

Rapport 2016:13

Läkares sjukskrivning
av kvinnor och män

isf

Rapport 2016:13

Läkares sjukskrivning av kvinnor och män

En rapport från Inspektionen för socialförsäkringen

Stockholm 2016

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har till uppgift att genom systemtillsyn och effektivitetsgranskning värna rätts-säkerheten och effektiviteten inom socialförsäkringsområdet.

Systemtillsyn innebär att granska om regelverket tillämpas korrekt och enhetligt. Effektivitetsgranskning innebär att granska om en verksamhet fungerar effektivt med utgångspunkt i det statliga åtagandet.

Publikationen kan läsas online, laddas ner och beställas på www.inspsf.se

© Inspektionen för socialförsäkringen
Tryckt av Elanders Sverige AB
Stockholm 2016

ISBN: 978-91-88098-39-9

Innehåll

Generaldirektörens förord	5
Sammanfattning	7
Summary	11
1 Inledning	15
1.1 Bakgrund.....	15
1.2 Syfte och frågor.....	16
1.3 Tillvägagångssätt	17
1.4 Rapportens disposition.....	19
2 Kunskapsläget	21
2.1 Läkares sjukskrivningspraxis när patienten är kvinna respektive man	21
2.2 Vårdsökarbeteenden skiljer sig mellan kvinnor och män	25
2.3 Självskattad hälsa, mortalitet och sjukfrånvaro	28
3 Skillnader mellan kvinnor och män när det gäller sjukskrivningstid i läkarintyg.....	31
3.1 Sjukskrivningstiden är längre för män än för kvinnor i det första läkarintyget	32
3.2 Könsskillnaderna förklaras inte av den könssegregerade arbetsmarknaden	36
3.3 Könsskillnaderna återfinns i samtliga landsting och regioner	38
3.4 Ingen utjämning av könsskillnaderna i det andra läkarintyget	40
3.5 Kortare sjukskrivningstid i läkarintyg kan bidra till kortare sjukfall för kvinnor	43

4	Skillnader mellan kvinnor och män i hälsa, vård och sjukskrivning	45
4.1	Olika mått på ohälsa som används i rapporten.....	45
4.2	Skillnader i självskattad hälsa mellan kvinnor och män	48
4.3	Skillnad i behandlarens bedömning av kvinnor och män	49
4.4	Kvinnor sjukskrivs oftare än män	51
5	Diskussion.....	55
	Referenser	61
	Bilaga 1 Urval och metodbeskrivning.....	69
	Bilaga 2 Kompletterande tabeller till delstudie 1	81
	Figur- och tabellförteckning.....	89
	Tidigare ISF-rapporter i ämnesområdet	91

Generaldirektörens förord

Läkare sjukskriver i genomsnitt män längre tid än kvinnor i både det första och det andra läkarintyget som ligger till grund för en sjukskrivning. Skillnaderna kvarstår även efter kontroll för en lång rad potentiella förklaringsvariabler, däribland detaljerad information om sjukskrivningsorsak (diagnos). Detta innebär att män kan vara sjukskrivna längre tid än kvinnor för likartade åkommor, utan en förnyad läkarkontakt. Skillnaderna i sjukskrivningstid mellan kvinnor och män varierar mellan olika regioner och landsting, men de återfinns över hela landet.

Denna studie kan inte med säkerhet fastställa vad orsakerna till de observerade skillnaderna är, men stora oförklarade skillnader i sjukskrivningstid mellan kvinnor och män är inte rimliga. Det är angeläget att hälso- och sjukvården utvecklar strategier för att bryta könsstereotypa mönster i syfte att uppnå en jämställd sjukskrivningsprocess. Som ett led i detta förespråkar ISF långsiktiga kompetenssatsningar i försäkringsmedicin och en fortsatt utveckling av stödresurser i sjukskrivningsprocessen ur ett genusperspektiv, däribland en diskussion om hur medikalisering av livsproblem och diagnosglidningar kan undvikas.

Även läkarens roll som första linjens grindvakt i sjukförsäkringen behöver diskuteras och klargöras. Rollen är komplex och ställer stora krav på medvetenhet, systematik och professionalism. Utöver detta behöver sjukskrivande läkare kunskap om vilka medicinska underlag Försäkringskassan behöver för sina bedömningar samt hur arbetsförmåga värderas och bedöms av Försäkringskassan vid beslut om rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Sammantaget ställer detta stora krav på sjukskrivande läkare, men i frånvaro av relevant kunskap och ansvarstagande riskerar inflödet i sjukförsäkringen att öka på ett sätt som varken gagnar individen eller samhället som helhet.

ISF anser avslutningsvis att landstingen och regionerna bör verka för en utökad användning av elektroniska läkarintyg i hälso- och sjukvården. Detta skulle öka effektiviteten i administrationen av sjukförsäkringen. Elektroniska läkarintyg ger dessutom möjlighet till systematiska uppföljningar av sjukskrivningsarbetet i hälso- och sjukvården.

Rapporten har skrivits av Ola Leijon, Jenny Lindblad och Niklas Österlund. Även Per Johansson och Pathric Hägglund har bidragit till rapportens fjärde kapitel (delstudie 2).

Stockholm i oktober 2016

Maria Hemström-Hemmingsson

Sammanfattning

Läkarintyget är ett centralt underlag för Försäkringskassans beslut om en person har rätt till sjukpenning. Det påverkar också inflödet i sjukförsäkringen, det vill säga hur många personer som ansöker om och får ersättning från Försäkringskassan. Tidigare analyser visar att hur länge personen är sjukskriven i det första läkarintyget starkt påverkar längden på perioden med sammanhängande utbetalningar av sjukpenning och rehabiliteringspenning, den så kallade sjukfalls-längden.

Denna studie visar att läkare sjukskriver män längre än kvinnor i läkarintyg. Studien visar också att hälso- och sjukvården bedömer att kvinnor har en i genomsnitt något större funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning än män. Resultaten i studien visar på behovet av flera olika slags insatser för att kvalitetssäkra och utveckla hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning av kvinnor och män. Dessa insatser är:

- Långsiktiga kompetenssatsningar i försäkringsmedicin där en jämställd sjukskrivningsprocess bör vara en viktig del i utbildningen. Det behövs också en fortsatt utveckling av stödresurser i sjukskrivningsprocessen ur ett genusperspektiv. Centrala aspekter i kompetenssatsningar bör bland annat vara hur hälso- och sjukvården kan uppnå eller upprätthålla en jämställd sjukskrivningsprocess, hur man kan undvika medikalisering av livsproblem och diagnosglidningar samt läkarens roll som så kallad första linjens grindvakt i sjukförsäkringen. Fokus i det fortsatta utvecklingsarbetet av riktlinjer och policydokument bör vara att ge stöd till läkare i det kliniska arbetet med att utreda och bedöma behovet av sjukskrivning för kvinnor och män.

- Att utöka användningen av elektroniska läkarintyg i hälso- och sjukvården. Elektroniska läkarintyg ökar effektiviteten i administrationen av sjukförsäkringen. De ger dessutom möjligheter att genomföra systematiska uppföljningar av läkares sjukskrivningspraxis på verksamhetsnivå samt på lokal, regional och nationell nivå.
- Att genomföra studier av läkares sjukskrivning av kvinnor och män i olika landsting och regioner samt mellan olika vårdformer och läkarspecialiteter. För att studierna ska kunna fylla kunskapsluckor bör läkarintygs- och sjukfallsdata kombineras med hälso- och sjukvårdsdata.

Studien visar att läkare förskriver längre sjukskrivningstid för män än för kvinnor i det första läkarintyget som lämnas in till Försäkringskassan. I det första läkarintyget sjukskrivs män i genomsnitt 2,8 dagar längre än kvinnor. Skillnaderna kvarstår även efter kontroll för en lång rad potentiella förklaringsvariabler, däribland detaljerad information om sjukskrivningsorsak (diagnos). Män sjukskrivs längre än kvinnor i 10 av de 12 diagnoskapitel – enligt ICD-10 – som ingår i analysen. Ett diagnoskapitel innehåller en gruppering av diagnoser, till exempel sjukdomsdiagnoser som gäller andningsorganen. Män sjukskrivs längre än kvinnor bland annat i de två vanligaste diagnoskapitlen för sjukskrivning, psykiatriska och muskuloskeletala diagnoser. En motsvarande analys har även genomförts uppdelat på diagnosavsnitt, som är en mer detaljerad gruppering av diagnoser än diagnoskapitel. Resultaten visar att män sjukskrivs längre än kvinnor i 17 av de 20 vanligaste diagnosavsnitten.

Läkare förskriver längre sjukskrivningstid för män än för kvinnor även i det andra läkarintyget i ett sjukfall. En hypotes i studien var att skillnaderna i sjukskrivningstid i det första läkarintyget utjämnas i senare läkarintyg, det vill säga bland försäkrade som har haft en förnyad läkarkontakt och fått en förlängd sjukskrivning. Men resultaten visar att könsskillnaderna snarare förstärks än utjämnas. Män sjukskrivs i genomsnitt i ytterligare 1,8 dagar längre i det andra läkarintyget, förutom de i genomsnitt 2,8 dagarna längre sjukskrivningstid i det första läkarintyget.

Alla landsting och regioner har skillnader mellan kvinnor och män när det gäller sjukskrivningstiden i det första läkarintyget. Men det finns skillnader mellan landstingen, ibland relativt stora skillnader.

Läkare i Jämtland Härjedalen sjukskriver män i genomsnitt 5,1 dagar längre än kvinnor, medan läkare i Västmanland sjukskriver män i genomsnitt 1,6 dagar längre än kvinnor. Den genomsnittliga sjukskrivningstiden i det första läkarintyget är cirka 6 respektive 9 dagar längre bland kvinnor och män i Jämtland Härjedalen än bland kvinnor och män i Örebro län. Vad dessa skillnader kan bero på har inte studerats inom ramen för denna studie.

Den i genomsnitt kortare sjukskrivningstiden i det första läkarintyget för kvinnor är en förklaring till att kvinnor avslutar ett sjukfall något snabbare än män. Men det går inte att enbart utifrån resultaten i rapporten säga att det beror på sjukskrivningstiden i läkarintyget som sådan eller på att kvinnor har mindre eller mer sjukdomssymtom än män när de söker vård. Men det är tydligt att läkares sjukskrivningspraxis spelar stor roll för kvinnors och mäns beslut att avsluta sin sjukfrånvaro, eftersom så många är sjukfrånvarande precis så länge som läkaren rekommenderar.

Studien visar också att kvinnor som grupp har sämre självskattad hälsa än män som grupp. Hälso- och sjukvården bedömer att kvinnor har en större funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning än män, även när hänsyn tas till den självskattade hälsan. Resultaten visar dessutom att kvinnorna är sjukfrånvarande i högre grad än män, även när hänsyn tas till behandlarnas bedömningar.

Olika slags fördjupade studier behöver genomföras för att öka förståelsen för varför det finns könsskillnader respektive regionala skillnader när det gäller sjukskrivningstiden i läkarintyg. Könsskillnader bör i första hand undersökas genom studier som kombinerar kvantitativa data med kvalitativa data. Regionala skillnader bör undersökas genom studier, där läkarintygs- och sjukfallsdata kombineras med hälso- och sjukvårdsdata. Inom respektive landsting och region behöver det genomföras systematiska uppföljningar av läkares sjukskrivningar av kvinnor och män. Kunskap från sådana uppföljningar är väsentliga för hälso- och sjukvårdens arbete med att utforma strategier och interventioner som syftar till att åstadkomma hög kvalitet, likformighet och rättssäkerhet i sjukskrivningsprocessen.

Summary

Physicians' sickness certification of women and men

The Swedish Social Insurance Inspectorate (Inspektionen för social-försäkringen, ISF) is an independent supervisory agency for the Swedish social insurance system. The objectives of the agency are to strengthen compliance with legislation and other statutes, and to improve the efficiency of the social insurance system through system supervision and efficiency analysis and evaluation.

The ISF's work is mainly conducted on a project basis and is commissioned by the Government or initiated autonomously by the agency. This report has been initiated by the agency.

Background

In a previous study, the ISF found that physicians prescribed longer sick leave for men than for women in the first medical sickness certificate in an episode of sickness benefit. However, there is a lack of knowledge as to whether this gender difference is due to differences in diagnosis behind the episodes of sick leave for women and men.

This is the second report on the ISF's scrutiny of physician's sickness certification. The first report was published in April 2014.¹

¹ ISF 2014:5. The importance of medical sickness certificates for sick leave: a register study of certificates submitted to the Swedish Social Insurance Agency, pp. 11–14.

Objectives

The overall objective of this study is to increase knowledge of the underlying factors that may contribute to differences in sickness absence between women and men. In this study, the main aim is to examine the observed differences in prescribed length of sick leave in medical sickness certificates between women and men.

Methods

The medical sickness certificates register was utilised to examine whether there are differences between men and women with regard to prescribed length of sick leave in the first and second sickness certificates in an episode of sickness benefit. The study population included employees with sick leave longer than 14 days during 2010–2014. In order to make as accurate a comparison as possible, only those ICD-10 diagnoses that occur about as often in women as in men were included in the analysis (30–70% women/men; 1,206 diagnoses). The analysis of the first sickness certificate was based on 679,220 episodes of sick leave (55% women). The analysis of the second sickness certificate was based on 365,527 episodes of sick leave (57% women). Unexplained sex differences in prescribed length of sick leave were analysed using linear regression analysis (OLS).

Findings

In the first medical sickness certificate in an episode of sickness benefit, men were prescribed more days of sick leave than women in ten of the twelve diagnostic chapters investigated ($m=2.8$ days). At diagnostic block level, men were prescribed more days of sick leave than women in 17 of the 20 diagnostic blocks investigated. In the second sickness certificate in an episode of sick leave, men were prescribed more days of sick leave than women in eight of the twelve diagnostic chapters ($m=1.8$ days). Consequently, the results show that physicians' sickness certification practices differ for male and female patients with regard to prescribed length of sick leave.

The sex difference in prescribed length of sick leave may partly be due to differences between women and men with regard to care seeking behaviour, and, thus, health condition at the health care visit.

Another possible explanation may be due to physicians' expectations of female and male patients, which in turn can create differences in prescription of sick leave and recommended length of sick leave.

In addition, the results show that a shorter prescribed length of sick leave co-varies with shorter episodes of sickness benefit for women. The sex difference may be due to men generally seeking care at a later stage of disease than women, meaning that men may have relatively more severe and long-lasting symptoms when they eventually seek care.

Recommendations

There is a need for competence enhancement in insurance medicine for physicians and other healthcare professionals who work directly or indirectly with sickness certification tasks. It is also important that guidelines regarding the sick leave process, available to healthcare staff, continue to evolve from a gender perspective. There may also be a need for renewed discussion about the physician's role as the first line gatekeeper for the sickness insurance system.

In order to examine care seeking behaviour in relation to sickness certification and sick leave, there is a need for studies where sickness certificate and sick leave data are combined with healthcare data.

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Läkarintyget är ett centralt underlag för Försäkringskassans beslut om en person har rätt till sjukpenning. Det påverkar också inflödet i sjukförsäkringen, det vill säga hur många personer som ansöker om och får ersättning från Försäkringskassan. Läkaren har alltså en viktig roll när hen utifrån en medicinsk bedömning ska avgöra om och när sjukskrivning är en lämplig behandlingsmetod för att patienten ska kunna återfå arbetsförmåga. Läkaren ska dessutom bedöma hur länge arbetsförmågan kan förväntas vara nedsatt och rekommendera en sjukskrivningstid i läkarintyget. Tidigare analyser visar att sjukskrivningstiden i det första läkarintyget starkt påverkar längden på perioden med sammanhängande utbetalningar av sjukpenning och rehabiliteringspenning, den så kallade sammanlagda sjukfalls-längden.² Ett sjukfall är alltså en *sammanhängande* period med utbetalningar av sjukpenning och rehabiliteringspenning till en person.

Läkarens roll som medicinsk sakkunnig beskrivs ibland som att läkaren är första linjens grindvakt (gatekeeper) i sjukförsäkringen. Men det är Försäkringskassan som beslutar om personen har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Antalet startade sjukfall där ersättning betalas ut från sjukförsäkringen är drygt 600 000 på årsbasis, varav kvinnor står för 65 procent av de startade sjukfallen. Hur länge sjukfallen i genomsnitt varar skiljer sig väldigt lite mellan kvinnor som grupp och män som grupp.³

En tidigare ISF-studie visade att läkare sjukskriver män i genomsnitt 3 dagar längre än kvinnor i det första läkarintyget. Skillnaden fanns kvar även när hänsyn tagits till skillnader i bakomliggande faktorer

² ISF 2014:5, s. 54–60.

³ Försäkringskassan (2016), s. 11–21.

som kan påverka sjukskrivningstiden i det första läkarintyget, exempelvis huvuddiagnos och yrke.⁴ Skillnaden var dessutom tydlig i nästan samtliga diagnoskapitel enligt ICD-10-SE.⁵ En man som beviljas sjukpenning från Försäkringskassan kan med andra ord i genomsnitt vara sjukfrånvarande under en längre period än en kvinna utan en förnyad läkarkontakt.

Den tidigare ISF-studien baserades på en grov kategorisering av sjukdomsdiagnoser, så kallade diagnoskapitel. Det har därför saknats kunskap om sjukskrivningstiden i läkarintygen skiljer för kvinnor och män uppdelat på mer specificerade diagnoser. Det har också saknats kunskap om huruvida könsskillnaderna i sjukskrivningstiden utjämnas i senare intyg i ett sjukfall. Det har vidare saknats kunskap om sjukskrivningstiden i läkarintyg för kvinnor respektive män uppdelat på landsting och regioner. Slutligen saknas det kunskap om bakomliggande faktorer som kan föra med sig skillnader i sjukskrivningstiden i läkarintyg mellan kvinnor och män.

1.2 Syfte och frågor

Syftet med denna studie är dels att undersöka de observerade skillnader som finns i sjukskrivningstiden mellan kvinnor och män i läkarintyg, dels att öka förståelsen för bakomliggande faktorer som kan förklara skillnaderna.

I rapporten presenteras två delstudier. Den första delstudien är en registerstudie med nationell data. Målet med denna delstudie är att besvara följande fråga:

1. Finns det skillnader mellan kvinnors och mäns sjukskrivningstid i det första läkarintyget respektive det efterföljande läkarintyget vad gäller olika diagnosavsnitt och specifika diagnoser?

Den andra delstudien är en registerstudie med regionala data och avser personer som har behandlats inom ramen för rehabiliteringsgarantin.

⁴ ISF 2014:5, s. 43ff.

