jämställdhet, kulturell tillhörighet och individualitet” (Karolinska Institutet, 2020b).

6.4. EXAMENSMÅLEN BÅDE MÖJLIGGÖR OCH BEGRÄNSAR

Resultaten visar att examensmålen både möjliggör och begränsar. Samtliga fyra program har examensmål om mänskliga rättigheter, men saknar mål med formuleringar kring genus eller kön och makt. Ett av fyra program saknar examensmålet om mäns våld mot kvinnor, och ett av fyra saknar olika formuleringar som nämner kvinnor och män. Målen i utbildningsplanerna för ena lärosätet överensstämmer med högskoleförordningens examensmål. Detta resulterar i att mål om exempelvis genus saknas i alla utbildningsplanerna, och visar att examensmålen existens och formuleringar har stort inflytande över innehållet i utbildningsplanerna. Där jämställdhet och genus saknas i högskoleförordningens examensmål blir det upp till lärosätet, fakulteten eller institutionen att ta initiativ för att inkludera detta i utbildningsplanerna. Det andra lärosätet tar egna initiativ och tillämpar egna lokala mål om exempelvis genus i några utbildningsplaner.

Kursplanerna är generellt mer heterogena och visar i några fall på lokala initiativ där jämställdhet, genus och mäns våld mot kvinnor och våld i nära relation inkluderats. Medan psykologprogrammet på KI har kurser som innehåller målet om våld, går det inte att läsa fram av kursplanerna på GU. Att jämställdhetskategorin får genomslag i många kurser beror på formulering kring genus, samt kvinnor men också män. Skrivningar om maktperspektiv eller uttalade jämställdhetsambitioner är sällsynta och otydliga. Oavsett om perspektiven har bäring på forskning och genusanalys av kunskap eller på vårdens möte med patienten och behandling visar resultatet att heterogeniteten i planerna beror på fler faktorer än examensmålen.

Både KI och GU har ett aktivt och planerat arbete inom jämställdhets- och lika villkorsområdet på central nivå, medan resultaten från denna studie visar att genomslaget på lokal nivå är heterogent. En granskning från Universitetskanslersämbetet (UKÄ) som publicerades i mars 2020 lyfter skillnaden mellan ambitionen i centrala planer och formuleringar och vad som faktiskt formuleras och vilket förändringsarbete som i realiteten sker på institutionsnivå²⁷.

Granskningen visade att på en övergripande nivå finns relativt tydliga ambitioner för jämställdhet, men på program- och kursnivå saknas ofta moment om jämställdhet. Det tydliga utvecklingsområdet var utbildningarnas innehåll där rekommendationen var att ”systematiskt säkerställa att jämställdhet beaktas på ett tydligare och mer konkret sätt på alla nivåer i utbildningarnas innehåll, utformning och genomförande” (Universitetskanslersämbetet, 2020).

²⁷ Granskningen publicerad 2020-03-20

Hur lärosätet styr och hur styrning och ledning fungerar mellan central och lokal nivå i relation till jämställdhetsintegreringen blir viktigt för förändring i praktiken. Förutom jämställdhetsarbetets organisering, och planerade aktiviteter och åtgärder, är de problemformuleringar och den kunskapsbas som bildar en grund för förändringsarbetet centralt (Jordansson & Peterson, 2019).

Resultaten av Jämställdhetsmyndighetens analys visar att lärosätenas aktiva jämställdhetsarbete har potential att påverka innehållet i utbildningarna genom riktade satsningar av olika slag. Avsaknaden av jämställdhetsperspektiv och problemformuleringar som inrymmer kön och makt och vaga formuleringar i många kursplaner visar att det finns potential att utveckla kursplanerna lokalt på lärosätena. Det finns också exempel på lokala ambitioner och mål som är mer omfattande än examensmålen ambitioner och som med goda formuleringar binder jämställdhetsperspektivet till både värderingar och kursens kunskapsinnehåll. Detta visar på potentialen i jämställdhetsarbetet lokalt. Å andra sidan når ett ambitiöst arbete centralt, med väl underbyggt kunskapsinnehåll och retorik, inte fram lokalt då många kursplaner helt eller delvis saknar perspektivet.

I det material som Jämställdhetsmyndigheten gått igenom finns kursplaner som tydligt formulerar och beskriver de olika perspektiven utifrån kunskapsområdet makt och kön och hur de visas i kursen, medan det i andra kurser endast finns en mening med mer allmänna begrepp och där det blir otydligt vad som menas i relation till kursens innehåll. I Jämställdhetsmyndighetens intervjuer poängterar informanterna att om förändringsarbete underbyggs med kunskap, och det finns forskning med köns- eller genusperspektiv inom universitet, fakulteten eller instruktionen, eller om det generellt finns mycket kunskapsförmedling om jämställdhetsaspekter inom kursens ämnen, påverkar det förändringsarbetet i positiv riktning. Forskning visar att problemdefinition, mål och styrning av det jämställdhetsintegreringsarbete som ska leda till mer kunskap om jämställd och jämlik vård behöver bygga på en förståelse som bottnar i kunskap om genus, maktordningar och förändringsarbete som en process (Jordansson & Peterson, 2021).

6.5. FAKTORER SOM PÅVERKAR JÄMSTÄLLDHETS- INTEGRERING AV VÅRDUTBILDNINGARNAS INNEHÅLL

Både interna och externa faktorer påverkar lärosätenas jämställdhetsintegrering av vårdutbildningarnas innehåll på strategisk, teoretisk och praktisk nivå.

Examensmålen s formuleringar har betydelse för innehållet i programmets utbildnings- och kursplaner, och resultaten visar att de kan både möjliggöra och begränsa utvecklingen mot jämställd vård. Studiens resultat visar dock tydligt att lärosätets eget arbete med jämställdhetsintegrering och lokala initiativ påverkar utvecklingen. Utmaningar finns dock både internt på lärosätena och i relation till externa samverkanspartners, dessa partners uppdrag, samt parternas eget jämställdhetsintegreringsarbete av verksamheter som i sin tur påverkar vården och lärosätena.

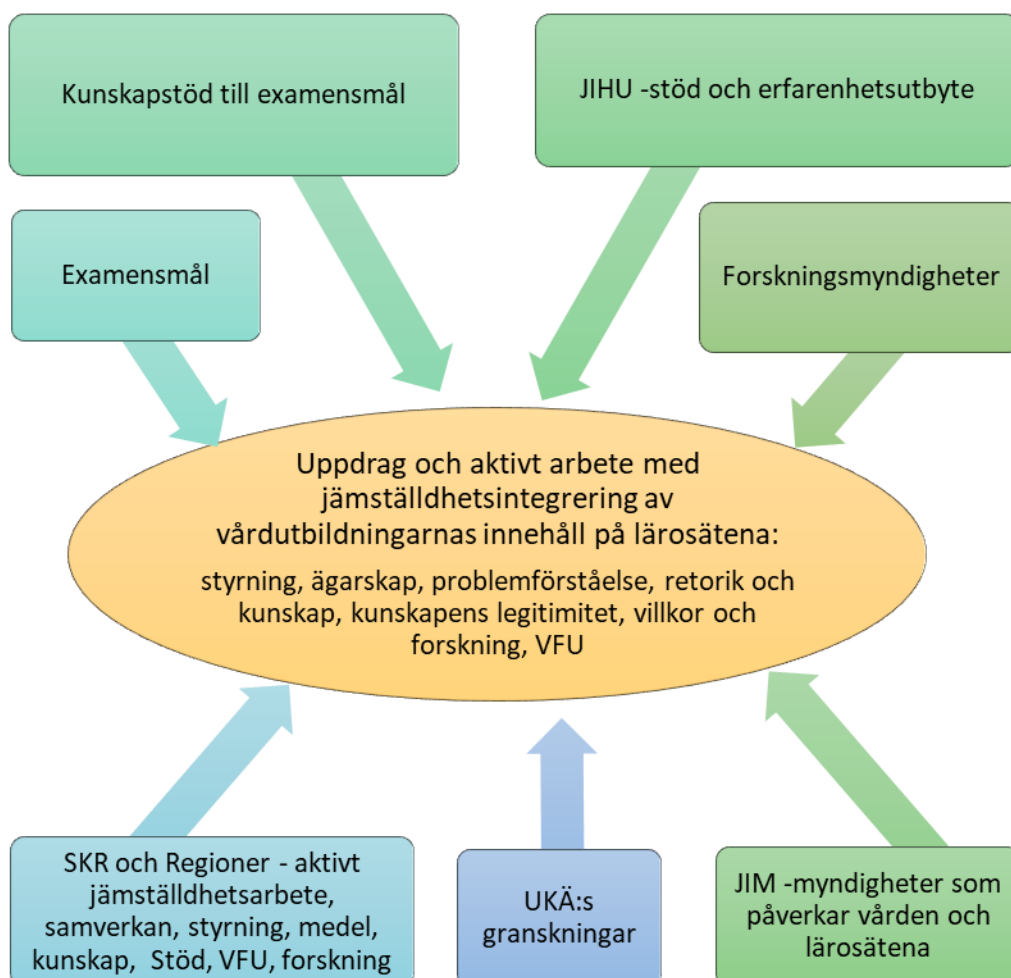
Interna utmaningar som lyfts i intervjuer, fokusgrupper och forskning, och som är väsentligt för utvecklingen, är att arbetet med jämställdhetsintegrering utvecklas och styrs:

- både centralt och lokalt inom organisationen, och att beslutsfattare på alla nivåer i organisationen känner ägarskap och har rätt kompetens i frågan
- i relation till förståelse av ojämställdhetsproblemen, och utifrån kunskap som kan bidra till lösning av problemen, samt att kunskapen är legitim centralt och lokalt.
- med beaktande av den typ av organisation som lärosätena är, med formell och informell styrkultur, den akademiska friheten, och eventuellt kollegialt motstånd

Kunskap och organisering är centrala på flera sätt. Centralt lyfts faktorer som särskilda styrdokument för jämställdhet, samt formuleringar kring kön och makt, och andra maktordningar i övriga styrdokument. Vidare lyfts faktorer som att arbetet är organiserat och resurssatt, att det finns experter på området med tydliga uppdrag och placering nära ledningen samt att arbetet med att utbilda anställda på lärosätet och handledare för VFU systematiseras. Att satsningar följs upp systematiskt, att det bidrar till utvecklingen av arbetet samt att exempel på fungerande arbete lyfts och sprids är viktigt. Lokalt är kompetens hos de som beslutar, planerar, genomför och examinerar utbildningen viktigt samt att relevant kunskap och pågående forskning utifrån genus- och könsskillnadsperspektiv finns i anslutning till utbildningarna. Både universitet och regioner lyfter att formuleringar om kön och makt är väsentligt, men för att åstadkomma en jämlik vård måste även andra maktordningar och en intersektionell analys finnas.

Externa faktorer som lyfts kopplar styrning genom regeringsuppdrag, examensmål, jämställdhetsintegrering av medicinska riktlinjer och UKÄ:s granskningar till utvecklingen. Kunskapsstöd till examensmålen och till jämställdhetsintegreringen, samt erfarenhetsutbyte mellan lärosäten, är andra viktiga faktorer. Lärosätets samverkan med regionerna när det gäller VFU, kompetensstöd och forskning poängteras. Stöd och samverkan påverkas positivt av att andra myndigheter och regionerna utvecklar sitt eget arbete med jämställdhetsintegrering och insatser som bidrar till jämställd och jämlik vård. Forskningsanslag som uppmuntrar till forskning som producerar kunskap som bidrar till jämställd och jämlik vård är en förutsättning för att relevant kunskap ur olika perspektiv kan integreras i vårdutbildningarna. Universitet kan inte självt styra innehållet i forskningen, men forskningsfinansiärer, som forskningsmyndigheter och lärosätets samverkan med regionerna genom avtalet om läkarutbildning och forskning (ALF-avtalen), kan påverka forskningen. SKR:s arbete med att stödja regionerna liksom att jämställdhetsintegrera styrning och utveckling av vården har potential att utveckla området.

Figur 6.1: Interna och externa faktorer som påverkar lärosätenas jämställdhetsintegrering av vårdutbildningarnas innehåll på strategisk, teoretisk och praktisk nivå.



6.6. SLUTSATSER

- Arbetet med integrering av jämställdhet och genus i fyra vårdutbildningar vid Karolinska institutet och Göteborgs universitet är pågående, men behöver utvecklas för att bidra till målet om jämställd vård.
- När mänskliga rättigheter lyftes in i examensordningen år 2007 plockades examensmål med skrivningar kopplade till kvinnor och män respektive jämställdhet bort på vissa utbildningar. I 10 av de 24 kurser på KI:s läkarprogram som innehåller målet om mänskliga rättigheter saknas kategorin jämställdhet (kön, kvinna, man, genus etcetera). Motsvarande siffra från GU är 5 av 15. Konsekvensen av det blir att det skapas en otydlighet kring om kön i praktiken räknas in i formuleringarna kring mänskliga rättigheter eller exempelvis social hållbarhet.
- Genus, eller kön kopplat till makt, saknas som examensmål i samtliga fyra vårdutbildningar på båda lärosätena.
- Examensmålet om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relation saknas i en majoritet av kurserna. I de flesta kursplaner går det inte att utläsa vilka våldformer som inkluderas i kunskapsområdet våld.
- Examensmålet om Mänskliga rättigheter, och allas rätt till hälsa, öppnar upp för intersektionella analyser av vården utifrån flera maktordningar, vilket kan bidra till jämlik vård. Målet stöds av lärosätenas arbete med lika villkor, social hållbarhet och målen om hälsa, jämställdhet och jämlikhet i Agenda 2030. I planerna är det dock ofta oklart om kön är en av maktordningarna som finns med i den intersektionella analysen, eller om det sker en analys utifrån maktordningar. Kön, genus eller jämställdhet saknas i en majoritet av kursplanerna. Hur pass integrerad kunskapen är varierar både mellan de olika programmen och mellan lärosätena. Framförallt varierar den mellan programmens olika kurser.
- De kunskapsområden som förekommer i kursplanerna finns med ur olika perspektiv. Det vanligast förekommande är studentens egna värderingar och föreställningar om kön, och andra maktordningar, samt hur detta påverkar det professionella mötet med patienten i vårdkedjan. I mindre omfattning förekommer genusanalys, eller intersektionella analyser, i relation till jämställd vård mer generellt, samt analyser som knyts direkt till ett specifikt kunskapsområde eller diagnosområde.

- Samtliga fyra kunskapsområden är utvecklingsområden, där genus och intersektionella analyser i relation till olika diagnos- och vårdområden särskilt kan stärkas. Kunskapsstöd, liknade det som utvecklas för examensmålet om Mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer, har potential att bidra till utveckling. Både riktlinjer och mer forskning som lyfter fram kunskapsområdena i relation till olika vård- och diagnosområden stärker kunskapsläget.
- Ett ambitiöst arbete centralt med tydlig problemdefinition och formuleringar om kön och makt samt med väl underbyggt kunskapsinnehåll och retorik, tycks ofta inte nå fram lokalt då många kursplaner helt eller delvis saknar perspektivet. Detta visar på fortsatt behov av utveckling av kunskap, styrning och villkor för jämställdhetsintegreringsarbetet.
 - Utvecklingen av arbetet internt på lärosätet, central och lokalt, påverkas genom regeringens styrning, granskning av verksamheten och lärosätets samverkan med externa aktörer. En utmaning är att finna nationella och regionala samverkansformer mellan de statliga myndigheterna, vårdgivare och SKR som tar hänsyn till det regionala självstyret samtidigt som det utvecklar arbete hos samtliga aktörer.
 - Stöd och samverkan, exempelvis genom kunskapsstöd till examensmålen och jämställdhetsintegrering samt erfarenhetsutbyte mellan lärosäten, är viktiga faktorer för utvecklingen av arbetet. Där har ett synkroniserat och långsiktigt arbete med stöd och styrning mot en jämställd och jämlik vård utifrån SKR och regionerna, i samarbete med myndigheter, en central roll.

7. KÖNSTYMPADE FLICKOR OCH KVINNORS HÄLSA OCH TILLGÅNG TILL VÅRD

Könsstympning av flickor och kvinnor är ett brott mot de mänskliga rättigheterna och utgör ett hinder för jämställdhet (Regeringen, 1998a). Sedvänjan strider mot svensk lag och även mot FN:s konvention om barnets rättigheter och barnkonventionen (Barnkonventionen, 2020). Den ledande förklaringsmodellen är att praktiken är ett resultat av patriarkalt förtryck och ett medel för att kontrollera flickor och kvinnors sexualitet (NCK, 2011). Den svenska regeringen ser könsstympning av flickor och kvinnor som en form av hedersrelaterat våld och förtryck, vilket framgår av handlingsplanen för att motverka könsstympning (S2018/03931/JÄM) och den nationella strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor (Skr. 2016/17:10).

Arbetet med att förebygga könsstympning, inklusive lagföring av förövare, samt ge vård och stöd till utsatta bidrar också till det nationella genomförandet av Agenda 2030 (Agenda 2030-delegationen, 2019). Antalet flickor och kvinnor som sökt vård och registrerats med diagnoskod kopplad till könsstympning har ökat stadigt mellan 2012 och 2018²⁸. Enligt Socialstyrelsen handlar det sammantaget om runt 5 000 kvinnor med diagnosen könsstympning som har sökt vård inom öppen respektive slutna specialist- eller förlossningsvård mellan 2012 och 2018. Den ökning som skett av antalet nydiagnostiserade²⁹ könsstympade flickor och kvinnor under perioden 2012 till 2018 kan bero på införandet av en ny registreringskod, att vårdpersonalen blivit bättre på att registrera diagnoskoderna och på den ökade invandringen under framförallt 2015 - 2016.

²⁸ Ökningen har skett i alla sjukvårdsregioner, undantaget Södra regionen.

²⁹ Med nydiagnostiserade menas kvinnornas första vårdtillfälle med diagnos för könsstympning (Socialstyrelsen, 2020c)

En annan förklaring kan enligt Socialstyrelsen vara att kvinnor och flickor som varit utsatta för könsstympning söker vård i högre utsträckning än tidigare. De flesta är mellan 18 och 39 år gamla, men under åren 2012–2018 har även tio flickor under 18 år som är födda i Sverige sökt vård och fått en diagnos kopplad till könsstympning. Könsstympade flickor och kvinnor söker vård, får en diagnos och erbjuds vård främst i samband med graviditet och förlossning. Studier påvisar att både personal och patienter upplever att det finns kompetensbrister samt behov av ökad kunskap om könsstympning inom hälso- och sjukvården. Det saknas till exempel kunskap som rör kliniskt arbete och bemötande (Socialstyrelsen, 2020c). Syftet med denna fallstudie är att analysera vad som fungerar och vad som inte fungerar inom olika arenor som arbetar med könsstympade flickor och kvinnors hälsa samt tillgång till vård. Fallstudien kan bidra med en överblick av vad som presterats inom området och vilken utvecklingspotential som finns.

7.1. METOD OCH MATERIAL

Empirin i kapitlet utgörs av intervjuer med företrädare från hälso- och sjukvården. Intervjumaterialet har kompletterats med forskning, projektrapporter, verksamhetsbeskrivningar och statliga offentliga utredningar. Analysen är behäftad med olika metodologiska svårigheter. För att få en heltäckande bild behövs bland annat kännedom om hur könsstympade flickor och kvinnor ser på sin hälsa och deras erfarenhet av hälso- och sjukvården. Att intervjua flickor och kvinnor som utsatts för könsstympning har dock inte varit möjligt inom ramen för detta uppdrag. Urvalet av intervjupersoner är begränsat till hälso- och sjukvårdens perspektiv och resultaten bör därför tolkas med viss försiktighet. Intervjumaterialet är inte uttömmande, men analysen återspeglar ett flertal erfarna vårdföreträdares perspektiv inom området.

Totalt har tolv semistrukturerade telefonintervjuer genomförts vid elva tillfällen. En gruppintervju genomfördes med två intervjupersoner och resterande var enskilda samtal. Intervjupersonerna är i huvudsak verksamma som barnmorskor, varav en har en samordnande funktion för samtliga barnmorskemottagningar inom en region i landet. En av intervjupersonerna är disputerad inom gynekologi och obstetrik samt verksam som överläkare. Ytterligare en intervjuperson är verksam som läkare och professor i internationell kvinno- och mödrahälsovård. Därtill är en intervjuperson verksam som överläkare inom barnkirurgi och akutsjukvård. Övriga intervjupersoner arbetar som skolsjuksköterska, kurator, undersjuksköterska, doula och expert inom könsrelaterad förföljelse på Migrationsverket.

Majoriteten av intervjupersonerna arbetar med att behandla vuxna kvinnor. Flera av intervjupersonerna har identifierats genom snöbollsurval, det vill säga genom tips av kontaktpersoner och redan intervjuade personer (Esaiasson m fl, 2007). Gemensamt för intervjupersonerna är att de har lång erfarenhet av att arbeta med könsstympade flickor och kvinnor inom hälso- och sjukvården. En del har erhållit erfarenheten genom att arbeta på vårdmottagningar i områden med hög andel utrikesfödda medan andra är verksamma på specialistmottagningar som riktar sig mot målgruppen. Undantaget i sammanhanget är företrädaren från Migrationsverket. En ytterligare faktor som intervjupersonerna delar är att de arbetar i storstäder.

Intervjuerna har spelats in och därefter transkriberats. Intervjuerna har även kompletterats med fältanteckningar. Transkriberingarna har sedan kodats i teman. Därefter har teman som bedömts vara nära sammankopplade till varandra kategoriserats ihop vilket resulterat i fem övergripande teman som utgör kärnan av analysen. Intervjuguiden innehåller främst öppna frågeställningar som möjliggör en fri berättelse. Frågeställningarna har delats in utifrån tre teman som är könsstympade flickor och kvinnors hälsa och vårdbehov, hälso- och sjukvårdens kompetens, arbetssätt och bemötande samt slutligen utvecklingsmöjligheter på nationell, regional och lokal nivå.

7.2. VAD ÄR KÖNSTYMPNING?

Unicef uppskattar att omkring 200 miljoner flickor och kvinnor i 30 länder är könsstympade. Sedvänjan praktiseras i huvudsak i afrikanska länder men förekommer även i länder såsom Jemen, kurdiska delar av Irak och Indonesien (UNICEF, 2016). Genom migration har sedvänjan blivit en global angelägenhet (Shell-Duncan m fl, 2016). Alla former av könsstympning av flickor och kvinnor är förbjudet enligt svensk lag (1982:316) sedan 1982. Personer kan även dömas för brott om handlingen utförts utomlands och oberoende av om den är straffbar i det landet eller inte (1998:407). Även försök, förberedelse och stämpling samt underlåtenhet att avslöja eller förhindra brott är förbjudet (2017:333). Den 1 juli 2020 infördes ett utreseförbud som ska skydda barn som riskerar att föras utomlands i syfte att ingå barnäktenskap eller att könsstympas (Regeringskansliet, 2020b). Sedan 1982 har bara två fall lett till fällande domar och ytterligare en man har dömts till stämpling för brott (NCK, 2020). Sedvänjan är en heterogen företeelse och skiljer sig såväl mellan länder som inom länder. Åldern då flickor och kvinnor utsätts varierar, liksom typen av könsstympning, omfattning, vem som utför det och förklaringar till varför det görs.

Könsstympning kan medföra både kortsiktiga och långsiktiga fysiska och känslomässiga komplikationer. De omedelbara följderna av könsstympning är exempelvis smärta, blödning, infektioner, skador på närliggande organ och chock. I värsta fall kan den leda till döden. På lång sikt kan det handla om svårigheter att urinera, underlivssmärter, smärta vid samlag, psykisk ohälsa och förlossningskomplikationer. Det förekommer även att utsatta inte har några större fysiska långsiktiga besvär eller komplikationer. Faktorer som kan påverka besvärens svårighetsgrad är hur könsstympningen utförs och vilken typ som genomförs (Johansdotter m fl, 2005; Socialstyrelsen, 2020b; Wahlberg, 2017; World Health Organization m fl, 2016). I Sverige kan flickor och kvinnor som utsatts för könsstympning erhålla specialistvård på kvinnokliniken på Akademiska sjukhuset i Uppsala, Vulvamottagningen på Angereds Närsjukhus i Göteborg samt Amelmottagningen på Södersjukhuset i Stockholm.

Världshälsoorganisationens (WHO) beskrivning av begreppet kvinnlig könsstympning är följande ”[...] alla kirurgiska ingrepp som rör borttagande delvis eller helt av de externa genitalierna eller annan åverkan på de kvinnliga könsdelarna av kulturella eller andra icke medicinska skäl”. WHO klassificerar kvinnlig könsstympning i fyra typer:

- Typ I – Borttagande av förhuden runt klitoris och/eller del av eller hela klitoris.
- Typ II – Delvis eller helt borttagande av klitoris samt partiellt eller totalt borttagande av de inre och yttre blygdläpparna.
- Typ III – Delvis eller fullständigt borttagande av yttre genitalia samt tillslutning/försnävning av vaginalöppningen (infibulation), med eller utan borttagande klitoris.
- Typ IV – Oklassificerade stympningar, allt som inte inkluderas i grupp I–III. Alla andra skadliga ingrepp i de kvinnliga könsorganen av icke-medicinska skäl, till exempel prickning, piercing, sticka med vasst föremål och skrapning (WHO, 2020).

De fyra typerna är breda och begreppet ”kvinnlig könsstympning” har kritiserats för att inte avspegla praktikens omfattning. Exempelvis anses inte prickning av klitoris vara en ren stympning enligt medicinska termer, medan infibulation innebär en tillslutning genom att underlivet sys ihop. (NCK, 2011). I samband med lagskärpningen 1998 ändrades den officiella termen av praktiken från ”omskärelse” till ”könsstympning” (Regeringen, 1998b). Nationellt center för kvinnofrid (NCK) påpekar att stympningsbegreppet är laddat och att det kan uppfattas som kränkande. Att bemöta flickor och kvinnor i Sverige med budskapet att de är stympade kan påverka deras självbild negativt enligt NCK. Även Polisen och Socialstyrelsen har påpekat att det är en viktig aspekt att beakta, inte minst i bemötande av utsatta (NCK, 2011). Vidare indikerar begreppet ”kvinnlig könsstympning” att det rör sig om vuxna kvinnor vilket är missvisande eftersom merparten blir omskurna som barn. En mer korrekt svensk benämning av praktiken är könsstympning av flickor och kvinnor (Socialstyrelsen, 2016a).

