

# Könsmönster i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Nina Esfahani<sup>1</sup> Maria EH Larsson<sup>2</sup> Sylvia RN Määttä<sup>3</sup> Aina Granath<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Leg. psykolog, Leg. psykoterapeut, Närhälsan Västra Götaland. E-post: nina.esfahani@vgregion.se. <sup>2</sup>Leg. sjukgymnast, Fil dr, FoU Primärvård Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet, Inst för neurovetenskap och fysiologi/Fysioterapi. E-post: maria.eh.larsson@vgregion.se. <sup>3</sup>Leg sjuksköterska, Fil. dr, Kunskapscentrum för Jämlik vård Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet, Inst för vårdvetenskap och hälsa. E-post: sylvia.maatta@vgregion.se. <sup>4</sup>Leg. sjuksköterska, Leg. Barnmorska, lic Folkhälsovetenskap, FoU Primärvården Västra Götaland. E-post: aina.granath@bredband.net.

Flera studier har identifierat könsskillnader inom hälso- och sjukvården gällande såväl bedömning som åtgärd. Kvinnor har en signifikant högre sjukfrånvaro och uppger en sämre självskattad hälsa. Föreliggande studie granskar könsmönster i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen före och efter en pedagogisk intervention på två vårdcentraler. Resultatet visade att kvinnor sjukskrevs i genomsnitt dubbelt så ofta som män på båda vårdcentralerna före intervention. Däremot observerades inga signifikanta skillnader inom rehabiliteringsprocessen. Ett förändrat könsmönster observerades på båda vårdcentralerna efter interventionen, någon statistiskt säkerställd effekt av interventionen kunde dock inte påvisas. En fördjupning och vidare forskning krävs för att utreda effekten av denna pedagogiska intervention. Resultat av denna studie visar att läkarens kön i relation till patientens inte hade någon betydelse för sjukskrivningen.

Studies have identified gender differences within healthcare. Furthermore, women have significantly higher sick leave and state poorer self estimated health. This study examines gender-patterns in sick leaves and rehabilitation processes at two medical centers before and after a pedagogical intervention. The result showed women receiving on average twice as many sick leaves at both centers before the intervention. No significant differences were found in the rehabilitation process. Both centers, however, identified changes in gender-pattern after the intervention. Men received more sick leave, rehabilitation and referrals. Further research into the effects of the intervention is required. Moreover, the result showed that the doctors' sex, in relation to the patient, had no impact on the number of sick leaves.

## Inledning

Från och med mitten av 1980-talet började sjukfrånvaron och dess kostnader att årligen stiga. Höjdpunkten nåddes under andra hälften av 1990-talet [1]. Medan detta inte var unikt för Sverige, då liknande mönster observerades i resterande Nordeuropa [2], bevittnades en högre ökning i Sverige med drygt 150 % i den äldsta och yngsta åldersgruppen under perioden 1995–2001 [1, 2].

Sjukförsäkringsutfallet har sett olika ut runt om landet [3, 4]. Könsskillnad i sjukfrånvaron samt bedömning och åtgärd inom hälso- och sjukvården har konstaterats [1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13]. Följaktligen har frågan om dessa skillnader beror på antingen läkarens kön eller relationen mellan läkarens och patientens kön ställts [14, 15, 16, 17].

Under början av 2000-talet var kvinnors sjukskrivningar 70 % högre än männens, en drastisk ökning sedan 1974 då den var 20 % lägre [1,4,11]. Vidare har könsskillnader påvisats i deltidssjukfrånvaron, längre sjukskrivningar samt hos förtidspensionerade [1,3, 4, 9].

Enligt statistiken över den självrapporterade hälsan i Sverige uppgav kvinnor sämre skattad hälsa och redovisar i större utsträckning besvär för värk och psykisk ohälsa [18].

År 2003 rapporterade SBU [19] de tre största diagnosområdena bakom

sjukskrivningar och förtidspensioner. Dessa var rygg- och nackdiagnos, psykisk ohälsa samt hjärt- och kärldiagnos. Ett flertal studier presenterade sambandet mellan kvinnors sjukfrånvaro och smärta [1,9,12,13]. Det klarlades att inom hälso- och sjukvården var bedömning och åtgärder olika för kvinnor och män [10, 11,12].

