

TILL RIKSDAGEN

BESLUTAD: 2019-05-28

DNR: 3.1.1-2018-0977

RIR 2019:19

Härmed överlämnas enligt 9 § lagen (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m. följande granskningsrapport:

Jämställd sjukfrånvaro

– bedöms män och kvinnor likvärdigt i sjukskrivningsprocessen?

Riksrevisionen har granskat om män och kvinnor bedöms likvärdigt i sjukskrivningsprocessen. Resultatet av granskningen redovisas i denna granskningsrapport. Den innehåller slutsatser och rekommendationer som avser regeringen.

Riksrevisor Stefan Lundgren har beslutat i detta ärende. Revisionsdirektör Pathric Hägglund har varit föredragande. Revisor Kristina Karlsson och enhetschef Anna Hessel har medverkat i den slutliga handläggningen.

Stefan Lundgren

Pathric Hägglund

För kännedom:

Regeringskansliet; Socialdepartementet
Försäkringskassan, Socialstyrelsen

JÄMSTÄLLD SJUKFRÅNVARO

RIKSREVISIONEN

Innehåll

Sammanfattning och rekommendationer	5
1 Inledning	8
1.1 Bakgrund	8
1.2 Motiv till granskning	9
1.3 Syfte och frågeställningar	10
1.4 Bedömningsgrunder	11
1.5 Genomförande och avgränsningar	12
2 Vad säger forskningen om skillnaderna i sjukfrånvaro mellan män och kvinnor?	14
3 Läkarnas roll i sjukskrivningsprocessen och risker i bedömningen av arbetsförmågan	18
3.1 Läkarens roll	18
3.2 Risker i bedömningen av arbetsförmågan	20
3.3 Sammanfattande iakttagelser	21
4 Beskrivning av data och studiepopulation	23
4.1 Studiepopulation och data	23
4.2 Avgränsningar	25
4.3 Beskrivning av studiepopulation	25
4.4 Mått på hälsa	31
5 Analys	33
5.1 Sjukfrånvaron för olika delpopulationer	33
5.2 Dekomponering av könsskillnader i sjukfrånvaro	35
5.3 Vårdgivarens bedömning av patienten	37
5.4 Tolkning av könsskillnaden i sjukfrånvaro	39
5.5 Fördjupande analyser	41
5.6 Könsskillnader i sjukfrånvaro inom olika delpopulationer	42
5.7 Patientens självskattade hälsa	44
6 Regeringens, Försäkringskassans och Socialstyrelsens arbete för jämställd sjukfrånvaro	46
6.1 Regeringen	46
6.2 Försäkringskassan	48
6.3 Socialstyrelsen	52
6.4 Sammanfattande iakttagelser	53
7 Slutsatser och rekommendationer	56
7.1 Granskningens resultat	56
7.2 Generaliserbarhet	57
7.3 Möjliga tolkningar av resultaten	57
7.4 Rekommendationer	58
Referenslista	61
Bilaga A	68
Bilaga B	70

JÄMSTÄLLD SJUKFRÅNVARO

RIKSREVISIONEN

Sammanfattning och rekommendationer

Granskningens bakgrund och syfte

Sjukfrånvaron i Sverige uppvisar ett tydligt mönster såtillvida att kvinnor är sjukskrivna mer än män. Skillnaden har vuxit stadigt sedan 1980-talets första hälft fram tills i dag då kvinnor är sjukskrivna i nästan dubbelt så hög utsträckning som män. Skillnaderna i sjukfrånvaro får inte bara konsekvenser för livsinkomster och framtida pension, de riskerar också att få konsekvenser för hälsan.

Män och kvinnor ska behandlas lika i sjukförsäkringen. Sjukskrivningar ska utgå från en bedömning av arbetsförmåga. Att fastställa arbetsförmåga är komplext, inte minst eftersom arbetsförmågan varken är objektiv eller absolut mätbar. Problemet är särskilt framträdande bland patienter som lider av psykisk ohälsa, där objektiva undersökningsfynd ofta saknas och där patientens egen beskrivning av symtom och besvär väger tungt i bedömningen. Risken för godtycklighet i bedömningarna och för osakliga skillnader att uppstå är därmed särskilt stor bland patienter med dessa diagnoser. Med osakliga skillnader avses här skillnader i sjukfrånvaro som inte kan motiveras utifrån skillnader i arbetsförmåga.

I sjukskrivningsprocessen har läkarna en nyckelroll. Läkarna har till uppgift att både fastställa diagnos och ge medicinsk behandling, samtidigt som de ska bedöma arbetsförmåga och utfärda medicinska underlag. Utifrån läkarens underlag fattar Försäkringskassans handläggare beslut om rätten till ersättning. Eftersom Försäkringskassan i de allra flesta fall följer läkarens rekommendationer, har läkaren i praktiken en avgörande betydelse för individens möjligheter att få ersättning.

Mot bakgrund av ovanstående har Riksrevisionen granskat i vilken utsträckning osakliga skillnader i läkarnas bedömning av patientens behov av sjukskrivning kan vara en bidragande orsak till att kvinnor är mer sjukskrivna än män. Syftet har varit att undersöka i vad mån det finns tecken på brister i sjukförsäkringssystemets förmåga att åstadkomma en likformig bedömning av de försäkrades rätt till ersättning, detta med utgångspunkt i hälso- och sjukvårdens bedömningar av mäns och kvinnors arbetsförmåga.

I granskningen har uppgifter om patientens bedömda funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning kopplats till uppgifter om mottagande av ersättning från sjukförsäkringen samt andra mått på hälsa. I urvalet ingår cirka 60 000 individer i Skånes län som mellan 2010 och 2016 uppsökte en läkare och då diagnosticerades med antingen lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa, eller med smärtproblematik, och mottog behandling för detta. Resultaten torde vara generaliserbara för patienter i hela landet med motsvarande diagnoser, som utgör omkring 15 procent av alla påbörjade och 20 procent av alla pågående sjukfall under ett år (2018).

Granskningens resultat

I granskningen konstateras tydliga skillnader i sjukskrivning mellan män och kvinnor vid samma nivå på den bedömda arbetsförmågan. Resultaten i korthet:

- Kvinnor som diagnosticeras med en lindrig eller medelsvår psykisk sjukdom är sjukskrivna 30 procent mer än män vid samma bedömning av arbetsförmågan. Ingenting i resultaten tyder på att skillnaden kan förklaras av att kvinnor har sämre hälsa än män eller av att män och kvinnor ofta arbetar i olika yrken och i olika branscher.
- De osakliga könsskillnaderna är särskilt tydliga bland patienter som är 31–40 år, som inte har barn, som är högutbildade, som har en relativt hög inkomst och som företrädesvis arbetar i mansdominerade branscher.
- Inga osakliga könsskillnader konstateras bland patienter med en smärtdiagnos. En bidragande orsak är sannolikt att osäkerheten i bedömningen av arbetsförmågan bland dessa patienter är mindre.
- Kvinnor som diagnosticeras med en lindrig eller medelsvår psykiatrisk diagnos är sjukskrivna drygt 20 procent mer än män vid samma nivå på den självskattade hälsan.

Granskningen ger inte svar på om de osakliga skillnaderna beror på att kvinnor sjukskrivs mer, eller män mindre, än vad sjukförsäkringens regelverk medger. Båda alternativen är möjliga liksom en kombination av de två.

Det kan finnas olika förklaringar till varför kvinnor sjukskrivs mer än män, trots samma bedömda arbetsförmåga. En möjlig förklaring kan vara att kvinnor i genomsnitt är mer öppna inför att vara sjukskrivna än män, och att män i högre utsträckning föredrar annan behandling. Forskning har också visat att kvinnor i genomsnitt har ett mer preventivt hälsobeteende än män. Med den osäkerhet som finns i bedömningen av arbetsförmåga kan detta få genomslag i mer sjukfrånvaro för kvinnor, trots att läkaren gör samma bedömning av mäns och kvinnors arbetsförmåga. En annan möjlig förklaring kan vara normer bland läkare, som kanske i genomsnitt är mer benägna att sjukskriva kvinnor i jämförelse med män, trots likvärdig arbetsförmåga. En tredje möjlig förklaring är att vårdgivare underskattar mäns funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, och inte förmår fånga upp signaler om mäns psykiska ohälsa på samma sätt som för kvinnor.

Riksrevisionens rekommendationer

Riksdagen har uttalat att man ser positivt på regeringens jämställdhetspolitiska verksamhetsmål som innebär att skillnaderna i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män, mätt som sjukpenningtal, ska minska.

Flera tidigare regeringar har uppmärksammat risken för att osakliga könsskillnader kan förekomma i sjukskrivningsprocessen. Försäkringskassan, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har alla på olika sätt utrett och tagit initiativ till att minimera förekomsten av omotiverade skillnader i bedömningar och beslut. På grund av mätproblem har de emellertid varit svåra att upptäcka och mäta omfattningen av.

Granskningens resultat och slutsatser visar att ytterligare initiativ bör tas för att minska förekomsten av osakliga skillnader i sjukskrivningsprocessen. De föreslagna rekommendationerna har två syften, dels minska osäkerheten i bedömningen av patientens arbetsförmåga, dels stärka hälso- och sjukvårdens drivkrafter att utfärda läkarintyg av hög kvalitet.

Riksrevisionens rekommendationer riktar sig till regeringen:

- Regeringen bör ge Försäkringskassan i uppdrag att återkommande följa upp läkarintygsskrivande för män och kvinnor på olika vårdgivarenheter. Med en bättre uppföljning och analys av läkarintygen skulle systematiska skillnader mellan läkares utfärdande av läkarintyg, exempelvis med avseende på kön och olika diagnoser, lättare kunna upptäckas.
- Regeringen bör tillsätta en utredning i syfte att ge förslag på,
 - *hur incitamentsstrukturen inom hälso- och sjukvården kan utvecklas för att minska utrymmet för osakliga könsskillnader i sjukfrånvaro att uppstå.* Kvaliteten i läkarintygen och omfattningen av osakliga könsskillnader torde gå att påverka genom utformningen av hälso- och sjukvårdens incitament att agera i enlighet med sjukförsäkringens syfte. En utredning bör därför lämna förslag på hur hälso- och sjukvårdens incitament i sjukskrivningsprocessen ytterligare kan stärkas.
 - *hur kvaliteten och enhetligheten i läkarintygen kan öka för att minska förekomsten av osakliga skillnader.* En utredning bör undersöka förutsättningarna för en regel som innebär att beslut om förlängningar av sjukskrivningar som pågått under en längre tid alltid ska fattas på basis av underlag från läkare eller läkarteam med särskild försäkringsmedicinsk kompetens, alternativt på basis av särskilda arbetsförmågeutredningar.
 - *hur läkarnas kunskaper om patientens arbetssituation ska kunna förbättras för att minska osäkerheten i bedömningen av arbetsförmågan.* Mycket talar för att läkares kunskaper om kraven i olika delar av arbetslivet är begränsad. En utredning bör lämna förslag på hur läkarna ska ges bättre förutsättningar att bedöma kraven i det arbete patienten ska utföra för att på så vis förbättra kvaliteten och minska godtyckligheten i bedömningen av arbetsförmåga.

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Sjukfrånvaron i Sverige har under lång tid präglats av stora upp- och nedgångar som inte kunnat kopplas till motsvarande förändringar i arbetskraftens hälsa eller arbetsförmåga.¹ Sjukfrånvaron har också uppvisat ett tydligt könsmonster såtillvida att kvinnor är mer sjukskrivna än män. Skillnaden har vuxit stadigt sedan 1980-talets första hälft fram tills i dag då kvinnor är sjukskrivna i nästan dubbelt så hög utsträckning som män (se diagram 1).² Skillnaderna i sjukfrånvaro får inte bara konsekvenser för livsinkomster och framtida pension, de riskerar också att få konsekvenser för hälsan.³

Under de senaste tio åren har regeringen initierat insatser inom flera områden för att minska skillnaderna. Insatserna har bland annat involverat satsningar för att förebygga risken för arbetsmiljörelaterad ohälsa, stimulanser för en jämnare fördelning av det obetalda hemarbetet, samt initiativ för att minska risken för osakliga könsskillnader i tillämpningen av sjukförsäkringen. Regeringen antog 2015 ett brett åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro. I det konstateras att åtgärder inom jämställdhets-, familje- och arbetsmiljöpolitiken ska kunna bidra till att skillnaderna i sjukfrånvaro mellan könen på sikt minskar.⁴ Ett särskilt fokus i åtgärdsprogrammet gavs förbättrad arbetsmiljö, där en rad satsningar genomförts mellan 2014 och 2018.⁵

Såväl Försäkringskassan, Socialstyrelsen som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har uppmärksammat risken för osakliga könsskillnader i sjukskrivningsprocessen. Inom ramen för Försäkringskassans arbete med jämställdhetsintegrering, som påbörjades 2013, formulerades en explicit målsättning om att det inte skulle få förekomma osakliga skillnader i Försäkringskassans handläggning och beslut.⁶ Efter en genomgång av det försäkringsmedicinska beslutsstödet, som bland annat innehåller

¹ Se ESO (2016), ISF (2015a) eller Försäkringskassan (2014a).

² Karlsson (2016).

³ Riksrevisionen (RiR, 2016).

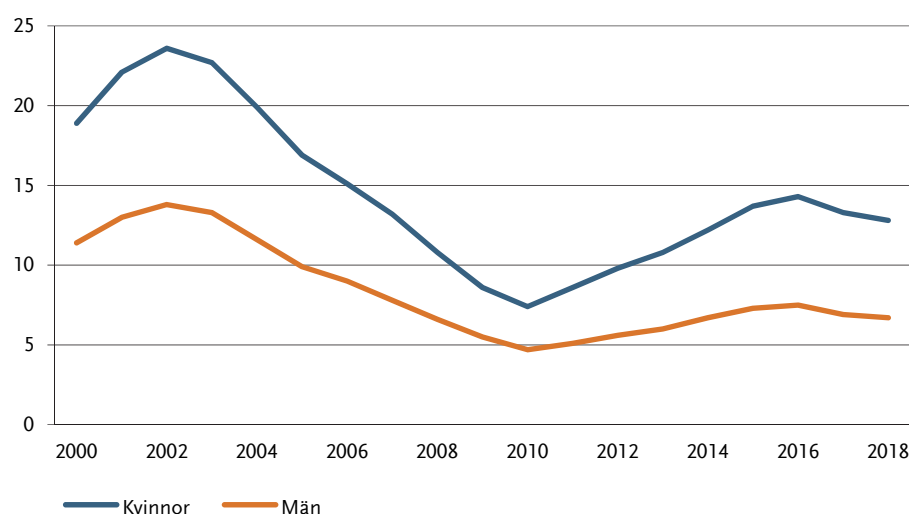
⁴ Regeringsbeslut S2012/00963/SF, S2012/01809/SF, S2014/07998/SF, S2015/06106/SF.

⁵ Bland dessa satsningar kan nämnas inrättandet av en ny myndighet för arbetsmiljökunskap, ett förstärkt anslag till Arbetsmiljöverket för att förbättra tillsynsverksamheten samt framtagande av en arbetsmiljöstrategi för det moderna arbetslivet (skr. 2015/16:80). Därutöver presenterades i budgetpropositionen för 2016 satsningar för att öka bemanningen inom typiskt kvinnodominerade yrken (skolan, den sociala barn- och ungdomsvården och äldreomsorgen), i syfte att minska sjukfrånvaron i dessa yrken.

⁶ Regeringsbeslut S2011/11297/SF, S2012/8855/SAM, S2012/8858/SAM och Försäkringskassan (2015a).

rekommendationer om sjukskrivning för olika diagnoser, identifierade Socialstyrelsen flera områden inom vilka det fanns potential för att förbättra könsperspektivet.⁷ Exempelvis ansåg man att beslutsstödet bör innehålla könsspecifika råd, liksom könsuppdelad information där sådan behövs. I vissa fall bör även mer könsneutrala rekommendationer kunna användas. Avslutningsvis har SKL tagit fram en handbok, *Jämställda sjukskrivningar*, som är tänkt att användas som stöd för vårdgivarna.⁸ I handboken poängteras vikten av att den försäkringsmedicinska delen av vårdgivarnas ansvarsområde inte präglas av generaliseringar utifrån könstillhörighet.

Diagram 1 Sjukpenningtalet för kvinnor och män



Anm.: Sjukpenningtalet är definierat som antalet nettodagar från sjukpenning och rehabiliteringspenning dividerat med antalet försäkrade exklusive antal personer som har aktivitetsersättning eller sjukersättning med hel omfattning.

1.2 Motiv till granskning

Läkaren ska både ge medicinsk behandling, och därmed se till patientens bästa, och bedöma arbetsförmåga. Det innebär att läkaren också är första kontrollinstans i sjukförsäkringen. I läkarintyget ställer läkaren diagnos, beskriver hur sjukdomen påverkar arbetsförmågan och anger hur länge och i vilken omfattning patienten behöver vara sjukskriven. Utifrån detta underlag fattar Försäkringskassans handläggare beslut om rätten till ersättning. Eftersom Försäkringskassan i de allra

⁷ Socialstyrelsen (2013).

⁸ Sveriges Kommuner och Landsting (2010a).

flesta fall följer läkarens rekommendationer, har läkaren i praktiken en avgörande betydelse för individens möjligheter att få ersättning.⁹

Läkarens arbete med att fastställa patientens arbetsförmåga är komplext, inte minst eftersom objektiva och mätbara principer för arbetsförmågebedömning saknas.¹⁰ Svårigheterna är särskilt framträdande vid bedömning av patienter med psykisk ohälsa, där objektiva undersökningsfynd ofta saknas och där läkarens bedömning i hög utsträckning baseras på patientens egen beskrivning av besvär och symtom.¹¹ Mycket talar också för att läkarnas kunskaper om kraven i olika delar av arbetslivet är bristfälliga. I Riksrevisionens rapport (RiR, 2018a) konstateras att läkare sällan eller aldrig har kontakt med patientens arbetsgivare, som är den som har mest kunskap om patientens arbetsituation och också om möjligheterna att anpassa arbetsuppgifterna för att möjliggöra arbetsåtergång.