7.3. FÖREKOMST AV KÖNSTYMPNING AV FLICKOR OCH KVINNOR I SVERIGE

Socialstyrelsen fick år 2013 i uppdrag att uppskatta förekomsten av kvinnlig könsstympning och storleken på riskgruppen (Socialdepartementet, 2013). Av Socialstyrelsens prevalensstudie framgår att omkring 38 000 flickor och kvinnor i Sverige kan ha varit utsatta för någon typ av könsstympning, varav cirka 7 000 är flickor under 18 år. Uppskattningen rör andelen flickor och kvinnor som könsstympats innan de bosatte sig i Sverige. Prevalensstudien baseras på flickor och kvinnor som är födda i länder där prevalensen är över femtio procent. De största grupperna bedöms komma från Somalia, Eritrea, Etiopien, Egypten och Gambia (Socialstyrelsen & Socialstyrelsen, 2015). Socialstyrelsens uppgifter gällande ursprung överensstämmer med intervjupersonernas uppfattning. Av intervjumaterialet framgår dock att vårdpersonalen även behandlat könsstympade flickor och kvinnor som är födda i Irak, Iran, Elfenbenskusten, Saudiarabien, Jemen och Oman. Dessa länder har inte inkluderats i prevalensstudien för att prevalensen är under femtio procent.

Vad gäller förekomst av utsatta i Sverige finns det en indikator som mäter antalet registrerade, befintliga och nyupptäckta flickor och kvinnor som förekommer inom hälso- och sjukvården med en diagnoskod för könsstympning. Uppgifterna baseras på Medicinska födelseregistret (MFR) och Patientregistret (PAR). År 2018 var det totalt 6 144 flickor och kvinnor som fått en diagnoskod för könsstympning enligt Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsregister.

Socialstyrelsens prevalensskattning av andel utsatta som är 38 000 skiljer sig därmed markant jämfört med antalet flickor och kvinnor med diagnoskod för könsstympling. Vad diskrepansen beror på har inte klarlagts.

Jämställdhetsmyndigheten har tidigare belyst osäkerhetsfaktorer kopplat till indikatorn som avser att fånga upp antalet flickor och kvinnor i Sverige med en diagnoskod för könsstympling i rapporten *Arbete pågår – indikatorer. Del II av återrapporteringen av regleringsbrevet (2020)*. Av rapporten framgår att de som inte täcks in skulle kunna vara de som förekommer inom hälso- och sjukvården med en diagnoskod för könsstympling men som av någon anledning inte rapporterats till MFR eller PAR, alternativt de som fått en diagnoskod för könsstympling inom primärvården eller hos någon privat vårdgivare som, trots uppgiftsskyldighet, inte rapporterat in besöket eller vårdtillfället till PAR.

De flickor och kvinnor som inte har registrerats med någon diagnoskod för könsstympling trots att de är könsstympade, eller de flickor och kvinnor som har fått en annan diagnoskod som är bredare och avser genitalierna men där koden inte är specifik för könsstympling täcks heller inte in. Inte heller flickor och kvinnor med diagnos för könsstympling som saknar giltigt personnummer ingår. Indikatorn bedöms ändå som relevant att följa upp inte minst som ett led i uppbyggnaden av tillförlitliga data om förekomsten av könsstympling av flickor och kvinnor (Jämställdhetsmyndigheten, 2020c).

Socialstyrelsen har uppskattat att riskpopulationen utgörs av omkring 19 000 flickor. Med riskpopulation avses flickor under 18 år födda i Sverige av en kvinna som är född i ett land där könsstympling är vanligt förekommande. Enligt Socialstyrelsen är det inte hela riskpopulationen om 19 000 flickor som riskerar att utsättas för praktiken. Flickor som är i riskzon är de som faktiskt löper reell risk att utsättas för könsstympling. Benämningen flickor i riskzon definieras som flickor under 18 år som ingår i riskpopulationen där vårdnadshavarna har en positiv attityd eller är ambivalenta till könsstympling även efter migration. Socialstyrelsen har inte uppskattat andelen flickor ur riskpopulationen som befinner sig i riskzon. Hur många flickor i Sverige som faktiskt riskerar att utsättas för könsstympling är därmed oklart (Socialstyrelsen & Socialstyrelsen, 2015). Tidigare forskning påvisar att det finns en mängd faktorer som påverkar attityderna och därmed riskerna för könsstympling efter migration. Omständigheter som påverkar om en flicka befinner sig i riskzon eller inte är bland annat familjens utbildningsbakgrund, hur länge familjen bott i Sverige, familjens attityd till könsstympling och graden av integration (Socialstyrelsen & Socialstyrelsen, 2015; Wahlberg, 2017). Socialstyrelsens beräkningsmodell av riskpopulation inkluderar inte faktorer som påverkar attityder mot könsstympling efter migration. Jämställdhetsmyndigheten ser att det är viktigt att Socialstyrelsens benämningar av ”riskpopulation” och ”flickor i riskzon” samt uppskattningarna används korrekt. I riskpopulationen återfinns både de som löper en reell risk och de som de facto inte befinner sig i risk.

Jämställdhetsmyndigheten har tidigare konstaterat att enbart ett fåtal brott rörande könsstympning av flickor och kvinnor anmäls och att i princip samtliga handlagda brott utreds genom förundersökning. Det innebär att måtten personupplklaringsprocent och lagföringsprocent ligger nära varandra nivåmässigt. Inget eller något enstaka brott om könsstympning personupplklas (Jämställdhetsmyndigheten, 2020c). Samtidigt framgår det av Socialstyrelsens senaste rapport att tio flickor som är födda i Sverige har sökt vård och fått en diagnos kopplad till könsstympning under åren 2012–2018 (Socialstyrelsen, 2020c). Av rapporten framkommer inte om dessa tio ärenden har anmälts till Socialtjänsten och Polismyndigheten.

I likhet med Socialstyrelsen ser Jämställdhetsmyndigheten att det är problematiskt att länder där den nationella prevalensen är lägre än 50 procent har exkluderats från skattningen eftersom det kan innebära en underskattning av storleken på antal utsatta och riskpopulationen (Socialstyrelsen & Socialstyrelsen, 2015). Jämställdhetsmyndigheten noterar även att Socialstyrelsen inte tagit hänsyn till andel kvinnor som riskerar att reinfibuleras efter förlossningen.

Vidare framgår att det återfinns en betydande skillnad mellan andelen flickor som utgör riskpopulationen och andel handlagda brott gällande könsstympning som lett till personupplkaring per år (personupplklaringsprocenten). Vad diskrepansen beror på är oklart. Som Jämställdhetsmyndigheten skriver i rapporten *Förebyggande arbete mot könsstympning av flickor och kvinnor (2020)* är det viktigt för att komma tillrätta med problemen kopplat till könsstympning av flickor och kvinnor i Sverige att basera satsningar utifrån tillförlitlig statistik. Felaktiga uppgifter kan leda till att målgruppen stigmatiseras och misstänkliggörs. Det riskerar även att leda till att samhälleliga instanser riktar åtgärder fel (European Institute for Gender Equality, 2015; Johansdotter m.fl., 2005; University of Bristol, 2019). Ett exempel som beskrivs längre ner i detta kapitel rör en tioårig flicka som tvångsundersöktes på ett sjukhus i Uppsala och där vården konstaterade att flickan inte var könsstympad. Uppsala tingsrätt beslutade i en dom att flickan och hennes föräldrar har blivit utsatta för diskriminering (Uppsala tingsrätt, 2010). Samtidigt är det viktigt att identifiera andel utsatta och andelen som är i riskzon. För att genomföra effektiva satsningar krävs därmed kunskap om förekomst av könsstympning i relation till en svensk kontext.

7.4. SATSNINGAR FÖR ATT FÖREBYGGA KÖNSSTYMPNING AV FLICKOR OCH KVINNOR SAMT FÖRBÄTTRA STÖDET TILL REDAN UTSATTA

Sedan mitten av 1990-talet har myndigheter genomfört en rad satsningar som rör könsstymning av flickor och kvinnor (Länsstyrelsen Östergötland, 2015; NCK, 2011). Två nationella handlingsplaner har antagits under denna tidsperiod. Sverige antog sin första nationella handlingsplan mot könsstymning år 2003.

Handlingsplanen, vars övergripande mål var att könsstymning av flickor i Sverige skulle upphöra, inriktade sig mot berörda invandrargrupper och professioner inom kommuner, landsting, frivilligorganisationer och föreningar (NCK, 2011). Den uppdaterade handlingsplanen som antogs 2018 syftar till att förebygga och motverka könsstymning av flickor och kvinnor samt förbättra stödet till redan utsatta. Handlingsplanen omfattar preventiva insatser på olika nivåer som utförs av myndigheter. En del insatser är specifikt inriktade på att förebygga och motverka könsstymning av flickor och kvinnor, medan andra åtgärder utförs som ett led i ett bredare arbete mot mäns våld mot kvinnor (Regeringen, 1998a).

Socialstyrelsen har i huvudsak tilldelats uppdrag gällande prevention och stöd till redan utsatta. Åtgärderna riktar sig främst mot hälso- och sjukvården, men det finns även åtgärder riktade till exempelvis invandrargrupper. Socialstyrelsens förebyggande arbete har bland annat resulterat i bidragsstöd för verksamheter, kompetensstöd för professioner och informationsmaterial. Vad gäller vården för redan utsatta har Socialstyrelsen tilldelats uppdrag som rör kompetenshöjande åtgärder för hälso- och sjukvården. Några uppdrag är relaterade till klassificeringskoder för könsstymning, öppna jämförelser av hälso- och sjukvården, prevalensstudie av andel utsatta i Sverige samt storleken på riskgruppen (Socialdepartementet, 1998, 2003, 2017a, 2017b). Ett pågående uppdrag gäller inventering av vård som erbjuds utsatta och analys av hur vården kan bli mer jämlik i landet (Socialdepartementet, 2018a). Tillsammans med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Migrationsverket har Socialstyrelsen även erfordrats att förbättra upptäckt av våld i nära relationer där könsstymning av flickor och kvinnor ingår (Socialdepartementet, 2018c).

Vad gäller vård till redan utsatta har regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) ingått i fleråriga överenskommelser för att stärka förlossningsvården och annan hälso- och sjukvård riktad till kvinnor och personer som utsatts för sexuell våld (Socialdepartementet, 2017c, 2019). Till exempel har SKR som en del av överenskommelsen med staten under 2019 genomfört en kartläggning om hur vården kan stärkas för att bättre möta behoven hos kvinnor och flickor som utsatts för könsstympning. I rapporten beskrivs samlade lärdomar från de verksamheter och projekt som ingår i kartläggningen. Bland annat lyfts att kunskap om könsstympning är en grundförutsättning för att kunna bygga en allians med patienten och att vårdinsatser ska planeras utifrån den enskilda kvinnans behov och önskemål. Ytterligare en lärdom är att se till att patienten får den information hon behöver och har rätt till (SKR, 2020b).

Andra uppdragstagare inom det förebyggande arbetet är Länsstyrelsen i Östergötlands nationella kompetensteam och Jämställdhetsmyndigheten. Länsstyrelsen i Östergötland har ett nationellt uppdrag att förebygga och främja insatser mot hedersrelaterat våld och förtryck vilket innefattar könsstympning av flickor och kvinnor. Uppdragen rör stöd till nationella, regionala och lokala verksamheter. Arbetet har bland annat resulterat i en stödtelefon för rådgivning till yrkesverksamma och en vägledning till alla som arbetar med barn och unga inom förskola, skola, hälso- och sjukvård, socialtjänst, polis och den idéburna sektorn (Länsstyrelsen Östergötland, u.å.). Jämställdhetsmyndigheten har uppdragits att inventera effektiva metoder för attitydförändring och informationsspridning om könsstympning av flickor och kvinnor. Vidare ska myndigheten sprida kunskap om dessa arbetsätt till relevanta aktörer (Socialdepartementet, 2018b). Inom ramen för uppdraget har myndigheten genomfört en fördjupad kartläggning som belyser arbetsätt och metoder för att förebygga könsstympning av flickor och kvinnor. Därpå har arbetet lett till webbaserat stöd för fritidsledare och ledare inom civila samhället. Myndigheten innehar även ett uppföljningsansvar för den nationella handlingsplanen mot könsstympning av flickor och kvinnor (Jämställdhetsmyndigheten, 2020d).

Några uppdrag handlar om stöd till utsatta flickor. Exempelvis har Barnafrid vid Linköping Universitet uppdragits att genomföra utbildningsinsatser om hedersrelaterat våld och förtryck och dess olika uttrycksformer såsom barnäktenskap, tvångsäktenskap och könsstympning av flickor och kvinnor för landets barnahusverksamheter (Socialdepartementet, 2018b). Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor har fått i uppdrag att, i samverkan med ungdomsmottagningen på nätet (UMO), utveckla det pågående arbetet rörande hälsa, sexualitet och jämställdhet riktad till unga nyanlända och unga asylsökande (Socialdepartementet, 2016).

Ett generellt mönster är att satsningarna är inriktade mot att förebygga könsstympning av flickor och kvinnor samt utveckla vården till redan utsatta. Studier av satsningars problemformulering och utfall kan bidra till kunskap om åtgärdernas effektivitet. För att genomföra effektiva satsningar krävs en god kunskapsbas om könsstympning av flickor och kvinnor utifrån en svensk kontext. Jämställdhetsmyndigheten ser att det finns ett behov av analyser av bland annat utfallet av vårdåtgärder, hur utsatta upplever vården och attitydförändring bland berörda invandrargrupper.

7.5. VÅRDPERSONALENS ERFARENHETER AV KÖNSTYMPNING

7.5.1. Upptäckt av könsstympade flickor och kvinnor

Uppföljningen visar att könsstympning vanligtvis upptäcks i samband med patientbesök för vård och rådgivning om graviditet, preventivmedel, cellprovtagning och gynekologisk hälsokontroll. Även Socialstyrelsen har konstaterat att vårdåtgärder gällande könsstympning oftast sker i samband med annan vård, såsom vid graviditet och förlossning (Socialstyrelsen, 2020c).

Intervjupersonerna vittnar om att utsatta sällan berättar att de blivit könsstympade om de inte får en direkt fråga. Kunskap om könsstympning av flickor och kvinnor hos vårdpersonalen uppges vara en grundförutsättning för att kunna formulera frågor om utsatthet och inge förtroende. Förståelse för faktorer som upprätthåller sedvänjan uppges vara särskilt viktigt. Vidare understryker intervjupersonerna vikten av att inte fördöma patienterna och projicera sina egna föreställningar om könsstympning. För att öppna upp för samtal inleder flera med att informera patienten att de känner till att könsstympning är vanligt förekommande i andra länder. Andra uppger att de samtalar med patienten om våld och att de i sammanhanget berättar att könsstympning av flickor och kvinnor är en form av sexuellt våld. För att kontextualisera frågan används ofta andra begrepp än ”könsstympning” såsom omskärelse, sunna och prickning. Ytterligare formuleringar som omnämns är ”skurit i underlivet”, ”klippt i underlivet” och ”operation i underlivet”. Vårdpersonal kan även behöva förtydliga vilka ingrepp som anses ingå i begreppet ”kvinnlig könsstympning” i enlighet med svensk lagstiftning. Tidigare forskning visar att en del migranter exempelvis inte betraktar prickning som könsstympning (Wahlberg, 2017). Intervjupersonerna upplever att de flesta patienter inte har något emot att få frågor om könsstympning. En vårdföreträdare som är verksam på en barnmorskemottagning i ett socioekonomiskt utsatt område berättar om sina erfarenheter av att möta målgruppen:

Vi ställer alltid den frågan. Jag känner inte att Det är inte vanligt att de själva tar upp det. När vi tar upp det blir det ofta väldigt naturligt. [...] Men det finns en grupp som ... kom till Sverige som fyraåringar, femåringar, sexåringar och sen har levt hela sitt liv här. Och när jag tar upp kvinnlig omskärelse kan de känna sig väldigt kränkta och ledsna. Vissa har sagt ”det är inte mitt fel. Jag rör inte för det här” och ”varför ställer du den här frågan? Jag går sjuksköterskeutbildning. Jag vet det här”. Och det kan vara väldigt känsligt. Det känner jag.

En relevant fråga i sammanhanget är till vem vårdpersonalen ska rikta frågor om utsatthet. Uppföljningen visar att flickor och kvinnor som utsatts för könsstympning finns överallt i samhället och att målgruppen är heterogen. Vissa är integrerade i det svenska samhället, har god hälsa och talar svenska obehindrat. Andra är nyanlända, lever i segregation och saknar grundläggande anatomiska kunskaper. Vårdföreträdarna berättar att de möter utsatta som vet vilken typ av könsstympning de har utsatts för, medan andra inte ens vet att de är könsstympade. Flera intervjupersoner uppger att de frågar alla flickor och kvinnor de möter om de har utsatts för könsstympning medan andra utgår ifrån etnicitet. När frågor om könsstympning enbart ställs vid misstanke om utsatthet finns det en risk att vårdpersonal missar flickor och kvinnor som har utsatts för könsstympning.

På frågan vilka som inte får vård för sin könsstympning svarade intervjupersonerna flickor, kvinnor som inte genomgått en graviditet eller förlossning i Sverige, äldre kvinnor, nyanlända och utsatta som inte har behov av behandling. En vårdföreträdare ifrågasätter föreställningen om att det finns en stor grupp utsatta som inte får vård för sin könsstympning. Vårdföreträdaren menar att berörda invandrargrupper vet att de kan få vård för könsstympning och att det inte finns något som hindrar dem på en strukturell nivå att vidta en kontakt med hälso- och sjukvården. Här framhäver vårdföreträdaren vikten av att analysera om könsstympning i relation till hälso- och sjukvården inkluderar målgruppens åsikter och erfarenheter.

Två intervjupersoner som är verksamma på olika specialistmottagningar misstänker att det är en selekterad grupp som besöker dem och att det är svårt att erhålla en lägesbild av andel utsatta som är i behov av vård. De uppger att det i huvudsak är kvinnor som utsatts för typ III som behandlas hos dem. Vidare ifrågasätter de varför inte fler kvinnor som har utsatts för typ I och typ II besöker dem. Värt att nämna i sammanhanget är att 90 procent av alla könsstympade flickor och kvinnor i världen har utsatts för typ I, II eller IV och 10 procent av alla könsstympade flickor och kvinnor har utsatts för typ III (WHO, 2008).

För att nå målgruppen understryker flera vårdföreträdare vikten av att befinna sig på arenor där målgruppen finns. Intervjuerna pekar på att för att kunna upptäcka utsatta krävs att vården är tillgänglig, att målgruppen har ett förtroende för personalen, tillgång till personal med rätt kompetens samt, individens förmåga att förvärva, förstå och använda information. Arenor som kan fånga upp utsatta är vårdinstanser som primärvården, mödravården, barnavårdscentralen, öppna förskolor och ungdomsmottagningar.

Ytterligare aspekter som uppges göra vården ojämlik är remisstvång och vårdköer. Uppföljningen visar att berättelser sinsemellan utsatta om bra bemötande och vård är betydelsefullt för att målgruppen ska söka vård. Av intervjumaterialet framgår att äldre kvinnor som har utsatts för könsstympning kan upptäckas i samband med cellprovtagning, men att det skulle kunna finnas kvinnor i denna grupp som uteblir från cellprovtagning (Cancerfonden, 2020).

Informanterna anser att skolhälsovården har en betydelsefull roll i att upptäcka könsstympade flickor och att ämnet bör belysas i sexualundervisningen. Skolsjuksköterskan berättar att hälsosamtalen och elevers spontana besök till skolhälsovården utgör viktiga tillfällen för samtal om könsstympning. Samtalen rör dels frågor om utsatthet, lagen mot könsstympning och resor till hemlandet. Skolsjuksköterskan har även samtal med elevernas föräldrar gällande dessa frågor. Om elever i grundskolan behövt vård för sin könsstympning har föräldrar informerats om detta och följt med dem till vårdmottagningar för behandling. Skolsjuksköterskan berättar även att hon har erfarenhet av ett fåtal ungdomar som varit omkring 16–17 år där föräldrarna inte involverats till följd av ungdomarnas önskemål. Ett fåtal av de ungdomarna har också avstått från behandling. Här resonerar skolsjuksköterskan ytterligare kring dessa ungdomar:

Vissa har varit nyanlända i några år medan andra varit helt nyanlända. Många har varit på flykt länge utan sina föräldrar och kan därför ha svårt ibland att knyta an till föräldrarna och svårt att prata om ämnet. De föräldrar som informerats efter samtycke från ungdomarna, där ungdomarna inte velat delta i behandling, har mammorna (majoriteten av föräldrarna har varit ensamstående mammor) stöttat ungdomarna i att ta emot hjälp och behandling då hälsa ska gå före tradition. Andra mammor har fått backa och avvakta tills ungdomarna är redo. Där är det viktigt att de får information var de kan vända sig när frågan blir aktuell igen.

Intervjupersonerna berättar att nyanlända flickor och kvinnor bör erhålla information om vårdmöjligheter för könsstympning i ett tidigt skede. De nämner bland annat hälsoundersökning och samhällsintroduktion för nyanlända som viktiga forum. Skolsjuksköterskan berättar att hon har träffat ett flertal nyanlända ungdomar som fått information om vårdmöjligheter först genom henne. Informanter berättar i detta sammanhang att de upplever att många söker vård för sin könsstympning på egen hand eller tillsammans med stöd av anhöriga.

7.5.2. Hälsokomplikationer till följd av könsstympning

Intervjupersonerna berättar att de möter utsatta med varierande hälsoproblem. I likhet med vad som framkommit i forskning uppger de att långsiktiga fysiska komplikationer beror på vilken typ av könsstympning utsatta genomgått (Socialstyrelsen, 2020c; Wahlberg, 2017). Patienterna de möter kan lida av samlagssmärta, psykisk ohälsa, svårigheter att urinera, abnorm ärrbildning, mensvärk, komplikationer efter förlossning och cystbildning. En intervjuperson påpekar att mensvärk inte är en följd av könsstympning utan att problematiken snarare är en följd av att målgruppen inte får vård för sin mensvärk i lika hög utsträckning som andra i samhället. Ytterligare en intervjuperson framhäver att hälso- och sjukvården inte vet vad kopplingen mellan mensvärk och könsstympning är men att hon upplever att utsatta har mensvärk.

Även Socialstyrelsen konstaterar att det inte finns något tydligt vetenskapligt stöd för att menstruationsbesvär har ett samband med könsstympning. Samtidigt uppger Socialstyrelsen att mensvärk hos infibulerade kvinnor i sällsynta fall kan orsakas av att menstruationsblod ansamlas i slidan (Socialstyrelsen, 2016c). Flickor och kvinnor som har utsatts för infibulation uppges ofta ha behov av medicinsk eller kirurgisk behandling till följd av könsstympningen. Intervjupersonerna berättar också att det finns utsatta som inte drabbas av långsiktiga komplikationer dels på grund av att mängden vävnad som avlägsnats är liten. Vissa utan besvär kan ändå söka vård för att de vill ha information om könsstympningen som utförts och vilken vävnad som tagits bort. Andra utsatta som kommer i kontakt med vården vet inte att deras hälsoproblem är kopplade till könsstympningen, exempelvis svårigheter att tömma urinblåsan.

Faktorer kopplat till ingreppet i sig kan ha betydelse för omfattningen av psykisk ohälsa, såsom ålder, miljö, omskärare och involverade anhöriga. En del är i behov av traumaterapi, medan andra är i behov av stödsamtal för att bearbeta känslor kopplat till könsstympningen. Vårdpersonalen erbjuder samtalsstöd, men understryker att det är viktigt att inte pressa patienterna till det. En del påpekar att det inte finns någon specifik PTSD-behandling för flickor och kvinnor som utsatts för könsstympning och att det är oklart vem de ska hänvisa traumatiserade personer till. Några talar om att könsstympade flickor och kvinnor kan ha svårt med gynekologiska undersökningar för att det påminner dem om ingreppet. Andra hävdar att så inte är fallet utan att det beror på vilket bemötande de får och att patienter överlag tycker det kan vara lite obehagligt att genomgå en gynekologisk undersökning. En vårdföreträdare resonerar kring könsstympning och psykisk ohälsa:

Jag tänker att det är upp till varje enskild att definiera sitt trauma, om man säger så, eller sitt mående utifrån det man har varit med om och vad som är det man har svårighet med. Det kanske inte är just ingreppet i sig, utan det kanske är det man får ... hur man närmar sig andra människor som är svårigheten i stället. Jag tänker att det måste finnas fler tillfällen att få kunna prata om hur det är just för mig. Och det kan göras på flera håll tror jag. Det måste inte vara inom psykiatrin.

En vårdföreträdare som arbetar med barn under tio år lyfter att det är svårt att avgöra om flickor som utsatts för könsstympning lider av psykisk ohälsa till följd av ingreppet. Vårdföreträdaren tror att det är en följd av barnens ålder och för att barnen upplever könsstympningen som ett normalillstånd. Vårdföreträdaren tror att en del barn kan komma att drabbas av psykisk ohälsa till följd av könsstympning vid ett senare skede i livet. Hon lyfter även att det finns behov av forskning om hur flickor och kvinnor som utsatts för könsstympning ser på vården i Sverige.

Vad gäller sex och samlevnad uttrycker några att det är svårt att avgöra om patienternas problem är kopplade till könsstympning eller att de inte har utforskat sin kropp och sexualitet. En del könsstympade flickor och kvinnor lever i en miljö som präglas av kyskhetsnormer vilket påverkar deras syn på sex och samlevnad. Utsatta som lever med hedersnormer kan vara i behov av stöd och behandling utöver könsstympningen i sig. Några intervjupersoner som har specialiserat sig inom hedersnormer berättar att de möter ungdomar och unga vuxna som inte enbart utsatts för könsstympning, utan även andra former av hedersrelaterat våld och förtryck såsom äktenskapstvång. Hälso- och sjukvården kan behöva erbjuda utsatta skydd och kontakt med socialtjänst. Även bokinnsförfarandet kan behöva anpassas för att utsatta ska känna sig trygga att söka vård. Till exempel berättar en vårdföreträdare som är verksam på en specialistmottagning att vissa patienter inte vill att kallelsebrev skickas hem. Att leva med könsstympning i Sverige kan även leda till att individen känner sig annorlunda än andra. Svaranden uppger att de möter vissa utsatta som tycker att de har fula underliv. Här lyfts vikten av att vårdpersonal inte behandlar utsatta som offer och att fokus bör ligga på konkreta lösningar som exempelvis vårdalternativ.