⁵ ICD-10 är en internationell klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem, se beskrivning på Socialstyrelsens webbplats: www.socialstyrelsen.se.

Delstudien är inriktad på att besvara följande frågor:

2. Finns det skillnader mellan kvinnors och mäns självskattade hälsa och behandlares bedömningar av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning?
3. Hur relaterar dessa självskattningar och bedömningar till kvinnor och mäns sjukfrånvaro?

1.3 Tillvägagångssätt

Delstudie 1

Den huvudsakliga datakällan för den första delstudien är läkarintygsregistret. Registret innehåller de intyg som kommer in till Försäkringskassan via dels elektronisk överföring, dels pappersblanketter som har skannats in och tolkats. Registrets innehåller cirka 75 procent av alla intyg, vilket ger ett tillräckligt gott underlag för att det ska kunna användas för olika analyser.⁶ I läkarintygsregistret finns inte detaljerade uppgifter om de läkare som har utfärdat läkarintyg, som läkarens kön eller medicinska specialistkompetens. Data från läkarintygsregistret har sammanförts med uppgifter från Försäkringskassans analysdatabas MiDAS (mikrodata för analys av socialförsäkringen) som bland annat innehåller perioder med sammanhängande utbetalningar av sjukpenning och rehabiliteringspenning, så kallade sjukfall.⁷

Urvalsramen i delstudien är alla anställda kvinnor och män med sjukfall längre än 14 dagar som påbörjades under perioden 2010–2014. Från urvalsramen på cirka 1,8 miljoner påbörjade sjukfall har två urval gjorts. Urval 1 är sjukfall där det finns uppgift om sjukskrivningstid i det första läkarintyget i respektive sjukfall. Urval 2 är sjukfall där det även finns uppgift om ett andra läkarintyg efter en förnyad läkarkontakt och förlängd sjukskrivning.

Ett ytterligare kriterium för att ingå i urvalen är att andelen kvinnor och män som har en specifik diagnos inte skiljer sig för mycket. För att kunna göra så rättvisande jämförelser mellan kvinnor och män

⁶ För utförligare beskrivning av läkarintygsregistret, se kapitel 3 i ISF 2014:5.

⁷ Försäkringskassan (2011).

som möjligt har urval 1 och 2 avgränsats till att bara omfatta de specificerade diagnoserna som i läkarintygen förekommer ungefär lika ofta bland kvinnor som bland män, enligt ICD-10-SE på 4-ställig diagnosnivå. Andelen kvinnor respektive män som är sjukskrivna för en viss diagnos ska vara mellan 30 och 70 procent för att diagnosen ska få ingå i analysen. Dessutom ska det finnas minst 50 observationer för respektive diagnos. Gravida kvinnor ingår inte i analysen, eftersom det finns problem med felaktiga eller ofullständiga diagnoskoder i läkarintyg för gravida kvinnor.⁸ Dessa avgränsningar innebär att 87 procent av alla diagnoser som förekommer bland de sjukskrivna har uteslutits. Det betyder att det återstår 1 205 diagnoser som ingår i analysen.

Urval 1 består av 679 220 sjukfall, där 55 procent är kvinnor. Urval 2 består av 365 572 sjukfall, där 57 procent är kvinnor.

Se bilaga 1 för en mer detaljerad beskrivning av urval och metod för delstudie 1.

Delstudie 2

Den huvudsakliga datakällan i den andra delstudien är Region Skånes vårddatabas. Studiepopulation består av 23 753 personer, varav 71 procent är kvinnor, som behandlades inom ramen för rehabiliteringsgarantin under åren 2009–2012. Rehabiliteringsgarantin var en statligt finansierad satsning för att minska antalet sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa och rygg- och nackbesvär. Den inkluderade satsningar på kognitiv beteendeterapi (KBT) för personer med lindrig och medelsvår ångest, depression eller stress, och multimodal rehabilitering (MMR) för personer med långvarig diffus smärta i axlar, nacke och rygg.⁹

Från vårddatabasen används uppgifter om bland annat personens självskattade hälsa, behandlarens bedömning av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, information om besök i öppenvården och slutenvården samt annan data om personens ohälsa. Dessa data har sammanförts med uppgifter från Försäkringskassans analysdatabas MiDAS när det gäller perioder med sammanhängande utbetalningar av sjukpenning och rehabiliteringspenning.

⁸ ISF 2011:16.

⁹ Se även bilaga 1 i denna rapport samt ISF-rapport 2014:12.

De olika datakällorna och den detaljerade datanivån gör det möjligt att studera skillnader i hur kvinnor, män och behandlare uppfattar hälsotillstånd och funktionsförmåga samt skillnader i sjukfrånvaro.

Men gruppen som studeras är ändå ett urval som gör att man måste vara försiktig med att generalisera resultaten från delstudien till hela befolkningen av kvinnor och män. Detta beror för det första på att alla i studiepopulationen hade sökt vård, vilket gör att personer som är obenägna att söka vård för medicinska åkommor är underrepresenterade. För det andra rör data bara de sjukdomstillstånd som omfattas av rehabiliteringsgarantin – lindrig och medelsvår psykisk ohälsa eller långvarig smärtproblematik – och inte samtliga sjukdomsdiagnoser. För det tredje är gruppen som fick behandlingsinsatser en grupp med måttlig funktionsnedsättning, där majoriteten av personerna var i förvärvsarbete.

Se bilaga 1 för en mer detaljerad beskrivning av utgångspunkter, urval och metod för delstudie 2.

1.4 Rapportens disposition

Kapitel 2 ger en översikt av kunskapsläget.

Kapitel 3 redovisar resultat från delstudie 1.

Kapitel 4 redovisar resultat från delstudie 2.

Kapitel 5 för en övergripande diskussion om innebörden av studien.

Bilaga 1–2 innehåller beskrivningar av de urval och metoder som har använts i studien samt kompletterade tabeller till kapitel 3.

2 Kunskapsläget

Detta kapitel tar sin utgångspunkt i faktorer som kan medföra skillnader i sjukskrivningstid i läkarintyg för kvinnor och män. De faktorer som beskrivs gäller dels vilken praxis läkare har när det gäller att sjukskriva kvinnliga respektive manliga patienter, dels kvinnors och mäns vårdsockarbeteende respektive självskattade hälsa i relation till sjukskrivning. I kapitlet beskrivs ett urval av relevanta studier.

Andra viktiga aspekter av läkares arbete med sjukskrivningar är läkarintygets formella betydelse, det försäkringsmedicinska beslutet samt vad som påverkar personens beslut att följa eller inte följa läkares ordination om sjukskrivning. En utförligare beskrivning av dessa aspekter finns i ISF:s föregående studie av läkarintygens betydelse för sjukfrånvaron.¹⁰

2.1 Läkares sjukskrivningspraxis när patienten är kvinna respektive man

Ett flertal faktorer kan påverka läkares beslut om att utfärda ett läkarintyg. De viktigaste faktorerna är de som berör den vårdsockande personen och läkaren. Den allra viktigaste faktorn är givetvis patientens sjukdom och medicinska status, men även faktorer som attityder, värderingar, läkares kunskapsnivå och samspelet mellan patienten och läkaren har betydelse för sjukskrivningsbeslutet.¹¹ En tidigare ISF-studie¹² och Leijon m.fl. (2015) visade att den sjukskrivningstid som läkare förskriver i läkarintyg i hög grad är normerande – bara var femte kvinna respektive man avslutade sin sjukskrivning innan sjuk-

¹⁰ ISF 2014:5, s. 21–30.

¹¹ ISF 2014:5, s. 24–27.

¹² ISF 2014:5, s. 50–54.

skrivningstiden i det senast utfärdade läkarintyget hade gått ut. I detta avsnitt beskrivs resultat från studier som rör läkares sjukskrivningspraxis i förhållande till läkarens respektive patientens kön.

De flesta undersökningar av läkares sjukskrivningspraxis har inte funnit några skillnader mellan kvinnliga och manliga läkare när det gäller beslut om att förskriva sjukskrivning (utfärda läkarintyg) eller på längden och omfattningen av sjukskrivningar i läkarintyg.¹³ Bara några enstaka studier pekar på att det kan finnas sådana skillnader. En studie av Englund m.fl. (2000) gällde svenska läkares bedömningar av hypotetiska patientfall. Forskarna fann att kvinnliga läkare förskrev sjukskrivning oftare än manliga läkare, oavsett vilken specialitet som läkaren hade – allmänmedicin, ortopedi eller psykiatri.

Wynne-Jones m.fl. (2010) fann, i motsats till studien av svenska läkare, att manliga läkare i Storbritannien oftare utfärdade läkarintyg än kvinnliga läkare. En norsk registerstudie av Gjesdal m.fl. (under tryckning) fann att kvinnor med lättare eller medelsvår psykisk sjukdom (common mental disorders, CMD) som sökte vård hos en manlig allmänläkare hade en ökad sannolikhet för att sjukskrivas vid det första vårdbesöket jämfört med män som sökte vård hos en manlig allmänläkare för samma psykiska sjukdomar. Sammantaget finns alltså ingen entydig evidens för att kvinnliga och manliga läkare generellt sett skiljer sig åt när det gäller att ordinera sjukskrivning.

I en svensk studie fann Stureson m.fl. (2015) inte några skillnader mellan kvinnliga och manliga läkare när det gäller läkarintygets kvalitet. Med läkarintygets kvalitet menas i studien att det finns tillräcklig information om den försäkrades diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning och att det finns en logisk koppling mellan dessa tre aspekter av sjukdom och dess konsekvenser, den så kallade DFA-kedjan.

I en annan svensk studie fann Morgell m.fl. (2011) däremot att det i läkarintygen för kvinnor oftare fanns beskrivningar av psykiska funktionsnedsättningar, medan det för män var vanligare med beskrivningar av fysiska funktionsnedsättningar. Enligt forskarna bakom studien kan denna genusbias till viss del återspegla attityder och praxis hos de sjukskrivande läkarna.

¹³ Peterson m.fl. (1997), Reiso m.fl. (2000), Norrmén m.fl. (2006), Bollag m.fl. (2007), Morris och Watson (2011), Winde m.fl. (2011) (2013), Starzmann m.fl. (2012), Kankaanpää m.fl. (2012) (2014).

ISF:s granskning av aktivitetsförmågebedömningar (AFU) visade att det fanns skillnader mellan kvinnors och mäns självskattningar av olika förmågor i förhållande till läkarnas bedömningar av samma förmågor. Bland annat gällde detta bedömningen av psykisk uthållighet, där läkare i högre grad gjorde samma bedömning som männens självskattningar än som kvinnornas självskattningar.¹⁴ Skillnaderna mellan hur väl kvinnors respektive mäns självskattningar stämde överens med läkares bedömningar kan bero dels på att kvinnor och män tolkar och skattar sin förmåga till psykisk uthållighet på olika sätt, dels på att läkare omedvetet formulerar sina frågor om psykisk uthållighet på olika sätt till kvinnor och män.

Shiels och Gabbay (2006) fann att manliga patienter som sjukskrevs av manliga allmänläkare hade en statistiskt säkerställd högre sannolikhet för medellång sjukskrivning (6–28 veckor) än kvinnliga patienter som sjukskrevs av kvinnliga allmänläkare. Däremot fanns det ingen sådan genusinteraktion för sjukskrivningar som var längre än 28 veckor. När analyserna delades upp i olika diagnoskapitel visade det sig vara en högre sannolikhet för medellång sjukskrivning vid depression, ångest- och stressrelaterade sjukdomar (mild mental disorders) för manliga patienter som sjukskrevs av manliga allmänläkare. I undersökningen redovisades resultat för total sjukfallslängd och inte för sjukskrivningstid i enskilda läkarintyg.

Flera svenska studier har visat att läkarens roll i samband med sjukskrivning är problematisk vad gäller bland annat bedömningen av optimal sjukskrivningstid i ett läkarintyg, se till exempel Söderberg och Alexanderson (2003) och Arrelöv m.fl. (2007).

I en senare studie undersökte Ericsson Sjöström m.fl. (2014) hur väl allmänläkare i Västra Götaland respektive deras patienter kan förutsäga sjukskrivningens varaktighet och överensstämmelsen mellan deras respektive prediktioner. Förmågan att förutsäga längden på ett sjukfall var relativt låg bland både läkarna och patienterna. Det fanns inte några statistiskt säkerställda skillnader i förmåga att förutsäga längden på sjukfallen varken mellan manliga och kvinnliga patienter eller i läkares förmåga att förutsäga längden på sjukfallen för manliga och kvinnliga patienter.

¹⁴ ISF 2016:4, s. 38–40, 53–56.

Även en nyligen publicerad studie av Hussey m.fl. (under tryckning) fann att allmänläkare hade låg förmåga att förutsäga längden på sjukfallen. Drygt hälften av de cirka 700 sjukskrivningsfallen som ingick i studien blev längre än vad läkaren hade förutsagt vid det första läkarbesöket. Enligt forskarna bakom studien är läkares förmåga att förutsäga hur lång tid en patient kommer att vara borta från arbetet viktig för att göra det möjligt att planera och genomföra behandling och rehabilitering som ska minska risken för en långtids-sjukskrivning.

I en kunskapssammanställning om läkares sjukskrivningspraxis från år 2010, konstaterades att det inte fanns något vetenskapligt stöd för att patientens kön påverkar läkares handläggning av sjukskrivnings-ärenden. Att det inte fanns något vetenskapligt stöd berodde framför allt på bristen på studier om läkares sjukskrivning av kvinnor och män.¹⁵

Morris och Watson (2011) fann en klar interaktion mellan olika faktorer relaterade till patienter respektive allmänläkare, som påverkade sannolikheten för ordination av sjukskrivning för ländryggsbesvär. Dessa faktorer var patientens tidigare sjukskrivningshistorik på grund av ländryggsbesvär, om patienten kände rädsla för att återgå i arbete, allmänläkarens yrkeserfarenhet samt om allmänläkaren hade ett biopsykosocialt förhållningssätt i arbetet. Kombinationen av dessa faktorer och samspelet mellan dem kunde alltså i högre grad förklara beslutet om att förskriva sjukskrivning än faktorer relaterade till enbart patienter eller enbart läkare. Enligt forskarna belyser studien hur viktigt det är att det finns en god kommunikation mellan patienten och läkaren vid det första läkarbesöket vid beslutet om att förskriva sjukskrivning.

Wynne-Jones och Dunn (2016) fann att brittiska läkare i allt lägre grad sjukskrev patienter med ryggbesvär. Under perioden 2003–2010 minskade sjukskrivningarna med omkring en tredjedel bland personer som sökte vård för ryggbesvär, jämfört med åren 2000–2002. Detta kan enligt forskarna bero på en förändrad syn bland både läkare och hos allmänhet när det gäller möjligheterna att arbeta trots ryggbesvär – att aktivitet och arbete kan gynna läkningsprocessen. Studien fann att männen blev sjukskrivna i högre grad än kvinnorna, vilket enligt forskarna kan bero på att männen oftare arbetade i sådana manuella

¹⁵ SOU 2010:107, s. 36–41.

yrken där det är svårt att utföra fysiskt tunga arbetsuppgifter om man har ryggbesvär.

Shiels m.fl. (2016) har rapporterat att män har en högre sannolikhet än kvinnor att återkommande sjukskrivas av läkare för samma diagnos. En återkommande sjukskrivning för samma hälsoproblem var särskilt vanligt bland män från socialt utsatta områden och när sjukskrivningen gällde psykiatriska och muskuloskeletala diagnoser.

Avslutningsvis kan det konstateras att kunskapen om läkares sjukskrivningspraxis ur ett genusperspektiv är otillräcklig. De vetenskapliga studier som hittills har genomförts är baserade på relativt små studiepopulationer, framför allt när det gäller allmänläkare, vilket gör det svårt att dra allmänna slutsatser av resultaten. För att öka kunskapen behövs det därför mer omfattande registerstudier och studier som använder sig av både kvantitativa och kvalitativa metoder ("mixed methods research").

2.2 Vårdsökarbeteenden skiljer sig mellan kvinnor och män

Personers upplevelse av ohälsa är givetvis den mest avgörande faktorn för att söka vård. Men alla som upplever ohälsa söker inte vård och kan därmed inte komma ifråga för sjukskrivning av läkare. I begreppet söka vård ingår att det kan vara ett uttryck för att personen kan vilja bli sjukskriven.

Det finns ett flertal studier som har visat att män med hälsoproblem generellt sett är mindre benägna att söka vård än kvinnor med motsvarande hälsoproblem.¹⁶ Män är mindre benägna att söka vård för bland annat psykiska besvär och smärtsymtom, i både primärvården och den specialiserade vården.¹⁷ Men det finns enstaka studier som har visat det motsatta förhållandet för mer specifiserade diagnoser, till exempel en studie av Jordan m.fl. (2010) som visade att män oftare söker vård för ryggbesvär än vad kvinnor gör.

¹⁶ Se till exempel Bertakis m.fl. (2000), Galdas m.fl. (2005), Henderson m.fl. (2013a), Thompson m.fl. (2016), Harris m.fl. (under tryckning).

¹⁷ Alsono m.fl. (2004), Juel och Christensen (2008), Buffel m.fl. (2014), Cornally och McCarthy (2011), Mannion m.fl. (2013), ten Have m.fl. (2013), Harris m.fl. (under tryckning).

Inom maskulinitetsforskningen undersöks bland annat varför män som grupp tenderar att vara mindre benägna att söka vård. Courtenay (2000) menar att mäns mindre benägenhet att söka vård är ett uttryck för en idealiserad maskulin norm – att förneka smärta eller undertrycka psykiska symtom kan vara ett sätt att demonstrera maskulinitet. Enligt Möller-Leimkühler (2002) kan mäns lägre benägenhet att söka vård inte förklaras av bättre hälsa, utan av att mäns uppfattning om vårdbehov inte stämmer överens med deras vårdsökarbeteende. Den förklaringsmodell till denna skillnad som är vanlig i litteraturen baseras på maskulinitetsteorier. Enligt förklaringsmodellen kan den traditionella maskulina rollen, som betonar självtillit, emotionell kontroll och egenmakt, bidra till att män inte söker vård alls eller söker vård i ett senare skede av sjukdomen än kvinnor.¹⁸

Enligt Avdic och Johansson (2013) har kvinnor i högre grad än män ett förebyggande beteende. I en studie av kvinnors och mäns sjuk-skrivningsbeteende i samband med sjukhusinläggning visar forskarna att kvinnors relativa sjukfrånvaro ökar i jämförelse med mäns efter en inläggning. Detta sker oavsett diagnos för inläggning. Innebörden är att den högre sjukfrånvaron bland kvinnor inte kan förklaras av att de har sämre hälsa i samband med inläggningen. En del av denna köns-skillnad förklaras av skillnader mellan kvinnor med och kvinnor utan barn, vilket enligt författarna kan tyda att det faktum att kvinnor tar större ansvar för hushållet gör att de är mer benägna att agera förebyggande när det gäller hälsan. Resultatet tyder på skillnader i hälso-beteenden mellan kvinnor och män, och att dessa skillnader till viss del kan förklaras av en social kontext.