Sammantaget kan osäkerheten i bedömningen av arbetsförmåga många gånger vara betydande, vilket ger utrymme för osakliga skillnader i sjukfrånvaro att uppstå. Med osakliga (eller omotiverade) skillnader avses här skillnader i sjukfrånvaro som inte kan motiveras utifrån skillnader i arbetsförmåga.

1.3 Syfte och frågeställningar

Granskningens syfte är att undersöka i vad mån det finns tecken på brister i sjukförsäkringssystemets förmåga att åstadkomma en likformig bedömning av de försäkrades rätt till ersättning, detta med utgångspunkt i hälso- och sjukvårdens bedömningar av mäns och kvinnors arbetsförmåga. Följande frågor besvaras:

- Blir män och kvinnor sjukskrivna i samma utsträckning givet bedömningen av patientens arbetsförmåga?
- Leder patientens egen upplevelse av ohälsa till sjukskrivning i samma utsträckning för män och kvinnor?
- Hur mycket av skillnaden i sjukfrånvaro mellan män och kvinnor kan härledas till skillnader i familjesituation, val av bransch och sektor att arbeta i samt till bedömningen av patientens arbetsförmåga?

Om analysen visar att män och kvinnor sjukskrivs i olika utsträckning trots att den bedömda arbetsförmågan är likvärdig anser Riksrevisionen att det indikerar brister i sjukförsäkringssystemets förmåga att åstadkomma en likformig bedömning av rätten till ersättning. Resterande delfrågor bidrar till att dels förstå resultaten bättre, dels kvantifiera de osakliga skillnadernas betydelse i relation till andra faktorer med betydelse för sjukfrånvaroskillnaden mellan män och kvinnor.

⁹ I januari 2018 var andelen avslag för initial ansökan om sjukpenning 3,9 procent för kvinnor och 3,3 procent för män. Se Försäkringskassan (2018a).

¹⁰ SOU 2008:66.

¹¹ Se WHO, "The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders – Clinical descriptions and diagnostic guidelines", hämtad 2019-05-22, eller Riksrevisionen (RiR, 2018a).

1.4 Bedömningsgrunder

Sjukskrivning är en integrerad del av vård och behandling med samma krav på vetenskap och beprövad erfarenhet som övrig sjukvård.¹² Riksrevisionen har följande bedömningsgrunder som utgångspunkt i granskningen.

En utgångspunkt är att regeringen har uttryckt mål för jämställdhetspolitiken.¹³ Bland de sex delmålen nämns både att kvinnor och män ska erbjudas vård och omsorg på lika villkor och att kvinnor och män ska ha samma möjligheter och villkor i fråga om betalt arbete som ger ekonomisk självständighet livet ut.¹⁴

En annan utgångspunkt är riksdagens syn på regeringens jämställdhetspolitiska verksamhetsmål. Riksdagen har genom Socialförsäkringsutskottet (bet. 2015/16:SfU1) uttalat att man ser positivt på det *verksamhetsmål som innebär att skillnaderna i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män, mätt som sjukpenningtal, ska minska*.¹⁵ Riksdagen har i olika sammanhang betonat vikten av att bedöma faktiskt uppnådda resultat av genomförda statliga insatser i förhållande till målen. Utskottet¹⁶ noterar att kvinnors höga andel av sjukfallen varit relativt konstant över tid och att det nuvarande övergripande jämställdhetspolitiska målet således inte lett till någon förbättring i det avseendet. Utskottet ser därför positivt på att regeringen föreslår ett nytt jämställdhetspolitiskt verksamhetsmål som innebär att skillnaderna i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män, mätt som sjukpenningtal, ska minska.

Om granskningen visar att läkares bedömning kan ge upphov till osakliga skillnader i sjukfrånvaro, utan att det utgör föremål för verkningfulla åtgärder från regeringens eller de ansvariga myndigheternas sida, anser Riksrevisionen att ytterligare åtgärder bör vidtas för att nå riksdagens intention om att skillnaderna i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män, mätt som sjukpenningtal, ska minska.

Om det finns tecken på att män och kvinnor inte bedöms likvärdigt i sjukskrivningsprocessen med utgångspunkt i läkarnas bedömning av arbetsförmågan, anser Riksrevisionen att det motverkar målsättningen om att hälso- och sjukvården ska vara jämställd. Det motverkar också målet om ekonomisk jämställdhet. Att regeringens styrning samt de ansvariga myndigheternas faktiska arbete ska utgå ifrån effektiva och ändamålsenliga

¹² Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Vården ska ges på lika villkor för hela befolkningen. I den grundläggande målformuleringen i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), framgår att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Se även Sveriges Kommuner och Landsting, "Ledning och styrning av sjukskrivningar", hämtad 2019-05-22.

¹³ Regeringen, "Mer om jämställdhetspolitikens mål", hämtad 2019-05-22.

¹⁴ Prop. 2015/16:1, bilaga 3, bet. 2015/16:SoU1 och rskr. 2015/16:102.

¹⁵ Se prop. 2015/16:1, utgiftsområde 10.

¹⁶ Se bet. 2015/16:SfU1, s. 11, rskr. 2015/16:87.

åtgärder för att minska skillnaderna i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män utgör därmed utgångspunkten i Riksrevisionens granskning.

Granskningen omfattar regeringens ansvar för utformningen av socialförsäkringssystemet och de olika aktörernas ansvar och drivkrafter att agera i enlighet för sjukförsäkringens syfte. Försäkringskassan och Socialstyrelsen är de myndigheter som ansvarar för att genomföra de hälso- och sjukvårdspolitiska målen. Försäkringskassan fattar, på underlag från läkare, beslut om rätten till sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning. Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård. De ansvarar också för att bidra till att hälso- och sjukvården bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.¹⁷

1.5 Genomförande och avgränsningar

Som underlag för granskningen används uppgifter om cirka 60 000 patienter inom Skånes hälso- och sjukvård mellan 2010 och 2016. De flesta patienterna hade en lindrig eller medelsvår psykisk sjukdom men några hade en sjukdom i det muskuloskeletala systemet. Patienterna i studiepopulationen fick behandling i form av antingen kognitiv beteendeterapi (KBT), om patienten hade en psykiatrisk diagnos, eller multimodal rehabilitering (MMR), om patienten hade en smärtdiagnos.

För att undersöka om män och kvinnor bedöms likvärdigt i sjukskrivningsprocessen har enkätuppgifter om hur behandlande vårdgivare bedömde patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning kopplats samman med registeruppgifter om patientens vårdkonsumtion, läkemedelsförskrivning och användning av sjukförsäkring. Genom dokumentstudier har i granskningen regeringens, Försäkringskassans och Socialstyrelsens arbete för att uppnå jämställd sjukfrånvaro vidare granskats.

Trots avgränsningen till patienter i Skånes län torde resultaten i stor utsträckning vara möjliga att generalisera till patienter med motsvarande diagnoser i resten av landet och till andra tidsperioder. Exempelvis har Skåne över tid uppvisat en sjukfrånvaroutveckling som i hög grad påminner om landet i övrigt. Mellan 2010 och 2016 steg sjukpenningtalet med 72 procent i Skånes län och med 80 procent i hela landet. Patienter med diagnoser motsvarande dem som ingår i granskningen utgör omkring 15 procent av alla påbörjade och 20 procent av alla pågående sjukfall under ett år (2018).

Granskningen omfattar inte läkare eller vårdgivare som sådana utan avser läkarens roll som del i sjukskrivningsprocessen.

¹⁷ Se 1 § förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan och 1 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

I projektet har Per Johansson, professor i statistik vid Uppsala universitet, samt Ingemar Petersson, forskningschef vid Lunds universitetssjukhus och adjungerad professor i försäkringsmedicin vid Lunds universitet, fungerat som kvalitetssäkrare. De har lämnat synpunkter på olika versioner av såväl granskningsupplägg som granskningsrapport. Eva Vingård, professor emeritus i arbets- och miljömedicin, samt Marcus Eliason, doktor i nationalekonomi vid Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) i Uppsala, har varit knutna till projektet som referenspersoner och lämnat synpunkter på tidigare versioner av rapporten.

2 Vad säger forskningen om skillnaderna i sjukfrånvaro mellan män och kvinnor?

I avsnittet redovisas vad forskning och utredning visat beträffande förklaringsfaktorer till könsskillnaderna i sjukfrånvaro. Genomgången gör inget anspråk på att vara fullständig men ambitionen är ändå att ge en bred belysning av ämnet utifrån olika forskningsfält. Studier på svenska förhållanden har getts företräde, liksom studier med syftet att fastställa orsakssamband.

Den svenska arbetsmarknaden är könssegregerad såtillvida att en hög andel kvinnor arbetar inom offentlig sektor, i hälso- och sjukvården, omsorg och utbildningsväsendet, medan män främst arbetar i privat sektor.¹⁸ Arbetsmiljöundersökningar (se exempelvis Arbetsmiljöverket, 2016a, eller Arbetsmiljöverket, 2018) har återkommande visat att kvinnor upplever en sämre psykosocial arbetsmiljö än män, med högre arbetsbelastning och med större psykiska påfrestningar, och att män ofta upplever en sämre fysisk arbetsmiljö än kvinnor, med mer buller och luftföroreningar.

I Arbetsmiljöverket (2017) sammanfattas resultat och slutsatser från det regeringsuppdrag, *Uppdrag om särskilda förebyggande insatser för kvinnors arbetsmiljö*, som inleddes 2011.¹⁹ I rapporten konstateras bland annat att, i) riskerna för ohälsa i kvinnodominerade arbeten är större än i mansdominerade yrken, och att sannolikheten att arbetstagaren slutar är högre, ii) män och kvinnor ofta har olika arbetsuppgifter även om de arbetar i samma yrke, och att detta sannolikt är en förklaring till olikheter i den upplevda arbetshälsan, iii) alltför hög fysisk och psykisk belastning i kvinnodominerade arbeten är en konsekvens av brister i arbetsmiljön för både män och kvinnor, det är inte ett resultat av biologiska skillnader, iv) för att komma tillrätta med den arbetsmiljö inom offentlig sektor som inte är jämställd krävs åtgärder på central och politisk nivå.

Den segregerade arbetsmarknaden och skillnader i arbetsmiljö skulle kunna vara en bidragande förklaring till skillnaderna i sjukfrånvaro. Emellertid baseras undersökningar av arbetsmiljön ofta på hur anställda upplever sin arbetssituation snarare än på objektiva mått, vilket gör en sådan slutsats osäker. I en av de underlagsrapporter som ligger till grund för Arbetsmiljöverkets slutsatser (Arbetsmiljöverket, 2016b) har en kunskapssammanställning gjorts beträffande vad forskningen visar om kopplingen mellan organisatoriska faktorer, psykosocial arbetsmiljö och arbetsrelaterad hälsa. Som mått på organisatoriska faktorer

¹⁸ Se exempelvis skr. 2008/09:198.

¹⁹ Regeringsbeslut A2011/2209/ARM.

betydelse har respondenten i de olika studierna fått besvara frågor om exempelvis hur många timmar de arbetar, om huruvida organisationsförändringar har genomförts eller ska genomföras på arbetsplatsen samt om hur de upplever ledarskapet på arbetsplatsen. För att fånga den psykosociala arbetsmiljön har respondenten fått besvara frågor om arbetsbelastning, de psykologiska och emotionella kraven i arbetet, om man upplever stress och rollkonflikter i arbetet, om man upplever att arbetsplatsen är rättvis och om återkoppling och belöning i arbetet sker, hur mycket kontroll över arbetet man har etc. Avslutningsvis, när arbets- och hälsorelaterade utfall kartläggs, får respondenten besvara frågor om arbetstrivsel och engagemang i arbetet, om sjuknärvaro och sjukfrånvaro, om upplevd psykisk ohälsa och besvär, om utbrändhet, stress och symtom på depression med mera.

Avsaknaden av objektiva mått på arbetsmiljö skapar problem i tolkningen av resultaten eftersom en arbetssituation, beroende på personlighet, preferenser och erfarenheter, kan upplevas på olika sätt av olika anställda. Krav som för en anställd upplevs som stimulerande och utmanande kan för en annan anställd upplevas som övermäktiga.²⁰ Gruppvisa jämförelser, exempelvis mellan män och kvinnor, av subjektiva utlåtanden är därför problematiska eftersom grupper i genomsnitt kan skilja sig åt beträffande personlighet, preferenser och erfarenheter. Jylhä (2009) konstaterar exempelvis att bedömningen av självskattad hälsa påverkas av bland annat social klass, utbildning, levnadsstandard, sociala nätverk och socialt kapital.

Kvinnor är i genomsnitt sjukskrivna mer än män i de flesta länder.²¹ En titt på andra hälsomått, exempelvis vårdkonsumtion och läkemedelsförskrivning ger en liknande bild; kvinnor förefaller ha sämre hälsa än män.²² Ett stort undantag är emellertid att kvinnors förväntade livslängd vid olika åldrar är längre än mäns. Skillnaden återfinns i nästan hela världen och uppgick år 2010 till omkring fyra år i genomsnitt. Detta förhållande har bland forskare kommit att benämnas *morbiditets-mortalitetsparadoxen*.²³

En möjlig förklaring till det motstridiga mönstret är skillnader i hälsobeteende mellan könen. Studier har visat att kvinnor tenderar att agera mer proaktivt beträffande sin egen och sina familjemedlemmars hälsa, och att de också är mindre riskbenägna, än män i genomsnitt.²⁴ Kvinnor i Sverige har dessutom generellt sett mer hälsosamma levnadsvanor än män, då de exempelvis är mindre stillasittande, oftare har hälsosamma matvanor samt använder alkohol och andra

²⁰ Frankenhaeuser och Johansson (1981).

²¹ Mastekaasa och Olsen (1998).

²² Sindelar (1982).

²³ Nathanson (1975).

²⁴ Bertrand (2010).

droger i mindre utsträckning än män.²⁵ Implikationen är således att kvinnor i genomsnitt har bättre levnadsvanor samt högre konsumtion av hälso- och sjukvård, vilket i sin tur har positiva effekter på livslängden.

På svenska förhållanden har betydelsen av skillnader i hälsobeteende undersökts av Avdic och Johansson (2013), som analyserade sjukfrånvaron för män och kvinnor före och efter en sjukhusinläggning inom olika diagnoser. Författarna konstaterar att kvinnors relativa sjukfrånvaro var högre än mäns efter inläggningen samtidigt som deras generella hälsa var bättre. Såväl mortalitet som återinläggningsrisk var lägre för kvinnor jämfört med män. Författarna drar slutsatsen att merparten av skillnaden i sjukfrånvaro mellan män och kvinnor kan härledas till skilda riskpreferenser där kvinnor är mer rädda om sin hälsa och därmed agerar mer förebyggande. Endast en tredjedel av skillnaden kunde i studien härledas till kvinnors större ansvar för hemarbetet.

Karlsson (2016) sammanställer de relativa sjuktalen mellan män och kvinnor i Sverige mellan 1901 och 2015. I rapporten konstateras att kvinnor och män var sjukskrivna i samma utsträckning under 1900-talets början medan skillnaden är större än någonsin i dag. Olika orsaker till utvecklingen diskuteras i rapporten men kvinnors ökade arbetsutbud bedöms vara en viktig faktor.

I Angelov med flera (2011) analyseras sjukfrånvaroskillnaden mellan män och kvinnor och orsaker till varför skillnaden ökat sedan början av 1980-talet. Författarna konstaterar att den ökade skillnaden inte kan förklaras av ökade skillnader i den självs kattade hälsan eller i förändringar av arbetsmiljön. I stället drar de slutsatsen att de huvudsakliga orsakerna till de ökade skillnaderna de senaste 30 åren går att finna i kvinnors ökade arbetsutbud i kombination med föräldraskapet.

I Angelov med flera (2013) konstateras att skillnaderna i sjukfrånvaro mellan män och kvinnor som lever tillsammans uppstår i samband med familjebildning och det första barnets ankomst. Fram till dess är män och kvinnor sjukskrivna i ungefär samma utsträckning. Eftersom skillnaden i sjukfrånvaro utvecklas mer lika i relationer där kvinnan hade en relativt stark löneutveckling innan barnets födelse, drar författarna slutsatsen att sjukfrånvaroskillnaderna främst beror på kvinnors relativt försämrade position på arbetsmarknaden efter familjebildning. Kvinnor tar ut merparten av föräldradagarna, är i högre utsträckning lediga när barnet är sjukt, och går i högre grad ner i arbetstid. Detta sänker i sin tur kvinnors tröskel för sjukskrivning. Författarna finner inget stöd för att sjukfrånvaroskillnaden skulle vara hälsorelaterad.