7.5.3. Hälso- och sjukvårdens kunskap och attityder

De flesta intervjupersoner upplever att kunskapsnivån om könsstympning inom hälso- och sjukvården varierar inom landet. Specialistmottagningar och vårdinrättningar i områden med hög andel utrikesfödda pekas ut som särskilt kompetenta. Skolsjuksköterskan reflekterar kring kunskapsläget inom elevhälsan:

Väldig blandat. Det beror på ... Göteborg är en väldigt segregerad stad. Det beror på var man jobbar. ... Man är väldigt bekant med frågan om man jobbar i vissa stadsdelar.

Kompetenshöjande insatser uppges resultera i att fler könsstympade flickor och kvinnor upptäcks och erhåller vård. Till exempel anges kunskapsnivån i Stockholms län vara hög till följd av återkommande kompetenshöjande insatser. I Stockholms län har regionen utbildat 300 barnmorskor under år 2020 och tagit fram informationsmaterial. Även Amelmottagningen har bedrivit kompetenshöjande insatser för berörda professioner inom ramen för Amelprojektet som finansieras med statliga projektmedel. Ett återkommande tema som lyfts i intervjuerna är vikten av långsiktiga, välförankrade insatser och att undvika ad hoc-insatser som drivs av samhällstrender i stället för målgruppens behov. I stället för att fokusera på att ta fram nya produkter såsom metoder och material föreslår de intervjuade att fokus bör ligga på att lyfta fungerande verksamheter och sprida deras arbetssätt och kompetens.

Majoriteten av intervjupersonerna var nöjda med befintligt informationsmaterial som riktar sig till vårdpersonal och patienter. Vården upplevs dock som ojämlig för att många utsatta inte har tillgång till specialistmottagningar. Till exempel finns det inte en enda specialistmottagning i norra Sverige.

En intervjuperson föreslog att ett nationellt kunskapscenter bör inrättas i anslutning till NCK och Akademiska sjukhuset i Uppsala. Genom ett nationellt kunskapscenter kan vårdpersonal runt om i landet erhålla stöd vid behov. En vårdföreträdare ger sin syn om kompetenshöjande insatser:

Det är till exempel talande att efter den utbildningsinsats som Amelprojektet påbörjade 2017 har vi mer än fördubblat antalet patienter som sökt till Amelmottagningen 360 besök förra året. Vi tolkar det som att behovet ju funnits tidigare men med ökad kunskap hos yrkesverksamma som möter patientgruppen kan det uppmärksammas och att de också vet vart de kan hänvis vidare till, vilket gjort att tillströmningen hit ökar [...] Det tycker jag visar att satsningar på kvinnors hälsa, som till exempel denna utbildningsinsats ger effekt. Men detta måste implementeras kontinuerligt och inte bli kortsiktiga övergående projekt.

Något som framkommit i undersökningen är att bristande kunskap, vana och fördomar inom hälso- och sjukvården kan leda till osäkerhet hos yrkesverksamma. Konsekvensen är att vissa inte frågar patienterna om könsstympling och att de undviker ämnet samt behandlar utsatta så lite som möjligt. För att komma tillrätta med problemet lyfts vikten av kompetenshöjande insatser om könsstympling och bemötande. Två vårdföreträdare resonerar kring detta:

Men det är viktigt att man inte gör det så problematiskt eller så hämmande eller så annorlunda eller så skrämmande så att man också låter det genomskena när man pratar om det. [...] jag tror att många kan känna sig ganska upprörda över att man skär i barn för att man tänker att det är ett sätt att upprätthålla renhet eller någonting fertilt [...] bra att komma ihåg det också, att saker sker av en anledning. Sen måste man kanske förändra såna anledningar, men det är inte bara onda människor som gör sånt här mot sina barn.

Av intervjumaterialet kan vi utläsa att hälso- och sjukvården kan ha brister vad gäller sex- och samlevnadsvård. För att komma tillrätta med problemen anser intervjupersonerna att ämnet behöver sättas på agendan inom hälso- och sjukvården. Vidare ser de behov av kompetensutveckling inom området.

Rörande vårddagares upplevelse av vården upplever intervjupersonerna att de flesta är nöjda med behandlingen de får hos specialistmottagningarna. Några uttrycker dock en viss tveksamhet till om vårddagare är nöjda med samtalsstödet och öppningsoperationerna. En vårdföreträdare berättar bland annat att hon träffat patienter som är besvikna över hur deras underliv ser ut efter att ha genomgått en öppningsoperation. Hon lyfter att det finns behov att undersöka hälso- och sjukvårdens möjligheter att erbjuda behövande klitorisrekonstruktion.

7.5.4. Rutiner och riktlinjer

Uppföljningen påvisar att rutiner gällande inrapportering till register och dokumentation i patientjournaler skiljer sig åt i landet. Även tidigare rapporter från Socialstyrelsen ger en liknande bild (Socialstyrelsen, 2020c). Avsaknaden av kunskap om antal utsatta och vårdåtgärder som vidtas samt utfallet av behandlingarna gör att inrapportering till registren är ett prioriterat utvecklingsområde enligt intervjupersonerna. Dessutom kan bristfällig dokumentation i patientjournalen leda till glapp i vårdkedjan och därmed försämra vårdkvaliteten.

En förklaring som omnämns är att vårdpersonal kan vara osäkra om hur de ska registrera våld. En vårdföreträdare resonerar kring dokumentation i patientjournaler:

... man kanske har frågat om det på mödravården och sen har man inte haft någon ruta man har skrivit in det i och så har inte förlossningspersonalen vetat om eller att det var tvärtom, att det har visat sig på förlossningen men så har inte eftervården fått veta.

År 2018 beviljades Mödrahälsovårdsenheten i Region Stockholm anslag från SKR för ett förbättringsarbete vilket bland annat resulterat i förbättrad upptäckt av utsatta, inrapportering till registren och journalföring. Inom ramen för projektet har barnmorskorna haft i uppdrag att fråga alla gravida kvinnor om de är könsstympade och inrapportera det till graviditetsregistret. Under 2019 tillfrågades 15 001 gravida om de utsatts för könsstymning, varav 334 uppgav att de är könsstympade och 20 av dem är födda i Sverige (Mödrahälsovårdsenheten Region Stockholm, 2020). Projektresultaten visar att hälso- och sjukvården kan förbättra upptäckten av utsatta och täckningsgraden för inrapportering genom rutinmässiga frågor. När det kommer till könsstymning har inte graviditetsregistret använts i någon hög omfattning tidigare på grund av att det inte varit en prioriterad åtgärd enligt några intervjupersoner. Nackdelen med graviditetsregistret är att det enbart inkluderar gravida. Ett ytterligare register som omnämns är Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi (GynOp). Här registreras vårdåtgärder kopplade till större gynekologisk kirurgi och eventuella komplikationer efter vårdåtgärden registreras (Gynop, 2020). Genom att använda GynOp ges möjlighet att kartlägga och analysera vårdkvaliteten. Av intervjumaterialet framgår även att hälso- och sjukvården behöver bli bättre på att diagnosticera denna målgrupp även vid vårdbesök för andra besvär. Därutöver påpekar vissa att det är problematiskt att barnmorskor inte kan sätta diagnoser på egen hand.

Migrationsverket är ytterligare en samhällsinstitution som möter könsstympade flickor och kvinnor. Frågan om könsstymning tas upp i asylutredningen i de fall där landförhållanden och kön indikerar att det kan vara aktuellt. Asylsökande kan också ta upp frågan tidigare vid frågor om hälsa eller andra särskilda problem. Uppgifterna registreras i den asylsökandes ärende. I nuläget inrapporteras inte uppgifterna i något register som gör det möjligt att hämta ut avidentifierad aggregerade data.

Det framkommer i intervjuerna att det kan finnas skillnader i hälso- och sjukvårdens förhållningssätt till öppningsoperationer. I Sverige genomförs öppningsoperationer både före och under förlossning. De flesta intervjuade anser att öppningsoperationer bör genomföras före förlossningen för att underlätta födandet för kvinnan och undvika förlossningsskador. En informant anser att utfallet av förlossningsskador inte kan kopplas till när i tiden öppningsoperationen sker utan att det väsentliga är barnmorskors kompetens och teknik under förlossningen. En informant berättar att hon har erfarenhet av att möta infibulerade kvinnor som inte har kännedom om att de har möjlighet att genomgå en öppningsoperation innan förlossningen. Därtill uppger hon att infibulerade kvinnor generellt sett är positivt inställda till att genomgå en öppningsoperation innan förlossningen. Vad gäller öppningsoperationer uppger ett flertal att den interna diskursen inom hälso- och sjukvården är centrerad kring gravida och att icke gravida flickor och kvinnor som är i behov av öppningsoperationer riskerar att missas.

Uppföljningen visar att vårdpersonal är osäkra på om de är skyldiga att polisanmäla brott rörande könsstympade kvinnor. Av graviditetsregistret framgår att barnmorskemottagningarna i region Stockholm har behandlat svenskfödda kvinnor som är könsstympade. Det är oklart om något av fallen har anmälts till socialtjänsten eller Polismyndigheten. Några intervjupersoner berättar att frågan har lyfts på deras respektive arbetsplats med bland annat jurister. Flera efterfrågar tydligare riktlinjer i denna fråga. En vårdföreträdare återberättar interna diskussioner om detta:

Jag tror att det också är en vanegrej. Vi vet inte hur vi ska gå tillväga, förstör vi relationen och ... Det är kanske en blivande mormor som kommer att bli åtalad, som egentligen inte haft ett ont uppsåt. Utan hon har gjort någonting bra för sin dotter, som har tagit med henne i gemenskapen och gjort henne till en ren och anständig flicka som har kunnat gifta sig, helt enkelt. Då ska hon bli anmäld för att hon gjort ett brott, efter ... ja, 10 år, 20 år. Jag tror att det är såna tankar som florerar.

Vad gäller förebyggande arbete för att motverka könsstympning berättar intervjupersonerna att de informerar om lagen och frågar utsatta hur de ser på företeelsen samt om de avser att könsstympa sina döttrar. Alla intervjupersoner upplever att könsstympade kvinnor känner till förbudet och att de är negativt inställda till sedvänjan. En av vårdföreträdarna berättar:

Jag tror att de allra flesta är emot det, och de är ” absolut inte på min dotter, aldrig i livet” , så. [...] Sen tror jag att det är många som har förstått hur det är i Sverige, att det är förbjudet. Och är lättade över att det är så också, så att de slipper.

Tre vårdföreträdare berättar att de har undersökt flickor gällande misstanke om könsstympning på begäran av Polismyndigheten och socialtjänsten. Det har i dessa fall varit så att antingen har flickorna inte varit könsstympade eller så har könsstympningen ägt rum innan familjen bosatte sig i Sverige. Enligt NCK finns det flera fall av tvångsundersökningar, det vill säga då en flicka har undersökts mot familjens vilja eller utan föräldrarnas vetskap (NCK, 2011). Ett flertal fall har även anmälts till Diskrimineringsombudsmannen (DO). Ett av de mest uppmärksammade fallen rör en tioårig flicka som tvångsundersöktes på ett sjukhus i Uppsala. Specialisterna konstaterade att flickan inte var könsstympad. DO bedömde att beslut om läkarundersökning togs enbart på grund av familjens etniska tillhörighet och stämde därför Uppsala kommun för brott mot Diskrimineringslagen (2008:567). Uppsala tingsrätt beslutade i en dom att flickan och hennes föräldrar har blivit utsatta för diskriminering (Uppsala tingsrätt, 2010). Av intervjumaterialet framgår även att en vårdföreträdare hjälpt en inrikes född vuxen kvinna att anmäla sina föräldrar till följd av könsstympningen de utsatte henne för i barndomen.

7.5.5. Från underliv till kvinnoliv

Några vårdföreträdare har erfarenhet av att möta utsatta som inte vill genomgå behandling. Orsaken tycks bland annat bero på traditionella föreställningar rörande kyskhetsnormer, äktenskap och skönhetsideal. Att genomgå behandling kan i vissa fall betraktas som ett brott mot familjens och kollektivets normer. Några vårdföreträdare uppger att de genom samtalsstöd försöker motivera utsatta som är ambivalenta till behandling. Patienterna uppmuntras även att komma tillbaka när de känner sig redo för att genomgå behandling. Flera intervjupersoner önskar stöd i form av riktlinjer och kompetensstöd.

Samtidigt understryker samtliga att det är den vårdsökande som avgör om behandlingen ska tas emot. En av intervjupersonerna har mött asylsökande kvinnor som avstått från vård för sin könsstympling på grund av rädsla över att få avslag på sin asylansökan. Att återvända till sitt hemland efter att ha genomgått en öppningsoperation kan vara förenat med fara i vissa fall (Lifos, 2019b, 2019a).

Samtliga vårdföreträdare har tillfrågats om de har träffat kvinnor som har utsatts för reinfibulation efter förlossningen. Enbart en vårdföreträdare har erfarenhet av detta. Patienten hade utsatts för sedvänjan i Sudan. På frågan om fallet polisanmälades svarade vårdföreträdaren:

Nej, nej, det blev det inte. Hon var vuxen [...] Men jag tänker att hon bestämde det själv, att hon vill inte vara så här öppen. Hon åkte hem och själv ... Det var ingen annan, utan det var hon själv som åkte hem till sin mamma och ville bli hopsydd.

Även om patienterna som vårdföreträdarna möter är negativt inställda mot könsstympling i den mening att de inte vill utsätta sina döttrar för det tycks ett fåtal brottas med traditionella föreställningar kopplade till sina egna underliv. Viktigt att understryka i sammanhanget är att vårdpersonalen

Jämställdhetsmyndigheten talat med säger att de i huvudsak möter könsstympade flickor och kvinnor som är motiverade till att erhålla behandling om det finns ett vårdbehov.

En genomgång av intervjumaterialet visar att könsstympade flickor och kvinnors hälsa påverkas av många faktorer utöver ingreppet i sig. Vårdföreträdare berättar att en del utsatta kommer från socioekonomiska utsatta förhållanden och att de inte tagit till sig det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Andra uppger att kulturella skillnader och bristande språkkunskaper kan orsaka missförstånd mellan patienter och vårdpersonal. I likhet med annan forskning poängterar intervjupersonerna att utrikesfödda kvinnor generellt har sämre hälsa än inrikes födda kvinnor.

Några belyser även att utrikesfödda inte får vård på lika villkor som inrikes födda. Skillnader i vård och behandling uppges bland annat bero på diskriminering. Att strukturell diskriminering förekommer inom hälso- och sjukvården stöds även av andra studier. Forskning visar också att strukturell diskriminering kan påverka hälsan negativt (Folkhälsomyndigheten, 2019; Sveriges kvinnolobby, 2019). En vårdföreträdare resonerar kring detta:

Jag tänker att hälso- och sjukvårdslagens mål ju är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela vår befolkning men att vi misslyckas med detta på bekostnad av kvinnors hälsa. Det finns en hel del rasism inom sjukvården och det är visat att kvinnor med annan än svensk etnicitet får sämre vård, och då menar jag inte ens det som är svårt att mäta (men omvittnat) som bemötande mm utan högst påtagliga och mätbara parametrar som utfall eller komplikationer vid förlossning t ex.

Vad gäller barnafödande får utrikesfödda fler komplikationer och förlossningsskador jämfört med svenskfödda, enligt Socialstyrelsen. Sämst utfall på samtliga förlossningsmått har kvinnor födda i Afrika söder om Sahara. Skillnaden i olika graviditetskomplikationer, akut kejsarsnitt, perinatal död, låg Apgarpoäng³⁰ och bristningar efter förlossningen kvarstod efter justering av materiella och övriga socioekonomiska faktorer. En bidragande faktor till den förhöjda risken för bland annat sfinkterruptur kan vara förekomsten av könsstympling hos kvinnor födda i Afrika söder om Sahara. Det är dock inte klarlagt hur stor betydelse det har i samband med förlossningsskador (Socialstyrelsen, 2016c).

Även Statens medicinska beredningsråd har påvisat att barnafödande i relation till könsstympling är ett prioriterat forskningsområde (SBU, 2019). Andra studier inom området från bland annat Sverige framhäver att det dåliga förlossningsutfallet inte är en följd av könsstympling i barndomen. I stället pekas suboptimal vård, missförstånd och sena diagnoser som viktiga förklaringar till problemet (Berg m.fl., 2014; Berg & Underland, 2013; Essen m.fl., 2002, 2002; Essén m.fl., 2005).

På frågan hur könsstympade kvinnors förlossningsutfall kan förbättras svarar en vårdföreträdare:

³⁰ Apgarskalan bedömer det nyfödda barnets vitalitet.

Ja det är lyfta blicken från underlivet till kvinnoliv. Många utlandsfödda från låginkomstländer är en socialt utsatt grupp. Ni ska lyfta de som är socioekonomiskt utsatta. Men det är inget specifikt för omskärelse [...] Ni ska ta tag i komplicerade problem som handlar om ojämlik vård som jag lyfter i mitt kliniska vårdmöte. Man sätter in doula (ovetenskapligt) istället för när det handlar om att sätta in den bästa barnmorskan och utbildad undersjuksköterska som kan ge professionellt stöd [...] Kan de inte svenska då ska det vara tolk. Om man hade gjort det här så hade man löst så mycket.

Kvinnokliniken på Akademiska sjukhuset i Uppsala arbetar enligt intervjupersonerna utifrån ett holistiskt perspektiv med specifikt fokus på gravida invandrarkvinnor från Mellanöstern och Afrika. För att undvika missförstånd och bristande kommunikation i vårdmötet används bland annat kulturtolkar. Kvinnokliniken arbetar nära forskare inom medicinsk antropologi, vilket lett fram till vårdkonceptet ”Två experter på rummet”. Konceptet är en konsultationsteknik som bottnar i perspektivet att både läkare och vårdtagare besitter relevant kunskap.

7.6. SLUTSATSER OCH IDENTIFIERADE BEHOV

- För att uppnå jämställd hälsa måste könsstympning av flickor och kvinnor upphöra och de som utsatts behöver få adekvat vård och stöd. Könsstympning av flickor och kvinnor är ett brott mot de mänskliga rättigheterna och strider mot svensk lag samt FN:s konvention om barnets rättigheter.
- Jämställdhetsmyndighetens studie visar att det är viktigt att insatser och åtgärder baseras på korrekta uppgifter om bland annat omfattning för att komma tillrätta med de problem som är kopplade till könsstympning av flickor och kvinnor i Sverige. Spridning av felaktiga uppgifter kan leda till att målgruppen stigmatiseras och misstänkliggörs. Bristande kunskapsunderlag kan göra att insatser och åtgärder blir felriktade. Det finns behov av en fördjupad undersökning av aktuella problem kopplade till könsstympning av flickor och kvinnor i en svensk kontext. Analysen bör inkludera utsattas perspektiv och varför vissa utsatta inte söker vård för sin könsstympning.
- Det finns behov av en prevalensstudie om förekomst av andel utsatta och andel i riskpopulation samt riskzon. Beräkningsmodellen av andel i riskpopulation och riskzon bör inkludera faktorer som påverkar attitydförändring mot könsstympning. För att genomföra effektiva satsningar krävs kunskap om förekomst av könsstympning i en svensk kontext.

- Studien bekräftar att utsatta har varierade erfarenheter, besvär och vårdbehov som följd av ingreppet. Gruppen könsstympade flickor och kvinnor rymmer en stor heterogenitet. Hälso- och sjukvården behöver därför vara lyhörd för patientens besvär och vårdbehov. Vidare synliggör analysen att det till viss del finns delade meningar inom hälso- och sjukvården om vilka problem som flickor och kvinnor har i relation till könsstympning. Till exempel finns olika åsikter om huruvida mensvärk är en följd av könsstympning. Det är inte heller klarlagt om kvinnor från Afrika söder om Sahara i Sverige drabbas av sämre förlossningsutfall på grund av könsstympning.
- Analysen visar att upptäckt främjas av att vårdpersonal ställer rutinmässiga frågor om könsstympning till patienter. Kunskap är avgörande för om vårdpersonalen ställer frågor och om de gör det på rätt sätt. En angelägen grupp att nå är nyanlända flickor och kvinnor. Det finns ett behov av riktlinjer för att fråga om utsatthet för könsstympning och faktorer som kan stötta vårdpersonal i att upptäcka om en patient blivit utsatt för könsstympning.
- Vidare bekräftar intervjuerna bilden av att hälso- och sjukvården är sämre på nå könsstympade flickor och kvinnor som inte genomgått en graviditet eller förlossning i Sverige. Hälso- och sjukvården bör genomföra riktade informationsinsatser till barn, unga och kvinnor som inte söker vård i samband med förlossning eller graviditet. Elevhälsan, ungdomsmottagningarna och skolan är viktiga arenor för detta. För att nå asylsökande och nyanlända flickor och kvinnor kan hälso- och sjukvården och berörda aktörer behöva vidta särskilda informationsinsatser.
- Kompetenshöjande insatser inom hälso- och sjukvården tycks ge resultat. Specialistmottagningarna är viktiga och kan bidra med mycket kompetens inom området. Samtidigt är specialistkompetensen centrerad till ett fåtal städer, vilket kan göra den otillgänglig. Avsaknaden av nationella riktlinjer och konsensus kring vissa medicinska insatser gör att det är särskilt viktigt att ge tydlig information om behandlingsalternativ och inkludera patienten i beslutsprocessen.
- Skillnaderna mellan utrikes och inrikes födda visar att den vård som kvinnor får i samband med graviditet och barnafödande inte är jämlik. Att utrikesfödda flickor och kvinnor dessutom drabbas av diskriminering inom hälso- och sjukvården är ett jämställdhetsproblem. Det finns behov av att utreda vidare varför kvinnor födda i Afrika söder om Sahara har sämst utfall på samtliga förlossningsmått och undersöka fler möjliga förklaringsfaktorer än könsstympning.

- Viktiga förbättringsområden rör registrering av diagnoskoder och dokumentation i patientjournaler. Särskilda insatser inom området kan krävas, exempelvis tydligare riktlinjer och kompetensutveckling. Det kan även finnas behov av att utveckla nya register inom hälso- och sjukvården och andra samhällsinstanser. Kompetenshöjande insatser bör innehålla både ett medicinskt perspektiv och sociokulturella perspektiv som beskriver sedvänjan i en kulturell och historisk kontext.

8. HÄLSA HOS KVINNOR MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Kvinnor och män med olika typer av funktionsnedsättningar³¹ utgör en betydande andel av Sveriges befolkning. Av vuxna mellan 16 och 64 år uppskattas drygt 750 000³² personer ha någon form av funktionsnedsättning. Undersökningar visar att personer med funktionsnedsättning har sämre hälsa än befolkningen som helhet. Kvinnor med funktionsnedsättning har sämre hälsa jämfört med både män med funktionsnedsättning och befolkningen som helhet (Myndigheten för delaktighet, 2020).

Utgångspunkten för den svenska funktionshinderpolitiken och det funktionshinderspolitiska målet är FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (SKL, 2009). Enligt konventionen har personer med funktionsnedsättning rätt till bästa möjliga hälsa och ska inte utsättas för diskriminering. Förutom funktion betonar konventionen tydligt att kön och ålder inte heller inskränker en människas rätt till utveckling eller skydd. Dessutom beskrivs i Agenda 2030 att ingen får lämnas utanför. I flera av de globala hållbarhetsmålen betonas att detta särskilt gäller personer med funktionsnedsättning. I svensk lagstiftning föreligger också rättigheter och möjligheter för alla, oavsett funktionsförmåga, vilka beskrivs i bland annat Lagen om stöd och Service (LSS), Socialtjänstlagen (SoL) samt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Myndigheten för delaktighet (MFD) påpekar att personer med funktionsnedsättningar tenderar att reduceras till en homogen grupp. Det kan medföra att funktionsnedsättningen ofta får företräde framför exempelvis kön, etnicitet, ålder, könsidentitet, sexuell läggning eller religiös grupp som individen kan tillhöra (Myndigheten för delaktighet, 2020).

³¹ Socialstyrelsens termbank definierar funktionsnedsättning som en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga, som kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller övergående natur.

³² Det finns inget register över antal personer med funktionsnedsättning, och den statistik som finns kommer från olika befolkningsundersökningar. Det går därför inte att ange gruppens exakta storlek eller andel kvinnor i gruppen. WHO brukar dock uppskatta att 10–15 procent av världens befolkning har en funktionsnedsättning.

MFD har tidigare visat att de generella könsskillnader som finns inom utbildning, arbetsliv och hälsa tenderar att kraftigt förstärkas av funktionsnedsättning som faktor.

I rapporten *Ekonomisk jämställdhet för kvinnor med funktionsnedsättning* från 2019 bedömer Jämställdhetsmyndigheten och Myndigheten för delaktighet att såväl funktionshinderperspektiv som jämställdhetsperspektiv som utgångspunkter är en förutsättning för att uppnå de mål som riksdagen beslutat på respektive politikområde (Myndigheten för delaktighet & Jämställdhetsmyndigheten, 2019). Funktionsnedsättning behöver alltså finnas med som ett perspektiv på jämställd hälsa för att kvinnor och män, respektive flickor och pojkar, ska ha samma förutsättningar för god hälsa och erbjudas vård och omsorg på lika villkor.

Jämställdhetsmyndigheten ger i detta kapitel en övergripande lägesbild av hälsostatusen och faktorer som kan påverka hälsan hos kvinnor med funktionsnedsättning. Utifrån tidigare kända uppgifter om hälsostatusen hos kvinnor med funktionsnedsättning kan delmålet om jämställd hälsa endast nås om gruppens hälsostatus förbättras. Kapitlet baseras på ett strategiskt urval av rapporter från framförallt Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Folkhälsomyndigheten, MFD samt Sveriges kommuner och regioner (SKR).

