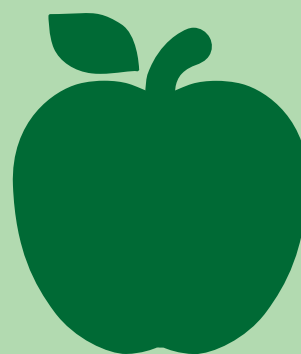


Studier om könsskillnader

Skillnader mellan kvinnor och män i diagnos-
specifik sjukfrånvaro, könsskillnader inom
assistansersättningen, samt en kunskapsöversikt
av tidigare studier



Utgivare: Försäkringskassan
Analys och prognos

Upplysningar: Carlos Arreyes
010-116 90 72
carlos.arreyes@forsakringskassan.se

Webbplats: www.forsakringskassan.se

Förord

Avdelningen för Analys och prognos på Försäkringskassan producerar löpande statistik, prognoser och analyser för att bidra till kunskapsläget kring socialförsäkringens effekter för individ och samhälle. Som en del i detta görs även särskilda statistiska analysrapporter publicerade inom ramen för serien Socialförsäkringsrapport.

I regleringsbrevet för budgetåret 2014 fick Försäkringskassan i uppdrag att bedriva ett utvecklingsarbete i syfte att verksamheten ska bidra till att nå de jämställdhetspolitiska målen. Jämställdhetsintegreringsarbetet bestod av ett flertal delprojekt där de fördjupade studierna var ett utav dessa. Delprojektets huvudsyfte har varit att undersöka om det förekommer könsskillnader i socialförsäkringen samt beskriva hur dessa i så fall ser ut.

Denna Socialförsäkringsrapport är en del av det pågående jämställdhetsintegreringsarbetet och ett svar på delprojektet fördjupade studier i regeringsuppdraget och innehåller två studier och en kunskapsöversikt av tidigare rapporter med fokus på könsskillnader. Den första rapporten handlar om sjukfrånvaro för kvinnor och män i olika diagnoser och den andra om skillnader inom assistansersättningen. Kunskapsöversikten tar upp tidigare studier om sjukpenning/ rehabiliteringsersättning, handikappersättning, arbetsskador, assistansersättning och bilstöd.

Rapporten baseras på analys av registerdata vid Försäkringskassan och slutsatsen är att det för ett fåtal av de studerade diagnoserna finns skillnader mellan kvinnor och män i sjukfrånvaro och att det även förekommer en marginell men systematisk återkommande skillnad inom assistansersättningen mellan kvinnor och män.

Projektgruppen som har jobbat med studien har bestått av Margaretha Voss, Marit Gisselmann, Ieva Reine, Martin Hurtig, Hans Andersson och Carlos Arreyes vid Försäkringskassans avdelning för analys och prognos.

Ett stort tack riktas till Eskil Wadensjö, Institutet för social forskning vid Stockholms universitet, och Pål Wilkens, avdelningen för Analys och prognos vid Försäkringskassans huvudkontor. I egenskap av granskare av rapporten har de bidragit med värdefulla kommentarer.

Stockholm, juni 2015

Laura Hartman
Chef för Avdelningen för analys och prognos
Försäkringskassan

Innehåll

Sammanfattning	5
Inledning	6
Uppdrag.....	6
Disposition, data och frågeställningar	7
Sjukfrånvaro, skillnader i diagnosspecifik sjukfrånvaro mellan kvinnor och män	8
Inledning	8
Material och metod.....	11
Resultat	14
Diskussion	18
Könsskillnader inom assistansersättningen	21
Inledning	21
Utvecklingen av antal kvinnor och män inom assistansersättningen.....	22
Utvecklingen av antal beviljade timmar för kvinnor och män inom assistansersättningen.....	23
Diskussion	24
Spelar kön någon roll? Osakliga könsskillnader inom handläggning och beslut – en kunskapsöversikt	26
Kunskapsöversikt för stöd till handläggare.....	26
Likformig och rättsäker tillämpning av socialförsäkringen?.....	26
Sakliga och osakliga skillnader	27
Osaklighet och genusperspektiv	27
Hur studeras osakliga könsskillnader i handläggning och beslut?.....	27
Avgränsningar och upplägg.....	29
Registerstudier, aktstudier och intervjustudier av könsskillnader	30
Vignettstudier av könsskillnader	40
Sammanfattande diskussion och reflektioner	44
Avslutande diskussion	47
Sjukfrånvaroenalysen	47
Studien om assistansersättningen	48
Kunskapsöversikten	48
Referenser	50
Bilaga 1	52
Bilaga 2	55

Sammanfattning

Försäkringskassan fick i uppdrag att bedriva ett utvecklingsarbete i regleringsbrevet för budgetåret 2014 i syfte att verksamheten ska bidra till att nå de jämställdhetspolitiska målen. Ett utav delprojekten var de fördjupade studierna av könsskillnader. Huvudsyftet i delprojektet har varit att undersöka om det förekommer könsskillnader i socialförsäkringen samt beskriva hur dessa i så fall ser ut.

Rapporten består av två olika studier samt en kunskapsöversikt. Den första studien handlar om sjukfrånvaro för kvinnor och män i åtta olika diagnoser. Studien visar att det föreligger skillnader i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män inom samma sjukskrivningsdiagnos för tre utav diagnoserna där kvinnorna avslutar sina sjukfall senare än männen. För övriga diagnoser kan man se att kvinnor och män avslutar sina sjukfall under en jämförbar tidsperiod.

Den andra studien görs för förmånen assistansersättning och visar att män beviljas ett högre genomsnittligt antal assistanstimmar för alla år utom de allra första under perioden då förmånen infördes. För åren 1998–2014 är denna skillnad statistiskt säkerställd.

Rapporten innehåller också en begränsad kunskapsöversikt över studier av könsskillnader inom Försäkringskassans handläggning och beslut. Kunskapsöversikten tar upp studier genomförda av Försäkringskassan, Riksförsäkringsverket samt Inspektionen för socialförsäkringen från 1998 och framåt. De förmåner som tas upp i översikten är sjukpenning/ rehabiliteringsersättning¹, handikappersättning, arbetsskador, assistansersättning och bilstöd.

Studierna som ingår i kunskapsöversikten har funnit könsskillnader inom de förmåner som studerats. I samtliga dessa förmåner utom bilstöd, har resultaten tagit hänsyn till yrke, ålder, diagnos och dylika kontrollvariabler. Könsskillnaderna försvinner inte när man kontrollerar för dessa variabler. Det betyder att skillnaderna kan bero på de försäkrades könstillhörighet.

I studierna påpekas att könsskillnaderna kan bero på att handläggarens bedömning bara är en del i en längre kedja av underlag, krav och förväntningar från andra parter. Försäkringskassan är endast en av flera instanser den försäkrade möter och där könsskillnader kan uppstå.

¹ Tidigare studier har inte behandlat sjukpenning och rehabiliteringsersättning som skilda förmåner. Framst med anledning av att handläggningen av dessa förmåner ingår i sammanhängande sjukfall. Statistiken för t.ex. sjukfallens längd kombinerar både tid med sjukpenning och tid med rehabiliteringsersättning.

Inledning

Uppdrag

Försäkringskassan fick i uppdrag att bedriva ett utvecklingsarbete i syfte att bidra till att nå de jämställdhetspolitiska målen i regleringebrevet för budgetåret 2014. Genomförandet skulle i huvudsak ske i enlighet med Försäkringskassans plan för jämställdhetsintegrering:

Försäkringskassans plan för jämställdhetsintegrering i korthet

- Det första målet är att Försäkringskassan ska ha en tydlig styrning mot det jämställdhetspolitiska uppdraget. Jämställdhetsperspektivet ska vara tydligt både i styrningen av Försäkringskassan och i verksamhetsplaneringen. Alla medarbetare ska på sikt genomgå utbildning i jämställdhetsintegrering. En särskild utbildningsinsats planeras för controllers.
- Nästa mål är att osakliga könsskillnader inte ska förekomma i Försäkringskassans handläggning och beslut. Om osakliga könsskillnader skulle förekomma i Försäkringskassans ska fördjupade studier om varför det sker göras och handläggarstöd utvecklas utifrån resultaten. De ska ge kunskap till nya stöd för medarbetarna att tänka jämställt. Alla utbildningar ska ha ett tydligt jämställdhetsperspektiv. Dessutom ska vi ta fram nya utbildningar om jämställdhet. Vi ska undersöka hur mäns våld mot kvinnor påverkar sjukskrivning och hur det i sin tur påverkar Försäkringskassans verksamhet.
- Det tredje målet är att Försäkringskassan ska arbeta för ett jämställt nyttjande av socialförsäkringens förmåner. Försäkringskassan ska informera kunder tydligare och oftare om bland annat möjligheten att dela jämställt på föräldraförmåner. Försäkringskassan kommer också att genomföra några större informationsinsatser under året².
- Sista målet är att Försäkringskassan ska arbeta systematiskt och hållbart med jämställdhetsintegrering. Alla medarbetare behöver känna till vad jämställdhetsintegrering är och vad det innebär. I dag tar Försäkringskassan fram könsuppdelad statistik. Försäkringskassan ska utveckla den, göra fler analyser och använda resultaten mer effektivt. I upphandlingar ska jämställdhetsperspektivet finnas med.

I enlighet med Försäkringskassans plan för jämställdhetsintegrering har två studier gjorts vars syfte är att undersöka om det förekommer könsskillnader i sjukfrånvaro samt inom förmånen assistansersättning.

² Då planen togs fram innan jämställdhetsintegreringsarbetet påbörjades så är det 2014 som avses, dvs. när jämställdhetsintegreringsprojektet genomfördes.

Dessa studier utgör ett underlag för att framför allt uppnå målet att osakliga könsskillnader inte ska förekomma i Försäkringskassans handläggning, bemötande och beslut.

Rapporten innefattar också en kunskapsöversikt över studier av könsskillnader inom Försäkringskassans handläggning och beslut. Underlaget ska användas för utvecklande av handläggarstöd inom ramen för Försäkringskassans utvecklingsarbete för jämställdhetsintegrering.

Disposition, data och frågeställningar

Rapporten består av två studier och en kunskapsöversikt över studier av könsskillnader inom Försäkringskassans handläggning och beslut.

I den första analysen, *Sjukfrånvaro, skillnader i diagnosspecifik sjukfrånvaro mellan kvinnor och män*, utgörs studiepopulationen av alla kvinnor och män i åldern 20–63 år med ett *nytt sjukskrivningsfall* i åtta specifika diagnoser som varat längre än 14 dagar och som startade åren 2010 och 2011, totalt 51 458 individer. Populationen identifierades via databasen MikroData för Analys av Socialförsäkringen (MiDAS) och de hade inte tidigare varit sjukskrivna i den aktuella diagnosen. Syftet med studien är att beskriva och analysera eventuella könsskillnader i sjukfrånvaro.

För den andra analysen, *Könsskillnader inom assistansersättningen*, används registerdata. De registerdata som har använts kommer från Försäkringskassans eget datalager STORE och innefattar data från åren 1994–2013. Studien beskriver könsskillnader i antal personer som beviljats assistansersättning, samt könsskillnader i genomsnittligt antal beviljade assistanstimmar per vecka, mellan 1994 och 2014.

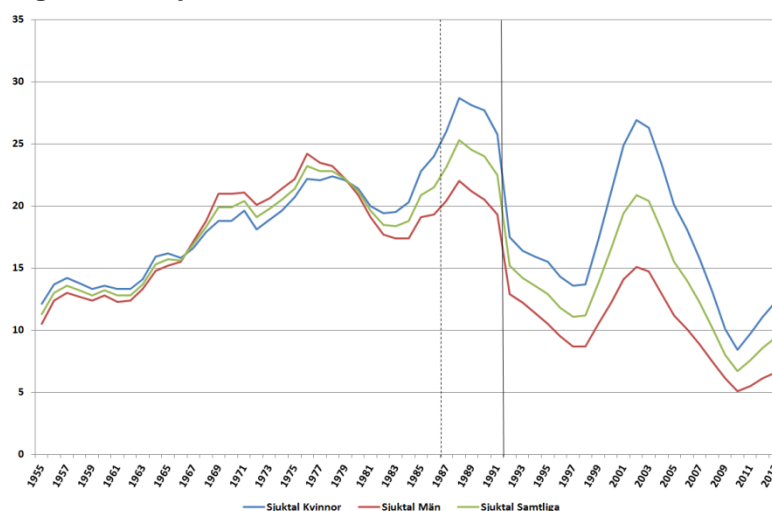
Kunskapsöversikten omfattar ett flertal studier av könsskillnader inom Försäkringskassans handläggning och beslut. För dessa studier har olika metoder använts för att genomföra analyser av könsskillnader. För studierna som ingår i kunskapsöversikten har registerdata, aktstudier, data inhämtade via vignettstudier och även intervjuer använts.

Sjukfrånvaro, skillnader i diagnosspecifik sjukfrånvaro mellan kvinnor och män

Inledning

Sedan 1955 omfattas i princip alla som bor eller arbetar i Sverige av den allmänna sjukförsäkringen. Hur sjukfrånvaron har utvecklats över tid mätt som *sjuktalet* uppdelat på kvinnor, män och för samtliga (kvinnor och män) redovisas i Figur 1.³ Från introduktionen av den allmänna sjukförsäkringen fram till och med 1967 har män en högre sjukfrånvaro än kvinnor men därefter har kvinnor generellt en högre sjukfrånvaro. Det framgår också att sjukfrånvaron ökar fram till och med slutet av 1970-talet och att variationen över tid är liten. Under 1980-talet ökar variationen i sjukfrånvaro samtidigt som skillnaden i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män ökar.⁴

Figur 1 Sjuktalet kvinnor och män, 1955–2013



Källa: Försäkringskassans officiella statistik

³ Antalet sjukskrivningsdagar per år och försäkrad. De lodräta strecken markerar ett par förändringar i sjukförsäkringen av betydelse för sjuktalet, 1987 avskaffades karensdagen och 1992 infördes en sjuklöneperiod.

⁴ I en nyligen publicerad analys lyfts främst följande faktorer av betydelse för förändringar i sjukfrånvaro över tid: arbetskraftens sammansättning, konjunktur och arbetsmarknad, regelverk, förtidspension, tillämpning av sjukförsäkringen, diagnossammansättning och administrationens kapacitet. Vidare drogs slutsatsen att för att förstå den nuvarande utvecklingen behövs mer kunskap om varför de psykiatriska diagnoserna ökar, och varför kvinnor är särskilt utsatta (Försäkringskassan 2014a).

Att kvinnor har en högre sjukfrånvaro än män är inte unikt för Sverige. I sju av åtta studerade länder, där Tyskland utgör undantaget, är kvinnor i genomsnitt mer frånvarande från arbetet än män på grund av sjukdom under åren 2009–2013 (Försäkringskassan, 2014a).

Sjukskrivning är tillsammans med annan medicinsk vård och behandling en vanligt förekommande läkarordination vid många sjukdomstillstånd och den varierar mellan kvinnor och män vad gäller längd och omfattning (hel- eller deltid) för olika sjukskrivningsdiagnoser.⁵

De vanligaste sjukskrivningsdiagnoserna i Sverige liksom i många andra länder är för både kvinnor och män psykiatriska diagnoser och rörelseorganens sjukdomar (Försäkringskassan 2014b).⁶ Risken att påbörja sjukfall med psykiatrisk diagnos är avsevärt högre för kvinnor än för män (Försäkringskassan 2014c). Psykiatriska sjukdomar motsvarar 44 procent av alla pågående sjukfall för kvinnor och 32 procent av alla fall för män i december 2013. Motsvarande siffror för sjukdomar i rörelseorganen är 24 respektive 28 procent för kvinnor och män (Försäkringskassan 2014b).

Orsaker till skillnader i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män har bland annat fokuserat på biologiska skillnader mellan könen, olikheter i hälsa och hälsobeteenden, livsstilsfaktorer, utbildning, ekonomi, yrke, könssegregerad arbetsmarknad, arbetsorganisation, fysisk och psykisk belastning i arbetet, individuella faktorer, olika aktörers hantering av sjukskrivningsfrågor samt bemötande. Därutöver har betydelsen av familjebildning för kvinnors, men även mäns risk för att bli sjukskriven studerats (Beemsterboer m.fl. 2009, Försäkringskassan 2013b och 2014d, SOU 2014:74).⁷

Kvinnor och män skiljer sig åt vad gäller sjuklighet och fördelning på olika diagnoser. Förutom de sjukdomar som uppstår i samband med barnafödande så drabbas kvinnor även i högre grad av bland annat reumatiska sjukdomar, multipel skleros, depression, ångestsjukdomar, benskörhet och kroniska smärttillstånd, såsom stresshuvudvärk och migrän (Sveriges kommuner och landsting 2014, Folkhälsomyndigheten 2014). Hjärtinfarkt är fortfarande vanligare bland män, även om förstagångsinsjuknanden minskar snabbare bland män än bland kvinnor. Skador, trafikolyckor, övervikt, och högt blodtryck är andra exempel på diagnoser där män är överrepresenterade (Folkhälsomyndigheten 2014).

Omotiverade skillnader mellan kvinnor och män i kontakten med hälso- och sjukvården kan vara bero på skillnader i symtombild, diagnosticering, behandling, sjukdomsförlopp, rehabilitering och hur man ser på kvinnor och män (Sveriges kommuner och landsting 2014, SOU 2014:74). En förklaring

⁵ För individen kan sjukfrånvaron ha både positiva och negativa konsekvenser med avseende på till exempel sjukdom, hälsa, livsstil, privatliv och inte minst arbetsliv (SBU 2003).

⁶ Pågående sjukfall i december 2013.

⁷ Det är inte enbart sjukfrånvaron som skiljer sig åt mellan könen. Från undersökningar av levnadsförhållanden (ULF-undersökningar) framgår att kvinnor i större utsträckning rapporterar dålig eller mycket dålig hälsa, sömnbesvär, trötthet, oro och ångest och att kvinnor söker läkarvård i större utsträckning än män (Försäkringskassan 2014a).

till detta kan vara att männen vanligtvis har varit normen vad gäller vård, behandling och i den medicinska forskningen. Detta skulle kunna orsaka att osakliga skillnader i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män uppstår.

Det stora aktörerna involverade i sjukskrivningsprocessen är hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, arbetsgivaren och den sjukskrivne själv. Dessa aktörers normer och föreställningar kring kvinnor och män och hur de behandlar kvinnor och män i sjukskrivningssituationen påverkar möjligheterna att uppnå en genusneutral sjukskrivningsprocess.