Galdas m.fl. (2005) har också visat att män som grupp framför allt söker vård för fysiska problem och när dessa problem är så allvarliga att de anser att problemen gör det motiverat med ett vårdbesök. I en studie av ten Have m.fl. (2013) diskuterades dessutom om kvinnor har en bättre förmåga än män att uppfatta vaga symtom, till exempel stress och psykisk ohälsa, och därmed söker vård i ett tidigare skede av sjukdom. Men det finns bara ett begränsat stöd i forskningen för att det finns könsskillnader i förmågan att uppfatta vaga symtom.

Forskningslitteraturen har betonat att det sannolikt finns flera faktorer, förutom kön och genusrelaterade faktorer, som kan påverka

¹⁸ Se till exempel Courtenay (2000), Davies m.fl. (2000), Möller-Leimkühler (2002), Addis och Mahalik (2003).

vårdsökarbeteende, exempelvis yrke, socioekonomiska faktorer och ålder. I en brittisk studie av Tedstone m.fl. (2010) undersöktes vilka sociodemografiska faktorer och ohälsfaktorer som kan förutsäga om kvinnor och män med psykisk ohälsa söker vård hos en allmänläkare. Studien fann att sociala begränsningar på grund av psykiska symtom samt tillgången till fri sjukvård påverkade kvinnors vårdsökarbeteende. För män var mönstret annorlunda. För dem påverkade både sociodemografiska och psykologiska faktorer vårdsökarbeteendet. De faktorer som enligt studien påverkade männen var att de tyckte det var genant att söka vård, begränsningar i fysisk aktivitet, civilstånd, arbetsmarknadsstatus, tillgången till fri sjukvård, bostadsortens storlek samt utbildningsnivå.

Henderson m.fl. (2013a) har utifrån beskrivande studier och epidemiologiska undersökningar funnit fyra huvudfaktorer som kan öka risken för att en person undviker eller dröjer med att söka vård eller avbryter en vårdkontakt och behandling för psykiska besvär. Dessa faktorer är:

- bristande kunskap om i vilken utsträckning det är möjligt att behandla psykiska sjukdomar
- okunskap om var de kan vända sig för bedömning och eventuell behandling
- fördomar mot människor som har en psykisk sjukdom eller psykisk ohälsa
- förväntning om diskriminering av människor som har fått en psykiatrisk diagnos.

En nyligen publicerad kanadensisk studie av Thompson m.fl. (2016) fann att yngre män är mer benägna att söka vård inom primärvården än äldre män. Det kan, enligt forskarna, tyda på att vårdsökarbeteendet håller på att förändras bland yngre män. Studien visade också att förtroende för läkaren och om det fanns en kronisk sjukdom var betydelsefulla faktorer för att förklara vårdsökarbeteende vid psykisk ohälsa, bland både kvinnor och män. Andra studier, till exempel av Brom m.fl. (2014) och Brabers m.fl. (under tryckning), har visat att kvinnor, yngre personer och högutbildade i högre grad vill vara involverade i frågor som rör den egna hälsan och medicinska beslut än män, äldre personer och lågutbildade.

Inom ramen för en överenskommelse mellan staten och SKL (2015a) har ett arbete påbörjats för att stärka landstingens och regionernas jämställdhetsarbete med fokus på män, pojkar och maskulinitetsnormer. I satsningen ingår bland annat att öka medvetenheten och omsorgen om den egna och andras hälsa bland män och pojkar.

Till sist bör det tilläggas att det sannolikt finns stora skillnader inom både gruppen män och gruppen kvinnor i vårdsökarbeteende. En del kvinnor och män är sannolikt mer benägna att söka vård för hälsoproblem, medan andra tenderar att ignorera symtom på ohälsa och i det längsta undviker att söka vård. En europeisk studie av Alonso m.fl. (2004) visade att av personer med psykiska besvär, sökte 26 procent vård under en 12-månadersperiod. En annan studie av Mannion m.fl. (2013) visade att av personer med ländryggsbesvär, hade 28 procent sökt vård.

Det finns betydande kunskapsluckor när det gäller variationer i hälsa och vårdsökarbeteende inom olika grupper, till exempel avseende socioekonomiskt status, sexuell identitet och födelseland. Det saknas också kunskap om huruvida det har skett förändringar av hälsa och vårdsökarbeteende över tid i Sverige, till exempel om detta har förändrats mellan olika generationer och om det har påverkat sannolikheten för sjukfrånvaro.

2.3 Självskattad hälsa, mortalitet och sjukfrånvaro

Självskattad hälsa används bland annat i nationella kartläggningar för att beskriva det allmänna hälsotillståndet i befolkningen. Under åtminstone det senaste decenniet har det varit en större andel män än kvinnor i Sverige som anger att de har en bra hälsa.¹⁹ Det är också välkänt att det finns ett samband mellan självrapporterad hälsa och mortalitet, men även med sjukskrivning.

Avdic och Johansson (under tryckning) menar att det finns ett starkt stöd för att självskattad hälsa har ett samband med mortalitet. Enligt forskarna har den självskattade hälsan ett eget förklaringsvärde i relation till mortalitet även när man väger in andra hälsomått som sjukvårdsbesök eller diagnostiserade sjukdomar. Diagnosspecifika

¹⁹ Folkhälsomyndigheten (2016), s. 11–12.

studier visar bland annat att den självskattade hälsan har ett samband med generell dödlighet (av samtliga orsaker), men inte dödlighet i de specifika diagnoser som har studerats (se exempelvis Idler och Benyamini, 1997). Det kan förklaras av att självskattad hälsa fångar en mer generell hälsostatus som individen upplever, medan ett mer kliniskt mått fångar en specifik dimension av en individs hälsa. Detta kan göra att det är svårare att jämföra individers eller grupperns olika självskattade hälsa med varandra och med kliniska eller andra mer objektiva mått.

För att få kunskap om huruvida självskattad dålig hälsa leder till sjuk-skrivning, så krävs det longitudinella studier. Det innebär studier där personer skattar sin hälsa vid en så kallad baslinjemätning och där man sedan följer upp dem ett antal år senare när det gäller eventuella sjuk-skrivningar.

I en svensk populationsbaserad longitudinell studie av Halford m.fl. (2012) användes Göteborgs livskvalitetsinstrument (GQL), där personer fick skatta sin egen hälsa på en skala från ”1 = mycket dålig” till ”7 = utmärkt, kunde inte vara bättre”. Studien fann att den självskattade hälsan vid baslinjemätningen hade ett starkt samband med antalet sjukpenningdagar under den i genomsnitt drygt 10-åriga uppföljningsperioden. Varje stegökning på den 7-gradiga skalan innebar att antalet sjukpenningdagar minskade med i genomsnitt 13,2 dagar för kvinnor och 9,5 dagar för män. Forskarna fann dessutom att sambandet mellan självrapporterad hälsa och antalet sjukpenningdagar stod sig över tid. Andra longitudinella studier har också visat att självskattad hälsa förutsäger framtida sjukfrånvaro och förtidspension, både i yngre åldersgrupper²⁰ och i äldre åldersgrupper²¹.

Lindberg m.fl. (2009) fann att självskattad hälsa förutspår långa sjukfall (28 eller fler frånvarodagar) bättre för män än för kvinnor. Enligt forskarna kan skillnaden bero på att kvinnor tar hänsyn till fler hälso-relaterade och icke-hälsorelaterade faktorer än vad män gör när de självskattar sin hälsa. Exempelvis fann Benyamini m.fl. (2000) att kvinnor tar hänsyn till både lättare och svårare sjukdomstillstånd samt negativa livshändelser i sin skattning av hälsa medan män enbart tar hänsyn till svårare sjukdomstillstånd. Eftersom kvinnor oftare relaterar sin hälsa till fler hälso-relaterade och icke-hälso-relaterade

²⁰ Henderson m.fl. (2013b).

²¹ Marmot m.fl. (1995), van den Berg m.fl. (2010).

faktorer kan bedömningen av den egna hälsan ge ett svagare samband mellan den självskattade hälsan och långa sjukfall bland kvinnor. Det kan tilläggas att i studien av Lindberg m.fl. (2009) jämfördes fem olika enkätinstrument för att mäta självskattad hälsa och resultaten visade att det inte var någon större skillnad mellan instrumenten när det gäller hur väl de kunde förutsäga långa sjukfall.

Lancee och ter Hoeven (2010) visade att samhällsdeltagande, genom att delta i lokalpolitik, volontärarbete eller kultur- och idrotts-evenemang, kan modifiera effekten mellan självskattad dålig hälsa och sjukfrånvaro. Det betyder att kvinnor och män med dålig hälsa som deltar i samhälleliga aktiviteter har kortare sjukfrånvaro än kvinnor och män med dålig hälsa som inte deltar i sådana aktiviteter.

Kivimäki m.fl. (2008) rapporterade att bland kvinnor och män med självrapporterad dålig hälsa har de med färre episoder av sjukfrånvaro större förbättringar av hälsotillstånd på längre sikt än de med fler episoder av sjukfrånvaro. Men enligt forskarna behövs det fördjupade studier för att säkerställa om färre episoder av sjukfrånvaro medför en gynnsammare prognos för specifika ohälsotillstånd och sjukdomar.

3 Skillnader mellan kvinnor och män när det gäller sjukskrivningstid i läkarintyg

I detta kapitel redovisas resultatet från delstudie 1 – en fördjupad analys av nationell data när det gäller sjukskrivningstid i läkarintyg för kvinnor respektive män.²²

Sammantaget bekräftar resultaten att det finns en systematisk skillnad mellan kvinnor och män när det gäller sjukskrivningstid i läkarintyg. Män som blir sjukfrånvarande i mer än två veckor och beviljas sjukpenning från Försäkringskassan förskrivs i genomsnitt längre sjukskrivningstid i det första läkarintyget än kvinnor. Uppdelat på diagnos sjukskrivs män längre än kvinnor i 10 av de 12 diagnoskapitel som ingår i analysen, liksom i 17 av de 20 vanligaste diagnosavsnitten.

Sjukskrivningstid i det första läkarintyget utjämnas inte i senare läkarintyg, det vill säga bland försäkrade som har haft en förnyad läkarkontakt och fått en förlängd sjukskrivning. Resultaten visar att könsskillnaderna snarare förstärks än utjämnas.

Mönstret att män får längre sjukskrivningstid i det första läkarintyget än kvinnor finns kvar när analysen delas upp i mansdominerade, kvinnodominerade och blandande yrken. Mönstret är dessutom detsamma oavsett vilket landsting eller vilken region den försäkrade är bosatt i. Men skillnader är olika stora mellan de studerade landstingen.

Slutligen visar resultaten att den i genomsnitt kortare sjukskrivningstiden i det första läkarintyget för kvinnor är en förklaring till att kvinnor avslutar ett sjukfall något snabbare än män.

²² Se bilaga 1: urval och metod för delstudie 1.

3.1 Sjukskrivningstiden är längre för män än för kvinnor i det första läkarintyget

Resultaten visar att män blir sjukskrivna i genomsnitt 3,2 dagar längre än kvinnor i det första intyget i en sjukskrivning (tabell 3.1). Detta resultat överensstämmer med resultatet i den tidigare studien (ISF 2014:5), där alla sjukskrivna ingick i analysen. En stor del av skillnaden, 2,8 dagar, finns kvar även efter att hänsyn har tagits till bland annat skillnader i vilka diagnoskapitel enligt ICD-10-SE som kvinnor och män sjukskrivs för.

Skillnaderna mellan kvinnor och män ser lite olika ut i de enskilda diagnoskapitlen. Diagnoskapitlet med den största skillnaden mellan kvinnor och män när det gäller sjukskrivningstid i läkarintygen är hjärt- och kärlsjukdomar. Sjukskrivningstiden i det första läkarintyget är i genomsnitt drygt 41 dagar för män, vilket är 8,5 dagar längre än för kvinnor. En stor del av denna skillnad kan förklaras av skillnader i diagnosavsnitt, som är en mer detaljerad gruppering av diagnoserna, samt av skillnader i övriga bakomliggande faktorer såsom ålder och yrke (tabell B1.2 i bilaga 1). Men en skillnad på 3,4 dagar mellan kvinnor och män finns kvar som oförklarad.

Det är bara när det gäller endokrina sjukdomar, till exempel diabetes, som kvinnor har en genomsnittlig längre sjukskrivningstid än män i det första läkarintyget. Men den skillnaden är inte statistiskt säkerställd efter att hänsyn tagits till bakomliggande faktorer. Det finns heller ingen säkerställd skillnad mellan kvinnor och män i genomsnittlig sjukskrivningstid i det första läkarintyget när det gäller sjukdomar i urin- och könsorganen.

Tabell 3.1. Genomsnittlig sjukskrivningstid (antal dagar) i det första läkarintyget för män och kvinnor, uppdelat på diagnoskapitel

<i>Diagnoskapitel enligt ICD-10-SE</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Skillnad</i>	<i>Oförklarad skillnad</i>
A00–B99				
Infektion	15,3	13,3	2,1	1,1***
C00–D48				
Tumörer	53,2	47,8	5,4	3,1***
E00–E90				
Endokrina sjukdomar m.m.	27,0	30,2	–3,2	1,4,
F00–F99				
Psykiska sjukdomar	30,6	30,1	0,5	1,0,***
G00–G99				
Nervsystemet	35,3	31,3	4,0	3,5***
I00–I99				
Hjärta och kärl	41,4	32,8	8,5	3,4***
J00–J99				
Andningsorganen	13,8	12,2	1,6	1,1***
K00–K93				
Matsmältningsorganen	24,2	22,2	2,0	2,4***
M00–M99				
Rörelseorganen	30,4	28,2	2,2	2,2***
N00–N99				
Urin- och könsorganen	29,6	27,6	2,0	–0,5
R00–R99				
Symtom och sjukdomstecken	18,9	17,6	1,3	1,7***
S00–T98				
Skador och förgiftningar	35,2	32,4	2,8	3,1***
Övriga	25,7	24,2	1,5	2,6***
Samtliga	30,4	27,2	3,2	2,8***

Anm.: Analysen baseras på urval 1. Skattningarna av de oförklarade skillnaderna är framtagna med linjär regression (OLS), separat för varje diagnoskapitel. Förklarande variabler är ålder (10-årsklasser), födelseland (inrikes född/utrikes född), landsting, utbildningsnivå, småbarnsförälder (ja/nej) samt sysselsättningsstatus, sektortillhörighet, yrke, inkomst året innan påbörjad sjukskrivning (grupperad), planerad upptrappning av sjukskrivning och antal utfärdade läkarintyg de senaste 12 månaderna. I analysen ingår även diagnosavsnitt enligt ICD-10-SE (diagnoskapitel för gruppen samtliga) som förklarande variabel.

***, ** och * anger statistisk signifikans på 0,1-, 1- och 5-procentsnivå.

Källa: Försäkringskassans läkarintygsregister och MiDAS, ISF:s bearbetningar.

Resultaten för de 20 vanligaste diagnosavsnitten visar att sjukskrivningstiden i det första läkarintyget i genomsnitt är längre för män än för kvinnor i 17 av 20 diagnosavsnitt (tabell 3.2). Dessa diagnosavsnitt är de diagnoser som är vanligast bland de personer som ingår i analysen. Gruppen försäkrade med en huvuddiagnos inom samma diagnosavsnitt kan antas vara mer homogen när det gäller besvär än gruppen med en huvuddiagnos inom samma diagnoskapitel.

Större delen av skillnaderna finns kvar efter att hänsyn tagits till skillnader i vilken specificerad diagnos (diagnoskod på 4-ställig nivå) inom respektive diagnosavsnitt som kvinnor och män sjukskrivs för samt övriga bakomliggande faktorer.

Tabell 3.2. Genomsnittlig sjukskrivningstid (antal dagar) i det första läkarintyget mellan män och kvinnor, uppdelat på de 20 vanligaste diagnosavsnitten

<i>Diagnosavsnitt enligt ICD-10-SE</i>		<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Skillnad</i>	<i>Oförklarad skillnad</i>
F30–F39	Förstämningssyndrom	33,5	33,2	0,4	0,8**
F40–F48	Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom	26,7	26,9	–0,2	0,3
I60–I69	Sjukdomar i hjärnans kärl	63,9	58,5	5,4	3,5***
J09–J18	Influensa och lunginflammation	13,5	12,3	1,3	1,0***
K50–K52	Icke infektiös inflammation i tunntarmen och tjocktarmen	27,5	25,4	2,1	2,4***
K55–K63	Andra sjukdomar i tarmen	23,2	20,7	2,5	2,7***
M15–M19	Artros	59,7	54,9	4,8	1,4***
M20–M25	Andra ledsjukdomar	31,4	27,1	4,3	1,3***
M45–M49	Spondylopatier	46,8	45,2	1,7	0,8
M50–M54	Andra ryggsjukdomar	21,0	21,4	–0,4	0,6***
M65–M68	Sjukdomar i ledhinnor och senor	25,7	24,7	1,0	0,7
M70–M79	Andra sjukdomar i mjukvävnader	29,0	24,9	4,1	2,7***
R50–R69	Allmänna symtom och sjukdomstecken	19,8	18,8	1,0	0,9***
S20–S29	Skador i bröstregionen	24,0	20,7	3,3	1,8***
S40–S49	Skador på skuldra och överarm	34,9	33,6	1,3	3,2***
S50–S59	Skador på armbåge och underarm	38,5	35,7	2,8	1,8**
S60–S69	Skador på handled och hand	34,7	29,1	5,6	4,1***
S80–S89	Skador på knä och underben	43,6	41,2	2,4	2,9***
S90–S99	Skador på fotled och fot	29,3	25,5	3,7	2,0***
T00–T07	Skador som engagerar flera kroppsregioner	15,2	15,1	0,1	1,0**

Anm.: Analysen baseras på urval 1. Förklarande variabler är desamma som i föregående analys (se tabell 3.1). I analysen ingår även specificerad diagnos (diagnoskod på 4-ställig nivå enligt ICD-10-SE) som förklarande variabel. Övriga ***, ** och * anger statistisk signifikans på 0,1-, 1- och 5-procentsnivå.

Källa: Försäkringskassans läkarintygsregister och MiDAS, ISF:s bearbetningar.