I en rapport från ESO (2016) konstateras att kvinnor är mer sjukskrivna än män i nästan samtliga branscher, detta även efter kontroll för arbetsuppgiftsrelaterade

²⁵ Folkhälsomyndigheten, "Folkhälsans utveckling", hämtad 2019-05-20.

uppgifter som utbildningsinriktning och arbetsinkomst, och att sjukfrånvaroskillnaden dessutom ökar ju mer kvinnodominerad branschen är. Författarna menar att resultaten talar emot tolkningen att arbetsmiljö skulle vara en viktig orsak till sjukfrånvaroskillnader mellan män och kvinnor.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) konstaterar i en rapport (ISF, 2016a) att läkare skriver längre läkarintyg för män än för kvinnor inom olika diagnoser. I rapporten konstateras också att vårdgivare oftare bedömer att kvinnor har begränsningar vad gäller olika typer av aktivitetsförmåga i jämförelse med män, även efter att patientens självskattade hälsa beaktats. Därutöver sjukskrivs kvinnor mer än män vid olika nivåer på vårdgivarens bedömning. ISF anser att mer arbete krävs för att kvalitetssäkra hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningar, exempelvis bör kartläggningar göras av sjukskrivningar i olika landsting och regioner samt för olika vårdformer och läkarspecialiteter.

3 Läkarnas roll i sjukskrivningsprocessen och risker i bedömningen av arbetsförmågan

I kapitlet redogörs för läkarnas respektive Försäkringskassans roll i sjukskrivningsprocessen, samt vilka svårigheter som finns förknippade med den bedömning av arbetsförmågan som läkaren ska göra inom ramen för sjukskrivningsprocessen.

3.1 Läkarens roll

Läkare inom hälso- och sjukvården utfärdar läkarintyg som ligger till grund för rätten till sjukpenning. För en person som är anställd ska ett läkarintyg kunna visas upp från och med dag åtta i sjukskrivningen.²⁶ Utfärdande av läkarintyg är att jämställa med annan medicinsk behandling som exempelvis förskrivning av läkemedel.²⁷ Det innebär att läkare har dubbla roller såtillvida att de agerar både i egenskap av medicinska experter som ordinerar behandling och, i praktiken, så kallade grindvakter i sjukförsäkringen. Även om det är Försäkringskassan som fattar det slutliga beslutet om rätten till ersättning, följer handläggaren i allmänhet läkarens rekommendation. Försäkringskassan avslag totalt 2,6 procent av nyansökningarna om sjukpenning 2017, och 5,8 procent av pågående sjukfall.²⁸

Läkarintyg ska utfärdas om arbetsförmågan bedöms nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom.²⁹ Bedömningen av arbetsförmågan görs enligt den så kallade DFA-kedjan, vars syfte är att tydliggöra kopplingen mellan individens sjukdom och arbetsförmåga. Eftersom lagen anger att sjukdom ska ligga till grund för rätt till ersättning är det första steget i DFA-kedjan att läkaren ställer en diagnos (D) på patienten. Det andra steget är att fastställa fysisk eller psykisk funktionsnedsättning (F) i förhållande till det normala. Det tredje och sista steget i DFA-kedjan är att fastställa den aktivitetsbegränsning (A) som sjukdomen och funktionsnedsättningen ger upphov till, hur omfattande den är och vilka

²⁶ När det gäller personer som saknar anställning finns inte något uttryckligt krav i socialförsäkringsbalken om läkarintyg. Däremot kan man säga att det ligger i den försäkrades intresse att i sådana fall visa läkarintyg före dag 8 eftersom det kan behövas för att Försäkringskassan ska kunna pröva rätten till sjukpenning. Se 27 kap. 25 § första stycket socialförsäkringsbalken.

²⁷ Sveriges Kommuner och Landsting, "Ledning och styrning av sjukskrivningar", hämtad 2019-05-22.

²⁸ Riksrevisionen (RiR, 2018a).

²⁹ 27 kap. 2 och 25 §§ socialförsäkringsbalken.

konsekvenser den får i relation till det som kan förväntas i vardagen, eller för en viss arbetsuppgift.³⁰

Till sin hjälp i arbetet att bedöma arbetsförmåga har läkaren det försäkringsmedicinska beslutstödet, vars syfte är att höja kvaliteten på sjukskrivningar och göra dem mera enhetliga.³¹ Beslutstödet består av två delar, dels en övergripande vägledning för sjukskrivning, dels en uppsättning rekommendationer för olika diagnoser. Rekommendationerna i beslutstödet är vägledande och kan även hjälpa läkarna att tala med patienterna om sjukskrivning. Läkaren kan alltid göra avsteg från beslutstödet i det enskilda ärendet, emellertid krävs då en särskild motivering i det medicinska underlaget till Försäkringskassan. Undersökningar har visat att beslutstödet utgör en viktig del i läkares arbete med sjukskrivningar, och att de flesta anser att stödet är positivt.³²

Försäkringskassan ska bedöma arbetsförmågan hos den som ansöker om sjukpenning och fatta beslut om rätten till ersättning. Bedömningen görs på basis av uppgifterna i ansökan och läkarintyget. Om läkarintyget inte innehåller tillräckligt med information ska Försäkringskassan begära att läkaren kompletterar det. Försäkringskassan har också i uppdrag att samordna rehabiliteringsinsatser och att samverka med hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen, arbetsgivare och andra aktörer.³³

Om handläggaren behöver mer information än läkarintyget för att bedöma individens arbetsförmåga har landstingen, sedan den 1 januari 2019, en lagstadgad skyldighet att tillhandahålla en försäkringsmedicinsk utredning efter begäran av Försäkringskassan.³⁴ Den utredning som landstingen för tillfället kan tillhandahålla är en aktivitetsförmågeutredning (AFU), som är en standardiserad utredningsform vars syfte inte bara är att beskriva funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar utan också lyfta fram den eventuellt kvarvarande förmågan till aktivitet. En AFU kan exempelvis begäras i situationer där den medicinska informationen är oklar eller motsägelsefull, eller när det är oklart i vilken omfattning sjukdomen sätter ner arbetsförmågan. Enligt Försäkringskassans interna vägledningsdokument ska en AFU alltid övervägas så tidigt i sjukfallet som möjligt.³⁵ Emellertid avser en AFU individens aktivitetsförmåga i förhållande till vad ett normalt förekommande arbete kräver, det vill säga den arbetsförmågebedömning som ska göras efter dag 180 i sjukfallet.

³⁰ Riksrevisionen (RiR, 2018a).

³¹ Socialstyrelsen, "Försäkringsmedicinskt beslutstöd", hämtad 2019-05-20.

³² Se exempelvis Svärd med flera (2018).

³³ Försäkringskassan "Vårt uppdrag inom sjukförsäkringen", hämtad 2019-05-20. Se 110 kap. 13–13 a §§ socialförsäkringsbalken om kompletteringar och samordningsuppdrag. Om rehabilitering se 30 kap. 8–11 §§ socialförsäkringsbalken.

³⁴ Lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar.

³⁵ Försäkringskassan (2019).

ISF har i två rapporter, ISF (2015b) respektive ISF (2016b), granskat AFU. Man konstaterar att AFU har förutsättningar att tillföra ny och värdefull information i det enskilda ärendet, men att det finns kvalitetsbrister i tolkningen och värderingen av AFU-utlåtandet i den fortsatta handläggningen hos Försäkringskassan (ISF, 2015b). Vidare konstateras i ISF (2016b) att det finns brister i kvalitetssäkringen av de bedömningar som görs i AFU. Bristerna gäller både tillförlitligheten i de bedömningar som läkare och handläggare gör (reliabilitet), och de bedömningar handläggarna gör på basis av AFU-utlåtandet (prognostisk validitet). ISF anser att kvalitetssäkring av AFU är mycket angeläget eftersom det skulle stärka utredningsmodellens trovärdighet och ge kunskap om hur utvecklingsarbetet med AFU ska fortsätta.

3.2 Risker i bedömningen av arbetsförmågan

Flera omständigheter försvårar läkarnas arbetsförmågebedömning. Ett grundläggande problem är att arbetsförmågan inte är fullt observerbar och därför inte fullt mätbar. Begrepp som sjukdom och arbetsförmåga saknar absoluta definitioner.³⁶ Sjukdomar kan uppträda på olika sätt för olika personer vilket försvårar diagnosättandet. Många läkare vittnar också om tidsbrist i mötet med patienten, vilket försämrar möjligheterna att analysera och gradera funktionsnedsättningen.³⁷

Svårigheterna med att fastställa arbetsförmåga blir särskilt tydlig vid psykisk ohälsa, där de objektiva undersökningsfynden ofta är få och där patientens beskrivning av symtom och besvär får stor betydelse för läkarens bedömning.³⁸ Bristen på kunskap om hur arbetsförmågan påverkas vid psykisk ohälsa är stor, vilket innebär att tydliga riktlinjer kring hur länge och till vilken grad sjukskrivning är lämpligt i hög grad saknas. På motsvarande sätt är kunskapen om hur sjukskrivning påverkar individen bristfällig.³⁹ Riksrevisionen (RiR, 2018b) konstaterar att det finns indikationer om att det försäkringsmedicinska beslutsstödets vägledning om sjukskrivning vid psykiatriska diagnoser inte används likformigt av Försäkringskassan.

För att kunna bedöma arbetsförmåga krävs utöver möjligheterna att fastställa funktionsnedsättning, också möjligheter att bedöma aktivitetsbegränsning. Detta kräver kunskap om kraven i olika delar av arbetslivet. Riksrevisionen (2018a) konstaterar att läkare sällan eller aldrig har kontakt med patientens arbetsgivare. I praktiken är den försäkrade den ende aktören i sjukskrivningsprocessen som har kännedom om vilka arbetsuppgifter som ska utföras och de arbetsvillkor som

³⁶ ESO (2016).

³⁷ Riksrevisionen (RiR, 2018a).

³⁸ Ibid.

³⁹ SOU 2010:107 och ISF (2014).

omgärdar arbetet. Vidare visar granskningen att osäkerhet finns bland läkarna beträffande innebörden av begreppet *normalt förekommande arbete*, den bedömningsgrund som avser sjukskrivningar som pågått längre än 180 dagar, och att olika praxis tillämpas. Riksrevisionen menar att det finns risk för att detta påverkar likformigheten i bedömningarna av arbetsförmåga negativt.

Det faktum att den försäkrade kan förväntas ha mer kunskap om sin funktionsnedsättning och sina möjligheter att arbeta än läkaren ger upphov till så kallad *moralisk risk*, där den försäkrade kan försöka utnyttja sitt informationsövertag för att agera för egen vinning snarare än i enlighet med försäkringens syfte. En stor forskningslitteratur har också konstaterat att användningen av sjukförsäkringen påverkas av andra faktorer än arbetsförmåga på grund av sjukdom. Exempelvis har generositeten i sjukförsäkringen betydelse för användningen av densamma, ju högre ersättningsnivåer och ju lägre grad av kontroll av rätten till ersättning, desto högre blir sjukfrånvaron, och tvärtom.⁴⁰ Forskningen har också visat att normer kring sjukskrivning har betydelse, om sjukfrånvaron stiger i en persons näromgivning ökar också den egna sannolikheten att bli sjukskriven.⁴¹

3.3 Sammanfattande iakttagelser

En sammanfattande slutsats är att läkarens arbete med att bedöma patientens arbetsförmåga många gånger är komplext, det gäller inte minst vid bedömning av patienter som lider av psykisk ohälsa. Tidsbrist i mötet med patienten, frånvaron av tydliga riktlinjer och objektiva undersökningsfynd samt bristfällig information om de arbetsuppgifter som ska utföras har en tydligt negativ inverkan på förutsättningarna att göra en korrekt bedömning. Trots förbättrad försäkringsmedicinsk kompetens bland läkarna och mer kunskap om hur arbetsförmågan påverkas vid olika psykiska sjukdomar, kommer bedömningen av arbetsförmågan av patienter med dessa diagnoser alltid att präglas av en betydande osäkerhet. Det ger i sin tur utrymme för osakliga skillnader att uppstå.

För att i möjligaste mån motverka förekomsten av felaktiga bedömningar och osakliga skillnader är det viktigt att drivkrafterna för respektive aktör i sjukskrivningsprocessen att agera i enlighet med försäkringens syfte är rätt utformade. Är drivkrafterna för arbete svaga hos den anställde, liksom arbetsgivarens incitament att få tillbaka en sjukskriven i arbete, försvåras läkarens arbete med att bedöma arbetsförmågan. På motsvarande sätt försvåras Försäkringskassans arbete med att bedöma rätten till ersättning om läkarnas

⁴⁰ Se exempelvis Johansson och Palme (1996, 2002 och 2005) för studier av ersättningsnivåns betydelse på svenska förhållanden, och Hartman med flera (2013), Johansson och Lindahl (2013) respektive Häggglund (2013) för studier av olika kontrollåtgärders betydelse.

⁴¹ Se Hesselius med flera (2009) samt Hesselius med flera (2013) för betydelsen av normer och sociala interaktioner i användningen av sjukförsäkringen.

drivkrafter att göra korrekta bedömningar är bristfälligt utformade. I ESO (2016) dras slutsatsen att det finns brister i hälso- och sjukvårdens drivkrafter att agera för en låg och stabil sjukfrånvaro, exempelvis konstateras att det inte finns några sanktioner förknippade med att utfärda läkarintyg på ett felaktigt sätt.

I ESO (2016) konstateras också att inga systematiska och återkommande sammanställningar görs av olika vårdgivares läkarintygsskrivande. Sådana skulle avslöja skillnader mellan läkares utfärdande av läkarintyg, exempelvis med avseende på kön och olika diagnoser. I dag bedriver Försäkringskassan ett fördjupat kvalitetssäkringsarbete i fall där man misstänker att läkarintygen som sjukskrivningen är baserad på är utfärdade på överdrivna eller felaktiga grunder.⁴² Läkarintygen granskas då av ett specifikt team av läkare med särskild kompetens inom just arbetsförmågebedömning. Skarpa verktyg saknas emellertid för att minska förekomsten av felaktiga intyg. Försäkringskassan har i dag en överenskommelse med Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om informationsutbyte i fall där felaktig yrkesutövning kan misstänkas. Efter utredning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals yrkesutövning kan IVO välja att göra en anmälan till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Det finns dock inte någon möjlighet för HSAN att dra in eller begränsa en läkares rätt att skriva läkarintyg på sådant sätt som HSAN kan göra med en läkares rätt att förskriva vissa läkemedel enligt 8 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Om en läkare eller tandläkare har missbrukat sin behörighet att förskriva narkotiska läkemedel, andra särskilda läkemedel, alkoholhaltiga läkemedel eller teknisk sprit, ska denna behörighet dras in eller begränsas. Behörigheten ska också dras in eller begränsas om läkaren eller tandläkaren själv begär det.⁴³

⁴² Försäkringskassan (2016a).

⁴³ Se 8 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

4 Beskrivning av data och studiepopulation

I kapitlet beskrivs de data som ligger till grund för analysen samt den population som studeras.

4.1 Studiepopulation och data

Som underlag för analysen används patienter bosatta i Skånes län som mellan 2010 och 2016 mottog medicinsk behandling för antingen icke-specifierade rygg- och nackbesvär (M-diagnos) eller lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa (F-diagnos).⁴⁴ Patienter med smärtproblematik mottog så kallad multimodal rehabilitering och patienter med psykisk ohälsa behandlades med kognitiv beteendeterapi (KBT).⁴⁵ Behandlingarna var en del i den så kallade *rehabiliteringsgarantin*, de återkommande uppgörelserna mellan regeringen och SKL mellan 2008 och 2015 som syftade till att både förebygga sjukskrivningar för ännu ej sjukskrivna och att bidra till återgång i arbete för redan sjukskrivna.⁴⁶

Inom ramen för rehabiliteringsgarantin och det som kallas *Hälsoval Skåne*, Skånes vårdvalssystem inom primärvården, samlas enkätuppgifter in från både patient och vårdgivare.⁴⁷ Enkätuppgifter från patienten samlas in vid tre tillfällen, vid behandlingens start, avslut samt tre månader efter avslut. Patienten får fylla i en så kallad EQ5D-enkät, som är ett standardiserat instrument för att mäta hälsorelaterad livskvalitet. Patienten får på en tregradig skala klassificera sin egen hälsa i fem olika dimensioner; rörlighet, hygien, huvudsaklig aktivitet, smärtor och besvär samt oro och nedstämdhet. De får dessutom ange hur hälsan utvecklats under det senaste året, samt hur de ser på sin hälsostatus i dag.⁴⁸

Vårdgivaren får fylla i ett så kallat ICF-formulär som är ett standardiserat instrument för att beskriva funktionstillstånd och funktionshinder i relation till hälsa. Vårdgivaren svarar på frågor om patientens grad av funktionsnedsättning

⁴⁴ Bokstäverna "F" och "M" kommer från den internationella ICD-klassifikationen som är en statistisk klassifikation med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar och dödsorsaker. Den svenska versionen heter ICD-10-SE. En mycket liten grupp patienter i urvalet har varken en F- eller en M-diagnos men kommer att klassificeras med en M-diagnos i analysen.

⁴⁵ KBT-behandlingen bestod i genomsnitt av omkring 10 behandlingstillfällen medan MMR-behandlingen bestod av drygt 20 behandlingstillfällen. Båda behandlingarna pågick i regel i ungefär sex månader. Se ISF (2012) för en närmare beskrivning av behandlingarna.

⁴⁶ Prop. 2007/08:1.

⁴⁷ Vårdgivare som ingår i Hälsoval Skåne måste uppfylla särskilda krav som Region Skåne ställer exempelvis gällande vilka kompetenser som ska vara inblandade i en viss behandling. Detta ska garantera att den behandling som ges är av hög kvalitet. Behandlingarna följs sedan upp via ett patientadministrativt system där åtgärderna vid varje vårdbesök redovisas.