Den så kallade sjukskrivningsmiljarden och rehabiliteringsgarantin syftar till en jämställd och förbättrad sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess i hälso- och sjukvården.⁸ Den lyfter fram sjukskrivningen som en del av patientens vård och behandling. Ett resultat av detta är att landstingen numera har handlingsplaner med mål att synliggöra kvinnors och mäns skilda livsvillkor för att undvika genusbias i sjukskrivningsprocessen (Sveriges kommuner och landsting 2014).

Det kan även föreligga omedvetna och omotiverade skillnader i Försäkringskassans handläggning sjukfrånvaroärenden av kvinnor och män. En studie från Inspektionen för socialförsäkringen visade nyligen på skillnader i Försäkringskassan vid handläggning av sjukpenningärenden mellan kvinnor och män (Inspektionen för socialförsäkringen, 2013). I högre grad genomfördes det mer utredningar och insatser för kvinnor än för män, vilket i sig dock inte behöver betyda att det orsakar omotiverade skillnader i bedömning av sjukpenning mellan könen.

År 2008 introducerades det försäkringsmedicinska beslutsstödet som ett hjälpmedel för sjukskrivande läkare och som stöd för Försäkringskassans handläggare vid bedömning av rätt till ersättning. Beslutsstödet syftar bland annat till att säkerställa att kvinnor och män bemöts likvärdigt samt bedöms och åtgärdade utifrån en helhetssyn utifrån sina individuella behov och inte utifrån föreställningar om kön.

Socialstyrelsen genomförde 2013 en granskning av det försäkringsmedicinska beslutsstödet ur ett genusperspektiv. Granskningen pekar på att:

- kända könsskillnader i symtom, prognos och behandling sällan lyfts fram
- vetenskapliga belägg generellt sällan styrks med referenser
- könsskillnader för rekommendationer om deltidssjukskrivning förekommer
- yrkets belastningsgrad exemplifieras med mansdominerade yrken
- värdeladdade ord förekommer oftare i diagnoser som drabbar kvinnor
- skrivningar om våld saknas

⁸ Genom överenskommelser mellan staten och Sveriges kommuner och landsting, se SKL 2015.

Framför allt har skillnaderna varit till kvinnors nackdel men de har även varit till mäns nackdel. Ett exempel från Socialstyrelsens granskning var att cancersjukdomar som drabbar kvinnor har ett tydligare fokus på återgång i arbete, deltidssjukskrivning, arbetsanpassning och arbetsförmåga även under pågående behandling. Det kan leda till en omotiverad skillnad mellan könen där kvinnor i högre grad än män förväntas ha arbetsförmåga under pågående behandling, medan rekommendationerna för tumörsjukdomar som män drabbas av istället lyfter fram praktiska problem som till exempel svårighet att resa till arbetet. Socialstyrelsen ställer sig frågan om det finns vetenskapligt stöd för könsskillnader i arbetsförmåga vid cancerformer som drabbar båda könen eller vid könsspecifika cancerdiagnoser.

Syfte

Kunskap baserat på tidigare forskning tillsammans med Socialstyrelsens granskning av det försäkringsmedicinska beslutsstödet ur ett genusperspektiv visar att könsskillnader uppstår tidigt i sjukskrivningsprocessen.

Mot den bakgrunden är syftet med denna studie att beskriva och analysera eventuella könsskillnader i sjukfrånvaro. Analyserna görs med avseende på skillnader i sjukskrivningslängd, förekomst av partiell sjukskrivning och förmånstyp mellan kvinnor och män för åtta olika sjukskrivningsdiagnoser.⁹

Material och metod

Studiepopulation

Studiepopulationen utgörs av alla kvinnor och män i åldern 20–63 år med ett *nytt sjukskrivningsfall* i åtta utvalda diagnoser som varat längre än 14 dagar och som startade åren 2010 och 2011, totalt 51 458 individer hade inte tidigare varit sjukskrivna i den aktuella diagnosen.¹⁰ Populationen identifierades via databasen MikroData för Analys av Socialförsäkringen (MiDAS).

⁹ En högre andel kvinnor har partiell sjukskrivning i vissa diagnoser med längre sjukfall. Det är sedan tidigare känt att kvinnor i större omfattning har partiell sjukskrivning (Försäkringskassan 2008a). Socialstyrelsen fann även i sin granskning av det försäkringsmedicinska beslutsstödet att partiell sjukskrivning rekommenderades i högre grad för kvinnor än för män (Socialstyrelsen 2013a).

¹⁰ 2010 och 2011 uppfyllde 25 443 respektive 26 015 individer villkoret för att ingå i populationen: att de ej varit sjukskrivna i den aktuella diagnosen inom fem år före det aktuella sjukfallet. Endast sjukfall där personen inte varit sjukskriven i den aktuella diagnosen inom fem år före det aktuella sjukfallet har inkluderats i studien. Detta strikta krav innebär att vi har ett högre medianvärde för sjukfallslängd för diagnoserna med längre sjukfall (tjocktarms- och lungcancer samt hjärninfarkt) jämfört med en tidigare studie (Lidwall 2014). Däremot överensstämmer medianlängden för de övriga diagnosgrupperna med den tidigare studien.

Diagnoser

De åtta diagnoser som ingår i studien är: tjocktarmscancer (med ICD 10 kod C18), lungcancer (C34), depressiv episod (F32), ångestsyndrom (F41), hjärninfarkt (I63), lunginflammation (J18), akut blindtarmsinflammation (K35) och ryggvärk (M54).¹¹ Endast information om huvuddiagnos finns tillgänglig.

Diagnoserna valdes med avseende på förekomst, sjukdomsförlopp, sjukskrivningslängd och att diagnoserna skulle vara relativt jämnt fördelade mellan kvinnor och män. Depressiv episod, ångestsyndrom och ryggvärk representerar några av de vanligast förekommande sjukskrivningsdiagnoserna. Även cancerdiagnoser är en stor grupp och representeras av tjocktarmscancer och lungcancer.¹² Lunginflammation och akut blindtarmsinflammation är diagnoser med relativt akut förlopp och relativt korta sjukfall. Hjärninfarkt som också har ett akut förlopp innebär dock generellt längre sjukskrivningstider.¹³

Depressiv episod och ryggvärk är de största diagnosgrupperna i studien med 18 000 respektive 17 000 förstagångsinsjuknande (tabell 1). Tjocktarmscancer och lungcancer är mindre vanliga med färre än 500 sjukskrivna. En relativt jämn könsfördelning ses för lungcancer, lunginflammation och ryggvärk. Däremot ses en större andel kvinnor med depressiv episod och ångestsyndrom, cirka 65 procent kvinnor. Män dominerade inom diagnoserna hjärninfarkt (knapp 70 procent) och akut blindtarmsinflammation och tjocktarmscancer (knapp 60 procent). Medelåldern vid tiden för insjukandet i de olika diagnoserna är jämförbara mellan kvinnor och män, se Tabell 1. En högre genomsnittlig ålder har dock individer med lungcancer, tjocktarmscancer och hjärninfarkt än övriga diagnoser.

Tabell 1 **Antal och andel (%) kvinnor och män i åldern 20–63 år med minst ett nytt sjukfall >14 dagar som startat 2010–2011 med utvalda diagnoser (ICD-10 kod) och medelålder vid sjukfallets start**

Diagnos	Kvinnor			Män			Totalt Antal
	Antal	%	Ålder*	Antal	%	Ålder*	
Tjocktarmscancer (C18)	204	42,3	54	278	57,7	54	482
Lungcancer (C34)	176	54,8	55	145	45,2	56	321
Depressiv episod (F32)	11 785	64,8	40	6 411	35,2	39	18 196
Ångestsyndrom (F41)	4 721	64,0	38	2 660	36,0	39	7 381
Hjärninfarkt (I63)	433	30,2	52	1 003	69,8	54	1 436
Lunginflammation (J18)	3 143	56,4	45	2 425	43,6	44	5 568
Akut blindtarmsinfl.(K35)	419	40,6	41	614	59,4	39	1 033
Ryggvärk (M54)	8 498	49,9	42	8 543	50,1	43	17 041
Totalt	29 379	57,1		22 079	42,9		51 458

* Medelålder, år

¹¹ International Classification of Diseases and Health Related Problems, svensk version 10 (ICD10, treställig alfanumerisk kod med en bokstav och två siffror)

¹² Tumör i luftrör eller lunga

¹³ Hjärninfarkt utgör 85 procent av all stroke

Sjukfrånvaro

De sjukfall som ingår i studien är det *första* sjukskrivningsfallet längre än 14 dagar i någon av sjukskrivningsdiagnoserna och där individen inte har varit sjukskriven i den studerade diagnosen inom en period om fem år före det aktuella sjukfallet.

I analyserna av sjukfrånvaro används följande mått:

Antalet sjukpenningdagar (medelvärde och median) beräknas för alla sjukdagar från första sjukdagen fram till och med sjukfallets slutdatum i de sjukfall som är längre än 14 dagar. Bruttodagar redovisas vilket innebär att alla dagar med sjukfrånvaro räknas, oavsett hel eller partiell sjukfrånvaro.

Sjukfallets omfattning är ett genomsnitt för hela sjukfallet och beräknas genom att ta kvoten mellan antalet nettodagar och antalet bruttodagar.

Typ av beviljad ersättning redovisas som sjuk-, förebyggande-, rehabiliterings- eller arbetsskadesjukpenning.

Statistisk analys

Beskrivande data presenteras som antal och andelar (procent) separat för kvinnor och män för de studerade diagnoserna.

Med Cox proportional hazard regression beräknas *återgång till arbete* för kvinnor jämfört med män. En 95-procents konfidensintervall anger den osäkerhet slumpen bidrar med i skattningen. Vid uppföljningens start är alla i populationen sjukskrivna och tiden fram till att sjukfallet avslutas beräknas för alla individer. När ett sjukfall avslutas tolkas det som att personen är åter i arbete (eller motsvarande). Personer som under uppföljningen övergår till sjuk- och aktivitetsersättning, emigrerar, avlider eller av annan anledning inte går att följa bidrar med tid i studien fram tills dess.¹⁴

Ett punktestimat från Cox-regressionen som överstiger 1,0 (med ett undre konfidensintervall som *inte* innefattar 1,0) tolkas som att återgång i arbetet sker signifikant tidigare än för jämförelsegruppen (referensvärde 1,0). På motsvarande sätt tolkas ett punktestimat under 1,0 (med ett övre konfidensintervall som *inte* innefattar 1,0) att återgång till arbetet sker senare än för jämförelsegruppen. Jämförelsegruppen är män med ett sjukfall i samma diagnos.

¹⁴ Från tidigare studier vet vi att förutom kön är det andra faktorer som samvarierar med risken att bli sjukskriven. Det behöver inte betyda att det är samma faktorer som påverkar möjligheterna att återgå till arbetet efter ett sjukfall men i denna studie har vi valt att kontrollera för några av de kända riskfaktorerna för sjukfrånvaro. Dels är det faktorer kopplade till individen, såsom ålder, födelseland, utbildningsnivå och barn. Tidigare sjukfrånvaro är den starkaste prediktorn för att bli sjukskriven vilket vi också kontrollerar för i analysen. Dessutom samvarierar både fysiska och psykiska krav i arbetet med sjukfrånvaro vilket vi på ett grovt sätt kan fånga med hjälp av yrke. Att vara anställd eller arbetslös samvarierar också med sjukfrånvaro (Försäkringskassan 2014a). I denna studie har vi även kontrollerat för dödsfall som har inträffat efter sjukfallets avslut. Skillnader i dödlighet mellan kvinnor och män skulle annars kunnat vara en förklaring till eventuella skillnader i återgång till arbete mellan kvinnor och män.

Resultaten presenteras dels som ojusterade relativa risker dels som justerade relativa risker. I de justerade relativa riskerna tas hänsyn till faktorer som i tidigare studier har visat sig samvariera med sjukfrånvaro. De faktorer som vi har justerat för i denna studie är: ålder, födelseland, högsta utbildningsnivå, yrke, sjukpenninggrundande inkomst, försäkradtyp (anställd/arbetslös), hemmavarande barn, boendelän, sjukfallets startmånad, tidigare sjukfrånvaro samt om individen avlider efter det att sjukfallet avslutats.^{15 16}

Resultat

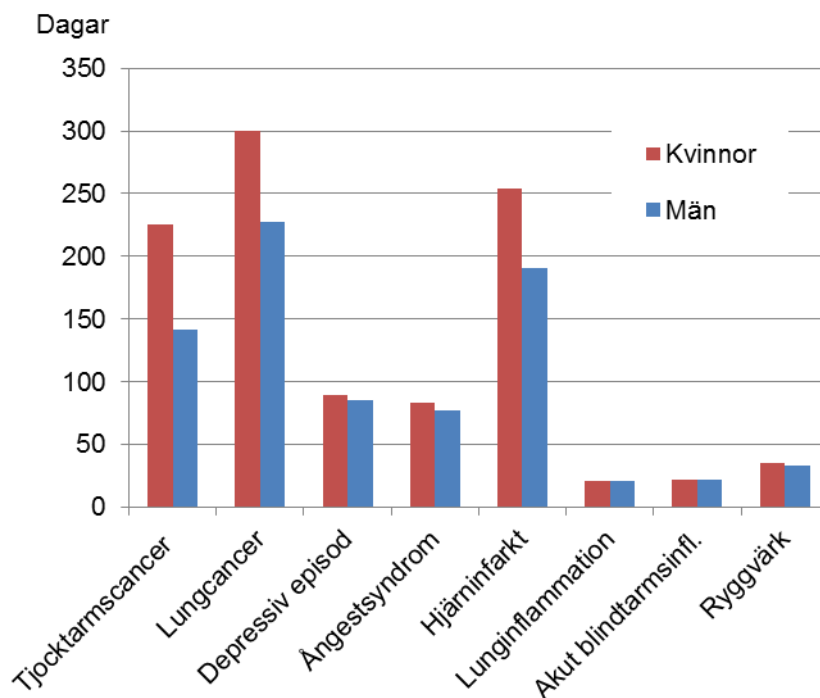
Flest sjukfrånvarodagar (medianvärdet) beviljas för tjocktarmscancer, lungcancer och hjärninfarkt, med medianvärden för kvinnor och män på mellan 300 respektive 227 dagar (figur 2). De kortaste sjukfallen har lunginflammation, akut blindtarmsinflammation och ryggvärk, på mellan 21 och 35 dagar. Resultaten visar även att antalet sjukfrånvarodagar är högre för kvinnor jämfört med män i diagnoser med långa sjukfall, dvs. tjocktarmscancer, lungcancer och hjärninfarkt. För depressiv episod, ångestsyndrom och ryggvärk är medianvärde marginellt högre för kvinnor än för män. Medianvärdet för sjukfrånvarodagar ligger däremot på samma nivå för kvinnor och män för lunginflammation och akut blindtarmsinflammation.¹⁷

¹⁵ Under uppföljningsperioden (fram till och med 2014-07-03) avled 53 kvinnor (26%) och 100 män (36%) av personer med diagnos tjocktarmscancer. I gruppen med lungcancer avled 128 kvinnor (63%) och 107 män (74%). För övriga diagnosgrupper avled mellan 0-4%.

¹⁶ De oberoende variablernas som justeras för i analyserna beskrivs i bilaga 1.

¹⁷ Det genomsnittliga antalet sjukfrånvarodagar (bruttodagar) framgår av tabell 5 i bilaga 1.

Figur 2 Antal sjukfrånvarodagar (medianvärdet) per diagnos för kvinnor och män 20–63 år med ett sjukfall >14 dagar under perioden 2010–2011



Sjukförmån

Vid starten av alla sjukfall, oavsett diagnos, har 99 procent av både kvinnor och män *sjukpenning* som förmån. När sjukfallet avslutas är sjukpenning fortfarande den dominerande förmånen, 86 procent respektive 88 procent för kvinnor och män (tabell 2). En högre andel med annan förmån, vanligtvis förlängd sjukpenning och fortsatt sjukpenning, ses för de tre diagnoserna med generellt längre sjukfall, tjocktarmscancer, lungcancer och hjärnfarkt. Resultaten visar att kvinnor med lungcancer har en högre andel *annan sjukpenning* jämfört med män med samma diagnos. Förklaringen är att kvinnor har längre sjukfall jämfört med män, vilket ökar möjligheten att ändra förmånsslag.

Tabell 2 Fördelning av sjukpenning, annan sjukpenning och rehabiliteringspenning i slutet av sjukfallet för kvinnor och män, 20–63 år, med sjukfall som startat 2010–2011 med diagnoserna tjocktarmscancer, lungcancer och hjärnfarkt

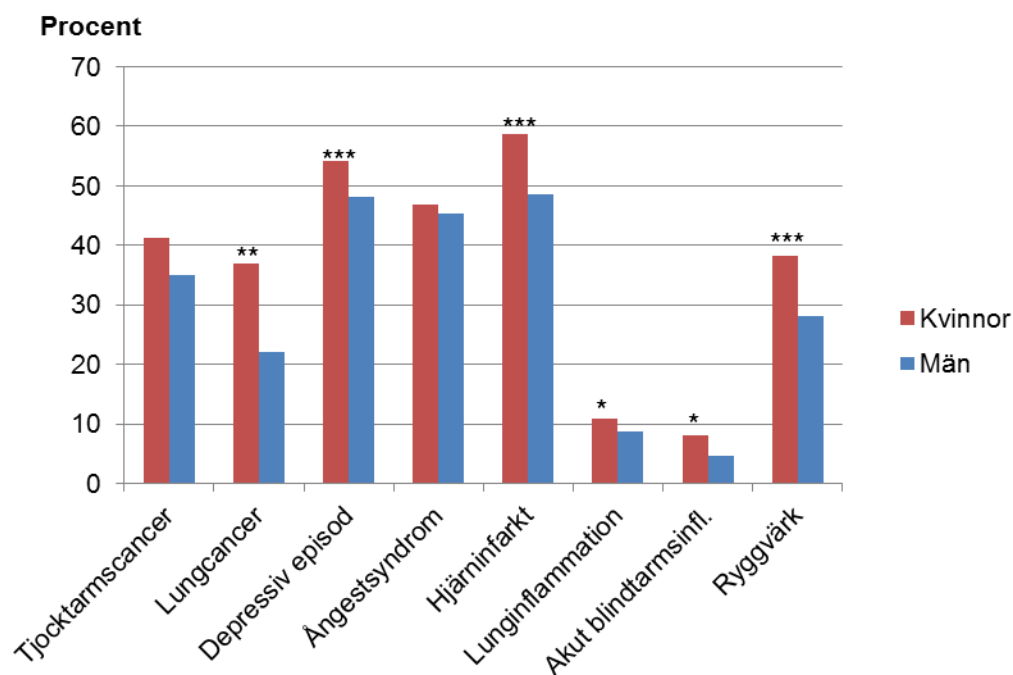
	Kvinna			Man		
	Sjukpenning	Annan sjukp.*	Rehab. penning	Sjukpenning	Annan sjukp.*	Rehab. penning
Tjocktarmscancer	74,0	26,0	0,0	76,6	23,0	0,4
Lungcancer	56,8	42,1	1,1	69,7	30,3	0,0
Hjärnfarkt	58,9	36,3	4,9	62,2	34,5	4,3

* Förlängd sjukpenning och fortsatt sjukpenning

Partiell sjukskrivning

Hjärnfarkt är den diagnosgrupp med högst andel partiell sjukskrivning någon gång under sjukfallet, 59 respektive 49 procent för kvinnor och män. Det är vanligare med partiell sjukskrivning bland kvinnor i diagnoser med längre sjukfall, dvs. lungcancer, depressiv episod hjärnfarkt och ryggvärk, Figur 3. Störst skillnad (procentenheter) i partiell sjukskrivning har lungcancer, 37 procent kvinnor och 22 procent män har partiell sjukskrivning någon gång under sjukfallet.