## Syfte

Syftet med denna studie var att:

- identifiera könsmönster i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen hos personer med ryggsmärta,
- identifiera samband mellan läkarens kön och könsmönster i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen,
- undersöka om en pedagogisk intervention för läkarna vid en vårdcentral skulle kunna medföra en förändring i könsmönster inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

## Metod

### Urval

Två vårdcentraler (en interventionsvårdcentral och en kontrollvårdcentral) inom Primärvården i Göteborg valdes ut som hade:

1. liknande upptagningsområde,
2. liknande läkarbemanning avseende ordinarie samt antal läkare,
3. tillgång till FÖRebyggandes Rehabilitering i SAMverkan, en aktivitet inom Samordningsförbundet (FÖRSAM-team.)

<sup>1</sup>Med sjukfrånvaron menas frånvaro från arbetet pga sjukdom från dag ett. Från den åttonde dagen i en sjukperiod, då ett läkarintyg ska ha tydligt beskrivit att sjukdomen påverkar arbetsförmågan, benämns det för sjukskrivning.

## Datainsamling

Ett forskningsprotokoll upprättades för att vid systematisk genomgång av journaler dokumentera undersökningsvariablerna; läkarens kön, patientens kön, bedömning och åtgärdsplan dvs. diagnos, sjukskrivning, remiss, mediciner och rehabilitering.

Granskningen av journaler ägde rum vid två tillfällen före och efter interventionen:

Första granskningen för identifiering av könsmonster (granskning nr 1) bestod av uppgifter från 150 patienter som hade ryggbesvär som kontaktorsak på respektive vårdcentral från januari 2009 till och med augusti 2009.

Baserat på skillnaden i rekommenderad sjukskrivning mellan kvinnor och män vid första granskningen gjordes en powerberäkning. För att upptäcka en förändring där skillnaden mellan kvinnor och män minskat till 5 % krävdes granskning av 321 journaler per vårdcentral. Av denna anledning ökades antalet granskade journaler vid andra granskningen (granskning nr 2) från 150 till 300 personer per vårdcentral, sammanlagt granskades 600 journaler med uppgifter från patienter som hade ryggbesvär som kontaktorsak på respektive vårdcentral från maj 2011 till mars 2012.

## Intervention

Interventionen avsåg att bidra till ökad medvetenhet, diskussion och kunskap om könsmonster i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess på arbetsplatsen. Målgruppen för interventionen var läkargruppen på

interventionsvårdcentralen.

Interventionen omfattade sammanlagt 16 timmar som fördelades på två dagar. Vid första tillfället reflekterade läkargruppen med medverkan av Kunskapscentrum för jämlik vård, Västra Götalandsregionen, över vårdprocessen med fokus på kvinnor och män. Med vårdprocessen menades bemötande, anamnes, bedömning, väntetid, vård och behandling samt dokumentation. Vid andra tillfället höll Gunilla Krantz, leg. läkare och docent, verksam vid avdelningen för allmänmedicin och folkhälsa vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet, en föreläsning med titeln ”Folkhälsovetenskapliga och genusrelaterade aspekter på sjukdom och rehabilitering”. Föreläsningen behandlade olika aspekter: Från en biomedicinsk till en psykosocial modell för hälsa.

## Databearbetning

Huvudvariabeln i båda granskningar var sjukskrivning, men även de sekundära variablerna såsom bedömning, åtgärdsplan dvs. diagnos, remiss, mediciner och rehabilitering prövades som utfallsvariabler för könsaspekter, samt om det skulle förekomma samband mellan läkarens kön och könsmonster i sjukskrivning och rehabilitering. Fokus var även lagt på om patienten gavs en diagnos helt eller delvis baserad på muskuloskeletala eller psykosomatiska orsaker.

Med hjälp av forskningsprotokollets insamlade data, jämfördes antal patienter med ryggbesvär på båda vårdcentralerna avseende följande:

Könsfördelning vid sjukskrivning  
Könsfördelning gällande diagnos  
Könsfördelning gällande behandlings/  
rehabiliteringsprocess: remiss och re-  
habilitering vilket kunde innehålla psy-  
kosocialt team (kurator och/eller psy-  
kolog), rehabteam (arbetsterapeut och/  
eller sjukgymnast) FÖRSAM-team och  
Fysisk aktivitet på recept (FaR)  
Könsfördelningen gällande medicine-  
ring  
Könsfördelning gällande behandlande  
läkare

Analysen genomfördes för identifiering  
av könsmönster med logistisk regres-  
sion där patientens kön, läkarens kön  
samt interaktion mellan dessa variabler  
tagits med i modellen.