⁴⁸ Skåne läns landsting, "Patientenkät", hämtad 2019-05-22.

och aktivitetsbegränsning, såväl vid start som avslutning av behandlingen. Beroende på om patienten fått en psykiatrisk diagnos eller en smärtdiagnos, bedöms patienterna enligt olika dimensioner ur en femgradig skala. Patienterna med en psykiatrisk diagnos bedöms utifrån, i) sömnfunktioner, ii) högre kognitiva funktioner och iii) förmåga att hantera stress och andra psykologiska krav.⁴⁹ Smärtpatienterna bedöms utifrån i) smärtförmåga, ii) funktioner relaterade till tolerans för fysiskt arbete och iii) funktioner för rörlighet i leder.⁵⁰

Vårdgivaren får också besvara frågor om hur objektiva undersökningsfynden var som låg till grund för bedömningen, samt göra en prognos över hur de tror att hälsoläget kommer att utvecklas för patienten.

ICF-formuläret bär stora likheter med det läkarintyg som ligger till grund för en sjukskrivning. Även i läkarintyget är beskrivningen av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning bärande element. Viktigt att notera är att vårdgivaren, det vill säga den eller de som gav behandlingen, i normalfallet inte var en läkare utan en psykolog, psykoterapeut eller kurator. Vårdgivaren hade således ingen rätt att vare sig skriva läkarintyg, förskriva läkemedel eller remittera till specialistvård. Dessa uppgifter kvarstod hos den remitterande läkaren, alternativt hos en läkare som patienten träffade under eller efter behandlingen. Även om återkoppling från vårdgivare till läkare var möjlig ska vårdgivarens bedömning av patienten betraktas som fristående från läkarens bedömning och eventuella beslut om att utfärda läkarintyg. Emellertid kan man förvänta sig att vårdgivarens och läkarens bedömning av patienten uppvisar stor överensstämmelse.⁵¹

I granskningen har enkätdata kopplats till uppgifter från Region Skånes vårddatabas, som innehåller information om samtliga vårdbesök i Skånes län från 2008 och framåt, samt data från Försäkringskassans registerdatabas för analys av socialförsäkringen (MiDAS). MiDAS innehåller löpande information om utbetalningar från sjukförsäkringen samt uppgifter om den försäkrade, exempelvis beträffande kön, ålder, familjesituation (civilstånd, antal barn), utbildning (nivå och inriktning), sysselsättning, sektor och bransch (om den försäkrade arbetar), inkomster (arbetsinkomster och pensionsgrundande inkomster) med mera.

⁴⁹ För frågeformulär till vårdgivare med patienter med en psykiatrisk diagnos, se Skåne Läns Landsting "Frågeformulär", hämtad 2019-05-20.

⁵⁰ För frågeformulär till vårdgivare med patienter med en smärtdiagnos, se Skåne Läns Landsting "Multimodal rehabilitering", hämtad 2019-05-20.

⁵¹ Det finns ingen samlad validering av ICF som system men det finns valideringar av olika bedömningsinstrument som består av ICF-baserade delmoment. Se exempelvis Socialstyrelsen "Mätning av hälsa och funktionshinder – Manual till WHO:s formulär för bedömning av funktionshinder, WHO Disability Assessment Schedule – WHODAS 2.0", hämtad 2019-06-03 eller Socialstyrelsen "BAS (Behov av stöd)", hämtad 2019-06-03.

4.2 Avgränsningar

I urvalet görs en avgränsning till patienter som *inte* var sjukskrivna två månader innan det första enkättilfället. Anledningen är att vi endast vill inkludera potentiellt nya beslut om sjukskrivning, det vill säga beslut som inte avser en eventuell förlängning av en pågående sjukskrivning. I det slutliga urvalet ingår 57 909 patienter.

4.3 Beskrivning av studiepopulation

Behandlingarna inom ramen för rehabiliteringsgarantin, KBT och MMR, fanns bara tillgängliga i begränsad utsträckning när avtalet om garantin slöts mellan staten och SKL 2008.⁵² Syftet med avtalet var att stimulera utbyggnaden av behandlingarna. Som en konsekvens kunde inte alla i målgruppen ta del av behandlingen. Patienter med en psykiatrisk diagnos i den studerade populationen utgjorde omkring 25 procent av samtliga i målgruppen. Med andra ord mottog ungefär 1 av 4 patienter med en lindrig eller medelsvår psykisk sjukdom behandling inom ramen för rehabiliteringsgarantin under den studerade perioden. Patienter med en smärtdiagnos i den studerade populationen utgjorde endast omkring drygt 1 procent av målpopulationen, vilket delvis hängde samman med att den behandling som erbjöds, MMR, var en relativt dyr behandling.

En jämförelse mellan studiepopulationen och målpopulationen visar att de som fick behandlingarna, KBT (tabell A1 i bilaga A) respektive MMR (tabell A2 i bilaga A), i genomsnitt hade en något bättre hälsa och en något bättre situation på arbetsmarknaden än dem som inte fick behandling.⁵³ Mönstret är särskilt tydligt för KBT, där de behandlade i högre utsträckning hade arbete och eftergymnasial utbildning, samtidigt som vård- och läkemedelskonsumtionen var tydligt lägre.

I tabell 1 ges en bakgrundsbeskrivning av patienterna i studiepopulationen, fördelat på kön. Tabellens t-värden indikerar om skillnaden mellan män och kvinnor, med hänsyn tagen till den osäkerhet som finns, är statistiskt säkerställd.

Majoriteten (cirka 70 procent) i urvalet är kvinnor, och genomsnittsåldern är drygt 38 år. Omkring varannan har en eftergymnasial utbildning och 3 av 4 har ett arbete, de flesta i den privata sektorn. 14 (män) respektive 16 (kvinnor) procent i studiepopulationen var sjukskrivna vid tidpunkten för enkätens genomförande.⁵⁴ Tydliga skillnader mellan könen framträder när det gäller utbildning, där en betydligt högre andel av kvinnorna har en eftergymnasial utbildning (54 jämfört

⁵² Se ISF (2012).

⁵³ Som jämförelse till studiepopulationerna används ett 10-procentigt urval av vårdbesök bland patienter med diagnoser som kvalificerade för behandling inom för rehabiliteringsgarantin, men där patienten inte mottog behandling.

⁵⁴ Personer i urvalet som är sjukskrivna har alltså sjukskrivits under de två månader som ledde fram till enkättilfället.

JÄMSTÄLLD SJUKFRÅNVARO

45 procent). Kvinnor har också lägre inkomster i genomsnitt och arbetar oftare inom kommun och landsting. En högre andel av männen är anställda i privat sektor.

Tabell 1 Beskrivning av män och kvinnor i urvalet med avseende på ålder, familjesituation, utbildning med mera, medelvärden

	Män	Kvinnor	t-värde
Ålder	38,3 (11,4)	38,3 (11,5)	-0,44
Gift	0,19	0,21	-4,78
Antal barn hemma	0,21	0,25	-12,68
Född utrikes	0,15	0,16	-1,82
Utbildningsnivå			
Ingen uppgift	0,01	0,00	2,78
Grundskola	0,10	0,06	14,06
Gymnasium	0,45	0,40	12,07
Eftergymnasial	0,45	0,54	-20,00
Arbetsmarknadstatus och inkomster			
Anställning (anställd eller egenföretagare) ^a	0,75	0,75	2,78
Sjukskrivning ^a	0,14	0,16	14,06
Arbetslös (a-kassa)	0,17	0,14	12,06
Arbetsinkomster (föregående år, tkr)	248,9 (229,2)	199,8 (159,8)	26,23
Inkomster totalt (föregående år, tkr)	273,5 (223,1)	224,6 (153,6)	26,86
Sektor			
Uppgift saknas	0,13	0,11	5,42
Kommunala verksamheter och organisationer	0,11	0,27	-47,87
Landsting	0,02	0,08	-32,81
Statliga verksamheter och organisationer	0,07	0,06	0,71
Privat sektor	0,63	0,43	46,43
Övrig verksamhet	0,04	0,05	-4,86
Antal observationer	18 343	39 566	

Anm.: Standardavvikelse inom parentes. t-värden med ett absolutvärde $\geq 1,96$ innebär att skillnaden är statistiskt säkerställd på 5-procentsnivån. a: avser egenrapporterad uppgift.

I tabell 2–5 presenteras resultaten från enkätsvar från såväl patienter som vårdgivare gällande bedömningar av patientens hälsa, funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar samt mått på vårdkonsumtion och läkemedelsförskrivning under året som föregick enkättilfället.

Överst i tabell 2 framgår att den stora majoriteten i urvalet, 92 procent bland män och 90 procent bland kvinnor, har en psykiatrisk diagnos. Bland dessa förekommer framför allt tre diagnoser, depressiv episod (F32), ångesttillstånd (F419) och reaktion på svår stress (F439). Dessa diagnoser utgör tillsammans omkring 70 procent i urvalet. En mindre andel, åtta procent bland män och 10 procent bland kvinnor, har en muskuloskeletal sjukdom. Denna grupp är i sin tur uppdelad i sammanlagt ett 30-tal olika diagnoser, vilka vi väljer att inte särredovisa i tabellen.

I den nedre delen av tabellen framgår att omkring hälften av enkäterna har besvarats av en psykolog, andelen är något högre bland män än bland kvinnor. Den näst vanligaste kompetensen är en psykoterapeut, och därefter en kurator.

Tabell 2 Beskrivning av män och kvinnor i urvalet med avseende på diagnos och bedömare av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, medelvärden

	Män	Kvinnor	t-värde
Diagnostyp			
Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (F)	0,92 (0,28)	0,90 (0,31)	7,87
<i>Varav:</i>			
Depressiv episod (F32)	0,28 (0,45)	0,25 (0,43)	8,4
Ångesttillstånd (F419)	0,21 (0,41)	0,20 (0,40)	2,6
Reaktion på svår stress (F439)	0,21 (0,41)	0,25 (0,43)	-9,6
Övriga psykiska sjukdomar	0,21 (0,41)	0,20 (0,40)	-3,6
Sjukdomar i muskuloskeletal systemet och bindväven (M, R)	0,08 (0,28)	0,10 (0,31)	-7,6
Bedömarens kompetens			
Psykolog	0,54 (0,50)	0,50 (0,50)	9,26
Psykoterapeut	0,19 (0,39)	0,19 (0,40)	-1,43
Kurator	0,12 (0,33)	0,13 (0,34)	-3,25
Läkare	0,05 (0,22)	0,05 (0,22)	-0,12
Annan	0,10 (0,30)	0,12 (0,33)	-9,63
Antal observationer	18 343	39 566	

Anm.: Standardavvikelse inom parentes. t-värden med ett absolutvärde $\geq 1,96$ innebär att skillnaden är statistiskt säkerställd på 5-procentsnivån. a: uppgifter från 2014 saknas i enkäten.

I tabell 3 redovisas vårdgivarens bedömning av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning för respektive diagnostyp. Skalan är 1–5 där 5 indikerar total nedsättning. Genomgående bedömer vårdgivarna att kvinnor har något högre grad av funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar när det gäller patienter med en psykiatrisk diagnos. Statistiskt säkerställda skillnader återfinns i alla dimensioner och även totalt. När det gäller patienter med en muskuloskeletal sjukdom återfinns inte samma skillnader mellan könen. Visserligen bedöms kvinnor ha en högre grad av smärtförmåelse men män bedöms i genomsnitt ha sämre rörlighet i leder och sämre tolerans för fysiskt arbete. Väger man samman de olika dimensionerna återfinns ingen statistisk säkerställd skillnad mellan könen.

Uppgifter om vårdgivarens bedömning av hur objektiva undersökningsfynden var finns bara tillgängliga till och med 2013. Frågan löd, ”Styrks av objektiva undersökningsfynd?”, och avsåg vårdgivarens bedömning av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Svarsskalan var 1–4, där 1 avsåg svaret ”Ja”, 2: ”delvis”, 3: ”Nej”, och 4: ”Går ej att bedöma”. En tydlig skillnad framträder såtillvida att den uppskattade objektiviteten är högre i bedömningen av de muskuloskeletal sjukdomarna jämfört med de psykiska, mellan 4,1–4,4 på en skala 3–12 jämfört med omkring 7,3. En närmare analys visar att nära hälften av bedömningarna av patienter med en psykiatrisk diagnos kan tolkas som att objektiva fynd saknades, det vill säga som alternativ 3 eller 4. Motsvarande andel bland patienter med en smärtdiagnos var endast 5 procent.

Inga könsskillnader vad gäller den bedömda objektiviteten i bedömningarna förekommer bland de psykiska sjukdomarna, för de muskuloskeletal sjukdomarna rapporteras emellertid en tydligt större osäkerhet (subjektivitet) i bedömningen av kvinnor jämfört med män.

Tabell 3 Beskrivning av män och kvinnor i urvalet med avseende på vårdgivarens bedömning av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, samt uppskattade objektivitet i bedömningen, medelvärden

	Män	Kvinnor	t-värde
Vårdgivarens bedömning av funktionsnedsättning/aktivitetsbegränsning, (1 = ingen nedsättning, 5 = total nedsättning)			
Psykiska sjukdomar:			
Sömnfunktioner	2,39 (1,01)	2,42 (0,99)	-2,93
Högre kognitiva funktioner	2,17 (1,00)	2,19 (1,00)	-2,25
Att hantera stress och andra psykologiska krav	2,85 (0,89)	2,93 (0,85)	-10,42
Totalt (3–15)	7,41 (2,28)	7,54 (2,23)	-6,33
Muskuloskeletala sjukdomar:			
Smärtförmåelse	3,25 (0,70)	3,32 (0,68)	-3,60
Funktioner relaterade till tolerans för fysiskt arbete	2,80 (0,94)	2,79 (0,94)	0,46
Funktioner för rörlighet i leder	2,90 (0,85)	2,80 (0,89)	3,91
Totalt (3–15)	8,95 (1,95)	8,91 (1,96)	0,67
Objektivitet i vårdgivarens bedömning^a (1 = Ja, 4 = går ej att bedöma)			
Psykiska sjukdomar:			
Sömnfunktioner	2,48 (1,08)	2,48 (1,06)	0,43
Högre kognitiva funktioner	2,43 (1,07)	2,43 (1,06)	0,12
Att hantera stress och andra psykologiska krav	2,39 (1,06)	2,37 (1,05)	1,22
Totalt (3–12)	7,30 (3,07)	7,27 (3,03)	0,62
Muskuloskeletala sjukdomar:			
Smärtförmåelse	1,37 (0,65)	1,48 (0,71)	-4,32
Funktioner relaterade till tolerans för fysiskt arbete	1,47 (0,83)	1,60 (0,84)	-3,68
Funktioner för rörlighet i leder	1,28 (0,62)	1,36 (0,66)	-2,86
Totalt (3–12)	4,12 (1,78)	4,43 (1,89)	-4,26
Antal observationer	18 343	39 566	

Anm.: Standardavvikelse inom parentes. t-värden med ett absolutvärde $\geq 1,96$ innebär att skillnaden är statistiskt säkerställd på 5-procentsnivån. a: avser endast uppgifter till och med 2013.

I tabell 4 redovisas hur patienter i urvalet värderar sin egen hälsa samt deras vårdkonsumtion och läkemedelsförskrivning under året som föregick enkäten.

I den övre delen av tabellen redovisas hur patienterna bedömde sin egen hälsa enligt olika dimensioner (1–3 där 3 indikerar stora problem), samt det allmänna hälsotillståndet (där 100 indikerar högsta möjliga ohälsa). Kvinnor rapporterar överlag en något sämre hälsa i de olika dimensionerna, det gäller framför allt upplevelser av smärtor och besvär. Kvinnor rapporterar också ett i genomsnitt sämre allmänt hälsotillstånd. Dessa skillnader är statistiskt säkerställda.

I den nedre delen av tabellen redovisas i vilken utsträckning patienterna har konsumerat hälso- och sjukvård respektive har förskrivits läkemedel under året som föregick enkäten. Kvinnor har i genomsnitt gjort fler primär- och specialistvårdsbesök, samt förskrivits mer läkemedel. Ingen statistiskt säkerställd skillnad finns när det gäller antal dagar som inlagd inom slutna vård.

Tabell 4 Beskrivning av män och kvinnor i urvalet med avseende på den självskattade hälsan samt vårdkonsumtion och läkemedelsförskrivning under året som föregick enkätutförandet, medelvärden

	Män	Kvinnor	t-värde
Självupplevd hälsa (1 = inga problem, 3= stora problem)			
Eq5d - Rörlighet	1,16 (0,44)	1,17 (0,45)	-3,16
Eq5d - Hygien	1,09 (0,39)	1,10 (0,39)	-1,14
Eq5d - Huvudsakliga aktiviteter	1,56 (0,67)	1,55 (0,65)	0,20
Eq5d - Smärtor/besvär	1,64 (0,67)	1,72 (0,66)	-14,28
Eq5d - Oro/nedstämdhet	2,22 (0,57)	2,23 (0,55)	-2,18
Totalt Eq5d (5–15)	7,67 (1,73)	7,78 (1,69)	-7,25
Allmänt ohälsotillstånd (0 -100, 100=max) ^a	49,20 (20,24)	50,62 (19,34)	-7,40
Mått på hälsa (senaste 12 mån.)			
Antal besök primärvård	5,70 (7,84)	7,65 (9,03)	-26,52
Antal förskrivna dygnsdoser läkemedel/dygn	0,85 (5,04)	1,20 (6,04)	-7,38
Antal besök specialistvård	1,58 (4,51)	1,98 (4,87)	-9,58
Antal dagar inom slutna vård	0,41 (7,26)	0,35 (5,62)	1,11
Antal observationer	18 343	39 566	

Anm.: Standardavvikelse inom parentes. t-värden med ett absolutvärde $\geq 1,96$ innebär att skillnaden är statistiskt säkerställd på 5-procentsnivån.