Figur 3 Andelen kvinnor och män, 20–63 år, i respektive diagnos och där partiell sjukskrivning förekommer någon period under sjukfall som startar 2010–2011



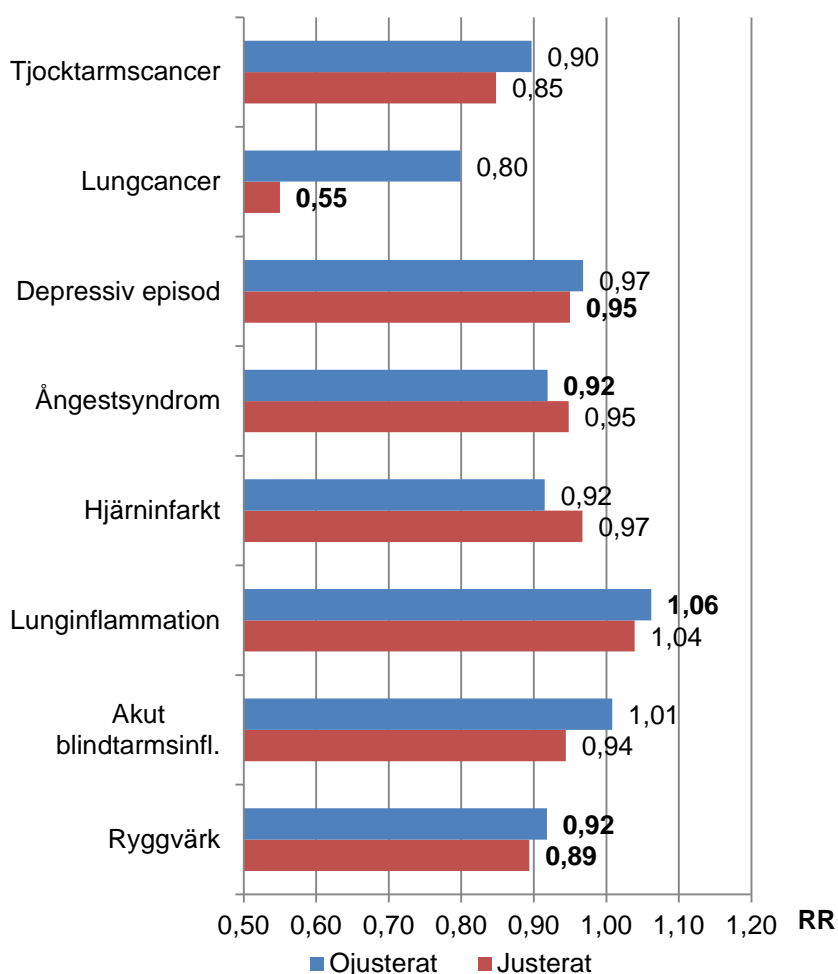
Signifikant skillnad mellan kvinnor och män på 0,1% (***), 1% (**) och 5% (*) nivå.

Återgång till arbete

Figur 4 visar kvinnors återgång till arbete jämfört med män. Röda staplar visar värden med kontroll för andra faktorer som kan påverka sambandet mellan kön och sjukfrånvaro (ålder, födelseland, boendelän, antal barn, högsta utbildningsnivå, yrke, anställd/arbetslös, tidigare sjukfrånvaro sjukfallets startmånad och personen avlider).¹⁸ Efter kontroll för dessa variabler visar resultaten att kvinnor med diagnoserna lungcancer, depressiv episod och ryggvärk har längre sjukfall och därmed återgår till arbetet senare än män.

¹⁸ Dessa variabler beskrivs närmare i bilaga 1.

Figur 4 Relativa risker (ojusterade och justerade) för kvinnor jämfört med män (referens=1) att återgå till arbete. Siffror med fet stil anger att resultatet är statistiskt signifikant.¹⁹



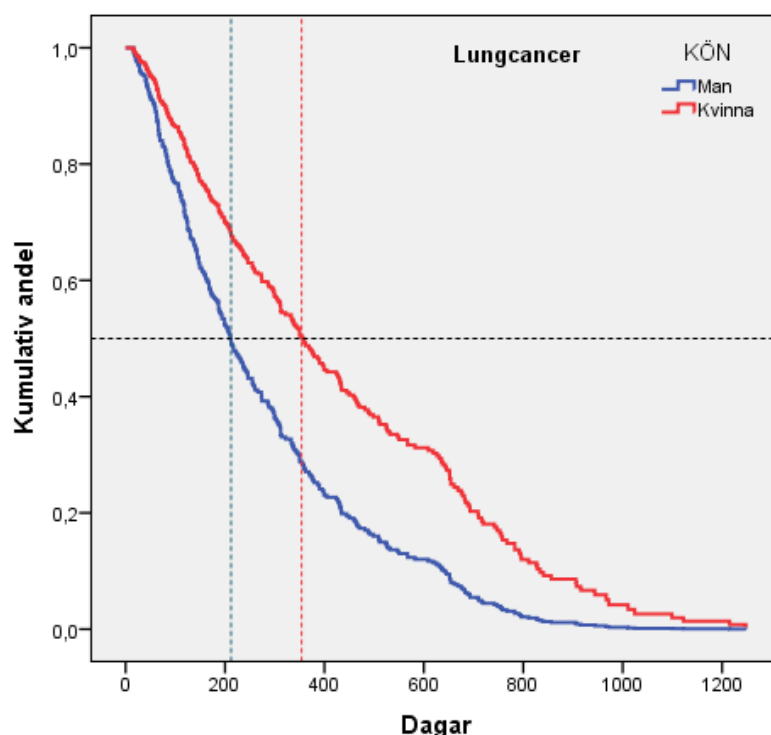
Skillnader i tid mellan kvinnor och män för att avsluta sjukfall med diagnos lungcancer presenteras i Figur 5.²⁰ Där framgår att 50 procent av kvinnors sjukfall i lungcancer avslutar inom ca 340 dagar, motsvarande siffra för män är 215 dagar. För depressiv episod och ryggvärk är skillnaderna inte lika tydliga men depressiv episod och ryggvärk har ett snabbare avslut som visar sig i en brantare kurva.²¹

¹⁹ Konfidensintervall som inte innefattar 1,00.

²⁰ Kaplan Meier överlevnadskurvor efter kontroll för socioekonomiska och sociodemografiska faktorer.

²¹ Se figur 9 i bilaga 1.

Figur 5 Avslutningstidpunkt för sjukfall i lungcancer



Diskussion

Sedan början av 1980-talet har kvinnor haft en högre sjukfrånvaro än män. Flera aktörer är involverade i sjukskrivningsprocessen och könsskillnader kan uppstå i olika delar av den. Syftet med denna studie är att beskriva och fördjupa analysen av dessa könsskillnader i sjukfrånvaro. Åtta olika diagnoser ingår i analyserna och för majoriteten av de studerade diagnoserna avslutar kvinnor och män sina sjukfall inom samma tidsperiod. För lungcancer, depressiv episod och ryggvärk avslutar kvinnor sjukfall senare än män.

Lungcancer är den diagnos där skillnaden i tid för att avsluta sjukfall är störst mellan kvinnor och män. Det tar betydligt längre tid för kvinnor att avsluta dessa sjukfall. Resultatet skiljer sig från vad som rapporteras från en nederländsk studie som inte fann någon skillnad i återgång till arbetet efter lungcancer mellan kvinnor och män (Roelen m.fl. 2011). En förklaring till detta kan vara att kriterierna för att ingå i studierna skilde sig åt.

Lungcancer drabbar kvinnor och män i samma utsträckning (Cancerfonden och Socialstyrelsen, 2013). Det är den femte största cancerdiagnosen och den vanligaste cancerrelaterade dödsorsaken.²² Den främsta riksfaktorn för att drabbas av lungcancer är rökning.²³

²² Den åldersstandardiserade 1-årsöverlevnaden i Sverige är 47 respektive 40 procent för kvinnor och män, och 5-årsöverlevnaden är 19,4 och 13,6 för kvinnor och män.

²³ I SCB:s ULF-undersökning 2011 rapporterade 14 procent respektive 13 procent av kvinnor och män att de var dagligrökare. Andra riskfaktorer är bland annat hög alkoholkonsumtion, låg fysisk aktivitet och övervikt. Lågutbildade har en högre risk att insjukna och skillnaderna varierar över landet.

Cancers lokalisering och allvarlighetsgrad tillsammans med hur tidigt en patient med symtom söker vård, eventuell samsjuklighet och ålder avgör prognosen för överlevnad och möjlighet att återgå till arbete.²⁴ Skillnader i bl.a. behandling och biverkningar skulle kunna förklara en del av kvinnors längre sjukfall vid lungcancer.

I de två vanligaste sjukskrivningsdiagnoserna, depressiv episod och ryggvärk, avslutar kvinnor sina sjukfall senare än män. Skillnaderna är dock inte lika stora som för lungcancer. För två andra diagnoser med jämförelsevis långa sjukskrivningstider, tjocktarmscancer och hjärninfarkt, framkommer ingen skillnad i sjukfallslängd mellan könen.

För akut blindtarmsinflammation och lunginflammation avslutar kvinnor och män sjukfall inom likvärdiga tidsperioder. Möjliga förklaringar till detta kan vara att det är två väl avgränsade diagnoser med ett relativt akut förlopp och kortare sjukskrivningar vilket ger mindre spelrum för variationer. Data finns endast för huvuddiagnos, men sannolikt förekommer samsjuklighet i lägre omfattning än för andra mer kroniska diagnoser.

Sammantaget för de diagnoser där det förekommer en skillnad avslutar kvinnorna sina sjukfall senare än männen.

I denna studie har vi enbart analyserat längden på det första sjukfallet i de aktuella diagnoserna. Eventuell fortsatt sjukfrånvaro med samma diagnos är okänt. Det skulle vara värdefullt att följa individernas fortsatta sjukskrivning i med syfte att studera *varaktig* återgång till arbetet. Dessutom skulle det vara angeläget att kunna särskilja personer där det förekommer multi-sjuklighet.

Orsaken till de skillnader och likheter i sjukfrånvarons längd som vi har pekat på kan ha olika möjliga förklaringar som vi inte har haft möjlighet att ta hänsyn till i denna studie.²⁵ Det är flera olika aktörer involverade när en individ blir sjukskriven och som därmed kan påverka utvecklingen av sjukskrivningsprocessen.

Hälso- och sjukvården är en viktig aktör med ansvar för den medicinska vården och den medicinska rehabiliteringen. Inom hälso- och sjukvården är ofta olika professioner engagerade i vård och behandling, exempelvis psykologer, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Den behandlade läkaren utfärdar sjukintyg och medicinska underlag som baseras på den samlade bedömningen av individens arbetsförmåga.

²⁴ Kirurgi, strålning och cellgifter är behandlingar som pågår i längre eller kortare tid. Vanliga biverkningar är trötthet, nedsatt kognitiv förmåga, infektionskänslighet och psykiska reaktioner (Socialstyrelsen, Försäkringsmedicinskt beslutsstöd).

²⁵ Oavsett när i tiden sjukskrivningarna för kvinnor och män avslutas och att vi har kontrollerat för ett flertal viktiga faktorer kan vi inte uttala oss om det är adekvat sjukskrivning som beviljats. Vi har t.ex. inte kunnat ta hänsyn till sjukdomens svårighetsgrad, eventuella komplikationer, individens arbetsförmåga och fysiska och psykiska krav i arbetet.

Arbetsgivaren är en viktig aktör och ansvarar enligt arbetsmiljölagstiftningen för att underlätta arbetstagarens återgång till arbete efter en sjukskrivning. Det kan handla om att förändra eller helt byta arbetsuppgifter, utbildning, anskaffa särskilda hjälpmedel eller anpassningar av den fysiska eller psykiska arbetsmiljön. Därutöver ansvarar Arbetsförmedlingen för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen och ofta är arbetspsykologer, arbetsterapeuter och fysioterapeuter engagerade. Även Socialtjänsten kan vara inkopplad för att hjälpa personer med olika sociala och ekonomiska problem.

Den personliga handläggaren på Försäkringskassan har ett samlat ansvar för patientens sjukförsäkringsärende. I ansvaret ingår både att bedöma rätten till sjukpenning, planera framåt tillsammans med patienten och att samordna rehabiliteringsinsatser med övriga aktörer.²⁶

Inspektionen för socialförsäkringen visade nyligen att Försäkringskassan till stora delar gör samma bedömning av arbetsförmågan som den sjukskrivande läkaren gör med avseende på omfattning och sjukskrivningslängd när det gäller den första perioden i ett sjukfall som vara längre än 14 dagar.²⁷

För att ytterligare belysa frågan om eventuella osakliga könsskillnader i Försäkringskassans hantering i sjukskrivningsärenden bör denna registerstudie kompletteras med t.ex. en aktgranskning med syfte att studera om resonemang, motivering och bedömningar av sjukskrivning ser lika ut för kvinnor och män i samma diagnos och om det finns könsskillnader som är kopplade till typ av diagnos. Även resonemang om sjukdomens allvarlighetsgrad och prognos bör vara av intresse.

Vid bedömningen av rätt till sjukpenning finns ett visst mått av bedömningsutrymme varför det finns anledning att även fortsättningsvis studera om det föreligger osakliga skillnader i sjukskrivning mellan kvinnor och män. Frågan bör då belysas ur ett bredare perspektiv och involvera andra aktörers aktiviteter i sjukskrivningsprocessen. Ett ytterligare steg är att fortsätta detta arbete genom att beskriva könsskillnader i sjukskrivning baserat på ytterliga förklarande faktorer.²⁸

²⁶ En nyligen genomförd enkätundersökning visar att majoriteten av långtidssjukskrivna kvinnor och män har upplevt ett positivt bemötande i kontakten med Försäkringskassan och att detta har betydelse för möjligheterna att återgå till arbete (Försäkringskassan 2014e). En större andel kvinnor än män kände sig stärkta i sin situation och likaså angav en något större andel kvinnor (12 procent) än män (10 procent ett oprofessionellt bemötande från Försäkringskassan).

²⁷ Läkarintygens betydelse för sjukfrånvaron. En registerstudie av till Försäkringskassan inkomna läkarintyg, Rapport 2014:5, Inspektionen för Socialförsäkringen.

²⁸ Exempel på sådana faktorer är ålder, etnicitet, boendeort och socioekonomisk situation (anställd/arbetslös).

Könsskillnader inom assistansersättningen

Inledning

1994 genomfördes en handikappreform där assistansersättning infördes som en statlig förmån. I december månad 2014 omfattades drygt 16 000 personer av den. Syftet med assistansersättning är ge människor med omfattande funktionsnedsättning och ett stort hjälpbehov, ett så värdigt och likt andra människors, liv som möjligt. Med personlig assistans menas ett personligt utformat stöd som ges i olika situationer av ett begränsat antal personer.

Personlig assistans regleras via lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), samt i Socialförsäkringsbalken (2010:110). Ersättningen beviljas till personer som ingår i någon av definierade personkretsarna i LSS. Ett annat villkor är att behovet av personlig assistans för grundläggande behov i den dagliga livsföringen överstiger mer än 20 timmar per vecka i genomsnitt.

Försäkringskassan har till uppgift att bedöma och besluta om storleken på behovet av personlig assistans i timmar per vecka.

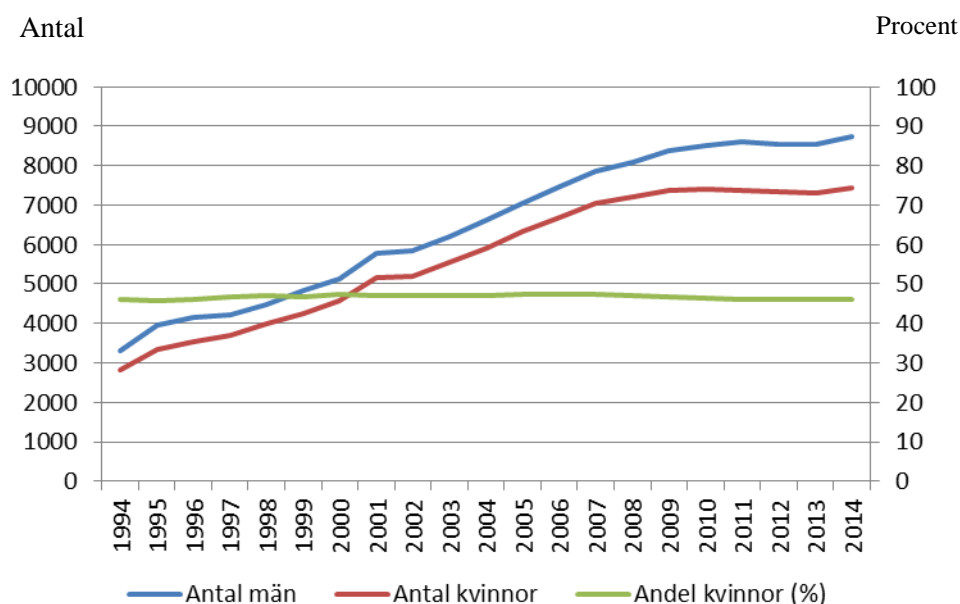
Den enskildes behov ska vara avgörande för insatsen, men alla behov ska inte täckas av assistansersättningen. Ett viktigt undantag är t ex vårdbehov.²⁹ Det saknas däremot en övre gräns för hur stora hjälpbehov som kan berättiga till ersättning.