De största skillnaderna mellan kvinnor och män återfinns bland sjukdomar i hjärnans kärl (såsom cerebral infarkt och hjärnblödning), skador på skuldra och överarm samt skador på handled och hand. I samtliga dessa diagnosavsnitt har män signifikant längre sjukskriv-

ningstid än kvinnor. Mönstren från föregående analys finns alltså kvar, vilket innebär att män sjukskrivs längre tid än kvinnor i det första läkarintyget i en sjukskrivning.

Men det finns några undantag där det inte finns några statistiskt säkerställda skillnader mellan kvinnor och män när det gäller sjukskrivningstid i det första läkarintyget. Undantagen gäller bland annat neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (F40–F48) – ett av de vanligaste diagnosavsnitten vid sjukskrivningarna på grund av en psykiatrisk diagnos.

En kompletterande analys har genomförts av den genomsnittliga sjukskrivningstiden för kvinnor och män med endast ett läkarintyg under ett sjukfall, uppdelat på diagnoskapitel. I denna grupp finns ett liknande mönster, det vill säga att män sjukskrivs i genomsnitt 3,6 dagar längre tid än kvinnor.²³ Skillnaderna i sjukskrivningstid i läkarintyget mellan kvinnor och män är alltså något större vid korta sjukfall, där personen avslutar sitt sjukfall i och med att läkarintyget upphör att gälla.

3.2 Könsskillnaderna förklaras inte av den könssegregerade arbetsmarknaden

En tänkbar förklaring till skillnader mellan könen i sjukskrivningstid i läkarintyg är att kvinnor och män i stor utsträckning arbetar inom olika branscher och yrken. Den könssegregerade arbetsmarknaden innebär att kvinnor i högre grad utsätts för vissa belastningar i arbetet, medan män i högre grad utsätts för andra typer av belastningar. Nivåerna på exponeringar och kombinationerna av dem kan dessutom skilja sig mellan yrken som kvinnor respektive män arbetar inom.

Analysen visar att de tidigare redovisade resultaten står sig (tabell 3.3). Män har längre sjukskrivningstid i första läkarintyget i de flesta diagnoskapitel oberoende av om de arbetar i mansdominerade, blandade eller kvinnodominerade yrken. Men det är något färre diagnoskapitel som är statistiskt säkerställda, vilket är ett resultat av att antalet observationer inom respektive grupp är färre. Det bör dessutom påpekas att det även inom mansdominerade och kvinno-

²³ Se bilaga 2: tabell B2.3.

dominerade yrken kan finnas skillnader i arbetsuppgifter som påverkar resultatet, men det är inte möjligt att ta hänsyn till dessa skillnader i den här analysen.

Tabell 3.3. Skillnad i genomsnittlig sjukskrivningstid i det första läkarintyget (antal dagar) mellan män och kvinnor, uppdelad på mansdominerade, blandade och kvinno-dominerade yrken

<i>Diagnoskapitel enligt ICD-10-SE</i>		<i>Samtliga</i> ¹	<i>Yrken</i>		
			<i>Mans- dominerade</i>	<i>Blandade</i>	<i>Kvinno- dominerade</i>
A00–B99	Infektioner	+	+	+	+
C00–D48	Tumörer	+	+	.	+
E00–E90	Endokrina sjukdomar m.m.	.	.	.	.
F00–F99	Psykiska sjukdomar	+	+	+	+
G00–G99	Nervsystemet	+	+	+	+
I00–I99	Hjärta och kärl	+	+	+	+
J00–J99	Andningsorganen	+	+	+	+
K00–K93	Matsmältningsorganen	+	+	+	+
M00–M99	Rörelseorganen	+	+	+	+
N00–N99	Urin- och könsorganen	.	.	.	.
R00–R99	Symtom och sjukdomstecken	+	+	+	+
S00–T98	Skador och förgiftningar	+	+	+	+
	Övriga	+	+	+	+
Samtliga		+	+	+	+

Anm.: Analysen baseras på de i urval 1 med uppgift om yrke. Gruppen könsblandade yrken baseras på yrken enligt SSYK4, standard för svensk yrkesklassificering på 4-ställig yrkesnivå, där andelen kvinnor enligt SCB:s yrkesstatistik var mellan 30 och 70 procent under åren 2010–2013.²⁴ Tecknen i tabellen anger att den genomsnittliga sjukskrivningstiden är statistiskt signifikant (5-procentnivå) längre (+) respektive kortare (–) för män än för kvinnor. En punkt anger att det inte finns en statistiskt signifikant skillnad mellan kvinnor och män.

¹ Inklusive personer med okänt yrke (samma som i tabell 3.1).

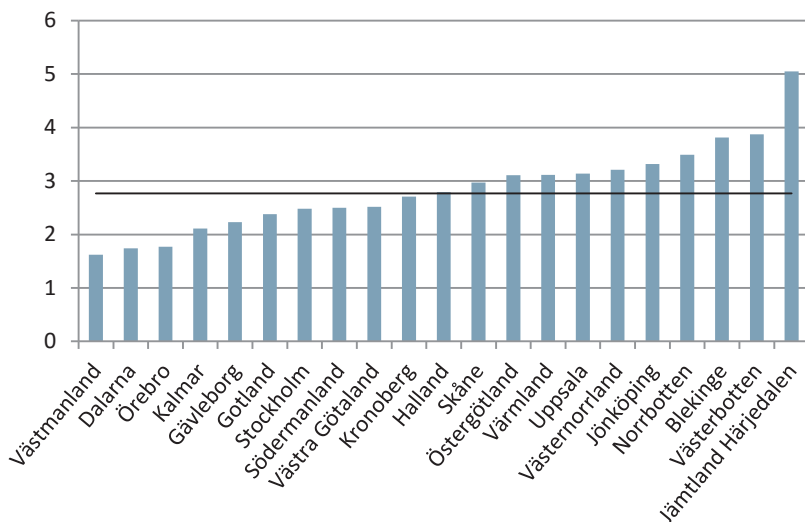
Källa: Försäkringskassans läkarintygsregister och MiDAS, ISF:s bearbetningar.

²⁴ Se beskrivning på SCB:s webbplats: www.scb.se.

3.3 Könsskillnaderna återfinns i samtliga landsting och regioner

Att det finns könsskillnader i sjukskrivningstid i utfärdade läkarintyg är ett mönster som finns i samtliga landsting och regioner. Den största skillnaden i antalet sjukskrivningsdagar mellan kvinnor och män *inom* ett landsting eller region återfinns i Region Jämtland Härjedalen (figur 3.1). Där sjukskriver läkare män i genomsnitt 5,1 dagar längre än kvinnor i det första läkarintyget, när hänsyn har tagits till bakomliggande faktorer som skulle kunna förklara skillnaden mellan kvinnor och män. Jämtland Härjedalen har också, rent generellt, det högsta sjukpenningtalet i Sverige.²⁵ De minsta könsskillnaderna återfinns i Landstinget Västmanland, där läkare sjukskriver män i genomsnitt 1,6 dagar längre än kvinnor i det första läkarintyget.

Figur 3.1 Genomsnittligt antal fler dagar som läkare sjukskriver män jämfört med kvinnor i det första läkarintyget, uppdelat på landsting och region



Anm.: Analysen baseras på urval 1. Figuren visar värden efter att hänsyn har tagits till skillnader i diagnoskapitel samt övriga bakomliggande faktorer. Det markerade vågräta strecket i figuren anger den genomsnittliga skillnaden mellan kvinnor och män i riket.

²⁵ Se Försäkringskassan (2016), s. 57ff.

Det finns även stora skillnader i sjukskrivningstid *mellan* landstingen (se tabell B2.4 i bilaga 2). Den genomsnittliga sjukskrivningstiden i det första läkarintyget är cirka 6 respektive 9 dagar längre bland kvinnor och män i Region Jämtland Härjedalen än bland kvinnor och män i Region Örebro län.

Sannolikt flera förklaringar till könsskillnader när det gäller sjukskrivningstid i det första läkarintyget

En av förklaringarna till att män sjukskrivs längre tid än kvinnor i det första läkarintyget kan vara skillnader mellan kvinnors respektive mäns sjuklighet vid läkarbesöket. Alla som upplever ohälsa söker inte vård i samma utsträckning och i samma skede av ett sjukdomsförlopp. Det kan ha till följd att en sjukskrivning förskrivs endera i ett tidigare skede eller senare skede av sjukdomen.

Kvinnor som grupp söker vård både i högre grad och i ett tidigare skede av ohälsa än män som grupp – kvinnor har i högre grad än män ett förebyggande beteende.²⁶ Det innebär i sin tur att det kan finnas skillnader mellan kvinnor och män i hur svåra sjukdomssymtomen är och hur länge symtomen har varat när de söker vård. Är symtomen inte så svåra men kräver att personen är frånvarande från arbetet är det mer troligt att läkaren förskriver en kort sjukskrivningstid i läkarintyget. Om symtomen däremot är allvarligare eller har pågått under en längre tid är det mer troligt att läkaren förskriver en längre sjukskrivningstid i läkarintyget. Men det går inte att säga generellt vad som utgör en lämplig tidpunkt att söka vård eller vad som är en optimal sjukskrivningstid i ett enskilt läkarintyg – det måste avgöras i varje individuellt fall. Likaså går det inte att säga generellt vad som är en lämplig uppföljningstid i det enskilda fallet, det vill säga när det är lämpligt med ett nytt läkarbesök och en eventuell förlängning av sjukskrivningstiden.

Könsskillnaderna i sjukskrivningstid i läkarintyg kan sannolikt till viss del också bero på att kvinnor och män inte söker eller hänvisas till samma slags vårdformer. I en studie av Osika Friberg m.fl. (2016) fann forskarna att kvinnor oftare var hänvisade till lättillgänglig primärvård, medan män i större utsträckning fick specialiserad slutenvård. Om läkare i primärvården där kvinnor oftare söker vård har en

²⁶ Se avsnitt 2.2.

annan sjukskrivningspraxis än läkare inom andra specialiteter där män oftare söker vård kan det medföra skillnader i sjukskrivningstid i läkarintygen för kvinnor och män.

Oklart varför det finns skillnader mellan olika landsting och regioner

Det finns en rad faktorer som kan medföra skillnader mellan landstingen och regionerna när det gäller sjukskrivningstid i läkarintyg för kvinnor respektive män. Sådana skillnader kan handla om skillnader mellan landstingen och dess befolkningar, till exempel i arbetsmarknadsstruktur och andelen kvinnor respektive män med låg utbildningsnivå eller svag arbetsmarknadsanknytning. Det kan också gälla skillnader i tillgången på läkare mellan landstingen eller regionerna, till exempel när det gäller läkares specialitet och antal år i yrket.²⁷

Det har också diskuterats om det finnas olika ”sjukskrivningskulturer” (hur försäkringen används) på olika typer av arbetsplatser eller i olika delar av landet. Resultaten i en studie av Johansson m.fl. (2014) pekar på att kvinnor enbart påverkas av andra kvinnors sjukfrånvaro, medan män enbart påverkas av andra mäns sjukfrånvaro. Det kan dessutom inte uteslutas att landstingen och regionerna har kommit olika långt i arbetet för en jämställd sjukskrivningsprocess, vilket kan avspeglas i skillnader mellan landstingen och regionerna när det gäller sjukskrivningstid i läkarintyg.

3.4 Ingen utjämning av könsskillnaderna i det andra läkarintyget

Den analys som hittills redovisats gäller bara det första läkarintyget i en sjukskrivning. Resultaten säger alltså ingenting om vad som sker senare i sjukskrivningen. En möjlig hypotes är att de skillnader i sjukskrivningstid som uppstår i det första läkarintyget utjämnas i senare intyg. Men resultaten visar att könsskillnaderna snarare förstärks än utjämnas (tabell 3.4). Könsskillnaderna är inte lika stora i det andra läkarintyget jämfört med det första intyget, men resultaten går ändå i samma riktning (jämför med tabell 3.1). Till mäns i genomsnitt 2,8 dagar längre sjukskrivningstid i det första läkarintyget läggs ytterligare 1,8 dagar längre sjukskrivningstid i det andra läkarintyget.

²⁷ Se till exempel ISF 2014:17.

Resultaten visar alltså att könsskillnaden snarare förstärks än utjämnas i det andra läkarintyget i ett sjukfall.

Sjukskrivningstiden i det andra intyget är i genomsnitt något längre än i det första intyget. Detta framgår av tabell B2.5 i bilaga 2, där den genomsnittliga sjukskrivningstiden i det andra intyget jämförs med det första läkarintyget för dessa personer. Det kan även tilläggas att de personer som får sjukskrivningen förlängd i genomsnitt har något längre sjukskrivningstid i det första läkarintyget än de som inte får sjukskrivningen förlängd.

Tabell 3.4. Genomsnittlig sjukskrivningstid (antal dagar) i det andra läkarintyget i ett sjukfall för män och kvinnor, uppdelad på diagnoskapitel

<i>Diagnoskapitel</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Skillnad</i>	<i>Oförklarad skillnad</i>
A00–B99 Infektion	15,2	14,5	0,7	0,8
C00–D48 Tumörer	66,1	61,9	4,1	0,7
E00–E90 Endokrina sjukdomar m.m.	31,4	37,0	–5,6	–2,0
F00–F99 Psykiska sjukdomar	35,9	35,6	0,3	0,7**
G00–G99 Nervsystemet	41,5	35,3	6,3	5,0***
I00–I99 Hjärta och kärl	44,5	38,1	6,5	3,0***
J00–J99 Andningsorganen	13,4	12,1	1,3	0,8**
K00–K93 Matsmältningsorganen	22,8	21,5	1,3	2,6***
M00–M99 Rörelseorganen	28,4	28,7	–0,4	0,8***
N00–N99 Urin- och könsorganen	37,0	34,4	2,6	–0,4
R00–R99 Symtom och sjukdomstecken	21,6	21,0	0,7	1,4**
S00–T98 Skador och förgiftningar	28,1	27,0	1,1	2,3***
Övriga	26,7	26,7	0,0	2,3***
Samtliga	30,3	29,4	1,0	1,8***

Anm.: Analysen baseras på urval 2. I analysen ingår även diagnosavsnitt enligt ICD-10-SE som förklarande variabel.

***, ** och * anger statistisk signifikans på 0,1-, 1- och 5-procentsnivå.

Källa: Försäkringskassans läkarintygsregister och MiDAS, ISF:s bearbetningar.

3.5 Kortare sjukskrivningstid i läkarintyg kan bidra till kortare sjukfall för kvinnor

Att läkare sjukskriver män längre tid än kvinnor i läkarintyg innebär att män kan vara sjukfrånvarande under en längre tid än kvinnor utan en förnyad vårdkontakt och förlängd sjukskrivning. ISF-studien om läkares sjukskrivningspraxis²⁸ och Leijon m.fl. (2015) visade att de flesta kvinnor och män som är sjukfrånvarande längre än två veckor avslutar sjukfallet samma dag som ett läkarintyg upphör att gälla. Benägenheten att följa läkares bedömning är stor inte bara hos enskilda utan även hos Försäkringskassan. I 98 procent av sjukfallen åren 2009–2012 gjorde Försäkringskassan samma bedömning av arbetsförmågans nedsättning som läkaren.²⁹ En annan tidigare ISF-studie visar att kvinnor har en något högre sannolikhet än män att avsluta ett sjukfall under de första tre månaderna i sjukfallet.³⁰ Dessa resultat väcker frågan om det faktum att kvinnor i genomsnitt har kortare sjukskrivningstid i det första läkarintyget kan vara en del-förklaring till att de inledningsvis i en sjukskrivning också har högre sannolikhet att avsluta sjukfallet.

För att undersöka detta har en utökad analys av avslutssannolikheten genomförts, där hänsyn tagits till sjukskrivningstiden i det första intyget. Resultatet visar att det finns en sådan marginaleffekt (tabell 3.5). I modellerna beräknas sannolikheten att avsluta ett sjukfall under en vecka givet att sjukfallet är pågående vid början av respektive vecka. Ett värde större än 1 innebär att kvinnor har en högre sannolikhet att avsluta ett sjukfall än män.

Modellen där samtliga förklarande variabler förutom sjukskrivningstid i det första läkarintyget ingår (modell 2) visar att kvinnor har en något högre sannolikhet att avsluta ett sjukfall mellan dag 15 och 90 jämfört med män. När hänsyn däremot tas till det faktum att kvinnor får kortare sjukskrivningstid i det första läkarintyget (modell 3) har kvinnor en lägre sannolikhet än män att avsluta sjukfallet under de tre första månaderna.³¹ Skillnaden mellan dessa båda skattningar är statistiskt säkerställd. Kvinnors i genomsnitt kortare sjukskrivningstid

²⁸ ISF 2014:5, s. 50–54.

²⁹ ISF 2014:5, s. 48–54. Se även Leijon m.fl. (2015).

³⁰ ISF 2013:16.

³¹ En utförligare beskrivning av analysen redovisas i bilaga 1.

i det första läkarintyget är därmed en förklaring till kvinnors högre sannolikhet att avsluta ett sjukfall under de första tre månaderna.

Tabell 3.5. Den betingade sannolikheten för kvinnor att avsluta ett sjukfall under de tre första månaderna i jämförelse med män

	<i>Modell 1</i>		<i>Modell 2</i>		<i>Modell 3</i>	
Urvalsram	0,995	(0,991–0,998)	1,043	(1,039–1,048)	-	
Urval 1	0,984	(0,978–0,989)	1,013	(1,006–1,020)	0,955	(0,948–0,961)

Anm.: Skattningar av hasardkvoten (hazard ratio, HR) med 95-procents konfidensintervall för kvinna vs man. Modell 1 är utan andra förklarande variabler Modell 2 är med samtliga förklarande variabler (se bilaga 1) förutom sjukskrivningstid i det första läkarintyget. Modell 3 är motsvarande med hänsyn tagen till sjukskrivningstiden. Skattningar för urvalsramen – som beskrivs i bilaga 1 – används endast som jämförelse.

Läkarens sjukskrivningspraxis är normerande för sjukfrånvarons längd

Resultatet pekar alltså på att det faktum att kvinnor har kortare sjukskrivningstid i det första läkarintyget bidrar till att de avslutar sjukfallet något tidigare än män. Men det går inte att säga utifrån bara det här resultatet om skillnaden beror på sjukskrivningstiden i läkarintyget som sådan eller på att en kortare sjukskrivningstid i läkarintyget beror på att kvinnor som tar kontakt med hälso- och sjukvården är mindre sjuka än män, och att kvinnor därmed kan avsluta sin sjukfrånvaro tidigare än män. Men att så många är sjukfrånvarande precis så länge som läkaren rekommenderar tyder på att läkarens sjukskrivningspraxis till stor del styr den sjukfrånvarandes beslut att avsluta sin sjukfrånvaro.