8.1. SÄMRE SJÄLVSKATTAD HÄLSA HOS KVINNOR MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING

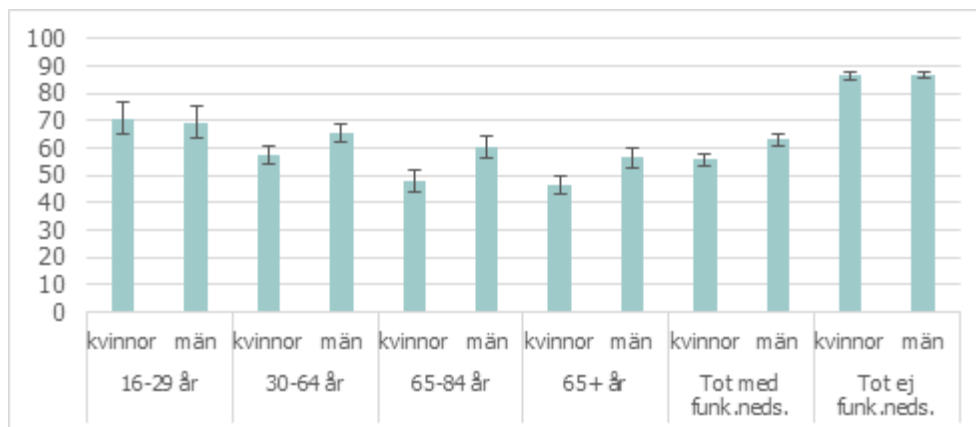
Bland personer med funktionsnedsättning är andelen som har en självskattad god hälsa betydligt lägre än bland personer utan funktionsnedsättning (Statistiska centralbyrån, 2020). En lägre andel kvinnor med funktionsnedsättning skattar sin hälsa som god än män med funktionsnedsättning – 55 procent för kvinnor och 63 procent för män. Denna könsskillnad i den självskattade hälsan återfinns inte i gruppen kvinnor och män utan funktionsnedsättning, där en lika stor andel kvinnor som män skattar sin hälsa som god (86 respektive 87 procent). Dessutom syns en större skillnad mellan kvinnor med och kvinnor utan funktionsnedsättning än motsvarande för män.

Enligt SCB:s arbetskraftsundersökning bedömer kvinnor med funktionsnedsättning i större utsträckning än män att deras arbetsförmåga är nedsatt, 73 procent respektive 63 procent (Statistiska centralbyrån & Arbetsförmedlingen, 2020). Det är vanligare bland kvinnor med funktionsnedsättning att uppge att de har nedsatt psykiskt välbefinnande och värk i nacke, skuldror och rygg jämfört med män med funktionsnedsättning (Folkhälsomyndigheten, 2016b).

Folkhälsomyndigheten (FHM) konstaterade i sin slutrapport av Funktionshinderuppdraget år 2011–2016 att andelen kvinnor med funktionsnedsättning som anser sig ha dålig hälsa har minskat under perioden för uppdraget (Folkhälsomyndigheten, 2016b). Efter det har det dock inte gått att säkerställa statistiskt att trenden har fortsatt nedåt (Statistiska centralbyrån, 2020). I vissa fall finns sannolikt ett samband mellan funktionsnedsättningen i sig och den självrapporterade ohälsan, vilket bör beaktas vid tolkning av resultaten.

Diagram 8.1 respektive 8.2 visar självrapporterad hälsa för personer med funktionsnedsättning i olika åldersgrupper. Hur den goda hälsan skattats varierar efter ålder; en högre andel i de yngre åldersgrupperna skattar sin hälsa som god än i de äldre åldersgrupperna. I den yngsta åldersgruppen, 16–29 år, syns ingen egentlig skillnad mellan könen.

Diagram 8.1: Andelen personer med funktionsnedsättning med självrapporterad bra hälsa 2018–2019 – Indikator 5.4



SCB indikator avseende jämställd hälsa, 5.4: Självskattad hälsa för personer 16 år och äldre med funktionsnedsättning efter ålder

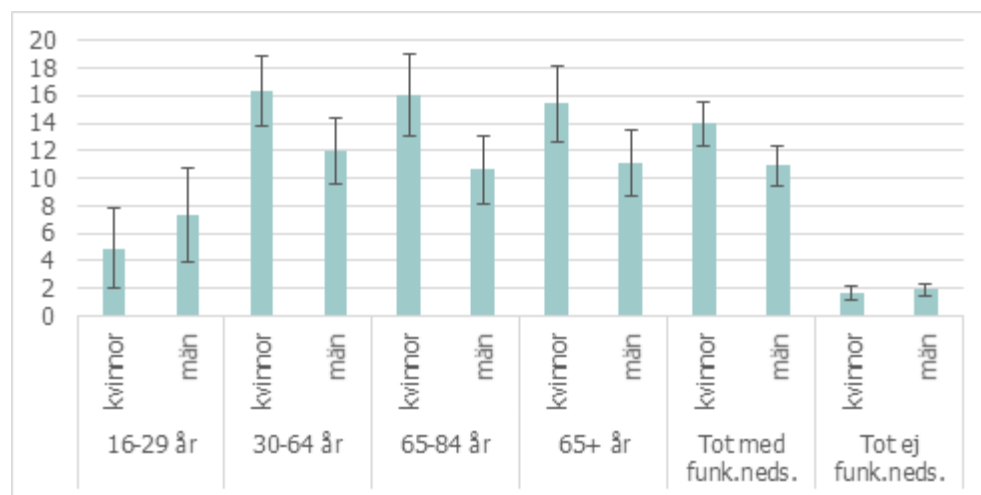
Källa: SCB, Undersökningarna om levnadsförhållanden

Gällande självskattad dålig hälsa har det skett en generell minskning i gruppen funktionsnedsatta sedan år 2011. Från 2014 och framåt³³ avstannar dock minskningen för samtliga åldersgrupper.

³³ Frågeformuleringen ändras något från 2014 (se indikatorbilagan indikator 5.4).

Kvinnor med funktionsnedsättning i åldersgrupperna 30 år och äldre tycks oftare skatta sin hälsa som dålig än motsvarande grupp män. För åren 2018–2019, diagram 8.2, framgår att en högre andel kvinnor med funktionsnedsättning skattar sin hälsa som dålig än kvinnor utan funktionsnedsättning. För gruppen kvinnor och män med funktionsnedsättning med självrapporterad dålig hälsa återfinns ingen tydlig signifikant skillnad mellan könen i den senaste mätningen.

Diagram 8.2: Andelen personer med funktionsnedsättning med självrapporterad dålig hälsa 2018–2019



SCB indikator avseende jämställd hälsa, 5.4: Självskattad hälsa för personer 16 år och äldre med funktionsnedsättning efter ålder

Källa: SCB, Undersökningarna om levnadsförhållanden

8.2. FÖRKLARINGAR TILL DEN OJÄMSTÄLLDA HÄLSAN

8.2.1. Sämre ekonomi och lägre arbetskraftsdeltagande leder till ojämställd hälsa

Personer med funktionsnedsättning i allmänhet och kvinnor med funktionsnedsättning i synnerhet är överrepresenterade i gruppen med risk för relativ fattigdom, definierad som personer vars disponibla inkomst är lägre än 60 procent av medianinkomsten i Sverige (Myndigheten för delaktighet & Jämställdhetsmyndigheten, 2019). Hälsostatus och tillgång till hälsovård kan både i Sverige som EU kopplas till arbetsmarknadsdeltagande och inkomstnivåer (European Institute for Gender Equality, 2020). Situationen för personer med funktionsnedsättning upplevs ofta som en ond cirkel där psykisk ohälsa leder till svag ekonomi, vilket kan leda till ytterligare psykisk ohälsa (Levinsson & Jiborn, 2013).

Enligt Folkhälsomyndighetens rapportering för åren 2011–2016 förvärvsarbetade en lägre andel kvinnor med funktionsnedsättning än män med funktionsnedsättning. Det var vanligare att sakna kontantmarginaler och att ha ekonomisk kris för gruppen som helhet (Folkhälsomyndigheten, 2016b). Tabell 8.1 visar arbetskraftstillhörighet för personer med funktionsnedsättning och övriga befolkningen år 2018. Personer med funktionsnedsättning har ett lägre deltagande i arbetskraften och en högre arbetslöshet än den övriga befolkningen. Kvinnor med funktionsnedsättning har ett lägre arbetskraftsdeltagande än män med funktionsnedsättning.

Tabell 8.1: Arbetskraftstillhörighet för personer med funktionsnedsättning och övriga i befolkningen 16–64 år, 2018 – Indikator 5.16

	Personer med funktionsnedsättning		Övriga i befolkningen	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Andel (%) av alla i gruppen				
I arbetskraften	68,9	74,1	85	89
Sysselsatta	61,1	66,2	80	84
Arbetslösa	11,3	10,7	5,8	6,0
Ej i arbetskraften	31,1	25,9	15	11

Källa: Situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning, Arbetsförmedlingen och SCB

Kvinnor med funktionsnedsättning är deltidsarbetslösa eller har timanställning i högre grad än män med funktionsnedsättning, såväl som övriga befolkningen (Myndigheten för delaktighet & Jämställdhetsmyndigheten, 2019). Att ha en deltidsanställning eller timanställning kan göra att det framstår som att kvinnorna har en starkare anknytning till arbetsmarknaden än de i själva verket har, och att de därmed inte är i behov av handläggartöd från Arbetsförmedlingen. Gruppen kvalificerar sig därför inte heller för lönestöd, vilket bidrar till att kvinnor i gruppen som skulle behöva stöden stängs ute från att ta del av dem (Ibid.). Detta resulterar i ett ekonomiskt missgynnande av gruppen som i längden även kan påverka hälsan.

Kvinnor med nedsatt arbetsförmåga har även längre tider i arbetslöshet jämfört med både kvinnor utan nedsatt arbetsförmåga och män med nedsatt arbetsförmåga (Myndigheten för delaktighet & Jämställdhetsmyndigheten, 2019). En viktig framgångsfaktor för att hitta en individanpassad lösning för ett lämpligt arbete är att funktionsnedsättningen är väl utredd och dokumenterad, samt att individuella förutsättningar och kompetenser framgår, vilket oftare är fallet för män med funktionsnedsättning än kvinnor med funktionsnedsättning (Ibid.).

Att få verktyg för att klara av sin utbildning är en förutsättning för personer med funktionsnedsättning att etablera sig på arbetsmarknaden. Liksom för befolkningen i sin helhet har kvinnor med funktionsnedsättning högre utbildningsnivå än män med funktionsnedsättning (Myndigheten för delaktighet & Jämställdhetsmyndigheten, 2019).

Personer med funktionsnedsättning har generellt en lägre utbildningsnivå än befolkningen i övrigt och det är vanligare att personer med funktionsnedsättning har påbörjad men inte avslutad gymnasieutbildning. Brister i anpassningar eller särskilt stöd är en av flera anledningar som uppges till detta. Enligt Skolverkets officiella statistik är det vanligare att pojkar än flickor får stöd genom åtgärdsprogram i skolan, 7,1 procent respektive 3,9 procent (Skolverket, 2020). Vem som får tillgång till åtgärdsprogrammen ska inte vara diagnosbaserat.

8.2.2. Ökad risk för att utsättas för våld

Personer med funktionsnedsättning löper ökad risk att utsättas för våld jämfört med övriga befolkningen (Myndigheten för delaktighet, 2017). Våldet kan i likhet med hur det utövas mot personer utan funktionsnedsättning vara av fysisk, psykisk, sexuell eller ekonomisk karaktär, men det går också att identifiera ett funktionshinderspecifikt våld mot personer med funktionsnedsättning. Detta innefattar bland annat våld som andra människor riktar specifikt mot deras beroende och våld där förövaren utnyttjar deras osynlighet, det vill säga att deras kontakter med omvärlden eller förmåga att kommunicera är begränsad.

Våldet kan också rikta sig mot deras sårbarhet, där funktionsnedsättningen kan hindra dem från att skydda sig från ett övergrepp, skaffa sig kunskap om sina rättigheter eller berätta att de utsatts för våld. Till exempel kan detta ske genom att hjälpmedel eller mediciner göms undan eller att information undanhålls för personen genom att exempelvis avstå från att teckentolka. Socialstyrelsen uppger att utsattheten för våld många gånger kan förstärkas om individen står i beroendeställning till socialtjänsten (Socialstyrelsen, 2019a).

Gruppen kvinnor med intellektuell funktionsnedsättning har visats vara mer utsatta för sexuellt våld än andra grupper av kvinnor. Dessa kvinnor beskrivs ofta som extra utsatta då de ofta lever i social isolering och i beroendeställning till andra (Franzén & Gottzén, 2020). Dessutom blir de mer sårbara på boenden, vårdinrättningar och i medicinska situationer. Forskning och kunskap om våldsprevention för denna målgrupp saknas i stor utsträckning.

För den våldsutsatta kan det upprepade våldet få allvarliga konsekvenser för den fysiska såväl som psykiska hälsan (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2013). Studier visar att kvinnor med funktionsnedsättningar har högre sannolikhet att ha blivit utsatta för våld i nära relationer än kvinnor utan funktionsnedsättning. Kvinnor med funktionsnedsättning i USA och Kanada som utsatts för våld i nära relation är också mindre benägna att rapportera sin hälsa som god eller mycket god än kvinnor med funktionsnedsättning som inte varit utsatta för våld i nära relation (Barrett m fl, 2009).

Enligt Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät år 2018 uppgav tre procent av kvinnor med funktionsnedsättning att de utsatts för fysiskt våld under det senaste året (Folkhälsomyndigheten, 2019). Motsvarande siffra för män var sex procent. Inga skillnader i utsatthet för fysiskt våld återfanns mellan kvinnor med och utan funktionsnedsättning. Däremot hade män med funktionsnedsättning enligt undersökningen i högre grad utsatts för fysiskt våld, än män utan funktionsnedsättning. Frågan i enkäten avser våldsutsatthet oavsett relation till förövaren (Ibid.).

Det är också vanligare att personer med funktionsnedsättning utsätts för hot om våld (Folkhälsomyndigheten, 2019). År 2018 uppgav sju procent av kvinnor med funktionsnedsättning att de utsatts för hot under det senaste året, jämfört med fem procent för kvinnor utan funktionsnedsättning. Motsvarande siffra för män med funktionsnedsättning var åtta procent och för män utan funktionsnedsättning fem procent. Denna skillnad är också signifikant. Könsskillnaden är dock inte signifikant (Ibid.).

8.2.3. Brister i stöd och omvårdnad kan leda till sämre hälsa för personer med funktionsnedsättning

Såväl Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att det saknas kunskap inom funktionshinderområdet hos såväl handläggare som baspersonal i kommunal verksamhet. Det finns också utmaningar i fråga om kompetensförsörjning vilket riskerar att förstärka kunskapsbristen och detta går i sin tur ut över brukarna (Socialstyrelsen, 2020b). Socialstyrelsen har visat att kvinnor med LSS-insatser som har bröstcancer löper en nästan fördubblad risk att dö jämfört med andra bröstcancerpatienter.

Folkhälsomyndigheten och SKR understryker att vissa grupper av kvinnor, däribland kvinnor med funktionsnedsättning, kan behöva särskilt stöd för att genomföra gynekologisk cellprovtagning, exempelvis ledsagning (Folkhälsomyndigheten & Sveriges kommuner och landsting, 2019). Personer som bor i bostad med särskild service enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) har rätt till stöd i samband med mammografi, gynekologisk cellprovtagning och andra hälsoundersökningar såväl som preventivmedelsrådgivning (Socialstyrelsen, 2018).

Statistiken visar dock att det finns stora brister i det omvårdnadsansvar som föreligger, att hjälpa den enskilde att få den hälso- och sjukvård som behövs.

Hjälpmiddel och välfärdsteknik kan bidra till ökad delaktighet och självständighet – och i förlängningen därför även bättre hälsa för personer med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2020b). Hjälpmiddel förskrivs olika till kvinnor och män, och enligt Socialstyrelsen går det inte att utesluta att skillnaderna kan vara delvis omotiverade, även om studier visar att de delvis kan vara behovsbaserade (Socialstyrelsen, 2019c). Fler män än kvinnor tycks ha tillgång till eldrivna rullstolar, samtidigt som hushållsnära hjälpmedel oftare förskrivs till kvinnor. En genusanalys av förskrivning av rullstolar i Västra Götalandsregionen visar också att mäns rullstolar i regionen är cirka tio procent dyrare än kvinnors, vilket går i linje med resultat från tidigare liknande analyser (Västra Götalandsregionen, 2017). Om skillnaderna är omotiverade går det inte att utesluta att dessa kan bidra till hälsogapet mellan kvinnor och män med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen visar att 35 procent av hjälpmedelsverksamheterna samlar in könsbaserad statistik, men att det inte är lika vanligt med ett systematiskt jämställdhetsarbete inom området (Socialstyrelsen, 2019c).

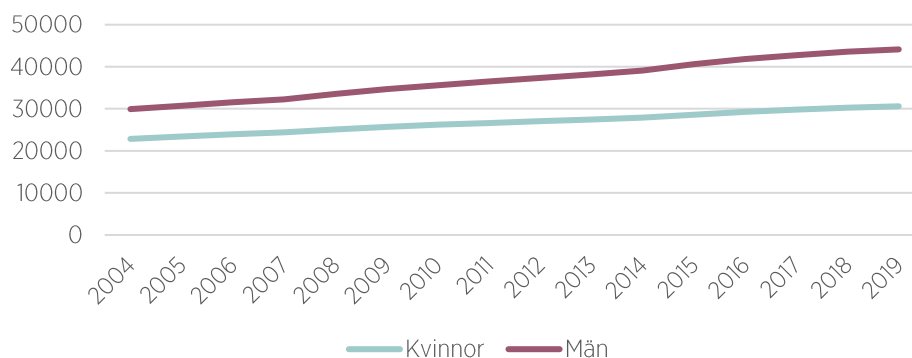
8.3. UTVECKLING

8.3.1. Tillgång till LSS-insatser för kvinnor med funktionsnedsättning

Av de som beviljats insats enligt LSS utgöt kvinnor 40 procent (Statistiska centralbyrån, 2020). Könsskillnaden är större för insatser som beviljas i huvudsak till barn³⁴. År 2018 gällde mindre än 35 procent av dessa flickor och kvinnor. Mellan 2010 och 2019 ökade antalet personer med insatser enligt LSS med 21 procent, men ökningen är högre för män (24 procent) än för kvinnor (17 procent) (Socialstyrelsen, 2020b). Skillnaderna mellan kvinnor och män ökar också under hela perioden 2004–2019, se diagram 8.3.

³⁴ Avlösarservice, korttidsvistelse, korttidsstillsyn och boende för barn enligt LSS.

Diagram 8.3: Antal personer med insats enligt LSS efter kön – Indikator 5.39



SCB indikator avseende jämställd hälsa, 5.39: Personer med insats enligt LSS efter insatstyp

Källa: Socialstyrelsen, registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa

Tänkbara förklaringar till dessa könsskillnader är enligt betänkandet *Översyn av insatser enligt LSS* (SOU, 2018:88):

- Ojämn och förändrad könsfördelning i befolkningen.
- Män/pojkar har oftare funktionsnedsättningar som kvalificerar till insatser.
- Kvinnor och män ansöker om insatser i olika hög grad.
- Kvinnor och män respektive flickor och pojkar behandlas olika inom exempelvis skola och sjukvård samt av de som handlägger ansökningarna.

Att ökningen för LSS-insatser mellan 2010 och 2019 är högre för män kan kanske delvis förklaras med att andelen män i populationen, på grund av faktorer såsom invandring samt ökad medellivslängd hos män, har ökat och att män sedan 2015 varit fler än kvinnor i Sveriges befolkning (LSS-utredningen, 2018). Parallellt med denna utveckling har även könsskillnaden för diagnoser som kvalificerar till LSS personkrets 1 ökat³⁵.

Att betydligt fler män än kvinnor får dessa diagnoser betyder också att andelen män och pojkar som beviljas LSS-insatser och assistansersättning ökar. År 2016 var det 1,84 gånger fler män som fick någon av dessa diagnoser än kvinnor, vilket är en minskning av könsskillnaden sedan 2007, då motsvarande siffra var 2,35.

³⁵ Personer med diagnostiserad autism i barndomen, atypisk autism, annan disintegrativ störning i barndomen och Aspergers syndrom.

Om skillnaderna i LSS-insatser beror på dessa könsskillnader i diagnostik, kan det finnas en ojämställdhetsproblematik på grund av att flickor riskerar att underdiagnostiseras med vissa av de diagnoser som berättigar till LSS, som autism eller autismsliknande tillstånd (Lindbom, 2021). Förutom att detta leder till att flickor och kvinnor inte får rätt till vissa diagnosbaserade insatser kan det i längden också leda till ökad stressrelaterad ohälsa såsom oro och ångest. Flera orsaker till underdiagnostiseringen anges, bland annat att flickors symptomteckning ter sig olik från pojkars samt att flickor är underrepresenterade i forskningen kring ADHD och autismspektrumdiagnoser.

Vidare visar uppgifter från Försäkringskassan att pojkar och män ansöker om assistansersättning i högre grad än flickor och kvinnor, men motsvarande siffror saknas för kommunalt beslutade LSS-insatser (Försäkringskassan, 2017a; LSS-utredningen, 2018). Gällande assistansersättningen är könsskillnaden dock marginell mellan vuxna, medan den är större mellan flickor och pojkar. Pojkar och män beviljas också något fler timmar per vecka än flickor och kvinnor. Likaså visar Försäkringskassan att flickor tidigare haft högre beviljandegrad än pojkar vad gäller assistansersättning, medan män har haft högre beviljandegrad än kvinnor. Sedan 2007 finns dock inga statistiskt säkerställda könsskillnader i beviljandegrad. Även här saknas motsvarande siffror avseende kommunalt beslutade LSS-insatser (Ibid.).

8.3.2. Psykisk ohälsa och otrygghet inom funktionshindersverksamhet

I Socialstyrelsens lägesrapport om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning år 2020 konstateras att det är mycket vanligt med psykisk ohälsa bland personer med insats enligt SoL och LSS (Socialstyrelsen, 2020b). Kvinnor med intellektuell funktionsnedsättning och autism har i högre grad än män i samma grupp ångestrelaterade sjukdomar och förstämningssyndrom.

Det är något vanligare att män med intellektuell funktionsnedsättning får någon form av schizofreni- eller ADHD-diagnos. 17 procent av kvinnorna med intellektuell funktionsnedsättning behandlas med antidepressiva läkemedel jämfört med 4 procent bland kvinnorna i övriga befolkningen (Ibid.).

Enligt SKR:s nationella brukarundersökning är många brukare nöjda med stödet från socialtjänsten. Kvinnor med insats enligt SoL skattar dock sin trygghet betydligt lägre än män med samma insats när det gäller upplevd trygghet på särskilt boende (Sveriges kommuner och regioner, 2019)³⁶. Generellt skattade kvinnorna den kvalitet de får på sin insats enligt SoL lägre än männen. I brukarnas bedömning av trivsel och trygghet i boenden för vuxna enligt LSS syns en liknande trend, där 59 procent av kvinnorna uppger att de aldrig är rädda för något hemma, jämfört med 68 procent av männen (Ibid.).

Känslan av trygghet och säkerhet har stor betydelse för trivsel och hälsa (Folkhälsomyndigheten & Sveriges kommuner och landsting, 2019).

Folkhälsomyndigheten pekar på kvinnor och personer med funktionsnedsättning som två grupper som är särskilt utsatta ur ett trygghetsperspektiv. En orsak till otryggheten och i förlängningen även den psykiska ohälsan på boenden kan tänkas vara risk för våldsutsatthet. De flesta lex Sarah-anmälningarna inom funktionshinderområdet handlar om boende för barn eller vuxna enligt LSS, där 40 procent av dessa berör att boende utsatts för våld eller övergrepp från personal eller andra boenden (Socialstyrelsen, 2020b). Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har rapporterat att brister som rör genomförande och uppföljning av vård är dubbelt så vanliga i kommunala boendeverksamheter för barn som privata (20 procent respektive 10 procent), samtidigt som brister i personalens kompetens är något högre i privata verksamheter³⁷ (Inspektionen för vård och omsorg, 2020).

IVO rapporterar att en tredjedel av alla lex Sarah-anmälningar inom verksamheter för personer med funktionsnedsättningar berör missförhållanden i form av tvångs- och begränsningsåtgärder (Inspektionen för vård och omsorg, 2020). IVO menar dock att många övergrepp riskerar att förbli dolda. Trots anmälningsskyldigheten finns det tecken på att den verkliga omfattningen av allvarliga missförhållanden är högre än vad som är rapporterat. Socialstyrelsen rapporterar att många kommuner fortfarande saknar rutiner för hur de ska agera vid misstanke om våldsutsatthet (Socialstyrelsen, 2019a).

³⁶ SKR:s brukarundersökning är ej en totalundersökning. Undersökningen har 57 procent svarsfrekvens. 151 kommuner drygt 90 privata aktörer har ett resultat. Brukarna har svarat själva med hjälp av stöd. I de fall de har fått hjälp att svara har det varit av personer som genomfört undersökningen, inte personal i verksamheten. (Socialstyrelsen 2020)

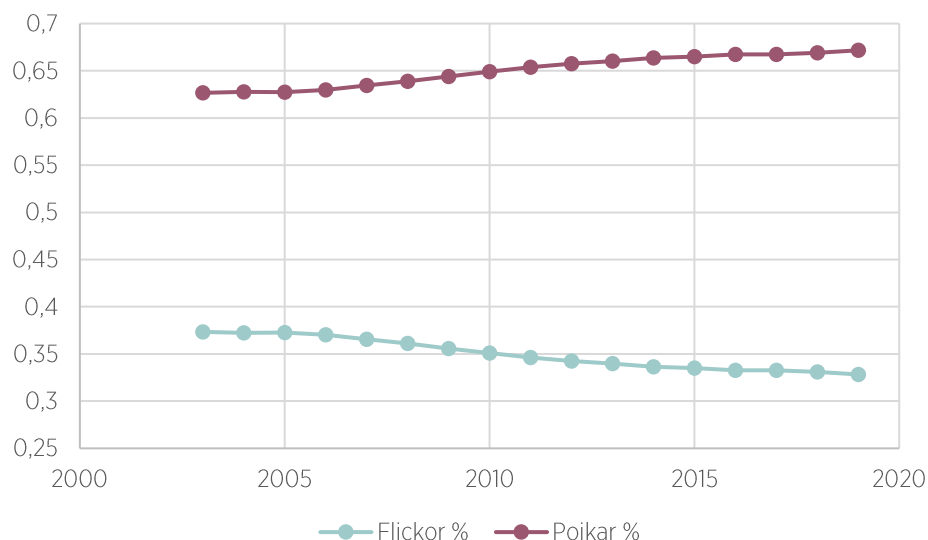
³⁷ IVO analyserade boendeformerna HVB, stödboenden, BMSS samt särskilda ungdomshem.