Här beskrivs könsskillnader i antal personer som beviljats assistansersättning, samt könsskillnader i genomsnittligt antal beviljade assistanstimmar, mellan 1994 och 2014.

²⁹ Visst vårdbehov kan täckas av assistansersättningen, dvs. det som definieras som egenvård. Assistansersättning betalas däremot inte ut för sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (återges i kapitel 51, 5 § i Socialförsäkringsbalken).

Utvecklingen av antal kvinnor och män inom assistansersättningen

Figur 6 Antal kvinnor och män med assistansersättning, samt andel som utgörs av kvinnor, 1994–2014

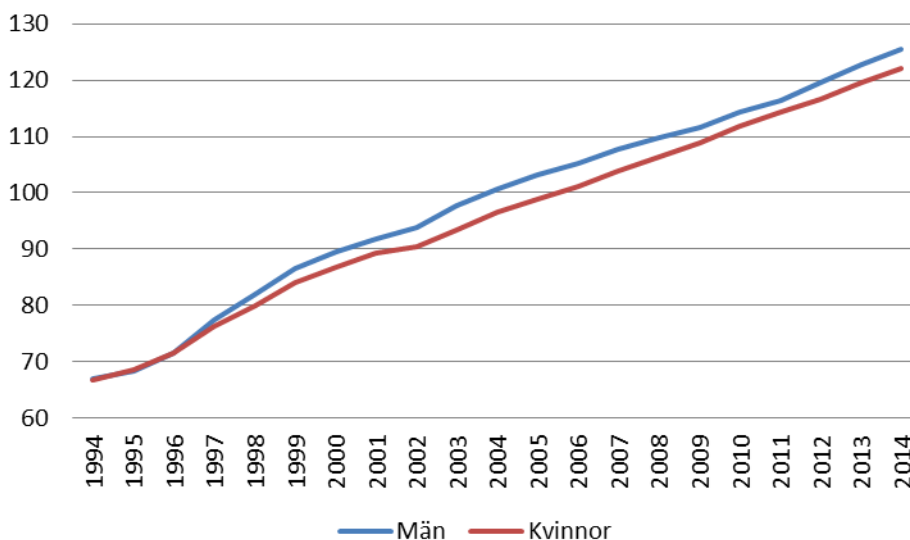


Sedan förmånens införande 1994 har antalet förmånstagare ökat från 6 141 personer till 16 158 i december 2014 (figur 6). Redan första året som förmånen infördes var kvinnorna som beviljades assistansersättning färre än männen. Ända sedan införandet av förmånen har det varit en ökande trend av antalet personer med assistansersättning, men från 2009 har denna trend stabiliserats kring ca 7 400 kvinnor och 8 700 män. Från 1994 till 2005 har skillnaden i antal kvinnor respektive män varit relativt stabil och legat kring 600–700 fler män. Denna skillnad ökade från år 2006 och ligger numer kring 1 300 fler män än kvinnor.³⁰

³⁰ Se tabell 8 i bilaga 2.

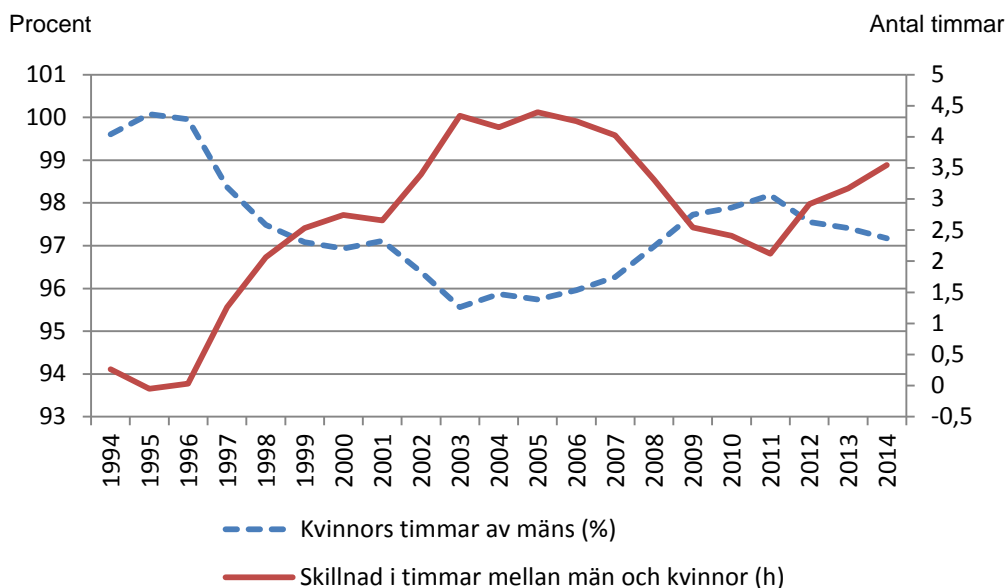
Utvecklingen av antal beviljade timmar för kvinnor och män inom assistansersättningen

Figur 7 Antal genomsnittliga assistanstimmar per vecka för kvinnor och män 1994–2014



Varje år sedan assistansersättningens införande har antalet genomsnittligt beviljade timmar per vecka stigit, från ungefär 67 timmar år 1994 till ungefär 124 timmar 2014. Med undantag för de första tre åren, har männens genomsnittliga antal timmar varit högre än kvinnornas (figur 7). Man kan undersöka skillnaden på olika sätt. Nedan visar vi skillnaden både i antal timmar och uttryckt som kvinnornas andel av det totala antalet beviljade timmar.

Figur 8 Skillnad i assistanstimmar mellan kvinnor och män, uttrycks både som antal timmar och som kvinnors andel av mäns timmar, 1994–2014



Skillnaden mellan kvinnor och män i beviljade genomsnittligt antal timmar har varierat sedan 1994. Skillnaden uppstod år 1997, och är statistiskt signifikant från år 1998 och framåt. Störst var skillnaden mellan 2003 och 2007 då männen beviljades drygt 4 timmar mer per vecka än kvinnorna. År 2014 var skillnaden ganska precis 3,5 timmar. Från 1996 till 2003 ökade skillnaden i genomsnittligt antal timmar mellan kvinnor och män konstant för att sedan avta något mellan fram till 2011 då den var ca 2 timmar per vecka. De senaste åren är tendensen att skillnaden återigen ökar.

Skillnaden mellan könen kan också beskrivas i form av hur många timmar som kvinnor beviljas som procent av de timmar män beviljas. De första åren efter förmånens införande fanns ingen skillnad. Kvinnors andel sjönk sedan till 96 procent under åren 2003–2007. De senaste åren pendlar andelen mellan 97 och 98 procent.

Diskussion

Sammanfattningsvis beviljas män ett högre genomsnittligt antal assistans-timmar för alla år utom de allra första under perioden. Skillnaden är systematisk, och statistiskt säkerställd för åren 1998–2014. Och fler män än kvinnor får assistansersättning.

Utvecklingen av skillnader över tid kan verka motsägelsefull. När skillnaden uttrycks i andelar är skillnaderna mindre i slutet av perioden än i början. Om man istället tittar på antalet timmar som män beviljas i snitt utöver vad kvinnor beviljas, är skillnaderna större i slutet av perioden. Att skillnaden i absoluta timmar ökar beror helt enkelt på att alla beviljas fler timmar över tid.

Resultaten visar att kvinnors beviljade timmar uppgår till drygt 97 procent av männens. Det får anses vara en relativt liten skillnad.

Om man vill försöka förklara en skillnad behöver man undersöka i vilken utsträckning skillnader uppstår innan ett ärende inkommer till Försäkringskassan. En del skillnader kan vara relaterade till biologi i större utsträckning, exempelvis är behov av assistans delvis beroende på typ av funktionsnedsättning, där det finns skillnader mellan kvinnor och män. Andra skillnader som är mer direkt relaterade till sociala förväntningar på kön kan vara tex läkarintyg.

En annan faktor som kan tänkas bidra till hur många timmar man har beviljats är ålder. Personer över 65 beviljades innan de fyllt 65 år ett genomsnittligt lägre antal timmar än yngre åldersgrupper (utom 0–14-åringar).^{31, 32} Eftersom denna äldsta grupp till största del utgörs av kvinnor kan man dra den förhastade slutsatsen att åldersfördelningen bidrar till att kvinnor totalt

³¹ Se tabell 9 i bilaga 2. Tabellen visar genomsnittligt antal timmar fördelat på åldersgrupper för året 2014 men mönstret är detsamma även för tidigare år.

³² Om en individ har beviljats assistansersättning innan hen fyllt 65 år kvarstår ersättningen efter 65 års ålder. Däremot beviljas inte en utökning av timmar (återges i kapitel 51, 8 § i Socialförsäkringsbalken). Om behovet av assistans förändras och individen behöver fler assistanstimmar måste hen vända sig till kommunen.

sett har ett lägre genomsnittligt antal timmar än män. Så är inte fallet, eftersom män över 65 år beviljas ett högre genomsnittligt antal timmar än kvinnor i samma ålder.³³

Genom att gruppera individer på detta sätt kommer vi närmare en förklaring på varför det finns skillnader samt när de uppkommer/skapas. Men den faktiska svårigheten är att det inte är görligt att mäta behov på något annat sätt än de beviljade timmarna. Även inom grupper såsom en viss ålderskategori eller typ av funktionsnedsättning kommer det alltid att finnas variation mellan individernas behov av assistans.

Avslutningsvis kan man konstatera att även om det alltid är viktigt att bevaka skillnader mellan kvinnor och män, är det frågan om fördjupad analys av just skillnaderna inom assistansersättning ska prioriteras. Det bör vara viktigare med fördjupad analys inom förmåner där könsskillnaden är större. Om vidare analyser ändå ska göras kan underlag troligen hämtas från det pågående regeringsuppdraget om volymer i assistansersättningen.³⁴

³³ Se tabell 9 i bilaga 2.

³⁴ Uppdraget återfinns i Regleringsbrevet för budgetåret 2015.

Spelar kön någon roll? Osakliga könsskillnader inom handläggning och beslut – en kunskapsöversikt

Kunskapsöversikt för stöd till handläggare

Denna text är en kunskapsöversikt över studier av könsskillnader inom Försäkringskassans handläggning och beslut. Underlaget ska användas för utvecklande av ett handläggarstöd inom ramen för Försäkringskassans utvecklingsarbete för jämställdhetsintegrering.³⁵

Likformig och rättsäker tillämpning av socialförsäkringen?

Ett övergripande mål för socialförsäkringen är att tillämpningen ska vara likformig och rättsäker. Försäkringskassan ska behandla liknande fall lika och besluten ska motiveras utifrån gällande regelverk. Regelverket tillåter ett visst bedömningsutrymme. Hänsyn ska tas till den försäkrades egna villkor och möjligheter, men samtidigt ska inte omotiverad hänsyn tas till den försäkrades könstillhörighet.³⁶

Försäkringskassans bedömning av rätten till vissa förmåner³⁷ kräver ett stort inslag av *individuell prövning*. Individens hela livssituation tas då i beaktande såsom arbetsförhållanden och familjesituation. Det är vid denna prövning som risken är störst att handläggares uppfattningar om kvinnor och män påverkar bedömningen. Beroende på förmån har försäkringskassan vid sidan av den försäkrade, även att förhålla sig till underlag från exempelvis sjukskrivande läkare, arbetsgivare samt övriga parter som kan vara inblandade i ärendet.

³⁵ Försäkringskassan har i regleringsbrevet för 2013 fått i uppdrag att ta fram en plan för hur myndigheten ska bedriva ett utvecklingsarbete för att verksamheten ska bidra till att nå de jämställdhetspolitiska målen. Försäkringskassans plan för utvecklingsarbete genomförs under 2014 och innehåller bland annat fördjupade kartläggningar av könsskillnader inom olika förmåner. Ett delmål är att osakliga könsskillnader inte ska förekomma i Försäkringskassans handläggning och beslut.

³⁶ Försäkringskassans policy för likabehandling (2010:01) innebär att Försäkringskassan ska motverka all form av diskriminering enligt Diskrimineringslagen (2008:567). Lagen förbjuder diskriminering av personer inom socialförsäkringen med hänsyn kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning eller ålder.

³⁷ Assistansersättning, bilstöd, sjuk- och aktivitetsersättning, sjukpenning och rehabiliteringsersättning är exempel på förmåner med stort inslag av individuell prövning i jämförelse med exempelvis föräldrapenning, bostadsbidrag och underhållstöd.

Sakliga och osakliga skillnader

Det är centralt att hålla isär *sakliga* och *osakliga* skillnader mellan kvinnor och män.

Kvinnors och mäns *användande* och *behov* av socialförsäkringen skiljer sig åt inom samtliga förmåner.³⁸ Detta är exempel på *sakliga* skillnader och förklaras av att socialförsäkringen avspeglar samhället där kvinnor och män generellt sett skiljer sig åt vad gäller inkomst, utbildning, yrke, arbetsmarknadssektor, anställningsvillkor samt fördelningen av obetalt omsorgs- och hushållsarbete.

Kvinnors och mäns olika positioner i samhället kan grovt sammanfattas av å ena sidan en könssegregerad arbetsmarknad å andra sidan kvinnors huvudansvar för hushålls- och omsorgsarbete, vilket sedan slår igenom i kvinnors och mäns olika behov och användande av socialförsäkringen.

Osakliga (även kallade omotiverade) skillnader innebär däremot att den försäkrades könstillhörighet påverkar handläggning och beslut oavsett övriga omständigheter av vikt för bedömningen, exempelvis diagnos, arbetssituation, familjesituation.

Osaklighet och genusperspektiv

Osakliga och sakliga könsskillnader knyter an till jämställdhet. I denna kunskapsöversikt handlar det främst om att kvinnor eller män inte ska särbehandlas på grund av sitt kön i Försäkringskassans handläggning.

I samband med jämställdhet brukar ett genusperspektiv tillämpas. Då det gäller handläggning och beslut är så kallad ”genusbias” ett användbart verktyg att förstå osakliga könsskillnader, eftersom det avser handläggarnas föreställningar kring kvinnor och män. Genusbias innebär att överdriva könsskillnader, bortse från faktiska könsskillnader, påstå att könsskillnader inte finns eller att utgå från att individen är typisk för sitt kön.

Hur studeras osakliga könsskillnader i handläggning och beslut?

Det finns olika metoder att studera förekomsten av könsskillnader. En gemensam utgångspunkt för följande metoder är att studera skillnader som *uteslutande* beror på könstillhörighet eftersom det ger en fingervisning om att män eller kvinnor behandlas olika inom socialförsäkringen. Det är endast könsskillnader som uppstår till följd av handläggning och beslut som studeras, exempelvis andelen ärenden som beviljas och avslås, antal beviljade timmar, beviljad ersättningsnivå eller ersättningsperiodens längd.

³⁸ Alla förmåner utom graviditetsspenning som av uppenbara skäl endast kan ansökas av kvinnor. För översikt över samtliga socialförsäkringsförmåner, se Socialförsäkringen i siffror 2014.

Via *ärendestatistik*, t.ex. samtliga beslut inom en förmån under en viss period, går det att jämföra tillämpningen av socialförsäkringen mellan olika grupper. Beroende på vilka *ärendevariabler* eller *bakgrundsvariabler* som kopplas till ärendestatistiken, är det möjligt att jämföra tillämpningen för kön, ålder, utbildning, inkomst, födelseland, försäkringskassekontorstillhörighet, diagnos eller vad som anses lämpligt för den förmån som studeras.

Det finns flera metoder att använda denna ärendestatistik. Med registerstudie avses fortsättningsvis i denna rapport, att jämföra resultat för män och kvinnor med samma diagnos, ålder, utbildning, yrke etc. Denna metod begränsas av att det inte går att jämföra kön mot mer än en variabel i taget vilket ger en grov uppskattning huruvida könsskillnader i tillämpningen finns.

Registerstudier med regressionsanalys gör det möjligt att jämföra kön på en om samma gång mot samtliga övriga variabler såsom yrke, ålder, utbildning, inkomst, diagnos. Regressionen ger därmed ett bättre statistiskt mått på betydelsen av könstillhörigheten genom att ”kontrollera” effekten från dessa övriga variabler. När uttrycket ”när hänsyn har tagits till...” används i den fortsatta texten, är det detta som avses. Alla skillnader som beskrivs i dessa studier är statistiskt signifikanta³⁹ om inget annat sägs.

Aktstudier granskar och sammanställer beslutsunderlag i ärenden, t.ex. journaler, läkarutlåtanden och beslutsbrev. Denna metod möjliggör exempelvis att hitta skillnader i underlagens och beslutens kvalitet för män och kvinnor. Aktstudier kräver stora resurser vilket begränsar antalet ärenden som granskas till vanligtvis 400–800 st. Detta i sin tur ger begränsade möjligheter att jämföra över samtliga bakgrundsvariabler via regressionsanalys.

Vignettstudier med så kallade blindtest där Försäkringskassans handläggare får ta ställning till fiktiva fall, studerar om handläggaren låter sig påverkas av den försäkrades könstillhörighet (eller andra egenskaper). Handläggarna får ta ställning till identiska fall där endast den försäkrades könstillhörighet växlas mellan en kvinna eller en man (eller ålder, utbildning, etnicitet eller liknande).

Registerstudier, aktstudier och vignettstudier kompletteras ibland med intervjuer av handläggare. Detta i syfte att få en handläggarnas perspektiv på könsskillnader i handläggning.

³⁹ Med statistisk signifikans menas att resultaten med t.ex. 95 %, 99 % eller 99,9 % sannolikhet inte beror på slumpen. Detta innebär att ett nytt stickprov från samma population skulle inom vissa marginaler, ge samma resultat.

Intervjuer är oftast inte *generaliserbara* eftersom antalet utförda intervjuer vanligtvis är lågt samt att tidigare studier inte kontrollerat om de som intervjuats till sammansättningen efterliknar Försäkringskassans handläggare totalt sett.⁴⁰

Vad gäller genomförda vignettstudier kan resultaten vara *statistiskt signifikanta*⁴¹ vid tillräckligt många deltagare. Resultaten av dessa studier påverkas sannolikt av utformningen av de typfall som handläggarna tar ställning till. Det kan invändas att typfall på ”papper” alltid är en förenkling av verkliga ärenden som dessutom saknar handläggningens samtliga moment. Därtill har tidigare studier inte fokuserat på om handläggarens könstillhörighet påverkar bedömningen vilket kan betecknas som en brist. Vignettstudier erbjuder trots metodologiska brister, värdefull kunskap om och i så fall hur osakliga könsskillnader uppstår.