4.4 Mått på hälsa

Hälsa kan mätas på olika sätt, och olika mått skiljer sig åt i graden av subjektivitet. Graden av subjektivitet definieras av i vilken utsträckning preferenserna kan få genomslag i måttet (O'Donnell, 2009). Det mest subjektiva måttet på hälsa är självskattad hälsa. Därefter följer besök i primärvård eller hos en läkare i primärvården, något som till fullo sker på individens eget initiativ. Konsumtion av läkemedel och sjukskrivning är mindre subjektiva mått på hälsa, eftersom de kräver en bedömning av läkare. Besök hos en specialist och slutenvård är att betrakta som relativt objektiva mått på hälsa. Besök hos en specialist kräver i typfallet en remiss, det vill säga att en läkare gjort en bedömning av patienten. Det mest objektiva måttet på hälsa är mortalitet, det vill säga dödlighet.

I tabell 5 redovisas sambandet mellan olika hälsomått för män och kvinnor. Måtten avser vårdkonsumtion och läkemedelsförskrivning året som följde efter enkätens genomförande, samt sjukfrånvaro som även inkluderar tid räknat två månader före enkätens genomförande. I måttet för sjukfrånvaro inkluderas såväl sjukpenning som den mer varaktiga ersättningsformen sjuk- och aktivitetsersättning (SA, tidigare förtidspension).

I tabellen framgår att sambandet mellan patientens självskattade hälsa och andra hälsomått är starkare ju mer subjektivt och lättillgängligt för patienten hälsomåttet är. Besök i primärvård eller hos läkare korrelerar betydligt starkare med den självskattade hälsan än vad besök hos en specialist eller vad inläggning inom slutenvård gör.

Ett annat mönster är att kvinnors självskattade hälsa korrelerar starkare med de mer subjektiva hälsomåtten, besök inom primärvård och läkarbesök, än vad mäns självskattade hälsa gör. Tvärtom korrelerar kvinnors självskattade hälsa i lägre utsträckning med de mest objektiva måtten på hälsa, antalet dagar som inlagd inom slutenvård och mortalitet, än vad mäns självskattade hälsa gör. Detta stämmer väl överens med den forskning som visar att kvinnor, givet mer objektiva mått på hälsa, i genomsnitt betraktar sin hälsa som sämre än män.⁵⁵ I tabellen framgår också att kvinnors självskattade hälsa har ett starkare samband med sjukfrånvaro än vad mäns självskattade hälsa har.

⁵⁵ Se ESO (2016).

JÄMSTÄLLD SJUKFRÅNVARO

Tabell 5 Korrelationsmatris för olika mått på hälsa

		Antal besök i primär- vård	Antal besök hos läkare	Läkemedels- förskrivning, DDD	Sjuk- frånvaro- dagar	Antal besök hos specialist	Antal dagar inom sluten vård	Död inom 2 år
Självskattad hälsa	M	0,168	0,199	0,162	0,241	0,088	0,033	0,022
	K	0,194	0,204	0,146	0,258	0,094	0,018	0,012
Antal besök i primärvård	M		0,698	0,183	0,237	0,208	0,008	0,010
	K		0,700	0,169	0,289	0,237	0,009	0,008
Antal besök hos läkare	M			0,319	0,340	0,483	0,084	0,031
	K			0,296	0,379	0,528	0,065	0,028
Läkemedels- förskrivning, DDD	M				0,219	0,233	0,108	0,049
	K				0,215	0,209	0,061	0,024
Sjukfrånvaro- dagar	M					0,157	0,084	0,037
	K					0,173	0,072	0,027
Antal besök hos specialist	M						0,179	0,088
	K						0,125	0,041
Antal dagar inom sluten vård	M							0,066
	K							0,058

Anm.: M=män, K=kvinnor. Alla korrelationskoefficienter är statistiskt säkerställda på 5-procentsnivån utom de som är kursiverade. DDD=antal förskrivna dygnsdoser läkemedel per dygn. Antal observationer, män: 18 343, kvinnor: 39 566.

5 Analys

I avsnittet ges först, i avsnitt 5.1, en beskrivning av sjukfrånvaron för män och kvinnor i olika delpopulationer. I avsnitt 5.2 ges därefter en uppfattning om olika faktors relativa betydelse för könsskillnaden i sjukfrånvaro. I avsnitt 5.3 presenteras könsskillnader i hälsoutfall vid en given nivå på den bedömda funktionsnedsättningen och aktivitetsbegränsningen, och i avsnitt 5.4 ges möjliga tolkningar till de funna skillnaderna. I avsnitt 5.5 prövas hur robusta resultaten är när förutsättningarna i analysen modifieras något, och i avsnitt 5.6 presenteras könsskillnader i sjukfrånvaro för olika delpopulationer då bedömningen av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning beaktats. I avsnitt 5.7 redovisas avslutningsvis könsskillnader i hälsoutfall med utgångspunkt i patientens självskattade hälsa.

5.1 Sjukfrånvaron för olika delpopulationer

I tabell 6 redovisas antalet sjukfrånvarodagar räknat från två månader före enkätstillfället till och med ett år efter, för olika delgrupper i urvalet.

I tabellen framgår att sjukfrånvaron överlag är som störst bland personer som, i) är över 37 år, ii) saknar eftergymnasial utbildning, iii) har arbetsinkomster som överstiger medianen, iv) arbetar inom kommun och landsting, v) har en smärtdiagnos. Vidare framgår att kvinnor genomgående är mer sjukskrivna än män, det vill säga oavsett vilken delpopulation som studeras. Särskilt tydliga könsskillnader framträder bland, i) eftergymnasialt utbildade, ii) anställda eller egenföretagare, iii) anställda inom kommunala verksamheter, samt iv) patienter som har en psykiatrisk diagnos.

Tabell 6 Antal sjukskrivningsdagar (medelvärde) i olika delpopulationer under mätperioden, fördelat på kön

	Män	Kvinnor	t-värde
Genomsnitt			
Ålder (median=37 år)			
≤ median	20,5 (65,1)	31,3 (78,1)	-11,6
> median	42,2 (95,2)	59,5 (110,3)	-12,9
Född utrikes			
Utbildningsnivå			
≤ Gymnasium	37,4 (88,8)	50,8 (101,8)	-11,1
Eftergymnasial	23,5 (72,1)	40,3 (91,1)	-15,0

JÄMSTÄLLD SJUKFRÅNVARO

	Män	Kvinnor	t-värde
Anställning (anställd eller egenföretagare)	31,6 (80,6)	48,0 (97,2)	-17,2
Annat	29,6 (86,0)	36,6 (93,2)	-4,3
Inkomster			
≤ median	21,5 (71,5)	34,9 (89,9)	-12,3
> median	38,5 (88,5)	56,6 (104,8)	-14,9
Sektor			
Uppgift saknas	15,4 (63,4)	23,9 (80,2)	-4,4
Kommunala verksamheter och organisationer	30,6 (80,9)	55,1 (102,6)	-10,2
Landsting	33,1 (81,2)	56,1 (103,9)	-4,2
Statliga verksamheter och organisationer	33,4 (85,3)	51,0 (104,7)	-5,1
Privat sektor	34,1 (84,8)	41,6 (92,1)	-7,0
Övrig verksamhet	29,6 (81,6)	44,8 (96,3)	-3,9
Diagnostyp			
Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar	29,4 (79,9)	42,0 (93,1)	-15,1
Muskuloskeletala sjukdomar samt övrigt	49,8 (99,9)	71,8 (117,3)	-6,5
Självupplevd ohälsa (totalt eq5d)			
≤ median (låg grad av ohälsa)	14,1 (51,8)	21,4 (61,7)	-10,1
Över median (hög grad av ohälsa)	51,8 (104,3)	70,5 (117,8)	-12,5
Vårdgivarens bedömning (totalt)			
Under median (låg grad av funktionsnedsättning/aktivitetsbegränsning)	20,4 (64,8)	30,1 (76,4)	-12,0
Över median (hög grad av funktionsnedsättning/aktivitetsbegränsning)	51,3 (104,0)	74,4 (119,2)	-11,7

Anm.: Standardavvikelse inom parentes. t-värde $\geq 1,96$ innebär att skillnaden är statistiskt säkerställd på 5-procentsnivån.

5.2 Dekomponering av könsskillnader i sjukfrånvaro

Ett sätt att analysera skillnader i sjukfrånvaro mellan män och kvinnor är att göra en så kallad dekomponering (eller uppdelning) av differensen av den genomsnittliga sjukfrånvaron för respektive grupp. På detta sätt kan vi få en uppfattning om bedömningen av patienten och andra faktorer relativa betydelse för sjukfrånvaroskillnaden. I detta avsnitt redovisas resultatet av en dekomponering av skillnaden i sjukfrånvaro mellan män och kvinnor.

Dekomponeringen avser en förklarad respektive en oförklarad del, där den förklarade delen härrör från kompositionella eller observerbara avvikelser mellan könen, exempelvis i ålder, utbildning, familjesituation, inkomster. Den oförklarade delen avser resterande del av skillnaden, den som återstår då den förklarade delen beaktats. Eftersom vi inte kan vara säkra på att samtliga faktorer med betydelse för sjukfrånvaroskillnaden har fångats i analysen, kommer den oförklarade delen också att inkludera skillnader i eventuellt icke-observerade faktorer. Den oförklarade skillnaden ska därför tolkas med viss försiktighet.

Viktigt att ha i åtanke är att förklarad skillnad inte är detsamma som motiverad skillnad. För att exemplifiera, bara för att en del av skillnaden i sjukfrånvaro kan härledas till att män och kvinnor arbetar i olika branscher innebär inte det att den skillnad som kan observeras är motiverad, exempelvis på grund av att arbetsmiljön i kvinnodominerade branscher skulle vara sämre än i mansdominerade branscher. I stället ger resultaten en uppfattning om hur olika faktorer maximalt skulle kunna förklara av sjukfrånvaroskillnaden.

I tabell 7 presenteras resultaten från analysen där betydelsen av respektive faktor redovisas separat. På första raden framgår att kvinnor i urvalet är sjukskrivna i genomsnitt 14 dagar mer än män under mätperioden. På den andra raden redovisas att omkring 40 procent, eller 5,5 dagar av 14,0 dagar som kvinnor är sjukskrivna mer än män, kan härledas till att män och kvinnor skiljer sig åt beträffande familjesituation, inkomster, utbildning med mera, och att dessa faktorer i varierande grad samvarierar med sjukfrånvaro. Skillnader i diagnos och sysselsättning/inkomster förklarar exempelvis 1,7 respektive -0,2 dagar av sjukfrånvaroskillnaden, medan bransch bara förklarar 1 dag. I så måtto att branschvisa skillnader i arbetsmiljö motiverar skillnaderna i sjukfrånvaro skulle dessa, allt annat lika, alltså förklara omkring sju procent (1/14 dagar) av skillnaden.

Den oförklarade delen av sjukfrånvaroskillnaden, 8,5 dagar (60 %), kan härledas till att män och kvinnor, givet en viss familjesituation, inkomstnivå eller utbildning, skiljer sig åt när det gäller benägenheten att vara sjukskriven. Noterbart är att bedömningen av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning motiverar att kvinnor är något mer sjukskrivna än män (1 dag). Denna skillnad är emellertid liten i förhållande till den sjukfrånvaroskillnad som bedömningen av patienten ger upphov till, och som också inkluderar en omotiverad skillnad på 13,7 dagar.

JÄMSTÄLLD SJUKFRÅNVARO

Slutsatsen är således att merparten av sjukfrånvaroskillnaden mellan män och kvinnor i urvalet förefaller kunna härledas till faktorer som inte har att göra med olikheter mellan könen beträffande exempelvis familjesituation och arbetsituation. Hur män och kvinnor bedöms inom vården förefaller ha relativt stor betydelse för sjukfrånvaroskillnaden mellan könen. Trots att funktionsnedsättningen och aktivitetsbegränsningen hos patienten bedöms som likvärdig, blir kvinnor i genomsnitt sjukskrivna i högre utsträckning än män.

Tabell 7 Resultat efter dekomponering av skillnaden i sjukfrånvaro mellan män och kvinnor

Skillnad i sjukfrånvaro (dagar)	14,0*** (0,8)	
	Förklarad del	Oförklarad del
Totalt	5,5*** (0,6)	8,5*** (0,8)
<i>Varav</i>		
Diagnos	1,7*** (0,2)	1,8 (1,3)
Bakgrund (ålder, civilstånd, barn, utrikes född, kommun)	-0,2** (0,1)	-4,4 (4,4)
Sysselsättning och inkomster	3,1*** (0,3)	3,0 (2,2)
Utbildning (nivå, inriktning)	-0,7* (0,4)	-8,5 (7,3)
Bransch	1,0*** (0,1)	-2,8 (2,2)
Vårdgivarens bedömning	1,0*** (0,1)	13,7*** (2,7)
År	-0,2*** (0,1)	4,5* (2,6)
Kompetens	-0,2*** (0,1)	0,1 (5,8)
Konstant		1,4 (10,9)

Anm.: Resultat från dekomponering av sjukfrånvaroskillnader mellan män och kvinnor med hjälp av Blinder-Oaxaca-skattning. I skattningarna beaktas diagnos, familjesituation (ålder, civilstånd, antal barn, barn i hemmet), sysselsättning (7 kategorier), inkomster (pensionsgrundande inkomst föregående år, arbetsinkomst föregående år), utbildning (utbildningsnivå och utbildningsinriktning, 42 kategorier), bransch (SNI, 89 kategorier), vårdgivarens bedömning, född utrikes, årtal, kommun (34 kategorier), vårdgivarens kompetens (15 kategorier). Standardfel inom parentes. Antal observationer: 57 909. ***/**/* indikerar statistisk signifikans på 1/5/10 procents nivå.

5.3 Vårdgivarens bedömning av patienten

I detta avsnitt analyseras hur bedömningen av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning hänger samman med patientens vårdkonsumtion, läkemedelsförskrivning samt sjukfrånvaro. I analysen används uppgifter från det första enkättilfallet, men resultat har också studerats med utgångspunkt i det andra enkättilfallet (se avsnitt 5.5). I måttet på sjukfrånvaro inkluderas såväl sjuk- och rehabiliteringspenning som sjuk- och aktivitetsersättning.

Uppföljningshorisonten är ett år för samtliga mått utom för sjukfrånvaro, som också inkluderar sjukfrånvaro från och med två månader innan enkättilfallet.

I analysen jämförs mäns och kvinnors sjukfrånvaro och andra mått på hälsa givet bedömningen av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Eftersom aktivitetsbegränsningen ska bedömas mot vad som kan förväntas i det dagliga livet eller för en viss arbetsuppgift, kan patientens arbetsförmåga i hög utsträckning förväntas fångas upp i detta mått. Jämförelserna justeras emellertid för bakomliggande könsskillnader i bland annat ålder, civilstånd och antal barn men också beträffande utbildningsnivå- och inriktning, bransch, samt inkomster, det vill säga faktorer som i hög grad kan förväntas fånga patientens arbetsuppgifter. I nästföljande avsnitt (avsnitt 5.4) jämförs huvudresultaten med resultaten då ingen justering gjorts för faktorer kopplade till patientens arbetsuppgifter (utbildningsnivå- och inriktning, bransch, arbetsinkomst). På så vis får vi en uppfattning om i vilken utsträckning icke-observerbara faktorer kopplade till patientens specifika arbetssituation kan vara ett problem i tolkningen av de eventuella könsskillnader vi observerar.⁵⁶

Resultaten från analyserna presenteras i tabell B1 i bilaga B samt i tabell 8. I tabell B1 redovisas sambandet mellan bedömningen av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning och olika hälsomått för män respektive kvinnor. I Panel A visas sambanden för kvinnor, som genomgående är positiva såtillvida att ju större funktionsnedsättningen och aktivitetsbegränsningen bedöms vara, desto högre är vårdkonsumtionen och läkemedelsförskrivningen. En enhets ökning av den bedömda funktionsnedsättningen och aktivitetsbegränsningen (skala 3–15) innebär exempelvis 0,6 fler primärvårdsbesök respektive 0,1 fler besök hos en specialist, i genomsnitt. En enhets ökning innebär också i genomsnitt drygt 7 dagar ytterligare som sjukskriven under det kommande året. De positiva sambanden återfinns bland patienter med såväl en psykiatrisk diagnos som en smärtdiagnos, men är med undantag för sjukfrånvaro tydligare för den sistnämnda gruppen.

Resultaten för män i tabell B1 (bilaga B) uppvisar stor överensstämmelse med resultaten för kvinnor. Jämfört med kvinnor är emellertid sambanden mellan bedömningen av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning och hälsomått

⁵⁶ Altonji med flera (2005).

som kan klassas som mer subjektiva (besök inom primärvård och sjukfrånvaro) svagare. Tvärtom är sambanden med de mer objektiva hälsomåtten, besök inom specialist- och slutenvård, starkare.

I Panel C (tabell B1) redovisas skillnaden mellan mäns och kvinnors vårdkonsumtion, läkemedelsförskrivning och sjukfrånvaro med utgångspunkt i bedömningen av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. I tabell 8 presenteras motsvarande skillnad i procentform. Resultaten visar att kvinnor sjukskrivs mer än män givet bedömningen av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Skillnaden är statistiskt säkerställd och ska tolkas som att givet bedömningen av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, är kvinnor sjukskrivna i genomsnitt 1,7 dagar (tabell B1), eller 31 procent (tabell 8), mer än män under mätperioden. Skillnaden kan härledas till patienter med en psykiatrisk diagnos, för patienter med en smärtdiagnos återfinns ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan könen.