8.3.3. Färre flickor och kvinnor med funktionsnedsättning beviljas ekonomiskt stöd

I januari 2019 införde Försäkringskassan ett omvårdnadsbidrag och en merkostnadsersättning, som på sikt kommer att ersätta vårdbidraget och handikappersättningen (Försäkringskassan, 2020b). Vårdbidraget har delats upp så att den som förut sökte det nu i stället kan söka omvårdnadsbidrag och merkostnadsersättning, medan den som förut sökte handikappersättning nu endast kan söka merkostnadsersättning. Det innebär att hjälpbehovet inte längre kommer att täckas för den som söker merkostnadsersättning och tidigare hade handikappersättning, då det anses vara insatser som i dag tillgodoses av kommunen och regionen. För den som tidigare kunde söka vårdbidrag ska dock den del av bidraget som avser särskild vård och tillsyn av barnet täckas upp av omvårdnadsbidraget.

Fler pojkar än flickor i alla åldersgrupper får vårdbidrag, och de senaste åren har pojkarnas andel av vårdbidraget ökat (Regeringen, 2016). Utvecklingen verkar likartad även efter att vårdbidraget fasats ut. Under 2019 utbetalades 33 procent av det totala omvårdnadsbidraget till flickor och 67 procent till pojkar (Försäkringskassan, 2020b). Av den totala andelen som beviljades merkostnadsersättning för barn för år 2019 var 41 procent flickor och 59 procent pojkar. Den vanligaste diagnosgruppen som ligger till grund för beviljat vårdbidrag är psykiska sjukdomar och syndrom, i vilken pojkar utgör en majoritet (Ibid.). Då detta inkluderar neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, såsom ADHD och autismspektrumdiagnoser, går det inte att utesluta att en anledning till att fler pojkar än flickor beviljas bidrag kan ha ett samband med att flickor tenderar att underdiagnostiseras eller diagnostiseras senare med dessa diagnoser (Lindbom, 2021).

Diagram 8.4: Andel barn med vårdbidrag efter kön



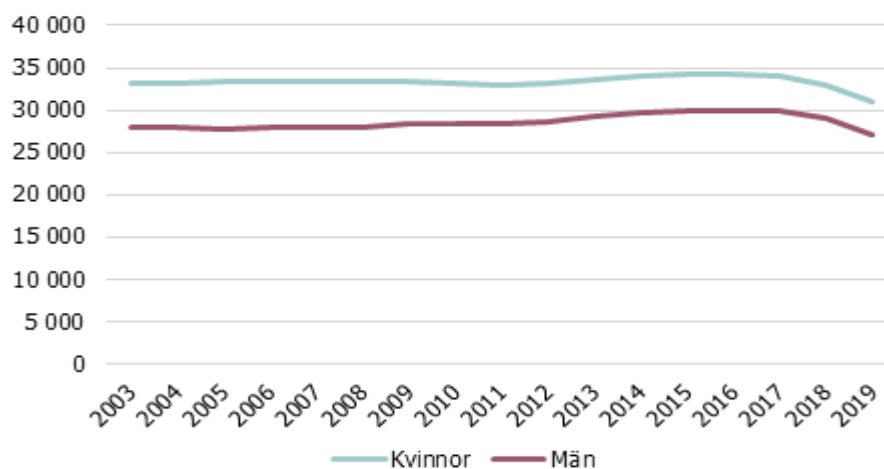
SCB indikator avseende jämställd hälsa, 5.22: Barn med vårdbidrag

Källa: Försäkringskassan

När det gäller handikappersättning ser fördelningen jämnare ut. År 2019, det vill säga det sista året som det var möjligt att ansöka om ersättningen, hade 53 procent kvinnor och 47 procent män handikappersättning (Försäkringskassan, 2020b). Män blev dock beviljade något högre ersättning i alla åldrar. Försäkringskassan har tidigare visat att könsskillnaderna är små men systematiska, vilket enligt rapporten beror på könsnormer om egenskaper och individuella behov, som får genomslag i alla instanser (Försäkringskassan, 2013).

Merkostnadsersättningen för vuxna, som infördes 2019, var fördelad 48 procent till kvinnor och 52 procent till män (Försäkringskassan, 2020b). I december 2019, när lite mindre än 400 personer hade merkostnadsersättning, var medelbeloppet något högre för kvinnor än för män.

Diagram 8.5 Antal med handikappersättning – Indikator 5.21



SCB indikator avseende jämställd hälsa, 5.21: Mottagare av handikappersättning efter ålder

Källa: Försäkringskassan

8.4. ÅTGÄRDER

111 av Sveriges 290 kommuner, inklusive de tio största, har ställt sig bakom CEMR-deklarationen, den europeiska deklarationen för jämställdhet mellan kvinnor och män på lokal och regional nivå (Sveriges kommuner och regioner, 2020). Det betyder att nästan alla Sveriges invånare omfattas av deklarationen, där jämställd hälsa ingår. SKR antog under 2018 års CEMR-konferens även ett nytt positionspapper och en handlingsplan för jämställdhetsarbete (Council of European Municipalities and Regions, 2018). Jämställdhetsmyndigheten menar att ett fortsatt arbete på lokal och regional nivå för att öka jämställdheten i längden kan minska hälsogapet mellan kvinnor och män med funktionsnedsättning såväl som mellan kvinnor med funktionsnedsättning och övrig befolkning.

8.4.1. Åtgärder mot våld

De så kallade FREDÅ-kortfrågorna är den standardiserade metod som används för att identifiera och bedöma behov av stöd och skydd i arbetet med personer som utsatts för våld i nära relationer. Socialstyrelsen anger att de används i knappt 40 procent av kommunerna vad gäller LSS och drygt 50 procent inom socialpsykiatri (Socialstyrelsen, 2020b). Socialstyrelsen uttrycker att det är bekymmersamt att många kommuner fortfarande inte använder metoden mot bakgrund av att kvinnor med funktionsnedsättning är utsatta för en förhöjd risk för våld. Andelen kommuner som använder metoden ökar dock något över tid vilket indikerar ett pågående utvecklingsarbete.

Forskare på Stockholms universitet utvärderade FREDA under år 2015 (Stranz m fl, 2015). Syftet är att frågorna ska upptäcka våld, men resultatet av utvärderingen slog fast att frågorna i hög grad användes när misstanke om våld redan fanns. Utvärderingen kunde därför inte fastställa om metoden leder till att fler våldsutsatta identifieras. Däremot kan forskarna se att användandet av FREDA lett till att vissa kommuner identifierat avsaknad av insatser, vilket medfört att de utvecklat eller upphandlat nya sådana (Ibid.).

VIP (Viktig intressant person) är ett strukturerat och manualbaserat program med pedagogisk inriktning för att minska våldsutsatthet och stärka självkänslan samt kunskap om känslor och gränssättning för personer med intellektuella eller psykiska funktionsvariationer (Franzén & Gottzén, 2020). Programmet är i första hand utvecklat för att ge stöd till kvinnor med intellektuell funktionsnedsättning, men i dag finns det även grupper för män. VIP har bedrivits i Eskilstuna kommun sedan år 2014.

Sedan år 2015 har metoden fått nationell spridning³⁸. Programmet utvärderades mellan 2016 och 2018 med fokus på programtrogenhet och förändring hos brukarna. I utvärderingen var målgruppen deltagare i programmet med insatser enligt LSS och SoL. Genom en för- och eftermätning mätte man KASAM (känsla av sammanhang), psykisk hälsa och utsatthet för våld och konflikter. Resultatet visade bland annat signifikanta positiva förändringar när det gäller KASAM. Utvärderingen baserades på ett litet empiriskt underlag och saknade kontrollgrupp, vilket gör att positiva förändringar gällande psykisk hälsa och relation till våld och konflikter inte kunnat säkerställas statistiskt. Resultaten visade att alla deltagare hade fått en positiv utveckling på minst ett av områdena, de flesta på fler än ett (Ibid.).

8.4.2. Åtgärder inom ekonomi och arbetskraftsdeltagande: Ett jämställdhetsperspektiv saknas

MFD:s kommunuppföljningar visar att 80 procent av de svarande kommunerna samt 17 av 19 regioner har vidtagit åtgärder för att öka möjligheterna för personer med funktionsnedsättning att anställas (Myndigheten för delaktighet, 2020). Det framgår dock inte från uppföljningarna om någon av dessa kommunala åtgärder har ett jämställdhetsperspektiv eller är riktade mot kvinnor med funktionsnedsättning (Myndigheten för delaktighet, 2016).

³⁸ Det finns idag utbildade gruppleddare i Dalarna, Gotland, Halland, Jämtland, Skåne, Stockholm, Sörmland, Värmland, Västerbotten, Västra Götaland och Örebro

8.4.3. Åtgärder inom stöd och omsorg: Kompetens viktigt för förbättrad hälsostatus

Socialstyrelsen pekar på att få kommuner använder systematisk uppföljning för verksamhetsutveckling och att detta är bekymmersamt (Socialstyrelsen, 2020b). Verksamheter kan förbättras genom att ta avstamp i systematiska uppföljningar som med utgångspunkt i ett jämställdhetsperspektiv skapar en överblick av hur insatser fungerar för kvinnor respektive män. Andelen kommuner som uppgett att de både genomför en systematisk uppföljning av insatser och använder resultaten till verksamhetsutveckling är endast 6 respektive 7 procent för LSS och socialpsykiatri. Brist på resurser uppges som en möjlig förklaring till detta (Ibid.).

Vissa kommuner har gjort extra satsningar för jämställdhetsarbetet som i längden kan bidra till att minska hälsogapet inom funktionshindersverksamheter. Exempelvis har socialförvaltningen i Örebro kommun infört ett nytt arbetssätt för jämställd kvalitet i handläggningen inom utredningsenheten LSS och Socialtjänstlagen (Sveriges kommuner och landsting, 2019). Förbättringsarbetet har innefattat en jämställdhetsutbildning samt flertalet seminarier med inriktning på att följa upp jämställd kvalitet. Kommunen kan ännu inte slå fast om förändringen har påverkat resultaten, men arbetar på att ta fram indikatorer för att mäta utfallet (Ibid.).

Socialstyrelsen har under år 2019 gjort en kartläggning av systematiskt jämställdhetsarbete inom hjälpmedelsområdet (Socialstyrelsen, 2019c). Myndigheten lyfter fyra hjälpmedelsverksamheter som lärande exempel:

- Region Örebro län, som tagit fram en lathund för jämställdhetsintegrering
- Region Jönköpings län, som inkluderar jämställdhetsarbetet i sin regionövergripande policy om jämlikhet och bland annat innehåller webbutbildningen ”Se människan” som handlar om funktionsnedsättning och fungerar som stöd i utvecklingsarbetet
- Region Västmanland som tagit fram en regionövergripande handlingsplan för jämlik vård, där det ingår ett jämställdhetsperspektiv
- Malmö stad, som tagit fram en strukturerad metod för jämställdhetsanalyser vilken bland annat har använts för att arbeta med hjälpmedelsverksamheten.

Socialstyrelsen avser att fortsätta sprida lärande exempel såsom dessa för att främja jämställdhetsarbetet inom regionernas hjälpmedelsverksamheter (Ibid.).

Socialstyrelsen har i regleringsbrevet för år 2020 fått i uppdrag att kartlägga och analysera kompetensen hos personal som arbetar på LSS-boenden samt vilka kompetensinsatser som erbjuds offentligt finansierade LSS-boenden (Socialdepartementet, 2020). Myndigheten ska undersöka huruvida kompetensnivån är tillräcklig för ett tryggt och säkert boende, samt lämna en beskrivning av lämpliga åtgärder om brister i kompetensen identifieras. Detta kan bidra till att minska hälsogapet med anledning av den särskilda utsatthet för våld som flickor och kvinnor med funktionsnedsättning har.

8.5. SLUTSATSER OCH IDENTIFIERADE BEHOV

- En lägre andel kvinnor med funktionsnedsättning skattar sin hälsa som god jämfört med män med funktionsnedsättning och övriga kvinnor och män i befolkningen. Könsskillnaderna i självskattad hälsa är större i gruppen funktionsnedsatta än i den övriga befolkningen. Det saknas kunskap som till fullo förklarar den sämre självskattade hälsan hos kvinnor med funktionsnedsättning.
- Det finns ett flertal orsaker som delvis kan förklara den sämre självskattade hälsan hos kvinnor med funktionsnedsättning. Svagare arbetsmarknadsanknytning än män med funktionsnedsättning och övriga befolkningen, högre grad av våldsutsatthet, brister i stöd och omvårdnad, högre upplevd otrygghet på boenden enligt LSS och SoL samt psykisk ohälsa är troligen bidragande orsaker.
- Kvinnor har i lägre grad än män en utredd och dokumenterad diagnos. Detta riskerar att få negativa konsekvenser för funktionsnedsatta kvinnors hälsa. Det saknas kunskapsunderlag om flickor och kvinnor med ADHD och autismspektrumdiagnoser, vilket kan leda till att flickor och kvinnor som har rätt till insatser enligt LSS såväl som diagnosbaserat ekonomiskt stöd inte får tillgång till detta på grund av att gruppen underdiagnostiseras eller diagnostiseras för sent.
- Det saknas siffror om i vilken grad flickor och kvinnor respektive pojkar och män ansöker om kommunalt beslutade LSS-insatser. Det saknas också siffror om eventuella könsskillnader i beviljandegrad avseende dessa LSS-insatser.
- Det råder brist på forskning om våldsprevention för gruppen personer med intellektuell funktionsnedsättning. Kvinnor i gruppen utpekas som en extra sårbar grupp för sexuellt våld.

9. CORONA OCH JÄMSTÄLLD HÄLSA

Den pågående Corona-pandemin har fått mycket stora konsekvenser för människors liv och hälsa och kommer troligen att fortsätta påverka hälsan under lång tid framöver. Kunskaperna utvecklas fortlöpande kring pandemins effekter på kvinnors och mäns hälsa och en del könsskillnader har redan blivit tydliga.

Även andra sociala kategorier såsom ålder, låg inkomst och låg utbildningsnivå spelar in (Drefahl m fl, 2020). Likaså verkar födelseland spela roll (Drefahl m fl, 2020) (Bartelink m fl, 2020). Exempelvis visade en studie i Läkartidningen kraftig överdödlighet för personer födda i Syrien, Somalia och Irak redan tidigt under våren 2020 (Hansson m fl, 2020).

Fakta och forskning kring sjukdomen och pandemins konsekvenser visar att det finns könsskillnader i hur kvinnor och män drabbas och påverkas. Ett dilemma är att ett köns- och genusperspektiv ofta saknas i den rapportering som kom efter den första sjukdomsvågen våren 2020. I den rapportering som kommer i skrivande stund i januari 2021, mitt under den så kallade andra vågen, finns en tendens att könsperspektivet inkluderas i högre utsträckning. Studiet av covid-19 och dess effekter på samhället är ett nytt och framväxande kunskapsområde som hela tiden utvecklas. Många av sjukdomens symtom och effekter har upptäckts, men det finns fortfarande mycket som vi ännu inte vet.

Utifrån att ny kunskap och forskning publiceras kontinuerligt utgör detta avsnitt en belysning av några av de hälsoeffekter som framkommit hittills. Avsnittet är på intet sätt en fullständig genomgång.

9.1. MÄN HAR DRABBATS HÅRDARE AV SJUKDOMENS DIREKTA KONSEKVENSER

I Sverige har fler män än kvinnor avlidit av covid-19. Till och med den 15 januari 2021 var 54 procent av de avlidna i Sverige män, enligt Folkhälsomyndighetens webbplats. Fler män, 72 procent, har också vårdats på intensivvårdsavdelningar. Men bland dem som blivit konstaterat smittade i covid-19 är kvinnor i majoritet i Sverige, 53 procent. Globalt pekar en stor studie i Nature Communication på att kvinnor och män insjuknar i covid-19 ungefär samma omfattning men att män löper nästan tre gånger så stor risk att bli allvarligt sjuka och hamna på intensivvården samt att de har nästan dubbelt så hög risk att dö jämfört med kvinnor (Peckham m fl, 2020). Studiens siffror avseende svenska förhållanden visar att risken för män att intensivvårdas och dö till följd av covid-19 är än högre i Sverige än det globala genomsnittet.

Pågående forskning pekar också mot att kvinnor är mer drabbade av långvariga symptom av covid-19. Kvinnor har större risk att utveckla symptom som håller i sig längre än en månad och störst är risken för kvinnor mellan 50 och 60 år (Sudre m fl, 2020).

Det är ännu inte fastställt vad som gör att sjukdomen hittills verkar påverka män mer. Ett komplext nät av biologiska, sociala och andra faktorer bidrar troligen till dessa effekter. Forskning som hittills framkommit visar att både kön och genus spelar en betydande roll. Detta gäller både för primära effekter, som skillnader i incidens, sjukdomsutveckling och dödlighet, och sekundära effekter, skillnader i sociala och ekonomiska konsekvenser av pandemin, vilka i sin tur kan påverka hälsan. Därutöver finns evidens för att ålder och samsjuklighet interagerar med kön och genus och leder till en rad effekter inom och mellan olika grupper i befolkningen (Gebhard m fl, 2020; Márquez m fl, 2020).

Skillnader när det gäller kroniska sjukdomar framförs som en möjlig förklaring som bidrar till att män har högre dödlighet och att fler män blir allvarligt sjuka. Män är globalt sett överrepresenterade när det gäller kranskärslsjukdomar och lungsjukdomar som är riskfaktorer för att bli svårt sjuka av covid-19. Män är också överrepresenterade när det gäller alkoholkonsumtion som kopplas till att utveckla dessa risksjukdomar. Svensk statistik visar att äldre män med hjärtkärlsjukdomar som har högt blodtryck eller diabetes har högre risk att drabbas av allvarlig och livshotande covid-19-infektion (Svenska Intensivvårdsregistret (SIR), 2021).

Risikfaktorn övervikt är något vanligare hos män än hos kvinnor i Sverige (58 respektive 45 procent). Andra riskfaktorer som högt blodtryck och diabetes drabbar könen ganska lika. Studien i Nature Communications kommer fram till att mäns allvarligare sjukdomssymptom och högre dödlighet främst beror på grundläggande biologiska skillnader i mäns och kvinnors immunförsvar (Peckham m fl, 2020). Forskning visar att kombinationen av flera biologiska faktorer tycks leda till att män har en större risk för allvarliga sjukdomssymtom och död vid covid-19-infektion, jämfört med kvinnor. Av dessa har skillnader i immunförsvar starkast stöd i forskningen, medan övriga faktorer behövs undersökas mer (Al-Lami m fl, 2020; Gebhard m fl, 2020; Gemmati m fl, 2020; Grandi m fl, 2020; Klein m fl, 2020; Maleki Dana m fl, 2020; Márquez m fl, 2020; Michelozzi m fl, 2020; Rastrelli m fl, 2020; Wenham m fl, 2020).

Även beteendemässiga könsskillnader har förts fram som delförklaringar. Enligt en Sifo-undersökning har män i Sverige varit mindre benägna att ändra sitt beteende med anledning av Corona-pandemin än kvinnor, exempelvis att följa råd och rekommendationer om att tvätta händerna, använda handsprit och undvika sociala sammanhang (Wennö, 2020). En studie visar att män tvättar händerna mer sällan än kvinnor – vilket kopplas till genusnormer kring renlighet och hygien. Detta kan bidra till högre risk för infektion hos män (Gebhard m fl, 2020). En andra livsstilsfaktor är skillnader i sjukvårdssökande beteende. Män är generellt mer benägna att vänta med att söka sjukvård, vilket kan bidra till att tillståndet i covid-19 är allvarligare när de väl söker vård (Gebhard m fl, 2020). Denna faktor har noterats som betydelsefull för mäns hälsa i tidigare studier, innan Corona (Horton m fl, 2016; Nathavitharana & Foster, 2020), men mer forskning behövs i relation till covid-19 och vårdsökande. Att män tar större risker än kvinnor framförs också. Studier visar att äldre män känner mindre rädsla och upplevd risk avseende viruset jämfört med kvinnor och yngre (Broche-Pérez m fl, 2020; Nese m fl, 2020; Park m fl, 2020; Yıldırım m fl, 2020). Detta har lett till att män i lägre grad följer smittskyddsrestriktioner (vilket visats i många fallstudier). Detta kan utsätta dem för ökad risk för infektion (Nese m fl, 2020; Park m fl, 2020; Yıldırım m fl, 2020). Det är dock tänkbart att normer kring maskulinitet gör det mindre sannolikt att män rapporterar rädsla och risk.

9.1.1. Andra hälsoeffekter av pandemin påverkar kvinnor och mäns hälsa olika

Utöver själva sjukdomen finns det tecken på att covid-19-pandemin påverkar kvinnors och mäns hälsa olika. Forskning visar att kvinnor, precis som män, står inför unika, negativa hälsoeffekter och andra risker på grund av sjukdomen. Evidens visar att även om de primära effekterna av covid-19 är värre för män, är kvinnor mer påverkade av de sekundära effekterna av sjukdomen. Detta innebär att kvinnor löper större risk för negativa effekter som ökat våld i hemmet, ökad psykisk ohälsa, ökad arbetsbelastning i hemmet, minskad ekonomiska stabilitet, minskad arbetstrygghet och minskat oberoende (Gebhard m fl, 2020; Gemmati m fl, 2020; Maleki Dana m fl, 2020). Även när det gäller primära effekter visar forskning på att kvinnor, på grund av sin stora andel av de som arbetar inom vård och omsorg, kan ha högre risk för att infekteras av covid-19 (Gebhard m fl, 2020; Wenham m fl, 2020). Kvinnor utgör en majoritet av de som arbetar inom hälso- och sjukvården och står därmed i frontlinjen när pandemin bekämpas.

Möjligheten till social distansering för att undvika att bli smittad eller smitta andra kan också se olika ut för kvinnor och män. En rapport från Region Stockholm visar att när det gäller yrke är möjligheten att analysera dödlighet begränsad då mycket få av de som dött är yrkesverksamma, men att ha ett yrke som inte medger hemarbete var förknippat med högre risk att slutenvårdas för covid-19 under våren, och för personer som är anställda i hälso- och sjukvården eller äldreomsorgen var risken ytterligare lite högre (Bartelink m fl, 2020). Kvinnor arbetar i högre utsträckning med omsorgsarbete av äldre och personer med funktionsnedsättning och i barnomsorgen och tar också oftare hand om anhöriga.

Låg socioekonomisk status, inkomstminskning, arbetslöshet, isolering, brist på tillförlitlig information, att själv eller att nära anhörig har genomgått covid-19, tidigare psykisk ohälsa, hög arbetsbelastning inom vård och omsorg och att vänta på planerad vård som blivit uppskjuten under pandemin är faktorer som alla riskerar att leda till psykisk ohälsa (Fancourt m fl, 2020; Folkhälsomyndigheten, 2020e; McCracken m fl, 2020; Taquet m fl, 2020). Både patienter som vårdats inom intensivvård och vårdpersonal riskerar långsiktiga psykiska besvär utifrån den enorma stress och påfrestning som sjukdomen och pandemin innebär. En stor andel av patienter som vårdas för respiratorisk svikt får PTSD vilket kan bestå över flera år (Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2020)). På lång sikt kan också en ekonomisk kris ge stora effekter. Tidigare erfarenheter från finanskrisen i slutet av 2010-talet visade att den psykisk hälsan i befolkningen försämrades (Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2020)).

Avseende sekundära effekter så har kvinnor i högre grad rapporterat negativa effekter för psykisk ohälsa som orsakats av Corona-restriktioner jämfört med män. Dessa omfattar stress, ångest och depression (Lai m fl, 2020; Lin m fl, 2020; Rodríguez-Rey m fl, 2020). Detta kan ha många orsaker, inklusive att kvinnor utsätts för en högre press på grund av ökad omsorg om barn i hemmet under pandemin (Broche-Pérez m fl, 2020).

En nyligen publicerad studie har undersökt upplevd ångest och depression hos 36 000 britter från mars till augusti 2020. Studien visar att människors nivå av ångest och depression minskade i takt med att de hann vänja sig vid isoleringen.

Forskarna bakom studien tror att modern teknik för underhållning och sociala kontakter har förbättrat situationen jämfört med när flera länder införde hårda karantäner med anledning av sars för nästan tjugo år sedan. Men studien visar också hur ångest och depression till följd av isolering slår olika. Kvinnor drabbas i högre grad än män och ensamstående lider mer. Att leva med andra vuxna är en fördel, enligt studien, men att vara isolerad med barn i hushållet är ytterligare en riskfaktor för ångest och depression (Fancourt m fl, 2020; Folkhälsomyndigheten, 2020e).

Enligt en rapport från SKR bidrar isolering till och ökar risken för att barn och kvinnor utsätts för våld som grundar sig i en ökad oro, ekonomisk otrygghet och stress hos förövaren vilket kan få långtgående negativa hälsokonsekvenser för den som utsätts (SKR, 2020a). Män som redan innan smittskyddsrestriktionerna använde sig av isolering som strategi för att öka sin maktposition och kontroll över familjemedlemmar för att kunna bruka våld och förtryck mot dem, får i och med restriktionerna ett ökat övertag vilket ökar utsattheten hos drabbade barn och kvinnor (Folkhälsomyndigheten, 2020a). Statistik från Brottsförebyggande rådet (BRÅ) visar att anmälningar avseende misshandel av kvinnor utförd av bekant har ökat. Likaså ses en kraftig ökning av sexuellt ofredande och våldtäkt mot barn. BRÅ poängterar att statistiken inte beskriver förändringar i brottsmönster utan i anmälda brott och att siffrorna därför bör tolkas med försiktighet (BRÅ, 2020a).

9.2. EFFEKTER PÅ HÄLSOUTVECKLINGEN

Förändringar i vård och omsorg

Corona-pandemin har haft en stor inverkan på den vård och omsorg som ges i samhället. Under våren 2020 skedde en kraftig minskning av antalet operationer, besök till vårdcentraler och specialistvården (Socialstyrelsen, 2020f). Samtidigt skedde även en tydlig minskning av andelen personer som fick nya hemtjänstinsatser beviljade och genomförda (Socialstyrelsen, 2020g). Även andelen personer som beviljats insatser från socialtjänsten enligt LSS, men som inte fått ta del av insatserna inom tre månader ökade kraftigt.