Avgränsningar och upplägg

Översikten omfattar i första hand studier av könsskillnader inom Försäkringskassans handläggning och beslut. Studier av könsskillnader inom t.ex. sjukvård, arbetsförmedling eller andra myndigheter har inte tagits med. Försäkringskassans egna studier har prioriterats, med komplettering av två studier av Inspektionen för socialförsäkringen. Övriga myndigheter eller forskarrapporter med fokus på Försäkringskassans handläggning ingår inte i kunskapsöversikten.

Vignettstudier har prioriterats före aktstudier och regressionsanalyser eftersom det i högre grad ger en praktisk tillämpbar kunskap för utvecklandet av handläggarsöd.

I första hand har kunskapsöversikten riktats mot sjukpenning/ rehabiliteringsersättning⁴², handikappersättning och arbetsskador, men eftersom studien hittat få relevanta studier, har detta utökats till studier inom assistansersättning och bilstöd.

Det ska påpekas att studiernas resultat och aktualitet, påverkas av förändringar i regelverket. Detta gäller i synnerhet sjukpenning/rehabiliteringsersättning där införandet av den så kallade rehabiliteringskedjan 1 juli 2008 sannolikt påverkade könsskillnader som redovisas i studier utförda då tidigare regelverk fortfarande gällde. Studier av könsskillnader inom handläggning och beslut förekommer i första hand inom ovan uppräknade förmåner, eftersom de innehåller ett stort inslag av individuell prövning.

⁴⁰ Med generaliserbarhet menas att resultaten från exempelvis intervjuer eller vignettstudier är giltiga för hela populationen, i detta fall samtliga handläggare, försäkrings-specialister eller liknande yrkesroller inom Försäkringskassan.

⁴¹ Två saker har avgörande betydelse för statistisk signifikans i utförda vignettstudier, att tillräckligt många handläggare deltagit samt att andelen handläggare som bedömt män och kvinnor olika, är tillräckligt stor.

⁴² Tidigare studier har inte behandlat sjukpenning och rehabiliteringsersättning som skilda förmåner. Framst med anledning av att handläggningen av dessa förmåner ingår i sammanhängande sjukfall. Statistiken för t.ex. sjukfallens längd kombinerar både tid med sjukpenning och tid med rehabiliteringsersättning.

Föräldraförsäkringen är den enda socialförsäkringen med uttalade jämställdhetspolitiska mål.⁴³ Föräldraförsäkringen har trots det utelämnats från denna kunskapsöversikt eftersom dessa förmåner vanligtvis inte innebär någon *individuell* prövning av rätt till ersättning. Många studier har gjorts av *användandet* av föräldraförsäkringen, men nyttjandet av socialförsäkringen står inte i fokus för denna kunskapsöversikt. I det följande sammanfattas nio studier.

Registerstudier, aktstudier och intervjustudier av könsskillnader

Tabell 3 Resultatöversikt över nio studier

Studie	Förmån	Metod	Kvarstår könsskillnader efter kontroll för andra variabler?
Försäkringskassans handläggning av sjukpenning ur ett jämställdhetsperspektiv (2013)	Sjukpenning/ rehabiliteringsersättning	Registerstudie, regressionsanalys, intervjuer	Ja
Socialförsäkring, kön och agenda (2002)	Sjukpenning/ rehabiliteringsersättning	Registerstudie, regressionsanalys, intervjuer	Ja
Beslut om arbetskada ur ett jämställdhetsperspektiv (2011)	Arbetsskada (livränta)	Registerstudie, regressionsanalys, aktstudie	Ja, men större skillnader finns kopplat till yrke
Varför finns det skillnader i bifallsfrekvens inom arbetskadeförsäkringen? (2011)	Arbetsskada (livränta)	Aktstudie, intervjuer	Nej, skillnader finns kopplat till yrke
Handikappersättning, utveckling av mottagare 2003–2011 (2013)	Handikappersättning	Registerstudie, regressionsanalys	Ja
Könsskillnader i bilstöd (2008b)	Bilstöd	Registerstudie,	Risk för skillnad finns inom anpassningsbidrag
Genderperspektiv i rehabiliteringsarbetet, finns det? (1998)	Sjukpenning/ rehabiliteringsersättning	Vignettstudier med handläggare, intervjuer	Ja
Lika inför kassan? (1999)	Sjukpenning/ rehabiliteringsersättning, handikappersättning, vårdbidrag	Vignettstudier med handläggare, intervjuer	Ja, i olika omfattning beroende på typfall och förmån
Assistansersättning för kvinnor och män (2004)	Assistansersättning	Vignettstudier med handläggare, intervjuer	Ja, i olika omfattning beroende på typfall och förmån

⁴³ Mål för Försäkringskassan, i Regeringens regleringsbrev för Försäkringskassan budgetåret 2014.

Försäkringskassans handläggning av sjukpenning, Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) 2013:16

Studien bygger på en regressionsanalys av registerdata från 2010 till 2012. Kvinnors och mäns tillgång till olika typer av utredningar och insatser har studerats för att avgöra om det finns indikationer på att handläggningen av sjukpenning innebär omotiverade skillnader mellan kvinnor och män.

Rapporten tar sikte på de olika delarna i rehabiliteringskedjan inom sjukpenning för att identifiera de moment av handläggningen som innehåller inslag av bedömningar som kan påverkas av de försäkrades kön. Även de insatser som Försäkringskassan erbjuder kvinnor och män under rehabiliteringskedjan har studerats.

Utöver registerstudier har gruppintervjuer genomförts med 15 personliga handläggare från 12 olika lokala försäkringscenter. Gruppintervjuerna utgick från frågor om huruvida Försäkringskassans handläggning kan bidra till olikheter i mäns och kvinnors sjukfrånvaro samt om handläggarna ser något samband mellan vissa yrken och sjukskrivningar.

Könsskillnader i rehabiliteringskedjan – Från begäran om sjukpenning till avslutat ärende

Regressionsanalysen anger ett mått på *sannolikheten*⁴⁴ för att handläggningens olika moment finns i kvinnors och mäns ärenden, samt efter hur många dagar sjukfallet *avslutas*.⁴⁵

Studien fann könsskillnader i nästan alla steg av den så kallade rehabiliteringskedjan samt Försäkringskassans åtgärder, när hänsyn tagits till kontrollvariabler.⁴⁶ Resultaten är nästan identiska oavsett om det gäller arbetslösa eller anställda kvinnor och män.

Som tabell 2 visar, utgörs en klar majoritet av samtliga sjukfall av kvinnor. Kvinnors sjukfall har en högre sannolikhet än män att avslutas inom dag 1–90, men så snart sjukfallet passerat 90 dagar har kvinnor en lägre sannolikhet än män att avsluta sjukfallet. I övrigt visar resultaten att kvinnor får utredningar och insatser från Försäkringskassan något tidigare och i något större utsträckning än män, men ändå har längre sjukfall.

⁴⁴ ISF:s regressionsmodell bygger på binära utfallsvariabler (antingen eller) såsom faktisk förekomst av *eller* avsaknad av rehabiliteringsplan för kvinnor och män samt faktiskt avslut *eller* fortsatt sjukfall under dag 1-90 för kvinnor och män. "Sannolikhet" är ett mått på om vissa moment eller längd på sjukfall oftare inträffar i genomsnitt i kvinnors och mäns ärenden.

⁴⁵ Studien undersöker inte hur ärenden avslutas, exempelvis om den försäkrade återgår i arbete eller söker arbete eller om Försäkringskassan beslutar att den försäkrade inte längre har rätt till sjukpenning. Beroende på vilken tidsgräns som passerats kan anledningen vara att dagarna med ersättning tar slut och att den försäkrade erbjuds att delta i arbetslivsintroduktion hos arbetsförmedlingen.

⁴⁶ Kontrollvariabler: kön, ålder, diagnos, födelse-land, bransch, utbildningsnivå, inkomst, startår, startmånad, tidigare ALI/tidsbegränsad sjukersättning.

ISF poängterar att det råder ett komplext samband mellan handläggning, utredning och sjukskrivning. En förutsättning för att tidiga insatser ska fungera är att insatserna träffar rätt individer och att de är effektiva.

Resultaten visar sammantaget att handläggningen av sjukpenning skiljer sig åt mellan kvinnor och män i nästan alla moment. ISF påpekar att detta inte behöver betyda att handläggningen sker på ett sätt som medför omotiverade skillnader mellan kvinnor och män. ISF påpekar att det är viktigt att Försäkringskassan utformar styrningen av handläggningen så att urvalet av dem som får insatser inte resulterar i omotiverade könsskillnader.

Tabell 4 Resultat av regressionsanalys

Anställda	Kvinnor	Män
Andel av påbörjade sjukfall	63 %	37 %
Första utbetalning	2,6 dagar tidigare	
Avslut dag 1–90	Högre sannolikhet	
Avslut dag 91–180		Högre sannolikhet
Avslut dag 181–365		Högre sannolikhet
Oskäligt	–	–
Särskilda skäl	Högre sannolikhet	
Att minska sjukskrivningsgraden	Högre sannolikhet	
Sjukersättning		Högre sannolikhet
Telefonutredning	Högre sannolikhet	
Sassam	Högre sannolikhet	
Avstämningsmöte	Högre sannolikhet	
Gemensam kartläggning	Högre sannolikhet	
Plan för återgång/rehabiliteringsplan	Högre sannolikhet	
Arbetsresor	Högre sannolikhet	

Anm: Alla resultat är signifikanta och hänsyn har tagits till kontrollvariabler

Arbetslösa	Kvinnor	Män
Andel av påbörjade sjukfall	65 %	35 %
Första utbetalning	3,4 dagar tidigare	
Avslut dag 1–90	Högre sannolikhet	
Avslut dag 91–180		Högre sannolikhet
Avslut dag 181–365		Högre sannolikhet
Att minska sjukskrivningsgraden	Högre sannolikhet	
Sjukersättning	Högre sannolikhet	
Telefonutredning	Högre sannolikhet	
Sassam	Högre sannolikhet	
Avstämningsmöte	–	–
Gemensam kartläggning	–	–
Plan för återgång/rehabiliteringsplan	Högre sannolikhet	
Arbetsresor	Högre sannolikhet	

Anm: Alla resultat är signifikanta och hänsyn har tagits till kontrollvariabler

Resultat av gruppintervjuer – tydligare plan för män

I samtliga gruppintervjuer framkom uppfattningen om att männen själva samt de involverade parterna har en tydligare plan av vad som ska och behöver ske i ett ärende. Vissa handläggare menade att det finns en tydligare plan från hälso- och sjukvården eller från arbetsgivaren. Männen beskrevs också som mer skeptiska till vad kontakten på Försäkringskassan kunde leda till för dem.

En annan uppfattning är att handläggarna upplevde att deltidssjukskrivning ser olika ut för kvinnor och män. Kvinnor ansågs trappa upp arbetstid långsammare medan män går tillbaka till heltid snabbare. Det uttrycktes också att kvinnor oftare var oroliga för att de inte skulle klara av att återgå i arbete och att de var försiktigare i sin upptrappning. Det påpekades också att det ställdes högre krav på män att de ska återgå på heltid efter sjukdom.

ISF konstaterar att dessa uppfattningar återspeglar resultaten från registerdata. Kvinnor får utredningar i något högre utsträckning och har högre sannolikhet att trappa ner sin sjukskrivningsgrad än män.

Resultat av gruppintervjuer – mäns och kvinnors olika diagnoser

I tre av fyra gruppintervjuer uppfattade handläggarna att kvinnor i högre grad än män har psykiska diagnoser. Det framkom även en uppfattning om män och kvinnor diagnossätts olika, t.ex. att en kvinna får en psykisk diagnos medan en man får en fysisk, trots att symtomen kunde visa sig vara likartade när handläggaren talar med den försäkrade.

Under intervjuerna framkom uppfattningen att skillnader i diagnos påverkar tiden i sjukförsäkringen. Flera av handläggarna uppfattade att försäkrade med fysiska diagnoser i högre grad lämnar sjukförsäkringen vid 180 dagarsprövningen när arbetsförmågan ska bedömas mot ett arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, medan personer med psykiska diagnoser blir kvar i högre grad.

Män upplevdes oftare ha en fysisk åkomma som gör det möjligt för dem att utföra annat arbete än det de är sjukskrivna från, vilket begränsar deras möjligheter att få sjukpenning. På motsvarande sätt uppfattas kvinnor oftare ha en psykisk diagnos som i högre grad begränsar deras arbetsförmåga.

ISF påpekar att registerdata visar att män har högre sannolikhet än kvinnor att avsluta sitt sjukfall mellan dag 91–365.

Resultat av gruppintervjuer – kvinnors öppenhet och mäns slutenhet

Ett annat spår som förekom i tre av fyra gruppintervjuer är att kvinnor ansågs vara öppnare när det gäller hur mycket information de lämnade i sina respektive ärenden medan männen upplevdes som återhållsamma. En handläggare menade att detta ledde till att de i sin yrkesroll får ställa frågor på ett annat sätt för att komma in på djupet vid utredning med en man, medan kvinnorna öppnar sig mer och handläggaren får veta mer om bakomliggande orsaker. Några handläggare uppfattade också att kvinnor är mer hjälpsökande och efterfrågade stöd och att många män ”håller en fasad” vilket gör att de inte uppfattas må lika dåligt som de gör. Det sista påståen-

det skapar dock diskussion och står inte oemotsagt. Det diskuteras även om mäns öppenhet kan påverkas av om handläggaren är en kvinna eller en man.

Socialförsäkring, kön och agenda – Formella och reella beslut vid kvinnors och mäns ohälsa. Försäkringskassan, Forskning och utveckling 2002, nr 37

Studie baserad på regressionsanalyser av registerdata med syftet att undersöka om kvinnor och män bedöms olika inom sjukpenning/rehabiliteringsärenden. Studiens resultat skiljer sig något från ISF:s studie om könsskillnader i handläggning av sjukpenning/rehabiliteringsärenden och det beror på en annan metod, men även på grund av tidigare regelverk där rehabiliteringskedjans fasta tidsgränser och bedömningskriterier saknades. Samtliga följande resultat har tagit hänsyn till kontrollvariabler.⁴⁷

Rehabiliteringsärenden inom lokalkontoret Södertälje ingick i urvalet. Studien består av sjukfall avslutade 1999 uppdelat i en delstudie per diagnos 1) ländryggsproblem, 2) nacke/axelbesvär, 3) psykiska besvär. Den fjärde delstudien består av sjukfall som omfattat yrkesinriktade rehabiliteringsåtgärder i form av arbetsträning eller utbildning med rehabiliteringsersättning, oavsett diagnos.

Resultaten visar inga skillnader mellan kvinnors och mäns längd på sjukskrivningar. Könsskillnader påträffades för partiell sjukskrivning vid ländryggsbesvär och nacke/axel besvär. Däremot fanns inga skillnader för psykiska besvär.

Könsskillnader hittades inom rehabiliteringsåtgärder. Kvinnor beviljades kortare rehabiliteringsperioder än män, oavsett om det gällde arbetsträning eller studier. Dessutom beviljades de åtgärder senare i sjukfallen än män. Detta vid såväl arbetsträning som studier.

Studien påpekar att skillnaderna mellan könen är sammantaget så konsekventa att det är svårt att finna någon annan förklaring än att det tycks finnas systematiska skillnader mellan bedömningar av kvinnor och män. Och dessa bedömningar påverkar med all sannolikhet resultaten av rehabiliteringsåtgärder.

Dessa skillnader innebär inte alltid per automatik att handläggaren låtit sig påverkas av den försäkrades könstillhörighet. En möjlig förklaring kan istället vara Försäkringskassans oförmåga att sätta agendan. Det kan förhålla sig så att det är den försäkrade eller arbetsgivaren, eller andra intressenter som sätter agendan och ställer kraven, och att kvinnors och mäns initiativ och önskemål skiljer sig åt. Studien fann även stöd för så kallad ”path dependency” inom partiell sjukskrivning vilket innebär att det ursprungliga anspråket och tidigare beslut av sjukskrivande läkare sällan ifrågasattes av Försäkringskassan.

⁴⁷ Upp till 33 kontrollvariabler har använts, bland annat kön, ålder, inkomst, annan sjukdom utöver förstadiagnosen, privat/offentlig/utan arbetsgivare, yrke, tjänstgöringsgrad, sjukskrivande instans och kön på sjukskrivande läkare.

Studien påpekar att sannolikheten är högre att handläggaren särbehandlat kvinnor och män inom *yrkesinriktade* rehabiliteringsåtgärder. Detta med anledning av att handläggaren i dessa fall hade större möjlighet att påverka beslutet. En möjlig förklaring ansågs vara att handläggaren av någon anledning gör medvetna eller omedvetna val som visar sig gynna män. Detta utifrån ett traditionellt antagande om män som familjeförsörjare.

Beslut om arbetsskada ur ett jämställdhetsperspektiv. Inspektionen för socialförsäkringen, rapport 2011:15.

Resultat baserade på regressionsanalyser av registerdata samt aktgranskning. Registerdata omfattar beslut under 2009 och 2010. Aktgranskningen omfattar samtliga ärenden (19 kvinnor och 80 män) som genom förstagsbeslut beviljades livränta till följd av sjukdom under 2010. Dessutom granskades ett slumpmässigt urval av 118 avslagna ansökningar.

Motiven till granskningen är att följa upp om regeländringen som trädde i kraft 2002 hade någon effekt på beviljandegraden för män och kvinnor. Innan regeländringen krävdes det hög grad av sannolikhet för att en faktor i arbetet kan ge upphov till en sådan skada som den försäkrade har. Efter regeländringen räcker det att övervägande skäl talar för att skadan orsakats av arbete. I förening med principen om befintligt skick (att bedömas utifrån sina fysiska och psykiska förutsättningar) förväntades att kvinnor i högre utsträckning skulle få sina skador godkända som arbetsskador.

Det sänkta beviskravet i förening med principen om befintligt skick, syftade till att kvinnor i högre utsträckning skulle kunna få sina skador godkända som arbetsskador. Det nya beviskravet innebär att det inte enbart är den vetenskapliga evidensen som ska ligga till grund för bedömningen av om övervägande skäl talar för ett samband.

Könsskillnader finns men yrket är av större betydelse

ISF pekar på att Försäkringskassan inte gör den helhetsbedömning av ärendet som lagändringen 2002 syftade till.