Vid uppföljningen av interventionen  
(granskning nr 2) undersöktes på mot-  
svarande sätt 300 journaler per vård-  
central. Dessa journaler förutsattes  
vara oberoende stickprov från respektive  
tillfälle. Analyserna genomfördes  
med Z-test för proportioner och bygg-  
de på att mäta förändring i skillnaderna  
i andel outcomes mellan män och kvin-  
nor, som kallas könsskillnad dvs. effek-  
ten av intervention beräknades. Analy-  
sen avsåg undersöka hur könsskillnad  
förändrades pga. interventionen. In-  
terventionseffekten skattades därefter  
som skillnaden före mot efter i kontroll-  
och interventionsgrupp för köns-  
skillnaden. För att effekten skulle anses  
statistiskt signifikant skulle  $p < 0,05$ .

## Resultat

### Identifiering av könsmönster

Första granskningen avsåg att identi-  
fiera könsmönster och samband mel-

lan läkarens kön samt könsmönster i  
sjukskrivnings- och rehabiliteringspro-  
cessen hos personer med ryggsmärta.  
Nedan redovisas detta för huvudvari-  
abeln sjukskrivning och de sekundära  
variablerna, se även Tabell 1.

- **Sjukskrivning:** Totalt 35,3% av patienterna var sjukskrivna, 39,7% bland kvinnorna och 28,9% bland männen. Patientens kön hade statistiskt signifikant samband med om läkaren (oavsett kön) sjukskrev ( $p=0,036$ ). Kvinnor sjukskrevs i genomsnitt nästan dubbelt så ofta som män.
- **Diagnos:** Sökorsaken ryggbesvär gav 113 olika diagnoser, antingen en enskild diagnos eller kombination av diagnoser. Variabeln diagnos indelades enligt ICD-10 i två huvudgrupper: en diagnos helt eller delvis baserad på sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven (M-diagnos) eller psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (F-diagnos). Resultaten visade på en statistisk signifikant skillnad där kvinnliga läkare gav M-diagnoser 4,2 gånger oftare än manliga läkare vid kontrollvårdcentralen. Det noterades även en trend mot samband mellan läkarens och patientens kön, med en preferens mot samma kön. Styrkan var dock låg och resultatet var inte statistiskt signifikant.
- **Remiss, rehabilitering och medicinerings:** Ingen statistiskt signifikant skillnad pga. kön kunde ses avseende dessa variabler.

Tabell 1 Granskning nr 1, identifikation av könsmönster

Variabel	Sjuk-skrivning		M-diagnos		F-diagnos		Remiss		Rehabilite-ring		Medicine-ring	
	OR	CI	OR	CI	OR	CI	OR	CI	OR	CI	OR	CI
<b>Kön/Patient</b> Man(ref) n=121 Kvinna n= 179	1,98	1,04: 3,77	1,04	0,52: 2,08	2,67	0,92: 7,71	1,02	0,56: 1,86	1,27	0,69: 2,32	0,94	0,47: 1,85
<b>Intervention</b> VC Man (ref) n=59 Kvinna n=91	2,08	0,92: 4,69	0,44	0,13: 1,49	3,09	0,93: 10,20	1,05	0,46: 2,40	1,11	0,50: 2,46	0,75	0,26: 2,10
<b>Kontroll VC</b> Man(ref) n=62 Kvinna n=88	1,80	0,54: 5,98	1,66	0,65: 4,22	0,89	0,05: 14,89	0,91	0,37: 2,25	1,66	0,64: 4,29	1,05	0,41: 2,68
<b>Kön/Läkare</b> Man (ref) Kvinna	1,35	0,60: 3,06	1,26	0,51: 3,09	0,73	0,13: 3,93	0,85	0,40: 1,82	0,94	0,44: 1,99	1,10	0,46: 2,64
<b>Intervention</b> VC Man(ref) Kvinna	1,44	0,46: 4,50	0,25	0,58: 1,09	00	.	1,47	0,43: 4,97	1,12	0,36: 3,47	0,36	0,10: 1,32
<b>Kontroll VC</b> Man(ref) Kvinna	1,95	0,52: 7,30	4,20	1,19: 14,73	3,04	0,26: 35,53	0,67	0,23: 1,92	0,77	0,27: 2,16	2,96	0,83: 10,53
<b>Interaktion</b> Kön patient/ kön läkare	0,61	0,22: 1,70	0,53	0,17: 1,61	0,72	0,10: 5,03	1,11	0,42: 2,92	1,04	0,39: 2,75	0,67	0,22: 2,00
<b>Intervention</b> VC Interaktion Kön patient/ kön läkare	0,477	0,11: 1,99	3,38	0,55: 20,70	746	00	1,18	0,25: 5,58	1,52	0,36: 6,45	1,60	0,31: 8,05
<b>Kontroll VC</b> Interaktion Kön patient/ kön läkare	0,82	0,16: 4,21	0,16	0,03: 0,78	0,87	0,03: 25,36	1,23	0,31: 4,79	0,68	0,17: 2,66	0,35	0,07: 1,65