4 Skillnader mellan kvinnor och män i hälsa, vård och sjukskrivning

I detta kapitel redovisas delstudie 2, som rör patienter som har behandlats inom ramen för rehabiliteringsgarantin i Region Skåne under åren 2009–2012. Syftet med kapitlet är att öka förståelsen för de bakomliggande faktorer som kan medföra skillnader i sjukskrivningstid för kvinnor respektive män.

Sammantaget visar resultaten att kvinnor i den studerade gruppen har en något sämre självskattad hälsa än män, även när man tar hänsyn till faktorer såsom utbildning, bransch och ohälsaindikatorer. Behandlarna bedömer att kvinnor har en större funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning (framöver i texten används begreppet funktion) än män, även när hänsyn tas till den självskattade hälsan. Resultaten visar dessutom att kvinnorna är sjukfrånvarande i högre grad än män, även när hänsyn tas till behandlarnas bedömningar.

4.1 Olika mått på ohälsa som används i rapporten

Det finns flera olika sätt att mäta ohälsa. I kapitlet studeras självskattad hälsa, behandlarens bedömning funktion, antal dagar i slutenvård, förekomst av sjukfrånvaro samt död. I tabell 4.1 presenteras dessa mått och hur de förhåller sig till varandra. Tabellen är en introduktion till den fortsatta diskussionen i denna rapport om hur olika mått på ohälsa förhåller sig till varandra för kvinnor respektive män.

För både kvinnor och män är korrelationen tydligast mellan den självskattade hälsan och behandlarens bedömning av funktion.

I de kommande avsnitten studeras några av dessa samband. Särskilt undersöks patientens självskattade hälsa, behandlarens bedömning av patientens funktion samt förekomst av sjukfrånvaro.

Flera av de övriga måtten på ohälsa som redovisas i tabell 4.1 har använts som kontrollvariabler i analyserna. Variablerna har delats in i kategorier utifrån sin karaktär och redovisas så i tabellerna nedan.

Det är viktigt att påpeka att gruppen som studeras är selekterad. Detta beror för det första på att alla i studiepopulationen hade sökt vård, vilket gör att personer som är obenägna att söka vård för medicinska åkommor är underrepresenterade. För det andra rör data endast de sjukdomstillstånd som omfattas av rehabiliteringsgarantin – lindrig och medelsvår psykisk ohälsa eller långvarig smärtproblematik – och inte samtliga sjukdomsdiagnoser. För det tredje är gruppen som fick behandlingsinsatser en grupp med måttlig funktionsnedsättning, där majoriteten av personerna var i förvärvsarbete. Innebörden av detta är att man bör vara försiktig med att anta att resultaten från delstudien gäller för hela befolkningen av kvinnor och män.

Tabell 4.1. Relationen mellan fem olika mått på ohälsa för kvinnor respektive män – självskattad hälsa, behandlarens bedömning av patientens funktion, antal dagar i slutenvård, sjukfrånvaro samt död

	<i>Självskattad hälsa</i>	<i>Behandlarens¹ bedömning</i>	<i>Slutenvård</i>	<i>Sjukfrånvaro²</i>	<i>Död</i>
Kvinnor (n=16 861)					
Självskattad hälsa	1				
Behandlarens bedömning ¹	-0,328*	1			
Slutenvård	-0,025*	-0,052*	1		
Sjukfrånvaro ²	-0,116*	-0,145*	0,026*	1	
Död	-0,018*	-0,032	0,166*	-0,003	1
Män (n=6 892)					
Självskattad hälsa	1				
Behandlarens bedömning ¹	-0,386*	1			
Slutenvård	-0,040*	-0,053*	1		
Sjukfrånvaro ²	-0,152*	-0,160*	0,078*	1	
Död	-0,043*	-0,017	0,017	0,014	1

Anm.: Analysen är resultat av parvis korrelationer mellan respektive ohälsaindikatorer. * anger statistisk signifikans på minst 5-procentsnivå.

¹ Behandlarens sammantagna bedömning av patientens funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar (funktion).

² Sjukfrånvaro avser antalet sjukskrivningsdagar 365 dagar före inskrivningen i rehabiliteringsgarantin.

4.2 Skillnader i självskattad hälsa mellan kvinnor och män

I detta avsnitt studeras sambandet mellan självskattad hälsa och kön. Hälsan har skattats av kvinnor och män på en skala från 1 till 100, där ett lågt värde är sämre hälsa än ett högre värde.³² I analysen introduceras stegvis kontroll för faktorer som kan ha betydelse för den självskattade hälsan, vilket redovisas i form av olika modeller (tabell 4.2). Samma modeller används även i de senare analyserna.

Dessa faktorer är:

- *bakgrundsfaktorer*: åldersgrupp, hemmaboende barn under 18 år födelseland, utbildningsnivå, sysselsatt och bransch
- *statusfaktorer*: sjukskrivning/sjukskrivningsgrad, arbetslös, studiestöd, ekonomiskt bistånd, annan försörjning
- *ohälsofaktorer*: sjukskrivningshistorik, diagnos, behandling, slutenvård och död.³³

Tabell 4.2. Skillnader i självskattad hälsa för kvinnor och män

	<i>Modell 1</i>	<i>Modell 2</i>	<i>Modell 3</i>	<i>Modell 4</i>
Kvinnor	–1,532*** (0,300)	–1,603*** (0,313)	–1,001*** (0,308)	–1,087*** (0,307)
Bakgrundsfaktorer		X	X	X
Statusfaktorer			X	X
Ohälsofaktorer				X

Anm.: Koefficienter skattade med linjär regression (OLS). Standardfel anges inom parentes. ***, ** och * anger statistisk signifikans på 0,1-, 1- och 5-procentsnivå. Bakgrundsfaktorer: ålder (7 kategorier), barn (ja/nej), födelseland (inrikes född/utrikes född), utbildningsnivå (3 kategorier), sysselsatt (ja/nej), bransch (19 kategorier). Statusfaktorer: sjukpenning (ja/nej), sjukskrivning/grad (5 kategorier), arbetslös (ja/nej), ekonomiskt bistånd (ja/nej), annan försörjning (ja/nej). Ohälsofaktorer: sjukskrivningshistorik (antal dagar i påbörjade fall året före), diagnosavsnitt, slutenvård (antal dagar i slutenvård året före), död inom 2 år (ja/nej).

³² Se bilaga 1.

³³ Se även bilaga 1: utgångspunkter, urval och metodbeskrivning för delstudie 2.

Modell 1 visar att kvinnor har en något sämre självskattad hälsa än män. Den genomsnittliga skillnaden är cirka 1,5 steg sämre självskattad hälsa för kvinnorna på skalan 1–100, när det inte har tagits någon hänsyn till andra påverkande faktorer.

När analysen tar hänsyn till bakgrundsfaktorer så ökar den genomsnittliga skillnaden i självskattad hälsa något (modell 2). Skillnaden minskar igen när statusfaktorer tas med i analysen (modell 3). När analysen även tar med ohälsosfaktorer så minskar skillnaden men kvinnor har fortfarande en i genomsnitt sämre självskattad hälsa än med män. Det innebär alltså att när hänsyn tagits till bakgrunds-, status- och ohälsosfaktorer så skattar kvinnor i genomsnitt sin hälsa som något sämre jämfört med män (modell 4).

Resultaten visar således att kvinnor som grupp har sämre självskattad hälsa än män som grupp³⁴, vilket även tidigare forskning har visat. Tidigare forskningen visar också att det finns samband mellan självskattad hälsa och olika mått som är kopplade till hälsa, exempelvis långtidssjukskrivning och mortalitet. Men det är viktigt att tänka på att självskattad hälsa är ett mångtydigt mått. Det kan betyda olika saker för olika personer och grupper. Till exempel visar forskning att kvinnor räknar in både lättare och svårare sjukdomstillstånd samt negativa livshändelser i sin självskattning av hälsa. Män däremot beaktar i högre grad endast svårare sjukdomstillstånd.³⁵ Skillnader i självskattad hälsa kan därför bidra till att förstå skillnader i sjukvårdens bedömning av kvinnor och män.

4.3 Skillnad i behandlarens bedömning av kvinnor och män

I detta avsnitt analyseras behandlarens bedömning av patientens funktion i förhållande till patientens kön. Med funktion menas den bedömning behandlare gjorde av kvinnor och män när det gäller sömn, kognition och stress eller smärta, fysisk förmåga och rörlighet. I denna analys används samma fyra modeller som i föregående avsnitt (tabell 4.2). Dessutom har ytterligare en modell lagts till, där även självskattad hälsa tas i beaktande (tabell 4.3). Denna variabel visar huruvida personer med samma självskattade hälsa får olika

³⁴ Se avsnitt 2.3.

³⁵ Se avsnitt 2.3.

bedömningar av funktion beroende på om hen är en kvinna eller en man.

Patientens funktion bygger på en bedömning av behandlaren som har gjorts utifrån den sjukdom – en psykiatrisk- eller en smärt/muskuloskeletal diagnos – som ligger till grund för om patienten har behandlats med KBT eller MMR. Behandlaren är den person som utifrån sin profession har behandlat patienten, till exempel läkare, psykolog eller sjukgymnast. Den bedömning som behandlaren gör är inte en övergripande bedömning av patientens totala funktionsförmåga, utan är relaterad till personens specifika besvär. Behandlaren har bedömt patientens funktion med tre olika mått. Det som har bedömts vid en psykiatrisk diagnos är sömn, kognition och stress. Det som har bedömts vid en muskuloskeletal diagnos är smärta, fysisk förmåga och rörlighet.³⁶

Tabell 4.3. Behandlarens bedömning av kvinnors och mäns funktion

	<i>Modell 1</i>	<i>Modell 2</i>	<i>Modell 3</i>	<i>Modell 4</i>	<i>Modell 5</i>
Kvinnor	1,123*** (0,034)	1,132*** (0,036)	1,078* (0,034)	1,096** (0,034)	1,063* (0,032)
Män referens	1	1	1	1	1
Bakgrundsfaktorer		X	X	X	X
Statusfaktorer			X	X	X
Ohälsfaktorer				X	X
Självskattad hälsa					X

Anm.: Koefficienter skattade med ordered logit. Standardfel anges inom parentes. ***, ** och * anger statistisk signifikans på 0,1-, 1- och 5-procentsnivå. Skalan för behandlarens bedömning av funktion anges på en skala från 1–5. Samtliga mått ingår i modellen. Variabler är desamma som i föregående analys (se tabell 4.2). Modellerna finns även skattade med linjär regression (OLS) i bilaga 1.

Resultaten visar att kvinnor i genomsnitt bedöms ha sämre funktion än män när man inte tar hänsyn till några andra faktorer än kön (tabell 4.3, modell 1).

³⁶ Se bilaga 1: utgångspunkter, urval och metod för delstudie 2.

Samma mönster visar sig när även bakgrundsfaktorer som skulle kunna påverka utfallet tas med i analysen. Skillnaden blir något mindre när statusfaktorer räknas in (modell 3), liksom när även ohälsfaktorer ingår i analysen (modell 4). I modell 5 inkluderas även kvinnors och mäns självskattade hälsa. Totalt mer än halveras skillnaden mellan kvinnor och män när samtliga faktorer tas i beaktande. Men det kvarstår fortfarande en något högre sannolikhet för kvinnor att bedömas ha lägre funktion än män.³⁷

En fördjupad analys av respektive funktion visar att det enbart är inom vissa av dessa som kvinnor har en lägre bedömd funktion än män. För fysisk förmåga finns det inte någon statistiskt säkerställd skillnad mellan kvinnor och män. Män bedöms däremot ha en lägre funktion när det gäller rörlighet. När det gäller stress och smärta bedöms kvinnors funktion som lägre än männens även när hänsyn tas till den självskattade hälsan (för smärta på 10 procent signifikans nivå).³⁸

Det finns relativt få studier som har undersökt om läkare vid medicinska bedömningar och kliniskt beslutsfattande bedömer kvinnor och män på samma sätt. Flera svenska studier har visat på att det finns skillnader baserade på kön (genusbias) i både medicinsk klinisk praxis och försäkringsmedicinsk praxis.³⁹ I utredningen om män och jämställdhet (SOU 2014:6) konstaterades att hälso- och sjukvårdens omedvetenhet kan bidra till att förstärka de maskulinitetsnormer som finns och som påverkar mäns hälsobeteenden och benägenhet att söka vård. Kanske bidrar hälso- och sjukvården till synen på män som osårbara och starka genom att till exempel ställa färre frågor om psykisk ohälsa och genom att inte ha en tillräckligt god förmåga att se olika slags riskbeteenden som tecken på psykisk ohälsa.

4.4 Kvinnor sjukskrivs oftare än män

I detta avsnitt analyseras sjukfrånvaron för kvinnor och män. Sjukfrånvaro definieras i analysen som minst en dag med sjukpenning utbetald från Försäkringskassan, i en sjukskrivning som påbörjas från inskrivningsdatum i rehabiliteringsgarantin och 365 dagar framåt

³⁷ För en exakt tolkning av ordered logit, se Woolridge (2010).

³⁸ Se bilaga 1.

³⁹ Se ISF 2016:4, s. 26–29.

(tabell 4.4). Sjukfrånvaro mätt på detta sätt är ett trubbigt mått. Det fångar bara upp om det förekommer en sjukperiod under ett år, men inte hur lång sjukfrånvaron är. Om behandlarens bedömning till exempel bidrar till att påverka längden på sjukfrånvaron så fångas inte detta upp här.

Modellerna i analysen är uppbyggda på samma sätt som i de tidigare analyserna. Men i modell 5 har behandlarens bedömning av patientens funktion lagts till istället för som i förra avsnittet självskattad hälsa.

Modell 1 visar att kvinnor blir sjukskrivna i högre grad än män under ett år. Men skillnaden minskar när bakgrunds-, status- respektive ohälsfaktorer tas i beaktande (modell 2–4).

Modell 5 visar att även när bedömningen av kvinnors och mäns funktion vid inskrivningstillfället tas med i analysen, så är kvinnor fortfarande i högre grad sjukfrånvarande än män. Behandlarens bedömning behöver dock inte ha gjorts av en sjukskrivande läkare, och behöver inte ha skett i samband med sjukskrivningen utan är snarare ytterligare ett mått som kan fånga ohälsa.

Tabell 4.4. Sjukfrånvaro för kvinnor och män

	<i>Modell 1</i>	<i>Modell 2</i>	<i>Modell 3</i>	<i>Modell 4</i>	<i>Modell 5</i>
Kvinnor	1,468*** (0,062)	1,420*** (0,065)	1,367*** (0,064)	1,311*** (0,063)	1,292*** (0,062)
Män (referens)	1	1	1	1	1
Bakgrundsfaktorer		X	X	X	X
Statusfaktorer			X	X	X
Ohälsfaktorer				X	X
Behandlarens bedömning					X

Anm.: Med sjukfrånvaro avses ett påbörjat sjukfall inom ett år efter inskrivningen i rehabiliteringsgarantin. Sambanden skattas med en logistisk regression. Värdena anges som oddskvoter där en oddskvot större än 1 visar en större sannolikhet för kvinnor än män att ha minst en sjukpenningdag. Standardfel anges inom parentes. ***, ** och * anger statistisk signifikans på 0,1-, 1- och 5-procentsnivå. Variabler är desamma som i föregående analyser (se tabell 4.2). Modellerna finns även skattade med linjär regression (OLS) i bilaga 1.

Förklaringen till skillnaden mellan kvinnor och män i att bli sjukskriven (och vara sjukfrånvarande) kan finnas i bakgrundsfaktorer som inte har mätts i studien. Det kan till exempel bero på skillnader i arbetsuppgifter som inte fångas av de variabler som ingår i analysen. Det kan inte heller uteslutas att det beror på skillnader i vårdrelaterade beteenden mellan kvinnor och män, till exempel att män söker vård i ett senare skede av sjukdom.⁴⁰

En annan förklaring skulle kunna vara olika benägenhet hos kvinnor och män att vara frånvarande från arbetet. Detta kan till exempel bero på betydelsen av inkomstförlust vid sjukfrånvaro, men också på vem som bär det huvudsakliga ansvaret för hem- och familjearbete.⁴¹

⁴⁰ Se exempel på forskningslitteratur i avsnitt 2.2.

⁴¹ Se exempel på forskningslitteratur i avsnitt 2.2.

5 Diskussion

Det behövs flera olika slags insatser för att uppnå målet om en jämställd sjukskrivningsprocess

En jämställd sjukskrivningsprocess är ett av villkoren i överenskommelsen mellan staten och SKL om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2016. Resultaten i studien visar att det finns behov av flera olika slags insatser för att kvalitetssäkra och utveckla hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning av kvinnor och män. Dessa insatser är:

- Det behövs långsiktiga kompetenssatsningar i försäkringsmedicin där en jämställd sjukskrivningsprocess bör vara en viktig del i utbildningen samt en fortsatt utveckling av stödresurser i sjukskrivningsprocessen ur ett genusperspektiv.
- Landstingen och regionerna behöver verka för en utökad användning av elektroniska läkarintyg i hälso- och sjukvården.
- Det behöver genomföras studier av läkares sjukskrivning av kvinnor och män i olika landsting och regioner samt mellan olika vårdformer och läkerspecialiteter.

Det behövs kompetenssatsningar i försäkringsmedicin och en fortsatt utveckling av stödresurser i sjukskrivningsprocessen

Studien som helhet visar att det finns ett behov av långsiktiga kompetenssatsningar i försäkringsmedicin där en jämlik och jämställd sjukskrivningsprocess bör vara viktig del i utbildningen. Den visar också att utvecklingen av stödresurser i sjukskrivningsprocessen ur ett genusperspektiv måste fortsätta. Insatserna bör i första hand rikta sig till läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal som direkt eller indirekt arbetar med sjukskrivning eller kommer att arbeta med att

utreda och bedöma behovet av sjukskrivning. Det är angeläget att kunskap om försäkringsmedicin ingår i grundutbildningar inom hälso- och sjukvård. Det gäller framför allt läkarprogrammets verksamhetsförlagda utbildning. Stödresurser i sjukskrivningsprocessen kan till exempel vara riktlinjer, policydokument eller checklistor som kan användas i hälso- och sjukvårdens arbete med att utreda och bedöma behovet av sjukskrivning.

Den här studien visar att en central aspekt i kompetenssatsningar bör vara

- hur hälso- och sjukvården kan uppnå eller upprätthålla en jämställd sjukskrivningsprocess.

I arbetet för en jämställd sjukskrivningsprocess ingår även att diskutera

- hur man undviker medikalisering av livsproblem och diagnosglidningar,
- läkarens roll som första linjens grindvakt i sjukförsäkringen.