Studien visar att sannolikheten att bli beviljad livränta till följd av sjukdom är 5 procent högre för män än för kvinnor när hänsyn tagits till ålder, utbildning, född inom/utanför Sverige, sjukdomsdiagnos och yrke. Resultaten tyder på att yrket har *större* betydelse än könstillhörighet⁴⁸ vilket gynnar män och missgynnar kvinnor eftersom beviljandegraden är högre i mansdominerade yrken och lägre i kvinnodominerade yrken.

Studien visar även att män har en 2,66 gånger⁴⁹ större sannolikhet att bli beviljad livränta med hänsyn till underlaget i exponeringsutredning.⁵⁰

⁴⁸ Regression med yrke som utfallsvariabel saknas, men stegvis regression för könstillhörighet kvinna visar att sannolikheten för könstillhörighet kvinna sjunker från 13 procent till 5 procent när yrke kontrolleras för.

⁴⁹ Den exakta skattningen av oddskvoten är tämligen osäker, med ett 95 % konfidensintervall på oddskvot mellan 1,13 till 6,24.

Yrkets stora betydelse för beslut – vetenskaplig evidens, Försäkringsmedicinskt utlåtande och handläggarens begränsade handlingsutrymme

Orsakerna till yrkets stora betydelse för beslut beror framför allt på tre saker: den vetenskapliga evidensen för arbetsskador skiljer sig mellan yrken, den försäkringsmedicinska rådgivarens stora betydelse för beslut, samt handläggarnas begränsade möjligheter till att avvika från den försäkringsmedicinska rådgivarens yttrande i sin bedömning och sitt förslag till beslut.

Yttrandet från försäkringsmedicinska rådgivare väger mycket tungt för utgången i ett arbetsskadeärende. Handläggaren lämnar sällan ett förslag till beslut som går emot det försäkringsmedicinska yttrandet. I så gott som alla ärenden som avslås, står uttalat i det försäkringsmedicinska utlåtandet att det saknas övervägande skäl som talar för en skadlig inverkan i arbetet.

Utlåtanden bygger till största del på vad som enligt Försäkringsmedicinsk rådgivare är vetenskapligt bevisat om arbetsmiljön och arbetsuppgifternas skadliga inverkan. De flesta avslagen grundas på att det inte finns tillräckligt med vetenskaplig evidens för att exponeringen kan ge upphov till de angivna besvärerna. De mest förekommande referenserna i utlåtandet är till litteratursammanställningar där flertalet studier är genomförda i mansdominerade yrken.⁵¹ Dessutom uttalar sig Försäkringsmedicinska rådgivare om det befintliga skicket i väldigt få ärenden.

Av intervjuerna framkom att exponeringsutredningen var den mest komplicerade och tidskrävande delen i utredningen. Den avsatta tiden i ENSA process upplevdes som snålt tilltagen och lämnade för litet utrymme för en tillräcklig utredning och beskrivning av exponering.

Tidsbristen bidrar till en benägenhet hos handläggaren men även hos den försäkringsmedicinska rådgivaren som ska bygga sin bedömning på exponeringsutredningen, att fylla på eventuella luckor i utredningen med egna

⁵⁰ Kontrollvariabler: hantverksarbete inom byggverksamhet eller arbete inom tillverkningsindustri, misstänkt orsak är fysikalisk exponering, diagnosen är inte besvär i rörelseorganen eller psykisk ohälsa, exponeringsutredningen från arbets- och miljömedicinsk klinik, det anges hur ofta och hur länge exponeringen pågått, FMR bedömer att det finns en orsak (helt/delvis) utanför arbetet till sjukdomen, 10 eller fler dokument anges som underlag för beslut.

⁵¹ I den referenslitteratur som används av de försäkringsmedicinska rådgivarna och som sammanställer vetenskapliga artiklar om besvär i rörelseorganen – nacke, skuldror, rygg, höfter och knän – och skadlig inverkan från arbetet, är endast två studier med hög kvalitet utförda inom vård och omsorg jämfört med 23 studier inom industriarbeten. De två högkvalitativa studier som gjorts inom vårddyrken omfattar både män och kvinnor och undersöker nack- och skulderbesvär och exponeringar i arbetet som tandläkare. Övriga studier om vårdarbete och ryggbesvär bedöms ha låg vetenskaplig kvalitet och slutsatsen är att endast begränsad vetenskaplig evidens finns för ett samband mellan patientlyft och förekomst av ryggbesvär. ISF påpekar att det är svårare att dokumentera belastning inom sjukvården (t.ex. att förflytta en patient) än att beräkna tyngden i lyft av ett föremål. Belastningen är beroende av hur mkt patienten hjälper till, om det finns lyfthjälpmiddel, om det är möjligt att planera förflyttning och om det finns vana kollegor att samarbeta med. Komplexiteten medför att det är svårt att fastställa exponering och att genomföra högkvalitativa studier. Svårigheter att beskriva exponering och att kvinnors besvär är vanligt förekommande bidrar till den lägre beviljandefrekvensen för kvinnor i jämförelse med män.

antaganden om till exempel vilka moment som ingår i en viss arbetsuppgift. Dessa egna antaganden om yrken och arbetsmoment kan enligt de intervjuade verka till nackdel för kvinnor, eftersom de utgör grund för beslut i ärenden.

Bristande beslutsunderlag

I aktgranskningen av 118 avslagsärenden, framkom att i ett av fyra ärenden, både för män och kvinnor, grundas beslutet på yrkestitel och sjukdomsdiagnos. I beslutsunderlaget saknas tydliga uppgifter om hur länge, hur ofta eller hur intensiv exponeringen i arbetet har varit.

I kvinnodominerade yrken (42 ärenden) saknades detta underlag i 33 procent av ärenden, medan motsvarande andel i mansdominerade yrken (55 procent) var 16 procent. I överlag är det färre dokument, framför allt journaler och medicinska utlåtanden som ligger till grund för ärenden som avslås än som beviljas.⁵²

Granskningen visar att bristfälliga underlag är vanligare vid avslag än vid bifall. Studien påpekar att information från ärendeakter och intervjuer tyder på att i fall där det saknas vetenskaplig evidens för samband mellan yrke och de besvär som den försäkrade drabbas av, nöjer sig Försäkringskassan i stort sett med yrkestitel och sjukdomsdiagnos som underlag för beslut. Detta kan inte utesluta att det orsakar osakliga skillnader mellan kvinno- och mansdominerade yrken i Försäkringskassans utredning.

Resultaten visade inte förekomst av systematiska könsskillnader i handläggningen av ärenden, utan snarare att könsskillnader uppstår till följd av yrkets stora betydelse för bedömning och beslut.

Varför finns det skillnader i bifallsfrekvens inom arbetsskade-försäkringen? Försäkringskassan, socialförsäkringsrapport 2011:6

400 förstagångsbeslut (både bifall och avslag) inom livränta på grund av skadlig inverkan granskades. Urvalet begränsades till förstagångsbeslut fattade 2010 enligt 2002 års lagstiftning och som prövats i sak samt avser en diagnos som rör besvär i rörelseorganen.

Förutom granskning av akter i arbetsskadeärenden har fokusgruppsintervjuer genomförts med arbetsskadehandläggare, specialister, föredragande, beslutsfattare och försäkringsmedicinska rådgivare. Studien har ett liknande upplägg som ISF:s rapport med en kombination av aktstudier och intervjuer. Dock har ingen regressionsanalys gjorts på registerdata vilket gör att denna studie inte uttalar sig om förekomst av könsskillnader med hänsyn till kontrollvariabler.

⁵² Uppgift saknas om andelen bristande underlag skiljer sig åt för män och kvinnor inom kvinno- och mansdominerade yrken.

Resultaten tyder inte på att den försäkrades könstillhörighet påverkat handläggarnas bedömning. Resultatet visade dock att det fanns könsskillnader i besluten och i underlagen för besluten, varav merparten orsakats av skillnader i regelverket.

En trolig orsak är att det ska finnas en vetenskaplig evidens för att bedöma skadlig inverkan i arbetet, det vill säga att exponeringen har ett samband med de besvär den försäkrade har. Det är oftast typiska mansdominerade yrken som studerats. Mot bakgrund av att den vetenskapliga evidensen upplevdes som större för mansdominerade yrken, ledde detta till att handläggarna i större utsträckning tog beslut utan tillräckligt beslutsunderlag för en kvinnodominerad yrkesgrupp i jämförelse med två andra grupper.⁵³

Studien har inte jämfört andelen bifall och avslag för kvinnor och män inom samma yrkeskategori, och uttalar sig därför inte om kvinnors och mäns ärenden bedöms olika med hänsyn till yrke.

Gruppintervjuerna med handläggare visade att när det saknades vetenskaplig evidens gjordes oftare en bristfällig exponeringsutredning än när evidens fanns. Bristfälliga exponeringsutredningar skedde oftast i de ärenden som arbetsskadeutredaren bedömde ha liten sannolikhet att leda till ett bifall, det vill säga att utredaren utifrån sin erfarenhet, ansåg att utredningen var tillräcklig.

Rapporten påpekar att problemet bottnar i att handläggarna utgick från en schablonmässig syn på yrket. Det är inte yrket som ska styra vad som utreds i ärendet och i förlängningen beslutet, utan hur ofta, hur mycket, och hur länge den försäkrade varit exponerad för skadliga faktorer.

Trots att det inte fanns något som tyder på att den försäkrades könstillhörighet påverkat handläggarnas bedömning, får brister i exponeringsutredningen könsspecifika effekter eftersom den missgynnar den som arbetar i ett kvinnodominerat yrke, oavsett om detta gäller kvinnor eller män.

Rapporten påpekar att det inte kan uteslutas att det får till konsekvens att det finns osakliga skillnader mellan kvinno- och mansdominerade yrken i Försäkringskassans utredning.

Handikappersättning. Försäkringskassan, socialförsäkringsrapport 2013:7

Studie baserad på registerstudie med regressionsanalyser av beståndet av mottagare 2003–2011.

⁵³ Rapporten påpekar även att könsskillnader uppstår på grund av arbetsskedeförsäkringens konstruktion med anledning av mäns och kvinnors olika ställning på arbetsmarknaden. Troliga orsaker är att grundläggande faktorer som till exempel hur *ofta*, hur *länge* och hur *mycket* den försäkrade i sitt arbete varit exponerad för skadliga faktorer, ligger till grund för ersättningen.

Studien visar att kvinnor beviljas lägre ersättning än män när hänsyn tagits till diagnos och ålder. Skillnaden är liten men systematisk. Det går dock inte att dra några slutsatser huruvida män har mer eller mindre behov av högre ersättning än kvinnor.

Rapporten menar att den systematiska skillnaden troligen beror på könsnormer som slår igenom i alla instanser den försäkrade möter, bland annat sjukvården. Studien uttalar sig inte specifikt om vilken delaktighet Försäkringskassans handläggning har, men pekar på vikten av att medvetenhet om föreställningar om kön lyfts in i fortbildning av handläggare och uppmärksammas i den löpande uppföljningen av verksamheten.

Könsskillnader i bilstöd, Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag 2008-03-07

Studie baserad på tre olika underlag: en bakåtblickande redovisning av bilstöd sedan det infördes 1989, en fördjupad analys av 1 691 ärenden med bilstöd från perioden januari – juni 2007 samt en analys av 179 avslag av dessa 1 691 ärenden. Utöver detta har handläggare och övriga verksamma inom förmånen intervjuats.

Resultaten bygger inte på regressionsanalyser och därför kan inga slutsatser dras om påträffade könsskillnader kvarstår när hänsyn tagits till kontrollvariabler såsom diagnos, ålder.

Bedömningsgrunden för anpassningsbidraget⁵⁴ inom bilstödet är förhållandevis vag vilket ger utrymme för könsskillnader. Handläggaren är beroende av uppgifter från flera håll i sin bedömning av den sökandes behov av anpassning. Förutom läkarutlåtande ska yttrande från trafikinspektör på Vägverket, offert från anpassningsfirmor och eventuellt yttrande från försäkringsläkaren bedömas. Därmed finns flera aktörer inblandade i ärendet, av vilken flera av dem verkar i en mansdominerad bransch. Den sökande yrkar på vilka anpassningar som hon eller han vill ha anpassningsbidrag för, genom offert från anpassningsfirman och kontakt med vägverket. Den som är bra på att förklara sina behov och själv är drivande i vilka anpassningar som ska genomföras, har sannolikt större möjligheter att få högre bidrag beviljat.

Rapporten påpekar att det finns en risk för att Försäkringskassans bedömning av anpassningsbidrag påverkas utifrån om den sökande är kvinna eller man. Den största könsskillnaden gäller anpassningsbidrag vilket består av ett stort mått skälighetsbedömningar för varje individ.

Intervjuerna visade att det bland handläggare och övriga verksamma, fanns en viss medvetenhet om att osakliga könsskillnader kan uppstå i handläggningen. Samtidigt upplevde många av de intervjuade att det inte förekommer sådana skillnader i bedömningarna.

⁵⁴ Bilstöd består av fyra olika bidrag för personer med funktionsnedsättning eller för personer som har barn med funktionsnedsättning: grundbidrag, anskaffningsbidrag, anpassningsbidrag och i sällsynta fall även bidrag för körkortsutbildning.

Vignettstudier av könsskillnader

Genderperspektiv i rehabiliteringsarbetet – finns det?

Försäkringskassan, Forskning och utveckling, 1998, nr 31

I en förstudie 1998 fick tio handläggare vid Försäkringskassan ta ställning till fyra typfall inom sjukpenning/rehabilitering. Typfallen fanns i två versioner: dels som kvinna, dels som man. I övrigt var typfallen identiska och hade konstruerats så att de representerade ett antal riskfaktorer för långvarig sjukskrivning. Handläggarna fick inte veta syftet med studien.

Handläggarna fick fyra typfall var och besvarade därefter individuellt en enkät. Av totalt 40 enkätsvar avsåg 20 svar de fyra manliga typfallen och 20 svar de fyra kvinnliga typfallen. På grund av det begränsande antalet medverkande, uttalar sig inte studien om statistisk signifikans.

Av enkätsvaren framgick små men konsekventa könsskillnader i bedömning. I mäns ärenden föreslogs oftare utredning, omplacering och utbildning i jämförelser med kvinnors ärenden. För kvinnor föreslogs istället oftare medicinsk rehabilitering och arbetsträning.

När det gällde återgång i arbete fanns det större könsskillnader i handläggarnas bedömning. De flesta män beräknades återgå till arbete inom intervallen 12–24 månader medan den största andelen kvinnor bedömdes återgå till arbete efter 6–12 månader. De flesta män bedömdes kunna återgå till heltidsarbete samt enstaka till halvtid eller heltidspension. Kvinnor bedömdes i nästan hälften av fallen återgå till arbete på halvtid tätt följt av heltidsarbete samt enstaka förtidspensionering.⁵⁵

Handläggarna fick avslutningsvis i fritext beskriva förutsättningarna för en lyckad rehabilitering för den försäkrade. För både män och kvinnor ansågs att egen motivation samt snabba rehabiliteringsinsatser var viktigast. De största hindren för kvinnor ansågs vara diagnos, deras sociala och ekonomiska situation samt att de ansågs ha svårt att omskola sig. För männen bedömdes det största hindret vara av ekonomisk art, därefter diagnos. Medan omskolning betraktades som hinder för kvinnor sågs det som en möjlighet för män.

Studien drog slutsatsen att män och kvinnor bedöms behöva olika rehabilitering, även om diagnos, arbetsförhållanden och social och ekonomisk situation är densamma.

I rapporten betonades vikten av att medvetandegöra handläggarna om sina egna värderingar för att undvika att de omedvetet påverkar bedömningen. Dessutom restes frågan om Försäkringskassans rehabiliteringsarbete måste anpassas till olika kategorier av försäkrade, exempelvis till kvinnors och mäns olika behov.

⁵⁵ 15 av 20 typfallsvarianter med män bedömdes kunna återgå till heltidsarbete, samt ett fall bedömdes återgå i halvtid och två fall till heltidspension. Motsvarande antal för kvinnor var åtta st. i återgång till heltidsarbete, en återgång $\frac{3}{4}$ i arbete, nio i återgång halvtid samt en hel förtidspensionering.

Lika inför kassan? Riksförsäkringsverket 1999

Mot bakgrund av förstudien 1998, genomfördes 1999 en studie i större skala i syfte att ta reda på om könstillhörighet, utbildning eller etnicitet påverkar handläggarnas bedömning av ärenden.

Studien utfördes vid 19 länskassor. Totalt deltog 387 handläggare varav 282 inom sjukpenning/rehabiliteringsersättning och 105 inom handikapp och vårdbidrag. Handläggarna fick ta ställning till olika fiktiva men verklighetstroga fall där den försäkrades diagnos, nuvarande arbete och arbetslivserfarenhet, utbildning samt social situation beskrevs. Därefter skulle handläggarna motivera vilket beslut de skulle ha tagit om de själva hade handlagt ärendet.

Handläggarna informerades inte om studiens syfte. I studien ingick tre typfall av rehabilitering med olika diagnos som sedan varierades med avseende på *kön*, *etnicitet* och *utbildning*. Sammanlagt förekom åtta olika varianter för varje typfall. Därtill ingick två typfall med fysiskt respektive psykiskt handikapp uppdelat på vardera fyra varianter samt två typfall av vårdbidrag baserad på fysiskt och psykiskt handikapp i fyra varianter. Typfallen delades slumpmässigt ut bland handläggarna. Varje handläggare fick ta ställning till en variant av varje typfall inom sin förmånskompetens vilket inom sjukpenning/rehabiliteringsersättning innebär att uppskattningsvis 35 handläggare granskade samma variant. Motsvarande antal inom handikapp och vårdbidrag är uppskattningsvis 26 handläggare per variant.⁵⁶

Studien visar att utbildning, etnicitet och kön hade en viss betydelse för handläggarnas bedömning av ärenden. Könstillhörigheten hade störst betydelse medan etnicitet och utbildning hade betydelse i mindre omfattning.

Studien redovisar inte fördelning av svar per typfall eller uppdelat för kön, etnicitet och utbildning var för sig. Studien redovisar inte könstillhörighetens betydelse i detalj, utan beskriver den summariskt i rapporten. Resultaten är *inte* statistiskt signifikanta om inget annat anges.