### Utvärdering av intervention

Före intervention förelåg en 11 procentig skillnad i rekommenderad sjuk-skrivning mellan män och kvinnor. Hypotesen var att interventionen skulle medföra en minskad könsskillnad vid interventionsvårdcentralen (till 5 %). Nedan redovisas resultatet baserat på förändring i könsmönster orsakat av intervention, dvs. effekt av intervention för huvudvariabeln sjuk-skrivning och för de sekundära variablerna. Interventionseffekten var inte signifikant ( $p > 0,05$ ) för någon av variablerna, se

även Tabell 2.

- **Sjuk-skrivning:** Före interventionen förelåg en könsskillnad på 11 % totalt hos de bägge vårdcentralerna, dvs. kvinnor sjukskrevs oftare. Efter interventionen var förhållandet det omvända på bägge vårdcentralerna, män sjukskrevs totalt 5,2 % oftare än kvinnor. Själva interventionseffekten var 1,1 %.
- **Rehabilitering:** Före interventionen ordinerades kvinnor rehabilitering 5,8 % oftare än män på båda vårdcentralerna. Efter interventionen

Tabell 2 Granskning nr 2, utvärdering av intervention

Effektvariabel	Vårdcentral	Tid i relation till intervention	Procentuell skillnad kvinna/man	Procentuellt förhållande kvinna/man	Procentuell förändring Efter- före	Proportion Efter/före	Effekt
Sjukskrivning	Kontroll n=35	Före	9,5 %	153,7 %	- 14,0 %	0,51	1,1 % ± 25,2
	Kontroll n=53	Efter	- 4,5 %	78,1 %			
	Intervention n=71	Före	11,0 %	127,0 %	- 15,1 %	0,68	
	Intervention n=87	Efter	- 4,2 %	86,7 %			
Rehabilitering	Kontroll n=88	Före	6,5 %	111,9 %	- 6,1 %	0,90	2,9 % ± 28,2 %
	Kontroll n=133	Efter	0,4 %	101,0 %			
	Intervention n=81	Före	5,2 %	110,2 %	- 9,0 %	0,84	
	Intervention n=145	Efter	- 3,8 %	92,4 %			
M-Diagnos	Kontroll n=95	Före	- 2,0 %	96,9 %	0,2 %	1,00	9,7 % ± 28,1 %
	Kontroll n=162	Efter	- 1,8 %	96,8 %			
	Intervention n=103	Före	1,4 %	102,1 %	- 9,5 %	0,82	
	Intervention n=134	Efter	- 8,1 %	83,5 %			
F-Diagnos	Kontroll n=4	Före	1,8 %	211,4 %	0,7 %	*	2,1 %
	Kontroll n=2	Efter	1,1 %	*		*	
	Intervention n=3	Före	3,3 %	*	- 2,8%		
	Intervention n=5	Efter	0,5 %	133,0 %			
Remiss	Kontroll n=63	Före	- 0,6 %	98,6%	1,3 %	1,04	7,5 ± 27,7 %
	Kontroll n=103	Efter	0,7 %	102,1%			
	Intervention n=110	Före	3,7 %	105,8%	- 6,2%	0,87	
	Intervention n=94	Efter	- 2,4 %	92,5%			
Medicinering	Kontroll n=111	Före	- 6,2 %	91,3 %	19,3 %	1,37	21,8% ± 26,9 %
	Kontroll n=179	Efter	13,1 %	125,4 %			
	Intervention n=114	Före	- 3,2 %	95,8 %	- 2,5 %	0,95	
	Intervention n=193	Efter	- 5,7 %	91,5 %			

blev förhållandet omvänt hos interventionsgruppen medan kontrollgruppen hade en könsskillnad på bara 0,4 %. Totalt sett ordinerades män 2,0 % oftare rehabilitering efter intervention. Själva interventionseffekten var 2,9 %.