För övriga hälsoutfall återfinns antingen ingen statistiskt säkerställd skillnad (antal besök inom primär- respektive specialistvård), eller en statistiskt säkerställd negativ skillnad (läkemedelsförskrivning, antal dagar som inlagd inom slutenvård) mellan könen. Givet bedömningen av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning är kvinnor alltså mer sjukskrivna än män, samtidigt som män förskrivs mer läkemedel och har fler dagar som inlagd inom slutenvård.

Tabell 8 Kvinnors sjukfrånvaro respektive vårdkonsumtion och läkemedelsförskrivning i förhållande till mäns, givet bedömningen av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, procent

Utfallsmått	Sjukfrånvarodagar	Antal besök i primärvård	Läkemedelsförskrivning, DDD	Antal besök hos specialist	Antal dagar inom slutenvård
Samtliga diagnoser	31,1*** (6,3)	16,3 (10,7)	-28,2*** (8,7)	-17,4 (15,9)	-67,5*** (23,6)
Psykiatriska diagnoser	32,4*** (6,3)	19,8 (11,3)	-29,9*** (8,7)	-12,8 (17,3)	-68,6** (25,6)
Smärtrelaterade diagnoser	4,4 (29,2)	-9,0 (31,3)	-15,6 (29,0)	-59,4 (36,4)	-28,6 (65,5)

Anm.: I tabellen redovisas resultat från OLS-skattningar av relationen mellan kvinnors och mäns hälsoutfall givet bedömningen av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Relationen mellan män och kvinnor har skattats via en interaktionsterm (kvinna*vårdgivarens bedömning). I skattningarna kontrolleras för kvinna respektive vårdgivarens bedömning, samt ålder, ålder i kvadrat, civilstånd (6 kategorier), född utrikes, antal barn, barn i hemmet (ja/nej), utbildning (nivå och inriktning, 42 kategorier), försörjning (7 kategorier), inkomst (föregående år), arbetsinkomst (föregående år), diagnos (43 kategorier), årtal (7 kategorier), SNI (89 kategorier), kommun (34 kategorier), vårdgivarens kompetens (15 kategorier). Därutöver kontrolleras för interaktioner mellan "kvinna" och samtliga bakgrundsvariabler. DDD=antal förskrivna dygnsdoser läkemedel per dygn. Standardfel inom parentes. Antal observationer, totalt: 57 909, psykiatriska diagnoser: 52 250, smärtrelaterade diagnoser: 5 659. ***/**/* indikerar statistisk signifikans på 1/5/10 procents nivå.

5.4 Tolkning av könsskillnaden i sjukfrånvaro

För att resultaten i föregående avsnitt ska kunna tolkas som att det föreligger osakliga könsskillnader i sjukfrånvaro, det vill säga skillnader som inte kan härledas till skillnader i arbetsförmåga, behöver analysen på ett framgångsrikt sätt ha beaktat individens arbetsförmåga. Detta torde främst ha ombesörjts av uppgifter om den bedömda funktionsnedsättningen och aktivitetsbegränsningen. Därutöver torde uppgifter om individens utbildningsnivå, utbildningsinriktning, bransch och arbetsinkomster i hög grad fånga eventuellt kvarvarande information med relevans för arbetsförmågebedömningen.

I avsnittet analyseras och resoneras kring resultatens tillförlitlighet. En sammanfattande slutsats är att ingenting tyder på att de konstaterade sjukfrånvaroskillnaderna skulle vara motiverade utifrån skillnader i mäns och kvinnors arbetsförmåga.

5.4.1 Kontroll för arbetsuppgiftsrelaterade uppgifter påverkar inte resultaten

Ett sätt att testa i vad mån icke-observerbara faktorer kopplade till patientens arbetsförmåga ligger bakom den konstaterade könsskillnaden i sjukfrånvaro är att jämföra resultaten med och utan justering för uppgifter som tillsammans i stor utsträckning torde fånga patientens arbetsuppgifter. Det gäller framför allt uppgifter om patientens utbildning (såväl nivå som inriktning), bransch och arbetsinkomster. Om sjukfrånvaroskillnaden endast förändras i liten utsträckning är detta ett tecken på att utelämnade uppgifter kopplade till patientens arbetsförmåga sannolikt inte ligger bakom den skillnad vi kan observera. I stället kan bedömningen av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning i hög utsträckning förväntas ha fångat patientens arbetsförmåga. Om könsskillnaden i sjukfrånvaro tvärtom tydligt förändras gäller den motsatta tolkningen.

I tabell B2 (bilaga B) presenteras resultaten när ingen justering gjorts för utbildning, såväl nivå som inriktning, bransch och inkomster. Resultaten visar överlag mycket stor överensstämmelse med resultaten i tabell 8. Exempelvis förändras könsskillnaden i sjukfrånvaro endast marginellt, från 31,1 till 30,6 procent.

I Försäkringskassan (2018b) konstateras att yrke förklarar sjukfrånvaro bättre än bransch eftersom yrke i högre grad fångar individens arbetsmiljö och arbetsförhållanden. När information om individens yrke tillförs analysen förändras inte könsskillnaden i sjukfrånvaro. Oavsett detaljeringsnivå på

yrkesklassificeringen (3- eller 4-siffrig yrkeskod) påverkas inte resultaten mer än marginellt.⁵⁷

Slutsatsen är således att det faktum att män och kvinnor i viss utsträckning gör olika yrkesval, arbetar i olika branscher och har olika arbetsuppgifter, inte förefaller kunna förklara den sjukfrånvaroskillnad som kvarstår efter att patientens bedömda funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning beaktats.

5.4.2 Skillnad även för patienter som inte har ett arbete

Ett annat sätt att testa sannolikheten för att icke-observerade faktorer kopplade till individens arbetsförmåga ligger bakom sjukfrånvaroskillnaden i tabell 8, är att jämföra dem med resultaten för en grupp individer som inte arbetar. I tabell 1 framgår att denna grupp utgör omkring 25 procent av urvalet och att majoriteten av dessa är arbetslösa. I bedömningen av dessa patienter ska läkaren inte ta hänsyn till att en viss arbetsuppgift ska utföras. Om en sådan analys ger resultat liknande dem i tabell 8 stärks således uppfattningen att den konstaterade sjukfrånvaroskillnaden är osaklig.

En analys avgränsad till dem som inte arbetar vid enkättilfället visar att kvinnor är sjukskrivna 48 procent mer än män givet bedömningen av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. På grund av ett mindre statistiskt underlag är osäkerheten i analysen något större än i huvudanalysen.⁵⁸ Resultatet stärker ändå tolkningen att kvinnor sjukskrivs mer än män, trots att arbetsförmågan bedömts vara densamma.

5.4.3 Kvinnor har bättre hälsa än män

Om sjukfrånvaroskillnaden i tabell 8 hade varit motiverad utifrån att kvinnor i genomsnitt har sämre arbetsförmåga än män skulle vi förvänta oss att kvinnor, givet bedömningen av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, skulle uppvisa tecken på sämre hälsa än män. Anledningen är att ersättning från sjukförsäkringen utgår om arbetsförmåga på grund av sjukdom föreligger. Detta är emellertid inte den bild som ges i tabell 8, där inget av de andra hälsomått ger stöd för att kvinnor, vid samma nivå på den bedömda funktionsnedsättningen och aktivitetsbegränsningen, skulle ha sämre hälsa än män. Om något förefaller

⁵⁷ SCB:s yrkesklassificering anges i antingen SSYK96, till och med 2013, eller i SSYK12, från och med 2014. En jämförelse av könsskillnaden i sjukfrånvaro till och med 2013 för personer med uppgift om yrke och med justering för samma bakgrundsvariabler som i tabell 8, ger 1,081 (0,483) och 1,085 (0,480) med och utan kontroll för yrke (3-siffernivå) uttryckt i dagar. Med kontroll för yrke på 4-siffernivå blir skillnaden 1,122 (0,484). En jämförelse av könsskillnaden i sjukfrånvaro från och med 2014 med justering för samma bakgrundsvariabler som i tabell 8, ger 2,773 (0,664) och 2,813 (0,656) med och utan kontroll för yrke (3-siffernivå). Med kontroll för yrke på 4-siffernivå blir skillnaden 2,500 (0,664).

⁵⁸ Skillnaden uppgår till 47,9 (25,7), t-värde=1,86.

män ha sämre hälsa än kvinnor, med bland annat fler dagar som inlagd inom slutenvården. En närmare analys visar därutöver att män med en psykiatrisk diagnos i högre utsträckning än kvinnor avlider inom tre år från mätillfället.⁵⁹ Skillnaden är svagt statistiskt säkerställd och stärker således uppfattningen att kvinnors högre sjukfrånvaro sannolikt inte kan förklaras av sämre arbetsförmåga.

5.5 Fördjupande analyser

För att se hur robusta resultaten är presenteras i detta avsnitt resultat när förutsättningarna i analysen modifierats något. Exempelvis mäts sjukfrånvaroskillnaden med utgångspunkt i de enkäter som genomfördes vid KBT- respektive MMR-behandlingarnas slut i stället för början, samt med olika uppföljningshorisonter.

För det första kan det konstateras att resultaten inte är en konsekvens av att männen i urvalet oftare än kvinnor blir nekade ersättning av Försäkringskassan. En möjlig förklaring till resultaten hade kunnat vara att läkare visserligen utfärdar läkarintyg i samma utsträckning för män och kvinnor men att Försäkringskassan i genomsnitt är mindre benägna att godkänna mäns läkarintyg. Om avslag om rätten till ersättning beaktas i analysen förändras dock inte resultaten.

För det andra förändras inte resultaten om enbart sjukpenning räknas in i måttet på sjukfrånvaro.⁶⁰ I huvudanalysen inkluderas även sjuk- och aktivitetsersättning, men detta förefaller inte påverka resultaten.

För det tredje förändras könsskillnaden i sjukfrånvaro endast marginellt då netto- i stället för bruttodagar som sjukfrånvarande beaktas, det vill säga då omfattningen eller graden (100, 75, 50 respektive 25 procent) av sjukskrivningen tas hänsyn till.

I tabell B3 (bilaga B) redovisas resultaten vid olika uppföljningshorisonter. I huvudanalysen analyseras skillnader i hälsoutfall ett år framåt i tiden. I tabellen framgår att analyser som omfattar utfallen sex månader framåt i tiden genererar kvalitativt samma resultat, det vill säga de skillnader som kan observeras på ett års sikt syns redan efter sex månader. Detsamma gäller med en uppföljningshorisont på två år, även om skillnaden med avseende på sjukfrånvaro då avtagit något, från 31 till 25 procent.

I tabell B4 (bilaga B) presenteras resultaten för var och en av de tre dimensionerna av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning som ligger till grund för bedömningen av patienter med en psykiatrisk diagnos, det vill säga sömnfunktioner, högre kognitiva funktioner och förmågan att hantera stress och andra psykologiska krav.

⁵⁹ Skillnaden uppgår till -87,0 (52,3), t-värde=1,65.

⁶⁰ Skillnaden uppgår till 30,2 (6,2) då endast sjukpenning ingår i måttet på sjukfrånvaro.

Resultaten visar att statistiskt säkerställda könsskillnader förekommer i alla tre dimensioner. Tydligast är skillnaden i bedömningen av ”högre kognitiva funktioner”, där varje nivå på funktionsnedsättningen och aktivitetsbegränsningen i genomsnitt genererar 36 procent fler dagar som sjukskriven för kvinnor jämfört med män under mätperioden. För övriga hälsomått är mönstret detsamma som i huvudanalysen, det vill säga givet bedömningen av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning förskrivs kvinnor mindre läkemedel och har färre dagar som inlagd inom slutenvård, i jämförelse med män.

I tabell B5 (bilaga B) presenteras resultaten med utgångspunkt i den uppföljningsenkät som genomfördes vid behandlingens slut, det vill säga omkring sex månader efter den inledande enkäts genomförande. Analysen ger vägledning om i vilken utsträckning den genomförda behandlingen, det vill säga KBT respektive MMR för patienter med en psykiatrisk diagnos respektive smärtdiagnos, påverkar resultaten. På grund av bortfall är antalet patienter omkring 15 000 färre än i huvudanalysen. Resultaten i tabell B5 är överlag mycket lika huvudresultaten, det vill säga kvinnor sjukskrivs mer än män givet bedömningen av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning och detta förefaller inte vara motiverat utifrån mer objektiva mått på hälsa. Slutsatsen är således att den genomförda behandlingen i sig inte påverkade mäns och kvinnors relativa sjukfrånvaro, konsumtion av vård och läkemedelsförskrivning.

5.6 Könsskillnader i sjukfrånvaro inom olika delpopulationer

I tabell 9 redovisas de procentuella könsskillnaderna i sjukfrånvaro givet bedömningen av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning inom olika patientgrupper. Störst skillnader återfinns bland patienter i ålderskategorin 31–40 år, bland eftergymnasialt utbildade, och bland patienter utan barn, där kvinnor är sjukskrivna 65, 50 respektive 44 procent mer än män. Vidare kan statistiskt säkerställda skillnader utläsas för olika psykiatriska diagnoser, tydligast är skillnaderna för diagnoserna ”ångesttillstånd” och ”reaktion på svår stress”.

En jämförelse mellan olika branscher visar att kvinnor, givet bedömningen av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, sjukskrivs mer än män inom branscher som antingen i hög grad domineras av män (exempelvis parti- och provisionshandel, dataprogrammering, fastighetsverksamhet), eller som är relativt jämnt fördelat mellan könen (exempelvis arbetsförmedling och bemanning, restaurang, förlagsverksamhet). Noterbart är att inga tydligt statistiskt säkerställda skillnader återfinns inom de mest kvinnodominerade branscherna.

Tabell 9 Kvinnors sjukfrånvaro i förhållande till mäns, givet bedömningen av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Olika delpopulationer, procent

Utfallsmått	Sjukfrånvaro
Ålder	
<=30	32,4** (13,2)
31–40	64,8*** (12,0)
41–50	18,6** (9,5)
51–64	14,1 (11,8)
Utbildningsnivå	
Upp till gymnasienivå	24,6*** (7,9)
Eftergymnasial	50,3*** (9,2)
Barn i hemmet	
Inga	43,8*** (6,8)
Minst 1	7,2 (12,2)
Diagnos	
Depressiv episod (F32)	16,7* (9,7)
Ångesttillstånd (F419)	50,1*** (15,9)
Reaktion på svår stress (F439)	46,3*** (13,3)
Övriga psyk. diagnoser	36,2*** (13,6)
Bransch – andel kvinnor	
<=0,40	42,2*** (10,7)
0,40–0,57	46,2*** (18,0)
0,57–0,74	33,3* (17,4)
0,74–	17,3 (11,3)

Anm.: Resultat från OLS-skattningar av relationen mellan kvinnors och mäns hälsoutfall givet bedömningen av patientens funktionsnedsättning eller aktivitetsbegränsning. Relationen mellan män och kvinnor har skattats via en interaktionsterm (kvinna*vårdgivarens bedömning). I skattningarna kontrolleras för kvinna respektive vårdgivarens bedömning, samt ålder, ålder i kvadrat, civilstånd (6 kategorier), född utrikes, antal barn, barn i hemmet (ja/nej), utbildning (42 kategorier), försörjning (7 kategorier), inkomst (föregående år), arbetsinkomst (föregående år), diagnos (43 kategorier), årtal (7 kategorier), SNI (89 kategorier), kommun (34 kategorier), vårdgivarens kompetens (15 kategorier). Därutöver kontrolleras för interaktioner mellan "kvinna" och samtliga bakgrundsvariabler. Standardfel inom parentes. a: avser endast anställda. ***/**/* indikerar statistisk signifikans på 1/5/10 procents nivå.

5.7 Patientens självskattade hälsa

I detta avsnitt analyseras i vilken utsträckning mäns och kvinnors självupplevda hälsa avspeglas i sjukfrånvaro och i andra hälsomått, inklusive i vårdgivarens bedömning av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.

I tabell 10 presenteras procentuella könsskillnader i olika hälsomått givet patienters självrapporterade hälsa. I den andra kolumnen framgår att inga statistiskt säkerställda könsskillnader finns beträffande hur väl patientens självrapporterade hälsa överensstämmer med bedömningen av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.

I kolumn 3 visas att kvinnors självrapporterade hälsa får större genomslag i form av sjukfrånvaro än vad mäns självrapporterade hälsa får. För varje nivå på patientens bedömning av sin hälsa är kvinnor sjukskrivna 23 procent mer än män, eller 2,6 dagar (se tabell B6 i bilaga B). Skillnaden är statistiskt säkerställd och kan härledas till patienter med en psykiatrisk diagnos.

I kolumn 4–7 redovisas könsskillnader i övriga hälsomått. Givet patientens självskattade hälsa gör kvinnor i genomsnitt 35 procent fler besök inom primärvården än vad män gör. Denna skillnad kan härledas till patienter med såväl en psykiatrisk diagnos som en smärtdiagnos. För både läkemedelsförskrivning och antal dagar som inlagd inom slutenvård återfinns ett omvänt samband, det vill säga givet patientens självskattade hälsa förskrivs män mer läkemedel än kvinnor (statistiskt säkerställd) och har fler dagar som inlagd inom slutenvård (svagt statistiskt säkerställd). Båda dessa skillnader drivs av patienter med en psykiatrisk diagnos. Inga könsskillnader kan, givet den självskattade hälsan, konstateras beträffande antalet besök inom specialistvård.⁶¹

Sammantaget visar resultaten att kvinnors självrapporterade hälsa får större genomslag i sjukfrånvaro än vad mäns självrapporterade hälsa får, men att skillnaden inte förefaller motiverad utifrån mer objektiva mått på hälsa. En mer detaljerad analys visar att män med en psykiatrisk diagnos, givet den självskattade hälsan, i högre utsträckning har avlidit inom två år från mättilfället.⁶² Att kvinnor värderar sin hälsa som sämre än mäns, trots att mer objektiva mått på hälsa antyder det motsatta, har konstaterats i tidigare forskning.⁶³

⁶¹ Könsskillnaderna har också analyserats då patientens självskattade hälsa skattats utifrån principal-komponentanalys. Dessa resultat är kvalitativt desamma som de som presenteras i tabell 10.