Under den andra vågen, hösten 2020 sågs återigen en nedgång av antal operationer och andra vårdbesök (Socialstyrelsen, 2020h). Även besöken till akutmottagningar minskade och minskningen var något större för kvinnor än för män.

Under Corona-pandemin har pappor och partners medverkan i mödra- och förlossningsvården påverkats. Pappor, partners eller andra anhöriga för inte vara med vid mödravårdsbesöken och andra vårdbesök inom kvinnosjukvården. Vid förlossning och på BB får endast en person utan förkylningssymptom närvara. Många sjukhus har tagit bort möjligheten för pappor att stanna kvar på BB (1177). Intresset för hemförlossningar har ökat markant i hela Sverige under 2020 och Barnmorskeförbundet bedömer att detta delvis är en konsekvens av pandemin (Hultquist & Nantell, 2020).

Mammografiscreening och screening för livmoderhalscancer med gynekologisk cellprovtagning har bidragit till att kraftigt minska dödligheten i bröstcancer och livmoderhalscancer de senaste decennierna. Under våren 2020 pausades dessa screeningar i flertalet regioner i Sverige (Cederberg, 2020). I juni 2020 återupptogs screeningen men i begränsad omfattning. I juli 2020 tog Socialstyrelsen fram tillfälliga föreskrifter för gynekologisk cellprovtagning på grund av pandemin, som ger regioner möjlighet att erbjuda screening med HPV-självprovtagning som genomförs av patienten i det egna hemmet. Föreskrifterna gäller fram till juni 2021 (Socialstyrelsens föreskrifter om tillfälliga villkor för avgiftsfri screening med anledning av sjukdomen covid-19 (HSLF-FS 2020:38), u.å.). När det gäller screening för bröstcancer hade alla landets 29 mammografienheter full verksamhet i oktober 2020 och många jobbade med att komma ikapp den fördröjning som uppstått under vårens och sommarens neddragningar och pauser på grund av Corona (Regionala cancercentrum i samverkan, 2020).

På grund av Corona-pandemin har även antalet dagar för vård av sjukt barn (vab) skjutit i höjden. Då en majoritet av vab-dagarna tas ut av kvinnor riskerar detta att påverka kvinnors ekonomi negativt (Åkerman, 2020). Forskning visat också att kvinnor som är isolerade med barn i hemmet har en högre risk för ångest och depression (Broche-Pérez m fl, 2020; Fancourt m fl, 2020; Folkhälsomyndigheten, 2020e).

Värst drabbade av pandemin är den äldre delen av befolkningen i Sverige. Den övergripande Coronastrategin har varit att särskilt skydda de äldre. Men Coronakommissionen slår fast att denna del av strategin hittills har misslyckats (Coronakommissionen, 2020). Kommissionen bedömer att det som haft störst inverkan på antalet sjuka och avlidna i svensk äldreomsorg, utöver samhällsspridningen, är sedan länge välkända strukturella brister inom äldreomsorgen. Äldreomsorgen är en resursmässigt eftersatt del av samhället med en undervärderad yrkeskår (ibid). Samtidigt är det en verksamhet som domineras av kvinnor, både avseende brukare och personal. Av de som bor på särskilda boenden är 67 procent kvinnor och av hemtjänstmottagarna är 65 procent kvinnor (ibid). Samtidigt är över 90 procent av de som arbetar inom äldreomsorgen kvinnor. Coronakommissionen bedömer att de välkända bristerna inom äldreomsorgen var orsaken till att äldreomsorgen varit så illa rustad för denna kris och att det yttersta ansvaret för detta ligger hos regeringen (Coronakommissionen, 2020).

9.3. SLUTSATSER OCH IDENTIFIERADE BEHOV

Den pågående Corona-pandemin har fått mycket stora konsekvenser för människors liv och hälsa, och kvinnor och mäns hälsa påverkas på delvis olika sätt. Mycket kunskap återstår dock innan det går att bedöma vidden av pandemins effekter för den jämställda hälsan. Förutom kön, ålder och samsjuklighet påverkas hälsoeffekterna även av en rad socioekonomiska faktorer.

Normer kring kön, beteendemässiga faktorer och biologiska faktorer ser ut att ha lett till att män drabbas hårdare av de primära effekterna av covid-19, med allvarligare sjukdom och högre dödlighet. Pågående forskning tyder dock på att kvinnor drabbas hårdare av långtidseffekter.

Pandemins sekundära hälsoeffekter ser ut att drabba kvinnor hårdare med ökad psykisk ohälsa och våldsutsatthet, ökad smittorisk och belastning inom de kvinnodominerade sektorerna vård och omsorg samt ökad omsorg om egna barn och anhöriga. Även tillgången till vård ser ut att ha påverkat kvinnor och män på olika sätt. Det finns ett stort behov av att fortsatt följa upp epidemins effekter på hälsan ur ett jämställdhetsperspektiv.

Välkända strukturella och resursmässiga brister i äldreomsorgen har lett till att många äldre har insjuknat och dött i covid-19. Detta visar på nödvändigheten att prioritera denna kvinnodominerade sektor samt de äldre som får sin omsorg genom denna.

10. SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER

Hälsan sett ur ett jämställdhetsperspektiv har inte förbättrats nämnvärt de senaste åren vilket illustreras såväl av tidsserierna för indikatorerna för jämställd hälsa samt av de fördjupningsområden som rapporten lyfter. Den psykiska ohälsan är viktig att lyfta i detta sammanhang där flickor och unga kvinnor är överrepresenterade och uppvisar en snabbare ökning i ohälsa. Nya utmaningar tillkommer med nya könsskillnader kopplat till hälsa. Inte minst genom Corona-pandemin har ytterligare behov av kunskap aktualiserats, exempelvis i relation till den psykiska ohälsans- och äldreomsorgens utveckling. Även ökade hälsoklyftor kopplat till ojämlikhet inom befolkningen kan innebära nya utmaningar för jämställdhetspolitiken.

Då det kvarstår skillnader i hälsa utifrån kön behövs en fördjupad och breddad kunskap om dessa samt om de specifika faktorer som påverkar kvinnors och mäns hälsa. Kunskaps- och forskningsbehoven är ofta kopplade till ett intersektionellt perspektiv samt till en svensk kontext. Kunskapen är central för att rätt insatser och åtgärder ska kunna vidtas i syfte att främja en jämställd hälsa. Det är dessutom centralt att beakta skillnader inom gruppen kvinnor och gruppen män. Det behov av ett fortsatt utvecklingsarbete av indikatorer som Jämställdhetsmyndigheten tidigare lyft (Jämställdhetsmyndigheten, 2018) kvarstår.

Många aktörer påverkar en individs hälsa. Det behövs ökad samordning och relevant kunskap i hela systemet av aktörer för att stödja en positiv och jämställd hälsoutveckling för såväl enskilda individer och grupper som för befolkningen som helhet.

Nedan sammanfattas slutsatser och rekommendationer från rapportens respektive fördjupningsområden.

10.1. DEN PSYKISKA OHÄLSAN UR ETT JÄMSTÄLLDHETSPERSPEKTIV

Den psykiska ohälsan har försämrats de senaste åren. Kvinnor och yngre har en sämre psykisk hälsa än män och äldre. Flickor och unga kvinnor samt kvinnor som studerar och ensamstående mödrar är exempel på grupper som drabbas i högre grad. Generellt har grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar även en sämre psykisk hälsa.

Flickors och kvinnors psykiska hälsa måste förbättras för att nå en jämställd psykisk hälsa och för att hälsomålet i sin helhet ska kunna nås. En sådan utveckling kommer att öka förutsättningarna för att även övriga jämställdhetspolitiska mål ska kunna nås. Även mäns psykiska ohälsa måste adresseras och antal självmord minska. En jämställd psykisk hälsa leder till minskat lidande, men även till positiva samhällsekonomiska effekter.

Den kunskapsöversikt som tagits fram visar att den psykiska ohälsan hos unga är tydligt könssegregerad och att könsskillnaderna har ökat. Normer kring kön riskerar att dölja likheter och överdriva skillnader mellan könen. En delförklaring till de ökande könsskillnaderna antas vara de förändringar i skolan och ungas mediemiljöer som skett liksom ökad mobbing och trakasserier. En annan kan vara samhällets normer och ökade krav kring och på flickor och kvinnor, som kan få negativa följder för den psykiska hälsan, särskilt för flickor under puberteten och ungdomsåren.

Forskning med ett genusperspektiv kring flickor och pojkars respektive unga kvinnor och mäns psykiska ohälsa är mycket begränsad, särskilt i en svensk kontext. Jämställdhetsmyndigheten ser ett behov av ökad kunskap kring hur normer kring kön i exempelvis skolan och i digitala miljöer påverkar flickor och unga kvinnors psykiska ohälsa, samt hur de ökade ekonomiska ojämlikheterna påverkar den psykiska hälsan hos unga, ur ett intersektionellt perspektiv. Den psykiska ohälsan hos unga behöver även studeras ur ett tvärvetenskapligt perspektiv och genom longitudinella studier som följer samma individer över tid, för att orsakssamband ska kunna fastställas. Jämställdhetsmyndigheten ser vidare att fler åtgärder behöver vidtas för att minska stress och psykisk ohälsa hos barn och unga. Barn och ungdomsåren lägger grunden till psykisk hälsa under resten av livet

Sjukskrivningar för stressrelaterad psykisk ohälsa har ökat kraftigt de senaste tio åren. Kvinnor har en betydande överrisk för sjukskrivningar generellt och för psykisk ohälsa specifikt, och än högre är risken för stressrelaterad psykisk ohälsa. Den kunskapsöversikt som tagits fram avseende aktuell nordisk forskning kring kvinnors sjukskrivningar för psykisk ohälsa pekar på att arbetslivs- och arbetsmiljörelaterade faktorer är den huvudsakliga förklaringen till denna utveckling.

Åtgärder för att på allvar förbättra arbetsmiljön i kvinnodominerade sektorer skulle gynna kvinnors hälsa men också män som jobbar inom dessa sektorer då flera av de arbetslivs- och arbetsmiljörelaterade faktorerna drabbar kvinnor och män på ett likartat sätt. Dessutom behöver kunskaperna öka kring vilken roll det obetalda hem och omsorgsarbetet, samt våld i nära relationer spelar för kvinnors högre sjukfrånvaro.

10.2. MASKULINITET

För att uppnå jämställd hälsa behöver fokus riktas mot både kvinnor och mäns hälsa. Män har i flera avseenden en sämre hälsa jämfört med kvinnor. På senare år har normer kring kön och maskulinitet adresserats som en betydande anledning till detta.

Maskulina normer kan i den forskningsgenomgång som genomförts kopplas till negativa hälsokonsekvenser för såväl män som kvinnor, ofta i relation till andra sociala kategorier såsom t ex utbildningsnivå. Några områden där detta framträder tydligt är:

- Skillnader i medellivslängdens utveckling.
- Mäns högre dödlighet i s.k. icke-smittsamma sjukdomar och arbetsplatsolyckor.
- Pojkar och män som både förövare och offer för våld.

Kunskapen kring hur maskulina normer påverkar mäns symptom på depression har ökat och uppmärksammats i Sverige men det är oklart om denna kunskap har lett till ökad diagnostisering av depressioner hos män. Jämställdhetsmyndigheten rekommenderar därför en stärkt samverkan mellan myndigheter, kommuner och regioner så att den kunskap och de rekommendationer som ges kring området når målgrupperna.

För att bättre kunna rikta satsningar inom området krävs mer kunskap om hur olika maskulina normer samverkar med andra sociala maktstrukturer. Jämställdhetsmyndigheten ser ett behov av ett större forskningsfokus på maskulinitetsnormers påverkan på hälsan ur ett intersektionellt perspektiv i en svensk kontext. Internationella studier på området indikerar att normer kring maskulinitet är särskilt framträdande hos män som har svagare social och ekonomisk ställning.

10.3. KÖNSSTYMPNING

För att uppnå jämställd hälsa måste könsstympning av flickor och kvinnor upphöra och de som utsatts behöver få adekvat vård och stöd. (Könsstympning av flickor och kvinnor är ett brott mot de mänskliga rättigheterna och strider även mot FN:s konvention om barnets rättigheter och barnkonventionen)

Jämställdhetsmyndighetens intervjustudie med personer med lång erfarenhet av att arbeta med könsstympade flickor och kvinnor inom hälso- och sjukvården visar att det är viktigt att basera insatser och åtgärder utifrån korrekta samhällsanalyser för att komma tillrätta med de problem som är kopplade till könsstympning av flickor och kvinnor i Sverige.

Spridning av felaktiga uppgifter kan leda till att målgruppen stigmatiseras och misstänkliggörs. Det riskerar även att leda till att samhälleliga instanser riktar åtgärder fel. Samtidigt är det viktigt att identifiera andel utsatta och andelen som är i riskzon. För att genomföra effektiva satsningar krävs därmed i första hand kunskap om förekomst av könsstympning i en svensk kontext.

Intervjustudien visar att utsatta har varierade erfarenheter, besvär och vårdbehov kopplat till ingreppet. Gruppen könsstympade flickor och kvinnor rymmer därmed en stor heterogenitet. Hälso- och sjukvården behöver därför vara lyhörd för patientens besvär och vårdbehov. Även satsningar på såväl det förebyggande arbetet som stöd till redan utsatta bör utgå från att utsatta inte är en homogen grupp. För att stärka vårdkvaliteten behövs kompetenshöjande insatser utifrån ett medicinskt perspektiv, men även kring sociokulturella faktorer.

Jämställdhetsmyndigheten ser behov av att det utförs en prevalensstudie om förekomst av andel utsatta och andel i riskpopulation samt riskzon. Beräkningsmodellen av andel i riskpopulation och riskzon bör inkludera faktorer som påverkar attitydförändring mot könsstympning efter migration.

Att kvinnor födda i Afrika söder om Sahara har sämst utfall på samtliga förlossningsmått är ett ojämställdhetsproblem. För att komma tillrätta med problemet behöver frågan utredas.

Viktiga utvecklingsområden rör inrapportering till register och dokumentation i patientjournaler. Särskilda insatser inom området kan krävas, exempelvis tydligare riktlinjer och kompetensutveckling. Frågan om behov av att utveckla nya register inom hälso- och sjukvården och andra samhällsinstanser bör också undersökas.

10.4. HÄLSA HOS KVINNOR MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Kvinnor med funktionsnedsättning har sämre hälsa jämfört med män med funktionsnedsättning samt övriga kvinnor och män i befolkningen. Dessutom är könsskillnaderna i hälsa större i gruppen funktionsnedsatta än mellan kvinnor och män i den övriga befolkningen. Detta belyser vikten av att funktionsnedsättning finns med som ett perspektiv på jämställd hälsa.

Jämställdhetsmyndigheten anser det relevantt att orsakerna till de större könsskillnader i hälsa för personer med funktionsnedsättning utreds vidare. Kvinnor med funktionsnedsättning har även sämre förutsättningar än män med funktionsnedsättning att ta sig in på arbetsmarknaden eftersom kvinnor i lägre grad än män har en utredd och dokumenterad diagnos. Arbetsmarknadsanknytning och inkomst har en välbelagd koppling till hälsostatus. Arbetsmarknadsåtgärder bör reformeras och utformas på ett sådant sätt att kvinnor med funktionsnedsättning kan ta del av dessa på lika villkor.

Det saknas kunskapsunderlag om flickor och kvinnor med ADHD och autismspektrumdiagnoser, vilket kan leda till att flickor och kvinnor som har rätt till insatser enligt LSS såväl som diagnosbaserat ekonomiskt stöd inte får tillgång till detta på grund av att gruppen underdiagnostiseras eller diagnostiseras för sent vilket ökar risken för psykisk ohälsa. Kunskapsläget om flickor och kvinnor med ADHD och autismspektrumdiagnoser bör därför stärkas.

Jämställdhetsmyndigheten bedömer det som väsentligt att tillgången till de välfärdssystem som ska understödja funktionsnedsatta fungerar lika bra för kvinnor som för män. Därför behöver bland annat data tas fram kring ansökningsgrad och beviljandegrad avseende kommunalt beslutade LSS-insatser mellan flickor och kvinnor respektive pojkar och män.

Det råder brist på forskning om våldsprevention för gruppen personer med intellektuell funktionsnedsättning. Kvinnor i gruppen har pekats ut som en extra sårbar grupp för sexuellt våld. Kvinnor är också oftare otrygga i sina boenden enligt LSS och SoL jämfört med män. Fler trygghetsskapande insatser bör därför övervägas inom ramen för dessa boenden och kunskapsläget om våldsprevention för personer med intellektuell funktionsnedsättning bör stärkas.

10.5. JÄMSTÄLLDHET OCH GENUS I VÅRDUTBILDNINGARNA

För att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa krävs att hälso- och sjukvården har relevanta kunskaper och förutsättningar för att ge en jämställd hälso- och sjukvård. Den kompetens som olika professioner inom hälso- och sjukvården har kring biologiska könsskillnader, könsstereotypa normer och genusrelationer med relevans för vård och behandling är avgörande för att skapa en jämställd vård.

Jämställdhetsmyndighetens analys av examensmål, utbildnings- och kursplaner avseende fyra vårdutbildningar på två svenska universitet visar att arbetet med integrering av jämställdhet och genus i vårdutbildningarna är pågående, men behöver utvecklas för att kunna bidra till målet om jämställd vård. Kön, genus eller jämställdhet saknas i en majoritet av de studerade kursplanerna och hur pass integrerad detta kunskapsområde är i utbildningarna varierar både mellan de olika programmen och mellan lärosätena.

Jämställdhetsmyndigheten kan konstatera att examensmålen s formulering har betydelse för innehållet i programmens utbildnings- och kursplaner och granskningen visar att de, utifrån hur de är formulerade, både kan möjliggöra och begränsa utvecklingen mot jämställd vård.

Interna utmaningar på lärosätena kring arbetet med jämställdhetsintegrering lyfts i Jämställdhetsmyndighetens intervjuer samt i relaterad forskning som en väsentlig faktor för utvecklingen. Utmaningar finns i relation till:

- att beslutsfattare på alla nivåer i organisationen känner ägarskap och har rätt kompetens i frågan
- förståelse av ojämställdhetsproblemen, tillgänglig kunskap som kan bidra till lösning av problemen, samt att kunskapen är legitim.
- formell och informell styrkultur, den akademiska friheten, och kollegialt motstånd.

Externa faktorer som lyfts kopplar styrning genom regeringsuppdrag, examensmål, jämställdhetsintegrering av medicinska riktlinjer och UKÄ:s granskningar till utvecklingen. Andra viktiga faktorer är kunskapsstöd till examensmål och till jämställdhetsintegrering, samt erfarenhetsutbyte mellan lärosäten. Därtill finns behov av mer forskning med genus och intersektionella analyser i relation till olika diagnos- och vårdområden,

Sammantaget så påverkas utvecklingen av arbetet internt på lärosätet, genom regeringens styrning, genom granskning av verksamheten och lärosätets samverkan med externa aktörer.

Jämställdhetsmyndigheten ser utifrån erfarenheterna av granskningen ett behov av att utveckla arbetet med jämställd och jämlik hälso- och sjukvård och rekommenderar en långsiktig nationell strategi eller handlingsplan för jämställd och jämlik vård som inkluderar:

- Examensmål för mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer, mänskliga rättigheter och jämställdhet för samtliga universitetsutbildningar inom hälsa, sjukvård och tandvård, och där så behövs, nya mål kring jämställdhet och genus, samt kompetensstöd och stöd i implementeringen.
- Fortsatt utveckling av delmålet jämställd hälsa genom relevanta myndigheter, med stöd av satsningar såsom Jämställdhet i myndigheter och Jämställdhet i höskolor och universitet.
- Statlig samverkan med regioner och SKR, samt fortsatt utveckling av jämställd och jämlik vård inom regionerna.

10.6. CORONA OCH JÄMSTÄLLDHET

Det är ännu ovisst hur Corona-pandemin slutligen kommer att påverka människors hälsa men det finns redan många indikationer på att kvinnor och män påverkas olika. Män tycks drabbas hårdare av de primära effekterna av covid-19, med allvarligare sjukdom och högre dödlighet medan pandemins sekundära hälsoeffekter ser ut att drabba kvinnor hårdare som exempelvis psykisk ohälsa och våldsutsatthet, ökad smittorisk och belastning inom de kvinnodominerade sektorerna vård och omsorg.

Corona-pandemin har haft en stor inverkan på den vård och omsorg som ges i samhället med minskningar i antalet operationer, besök till vårdcentraler, specialist- och akutvård. Det kommer att finnas ett stort behov av att följa den fortsatta utvecklingen av pandemins effekter på hälsa, hälso- och sjukvård samt omsorgen ur ett jämställdhetsperspektiv.

REFERENSER

- Agenda 2030-delegationen. (2019). *Agenda 2030 och Sverige: Världens utmaning– världens möjlighet (SOU 2019:13)* (SOU 2019:13).
<https://www.regeringen.se/493ab5/contentassets/a1d21f7c7c7c484e96c759f2b3c44638/agenda-2030-och-sverige-varldens-utmaning--varldens-mojlighet-sou-201913.pdf>
- Al-Lami, R. A., Urban, R. J., Volpi, E., Algburi, A. M. A., & Baillargeon, J. (2020). Sex Hormones and Novel Corona Virus Infectious Disease (COVID-19). *Mayo Clinic Proceedings*, S0025619620305188. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.05.013>
- Arbetsmiljöverket. (2017). *En vitbok om kvinnors arbetsmiljö*.
<https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/rapporter/en-vitbok-om-kvinnors-arbetsmiljo-rapport2017-6.pdf>
- Baker, P., & Shand, T. (2017). Men's health: Time for a new approach to policy and practice? *Journal of Global Health*, 7(1), 010306–010306. PubMed.
<https://doi.org/10.7189/jogh.07.010306>
- Barnombudsmannen. (2014). *Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 17 (2013) om Barnets rätt till vila, fritid, lek och rekreation samt till det kulturella och konstnärliga livet (art. 31)*.
<https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/allmanna-kommentarer/ak-17-om-barnets-ratt-till-vila-fritid-lek-och-rekreation.pdf>
- Barrett, K. A., O'Day, B., Roche, A., & Carlson, B. L. (2009). Intimate Partner Violence, Health Status, and Health Care Access Among Women with Disabilities. *Women's Health Issues*, 19(2), 94–100. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2008.10.005>
- Bartelink, V., Tynelius, P., Walander, A., Burström, B., Ponce de Leon, A., Nederby Öhd, A., Hergens, M., & Lager, A. (2020). *Socioekonomiska faktorer och Covid-19 i Stockholms län. November 2020*. (2020:10). Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm.
- Berg, R. C., & Underland, V. (2013, juni 26). *The Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting: A Systematic Review and Meta-Analysis* [Review Article]. *Obstetrics and Gynecology International*; Hindawi.
<https://doi.org/10.1155/2013/496564>
- Berg, R. C., Underland, V., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A., & Vist, G. E. (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 4(11), e006316. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006316>
- Berggren, K. (2020). Maskulinitetsteorier i förändring: Nya begrepp, nya tolkningar. I *Socialmedicinsk Tidskrift: Vol. 97:2, s. 187–198*. Socialmedicinsk Tidskrift.
<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:su:diva-182535>
- Boström, M., & Hensing, G. (2020). *Vad kan förklara kvinnors högre sjukfrånvaro på grund av psykisk ohälsa? En kunskapsöversikt av nordisk forskning publicerad under åren 2010 – 2019*. Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet.
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Fleites, Z., Jiménez-Puig, E., Fernández-Castillo, E., & Rodríguez-Martin, B. C. (2020). Gender and Fear of COVID-19 in a Cuban Population Sample. *International Journal of Mental Health and Addiction*.
<https://doi.org/10.1007/s11469-020-00343-8>
- BRÅ. (2020a). *Fortsatta konsekvenser av pandemin i Brås preliminära statistik över anmälda brott i augusti 2020*.
https://www.bra.se/download/18.7d27ebd916ea64de5306bef8/1600265384083/20_Fortsatta_konsekvenser_av_pandemin_augusti_2020.pdf
- BRÅ. (2020b). *Statistik-Våld och misshandel*. <https://www.bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-och-misshandel.html>
- Bränström, R. (2018). *Hälsa och livsvillkor bland unga HBTQ-personer: Vad vet vi och vilka forskningsbehov finns?*
- Callegari, J., & Levander, U. (2019). Kompetent aktör eller psykiskt skör?: Barn- och flickdiskurser i konstruktionen av ungas psykiska ohälsa. *Tidskrift för Genusvetenskap*, 40(1), 73–95. DiVA.