- **Diagnos:** M-diagnos: Skillnaderna mellan kön och vårdcentraler var små både före och efter interventionen. I interventionsgruppen sågs en könsskillnad efter intervention, då 4,2 % fler män fick M-diagnos än kvinnor. Rent allmänt sjönk andelen M-diagnoser på bägge vårdcentralerna. F-diagnos: Antal patienter med F-diagnos var ett så litet antal, att beräkning av standardfelet valdes bort. Själva interventionseffekten var endast 2,1 %.
- **Remiss:** I kontrollgruppen upptäcktes ingen könsskillnad, vare sig före eller efter intervention. I interventionsgruppen skedde en förändring där fler kvinnor remitterades före intervention medan fler män remitterades efter intervention dvs. en attitydförändring efter intervention. Den stora förändringen bestod av att andelen remisser sjönk. Själva interventionseffekten var 7,5 %.
- **Medicinering:** Före interventionen ordinerades män läkemedel 4,5 % oftare än kvinnor sammantaget på båda vårdcentralerna. Denna skillnad kvarstod i interventionsgruppen efter interventionen medan förhållandet var det omvända i kontrollgruppen, där kvinnor ordinerades läkemedel 13,1% oftare än män efter intervention.

## Diskussion

Vid båda granskningarna observerades det att fler kvinnor än män sökt vård för ryggsmärta. Detta överensstämmer med tidigare studier och rapporter där det konstaterats att kvinnor haft besvär i det muskuloskeletala systemet och sökt vård och behandling för detta oftare än män [ 8, 9, 10, 11, 12, 13].

### Identifiering av könsmönster

I den första kartläggningen (granskning nr 1) identifierades könsmönster i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen på båda vårdcentralerna. Resultatet visade att kvinnor sjukskrevs i genomsnitt 1,98 gånger oftare än män. Detta har även konstaterats i tidigare studier och rapporter [4,7,8, 9,10,11, 13] vilka uppmärksammat könsskillnaderna i sjukskrivningsprocessen.

Gällande rehabiliteringsprocessen upptäcktes ingen statistiskt signifikant könsskillnad. Tidigare studier [10, 11, 12] har påvisat att urvalet av möjliga åtgärder för rehabilitering är mer begränsat för kvinnor än för män. I kontrast till andra studier [10, 11, 12] upptäcktes inga statistiskt signifikanta könsskillnader gällande diagnostisering och medicinering. Tidigare studier har lyft upp problematiken som då bland annat beror på bristande medvetenhet och kunskap om könsskillnad.

Resultat av studien visade att läkarens kön i relation till patientens inte hade någon betydelse för sjukskrivningen, vilket ligger i linje med de senaste forskningsstudierna [ 20, 21, 22] medan en del tidigare studier [14, 15, 16, 17] fann att kvinnliga läkare hade en

större tendens att sjukskriva patienter än manliga läkare. Skillnaden i forskningsresultatet kan möjligen förklaras av förändringar och förbättringar som ägt rum inom hälso- och sjukvården.

Bremander et.al [22] menade att skillnaden i forskningsresultatet berodde på metodologiska skillnader samt stickprovsstorlek. Därför underströk de i sin artikel behovet av en större studie där man skulle kunna studera könskillnader i medicinsk handläggning och sjukskrivningspraxis som möjliggör köns jämförelse hos både läkarens och patienten.

### Utvärdering av intervention

Enligt tidigare studier [23,24] kan fortbildning förbättra kompetens, prestation eller/och behandlingsresultat, vilket i sig ger att en pedagogisk intervention skulle kunna bidra till ökad kunskap och medvetenhet rörande könsskillnader i bedömning och åtgärd.

Hypotesen var att efter interventionen (vid granskning nr 2) skulle det finnas förändringar på interventionsvårdcentralen men ingen förändring hos kontrollvårdcentralen. Vidare skulle effekten av interventionen mätas. Om effekten varit positiv skulle ett utbildningspaket rekommenderas för läkargruppen med mål att förebygga könsskillnader i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Efter interventionen observerades en attitydförändring på båda vårdcentralerna. Män sjukskrevs i högre utsträckning än kvinnor. Hur kan en sådan effekt tolkas? Frågan är om en

liknande intervention kan leda till ökad uppmärksamhet kring mäns sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess?

Rent allmänt förefaller effekter av interventionen svår att mäta. Det faktum att kontrollvårdcentralen var medveten om innebörden av interventionen, kunde i sig ha påverkat deras attityd. Vissa effekter kunde skönjas, men dessa var i samtliga fall för små för att vara statistiskt signifikanta. Betydelsen av externa faktorer som t.ex. den så kallade sjukskrivningsmiljarden, diskussion i massmedia, etc kunde ha påverkat båda vårdcentralerna. Därför bör slutsatser dras med viss försiktighet.