⁶² Skillnaden uppgår till -0,0008 (0,0003), t-värde: 2,66.

⁶³ Se ESO (2016).

Tabell 10 Kvinnors sjukfrånvaro respektive vårdkonsumtion och läkemedelsförskrivning i förhållande till mäns, givet patientens självskattade hälsa, procent

Utfallsmått	Vårdgivarens bedömning	Sjukfrånvarodagar	Antal besök i primärvård	Läkemedelsförskrivning, DDD	Antal besök hos specialist	Antal dagar i slutenvård
Samtliga diagnoser	-3,2 (2,3)	22,6*** (4,2)	35,2*** (6,4)	-16,6** (6,4)	1,4 (5,6)	-39,5* (20,8)
Psykiatriska diagnoser	-3,8 (2,3)	21,4*** (4,4)	19,7*** (6,4)	-11,9* (6,9)	4,4 (5,7)	-36,8* (20,2)
Smärtrelaterade diagnoser	-6,8 (10,3)	22,2 (19,4)	75,0** (36,0)	-11,4 (29,6)	-1,3 (29,7)	-51,8 (56,1)

Anm.: Resultat från OLS-skattningar av relationen mellan kvinnors och mäns hälsoutfall givet patientens bedömning av sin egen hälsa. Relationen mellan män och kvinnor har skattats via en interaktionsterm (kvinna*patientens bedömning). I skattningarna kontrolleras för kvinna respektive patientens bedömning, samt ålder, ålder i kvadrat, civilstånd (6 kategorier), född utrikes, antal barn, barn i hemmet (ja/nej), utbildning (nivå och inriktning, 42 kategorier), försörjning (7 kategorier), inkomst (föregående år), arbetsinkomst (föregående år), diagnos (43 kategorier), årtal (7 kategorier), SNI (89 kategorier), kommun (34 kategorier), vårdgivarens kompetens (15 kategorier). Därutöver kontrolleras för interaktioner mellan "patientens bedömning" och samtliga bakgrundsvariabler. DDD=antal förskrivna dygnsdoser läkemedel per dygn. Antal observationer, totalt: 57 909, psykiatriska diagnoser: 52 250, smärtrelaterade diagnoser: 5 659. ***/**/* indikerar statistisk signifikans på 1/5/10 procents nivå.

6 Regeringens, Försäkringskassans och Socialstyrelsens arbete för jämställd sjukfrånvaro

I kapitlet redovisas regeringens politik för, samt Försäkringskassans och Socialstyrelsens arbete med, att minska könsskillnaderna i sjukfrånvaro. En avgränsning har gjorts till åren 2014–2018 eftersom frågan fått ett allt större fokus under denna period.

6.1 Regeringen

2015 presenterade regeringen ett åtgärdsprogram för en ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro.⁶⁴ Det lyftes då fram att sjukfrånvaron för kvinnor låg på en högre nivå än för männen. I åtgärdsprogrammet ingick bland annat satsningar på primärvården och förstärkta anslag till Försäkringskassan för att åstadkomma en bättre fungerande sjukskrivningsprocess. Några av satsningarna var inom jämställdhetsområdet. En viktig faktor enligt regeringen till kvinnors högre sjukfrånvaro är kvinnors större ansvar för det obetalda hemarbetet. En jämnare fördelning av föräldraansvaret tros därför kunna påverka sjukfrånvaron för kvinnor. En åtgärd som vidtagits är införandet av den tredje reserverade månaden inom föräldraförsäkringen. Vidare har regeringen gett Försäkringskassan i uppdrag att arbeta för en mer jämn fördelning av användningen av föräldraförsäkringen vilket kan bidra till en ökad jämställdhet.

En annan del av regeringens åtgärdsprogram har varit satsningar på en bättre arbetsmiljö. Enligt regeringen är arbetsmiljö en ytterligare faktor som är kopplad till kvinnors högre sjukfrånvaro.⁶⁵ I februari 2016 presenterade regeringen sin arbetsmiljöstrategi för 2016–2020 och ökade resurserna till arbetsmiljöområdet med 100 miljoner kronor om året.⁶⁶ Satsningen, som var en del av regeringens åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro, har bland annat inneburit en ökad bemanning inom barn- och ungdomsvården samt inom äldreomsorgen. Satsningar har även gjorts inom skolan. Insatser inom dessa kvinnodominerade branscher tros kunna minska arbetsbelastningen och således minska sjukfrånvaron.⁶⁷

⁶⁴ Regeringsbeslut S2012/00963/SF, S2012/01809/SF, S2014/07998/SF, S2015/06106/SF, s. 4–5.

⁶⁵ Ibid, s. 5.

⁶⁶ Skr. 2015/16:80.

⁶⁷ Regeringsbeslut S2012/00963/SF, S2012/01809/SF, S2014/07998/SF, S2015/06106/SF, s. 5.

I december 2015 tillsatte regeringen en utredning med uppgift att studera och komma med förslag på hur en ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvård kan uppnås. Syftet med utredningen var att se till att den hälso- och sjukvård som ges är kunskapsbaserad, jämlik och att män och kvinnor erbjuds vård på samma villkor.⁶⁸ Den bedömning som görs i utredningens betänkande är att under de senaste åren har en bättre kvalitet och en mer jämlik vård försökt att uppnås genom en högre grad av centralisering. Trots det så kvarstår oönskade skillnader i vård inom landet.⁶⁹ För att komma tillrätta med problemet föreslås det i utredningen att det krävs en skärpt nationell styrning för att skapa en mer kunskapsbaserad och jämlik vård. Bland annat föreslås det att det ska göras förtydliganden i hälso- och sjukvårdslagen om att samtliga landsting (numera regioner) ska ha skyldighet att samverka kring kunskapsstyrning samt att även landsting och kommuner ska samarbeta kring kunskapsstyrning. Vidare föreslås det att ett förtydligande ska göras i hälso- och sjukvårdslagen om att personalen ska ha möjlighet att kunna arbeta enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.⁷⁰ Dessa förslag bedöms kunna bidra till att vården blir mer likvärdig mellan män och kvinnor. I utredningens betänkande betonas att i arbetet med att ta fram kunskapsstöden ska beaktande tas till skillnader i bland annat ålder och kön där det är av relevans för att säkerställa en vård med hög kvalitet.⁷¹

I budgetpropositionen för 2017 belyser regeringen att det finns stora skillnader i sjukfrånvaro mellan män och kvinnor.⁷² För att förstå ifall skillnaderna mellan män och kvinnor är omotiverade skriver regeringen att Försäkringskassan bör genomföra fördjupade analyser.⁷³ Om det visar sig att osakliga könsskillnader finns ska Försäkringskassan vidta åtgärder för att eliminera skillnaderna.⁷⁴ Det finns dock inget specifikt uppdrag från regeringen till Försäkringskassan att detta ska genomföras. Skillnaden i sjukfrånvaro kan enligt regeringen delvis förklaras av att kvinnor och män arbetar inom olika branscher. Individer inom kvinnligt dominerade yrken har oftare en sämre upplevd psykosocial miljö. Inom vård- och omsorgsyrken är kvinnor överrepresenterade och där ligger sjukfrånvaron på en hög nivå för såväl kvinnor som män. Regeringen framhåller också att bland män och kvinnor som arbetar inom samma yrke ligger sjukfrånvaron för kvinnor på en högre nivå än för män. Det kan, enligt regeringen, bero på att kvinnor och män inom samma yrke har olika arbetsuppgifter och arbetsbelastning. En annan

⁶⁸ Dir. 2015:127.

⁶⁹ SOU 2017:48, s. 17–18.

⁷⁰ Ibid, s. 24.

⁷¹ Ibid, s. 522.

⁷² Prop. 2016/17:1 utgiftsområde 10, s. 19.

⁷³ Ibid, s. 33.

⁷⁴ Ibid, s. 37.

förklaring till kvinnors högre sjukfrånvaro kan vara ett större ansvar för det obetalda hemarbetet.⁷⁵

Då tidigare studier har indikerat att det finns samband mellan social problematik såsom våld och missbruk som orsak till sjukfrånvaro gav regeringen under 2016 ett uppdrag till ISF att analysera förekomsten av ett sådant samband.⁷⁶ Under 2018 publicerade ISF två rapporter som behandlar social problematik och sjukskrivning. ISF kom bland annat fram till att risken för att bli sjukskriven vid en allvarlig livshändelse inte skiljer sig mellan män och kvinnor.⁷⁷ Vidare kommer ISF med rekommendationer till Försäkringskassan gällande att handläggare bör få ett bättre stöd kring hur ärenden, i vilka det förekommer social problematik, ska behandlas.⁷⁸

I budgetpropositionen för 2018 konstateras att trots en minskning i sjukfrånvaro finns det alltså skillnader i sjukfrånvaro mellan män och kvinnor.⁷⁹ För att utjämna skillnaderna som finns i sjukfrånvaro menar regeringen att det krävs samordnade insatser från Försäkringskassan, hälso- och sjukvård, Arbetsförmedlingen samt arbetsgivare. Det föreslogs bland annat att insatser ska göras i samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen när det behövs för att individen lättare ska kunna återfå arbetsförmågan.⁸⁰

Sedan 2006 har staten gjort överenskommelser med SKL för att belysa frågan om sjukskrivningsprocessen inom hälso- och sjukvården. Med hjälp av den så kallade sjukskrivningsmiljarden har regeringen försökt skapa ekonomiska incitament för landstingen till att skapa en mer effektiv sjukskrivningsprocess.⁸¹ I december 2016 presenterade regeringen en ny överenskommelse mellan staten och SKL som innebar en satsning på 2,9 miljarder kronor för åren 2017 och 2018 med syfte att förebygga sjukskrivning och underlätta återgången i arbete. Överenskommelsen består av sju insatsområden där jämställdhet och våld i nära relationer som orsak till sjukfrånvaro ingår som en del inom alla områdena.⁸²

6.2 Försäkringskassan

År 2013 fick Försäkringskassan ett uppdrag att göra en plan för hur myndigheten skulle arbeta med jämställdhetsintegrering och således medverka till de

⁷⁵ Prop. 2016/17:1 bilaga 3, s. 14.

⁷⁶ Regeringen, "Missbruk och våld i nära relationer som orsak till sjukskrivning ska analyseras", hämtad 2019-03-04.

⁷⁷ ISF (2018a), s. 41.

⁷⁸ ISF (2018b), s. 11.

⁷⁹ Prop. 2017/18:1 utg. omr. 10, s. 22.

⁸⁰ Ibid, s. 38–39.

⁸¹ Regeringsbeslut S2016/07725/SF, s. 3.

⁸² Ibid, s. 5.

jämställdhetspolitiska målen.⁸³ Det resulterade i att Försäkringskassan satte upp fyra mål kring jämställdhet.⁸⁴ Ett av målen handlade om att det inte skulle få förekomma osakliga könsskillnader i varken handläggning eller beslut. Det har funnits tecken på att könsskillnader förekommer inom vissa förmåner och ett förslag för att uppnå målet var att genomföra en kartläggning om vad det är som orsakar könsskillnader och ifall de är osakliga. Vidare föreslogs det att myndigheten skulle se till att alla utbildningar skulle ha ett jämställdhetsperspektiv samt att Försäkringskassan skulle undersöka hur mäns våld mot kvinnor påverkar sjukskrivning och hur det i sin tur påverkar verksamheten för Försäkringskassan.

I årsredovisningen för 2014 presenterar Försäkringskassan att det har arbetats fram internutbildningar för att stärka medarbetarnas kunskap inom frågor som rör jämställdhet.⁸⁵ Myndigheten har även tagit fram ett handläggarstöd inom flera förmåner, bland annat sjukpenning, för att motverka osakliga skillnader mellan könen samt ett metodstöd för att lättare kunna upptäcka utsatthet för våld i nära relationer som en anledning till sjukskrivning.

Som en följd av arbetet med jämställdhetsintegrering publicerade Försäkringskassan 2015 tre rapporter på temat om könsskillnader inom socialförsäkringen.⁸⁶ En av dessa rapporter behandlar osakliga könsskillnader inom handläggning och beslut där resultaten från tidigare studier har sammanställts som en kunskapsöversikt. I några av rapporterna som kartlagts har så kallade vignettstudier genomförts där handläggare har fått ta ställning till fiktiva fall. Den enda skillnaden mellan fallen har då varit könstillhörigheten på den försäkrade. I en vignettstudie⁸⁷ från 1999 fick 282 handläggare ta ställning kring fall inom både sjuk- och rehabiliteringspenning och resultatet visade bland annat att i ett typfall med generaliserat smärtsyndrom gjordes bedömningen att män kan återgå i arbete tidigare än kvinnor. Vidare ansåg handläggarna att det var mer viktigt för kvinnor än för män att rehabiliteringen fick ta tid och att den inte skulle forceras. I ett annat typfall med ångestsyndrom och fobier med inslag av missbruk fanns det inga skillnader i bedömningen med avseende på könstillhörighet.⁸⁸ I en annan mindre omfattande vignettstudie⁸⁹ från 1998 fick tio handläggare ta ställning till fyra olika typfall. Av handläggarnas enkätsvar framkom det vissa mindre könsskillnader i vilken bedömning som gjordes. Det

⁸³ Regeringsbeslut S2011/11297/SF, S2012/8855/SAM, S2012/8858/SAM.

⁸⁴ Försäkringskassan (2015a).

⁸⁵ Försäkringskassan (2014b), s. 169.

⁸⁶ Försäkringskassan (2015b).

⁸⁷ Riksförsäkringsverket (1999).

⁸⁸ Försäkringskassan (2015b), s. 41–42.

⁸⁹ Försäkringskassan (1998).

rekommenderades oftare utredning, omplacering och utbildning för män och medicinsk rehabilitering och arbetsträning för kvinnor. Större könsskillnader fanns i bedömningen av återgång till arbete. Majoriteten av männen förutsågs kunna återgå till arbetet inom 12–24 månader medan de flesta kvinnor ansågs kunna återgå efter 6–12 månader. De flesta män uppskattades kunna återgå till att arbeta heltid medan för kvinnor bedömdes i hälften av fallen att kvinnor kunde återgå till att arbeta på halvtid. På grund av det låga antalet enkäter kan denna studie dock inte uttala sig kring statistisk signifikans.⁹⁰

I några av de studier som varit med i kartläggningen har det genomförts regressionsanalyser. I en av studierna⁹¹ har man med hjälp av registerdata försökt skatta sannolikheten för att olika moment finns med i ett sjukskrivningsärende. Analysen visar på könsskillnader i flera moment av handläggningen bland annat när det kommer till utredningar, rehabiliteringsåtgärder och partiell sjukskrivning. I studien påpekas att könsskillnaderna inte måste vara ett resultat av osakliga könsskillnader i handläggning. Handläggarens bedömning är en del i en längre kedja av underlag och krav från andra instanser. Könsskillnader skulle därför kunna uppstå i mötet med flera av dessa instanser. En annan studie⁹² som baserades på regressionsanalys av registerdata fann ingen skillnad mellan män och kvinnors längd på sjukskrivningen. Däremot påträffades skillnader inom rehabiliteringsåtgärder samt inom partiell sjukskrivning vid nacke/axel- och ländryggsbesvär. Studien fann också tecken för det som brukar benämnas för ”path dependency” inom partiell sjukskrivning. Det innebär att Försäkringskassan i de flesta fall inte ifrågasatte det ursprungliga anspråket på sjukskrivningens varaktighet.⁹³

I Försäkringskassans rapport diskuteras andra potentiella orsaker till varför könsskillnader uppstår. En anledning kan vara handläggarbias vilket i det här fallet kan medföra att könet på den försäkrade kan påverka bedömning och beslut. En möjlig förklaring till handläggarbias kan vara omedveten särbehandling på grund av könsstereotypa normer. En annan förklaring är generalisering utifrån erfarenhet vilket innebär att en bedömning kan baseras på vad erfarenheten säger är vanligt förekommande i ett visst typfall och inte på vad underlaget faktiskt säger. En tredje möjlig förklaring till handläggarbias kan vara skillnader mellan män och kvinnors initiativ och önskemål i mötet med handläggaren. Sammantaget konstateras det att mer kunskap behövs om vad könsskillnaderna

⁹⁰ Försäkringskassan (2015b), s. 40.

⁹¹ ISF (2013).

⁹² Försäkringskassan (2002).

⁹³ Försäkringskassan (2015b), s. 34.

beror på för att kunna svara på huruvida det förekommer osakliga skillnader i handläggning, beslut och bemötande.⁹⁴

Sedan 2015 har Försäkringskassan via regleringsbrevet fått instruktioner om att följa upp och analysera utvecklingen för sjukfrånvaron för både kvinnor och män.⁹⁵ Med anledning av detta har Försäkringskassan publicerat en rapport varje år där det redogjorts både för utvecklingen av sjukfrånvaron samt hur sjukfrånvaron ser ut för män respektive kvinnor. I den första rapporten⁹⁶ som publicerades 2015 var sjukpenningtalet⁹⁷ 6,9 för män och 12,8 för kvinnor. Detta innebär att kvinnors sjukpenningtal vid den tidpunkten låg på en nivå som var 84 procent högre än männens. I de två rapporter som presenterats efter det har skillnaden i sjukpenningtalet mellan män och kvinnor ökat med några procentenheter varje år. I den senaste rapporten⁹⁸ som publicerades 2017 låg sjukpenningtalet på 7,3 för män och 14,1 för kvinnor vilket betyder att sjukpenningtalet för kvinnor var 92 procent högre jämfört med männen.