- Cancerfonden. (2020, oktober 8). *Cancerfonden: Vi kan utrota livmoderhalscancer*. Cancerfonden. <https://www.cancerfonden.se/press/cancerfonden-vi-kan-utrota-livmoderhalscancer-3793704>
- Carlsson, N., & Jämställdhetsmyn. (2020). *Lärosätenas utbildningsbehov i frågor om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer—Slutrapport* (s. 126).
- Cederberg, J. (2020). Svårt följa lagen under covid-19 – stor vårdskuld inom screening. *Läkartidningen*, 2020(07–10). <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2020/07/svart-folja-lagen-under-covid-19-stor-vardskuld-inom-cancerscreening/>
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. (2019). *Drogutvecklingen i Sverige 2019 – med fokus på narkotika*. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:can-2019-2>
- Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. (2020). *Coronapandemin och psykisk hälsa En prognos om kort- och långsiktiga effekter*. https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/coronapandemin-och-psykisk-halsa---en-prognos-om-kort--och-langsiktiga-effekter_uppdaterad-2020-04-28.pdf
- Christensen, A.-D., & Qvotrup Jensen, S. (2020). Intersectionality. I *Routledge international handbook of masculinity studies: Vol. Sidorna 82-91*. Routledge international handbook of masculinity studies 2020.
- Connell, R. (1995). *Masculinities*. University of California Press.
- Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. *Gender & Society*, 19(6), 829–859. <https://doi.org/10.1177/0891243205278639>
- Coronakommissionen. (2020). *Äldreomsorgen under pandemin (SOU 2020:80)*. https://www.regeringen.se/4af379/contentassets/a8e708fff5e84279bf11adbd0f78fc1/sou_2020_80_aldreomsorgen-under-pandemin.pdf
- Council of European Municipalities and Regions. (2018). *CEMR Gender equality position paper and action plan*. https://skr.se/download/18.634b4f8e16408d18ef768124/1529504535063/CEMR%20Gender%20equality%20position%20paper%20and%20action%20plan_EN.pdf
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for futures studies. <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
- Drefahl, S., Wallace, M., Mussino, E., Aradhya, S., Kolk, M., Brandén, M., Malmberg, B., & Andersson, G. (2020). A population-based cohort study of socio-demographic risk factors for COVID-19 deaths in Sweden. *Nature Communications*, 11(1), 5097. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-18926-3>
- Ek, Å., & Olofsdotter, G. (2017). Genusperspektiv på olycksfall och dödsolyckor i arbetslivet. I *Kunskapssammanställning: Vol. 2017:4, s. 1–67*. Kunskapssammanställning Arbetsmiljöverket.
- Esaiasson, P., Giljam, M., Oscarsson, H., & Wängnerud, L. (2007). *Metodpraktikan: Konsten att studera samhälle, individ och marknad* (Tredje). Norstedts juridik.
- Essen, B., Bodker, B., Sjöberg, N.-O., Gudmundsson, S., Ostergren, P.-O., & Langhoff-Roos, J. (2002). Is there an association between female circumcision and perinatal death? *Bulletin of the World Health Organization*, 80(8), 629–632.
- Essén, B., Sjöberg, N.-O., Gudmundsson, S., Ostergren, P.-O., & Lindqvist, P. G. (2005). No association between female circumcision and prolonged labour: A case control study of immigrant women giving birth in Sweden. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 121(2), 182–185. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2004.12.010>
- European Institute for Gender Equality. (2015). *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union*.
- European Institute for Gender Equality. (2020). *Gender equality index 2020: Digitalisation and the future of work*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2839/79077>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2020). *European Drug Report 2020* (s. 88). Publications Office of the European Union.

- https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13236/TDAT20001ENN_web.pdf
- Europeiska kommissionen (Red.). (2015). *Strategic engagement for gender equality: 2016-2019*. Publications Office of the European Union.
- Europeiska kommissionen. (2020). *En jämlikhetsunion: Jämställdhetsstrategi för 2020-2025*.
- Evensen, M. H., Fluge, S. S., Kjolberg, T. S., & Bye, H. H. (2019). Menns opplevelse av å bli utsatt for seksuelt overgrep i voksen alder—En kvalitativ metasynthese. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 56(4).
<https://psykologtidsskriftet.no/2019/03/menns-oplevelse-av-bli-utsatt-seksuelt-overgrep-i-voksen-alder-1>
- Fancourt, D., Steptoe, A., & Bu, F. (2020). Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: A longitudinal observational study. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30482-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30482-X)
- FN. (1979). *Kvinnokonventionen CEDAW*.
<https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>
- FN. (1994). *Cairo Declaration on Population & Development*. /resources/cairo-declaration-population-development
- FN. (2014). Gemensam allmän rekommendation nr 31 av FN:s kommitté för avskaffande av diskriminering av kvinnor/allmän kommentar nr 18 av FN:s kommitté för barnets rättigheter. *International Legal Materials*, 19(1), 33–45.
<https://doi.org/10.1017/S0020782900043448>
- FN. (2015). *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826190123.ap02>
- Folkhälsomyndigheten. (2016a). *Barn i familjer med missbruk, psykisk ohälsa eller våld Resultat och erfarenheter från ett utvecklingsarbete*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/53abc1662c974bf498c5c16715ce4010/barn-familjer-missbruk-psykisk-ohalsa-vald-16042-webb.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (2016b). *Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för "En strategi för genomförande av funktionshinderpolitiken 2011-2016"* (Nr 00599/2014).
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a9f9f81fd47c40ecb2241b5d2658bfe2/slutrappport-funktionshinderrapport-2011-2016.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (2018a). *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017_18*.
- Folkhälsomyndigheten. (2018b). *Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/628f1bfc932b474f9503cc6f8e29fd45/varfor-psykiska-ohalsan-okat-barn-unga-18023-2-webb-rapport.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (2019). *Nationella folkhälsoenkäten—Hälsa på lika villkor 2018*.
- Folkhälsomyndigheten. (2020a). *Covid-19-pandemins tänkbare konsekvenser på folkhälsan*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/c/covid-19-pandemins-tankbara-konsekvenser-pa-folkhalsan/?pub=76637>
- Folkhälsomyndigheten. (2020b). *Folkhälsodata, Nationella folkhälsoenkäten*. http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/B_HLV__aLevvanor__aabLevvanoralk/HLV_Alkoholvanor_alder.px/table/tableViewLayout1/?rxid=19215807-23cd-44cf-8f63-b1eed980d297
- Folkhälsomyndigheten. (2020c). *Folkhälsodata, Nationella folkhälsoenkäten*. http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/B_HLV__aLevvanor__aabLevvanoralk/HLV_Alkoholvanor_utbildning.px/?rxid=19215807-23cd-44cf-8f63-b1eed980d297
- Folkhälsomyndigheten. (2020d). *Högre risk för suicid bland personer som blir sjukskrivna eller arbetslösa*.
- Folkhälsomyndigheten. (2020e). *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter bland homo- och bisexuella samt transpersoner* (s. 56).
- Folkhälsomyndigheten. (2020f). *Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland unga transpersoner En kvalitativ intervjustudie om riskfaktorer, skyddsfaktorer och möjliga förbättringar i samband med psykisk ohälsa*. Folkhälsomyndigheten.

- Folkhälsomyndigheten. (2020g). *Påverkar covid-19-pandemin befolkningens psykiska hälsa? En snabb systematisk litteraturoversikt ("rapid review") Version 1.0.* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/p/paverkar-covid-19-pandemin-befolkningens-psykiska-halsa/?pub=78907>
- Folkhälsomyndigheten, & Sveriges kommuner och landsting. (2019). *Öppna jämförelser folkhälsa 2019* (Nr 18076). <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/ec714fca0b0145eab3d7924511550a74/oppna-jamforelser-folkhalsa-2019-18076.pdf>
- Framtidens socialtjänst. (2020). *Hållbar socialtjänst En ny socialtjänstlag (SOU 2020:47).* https://www.regeringen.se/4a4a67/contentassets/5809049f89744e2891cc2a93cfdb4840/sou-2020_47_del-1_till-webb.pdf
- Franzén, A., & Gottzén, L. (2020). *Våldsprevention i Sverige: En forskningsöversikt* (2020:2). Stockholms Universitet.
- Försäkringskassan. (2013). *Handikappersättning. Utveckling av mottagare 2003-2011* (2013:7). Försäkringskassan. <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/8e7421a5-5c93-401e-b0d0-db44f1db5681/socialforsakringsrapport-2013-07.pdf?MOD=AJPERES>
- Försäkringskassan. (2014). *Kvinnors sjukfrånvaro En studie av förstagångsföräldrar* (Socialförsäkringsrapport 2014:14). https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/273d43f3-5c89-4df3-9f48-58d5e99ec515/socialforsakringsrapport_2014_14.pdf?MOD=AJPERES
- Försäkringskassan. (2017a). *Assistansersättningens utveckling* (Socialförsäkringsrapport 2017:4). Försäkringskassan. <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/d603e099-7176-4471-898f-33c55a4ccd39/socialforsakringsrapport-2017-04.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
- Försäkringskassan. (2017b). *Sjukfrånvarons utveckling 2017 Sjuk- och rehabiliteringspenning.* <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/1596d32b-7ff7-4811-8215-d90cb9c2f38d/socialforsakringsrapport-2017-13.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
- Försäkringskassan. (2018). *Samlad redovisning avseende villkor 1 och 2 2017 Inom överenskommelsen En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017-2018* (Nr 013664–2017). <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/64d40dcb-5451-4086-ac49-d50c82e67cf3/2018-02-12-samlad-redovisning-avseende-villkor-1-och-2-2017.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
- Försäkringskassan. (2019a). *Jämställd föräldraförsäkring Utvärdering av de reserverade månaderna i föräldraförsäkringen-Socialförsäkringsrapport 2019:2.* <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/7bdc2540-0e28-4766-8e27-02f82244d358/socialforsakringsrapport-2019-2.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
- Försäkringskassan. (2019b). *Slutrapport av Försäkringskassans utvecklingsarbete inom elektroniskt informationsutbyte med hälso- och sjukvården 2019* (Nr 020105–2018). <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/00d3bc19-a0db-45c6-a206-780bb92d2594/20105-18-svar-regeringsuppdrag.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
- Försäkringskassan. (2020a). *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år* (Socialförsäkringsrapport 2020:8). Försäkringskassan. <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/e12b777c-e98a-488d-998f-501e621f4714/socialforsakringsrapport-2020-8.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
- Försäkringskassan. (2020b). *Socialförsäkringen i siffror 2020* (FK 141). Försäkringskassan. <https://forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/dae19b87-ace6-4cda-a577-05af925b0317/socialforsakrings-i-siffror-2020.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
- Försäkringskassan. (2020c). *Sammanställning av regionernas redovisningar av villkor 1 och 2 år 2019 inom överenskommelsen En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2019* (Nr 001578–2019; s. 21).
- Försäkringskassan. (2020d). *Sammanställning av regionernas redovisningar av villkor 3 inom överenskommelsen En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings och rehabiliteringsprocess 2019* (Nr 001578–2019; s. 12).

- <https://m.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/9f9b5456-0c63-41c2-9cb3-39d011ebc867/1578-19-svar-regeringsuppdrag.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
- Gattario-Holmqvist, Kristina, Frisén, Ann, Fuller-Tyszkiewicz, Matthew, Ricciardelli, Lina A, Diedrichs, Phillippa C, Yager, Zali, Franko, Debra L, & Smolak, Linda. (2015). How is men's conformity to masculine norms related to their body image? Masculinity and muscularity across Western countries. *Psychology of Men & Masculinity*, 16(3), 337–347.
- Gebhard, C., Regitz-Zagrosek, V., Neuhauser, H. K., Morgan, R., & Klein, S. L. (2020). Impact of sex and gender on COVID-19 outcomes in Europe. *Biology of Sex Differences*, 11(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s13293-020-00304-9>
- Gemmati, D., Bramanti, B., Serino, M. L., Secchiero, P., Zauli, G., & Tisato, V. (2020). COVID-19 and Individual Genetic Susceptibility/Receptivity: Role of ACE1/ACE2 Genes, Immunity, Inflammation and Coagulation. Might the Double X-Chromosome in Females Be Protective against SARS-CoV-2 Compared to the Single X-Chromosome in Males? *International Journal of Molecular Sciences*, 21(10), 3474. <https://doi.org/10.3390/ijms21103474>
- González Gago, E. (2019). *Evaluation of the strengths and weaknesses of the strategic engagement for gender equality 2016–2019*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2838/451205>
- Grandi, G., Facchinetti, F., & Bitzer, J. (2020). The gendered impact of coronavirus disease (COVID-19): Do estrogens play a role? *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 25(3), 233–234. <https://doi.org/10.1080/13625187.2020.1766017>
- Griffith, D. M. (2015). "I AM a Man": Manhood, Minority Men's Health and Health Equity. *Ethnicity & Disease*, 25(3), 287–293. PubMed. <https://doi.org/10.18865/ed.25.3.287>
- Gynop. (2020, augusti 6). *Om GynOp*. Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi. <https://www.gynop.se/om-gynop/>
- Göteborgs universitet. (2017). *Utbildningsplan sjuksköterskeprogrammet grundnivå, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet*. https://studentportal.gu.se/digitalAssets/1740/1740388_1667502_ssk-utbildningsplan-v18.pdf
- Göteborgs universitet. (2018). *Utbildningsplan läkarprogrammet Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet*. https://studentportal.gu.se/digitalAssets/1710/1710567_utbildningsplan-m21--k-rev-180620.pdf
- Göteborgs universitet. (2020). *Om oss | Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet*. <https://www.gu.se/sahlgrenska-akademien/om-oss>
- Hammarström, A., & Hensing, G. (2008). *Folkhälsofrågor ur ett genusperspektiv Arbetsmarknad, maskuliniteter, medikalisering och könsrelaterat våld*. Statens Folkhälsoinstitut.
- Hansson, E., Rasmussen, M., & Jacobsson, K. (2020). Stora skillnader i överdödlighet våren 2020 utifrån födelseland, Erik Hansson. *Läkartidningen*, 2020(117), 20113.
- Horton, K. C., MacPherson, P., Houben, R. M. G. J., White, R. G., & Corbett, E. L. (2016). Sex Differences in Tuberculosis Burden and Notifications in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *PLOS Medicine*, 13(9), e1002119. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002119>
- Hultquist, C., & Nantell, A. (2020). Allt fler vill föda hemma – men de alternativa förlossningarna väcker debatt (22 november 2020). *Dagens Nyheter*. <https://www.dn.se/insidan/allt-fler-vill-foda-hemma-men-de-alternativa-forlossningarna-vacker-debatt/>
- IFAU. (2010). *Kvinnor och mäns sjukfrånvaro*. <https://www.ifau.se/globalassets/pdf/se/2011/r11-02-kvinnors-och-mans-sjukfranvaro.pdf>
- IFAU. (2020). *Vet vi varför sjukskrivningstalen varierar?* <https://www.ifau.se/sv/Press/Forskningssammanfattningar/Vet-vi-varfor-sjukskrivningstalen-varierar/>
- Inspektionen för vård och omsorg. (2020). *Sociala barn- och ungdomsvården. Slutredovisning av uppdrag att genomföra analyser av tillsynens resultat inom den*

- sociala barn- och ungdomsvården S2019/01922/FST* (Nr 2020–2). Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
<https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2020/sociala-barn-och-ungdomsvarden-slutredovisning.pdf>
- Iwamoto, D. K., Brady, J., Kaya, A., & Park, A. (2018). Masculinity and Depression: A Longitudinal Investigation of Multidimensional Masculine Norms Among College Men. *American Journal of Men's Health*, 12(6), 1873–1881. PubMed.
<https://doi.org/10.1177/1557988318785549>
- Jalmert, Lars. (2014). Maskulinitetsnormer och suicid. *Psykisk Hälsa MIND*, 55(3), 18–23.
- Jernbro, C., & Janson, S. (2017). *Våld mot barn 2016*. Stifelsen Allmänna Barnhuset.
- Johansdotter, S., Aregai, C., Moussa, K., & Essén, B. (2005). "Aldrig mina döttrar" En studie om attityder till kvinnlig omskärelse bland etiopier och eritreaner i Sverige.
- Jordansson, B., & Peterson, H. (2019). Jämställdhetsintegrering vid svenska universitet och högskolor. Det politiska uppdraget återspeglat i lärosätenas planer. *Kvinder, Køn & Forskning*, 28(1–2), 58–70. <https://doi.org/10.7146/kkf.v28i1-2.116117>
- Jordansson, B., & Peterson, H. (2021). Lokalt styrning av jämställdhetsintegrering inom akademien. *Arbetsmarknad & Arbetsliv*.
<https://journals.lub.lu.se/aoa/article/view/20238>
- Jämställdhetsmyndigheten. (2018). *System för uppföljning och analys av jämställdhetspolitiken—Återrapportering av regeringsuppdrag* (2018:5).
- Jämställdhetsmyndigheten. (2020a). *Lågutbildade kvinnors medellivslängd ökar inte i samma takt som andra grupper* (Analys i korthet 2020:1).
- Jämställdhetsmyndigheten. (2020b). *Utbildning för ökad kunskap—Delredovisning 2 av uppdrag om utbildning till lärosäten om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relation* (2020:4).
<https://www.jamstalldhetsmyndigheten.se/files/2020/04/Utbildning-f%C3%B6r-%C3%B6kad-kunskap-2020-v4.pdf>
- Jämställdhetsmyndigheten. (2020c). *Arbete pågår – indikatorer. Del II av återrapporteringen av regleringsbrevet* (s. 112).
- Jämställdhetsmyndigheten. (2020d). *Förebyggande arbete mot könsstämpning av flickor och kvinnor. Slutredovisning av uppdrag angående effektiva arbetssätt och metoder för informationsspridning gällande könsstämpning av flickor och kvinnor S2018/03926/JÄM*.
- Jämställdhetsmyndigheten. (2021). *Maskuliniteter och ohälsa-en översikt*. Jämställdhetsmyndigheten.
- Jämställdhetsutredningen. (2015). *Mål och myndighet: En effektiv styrning av jämställdhetspolitiken* (SOU 2015:86). Fritzes, ett Wolters Kluwer-företag.
- Karolinska Institutet. (2020b). *Course syllabus—Akut ortopedi—En fördjupningskurs, 3 hp / Karolinska Institutet Utbildning*. <https://utbildning.ki.se/course-syllabus/2LK046>
- Karolinska Institutet. (2017). *Plan för jämställdhetsintegrering av Karolinska Institutet 2017-2019*.
https://medarbetare.ki.se/sites/default/files/migrate/plan_for_jamstalldhetsintegrering_av_karolinska_institutet_2017-2019.pdf
- Karolinska Institutet. (2020a). *Karolinska Institutet i korthet | Karolinska Institutet*.
<https://ki.se/om-ki/karolinska-institutet-i-korthet>
- Karolinska Institutet. (2020b, oktober 14). *Kursplan för Barnmorskeprogrammet, Mödrahälsovård och antikonception 2BM023*.
<https://utbildning.ki.se/student/modrahalsovard-och-antikonception-15-hp/2bm023>
- Klein, S. L., Dhakal, S., Ursin, R. L., Deshpande, S., Sandberg, K., & Mauvais-Jarvis, F. (2020). Biological sex impacts COVID-19 outcomes. *PLOS Pathogens*, 16(6), e1008570. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1008570>
- Kommissionen för jämlik hälsa. (2016). *Det handlar om jämlik hälsa: Utgångspunkter för kommissionens vidare arbete* (SOU 2016:55) (SOU 2016:55). Wolters Kluwer.
<http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/det-handlar-om-jamlik-halsa-sou-201655>
- Kvinnokommittén. (1999). *Kvinnokommitténs rekommendation nummer 24 (Committee on the Elimination of Discrimination Against Women)*.
https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_4738_E.pdf

- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Levander, U., & Sturfelt, L. (2019). Samhällsvårdens Svarte Petter. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 26(1). <https://doi.org/10.3384/SVT.2019.26.1.2359>
- Levinsson, H., & Jiborn, M. (2013). *Minuskontot: Ekonomiska villkor för personer med psykisk funktionsnedsättning*. Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH). [https://portal.research.lu.se/portal/sv/publications/minuskontot-ekonomiska-villkor-foer-personer-med-psykisk-funktionsnedsattning\(c817cfeb-c76b-40c7-9247-3253d4887c25\).html#Översikt](https://portal.research.lu.se/portal/sv/publications/minuskontot-ekonomiska-villkor-foer-personer-med-psykisk-funktionsnedsattning(c817cfeb-c76b-40c7-9247-3253d4887c25).html#Översikt)
- Lidwall, U., Bill, S., Palmer, E., & Olsson Bohlin, C. (2018). Mental disorder sick leave in Sweden: A population study. *Work*, 59, 259–272. <https://doi.org/10.3233/WOR-172672>
- Lifos. (2019a). *Lifosrapport: Sudan – Kvinnlig könsstymning*.
- Lifos. (2019b). *Somalia – Kvinnlig könsstymning*.
- Lin, Y., Hu, Z., Alias, H., & Wong, L. P. (2020). Knowledge, Attitudes, Impact, and Anxiety Regarding COVID-19 Infection Among the Public in China. *Frontiers in Public Health*, 8, 236. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00236>
- Lindbom, S. (2021). *Psykisk ohälsa hos ungdomar och unga vuxna En kunskapsöversikt om vilka faktorer som kan förklara skillnader mellan flickor och pojkar, unga kvinnor och unga mäns psykiska hälsa*.
- Lindroth, M., Bondestam, F., & Bondestam, F. (2014). *Godtycklig jämställdhet—Implementering av examensordningens mål för jämställdhet i professionsutbildningar vid Göteborgs universitet* (s. 47).
- LSS-utredningen. (2018). *Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättning (SOU 2018:88)*.
- Länsstyrelsen Östergötland. (u.å.). *Regeringsuppdraget*. Hedersförtryck. Hämtad 11 januari 2021, från <https://www.hedersfortryck.se/om-oss/regeringsuppdrag/>
- Länsstyrelsen Östergötland. (2015). *Uppdrag att undersöka och ge förslag på hur verksamheter och myndigheter kan arbeta med flickor och kvinnor som är eller riskerar att utsättas för könsstymning Slutrapport* (2015:15; s. 1–28). <https://www.lansstyrelsen.se/download/18.1dfa69ad1630328ad7c4d96/1526067987417/slutrappport-k%C3%B6nsstymningsuppdraget.pdf>
- Mahalik, J. R., Locke, B. D., Ludlow, L. H., Diemer, M. A., Scott, R. P. J., Gottfried, M., & Freitas, G. (2003). Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men & Masculinity*, 4(1), 3–25. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.4.1.3>
- Maleki Dana, P., Sadoughi, F., Hallajzadeh, J., Asemi, Z., Mansournia, M. A., Yousefi, B., & Momen-Heravi, M. (2020). An Insight into the Sex Differences in COVID-19 Patients: What are the Possible Causes? *Prehospital and Disaster Medicine*, 35(4), 438–441. <https://doi.org/10.1017/S1049023X20000837>
- Manandhar, M., Hawkes, S., Buse, K., Nosrati, E., & Maga, V. (2018). Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development. *Bulletin of the World Health Organization*, 2018(96), 644–653.
- Márquez, E. J., Trowbridge, J., Kuchel, G. A., Banchereau, J., & Ucar, D. (2020). The lethal sex gap: COVID-19. *Immunity & Ageing*, 17(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12979-020-00183-z>
- McCracken, L. M., Badinlou, F., Buhrman, M., & Brocki, K. C. (2020). Psychological impact of COVID-19 in the Swedish population: Depression, anxiety, and insomnia and their associations to risk and vulnerability factors. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 63(1), e81–e81. PubMed. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.81>
- Michaelsen, J. J., & Kristiansen, M. (2017). Maskulinitet og sygdom. *Nordisk sygeplejeforskning*, 7(3), 182–194. idunn.no. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-03-02>
- Michelozzi, P., de’Donato, F., Scortichini, M., De Sario, M., Noccioli, F., Rossi, P., & Davoli, M. (2020). Mortality impacts of the coronavirus disease (COVID-19)

- outbreak by sex and age: Rapid mortality surveillance system, Italy, 1 February to 18 April 2020. *Eurosurveillance*, 25(19). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.19.2000620>
- Milner, A., Kavanagh, A., King, T., & Currier, D. (2018). The Influence of Masculine Norms and Occupational Factors on Mental Health: Evidence From the Baseline of the Australian Longitudinal Study on Male Health. *American Journal of Men's Health*, 12(4), 696–705. PubMed. <https://doi.org/10.1177/1557988317752607>
- MUCF. (2015). *Unga maskulinitet och våld Slutrapportering av uppdrag om attityder till maskulinitet och jämställdhet*. <https://www.mucf.se/publikationer/unga-maskulinitet-och-vald>
- MUCF. (2019). *Olika verkligheter Unga hbtq-personer om sina levnadsvillkor*. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor.
- MUCF. (2020). *Unga hbtq-personers hälsa | MUCF*. <https://www.mucf.se/unga-hbtq-personers-halsa-0>
- Myndigheten för delaktighet. (2016). *Kommunuppföljning 2016*. <https://www.mfd.se/contentassets/97ccddd97dd440feb030a091b990efb9/pm-kommunuppfoljning-2016-mfd.pdf>
- Myndigheten för delaktighet. (2017). *Mäns våld mot kvinnor med funktionsnedsättning. Utvecklingsområden till den nationella strategin för att förebygga mäns våld mot kvinnor*. (2017:29). Myndigheten för delaktighet (MFD). <https://www.mfd.se/contentassets/bf6a1232cfac4da2ab2fc19ea7477adf/2017-29-mans-vald-mot-kvinnor-med-funktionsnedsattning.pdf>
- Myndigheten för delaktighet. (2020). *Uppföljning av funktionshinderspolitiken 2019* (2020:4). <https://www.mfd.se/contentassets/40f7fbaaa0a7400c948521eee94128a3/2020-4-uppfoljning-av-funktionshinderspolitiken-2019.pdf>
- Myndigheten för delaktighet, & Jämställdhetsmyndigheten. (2019). *Ekonomisk jämställdhet för kvinnor med funktionsnedsättning. Kartläggning av utmaningar för att nå det andra jämställdhetspolitiska delmålet*. (2019:8; 2019:5). <https://www.jamstalldhetsmyndigheten.se/files/2019/04/2019-8-ekonomisk-jamstallldhet-for-kvinnor-med-funktionsnedsattning.pdf>
- Mödrhälsövsårdsenheten Region Stockholm. (2020). *Årsrapport. Barnmorskemottagningarna i Stockholms län 2019*.
- Nathavitharana, R., & Foster, I. (2020, september 2). Afraid to Die, Afraid to Go to the Clinic: Amplifying tuberculosis survivors' perspectives to encourage men to seek care for COVID-19 in South Africa and elsewhere. *Think Global Health*. https://www.thinkglobalhealth.org/article/afraid-die-afraid-go-clinic?utm_source=thinkglobalhealth&utm_medium=email&utm_campaign=TGH2020Sept04&utm_term=TGH
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (2013). *Våld mot kvinnor med funktionsnedsättning* (2013:1). Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK). <http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/481/nck-rapport-vald-mot-kvinnor-med-funktionsnedsattning-2013-1.pdf>
- Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK). (2020). *Mäns utsatthet för våld i nära relationer*—. Uppsala universitet. <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/mans-utsatthet-for-vald-i-nara-relationer/>
- NCK. (2011). *KVINNLIG OMSKÄRELSE/ KÖNSSTYMPNING I SVERIGE – en kunskaps- och forskningsöversikt* (2011:1). [http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/486/nck-rapport-kvinnlig-omskarelse-konsstympning-i-sverige-2011-1.pdf#__utma=1.828515660.1586199548.1607446125.1607462384.12&__utmb=1.2.10.1607462384&__utmc=1&__utmz=1.1607462384.12.7.utmcsr=google|utmccn=\(organic\)|utmcmd=organic|utmctr=\(not%20provided\)&__utmv=-&__utmk=198052655](http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/486/nck-rapport-kvinnlig-omskarelse-konsstympning-i-sverige-2011-1.pdf#__utma=1.828515660.1586199548.1607446125.1607462384.12&__utmb=1.2.10.1607462384&__utmc=1&__utmz=1.1607462384.12.7.utmcsr=google|utmccn=(organic)|utmcmd=organic|utmctr=(not%20provided)&__utmv=-&__utmk=198052655)
- NCK. (2020). *Kvinnlig könsstympning*. Uppsala universitet. <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/hedersrelaterat-vald-och-fortryck/konsstympning/>