Mäns kortare väg tillbaka till arbetet – Typfall inom sjukpenning/rehabiliteringsersättning

I ett typfall med *generaliserat smärtsyndrom* bedömdes att mannen kunde återgå snabbare till arbete än kvinnan. En tredjedel av handläggarna ansåg att mannen kunde återgå till arbete inom 6 månader, 40 procent inom 12 månader och cirka 25 procent inom 2 år. Motsvarande andel vid bedömning av kvinnor var knapp 20 procent inom 6 månader, 45 procent inom 12 månader och 33 procent inom 2 år.

Den egna motivationen ansågs vara en viktigare förutsättning för kvinnan (46 procent) än för mannen (26 procent). Handläggarna ansåg att det var viktigare för kvinnan än för mannen att rehabiliteringen fick ta tid och att

⁵⁶ Uppgift om hur många handläggare som besvarat varje variant saknas i rapport. De siffror som nämns i denna översikt är beräkningar utifrån antal handläggare, typfall och varianter.

man inte skulle skynda på för mycket. Handläggarna bedömde att den med högskoleutbildning snabbare kunde återgå till arbete.⁵⁷

I ett typfall med *ont i rygg och nacke* bedömde 94 procent av handläggarna att mannen skulle kunna återgå i arbete på heltid och 5 procent på deltid. Motsvarande siffror för bedömning av kvinnan var 81 procent på heltid respektive 17 procent på deltid.

Den största skillnaden påträffades för typfall där samtliga tre variabler kombinerades. En grundskoleutbildad invandrarkvinna (Semira) jämfördes mot en högskoleutbildad svensk man (Lars). Samtliga handläggare bedömde att Lars efter avslutad period med sjukpenning kunde återgå i arbete. I fallet Semira bedömde 60 procent av handläggarna att hon skulle återgå i arbete, och 40 procent bedömde att hon skulle förtidspensioneras, helt eller delvis.

Även tidpunkt för återgång till arbete skilde sig åt. Den vanligaste bedömningen var att Lars kunde återgå till arbete inom sex månader, medan den vanligaste bedömningen av Semira var att hon kunde återgå till arbete inom tolv månader.

Hinder för rehabilitering motiverades olika för Lars och Semira. Lars ansågs snabbt kunna återgå till arbete på grund av att han var motiverad, hade ett bra socialt liv men att arbetsgivarens inställning var ett hinder. Semiras rehabilitering ansågs försvåras av hennes motivation, familjesituation samt diagnos.

Trots att beskrivningen av de bådas hälsotillstånd är identiska, ansåg handläggarna att Lars hälsotillstånd var av underordnad betydelse för rehabilitering medan den gavs större betydelse för Semira.

Samtliga skillnader i typfallet Lars och Semira är statistiskt signifikanta.

I det tredje typfallet *ångestsyndrom och fobier med inslag av missbruk* skilde sig inte bedömningarna åt, oavsett kön och etnicitet. Den enda signifikanta skillnaden fanns mellan kvinnor och män med hög utbildning.⁵⁸

Mäns större behov av omsorg – typfall inom handikappersättning

I typfall med *fysiskt handikapp* bedömde knappt 20 procent av handläggarna att kvinnors ansökan skulle avslås. Motsvarande andel avslag för män var cirka dubbelt så hög, knappt 40 procent.

⁵⁷ Knappt 30 procent av handläggarna bedömde att en försäkrad med högskoleutbildning kunde återgå till arbete inom 6 månader, cirka 55 procent inom 12 månader, knappt 20 procent inom 2 år. Motsvarande andel för de med tvåårig gymnasieutbildning var cirka 20 procent (inom 6 mån) knappt 40 procent (inom 12 mån) samt cirka 35 procent (inom 2 år).

⁵⁸ Kvinnorna i denna grupp bedömdes återgå i arbete på heltid i 46 procent av fallen, på deltid i 45 procent och inte alls i 9 procent. För männen är motsvarande siffror 60 procent på heltid, 25 procent på deltid och 15 procent inte alls.

Kvinnor ansågs behöva hjälp med förflyttning i högre grad än män. Några handläggare påpekar att mannen möjligtvis inte utfört så mycket hushållsarbete tidigare eller saknade krav på sig att dela ansvaret för hushållssysslor med maken.

I typfall med *psykiskt handikapp* fanns inga signifikanta skillnader i bedömning. Under intervjuerna påpekade handläggare att bedömningar av vårdbehovet vid psykiska problem är svårare än för rörelsehinder.

Typfall inom vårdbidrag – psykiskt och fysiskt handikappat barn

Studien hittade inga könsskillnader i bedömningen av vårdbidrag, dock intresserade sig handläggarna mer för föräldrarnas utbildning när dessa hade invandrarbakgrund. Handläggarna kommenterade även föräldrarnas bundenhet (dvs. att barnet behövde ständig tillsyn) endast då föräldrarna hade invandrarbakgrund.

Studien har inte tagit reda på om handläggarnas egen könstillhörighet hade någon betydelse för deras bedömning. Handläggarnas ålder, anställningstid samt utbildning har dock kontrollerats. Det visade sig att endast handläggarens utbildningsnivå hade betydelse för bedömning, och detta gällde enbart vid bedömning av rehabilitering.⁵⁹

Studien påpekar vikten att föra noggranna journalanteckningar för att medvetandegöra sina värderingar och sträva mot att som handläggare, kunna redogöra för sina överväganden.

Assistansersättning för kvinnor och män – Riksförsäkringsverket 2004:11

Under 2003/2004 utfördes en vignettstudie vid tre olika länskassor. 71 handläggare fick ta ställning till två fiktiva fall bestående av kortfattade underlag till ansökningar om assistansersättning för en gift funktionshindrad person. Handläggarna besvarade därefter en enkät om sin egen bedömning av ärendet. Underlagen var identiska, men i 34 av fallen hette den försäkrade Ola och i 37 av fallen hette den försäkrade Pia. Handläggarna fick inte veta studiens syfte. Omedelbart efter handläggarna besvarat enkäten, intervjuades de i grupp med målsättningen att synliggöra deras reflektioner och erfarenheter kring assistansersättning.

Centralt i sammanhanget är att vid bedömning av assistansersättning och antal beviljade timmar ska hänsyn tas till makars gemensamma ansvar.

Studien fann att handläggarna i viss utsträckning bedömde män och kvinnor olika. I 82 procent av fallen (28 av 34) där den sökande var en man, kommenterade handläggarna att det inte framgick om hänsyn tagits till makars ansvar. I de fall där den sökande var en kvinna, hänvisades till gemensamt ansvar i 68 procent av fallen (25 av 37). Signifikanstester redovisas inte. Inga andra könsskillnader påträffades i handläggarnas bedömning.

⁵⁹ Handläggarna med högskoleutbildning lade större vikt vid diagnos för kvinnor än för män. Handläggare med gymnasieutbildning med enstaka kurser högskoleutbildning menade att ekonomisk situation är ett större hinder för kvinnor än för män.

Spelar kön någon roll i handläggning? Handläggarnas egen syn och förklaringar.

Under intervjuerna framträdde ett återkommande mönster i diskussionerna kring kön. Frågan om kön togs aldrig upp spontant, utan introducerades av intervjuaren. När frågan om kön förts på tal, följde en ofta intensiv diskussion där merparten sade att kön inte påverkar beslut, medan en mindre andel hävdade motsatsen. Efter diskussionen pågått en stund menade de flesta att kön trots allt hade betydelse och påverkar oss alla, men i så fall omedvetet. De flesta värjde sig mot att könstillhörighet skulle kunna påverka deras egen handläggning. Handläggarna blev förvånade när intervjuaren påpekade att det fanns systematiska könsskillnader för beslut inom assistansersättning.

Under intervjuerna återkom tre vanliga förklaringar till förekomsten av könsskillnader. *För det första* så ansågs män kommunicera rakt och tydligt. De ansågs även vara bättre på att hävda sin rätt i jämförelse med kvinnor som ansågs vara mer försiktiga och prata ”omkring”. *För det andra* ansågs män ha andra sjukdomar/funktionshinder/diagnoser vilket motiverade ett större assistansbehov. *För det tredje* så hävdades att män och kvinnor har olika behov på grund av olika livssituationer. Ett exempel som handläggarna lyfte fram var att män har större behov av hjälp med hushållsarbete, eftersom de inte ägnat sig åt dessa sysslor innan funktionshindret uppstod. I enstaka intervju förekom även argument att mäns och pojkars fritidsintressen är mer tidskrävande än kvinnors/flickors.

Sammanfattande diskussion och reflektioner

De registerstudier och aktstudier som ingår i denna kunskapsöversikt, har funnit könsskillnader inom de förmåner som studerats: sjukpenning/ rehabiliteringsersättning, arbetsskadeförsäkringen (livränta), handikappersättning samt bilstöd.

I samtliga dessa förmåner utom bilstöd, har resultaten tagit hänsyn till yrke (t.ex. kvinno/mansdominerat yrke) ålder, diagnos och dylika kontrollvariabler. Detta betyder att skillnaderna kvarstår även efter att hänsyn tagits till kontrollvariablerna och att de försäkrades könstillhörighet kan möjligtvis förklara en del av skillnaden, och inte att män och kvinnor generellt sett arbetar inom olika yrken eller har olika diagnoser etc.⁶⁰

I studierna påpekas att könsskillnaderna kan förklaras av att handläggarens bedömning bara är en del i en längre kedja av underlag, krav och förväntningar från andra parter. Försäkringskassans handläggning är endast en av flera instanser den försäkrade möter och där könsskillnader kan uppstå.

En annan orsak kan vara Försäkringskassans oförmåga att sätta agendan. Könsskillnaderna kan uppstå då den försäkrade, arbetsgivaren eller andra parter sätter agendan och ställer kraven.

⁶⁰ En del av skillnaderna skulle kunna förklaras av kontrollvariabler som inte ingått i studierna av olika anledningar, t.ex. att dessa variabler inte finns i registerdata eller inte fångas upp i akter.

En snarlik förklaring är path dependency, att det ursprungliga anspråket och tidigare beslut av sjukskrivande läkare sällan ifrågasätts av handläggaren. Könsskillnader kan även uppstå som en *bieffekt* av skillnader i bedömning av kvinno- och mansdominerade yrken.

Könsskillnaderna kan även förklaras av *handläggARBias*, vilket innebär att den försäkrades kön påverkat handläggarens bedömning och beslut.

Möjliga förklaringar till handläggARBias

Vignettstudierna med blindtest visar att handläggARBias sannolikt förekommer, men andelen handläggare som påverkades i sin bedömning varierar med förmåns slag och typfall.

Med hänsyn till resultaten, framträder tre möjliga förklaringar till handläggARBias.

Omedveten särbehandling

En förklaring kan vara samhällets rådande könsnormer om kvinnor och män. Handläggarna skulle enligt detta resonemang särbehandla kvinnor och män på det sätt som vignettstudierna ger exempel på. Exempelvis antaganden om att familjesituation och ställning på arbetsmarknaden kan vara ett hinder för kvinnors rehabilitering men inte för män, eller att män som söker handikappersättning, förväntas ha sämre förmåga och vana av hushållsarbete och då i högre grad förlitar sig på maka eller sambo.

Generalisering utifrån erfarenhet

HandläggARBias kan även handla om *generaliseringar* efter erfarenhet. En handläggare inom Försäkringskassan har med största sannolikhet en gedigen erfarenhet av vilka beslut som är vanliga för vissa diagnoser, yrken, övriga omständigheter och inte minst för kvinnor och män. I ärenden med stort utrymme för individuell prövning är handläggarens erfarenhet en förutsättning för att denna ska kunna utföra sitt arbete. Men vignettstudierna tyder på att bedömningen i vissa fall sker utifrån vad erfarenheten säger är vanligt förekommande i dessa typfall, snarare än det faktiska underlaget. Generalisering leder till att kvinnor och män bedöms utifrån egenskaper som hela gruppen kvinnor eller män uppfattas ha, snarare än att de bedöms som enskilda individer inom socialförsäkringen.

Skillnader mellan kvinnors och mäns initiativ och önskemål i handläggarmötet

En ytterligare förklaring gäller det personliga mötet i handläggningen. I intervjuerna med handläggare påtalades en generell skillnad i kvinnors och mäns initiativ och önskemål i mötet med handläggaren.

Eftersom handläggaren inom vissa ramar, ska ta hänsyn till den försäkrades egen situation och egna möjligheter, är det inte uteslutet att den som uppfattas som drivande och ställer krav, bedöms annorlunda än den med ett passivt och osäkert uppträdande i mötet med Försäkringskassan. Enligt detta resonemang,

beror skilda bedömningar för kvinnor och män på skilda uppträdanden i handläggarmötet, snarare än att handläggaren särbehandlar kvinnor och män.

Oavsett vilken av de tre förklaringarna ovan som är mest realistisk, visar vignettstudierna att risken för handläggargbias är som störst då bedömningen tar hänsyn till familjesituation och anknytning till arbetsmarknad. Den segregerade arbetsmarknaden samt kvinnors ansvar för obetalt hushållsarbete återkommer här i bedömningarna vilket kan liknas vid en rundgång mellan tillämpningen av socialförsäkringen och det samhälle den återspeglar.

Fortsatta studier

En fullständig översikt av forskningen på området bör inhämtas för att bedöma behovet av fortsatta studier. I sammanhanget bör det påpekas att Försäkringskassan har vissa ramar att förhålla sig till då en stor del av studier sker på uppdrag av Regeringen. I ett första steg bör studier av osakliga könsskillnader i möjligaste mån samköras i studier när datamaterialet och upplägget kan nyttjas för flera frågeställningar.

Av de studier som publicerats av Försäkringskassan och av ISF har dock tyngdpunkten hittills legat på registerstudier av sjukpenning/rehab samt handikappersättning och vårdbidrag. Dessa förmåner skulle med fördel kunna kompletteras med aktstudier för en djupare genomlysning av beslutsunderlag.

Aktstudier samt registerstudier med regressionsanalyser kan liknas vid grundbult i studier av osakliga könsskillnader, men behöver byggas på med mer kunskap om vad som händer i mötet mellan handläggare och den försäkrade. Riksförsäkringsverkets vignettstudie (1999) är den mest omfattande vignettstudien där 387 av Försäkringskassans handläggare deltagit. Datamaterialet från utbildningen finns kvar vilket med fördel kan analyseras ytterligare för mer detaljerade redovisningar av könstillhörighetens betydelse för handläggning i varje typfall.

Därtill bör det undersökas om det finns någon bäring i handläggarnas iakttagelser om att män ställer tydligare och rakare krav än kvinnor. Om så är fallet bör det undersökas vilken betydelse detta har för bedömning och beslut. Vilken metod som lämpar sig för detta, är dock oklart.

Det behövs studier av om *handläggarens* könstillhörighet påverkar handläggning, mätt genom avslag/beviljandegrad.

Studierna visar även att könstillhörighetens betydelse kan variera om den kombineras med utbildningsnivå och etnicitet. Detta tyder på att könstillhörighet bör studeras i kombination med andra variabler, förslagsvis utbildning, ålder samt etnicitet.

Avslutande diskussion

Sjukfrånvaroanalysen

Analysen handlar om sjukfrånvaro för kvinnor och män i åtta olika diagnoser. Kvinnor och män har olika sjuklighet och det varierar mellan olika diagnoser. Sjukskrivning är vanligt vid sjukdomstillstånd och den varierar mellan kvinnor och män vad gäller längd och omfattning (hel- eller deltid) för olika sjukskrivningsdiagnoser. Syftet med sjukfrånvarostudien har varit att beskriva och analysera eventuella könsskillnader i sjukfrånvaro, med avseende på sjukskrivningslängd, partiell sjukskrivning och förmånstyp, mellan kvinnor och män med specifika sjukskrivningsdiagnoser.

Studien visar att det föreligger skillnader i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män för tre utav de observerade diagnoserna; lungcancer, depressiv episod samt ryggvärk. I dessa tre diagnoser avslutar kvinnor sina sjukfall senare än män. Den största skillnaden är för diagnosen lungcancer. Det är fler kvinnor med lungcancer och vi vet att rökning som är den största riskfaktorn för lungcancer är vanligare bland kvinnor. En möjlig förklaring skulle kunna vara att kvinnorna har mer avancerad lungcancer vilket påverkar behandling och förlopp och även möjligheten att avsluta sjukskrivningen.

För resten av diagnoserna kan man se att kvinnor och män avslutar sina sjukfall under en jämförbar tidsperiod. Detta även efter det att vi har kontrollerat för sociodemografiska och socioekonomiska faktorer som skulle kunna ha betydelse för sjukskrivningens längd.

För diagnoserna akut blindtarmsinflammation och lunginflammation avslutar kvinnor och män sina sjukskrivningar inom likvärdiga tidsperioder. Möjliga förklaringar till detta kan vara att det är två väl avgränsade diagnoser med ett relativt akut förlopp och kortare sjukskrivningar. Det kan tolkas som att det för dessa diagnoser inte föreligger skillnader i bedömningen av sjukskrivningslängd. Även om sjukskrivningarna avslutats inom samma period och vi har kontrollerat för ett flertal viktiga faktorer vet vi inte om det är relevant sjukskrivning som utfärdats för dessa personer. Vi har t.ex. inte kunnat ta hänsyn till sjukdomens svårighetsgrad, eventuella komplikationer, individens arbetsförmåga och fysiska och psykiska krav i arbetet.

Två sjukskrivningsdiagnoser med längre sjukskrivningar, tjocktarmscancer och hjärninfarkt, visar inte heller på någon skillnad mellan kvinnor och män för att avsluta sjukfall.

Orsaken till de skillnader och likheter i sjukfrånvarons längd som vi har pekat på kan ha olika möjliga förklaringar som vi inte har haft möjlighet att ta hänsyn till i denna studie. Det är flera olika aktörer involverade när en individ blir sjukskriven och som därmed kan påverka utvecklingen av den processen, t.ex. hälso- och sjukvården, arbetsgivaren och Försäkringskassan.

För att ytterligare analysera könsskillnaderna i sjukfrånvaro bör man komplettera denna registerstudie med en aktgranskning med syfte att studera om resonemang, motivering och bedömningar av sjukskrivning ser lika ut för kvinnor och män i samma diagnos och om det finns könsskillnader som är kopplade till typ av diagnos.

Studien om assistansersättningen

Skillnaden mellan kvinnor och män inom assistansersättning i antal beviljade assistanstimmar per vecka är inte stor, men den är systematiskt återkommande över tid.

Män beviljas ett högre genomsnittlig antal assistanstimmar för alla år utom de allra första. För åren 1998–2014 är skillnaden statistiskt säkerställd. Ytterligare analyser behöver göras dels för att veta i vilken utsträckning skillnaderna uppstår innan ett ärende inkommer till Försäkringskassan och i vilken utsträckning de uppstår under själva handläggningen. Även kontrollvariabler behöver inkluderas i en fördjupad analys för att undersöka hur stor del av de observerade skillnaderna som dessa kan förklara.