### Referenser

- [1] Palmer, E. Den höga sjukfrånvaron. Sandviken 2004.
- [2] Nyman, K., Palmer, E&Bergendorff, S. Den svenska sjukan sjukfrånvaron i åtta länder. Regeringskansliet. Finansdepartementet ESO. Stockholm 2002.
- [3] Riksförsäkringsverket. Regionala skillnader i sjukskrivning – Hur ser de ut och vad det beror på? 2003.
- [4] Riksförsäkringsverket. Orsakerna till skillnader i kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster. Stockholm: Riksförsäkringsverket, 2004
- [5] Lidwall, U., Marklund, S.&ThoursieS., P. Sickness absence in Sweden. Gustafsson RL, I., editor. Work life and Health in Sweden 2004. Stockholm: National Institute for Working Life; 2004.
- [6] Alexanderson, K. Varför har kvinnor högre sjukfrånvaro? Bilaga till Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag. Slutbetänkande av Sjukförsäkringsutredningen. Socialdepartementet SOU:2000:121;273-301.

- [7] Alexanderson, K. Sjukfrånvaro – skillnader mellan kvinnor och män. In: Järholm B, Olofsson C. Försäkringsmedicin. Studentlitteratur. 2006.
- [8] Östlin, P. Gender and health promotion: A multisectoral policy approach Department of Public Health Sciences, Division of International Health (IHCAR), Karolinska Institute, Stockholm, 2006.
- [9] Vingard, E., Lindberg, P., Josephson M., Voss M, Hijbel, B.&Alfredsson, L.Long-term sick-listening among women in the public sector and its associations with age, social situation, lifestyle, and work factors: a three- year follow- up study. *Scand J Public Health*. 2005; 33 (5):370-5.
- [10] Vingard, E. Chapter 5.6: major public health problems – musculoskeletal disorders. *Scand J Public Health Suppl* 2006; 67:104-12.
- [11] Sveriges Kommuner och Landsting. (O)jämskillighet i hälsa och vård: - en genusmedicinsk kunskapsöversikt. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting 2007.
- [12] Ahlgren, C. & Hammarström, A. Back to work? Gendered experiences of rehabilitation. *Scandinavian Journal of Public Health*.2000; 28(2):88-94.
- [13] Upmark, M. Kvinnorsohälsa - är sjukskrivning medicinen? Sjukvårdens roll och möjligheter att förbättra sjukskrivningsprocessen. Stockholmslänslandsting. 2008
- [14] Englund, L., Tibblin, G. &Svardsudd, K. Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialities based on case vignettes. *Scand J Prim Health Care*. 2000 Mar;18(1):48-52.
- [15] Bertakis, K., D. The influence of gender on the doctor– patient interaction. *Patient EducCouns* 2009;76:356 – 60.
- [16] Meeuwesen, L., Schaap, C. &Staak, C. Verbalanalysis of doctor-patient communication. *SOC SCI Med*. 1991;32:1143-50.
- [17] Hamberg, K., Risberg, G.,& Johansson, E,E. Male and female physicians show different patterns of gender bias: a paper-case study of management of irritable bowel syndrome. *Scand J Public Health*. 2004;32(2):144–52.
- [18] Falk, J. Obetalt arbete och hälsa, En litteraturoversikt om sambandet mellan obetalt hushållsarbete och hälsa bland kvinnor och män i Sverige. Socialmedicin, Institutionen för folkhälsovetenskap. Stockholm. Karolinska Institut. 2008.
- [19] SBU: Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis.2003
- [20] Starzmann, K., Herpe, P., Dalemo, S., Björkelund, C. &Bengtsson K. 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*, 2012; 30: 48–54.
- [21] Norrmen, G., Svardsudd, K. &Andersson D. Impact of physician related factors on sickness certification in primary health care.*Scand J Prim Health Care*. 2006;24(2):104–9.
- [22] Bremander, A., B.,Hubertsson, J.,Pettersson, I., F. &Grahn B. Education and benchmarking among physicians may facilitate sick-listing practice. *OccupRehabil* (2012) 22:78–87.
- [23] Forsetlund, L., Björndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien M., A. &Wolf, F. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes.
- [24] Hamberg, K.& Larsson, M., L. Genusperspektivet behöver stärkas i case-undervisningen. Analys av fallbeskrivningarna på läkarutbildningen i Umeå. *Läkartidning* 2007 nr6: 415-8.