Dessa aspekter är nära relaterade till varandra.

I det fortsatta utvecklingsarbetet av riktlinjer och policydokument bör fokus vara att ta fram strategier som ger stöd till läkaren i det kliniska arbetet med att utreda och bedöma behovet av sjukskrivning. Riktlinjerna och policydokumenten bör utgå från Socialstyrelsens övergripande principer för sjukskrivning, som säger att sjukskrivning är ett verktyg vid vård och behandling. Det betyder att läkarens bedömning av patientens funktionsnedsättning med aktivitetsbegränsning och påverkan på arbetsförmåga bör vara en integrerad del av vården och behandlingen – att bedömningen ska ske med samma medvetenhet, systematik och professionalism som andra åtgärder.

Det är viktigt att hälso- och sjukvården är tydligt medvetna om pojkars och mäns lägre benägenhet att söka vård samt lägre medvetenhet och omsorg om sin hälsa. Det är alltså angeläget att hälso- och sjukvården utvecklar strategier för att bryta dessa könsstereotypa mönster i syfte att bland annat uppnå en jämställd sjukskrivningsprocess.

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet säger också att en viktig utgångspunkt är att en väl avvägd belastning ofta leder till optimal läkning. Det är därför viktigt att läkaren vid sin bedömning väger in att

en fullständig inaktivitet och passiv vila kan leda till att patientens läkning hindras eller fördröjs. Samtidigt är det viktigt att i bedömningen också väga in att en alltför kort sjukskrivning kan medföra bakslag, med förlängd sjukskrivning och negativ påverkan på patientens långsiktiga arbetsförmåga.⁴²

I kompetenssatsningar bör det ingå att ta fram och sprida kunskap om hur man kan undvika medikalisering av livsproblem och diagnosglidningar. Det har diskuterats om kvinnor som grupp har en högre risk än män för att få livshändelser, livsvillkor och sociala problem medikaliserade.⁴³ Medikalisering kan beskrivas som en process där sociala, psykosociala och generella livsproblem beskrivs i medicinska termer, med ett medicinskt språkbruk och där medicinska interventioner används för att försöka lösa existentiella problem. Exempelvis kan dubbelarbete, med både yrkesarbete och ansvar för hem- och familjearbete, medföra påfrestningar som av hälso- och sjukvården ges biomedicinska förklaringar. Det är angeläget att hälso- och sjukvården är tydligt medvetna om att personer som befinner sig i en svår livssituation kan behöva stöd på annat sätt än genom sjukskrivning.

Det kan vara en svår balansgång för den enskilda läkaren att i sitt första möte med patienten avgöra om hen är sjuk eller inte, exempelvis om patienten har ett nedsatt psykiskt välbefinnande på grund av social problematik eller om det är en psykisk sjukdom som uppfyller de diagnostiska kriterierna för sjukdomen.⁴⁴ Kunskapssammanställningar har dessutom visat på brister i hur läkare går tillväga för att ställa diagnos, till exempel vid förstämningssyndrom.⁴⁵ När det finns en sådan osäkerhet eller brist i kunskaperna kan det vara lättare för läkaren att utfärda ett kortare läkarintyg än att neka sjukskrivning. Hälso- och sjukvården har ett ansvar för att inte bidra till glidningar och utvidgningar av vad som är sjukdom.

I insatserna för att kvalitetssäkra och utveckla hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningar bör man även diskutera och klargöra läkarens roll som så kallad första linjens grindvakt i sjukförsäkringen.⁴⁶ I rollen som första linjens grindvakt ska läkaren bedöma om

⁴² Se övergripande principerna för det försäkringsmedicinska beslutstödet på Socialstyrelsens webbplats: www.socialstyrelsen.se.

⁴³ SLL (2008), s. 60–61, Statens folkhälsoinstitut (2008), s. 47–57.

⁴⁴ Se till exempel ISF 2014:22, s. 38–39.

⁴⁵ SBU (2012).

⁴⁶ Se även ISF 2014:5, s. 24–27.

sjukskrivning är en lämplig åtgärd för de kvinnor och män som söker vård. Läkaren ska också bedöma om patientens tillstånd uppfyller kriterierna för sjukdom och om arbetsförmågan är nedsatt med minst 25 procent. Läkaren ska dessutom bedöma hur länge arbetsförmågens nedsättning kan förväntas finnas kvar. En sådan sammantagen bedömning är komplex. Den kräver en god insikt om vilken detaljnivå på medicinska underlag som Försäkringskassan behöver för sina bedömningar. Det kräver också en god insikt i hur arbetsförmåga värderas och bedöms av Försäkringskassan när Försäkringskassan beslutar om rätten till ersättning från sjukförsäkringen.

Landstingen och regionerna bör verka för en utökad användning av elektroniska läkarintyg

ISF anser att landstingen och regionerna bör verka för att elektroniska läkarintyg ska användas i större utsträckning i hälso- och sjukvården. Elektroniska läkarintyg ökar effektiviteten i administrationen av sjukförsäkringen och ger dessutom möjligheter att genomföra systematiska uppföljningar av läkares sjukskrivningspraxis på verksamhetsnivå samt på lokal, regional och nationell nivå. Kunskap från systematiska uppföljningar är väsentliga för hälso- och sjukvårdens arbete med att utforma strategier och interventioner som syftar till att åstadkomma en hög kvalitet, likformighet och rättssäkerhet i sjukskrivningsprocessen.

Denna studie visar tydligt att det går att ta fram ny kunskap om läkares sjukskrivningspraxis med hjälp av registerdata. Men det har hittills inte varit möjligt att undersöka skillnader i sjukskrivningspraxis mellan till exempel olika läkarspecialiteter. Det beror på att det under den studerade perioden i stor utsträckning saknas uppgifter i läkarintygsregistret om sjukskrivande läkares förskrivarkod och arbetsplatskod. Detta kan dock bli möjligt att studera med en utökad användning av elektroniska läkarintyg, där läkaren måste ha ett medarbetaruppdrag i den så kallade HSA-katalogen. HSA står för hälso- och sjukvårdens adressregister och är en elektronisk katalog som innehåller kvalitetssäkrade uppgifter om personer, funktioner och enheter i Sveriges kommuner, landsting och hos privata vårdgivare.

Med elektroniska läkarintyg blir det alltså möjligt att följa upp och mer i detalj studera sjukskrivningspraxisen bland till exempel privat-

praktiserande läkare inom primärvården eller landstingsanställda psykiatriker inom öppenvården. Det kan också bli möjligt att studera om det finns skillnader mellan hur kvinnliga respektive manliga läkare sjukskriver kvinnliga respektive manliga patienter.

Könsskillnader kan med fördel undersökas genom studier som kombinerar kvantitativa data med kvalitativa data. Exempelvis om det finns skillnader i hur läkare använder diagnoskriterier vid utredning av kvinnliga respektive manliga patienter i förhållande till sjukskrivningslängd i läkarintyg och sammanlagd sjukfallslängd. Ett annat exempel kan vara hur sjukdomstillstånd och arbetsförmåga beskrivs i läkarintyg i förhållande till sjukskrivningslängd i läkarintyg och sammanlagd sjukfallslängd.

Det behövs jämförande studier för att fylla kunskapsluckor

Det finns stora kunskapsluckor när det gäller regionala skillnader i sjukfrånvaro.⁴⁷ Men en utökad användning av elektroniska läkarintyg skulle ge nya möjligheter till studier av sjukskrivningsprocessen i olika landsting och regioner, samt mellan olika vårdformer och läkarspecialiteter. För att sådana studier ska kunna fylla kunskapsluckorna bör läkarintygs- och sjukfallsdata kombineras med hälso- och sjukvårdsdata.

Ett exempel på en sådan angelägen studie gäller inflödet i sjukförsäkringen, det vill säga hur många personer som ansöker om och får ersättning från Försäkringskassan. Som tidigare nämnts kan läkares ordination av kortare sjukskrivningstid i läkarintyg för kvinnor än för män delvis bero på könsskillnader i vårdsökarbeteende. Därför bör studier genomföras för att undersöka kvinnors och mäns vårdsökarbeteende i relation till sjukskrivning, i ett eller flera landsting som har ett väl utbyggt kvalitetsregister eller vårddatabas.

⁴⁷ Försäkringskassan (2016), s. 62–65.

Referenser

Addis ME, Mahalik JR. (2003): Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist* 58:5–14.

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, m.fl. (2004): Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109(Suppl. 120):47–54.

Angrist JD. (2001): Estimation of limited-dependent variable models with dummy endogenous regressors: simple strategies for empirical practice. *Journal of Business and Economic Statistics* 19:2–28.

Arrelöv B, Alexanderson K, Hagberg J, Löfgren A, Nilsson G, Ponzer S. (2007): Dealing with sickness certification – a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC Public Health* 7:273.

Avdic D, Johansson P. (2013): *Könsskillnader i preferenser för sjukfrånvaro*. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering. IFAU-rapport 2013:13.

Avdic D, Johansson P. (under tryckning): Gender differences in preferences for health-related absences from work. *Journal of Applied Econometrics* doi: 10.1002/jae.2516.

Benyamini Y, Leventhal EA, Leventhal H. (2000): Gender differences in processing information for making self-assessments of health. *Psychosomatic Medicine* 62:354–364.

Bertakis KD, Azari R, Helms JL, Callahan EJ, Robbins JA. (2000): Gender differences in the utilization of health care services. *Journal of Family Practice* 49:147–152.

- Bollag U, Rajeswaran A, Ruffieux C, Burnand B. (2007): Sickness certification in primary care – the physician’s role. *Swiss Medical Weekly* 137:341–346.
- Brabers AE, van Dijk L, Groenewegen PP, de Jong JD. (under tryckning): Do social norms play a role in explaining involvement in medical decision-making? *European Journal of Public Health* doi: 10.1093/eurpub/ckw069.
- Brom L, Hopmans W, Pasman HR, Timmermans DR, Widdershoven GA, Onwuteaka-Philpsen BD. (2014): Congruence between patients’ preferred and perceived participation in medical decision-making: a review of the literature. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 14:25.
- Buffel V, van der Velde S, Bracke P. (2014): Professional care seeking for mental health problems among women and men in Europe: the role of socioeconomic, family-related and mental health status factors in explaining gender differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 49:1641–1653.
- Cornally N, McCarthy G. (2011): Help-seeking behaviour for the treatment of chronic pain. *British Journal of Community Nursing* 16:90–98.
- Courtenay WH. (2000): Constructions of masculinity and their influence on men’s well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine* 50:1385–1401.
- Davies J, McCrae BP, Frank J, Dochnahl A, Pickering T, m.fl. (2000): Identifying male college students’ perceived health needs, barriers to seeking help, and recommendations to help men adopt healthier lifestyles. *Journal of American College Health* 48:269–267.
- Ds 2008:3 *Införande av en rehabiliteringskedja*.
- Englund L, Tibblin G, Svärdsudd K. (2000): Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialities based on case vignettes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 18:48–52.
- Ericsson Sjöström M, Wallin I, Standhagen E, Baigi A, Hensing G, Björkelund C. (2014): GP and patient predictions of sick-listing duration: how well do they correspond? A prospective observational study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 32:73–77.
- Folkhälsomyndigheten (2016): *Folkhälsan i Sverige 2016 – årlig rapport*.
- Försäkringskassan (2011): *MiDAS – sjukpenning och rehabiliteringspenning*. Version 1.02.

- Försäkringskassan (2016): *Sjukfrånvarons utveckling 2016*. Socialförsäkringsrapport 2016:7.
- Galdas PM, Cheater F, Marshall P. (2005): Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of Advances Nursing* 49:616–623.
- Gjesdal S, Holmaas TH, Monstad K, Hetlevik Ø. (under tryckning): GP consultations for common mental disorders and subsequent sickness certification: register-based study of the employed population in Norway. *Family Practice* doi: 10.1093/fampra/cmw072.
- Halford C, Wallman T, Welin L, Rosengren A, Bardel A, m.fl. (2012): Effects of self-rated health on sick leave, disability pension, hospital admissions and mortality: a population-based longitudinal study of nearly 15,000 observations among Swedish women and men. *BMC Public Health* 12:1103.
- Harris MG, Baxter AJ, Reavley N, Diminic S, Pirkis J, Whiteford HA. (under tryckning): Gender-related patterns and determinants of recent help-seeking for past-year affective, anxiety and substance disorders: findings from a national epidemiological survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* doi: 10.1017/S2045796015000876.
- Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. (2013a): Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health* 103:777–780.
- Henderson M, Stansfeld S, Hotopf M. (2013b): Self-rated health and later receipt of work-related benefits: evidence from the 1970 British Cohort Study. *Psychological Medicine* 43:1755–1762.
- Hussey L, Thorley K, Agius R. (under tryckning): Reporting and prediction of work-related sickness absence by general practitioners. *Occupational Medicine (Lond)* doi: 10.1093/occmed/kqw108.
- Idler EL, Benyamini Y. (1997): Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior* 1997;38:21–37.
- ISF – Inspektionen för socialförsäkringen (2011): *Graviditetsspenning och sjukpenning vid graviditet – tillämpning av lagstiftningen*. ISF-rapport 2011:16.
- ISF – Inspektionen för socialförsäkringen (2013): *Försäkringskassans handläggning av sjukpenning ur ett jämställdhetsperspektiv*. ISF-rapport 2013:16.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen (2014): *Läkarintygens betydelse för sjukfrånvarons längd*. ISF-rapport 2014:5.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen (2014): *Rehabiliteringsgarantins effekter på hälsa och sjukfrånvaro*. ISF-rapport 2014:12.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen (2014): *Vårdvalets effekter på sjukskrivningarna*. ISF-rapport 2014:17.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen (2014): *Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser*. ISF-rapport 2014:22.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen (2016): *Aktivitetsförmågeutredningar (AFU) behöver kvalitetssäkras – ett genusperspektiv*. ISF-rapport 2016:4.

Johansson P, Karimi A, Nilsson PJ. (2014): *Könsskillnader i hur sjukfrånvaro påverkas av omgivningen*. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering. IFAU-rapport 2014:7

Jordan KP, Kadam UT, Hayward R, Porcheret M, Young C, Croft P. (2010): Annual consultation prevalence of regional musculoskeletal problems in primary care: an observational study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 11:144.

Juel K, Christensen K. (2008): Are med seeking medical advice too late? Contacts to general practitioners and hospital admissions in Denmark 2005. *Journal of Public Health* 30:111–113.

Kankaanpää AT, Franck JK, Tuominen RJ. (2012): Variations in primary care physicians' sick leave prescribing practices. *European Journal of Public Health* 22:92–96.

Kankaanpää AT, Putus TM, Tuominen RJ. (2014): Factors affecting sick leave prescribing in occupational health care: a survey based on hypothetical patient cases. *BMC Health Service Research* 14:168.

Kivimäki M, Ferrie JE, Shipley MJ, Vahtera J, Singh-Manoux A, m.fl. (2008): Low medically certified sickness absence among employees with poor health status predict future health improvement: the Whitehall II study. *Occupational and Environmental Medicine* 65:208–210.

Lancee B, ter Hoeven C. (2010): Self-rated health and sickness-related absence: the modifying role of civic participation. *Social Science and Medicine* 70:570–574.

- Leijon O, Josephson M, Österlund N. (2015): Sick-listing adherence: a register study of 1.4 million episodes of sickness benefit 2010–2013 in Sweden. *BMC Public Health* 15:380.
- Lindberg P, Josephson M, Alfredsson L, Vingård E. (2009): Comparisons between five self-administered instruments predicting sick leaves in a 4-year follow-up. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 82:227–234.
- Mannion AF, Wieser S, Alfering A. (2013): Association between beliefs and care-seeking behavior for low back pain. *Spine* 38:1016–1025.
- Marmot M, Feeney A, Shipley M, North F, Syme SL. (1995): Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 49:124–130.
- Mood C. (2009): Logistic regression: why we cannot do what we think we can do, and what we can do about it. *European Sociological Review* 26:67–82.
- Morgell R, Backlund LG, Arrelöv B, Strenger L-E, Nilsson GH. (2011): Health problems and disability in long-term sickness absence: ICF coding of medical certificates. *BMC Public Health* 11:860.
- Morris J, Watson PJ. (2011): Investigating decisions to absent from work with low back pain: a study combining patient and GP factors. *European Journal of Pain* 15:278–285.
- Möller-Leimkühler AM. (2002): Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders* 71:1–9.
- Norrmén G, Svärdsudd K, Andersson D. (2006): Impact of physician-related factors on sickness certification in primary health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 24:104–109.
- Osika Friberg I, Krantz G, Määttä S, Järbrink K. (2016): Sex differences in health care consumption in Sweden: a register-based cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health* 44:264–273.
- Peterson S, Eriksson M, Tibblin G. (1997): Practice variation in Swedish primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 15:68–75.
- Prop. 2007/08:1 *Budgetproposition för 2008. Förslag till statsbudget för 2008, finansplan, skattefrågor och tilläggsbudget m.m.*

Reiso H, Nygård JF, Brage S, Gulbrandsen P, Tellnes G. (2000): Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification. *Family Practice* 17:139–144.

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2012): *Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom – en systematisk litteraturöversikt*. SBU-rapport nr 212.

Shiels C, Gabbay M. (2006): The influence of GP and patient gender interaction on the duration of certified sickness absence. *Family Practice* 23:246–252.

Shiels C, Gabbay M, Hillage J. (2016): Recurrence of sickness absence episodes certified by general practitioners in the UK. *European Journal of General Practice* 22:83–90.

SLL – Stockholms läns landsting (2008): *Kvinnors ohälsa – är sjukskrivning medicinen. Sjukvårdens roll och möjligheter att förbättra sjukskrivningsprocessen*.

Socialdepartementet och SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015a): *Att stärka jämställdhetsarbetets inriktning mot män, pojkar och maskulinitetsfrågor. Överenskommelse för åren 2015 och 2016 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*.

Socialdepartementet och SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2015b): *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016*.

SOU 2010:107 *Läkares sjukskrivningspraxis – en systematisk litteraturöversikt*.

SOU 2014:6 *Män och jämställdhet*.

Starzmann K, Hjerpe P, Dalemo S, Björkelund C, Bengtsson Boström K. (2012): No physician gender difference in prescription of sick-leave certification: a retrospective study of the Skaraborg Primary Care Database. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 30:48–54.

Statens folkhälsoinstitut (2008): *Folkhälsofrågor ur ett genusperspektiv. Arbetsmarknad, maskuliniteter och könsrelaterat våld*.

Sturesson M, Hörnqvist Bylund S, Edlund K, Hansen Falkedal A, Bernspång B. (2015): Quality of sickness certificates in a Swedish social security system perspective. *Scandinavian Journal of Public Health* 43:841–847.