Kunskapsöversikten

Kunskapsöversikten togs fram i syfte att användas för utvecklande av ett handläggarsstöd inom ramen för Försäkringskassans utvecklingsarbete för jämställdhetsintegrering. Översikten består av en genomgång av ett flertal studier med fokus på könsskillnader från 1998 och framåt som gjorts av Försäkringskassan, Riksförsäkringsverket samt Inspektionen för socialförsäkringen.

De förmåner som legat i fokus för översikten är sjukpenning/ rehabiliteringsersättning, arbetsskadeförsäkringen (livränta), handikappersättning samt bilstöd. I samtliga dessa förmåner utom bilstöd, har resultaten tagit hänsyn till yrke, ålder, diagnos och dylika kontrollvariabler. Detta betyder att skillnaderna till viss del skulle kunna förklaras av de försäkrades könstillhörighet.

I studierna påpekas att könsskillnaderna kan förklaras av att handläggarens bedömning bara är en del i en längre kedja av underlag, krav och förväntningar från andra parter. Försäkringskassans handläggning är endast en av flera instanser den försäkrade möter och där könsskillnader kan uppstå.

Översikten visar att det behövs bättre kunskap om och i så fall hur osakliga könsskillnader uppstår, och det behövs framförallt mer kunskap om vad som händer i mötet mellan handläggare och den försäkrade. I övrigt behövs till exempel fortsatta aktstudier och regressionsanalyser för att upptäcka inom vilka förmåner som eventuella osakliga könsskillnader förekommer, och i så fall i vilken omfattning och andra utmärkande drag.

Sammantaget konstateras att det behövs mer kunskap om vad de olika könsskillnaderna som framkommer av analyserna beror på för att kunna svara på frågan om dessa är osakliga i handläggning, beslut och/eller

bemötande. Analyserna i denna rapport bör kompletteras dels med ytterligare förklarande variabler där det är möjligt och även aktgranskningar. Översikten visar också att det överlag finns behov av att analysera ytterligare förmåner samt följa upp tidigare analyser och rapporter då det i vissa förmåner skett förändringar över tid, som regeländringar till exempel.

I regeringsuppdraget för jämställdhetsintegrering som Försäkringskassan fick i regleringsbrevet för budgetåret 2014 togs även riktlinjer fram för att identifiera, förebygga och motverka osakliga könsskillnader i kärnverksamheten. Dessa riktlinjer kommer att användas för vidare arbete med resultaten i denna rapport och fortsatt arbete med analyser av könsskillnader planeras för närvarande till handlingsplanen för jämställdhetsintegrering som kommer presenteras under hösten 2015.

Referenser

- Beemsterboer, W., R. Stewart, J. Groothoff och F. Nijhuis. (2009). "Literature review on sick leave determinants (1984–2004)." *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 22(2): 169–179.
- Folkhälsomyndigheten (2014). Folkhälsan I Sverige. Årsrapport 2014.
- Försäkringskassan (1998). Genderperspektiv i rehabiliteringsarbetet – finns det? *Forskning och utveckling*, nr 31. Malmö
- Försäkringskassan 2002. Socialförsäkring, kön och agenda – Formella och reella beslut vid kvinnors och mäns ohälsa. *Forskning och utveckling*, nr 37. Stockholm
- Försäkringskassan (2008a). Deltidssjukskrivning. En registerstudie av utvecklingen 1995–2006. *Socialförsäkringsrapport 2008:12*.
- Försäkringskassan (2008b). Könsskillnader i bilstöd. *Svar på regeringsuppdrag 2008-03-07, Dnr 1668-2008*. Stockholm
- Försäkringskassan (2011). Varför finns det skillnader i bifallsfrekvens inom arbetsskadeförsäkringen? *Socialförsäkringsrapport 2011:6*. Stockholm
- Försäkringskassan (2013a). Handikappersättning. Utveckling av mottagare 2003–2011. *Socialförsäkringsrapport 2013:7*. Stockholm
- Försäkringskassan (2013b). Ojämställd arbetsbörda. Föräldraledighetens betydelse för fördelning av betalt och obetalt arbete, *Socialförsäkringsrapport 2013:9*.
- Försäkringskassan (2014a). Analys av sjukfrånvarons variation. Väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid, *Socialförsäkringsrapport 2014:17*.
- Försäkringskassan (2014b). *Socialförsäkringen i siffror 2014*.
- Försäkringskassan. (2014c). Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16–64 år. *Socialförsäkringsrapport 2014:04*.
- Försäkringskassan (2014d). Kvinnors sjukfrånvaro. En studie av förstagångsföräldrar. *Socialförsäkringsrapport 2014:14*.
- Försäkringskassan (2014e). Långtidssjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassans handläggare, med fokus på professionellt bemötande. *Socialförsäkringsrapport 2014:19*.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2011). Beslut om arbetsskada ur ett jämställdhetsperspektiv – Livränta till följd av sjukdom. *Rapport 2011:15*. Stockholm

Inspektionen för Socialförsäkringen (2013). Försäkringskassans handläggning av sjukpenning ur ett jämställdhetsperspektiv, *Rapport 2013:6*.

Inspektionen för Socialförsäkringen (2014). Läkarintygens betydelse för sjukfrånvaron. En registerstudie av till Försäkringskassan inkomna läkarintyg, *Rapport 2014:5*.

Lidwall U., (2014). Sick leave diagnoses and return to work: a Swedish register study. *Disability and Rehabilitation*, Early Online: 1–15, DOI: 10.3109/09638288.2014.923521.

Riksförsäkringsverket (1999). Lika inför kassan? *Studiematerial och debattinlägg*. Stockholm

Riksförsäkringsverket (2004). Assistansersättning för kvinnor och män – en genderanalys av assistansersättning. *Riksförsäkringsverket analyserar* 2004:11. Stockholm

Roelen, CA., PC. Koopmans, JW Groothoff, JJ. Van der Klink, U. Bultman. (2011). Sickness absence and full return to work after cancer: 2-year follow-up of register data for different cancer sites. *Psycho-Oncology*, 20(9): 1001–1006.

Socialstyrelsen (2013a). Könsperspektiv på det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

Socialstyrelsen (2013b). Cancer i siffror. Populärvetenskapliga fakta om Cancer.

Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd.
<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>
(2015 02 10).

SOU 2014:74. *Jämställdhet i socialförsäkringen?* Forskningsrapport till Delegationen för jämställdhet i arbetet. Kapitel 4, Kvinnors och mäns sjukfrånvaro: 87–124. http://jamstalldhetiarbetslivet.se/wp-content/uploads/2014/11/SOU-2014_74.pdf (2014-12-11).

Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (2003) Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: (SBU)167.

Sveriges kommuner och landsting (2010a). Jämställda sjukskrivningar. Arbetsbok för kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess. (2015-05-15).
<http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-569-2.pdf?issuusl=ignore>

Sveriges kommuner och landsting (2010b). Jämt sjukskriven – ett genusperspektiv på sjukskrivningsprocessen. (2015-05-15).
<http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-513-5.pdf?issuusl=ignore>

Sveriges kommuner och landsting (2014). (O)jämställdhet i hälsa och vård. Reviderad upplaga. (2015-05-15).
<http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-052-8.pdf?issuusl=ignore>

Sveriges kommuner och landsting (2015-05-15).
<http://skl.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/sjukskrivningsmiljarden.5228.html>

Bilaga 1

Oberoende variabler

Oberoende variabler som justeras för i de multivariata Cox Proportional Hazard regressionerna. Om inte annat anges gäller information för de oberoende variablerna för *året innan* indexsjukfallet.

Ålder ingår i analyserna som en kontinuerlig variabel.

Födelseland är kategoriserat enligt MIS MENA i åtta olika kategorier: Sverige (referenskategori), Norden utom Sverige, EU27 utom Norden, Övriga Europa, Afrika söder om Sahara, Asien utan Mellanöstern, MENA inklusive Turkiet och Sydamerika.

Högsta utbildningsnivå (enligt SUN 2000) delas in i fem kategorier: för-gymnasial utbildning (referensgrupp), gymnasial utbildning, eftergymnasial utbildning <2 år och eftergymnasial utbildning >2 år.

Yrke – Indelning i 22 huvudykesgrupper enligt indelning efter Standard för Svensk yrkesklassificering (SSYK 1996). Genomsnittet över alla huvudykesgrupper är referens.

Inkomst – Indelningen sker i kvartiler baserat på sjukpenninggrundande inkomst för hela populationen

Barn – Antal hemmavarande barn 0–15 år, inga barn är referensgrupp.

Försäkradtyp – består av fyra kategorier vid tid för sjukfallets start: anställd (referensgrupp), arbetslös, egenföretagare samt övriga (föräldraledig eller hemmameförsäkrad, studerande med studiestöd, studerande med studietids SGI)

Månad – tidpunkt för sjukfallets start.

Tidigare sjukfrånvaro – dikotom variabel som anger att personen har haft minst ett sjukfall längre än 14 dagar under de närmaste tolv månaderna innan startdatum för indexsjukfallet. Jämförelsegrupp är individer utan sjukfall längre än 14 dagar under motsvarande period.

Boendelän – vid tiden för sjukfallet där genomsnittet över alla län är referens.

Avliden – antal dagar från sjukfallets slutdatum fram till dess att personen avlider (fram till och med 2014-07-03).

Tabell 5 Genomsnittligt antal sjukfrånvarodagar samt medianvärdet för kvinnor och män som haft ett sjukfall >14 dagar under perioden 2010–2011 i någon av de studerade diagnoserna

Diagnos	Kvinnor			Män		
	Antal	Dagar*	Median	Antal	Dagar*	Median
Tjocktarmscancer (C18)	204	289	225	278	258	141
Lungcancer (C34)	176	391	300	145	323	227
Depressiv episod (F32)	11 785	205	89	6 411	197	85
Ångestsyndrom (F41)	4 721	235	83	2 660	212	77
Hjärnfarkt (I63)	433	385	254	1 003	350	191
Lunginflammation (J18)	3 143	28	21	2 425	30	21
Akut blindtarmsinfl.(K35)	419	26	22	614	27	22
Ryggvärk (M54)	8 498	115	35	8 543	99	33
Totalt	29 379			22 079		

* Genomsnittligt antal sjukfrånvarodagar inklusive karensdag och sjuklöneperiod.

Tabell 6 Antal och andel (procent) kvinnor och män som vid slutet av uppföljningen har ett fortsatt pågående sjukfall, har övergått till sjuk- och aktivitetsersättning eller har haft ett annat avslut på sjukfallet

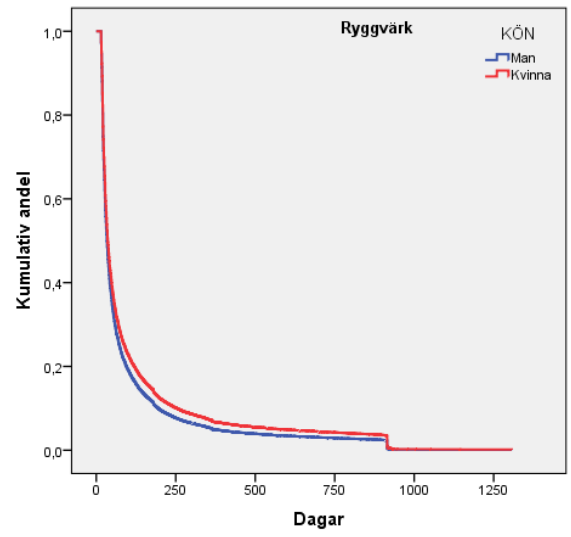
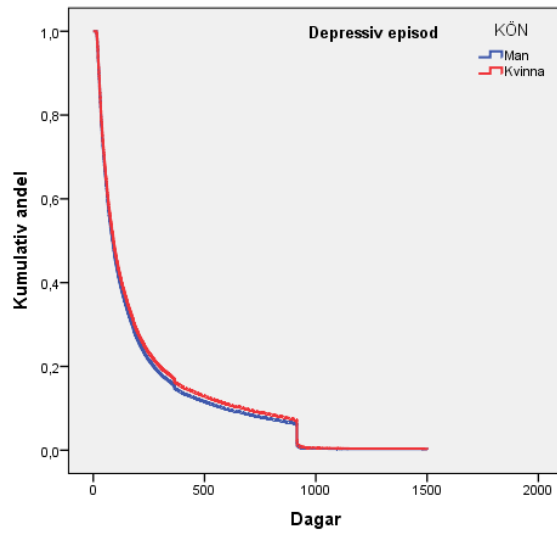
Diagnos	Kvinnor			Män		
	Pågående sjukfall n (%)	Avslut till S/A n (%)	Annat avslut n (%)	Pågående sjukfall n (%)	Avslut till S/A n (%)	Annat avslut n (%)
Tjocktarmscancer	8 (3,9)	4 (2,0)	192 (94,1)	8 (2,9)	5 (1,5)	265 (95,3)
Lungcancer	9 (5,1)	8 (4,5)	159 (90,3)	5 (3,4)	6 (4,1)	134 (92,4)
Depressiv episod	121 (1,9)	508 (4,3)	11 156 (94,7)	57 (0,9)	200 (3,1)	6 154 (96,0)
Ångestsyndrom	60 (1,3)	406 (8,6)	4 255 (90,1)	29 (1,1)	165 (6,2)	2 466 (92,7)
Hjärnfarkt	9 (2,1)	69 (15,9)	355 (82,0)	26 (2,6)	158 (15,8)	819 (81,7)
Lunginflammation	2 (0,1)	4 (0,1)	3 137 (99,8)	2 (0,1)	3 (0,1)	2 420 (99,8)
Akut blindtarmsinfl.	–	–	419 (100,0)	–	–	614 (100,0)
Ryggvärk	47 (0,6)	233 (2,7)	8 218 (96,7)	28 (0,3)	181 (2,1)	8 334 (97,6)

Tabell 7 Relativ risk (RR) med 95 % konfidensintervall för kvinnor att avsluta sjukfall i specifika diagnoser jämfört med män. RR med fet stil anger att resultaten är statistiskt signifikanta

Diagnos	Ojusterad RR			Justerad RR*		
	RR	Undre KI	Övre KI	RR	Undre KI	Övre KI
Tjocktarmscancer (C18)	0,90	0,75	1,08	0,86	0,68	1,10
Lungcancer (C34)	0,80	0,64	1,01	0,63	0,45	0,88
Depressiv episod (F32)	0,97	0,94	1,00	0,95	0,92	0,98
Ångestsyndrom (F41)	0,92	0,88	0,97	0,95	0,90	1,00
Hjärnfarkt (I63)	0,92	0,81	1,04	0,94	0,80	1,10
Lunginflammation (J18)	1,06	1,01	1,12	1,04	0,97	1,11
Akut blindtarmsinfl.(K35)	1,01	0,89	1,14	0,94	0,81	1,10
Ryggvärk (M54)	0,92	0,89	0,95	0,89	0,86	0,93

* Se beskrivning av Oberoende variabler på sidan 52.

Figur 9 Avslutningstidpunkt för sjukfall i depressiv episod och ryggvärk



Bilaga 2

Tabell 8 Antal kvinnor och män med assistansersättning från 1994 till 2014 samt skillnad i antal mellan dessa

År	Kvinnor	Män	Skillnad (antal fler män)
1994	2836	3305	469
1995	3338	3951	613
1996	3551	4139	588
1997	3704	4219	515
1998	3991	4489	498
1999	4242	4841	599
2000	4584	5119	535
2001	5171	5782	611
2002	5207	5828	621
2003	5543	6216	673
2004	5915	6629	714
2005	6335	7058	723
2006	6688	7458	770
2007	7043	7853	810
2008	7195	8079	884
2009	7369	8379	1010
2010	7411	8521	1110
2011	7373	8594	1221
2012	7335	8557	1222
2013	7319	8547	1228
2014	7430	8728	1298

Tabell 9 Antal kvinnor och män med assistansersättning fördelat på åldersgrupper 2014

Ålder	Antal assistansberättigade		Genomsnittligt antal timmar per vecka	
	Samtliga	Samtliga	Samtliga	Samtliga
	Total	Total	Total	Total
Samtliga				
Samtliga	16 158		123,9	
0-14	2 276		102,9	
15-19	1 241		114,2	
20-24	1 460		136,1	
25-29	1 183		144,0	
30-34	940		139,3	
35-39	917		138,6	
40-44	954		134,1	
45-49	971		132,8	
50-54	1 051		130,1	
55-59	1 122		129,3	
60-64	1 362		125,9	
65-	2 681		107,7	
Kvinnor				
Samtliga	7 430		122,0	
0-14	964		104,1	
15-19	482		113,5	
20-24	600		133,1	
25-29	467		138,4	
30-34	408		137,0	
35-39	411		138,8	
40-44	449		131,2	
45-49	460		131,5	
50-54	498		127,5	
55-59	607		126,7	
60-64	684		124,0	
65-	1 400		106,5	
Män				
Samtliga	8 728		125,5	
0-14	1 312		101,9	
15-19	759		114,6	
20-24	860		138,3	
25-29	716		147,6	
30-34	532		141,0	
35-39	506		138,4	
40-44	505		136,7	
45-49	511		134,0	
50-54	553		132,5	
55-59	515		132,2	
60-64	678		127,7	
65-	1 281		109,0	

I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2015:

- 2015:1 Sjukskrivningar 60 dagar eller längre. En beskrivning av sjukskrivna åren 1999–2014 efter kön, ålder, arbetsmarknadsstatus, yrke, sjukskrivningslängd och diagnospanorama
- 2015:2 Lågt och stabilt? Indikatorer på politisk måluppfyllelse inom sjukförsäkringsområdet.
- 2015:3 Jämställdhet och sjukfrånvaro. Förstagångsföräldrar och risken för sjukfrånvaro vid olika jämställdhetssituationer och effekter på sjukfrånvaron av reformer inom föräldraförsäkringen
- 2015:4 Barnhushållens ekonomi. Resultatindikatorer för den ekonomiska familjepolitiken 2015
- 2015:5 Förutsättningar för implementering och användning av motiverande samtal (MI) inom Försäkringskassan. Slutrapport
- 2015:6 Sjukfrånvarons utveckling. Delrapport 1, 2015
- 2015:7 Studier om könsskillnader. Skillnader mellan kvinnor och män i diagnosspecifik sjukfrånvaro, könsskillnader inom assistansersättningen, samt en kunskapsöversikt av tidigare studier