- Nese, M., Riboli, G., Brighetti, G., Sassi, V., Camela, E., Caselli, G., Sassaroli, S., & Borlimi, R. (2020). Delay discounting of compliance with containment measures during the COVID-19 outbreak: A survey of the Italian population. *Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01317-9>
- Osika Friberg, I. (2018). *Women's and Men's Health care utilisation from a cost perspective*. <http://hdl.handle.net/2077/56911>
- Park, C. L., Russell, B. S., Fendrich, M., Finkelstein-Fox, L., Hutchison, M., & Becker, J. (2020). Americans' COVID-19 Stress, Coping, and Adherence to CDC Guidelines. *Journal of General Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05898-9>
- Peckham, H., de Gruijter, N. M., Raine, C., Radziszewska, A., Ciurtin, C., Wedderburn, L. R., Rosser, E. C., Webb, K., & Deakin, C. T. (2020). Male sex identified by global COVID-19 meta-analysis as a risk factor for death and ICU admission. *Nature Communications*, 11(1), 6317–6317. PubMed. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-19741-6>
- Rajan, G., Syding, S., Ljunggren, G., Wändell, P., Wahlström, L., Philips, B., Svedin, C. G., & Carlsson, A. C. (2020). Health care consumption and psychiatric diagnoses among adolescent girls 1 and 2 years after a first-time registered child sexual abuse experience: A cohort study in the Stockholm Region. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01670-w>
- Raninen, J. (2020). *Ung i en tid med minskat drickande—Metod och de första resultaten från Futura01*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN.
- Rastrelli, G., Di Stasi, V., Inglese, F., Beccaria, M., Garuti, M., Di Costanzo, D., Spreafico, F., Greco, G. F., Cervi, G., Pecoriello, A., Magini, A., Todisco, T., Cipriani, S., Maseroli, E., Corona, G., Salonia, A., Lenzi, A., Maggi, M., De Donno, G., & Vignozzi, L. (2020). Low testosterone levels predict clinical adverse outcomes in SARS-CoV-2 pneumonia patients. *Andrology*, andr.12821. <https://doi.org/10.1111/andr.12821>
- Regeringen. (1998a). *Proposition 1998/99:70. Könstymning – borttagande av kravet på dubbel straffbarhet*. <https://www.regeringen.se/49bbe7/contentassets/4478b8d0b430407e9e9974f684b4cc7d/konstymning>
- Regeringen. (1998b). *Kvinnofrid prop. 1997/98:55 (1997/98:55)*. <https://www.regeringen.se/49bba3/contentassets/1733625e719c43b28f073fa9cdec90f2/kvinnofrid-prop.-19979855>
- Regeringen. (2016a). *Budgetproposition 2017 Utgiftsområde 12: Ekonomisk trygghet för familjer och barn (PROP. 2016/17:1)*.
- Regeringen. (2016b). *Makt, mål och myndighet—Feministisk politik för en jämställd framtid*.
- Regeringskansliet. (2011). *FN:s konventioner om Mänskliga rättigheter*.
- Regeringskansliet. (2015). *Överenskommelse mellan staten och SKL om att stärka jämställdhetsarbetets inriktning mot män, pojkar och maskulinitetsfrågor (S2015/06824/JÄM)*. <https://www.regeringen.se/4aab81/contentassets/8eb59b2e07df47b598959d8ec78b07a8/reg-beslut-s2015-06824-bilaga-overenskommelse-skl.kom.pdf>
- Regeringskansliet. (2016). *Makt, mål och myndighet—Feministisk politik för en jämställd framtid Skr. 2016/17:10*. https://www.regeringen.se/4ace09/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/jamstalldhet/makt-mal-och-myndighet---feministisk-politik-for-ett-jamstallt-samhalle-skr.-2016_17-10.pdf
- Regeringskansliet. (2020a). *Delmål 5: Jämställd hälsa*. <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/jamstalldhetsdelmal-5-jamstalld-halsa/>
- Regeringskansliet, R. och. (2018). *Handlingsplan mot könstymning av flickor och kvinnor (Text S2018/03931/JÄM)*. Regeringen och Regeringskansliet. <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2018/06/handlingsplan-mot-konstymning-av-flickor-och-kvinnor/>
- Regeringskansliet, R. och. (2020b, juli 1). *Nya lagar inom Justitiedepartementets områden den 1 juli 2020 [Text]*. Regeringskansliet; Regeringen och Regeringskansliet.

- <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2020/07/nya-lagar-inom-justitiedepartementets-omraden-den-1-juli-2020/>
- Regionala cancercentrum i samverkan. (2020). *Screening för cancer under coronapandemin*. <https://cancercentrum.se/samverkan/covid-19/screening/>
- Högskoleförordning (SFS1993:100993:100) Svensk författningssamling 1993:1993:100 t.o.m. SFS 2020:1022—Riksdagen, Pub. L. No. (SFS1993:100993:100) (1993). https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100
- Riksdagsförvaltningen. (2017). *Förordning med instruktion för Jämställdhetsmyndigheten (SFS 2017:937)*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2017937-med-instruktion-for_sfs-2017-937
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., & Collado, S. (2020). Psychological impact of COVID-19 in Spain: Early data report. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(5), 550–552. <https://doi.org/10.1037/tra0000943>
- Rutz, W. (2014). Männens depression och suicidalitet- Kliniska fynd, utmaningar och lösningar. *Psykisk Hälsa MIND*, 55(3), 34–41.
- SBU. (2019). *Fördjupad prioritering av forskningsfrågor om förlossningsskador hos kvinnan* (Prioritering av vetenskapliga kunskapsluckor, James Lind Alliances metod Nr 300). <https://www.sbu.se/sv/publikationer/prioritering-av-vetenskapliga-kunskapsluckor/ny-fordjupad-prioritering--av-forskningsfragor-om-forlossningsskador-hos-kvinnan/>
- SCB. (2016). *Livslängden i Sverige 2011–2015—Livslängdstabeller för riket och länen* (Demografiska rapporter 2016:4).
- SCB. (2018). *Sveriges framtida befolkning 2018-2070* (Demografiska rapporter 2018:1).
- SCB. (2019). *Ensam, med partner eller kompisboende. Vad säger hushållsregistret?*, (Demografiska rapporter 2019:1).
- SCB. (2020a). *Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen publigerad i SCB Jämställdhetsstatistik*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/temaomraden/jamstalldhet/>
- SCB. (2020b). *Jämställd hälsa-statistikdatabasen*. https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__LE__LE0201__LE0201H%C3%A4lsa/
- SCB. (2020c). *Lämna ingen utanför, Statistisk lägesbild av genomförandet av Agenda 2030 i Sverige, oktober 2020*. Statistiska centralbyrån. http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:scb-2020-x41br2002_pdf
- SCB. (2020d). *Statistikdatabasen-Undersökningarna av levnadsförhållanden*. https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__LE__LE0101__LE0101H/LE01012019H03/
- SCB. (2020e). *Sverige i siffror, Medellivslängd*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/medellivslangd-i-sverige/>
- SCB. (2020f). *Sveriges officiella statistik-Demografiskanalys, Återstående medellivslängd vid 30 års ålder efter utbildningsnivå 2000–2019*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningsframskrivningar/demografisk-analys/pong/tabell-och-diagram/livslangd/aterstaende-medellivslangd-vid-30-ars-alder-efter-utbildningsniva-20002018/>
- Shell-Duncan, B., Naik, R., & Feldman-Jacobs, C. (2016). A state-of-the-art synthesis on female genital mutilation/cutting: What do we know now? *Reproductive Health*. <https://doi.org/10.31899/rh8.1002>
- SKL. (2009). *Den europeiska deklARATIONEN för jämställdhet mellan kvinnor och män på lokal och regional nivå*. <https://webbutik.skr.se/sv/artiklar/den-europeiska-deklARATIONEN-for-jamstalldhet-mellan-kvinnor-och-man-pa-lokal-och-regional-niva.html>
- SKL. (2017). *Förändringsarbete med våldsutövande män*. <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-594-3.pdf?issuul=ignore>
- SKL. (2018a). *Maskulinitet och jämställd skola*. <https://webbutik.skr.se/sv/artiklar/maskulinitet-och-jamstalld-skola.html>
- SKL. (2018b). *Maskulinitet och jämställt föräldraskap- arbete för pappors ökade delaktighet*. <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-673-5.pdf>

- SKL. (2018c). *Maskulinitet och psykisk ohälsa-strategier för förbättringsarbete inom vård och omsorg*.
- SKL. (2018d). *Maskuliniteter och jämställdhet- En introduktion att förändra mansnormer*. <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-613-1.pdf>
- Skolverket. (2016). *Tala om arbetslivet! Ett genusmedvetet och normkritiskt metodmaterial för hela skolan*. <https://www.skolverket.se/system/getfile/getfile>
- Skolverket. (2019a). *Läroplan för grundskolan, förskoleklassen och fritidshemmet reviderad 2019* [Text]. <https://www.skolverket.se/system/getfile/getfile>
- Skolverket. (2019b). *Redovisning av uppdrag Insatser mot sexuella trakasserier* (text 7.5.2-2018:730). <https://www.skolverket.se/system/getfile/getfile>
- Skolverket. (2020). *Särskilt stöd i grundskolan läsåret 2019/20*. <https://www.skolverket.se/download/18.289d0776170c4f425761865/1587130154792/pdf6604.pdf>
- SKR. (2019a). *Insatser för psykisk ohälsa och långvarig smärta-resultat villkor 3, överenskommelse inom sjukskrivning och rehabilitering 2018*.
- SKR. (2019b). *Stöd för rätt sjukskrivning*. https://skr.se/download/18.410d01c916f1aa3a48e8ba1/1576747657782/SRS-rapport_december_2019.pdf
- SKR. (2020a). *Risk för ökat våld mot kvinnor och barn,*. <https://skr.se/covid19ochdetyacoronaviruset/socialtjanstaldreomsorgfunktionsnedfattning/riskforokatvaldmotkvinnorochbarn.32700.html>
- SKR. (2020b). *Vården för kvinnor som utsatts för könsstympning—SKR Rapportwebb* [Text]. <https://rapporter.skr.se/varden-for-kvinnor-som-utsatts-for-konsstympning.html>
- Smirthwaite, G., Tengelin, E., & Borrmann, T. (2014). *(O)jämställdhet i hälsa och vård reviderad upplaga 2014*. Sveriges kommuner och landsting.
- Smith, D. T., Mouzon, D. M., & Elliott, M. (2016). Reviewing the Assumptions About Men's Mental Health: An Exploration of the Gender Binary. *American Journal of Men's Health*, 12(1), 78–89. <https://doi.org/10.1177/1557988316630953>
- Socialdepartementet. (1998). *Uppdrag att vidareutveckla och sprida metoder samt initiera projekt i syfte att förebygga könsstympning av flickor och kvinnor* (S98/5141/ST).
- Socialdepartementet. (2003). *Uppdrag att förebygga kvinnlig könsstympning i Sverige*.
- Socialdepartementet. (2013). *Uppdrag om vissa kompetenshöjande åtgärder inom hälso- och sjukvården* (Text S2013/6130/FS). Regeringen och Regeringskansliet. <https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2013/09/s20136130fs/>
- Socialdepartementet. (2016). *Uppdrag om informationsinsatser rörande hälsa och jämställdhet för nyanlända och asylsökande barn och unga* (S2016/02759/JÄM). <https://www.regeringen.se/498405/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/jamstallldhet/uppdrag-om-informationsinsatser-rorande-halsa-och-jamstallldhet-for-nyanlanda-och-asylsokande-barn-och-unga.pdf>
- Socialdepartementet. (2017a). *Uppdrag att ta fram förslag inom områdena socialtjänst, elevhälsa samt hälso- och sjukvård som kan ingå i en handlingsplan mot könsstympning*. (S2017/06724/JÄM).
- Socialdepartementet. (2017b). *Uppdrag att stödja genomförande och uppföljning av den nationella strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor* (Text S2017/01221/JÄM). Regeringen och Regeringskansliet. <https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2017/03/uppdrag-att-stodja-genomforande-och-uppfoljning-av-den-nationella-strategin-for-att-forebygga-och-bekampa-mans-vald-mot-kvinnor/>
- Socialdepartementet. (2017c). *Godkännande av en tilläggsöverenskommelse om ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa* (Text S2017/03585/FS). Regeringen och Regeringskansliet. <https://www.regeringen.se/49d73b/contentassets/2db1609e4db1431797a59381860fc718/godkannande-av-en-tillaggsoverenskommelse-om-okad-tillganglighet-och-jamlikhet-i-forlossningsvarden-och-forstarkta-insatser-for-kvinnors-halsa.pdf>
- Socialdepartementet. (2018a). *Uppdrag angående effektiva arbetssätt och metoder för informationsspridning gällande könsstympning av flickor och kvinnor* (Text S2018/03926/JÄM). Regeringen och Regeringskansliet. <https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2018/07/uppdrag-angaende->

- effektiva-arbetsatt-och-metoder-for-informationsspridning-gallande-konsstympning-av-flickor-och-kvinnor/
 Socialdepartementet. (2018b). *Uppdrag om att stärka barnahusens kompetens om hedersrelaterat våld och förtyck* (Text S2018/03927/JÄM). Regeringen och Regeringskansliet. <https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2018/07/uppdrag-om-att-starka-barnahusens-kompetens-om-hedersrelaterat-vald-och-fortyck/>
- Socialdepartementet. (2018c). *Uppdrag att planera för utökad samverkan i frågor om förbättrad upptäckt av våld i nära relationer m.m.* (Text S2018/03696/JÄM). Regeringen och Regeringskansliet. <https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2018/09/uppdrag-att-planera-for-utokad-samverkan-i-fragor-om-forbattrad-upptackt-av-vald-i-nara-relationer-m.m/>
- Socialdepartementet. (2019). *Godkännande av en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödrahälso- och förlossningsvården samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2020-2022* (S2019/05299/FS). <https://www.regeringen.se/4afd8b/contentassets/3f3e428b4d5f43418773bc3672a11f7c/okad-tillganglighet-och-jamlikhet-i-modrahalso--och-forlossningsvarden-samt-forstarkta-insatser-for-kvinnors-halsa.pdf>
- Socialdepartementet. (2020). *Regeringsbrev för budgetåret 2020 avseende Socialstyrelsen(S2020/07378)*. <https://www.esv.se/statsliggaren/regleringsbrev/?RBID=21160>
- Socialstyrelsens föreskrifter om tillfälliga villkor för avgiftsfri screening med anledning av sjukdomen covid-19 (HSLF-FS 2020:38). <https://lagen.nu/hslf-fs/2020:38>
- Socialstyrelsen. (2016a). *Kvinnlig könsstympning – ett stöd för hälso- och sjukvårdens arbete*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2016-6-59.pdf>
- Socialstyrelsen. (2016b). *Psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap*. 21.
- Socialstyrelsen. (2016c). *Socioekonomiska faktorer påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning* (s. 82).
- Socialstyrelsen. (2018). *Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS* (Nr 2018-6-12). Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handboker/2018-6-12.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019a). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2019*. (Nr 2019-3-7). Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-3-7.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019b). *Konsekvenser för vuxna med diagnosen adhd*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-21.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019c). *Systematiskt jämställdhetsarbete inom hjälpmedelsområdet—Redovisning av regeringsuppdrag*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2020a). *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess—Delredovisning av Socialstyrelsens utvecklingsinsatser inom överenskommelsen mellan staten och SKR*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6782.pdf>
- Socialstyrelsen. (2020b). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2020*. (Nr 2020-3-6686). Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-3-6686.pdf>
- Socialstyrelsen. (2020c). *Inventering av vård för kvinnor och flickor som har varit utsatta för könsstympning* (s. 83).
- Socialstyrelsen. (2020d). *Socialstyrelsens statistikdatabas*. https://sdb.socialstyrelsen.se/if_mis/resultat.aspx
- Socialstyrelsen. (2020e). *Statistikdatabasen för dödsorsaker*. https://sdb.socialstyrelsen.se/if_dor/resultat.aspx
- Socialstyrelsen. (2020f). *Covid-19 har påverkat vårdkontakter, operationer och väntetider*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/vardkontakter-varogaranti-covid-19.pdf>

- Socialstyrelsen. (2020g). *Färre i ordinärt boende har fått insatser från socialtjänsten*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-10-6954.pdf>
- Socialstyrelsen. (2020h). *Analys av hur patienter besöker somatiska akutmottagningar under och efter första covid-19-vågen*. 12.
- Socialstyrelsen & Socialstyrelsen. (2015). *Flickor och kvinnor i Sverige som kan ha varit utsatta för könsstympning: En uppskattning av antalet*.
- Statens medieråd. (2019). *Ungar och medier 2019* [Text]. STMR.
<https://statensmedierad.se/publikationer/ungarochmedier/ungarochmedier2019.3347.html>
- Statens medieråd. (2020). *Unga, medier och psykisk ohälsa 2020*.
<https://statensmedierad.se/download/18.5e28fb0a1743ca2e6cc6e60b/1600078559542/Unga%20medier%20psykisk%20oh%C3%A4lsa%20aug%202020%20TRYCK.pdf>
- Statistiska centralbyrån. (2020). *Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC) 2019*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ulf-silc/>
- Statistiska centralbyrån, & Arbetsförmedlingen. (2020). *Situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning 2019 (2020:2)*.
https://www.scb.se/contentassets/14e47b5fde424ca188ad70f4acbd7620/am0503_2019a01_br_am78br2002.pdf
- Stockholms universitet. (2020). *Besluts- och delegationsordning för Stockholms universitet (SU FV-1.1.2-2619-20)*.
https://www.su.se/polopoly_fs/1.513684.1598875524!/menu/standard/file/Besluts-%20och%20delegationsordning%202020-08-27.pdf
- Stranz, H., A. Vogel, M., & Wiklund, S. (2015). *Utvärdering av FREDA-bedömningsmetoder i arbetet med våldsutsatta*. Institutionen för socialt arbete, Stockholms Universitet. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:817072/FULLTEXT01.pdf>
- Sudre, C. H., Murray, B., Varsavsky, T., Graham, M. S., Penfold, R. S., Bowyer, R. C., Pujol, J. C., Klaser, K., Antonelli, M., Canas, L. S., Molteni, E., Modat, M., Cardoso, M. J., May, A., Ganesh, S., Davies, R., Nguyen, L. H., Drew, D. A., Astley, C. M., ... Steves, C. J. (2020). Attributes and predictors of Long-COVID: analysis of COVID cases and their symptoms collected by the Covid Symptoms Study App. *medRxiv*, 2020.10.19.20214494.
<https://doi.org/10.1101/2020.10.19.20214494>
- Svenska Intensivvårdsregistret (SIR). (2021). *COVID-19 i svensk intensivvård*.
<https://www.icuregswe.org/data--resultat/covid-19-i-svensk-intensivvard/>
- Sveriges kommuner och landsting. (2019). *Modellkommuner 2017/2018. Resultatrapport från en satsning på jämställdintegrerad ledning och styrning*.
<https://skr.se/download/18.6779c6371698b3f0b214b83b/1552996794030/Resultatrapport%20Modellkommuner%202017-2018.pdf>
- Sveriges kommuner och regioner. (2019). *Nationella brukarundersökningen för individ- och familjeomsorg 2019*.
<https://skr.se/download/18.4bd09c9916ed5ae6590c73e0/1576075858756/Nationel1%20brukarundersokning%20IFO%202019%20-%2020191210.pdf>
- Sveriges kvinnolobby. (2019). *JÄMSTÄLLDHET MOT SEGREGATION! UTRIKES FÖDDA KVINNORS LIVSVILLKOR. MAKT OCH INFLYTANDE*.
<https://sverigeskvinnolobby.se/wp-content/uploads/2019/08/Ja%CC%88msta%CC%88lldhet-mot-segregation-1.pdf>
- Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J. R., & Harrison, P. J. (2020). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: Retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30462-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30462-4)
- Taylor Smith, A., & Dumas, A. (2019). Class-based masculinity, cardiovascular health and rehabilitation. *Sociology of Health & Illness*, 41(2), 303–324.
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12827>

- Trafikverket. (2019). *Analys av trafiksäkerhetsutvecklingen 2018 Målstyrning av trafiksäkerhetsarbetet mot etappmålen 2020*.
- Transportstyrelsen. (2020). *Statistik över vägtrafikolyckor*.
<https://www.transportstyrelsen.se/sv/vagtrafik/statistik/olycksstatistik/statistik-over-vagtrafikolyckor/>
- UKÄ. (2020b). *Vad innehåller en kurs- och utbildningsplan?* [Text].
 Universitetskanslersämbetet. <https://www.uka.se/studenttratt--tillsyn/fragor--svarom-studenttratt/kurs-och-utbildningsplaner/2017-01-13-vad-innehaller-en-kurs-och-utbildningsplan.html>
- Ungdomsstyrelsen. (2014). *Grupper, maskuliniteter och våld*.
<https://www.muuf.se/publikationer/grupper-maskulinitet-och-vald>
- UNICEF. (2016). *Female genital mutilation/cutting: A global concern*.
https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf
- Barnkonventionen, (2020). <https://unicef.se/barnkonventionen>
- UNICEF. (2020). *Worlds of Influence Understanding What Shapes Child Well-being in Rich Countries*. UNICEF Office of Research – Innocenti.
<https://unicef.se/rapporter-och-publikationer/report-card-16-worlds-of-influence-understanding-what-shapes-child-well-being-in-rich-countries>
- United Nations. (2020). *Sustainable development goals*.
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
- United Nations & Department of Public Information (Red.). (2014). *Beijing Declaration and Platform for Action: Beijing+5 Political Declaration and Outcome*.
- Universitetskanslersämbetet. (2020). *Högskolekollen, kvalitetsgranskning av Karolinska Institutet, bedömningsområde: Jämställdhet* [Text]. Universitetskanslersämbetet.
<https://www.uka.se/kvalitet--examenstillstand/resultat-fran-granskningarna-hogskolekollen/hogskolekollen.html>
- University of Bristol. (2019). “Stigmatising” and “traumatising” approaches to FGM- safeguarding need urgent review.
- Uppsala tingsrätt. (2010). *DOM Mål nr T 4350-07*.
- Utredning om män och jämställdhet. (2014). *Män och jämställdhet* ((ISBN 978-91-38-24071-7)).
- Utredningen för hållbart arbetsliv över tid. (2018). *Tid för utveckling (SOU 2018:24)*.
 Norstedts Juridik.
<https://www.regeringen.se/495f60/contentassets/6ebb11fd75e74086bab2b25db351c17d/tid-for-utveckling-sou-201824>
- von der Leyen, U. (2019). *En ambitiösare union. Min agenda för Europa*.
- Västra Götalandsregionen. (2017). *Genusanalys av förskrivning av rullstolar i Västra Götaland* (HS 2017-00709). Västra Götalandsregionen.
<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/90b5a0d9-a854-4068-bb9d-02772909e27e/Genusanalys%20elrullstolar%20171006.pdf?a=false&guest=true>
- Wahlberg, A. (2017). *Continuity or Change? : Improved Understanding of Attitudes Towards Female Genital Cutting after Migration from Somalia to Sweden*. Acta Universitatis Upsaliensis. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-334703>
- Wenham, C., Smith, J., & Morgan, R. (2020). COVID-19: The gendered impacts of the outbreak. *The Lancet*, 395(10227), 846–848. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30526-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30526-2)
- Wennö, J. (2020). *Allmänhetens tillit, tankar och beteende under coronakrisen*. Kantar Sifo.
https://www.kantarsifo.se/sites/default/files/reports/documents/allmanhetens_tillit_tankar_och_beteende_under_coronakrisen_9_april_2020_kantar_sifo.pdf
- WHO. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization.
- WHO. (2018). *The health and well-being of men in the WHO European Region: Better health through a gender approach*.
- WHO. (2020). *Female genital mutilation*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

- Wilmo, A., Handels, R., Elmståhl, S., Fratiglioni, L., Isaksson, U., Larsen, O., Sanmartin Berglund, J., Sjölund, B.-M., Sköldunger, A., & Wahlberg, M. (2020). *Informell och formell vård hos äldre personer i ordinärt boende förändringar och samspel över tid 2001-2015 i SNAC projektet*. SNAC.
- Wong, Y. J., Ho, M.-H. R., Wang, S.-Y., & Miller, I. S. K. (2017). Meta-analyses of the relationship between conformity to masculine norms and mental health-related outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 64(1), 80–93. <https://doi.org/10.1037/cou0000176>
- World Health Organization, Stein, K., Chou, D., Reproductive Health and Research, & World Health Organization. (2016). *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK368483/>
- Yıldırım, M., Geçer, E., & Akgül, Ö. (2020). The impacts of vulnerability, perceived risk, and fear on preventive behaviours against COVID-19. *Psychology, Health & Medicine*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1776891>
- Zettermark, S., Galien, S., Andersson, J., Bergenbrant-Glas, S., Lichtenstein, E., Morein-Undén, M., Andreasson, A., Gonzáles, C.-A., Hallström, T., Hallström, T., & Hallström, T. (2019, december 3). Genusmedicinsk kompetens måste säkerställas i nya läkarutbildningen. *Läkartidningen*, 49–50.
- Åkerman, S. (2020). Det ökade coronavabbandet slår hårt mot kvinnors ekonomi (29 september 2020). *Göteborgs-Posten*. <https://www.gp.se/debatt/det-%C3%B6kade-coronavabbandet-sl%C3%A5r-h%C3%A5rt-mot-kvinnors-ekonomi-1.34592030>

Box 73, 424 22 Angered
Besöksadress: Angereds torg 9
Tel: 031-392 90 00
www.jamstalldhetsmyndigheten.se



**JÄMSTÄLLDHETS
MYNDIGHETEN**