Söderberg E, Alexanderson K. (2003): Sickness certification practices of physicians: a review of the literature. *Scandinavian Journal of Public Health* 31:460–474.

Tedstone Doherty D, Kartalova-O’Doherty Y. (2010): Gender and self-reported mental health problems: predictors of help-seeking from a general practitioner. *British Journal of Health Psychology* 15:213–228.

ten Have M, de Graaf R, van Dorsselaer S, Beekman A. (2013): Lifetime treatment contact and delay in treatment seeking after first onset of a mental disorder. *Psychiatric Services* 64:981–989.

Thompson AE, Anisimowicz Y, Miedema B, Hogg W, Wodchis WP, Aubrey-Bassler K. (2016): The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behavior: a QUALICOPC study. *BMC Family Practice* 17:38.

van den Berg T, Schuring M, Avendano M, Mackenbach J, Burdorf A. (2010): The impact of ill health on exit from paid employment in Europe among older workers. *Occupational and Environmental Medicine* 67:845–852.

Winde LD, Hansen HT, Gjesdal S. (2011): General practitioner characteristics and sickness absence – a register-based study of 348 054 employed Norwegians. *European Journal of General Practice* 17:210–216.

Winde L, Haukenes I, Hetlevik Ø, Gjesdal S. (2013): The regular general practitioner and sickness absence: a register-based study. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening* 133:28–32.

Woolridge JM. (2010): *Econometric analysis of cross section and panel data* (2nd ed). The MIT Press, Cambridge, Massachusetts.

Wynne-Jones G, Mallen CD, Main CJ, Dunn KM. (2010): Sickness certification and the GP: what really happens in practice? *Family Practice* 27:344–350.

Wynne-Jones G, Dunn KM. (2016): Has there been a change in the rates of UK sickness certification for back pain over time? An examination of historical data from 2000 to 2010. *BMJ Open* 6:e009634.

Bilaga 1 Urval och metodbeskrivning

Delstudie 1

Urval och data

Urvalsramen i delstudien är alla anställda kvinnor och män med sjukfall längre än 14 dagar som påbörjades under perioden 2010–2014. Från urvalsramen har två urval gjorts. Urval 1 är sjukfall där det finns uppgift om sjukskrivningstid i det första läkarintyget i respektive sjukfall. Urval 2 är sjukfall där det även finns uppgift om ett andra läkarintyg efter en förnyad läkarkontakt och förlängd sjukskrivning.

Ett ytterligare kriterium för att ingå i urvalen är att andelen kvinnor och män som har en specifik diagnos inte avviker för mycket. För att kunna göra så rättvisande jämförelser som möjligt mellan kvinnor och män, har urval 1 och 2 avgränsats till att bara omfatta de specificerade diagnoserna som i läkarintygen förekommer ungefär lika ofta bland kvinnor som bland män, enligt ICD-10-SE på 4-ställig diagnosnivå. Andelen kvinnor respektive män som är sjukskrivna för en viss diagnos ska vara mellan 30 och 70 procent för diagnosen ska få ingå i analysen. Dessutom ska det finnas minst 50 observationer för respektive diagnos. Gravida kvinnor ingår inte i analysen, eftersom det finns problem med felaktiga eller ofullständiga diagnoskoder i läkarintyg för gravida kvinnor.⁴⁸ En graviditetsperiod har skattats till en period på 40 veckor innan barnets födelsedatum. Graviditeter som leder till missfall observeras inte.

Ovanstående avgränsningar innebär att 87 procent av alla diagnoser som förekommer bland de sjukskrivna har uteslutits. Det betyder att

⁴⁸ ISF 2011:16, s. 36–37.

det återstår 1 205 diagnoser som ingår i analysen. Sammantaget innebär urvalskriterierna och avgränsningarna att omkring en tredjedel respektive hälften av alla anställda kvinnor och män med sjukfall längre än 14 dagar under den studerade perioden ingår i urval 1 (tabell B1.1).

Tabell B1.1. Beskrivning av urvalsram och urval i delstudie 1

	<i>Urvalsram</i>		<i>Urval 1</i>		<i>Urval 2</i>	
	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>
Antal	649 637	1 143 520	303 120	376 100	157 175	208 397
Andel (%)	100	100	47	33	24	18
Ålder (andel, %)						
20–29	14	13	14	10	13	10
30–39	18	22	18	17	18	18
40–49	25	26	25	28	25	28
50–59	29	28	29	32	30	31
60–64	14	12	14	14	14	13
Diagnoskapitel (andel, %) ¹						
A00–B99 Infektion	2	1	3	3	2	2
C00–D48 Tumörer	4	4	3	2	3	2
E00–E90 Endokrina sjukdomar	1	2	1	0	1	0
F00–F99 Psykiska sjukdomar	17	25	11	16	15	22
G00–G99 Nervsystemet	3	4	2	2	2	2
I00–I99 Hjärta och kärl	6	2	4	3	5	3
J00–J99 Andningsorganen	5	6	5	7	4	5
K00–K93 Matsmältningsorganen	5	3	5	4	3	3
M00–M99 Rörelseorganen	29	24	40	39	40	40
N00–N99 Urin- och könsorganen	1	3	1	0	1	0
O00–O99 Graviditet	-	8	-	0	-	0
R00–R99 Symtom och sjukdomstecken	3	4	3	5	4	5
S00–T98 Skador och förgiftningar	19	9	19	14	18	13
Övriga	4	4	4	4	3	3
Saknas/okänd	0	0	0	0	0	0

¹ Diagnoskapitel enligt ICD-10-SE. Andelarna summeras till 100 procent inom respektive kolumn.

Källa: Försäkringskassans läkarintygsregister och MiDAS, ISF:s bearbetningar.

Diagnosfördelningen på kapitelnivå i urval 1 skiljer sig något åt från den i urvalsramen. Framför allt är andelen med sjukdomar i rörelseorganen högre i urval 1, medan andelen med psykiska sjukdomar är lägre i urval 1 än i urvalsramen. Det är en följd av att det är vanligt att kvinnor får vissa diagnoser och män får andra diagnoser inom diagnoskapitlet psykiska sjukdomar. Fördelningen av diagnoser skiljer sig inte lika mycket mellan kvinnor och män inom diagnoskapitlet sjukdomar i rörelseorganen. Åldersfördelningen skiljer sig något åt bland kvinnor mellan urvalsramen och urval 1, med en något lägre andel i barnafödande ålder i urval 1.

En analys genomförs även av sjukskrivningstiden i det andra läkarintyget, för kvinnor och män som får sjukskrivningen förlängd. För den analysen har det andra urvalet av sjukskrivna använts. Kriterierna för att ingå i urval 2 är desamma som för urval 1, med tillägget att det i läkarintygsregistret också ska finnas uppgift om ett andra läkarintyg i sjukfallet (tabell B1.1). Många avslutar sjukskrivningen i samband med eller innan det första läkarintyget upphör att gälla.⁴⁹

Metodbeskrivning

Skattningarna av de oförklarade skillnaderna i sjukskrivningstid i första och andra läkarintyg mellan kvinnor och män är gjorda med linjär regression (OLS). De förklarande variabler som används i analysen och hur de har grupperats redovisas i tabell B1.2.

Skattningar av sannolikheten att avsluta ett sjukfall under de tre första månaderna, som redovisas i tabell 3.5, är gjorda med Cox-proportional hazard model. Den studerade tidsenheten är veckor (7-dagarsperioder) mellan dag 15 och dag 91 i varje sjukfall. I modellerna beräknas därmed sannolikheten att avsluta ett sjukfall under en vecka givet att sjukfallet är pågående vid början av respektive vecka.

Tre modeller har skattats. Modell 1 är utan andra förklarande variabler än kön. Modell 2 är med samtliga förklarande variabler (tabell B1.2). I modell 3 har hänsyn även tagits till sjukskrivningstiden i det första läkarintyget, genom att även använda en tidsvarierande dummyvariabel för om det första läkarintyget är gällande i början av respektive vecka.

⁴⁹ Se ISF 2014:5, s. 50–54.

Motsvarande skattningar av modell 1 och 2 har även genomförts för urvalsramen för jämförelse med de tidigare resultaten i ISF-rapport 2013:16. De skattade skillnaderna från den tidigare ISF-rapporten mellan kvinnor och män vad gäller avslutssannolikhet under de tre första månaderna kvarstår, men har minskat något sedan år 2012.

Tabell B1.2. Förklarande variabler i delstudie 1

<i>Variabel</i>	<i>Kategorier</i>
Kön	Kvinnor, män
Diagnos ¹	Diagnoskapitel, diagnosavsnitt och 4-ställig diagnoskod enligt ICD-10-SE
Ålder	20–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60–64
Utrikesfödd	Ja/nej
Utbildningsnivå	Förgymnasial, gymnasial, eftergymnasial
Landsting	21 landsting/regioner, där den försäkrade är skriven
Inkomstgrupp	0–100, 100–200, 200–250, 250–300, 300–350, 350–400, 400+ tkr
Sektor	Kommun, landsting, stat, statliga och kommunala bolag, privata företag, övriga organisationer och uppgift saknas (ej förvärvsarbete)
Yrke	Klassificering enligt SSYK1
Barn 0-6 år	Ja/nej
Sjukskrivningsgrad	Hel, tre fjärdedels, halv och en fjärdedels
Planerad upptrappning	Ja/nej
Antal tidigare intyg	0, 1, 2, 3, 4, 5+ intyg under de senaste 12 månaderna närmast före vårdkontakten
Ny vårdgivare andra intyg ²	Ja/nej

¹ Vilka indelningar av diagnoser som används i respektive regression framgår av resultattabellerna.

² Avser endast analys av urval 2.

Uppgift om sjukskrivningsgraden i läkarintyget kan i enstaka fall skilja sig från den omfattning som Försäkringskassan beviljar. Av ISF-rapport 2014:5 framgår dock att det är ytterst ovanligt. Uppgiften om planerad upptrappning anger om läkaren i det första läkarintyget

planerat för återgång i arbete, genom att ange åtminstone en lägre sjukskrivningsgrad än den initiala graden. Uppgiften om tidigare intyg används med anledning av att kvinnor blir sjukskrivna i större utsträckning än män och att tidigare närliggande beslut om sjukskrivning, av samma vårdgivare eller någon annan, kan tänkas ha betydelse för beslutet om sjukskrivningstid. Indelning i mans- och kvinnodominerade yrken, som redovisas i tabell 3.3, är gjord utifrån en 30/70 procentsfördelning.

Delstudie 2

Beskrivning populationen som studeras

För att studera orsaker till skillnader mellan kvinnor och män avseende hälsa, vård och sjukskrivning används uppgifter om självskattad hälsa, förekomst av sjukskrivning, sjukfallslängd samt information om sjukvårdskonsumtion och annan ohälsodata. Sådan information finns för de personer som behandlades inom ramen för rehabiliteringsgarantin i Region Skåne under åren 2009–2012. Inom rehabiliteringsgarantin gavs medicinska rehabiliteringsinsatser för två grupper: dels för personer med ångest, depression och stress, dels för personer med långvarig diffus smärta i axlar, nacke och rygg. I denna studie analyseras inte de två grupperna separat, eftersom det primära intresset inte är att undersöka rehabiliteringsgarantin och dess behandlingar. Den behandling som har getts i rehabiliteringsgarantin är dock en kontrollvariabel i analyserna.

De medicinska rehabiliteringsinsatserna var kognitiv beteendeterapi (KBT) eller multimodal rehabilitering (MMR).⁵⁰ Vid både insatsernas början och avslutning besvarade patienterna i Region Skåne en enkät med frågor om bland annat hälsa och funktionsförmåga. Likaså besvarade behandlarna en enkät där de gjorde en bedömning av patientens hälsotillstånd och funktionsförmåga. Behandlaren är den person som utifrån sin profession har behandlat patienten, till exempel läkare, psykolog eller sjukgymnast.

I Region Skåne finns det dessutom en omfattande vårddatabas som innehåller uppgifter om öppenvård, slutenvård och detaljerad befolkningsdata. Dessa data liksom information från Försäkringskassans

⁵⁰ Budgetprop. för 2008: Utgiftsområde 10, s. 25, 35–37 samt Ds 2008:3, s. 67.

register om sjukskrivning och rehabilitering har kopplats till studiepopulationen i delstudien.

De olika datakällorna och den detaljerade datanivån gör det möjligt att studera patientens och behandlarens uppfattningar om hälsotillstånd och funktionsförmåga i förhållande till sjukfrånvaro. Som tidigare nämnts är gruppen som studeras selekterad. Detta beror för det första på att alla i studiepopulationen hade sökt vård, vilket gör att personer som är obenägna att söka vård för medicinska åkommor är underrepresenterade. För det andra rör data endast de sjukdomstillstånd som omfattas av rehabiliteringsgarantin – lindrig och medelsvår psykisk ohälsa eller långvarig smärtproblematik – och inte samtliga sjukdomsdiagnoser. För det tredje är gruppen som fick behandlingsinsatser en grupp med måttlig funktionsnedsättning, där majoriteten av personerna var i förvärvsarbete. Innebörden av detta är att en generalisering av resultaten från denna studie till hela befolkningen av kvinnor och män ska göras med stor försiktighet.

I tabell B1.3 redovisas de huvudsakliga utfallsvariabler som ingår i analysen. Utfallsvariablerna är självskattad hälsa, behandlarens bedömning av funktion samt om en sjukskrivningsperiod påbörjas året efter inskrivning i rehabiliteringsgarantin. Variabeln som avser patientens självskattning av sin hälsa är mätt med EQ VAS, där får individen beskriva hur hen mår genom att sätta ett kryss på en skala från 0 till 100. Värdet 0 är sämsta tänkbara hälsa och värdet 100 är bästa tänkbara hälsa. Den andra variabeln är behandlarens bedömning av patientens funktionsnedsättning (skala 1–5). Behandlaren har bedömt patientens funktion med tre olika mått. Det som har bedömts vid en psykiatrisk diagnos är sömnfunktion, högre kognitiva funktioner och att hantera stress och andra psykologiska krav (KBT). Det som har bedömts vid en muskuloskeletal diagnos är smärta, tolerans för fysiskt arbete och rörlighet i leder (MMR). Den tredje variabeln är huruvida en sjukskrivningsperiod påbörjades efter enkäten besvarades och ett år framåt. För den som gick in i rehabiliteringsgarantin efter halvårsskiftet 2012 finns dock endast data fram till den 30 juni 2013, det betyder att denna gruppns uppföljningsperiod är kortare. Men det bedöms inte ha någon betydelse för den relativa skillnaden mellan kvinnor och män då båda grupper påverkas i samma omfattning. Övriga variabler ingår som kontrollvariabler i analyserna.

Tabell B1.3. Beskrivning av studiepopulationen och ohälsorelaterade faktorer i delstudie 2

	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>t-värde</i>
Antal personer	16 861	6 892	
Kön (%)	71	29	
KBT ¹ (%)	70	30	
MMR ² (%)	75	25	
Demografiska faktorer			
Ålder (medel)	41	40	–3,28
Hemmaboende barn <18 år (%)	44	38	–8,17
Utrikesfödd (%)	15	15	0,32
Utbildningsnivå (%)			
– grundskola	8	12	8,42
– gymnasium	42	45	4,56
– högskola	48	41	–9,77
Andel sysselsatta (%)	70	69	1,04
Ohälsorelaterade faktorer			
Självskattad hälsa (skala 1–100)	46,5	48,1	5,24
Behandlarens bedömning (skala 1–5)	2,61	2,55	5,17
Minst 1 sjukpenningdag senaste 365 dagarna (risk)	0,17	0,12	–9,11
Antal dagar i slutenvård senaste 365 dagarna	0,74	0,66	1,49
Död*100	0,13	0,38	3,65

¹ KBT står för kognitiv beteendeterapi (KBT) för personer med lindrig och medelsvår ångest, depression eller stress.

² MMR står för multimodal rehabilitering (MMR) för personer med långvarig diffus smärta i axlar, nacke och rygg.

Anm.: t-värdet anger om skillnaden mellan kvinnor och män är statistiskt signifikant (t-test). Om värdet ligger utanför intervallet – 1,96 till 1,96 är skillnaden signifikant med 95 procent sannolikhet.

Källa: Region Skånes vårddatabas, ISF:s beräkningar.

Metodbeskrivning

De förklarande variablerna redovisas i tabell B1.4 och är samma för alla analyser i kapitel 4.

Tabell B1.4. Beskrivning av variabler i delstudie 2

<i>Variabel</i>	<i>Kategorier</i>
Kön	Kvinnor, män
Behandling	KBT eller MMR ¹
Diagnos	Diagnosavsnitt enligt ICD-10-SE
Ålder	0–30, –39, 40–49, 50–59, 60–64, 65+
Utrikesfödd	Ja/nej
Utbildningsnivå	Förgymnasial, gymnasial, eftergymnasial
Inkomstgrupp	0–100000; 100001–200000; 200001–300000; 300001–400000, 400001–500000, 5000001–800000, >800000
Ekonomiskt bistånd	Ja/nej via enkät
Övrig inkomst	Ja/nej via enkät
SNI	19 (SNI huvudkategorier A-Q)
Barn 0-18 år	Ja/nej
Arbetslöshet	Inskriven på arbetsförmedlingen vid tillfälle för enkäten
Sysselsättningsstatus	Sysselsatt/ej sysselsatt med kontrolluppgifter/ej sysselsatt utan kontrolluppgifter
Sjukskrivningsgrad	Hel, tre fjärdedels, halv, en fjärdedels eller ingen
Sjukskrivningshistorik	Dagar med sjukpenning i period som påbörjades 365 dagar före enkäten
Död	Död inom 2 år (gäller kortare uppföljning för person med enkät genomförd år 2011 eller 2012)
Inläggning	Dagar i slutenvården 365 dagar före enkäten

¹ KBT står för kognitiv beteendeterapi och MMR står för multimodal rehabilitering.

Analysen i tabell 4.2 skattar skillnaden mellan kvinnor och män avseende självskattad hälsa och är gjorda med linjär regression (OLS).

Analysen i tabell 4.3 skattar skillnaden mellan kvinnor och män avseende behandlarens bedömning av funktion och är gjord med en ordered logit. I tabellen visas en sammantagen analys för samtliga mått i samma modell där data har stackats, det vill säga behandlas som paneler, och analysen görs med hjälp av korsreferenser mellan de olika måtten. Detta gör att en genomsnittlig skattning kan göras

samtidigt som detta mått blir relativt grovt då variationen mellan en individs skattningar inte fångas.

Därför analyseras respektive mått även separat. I tabell B1.5 skattas respektive mått på funktion i form av modell 1 (utan kontrollvariabler) och modell 5 (med samtliga kontrollvariabler). Modellerna beskrivs närmare i kapitel 4.

Tabell B1.5. Behandlares bedömningar av respektive funktion

	<i>Modell 1</i>	<i>Modell 5</i>
Kognitiv beteendeterapi (KBT)		
Sömn		
Kvinnor	1,085**	1,050
Standardfel	0,031	0,033
Kognition		
Kvinnor	1,063*	1,018
Standardfel	0,031	0,032
Stress		
Kvinnor	1,174***	1,117***
Standardfel	0,034	0,036
Multimodal rehabilitering (MMR)		
Smärta		
Kvinnor	1,205**	1,149 ⁺
Standardfel	0,086	0,093
Fysisk förmåga		
Kvinnor	0,952	0,949
Standardfel	0,648	0,077
Rörlighet		
Kvinnor	0,833**	0,814**
Standardfel	0,056	0,062

Anm.: ***, ** och * anger statistisk signifikans på 0,1-, 1- och 5-procentsnivå. + anger statistisk signifikans på 10-procentsnivå.

I tabell 4.3 skattas sambandet mellan kön och sjukfrånvaro med en ordinal logistisk regression.

Det finns invändningar mot att använda sig av logit-modeller vid jämförelse av olika modeller. Jämförbarheten av dessa kan vara problematisk.⁵¹ För att undersöka detta har också linjära regressioner skattats på samma data det vill säga en linjär regression (OLS) med en utfallsvariabel som är ordinal eller dikotom.

Tabell B1.6 visar att resultatet går i samma riktning och i stort samma signifikansnivå avseende behandlarens bedömning av kvinnors och mäns funktion skattad.

Tabell B1.6. Behandlarens bedömning av kvinnors och mäns funktion skattad med en linjär regression (jämför med tabell 4.3)

	<i>Modell 1</i>	<i>Modell 2</i>	<i>Modell 3</i>	<i>Modell 4</i>	<i>Modell 5</i>
Kvinnor	0,041*** (0,010)	0,044*** (0,011)	0,027* (0,011)	0,033** (0,011)	0,023* (0,011)
Bakgrundsfaktorer		X	X	X	X
Statusfaktorer			X	X	X
Ohälsfaktorer				X	X
Självsfattad hälsa					X

⁵¹ Mood, C. 2009

Tabell B1.7 skattar resultaten från tabell 4.4 med en linjär regression och visar liksom tabellen i kapitel 4 att kvinnor sjukskrivs i högre grad än män och att denna skillnad minskar vid kontroll för de olika faktorerna i modellerna men att en skillnad kvarstår även vid kontroll för samtliga faktorer i modellen.

Tabell B1.7. Sjukfrånvaro för kvinnor och män skattad med linjär regression (jämför med tabell 4.4)

	<i>Modell 1</i>	<i>Modell 2</i>	<i>Modell 3</i>	<i>Modell 4</i>	<i>Modell 5</i>
Kvinnor	0,049*** (0,005)	0,041*** (0,005)	0,036*** (0,005)	0,031*** (0,005)	0,030*** (0,005)
Bakgrundsfaktorer		X	X	X	X
Statusfaktorer			X	X	X
Ohälsfaktorer				X	X
Behandlarens bedömning					X

Bilaga 2 Kompletterande tabeller till delstudie 1

Tabell B2.1. Genomsnittlig sjukskrivningstid (antal dagar) i det första läkarintyget för män och kvinnor under åren 2010–2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Män					
Medelvärde	29,7	30,2	30,6	30,7	30,5
Nedre kvartil	14	14	14	14	14
Median	21	21	21	22	22
Övre kvartil	35	36	36	36	36
Kvinnor					
Medelvärde	26,8	26,9	27,1	27,3	27,6
Nedre kvartil	13	12	13	14	14
Median	18	18	19	20	21
Övre kvartil	32	32	32	32	32
Män och kvinnor					
Medelvärde	28,1	28,4	28,7	28,8	28,9
Nedre kvartil	13	13	14	14	14
Median	19	19	20	21	21
Övre kvartil	33	33	33	34	33

Anm.: Analysen baseras på urval 1.

Källa: Försäkringskassans läkarintygsregister och MiDAS, ISF:s bearbetningar.

Tabell B2.2. Skattningar av sjukskrivningstid i det första läkarintyget, antal dagar med 95-procentigt konfidsintervall (95 % KI)

	<i>Antal dagar</i>	<i>95 % KI</i>
Intercept	21,09	(20,86; 21,31)
Kön		
Man	ref	
Kvinna	2,76	(2,62; 2,91)
Huvuddiagnos		
A00–B99 Infektion	–14,34	(–14,54; –14,14)
C00–D48 Tumörer	19,55	(18,95; 20,16)
E00–E90 Endokrina sjukdomar m.m.	–2,55	(–3,41; –1,69)
F00–F99 Psykiska sjukdomar	0,33	(0,15; 0,5)
G00–G99 Nervsystemet	2,42	(1,95; 2,89)
I00–I99 Hjärta och kärl	6,09	(5,67; 6,51)
J00–J99 Andningsorganen	–15,46	(–15,61; –15,31)
K00–K93 Matsmältningsorganen	–5,96	(–6,16; –5,77)
M00–M99 Rörelseorganen	ref	
N00–N99 Urin- och könsorganen	–1,17	(–2; –0,33)
O00–O99 Graviditet	–10,49	(–10,69; –10,28)
R00–R99 Symtom och sjukdomstecken	4,98	(4,8; 5,16)
S00–T98 Skador och förgiftningar	–5,12	(–5,38; –4,85)
Övriga sjukdomar	–6,11	(–8,9; –3,32)
Ålder		
16–29	0,99	(0,79; 1,19)
30–39	–0,40	(–0,57; –0,24)
40–49	ref	
50–59	2,73	(2,58; 2,88)
60+	5,77	(5,57; 5,98)
Födelseland		
Inrikesfödd	ref	
Utrikesfödd	–1,87	(–2,02; –1,71)

Tabell B2.2. Fortsättning

	<i>Antal dagar</i>	<i>95 % KI</i>
Landsting/region		
01 Stockholm	-0,08	(-0,26; 0,1)
03 Uppsala	2,28	(1,95; 2,61)
04 Södermanland	-1,21	(-1,52; -0,89)
05 Östergötland	0,76	(0,46; 1,07)
06 Jönköping	1,76	(1,44; 2,09)
07 Kronoberg	0,56	(0,15; 0,97)
08 Kalmar	1,50	(1,12; 1,89)
09 Gotland	0,94	(0,2; 1,67)
10 Blekinge	-1,66	(-2,07; -1,26)
12 Skåne	1,71	(1,5; 1,92)
13 Halland	0,84	(0,49; 1,19)
14 Västra Götaland	ref	
17 Värmland	0,16	(-0,21; 0,54)
18 Örebro	-2,90	(-3,24; -2,56)
19 Västmanland	-0,16	(-0,5; 0,19)
20 Dalarna	0,80	(0,44; 1,15)
21 Gävleborg	0,09	(-0,24; 0,42)
22 Västernorrland	0,80	(0,44; 1,15)
23 Jämtland	2,30	(1,79; 2,81)
24 Västerbotten	2,05	(1,69; 2,41)
25 Norrbotten	0,14	(-0,2; 0,48)
Sektor året innan		
Stat	0,69	(0,37; 1,02)
Landsting/region	0,91	(0,67; 1,16)
Kommun	ref	
Statliga och kommunala bolag	0,14	(-0,12; 0,4)
Privata företag	1,14	(0,98; 1,31)
Övriga organisationer	2,48	(2,15; 2,82)
Saknas/okänd (ej förvärvsarbetande)	9,70	(8,94; 10,45)

Tabell B2.2 Fortsättning

	<i>Antal dagar</i>	<i>95 % KI</i>
Yrke året innan ¹ (SSYK1)		
0 Militärt arbete	8,62	(6,46; 10,77)
1 Ledningsarbete	5,64	(5,21; 6,08)
2 Arbete som kräver teoretisk specialistkompetens	3,31	(3,04; 3,58)
3 Arbete som kräver kortare högskoleutbildning	2,21	(1,99; 2,43)
4 Kontors- och kundservicearbete	0,55	(0,31; 0,79)
5 Service-, omsorgs- och försäljningsarbete	ref	
6 Arbete inom jordbruk, trädgård, skogsbruk och fiske	1,37	(0,72; 2,03)
7 Hantverksarbete inom byggverksamhet och tillverkning	-0,07	(-0,31; 0,17)
8 Process- och maskinoperatörsarbete, transportarbete m.m	-1,09	(-1,32; -0,87)
9 Arbete utan krav på särskild yrkesutbildning	-1,24	(-1,46; -1,01)
Saknas/okänd	2,70	(2,41; 3)
Inkomst året innan (tkr)		
0–100	-0,10	(-0,51; 0,3)
100–200	1,74	(1,54; 1,95)
200–250	0,45	(0,28; 0,62)
250–300	ref	
300–350	0,77	(0,6; 0,94)
350–400	1,78	(1,56; 2)
400+	3,56	(3,33; 3,79)
Utbildningsnivå		
Förgymnasial	-0,43	(-0,6; -0,27)
Gymnasial	ref	
Eftergymnasial	0,46	(0,29; 0,63)
Barn 0–6 år		
Ja	-0,86	(-1,03; -0,7)
Nej	ref	
Sjukskrivningsgrad i läkarintyget		
Kvart	19,60	(19,01; 20,18)
Halv	6,88	(6,58; 7,18)
Trekvart	11,24	(9,99; 12,5)
Hel	ref	
Planerad upptrappning		
Ja	8,51	(8,22; 8,79)
Nej	ref	

Tabell B2.2 Fortsättning

	<i>Antal dagar</i>	<i>95 % KI</i>
Antal utfärdade läkarintyg senaste 12 månaderna		
0	ref	
1	4,34	(4,17; 4,5)
2	2,40	(2,17; 2,64)
3	2,88	(2,57; 3,19)
4	3,16	(2,77; 3,55)
5+	2,06	(1,78; 2,33)

Anm.: Analysen baseras på urval 1. ¹ Två år innan för år 2014.

Källa: Försäkringskassans läkarintygsregister och MiDAS, ISF:s bearbetningar.

Tabell B2.3. Genomsnittlig sjukskrivningstid (antal dagar) för män och kvinnor med endast ett läkarintyg i sjukfallet, uppdelad på diagnoskapitel

<i>Diagnoskapitel</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Skillnad</i>	<i>Oförklarad skillnad</i>
A00–B99 Infektion	16,7	14,1	2,6	1,5***
C00–D48 Tumörer	47,7	40,0	7,6	3,9***
E00–E90 Endokrina sjukdomar m.m.	26,4	28,3	–1,9	1,3
F00–F99 Psykiska sjukdomar	31,8	30,3	1,4	1,8***
G00–G99 Nervsystemet	34,8	31,4	3,3	3,1***
I00–I99 Hjärta och kärl	35,3	27,6	7,7	2,9***
J00–J99 Andningsorganen	14,9	13,1	1,8	1,3***
K00–K93 Matsmältningsorganen	24,9	22,5	2,4	2,3***
M00–M99 Rörelseorganen	34,9	30,5	4,5	3,1***
N00–N99 Urin- och könsorganen	25,3	23,4	1,9	0,4
R00–R99 Symtom och sjukdomstecken	20,6	18,3	2,3	2,5***
S00–T98 Skador och förgiftningar	37,1	33,2	3,9	3,4***
Övriga	26,4	24,3	2,1	2,7***
Samtliga	32,3	27,6	4,6	3,6***

Anm.: Analysen baseras på de i urval 1 med endast ett läkarintyg. ***, ** och * anger statistisk signifikans på 0,1-, 1- och 5-procentsnivå.

Källa: Försäkringskassans läkarintygsregister och MiDAS, ISF:s bearbetningar.

Tabell B2.4. Genomsnittlig sjukskrivningstid (antal dagar) i det första läkarintyget för kvinnor och män, uppdelad på landsting och region

<i>Landsting/region</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Skillnad</i>	<i>Oförklarad skillnad</i>
01 Stockholm	29,4	26,8	2,6	2,5***
03 Uppsala	32,6	29,5	3,1	3,1***
04 Södermanland	28,3	25,3	2,9	2,5***
05 Östergötland	31,1	27,2	3,9	3,1***
06 Jönköping	31,8	28,0	3,8	3,3***
07 Kronoberg	29,9	27,4	2,5	2,7***
08 Kalmar	31,5	27,7	3,8	2,1***
09 Gotland	30,4	28,7	1,7	2,4**
10 Blekinge	28,6	25,2	3,4	3,8***
12 Skåne	32,0	28,9	3,1	3,0***
13 Halland	31,4	27,7	3,7	2,8***
14 Västra Götaland	29,6	26,6	3,0	2,5***
17 Värmland	30,2	26,0	4,2	3,1***
18 Örebro	25,3	23,8	1,5	1,8***
19 Västmanland	28,7	26,2	2,5	1,6***
20 Dalarna	30,0	27,2	2,8	1,7***
21 Gävleborg	30,2	26,2	4,0	2,2***
22 Västernorrland	31,4	27,6	3,8	3,2***
23 Jämtland	34,2	29,6	4,5	5,1***
24 Västerbotten	32,6	29,5	3,1	3,9***
25 Norrbotten	31,3	26,6	4,7	3,5***
Riket	30,4	27,2	3,2	2,7***

Anm.: Analysen baseras på urval 1. ***, ** och * anger statistisk signifikans på 0,1-, 1- och 5-procentsnivå.

Källa: Försäkringskassans läkarintygsregister och MiDAS, ISF:s bearbetningar.

Tabell B2.5. Genomsnittlig sjukskrivningstid (antal dagar) i det andra läkarintyget i jämförelse med det första för män och kvinnor med ett andra intyg, uppdelad på diagnoskapitel

<i>Diagnoskapitel enligt ICD-10-SE</i>	<i>Första intyget</i>		<i>Andra intyget jämfört med det första</i>	
	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>
A00–B99 Infektion	14,9	13,6	0,3	0,9
C00–D48 Tumörer	53,8	49,4	12,3	12,6
E00–E90 Endokrina sjukdomar m.m.	27,7	31,7	3,7	5,3
F00–F99 Psykiska sjukdomar	29,7	29,3	6,2	6,3
G00–G99 Nervsystemet	36,4	30,9	5,1	4,4
I00–I99 Hjärta och kärl	44,0	35,6	0,5	2,4
J00–J99 Andningsorganen	13,5	12,1	0,0	0,0
K00–K93 Matsmältningsorganen	23,5	22,1	–0,8	–0,7
M00–M99 Rörelseorganen	27,2	26,7	1,2	2,1
N00–N99 Urin- och könsorganen	32,9	30,7	4,2	3,7
R00–R99 Symtom och sjukdomstecken	18,5	17,8	3,1	3,1
S00–T98 Skador och förgiftningar	33,4	31,8	–5,3	–4,8
Övriga	25,3	24,6	1,3	2,0
Samtliga	29,2	27,1	1,1	2,2

Anm.: Analysen baseras på urval 2.

Källa: Försäkringskassans läkarintygsregister och MiDAS, ISF:s bearbetningar

Figur- och tabellförteckning

Figur 3.1	Genomsnittligt antal fler dagar som läkare sjukskriver män jämfört med kvinnor i det första läkarintyget, uppdelat på landsting och region 38
Tabell 3.1.	Genomsnittlig sjukskrivningstid i det första läkarintyget för män och kvinnor, uppdelat på diagnoskapitel 33
Tabell 3.2.	Genomsnittlig sjukskrivningstid i det första läkarintyget mellan män och kvinnor, uppdelat på de 20 vanligaste diagnosavsnitten 35
Tabell 3.3.	Skillnad i genomsnittlig sjukskrivningstid i det första läkarintyget mellan män och kvinnor, uppdelad på mansdominerade, blandade och kvinnodominerade yrken 37
Tabell 3.4.	Genomsnittlig sjukskrivningstid i det andra läkar- intyget i ett sjukfall för män och kvinnor, uppdelad på diagnoskapitel..... 42
Tabell 3.5.	Den betingade sannolikheten för kvinnor att avsluta ett sjukfall under de tre första månaderna i jämförelse med män 44
Tabell 4.1.	Relationen mellan fem olika mått på ohälsa för kvinnor respektive män – självskattad hälsa, behandlarens bedömning av patientens funktion, antal dagar i slutenvård, sjukfrånvaro samt död 47
Tabell 4.2.	Skillnader i självskattad hälsa för kvinnor och män 48

Tabell 4.3.	Behandlarens bedömning av kvinnors och mäns funktion	50
Tabell 4.4.	Sjukfrånvaro för kvinnor och män.....	52
Tabell B1.1.	Beskrivning av urvalsram och urval i delstudie 1.....	71
Tabell B1.2.	Förklarande variabler i delstudie 1	73
Tabell B1.3.	Beskrivning av studiepopulationen och ohälsorelaterade faktorer i delstudie 2.....	76
Tabell B1.4.	Beskrivning av variabler i delstudie 2	77
Tabell B1.5.	Behandlares bedömningar av respektive funktion.....	78
Tabell B1.6.	Behandlarens bedömning av kvinnors och mäns funktion skattad med en linjär regression	79
Tabell B1.7.	Sjukfrånvaro för kvinnor och män skattad med linjär regression	80
Tabell B2.1.	Genomsnittlig sjukskrivningstid i det första läkarintyget för män och kvinnor under åren 2010–2014....	81
Tabell B2.2.	Skattningar av sjukskrivningstid i det första läkarintyget	82
Tabell B2.3.	Genomsnittlig sjukskrivningstid för män och kvinnor med endast ett läkarintyg i sjukfallet, uppdelad på diagnoskapitel.....	85
Tabell B2.4.	Genomsnittlig sjukskrivningstid i det första läkarintyget för kvinnor och män, uppdelad på landsting och region	86
Tabell B2.5.	Genomsnittlig sjukskrivningstid i det andra läkarintyget i jämförelse med det första för män och kvinnor med ett andra intyg, uppdelad på diagnoskapitel.....	87

Tidigare ISF-rapporter i ämnesområdet

2016:5	Nekad sjukpenning för inrikes och utrikes födda
2015:5	Tidsgränserna i sjukförsäkringen
2014:17	Vårdvalets effekter på sjukskrivningarna
2014:5	Läkarintygens betydelse för sjukfrånvaron: en registerstudie av till Försäkringskassan inkomna läkarintyg
2013:1	När sjukpenning nekas
2011:8	Försäkringskassans hantering av underlag för beslut om sjukpenning
2010:6	Regionala skillnader i sjukförsäkringens utfall: en analys av utvecklingen 1996–2010