Vidare har Försäkringskassan, via regleringsbrevet från 2016 och framåt, fått i uppgift att minska skillnaden i sjukpenningtalet mellan könen. Uppdraget bestod även i att redovisa hur väl målet har uppfyllts och vilka åtgärder som vidtagits för att uppnå målet.⁹⁹ I årsredovisningen för 2016 konstaterar Försäkringskassan att skillnaden i sjukpenningtalet mellan könen inte har minskat. En åtgärd som vidtagits för att försöka minimera könsskillnader i handläggningen är att Försäkringskassan har infört ett genusperspektiv på de utbildningar som riktar sig till vårdgivare som utför försäkringsmedicinska utredningar.¹⁰⁰

I årsrapporten för 2017 fastslår Försäkringskassan återigen att skillnaden i sjukfrånvaro mellan män och kvinnor inte har minskat. Försäkringskassan redogör för åtgärder som genomförts i syfte att försöka minska skillnaden i sjukfrånvaro mellan könen. En åtgärd är att Försäkringskassan har påbörjat en insats för att göra kraven på läkarintyg vid lättare och medelsvåra psykiatriska diagnoser tydligare. Brister i läkarintygen förekommer främst vid psykiatriska diagnoser. Kvinnor är överrepresenterade när det gäller sjukskrivning på grund av

⁹⁴ Försäkringskassan (2015b), s. 45–46.

⁹⁵ Regeringsbeslut S2013/5454/SF, S2014/1966/SF, S2014/2108/SF.

⁹⁶ Försäkringskassan (2015c), s. 9.

⁹⁷ Sjukpenningtalet är antalet utbetalda nettodagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning och rehabiliteringssjukpenning för varje registrerad individ i åldrarna 16–64 år exklusive försäkrade med hel sjuk- och aktivitetsersättning.

⁹⁸ Försäkringskassan (2017a), s. 20.

⁹⁹ Regeringsbeslut S2015/07997/RS, S2015/07998/RS, S2015/08135/RS.

¹⁰⁰ Försäkringskassan (2016b), s. 118.

psykiatriska diagnoser. Förtydligandet av kraven på läkarintygen tros därför kunna bidra till att skillnaden i sjukfrånvaron mellan könen reduceras.¹⁰¹

En annan åtgärd som vidtagits under 2017 är att Försäkringskassan tillsammans med Arbetsmiljöverket har gjort en överenskommelse för att förebygga ohälsa, främja arbetsgivarnas skyldighet för arbetsmiljön samt att samarbeta kring frågor som rör rehabilitering och arbetsanpassning. Enligt Försäkringskassan kommer överenskommelsen att göra det enklare för myndigheterna att ha en mer effektiv samverkan. En specifik insats som påbörjats är att myndigheterna har samordnat en tillsyn inom äldreomsorgen. Inom äldreomsorgen är en stor del av de anställda kvinnor och det är en sektor där sjukfrånvaron är hög. Insatsen tros kunna bidra till att minska skillnaden i sjukfrånvaro mellan könen.¹⁰²

6.3 Socialstyrelsen

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet togs fram av Socialstyrelsen 2007 för att skapa en mer enhetlig sjukskrivningsprocess. När beslutsstödet arbetades fram beaktades inte eventuella skillnader mellan män och kvinnor.¹⁰³ År 2012 fick Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag att utarbeta ett könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet.¹⁰⁴ Efter Socialstyrelsens avslutade uppdrag identifierades flera områden inom vilka det finns potential för att förbättra könsperspektivet i beslutsstödet. Enligt Socialstyrelsen bör det både finnas könsspecifika råd och könsneutrala rekommendationer i de fall där det finns omotiverade skillnader mellan kvinnor och män.¹⁰⁵ För en del symptom, diagnoser och behandlingar där det finns påvisade skillnader mellan könen föreslogs det att dessa ska beskrivas tydligare. Vidare fann Socialstyrelsen att det var mer vanligt förekommande med rekommendation om deltidssjukskrivning i sjukdomar som drabbar kvinnor i större utsträckning. Det föreslogs därför att rekommendationerna om deltidssjukskrivning skulle ses över. Vid genomgången av beslutsstödet fann Socialstyrelsen att tunga arbeten exemplifierades av traditionellt manligt kodade yrken såsom yrkeschaufförer och piloter. Längden på sjukskrivningsperioden påverkas av hur fysiskt krävande arbetet är. Ett förslag på åtgärd är därför att gå igenom vilka yrken som exemplifieras samt att förtydliga vilka aktiviteter inom ett yrke som gör att det anses vara lätt eller tungt.¹⁰⁶

Vid granskningen av beslutsstödet upptäcktes det skillnader i användandet av värdeladdade ord. I beskrivningen av allvarliga tillstånd som drabbar kvinnor i en

¹⁰¹ Försäkringskassan (2017b), s. 90–92.

¹⁰² Ibid, s. 93.

¹⁰³ Socialstyrelsen (2013).

¹⁰⁴ Regeringsbeslut S2012/8154/SF.

¹⁰⁵ Socialstyrelsen (2013), s. 20.

¹⁰⁶ Ibid, s. 14–16.

högre grad finns det oftare en beskrivning av de psykiska krisreaktioner som kan uppstå vid beskedet av en diagnos. Att det saknas en beskrivning av krisreaktioner vid diagnoser som i större grad drabbar män kan bidra till att män inte får rätt vård och att risken för depression ökar. Det föreslogs därför att det skulle finnas en beskrivning av de potentiella risker som finns i samband med en krisreaktion vid alla allvarliga tillstånd. Slutligen fann Socialstyrelsen att det saknades beskrivningar om våld för de diagnoser där våld kan vara en förklarande faktor. Rekommendationen var därför att lägga till information om våldsutsatthet och hur det kan påverka hälsotillståndet för individer.¹⁰⁷ Socialstyrelsen ansåg att de föreslagna justeringarna av beslutsstödet skulle kunna förbättra förutsättningarna för att skapa en mer likvärdig sjukskrivningsprocess för både män och kvinnor.¹⁰⁸

Socialstyrelsen har sedan 2006 haft i uppdrag av regeringen att publicera öppna jämförelser inom hälso- och sjukvårdsområdet. Rapporteringen har genomgående varit inriktad mot skillnader mellan kvinnor och män samt mellan regioner. I regleringsbrevet för 2015 fick Socialstyrelsen i uppdrag att ha ett ökat jämställdhetsperspektiv i sina öppna jämförelser.¹⁰⁹ I *Öppna jämförelser 2015 hälso- och sjukvård* lyfter Socialstyrelsen fram att det bland annat finns skillnader i överlevnad mellan män och kvinnor för olika tillstånd och sjukdomar. Andelen som avlider inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt är högre för män. Förhållandet är det motsatta när det gäller andelen som avlider inom 28 dagar efter en stroke, där avlider en större andel kvinnor än män. Överlevnaden vid cancer ligger på en högre nivå för män jämfört med kvinnor.¹¹⁰ Via regleringsbrevet 2016 fick Socialstyrelsen i uppdrag att redogöra för hur arbetet kring att öka jämställdhetsperspektivet har bedrivits.¹¹¹ Detta slutredovisades genom en rapport från Socialstyrelsen under 2017.¹¹²

6.4 Sammanfattande iakttagelser

Sammanfattningsvis har regeringen via breda satsningar inom ett flertal områden försökt att förstå och komma tillrätta med könsskillnaderna i sjukfrånvaro. Detta speglar väl frågans komplexitet och vad forskningen visar om dess orsaker. Satsningarna för att stärka sjukskrivningsprocessen genom att öka möjligheterna för handläggarna att pröva den försäkrades rätt till ersättning och komplettera medicinska utlåtanden har tydligt stöd i forskningen som visat att högre grad av

¹⁰⁷ Socialstyrelsen (2013), s. 16–17.

¹⁰⁸ Ibid, s. 21.

¹⁰⁹ Regeringsbeslut S2017/00197/FS, S2014/01928/FS, S2015/08135/RS.

¹¹⁰ Socialstyrelsen (2015), s.27 ff.

¹¹¹ Regeringsbeslut S2017/00197/FS, S2014/01928/FS, S2015/08135/RS.

¹¹² Socialstyrelsen (2017).

kontroll i sjukförsäkringen har en dämpande inverkan på sjukfrånvaron.¹¹³ En betraktelse av sjukfrånvaroutvecklingen och könsskillnaderna (se diagram 1) ger också att skillnaderna är som störst i tider när sjukfrånvaron är hög, och tvärtom. En strikt tillämpning av regelverket leder således inte bara till en lägre sjukfrånvaro än vad som annars vore fallet, den leder också till lägre sjukfrånvaroskillnader.

Vidare torde satsningar inom familjepolitiken och för att åstadkomma en jämnare fördelning av ansvaret i hemmet ha goda förutsättningar att påverka utvecklingen mot ett mer likvärdigt utfall. Forskning visar att en viktig förklaring till kvinnors högre sjukfrånvaro är familjebildning och första barnets ankomst, varefter kvinnors i genomsnitt större frånvaro från arbetet försämrar inkomstutvecklingen i jämförelse med männen. Detta sänker i sin tur tröskeln för sjukskrivning.¹¹⁴ Likaså finner satsningar för att främja primärvårdens förutsättningar att erbjuda vård för psykisk ohälsa tidigt i sjukdomsförloppet stöd i forskningen. I ISF (2014) konstateras att KBT för patienter som inte var sjukskrivna vid behandlingens början minskade den framtida risken för sjukfrånvaro. Eftersom kvinnor är tydligt överrepresenterade bland sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos torde detta således ha en utjämnande inverkan på sjukfrånvaroglappet.

De stora satsningarna för att förbättra arbetsmiljön, bland annat inom ramen för regeringens arbetsmiljöstrategi där 100 miljoner kronor om året ska tillföras arbetsmiljöområdet, får betraktas som osäkra när det gäller förutsättningarna att minska sjukfrånvaroskillnaderna. För det första visar en nyligen publicerad forskningsöversikt att det visserligen finns visst stöd för att lagstiftning och tillsynsinsatser riktade mot arbetsplatser minskar förekomsten av arbetsskador. Emellertid konstateras också att forskning i stor utsträckning saknas när det gäller hur denna typ av insatser påverkar förekomsten av psykiska och muskuloskeletala besvär.¹¹⁵ I en underlagsrapport till den Parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04), konstateras vidare att stödet för att olika typer av arbetslivsinriktade rehabiliterings- och samverkansinsatser skulle leda till lägre sjukfrånvaro är mycket begränsat, framför allt på grund av stor osäkerhet i genomförda studier.¹¹⁶

För det andra råder osäkerhet kring hur betydelsefull eventuella skillnader i arbetsmiljö är för sjukfrånvaroskillnaderna. Undersökningar från Arbetsmiljöverket konstaterar att kvinnor i genomsnitt upplever en sämre

¹¹³ Se Hartman med flera (2013), Johansson och Lindahl (2013) och Hägglund (2013) för studier på svenska förhållanden.

¹¹⁴ Se exempelvis Angelov med flera (2013).

¹¹⁵ Andersen med flera (2019).

¹¹⁶ Johansson med flera (2010).

psykosocial arbetsmiljö än män, med högre arbetsbelastning och med större psykiska påfrestningar, men att män oftare upplever en sämre fysisk arbetsmiljö än kvinnor, med mer buller och luftföroreningar.¹¹⁷ Avsaknaden av objektiva mått på arbetsmiljö gör att generella slutsatser om arbetsmiljöns relativa betydelse för sjukfrånvaroskillnaderna är svåra att dra. Flera studier baserade på totalpopulationer och registerdata tonar ner arbetsmiljöns potentiella betydelse för sjukfrånvaros variationer såväl över tid som mellan grupper.¹¹⁸ Om skillnader i arbetsmiljö, på grund av sämre arbetsförhållanden i kvinnodominerade branscher, vore en viktig förklaring till skillnaderna i sjukfrånvaro skulle vi förvänta oss att sjukfrånvaroskillnader inte fanns inom mer mansdominerade branscher. Eftersom sjukförsäkringen ska kompensera för arbetsoförmåga på grund av sjukdom skulle vi också förvänta oss att mer objektiva mått på hälsa skulle visa att kvinnor i genomsnitt har sämre hälsa än män. Inget av påståendena har stöd i det som kan observeras i data. På grund av osäkerhet kring dels verkningsgraden av dessa arbetsmiljöinsatser, dels arbetsmiljöns relativa betydelse för sjukfrånvaroskillnaderna, får effekterna av dessa arbetsmiljöinsatser betraktas som likaledes osäkra.

¹¹⁷ Se exempelvis Arbetsmiljöverket (2018).

¹¹⁸ Se exempelvis Försäkringskassan (2014a), Angelov med flera (2011), ESO (2016) och Angelov med flera (2013).

7 Slutsatser och rekommendationer

I kapitlet sammanfattas resultat, iakttagelser och slutsatser från de tidigare kapitlen. Därutöver presenteras och motiveras de rekommendationer som Riksrevisionen föreslår med anledning av det som framkommit i granskningen.

7.1 Granskningens resultat

Granskningen visar att kvinnor sjukskrivs mer än män vid samma nivå på den bedömda arbetsförmågan. Resultaten visar följande:

1. Kvinnor som diagnosticeras med en lindrig eller medelsvår psykisk sjukdom är sjukskrivna omkring 30 procent mer än män vid samma nivå på den bedömda funktionsnedsättningen och aktivitetsbegränsningen (arbetsförmågan). Ingenting i resultaten tyder på att skillnaden kan förklaras av att män och kvinnor ofta har olika yrken och arbetar i olika branscher och sektorer. Skillnaden förefaller heller inte motiverad utifrån att kvinnor har sämre hälsa än män, tvärtom tyder resultaten på att kvinnor i genomsnitt har bättre hälsa än män när bedömningen av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning beaktats. Inga osakliga könsskillnader kan konstateras bland patienter med en smärtdiagnos.
2. En sannolikt viktig förklaring till de osakliga könsskillnaderna är den betydande osäkerhet som många gånger finns i bedömningen av patienter med psykisk ohälsa. I ärenden där patienten hade en lindrig eller medelsvår psykisk sjukdom svarade vårdgivaren i omkring hälften av fallen antingen "Nej" eller "Går inte att bedöma" på frågan om huruvida bedömningen av funktionsnedsättning/aktivitetsbegränsning kunde styrkas med objektiva undersökningsfynd eller inte. Motsvarande andel i bedömningen av patienter med en smärtdiagnos var fem procent.
3. Könsskillnaden i sjukfrånvaro bland patienter med en lindrig eller medelsvår psykisk sjukdom är extra tydlig bland patienter som är 31–40 år, som inte har barn, som är högutbildade, som har en relativt hög inkomst och som företrädesvis arbetar i mansdominerade branscher. Inga statistiskt säkerställda skillnader mellan könen kan konstateras i typiskt kvinnodominerade branscher som inom omsorg och hälso- och sjukvård. Till synes ger resultaten därmed en annan bild än den som förklarar kvinnors högre sjukfrånvaro med familjebildning och val av bransch och yrke. Emellertid granskas här könsskillnader som är att betrakta som osakliga, det vill säga skillnader som kvarstår när arbetsförmågan beaktats. I så måtto att sjukfrånvaron är högre i kvinnodominerade branscher och bland föräldrar så är den således jämförbar mellan könen då hänsyn tagits till den försäkrades arbetsförmåga.

4. Kvinnor som diagnostieras med en lindrig eller medelsvår psykiatrisk diagnos är sjukskrivna drygt 20 procent mer än män vid samma självskattade hälsa. Skillnaden förefaller inte motiverad utifrån mer objektiva mått på hälsa, som exempelvis antal besök hos en specialist eller antal dagar som inlagd inom slutenvården. En tolkning är att läkare tar större intryck av kvinnors självskattade hälsa vid utfärdande av läkarintyg.
5. Omkring 40 procent av könsskillnaden i sjukfrånvaro bland dem som ingår i urvalet kan förklaras av skillnader i exempelvis diagnos, inkomster och i den bedömda funktionsnedsättningen och aktivitetsbegränsningen. Resterande del, 60 procent, är oförklarad såtillvida att den kan härledas till att män och kvinnor sjukskrivs i olika utsträckning trots samma diagnos, inkomst och bedömda funktionsnedsättning/aktivitetsbegränsning. En framträdande faktor i denna oförklarade del är att kvinnor sjukskrivs mer än män givet samma nivå på den bedömda funktionsnedsättningen och aktivitetsbegränsningen.

Resultaten i granskningen visar att könsskillnaden i sjukfrånvaro mellan män och kvinnor med lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa delvis förefaller osaklig och orsakad av att kvinnor och män med likvärdig arbetsförmåga sjukskrivs i olika utsträckning. Granskningen ger inte svar på huruvida kvinnor sjukskrivs mer, eller om män sjukskrivs mindre, än vad sjukförsäkringens regelverk medger. Båda alternativen är möjliga liksom en kombination av de två.

7.2 Generaliserbarhet

Analysen är avgränsad till uppgifter om patienter och vårdgivare i Skånes län mellan 2010 och 2016, men torde i stor utsträckning vara möjliga att generalisera till resten av landet och till andra tidsperioder. Exempelvis har Skåne över tid uppvisat en sjukfrånvaroutveckling som i hög grad påminner om landet i övrigt. Mellan 2010 och 2016 steg sjukpenningtalet med 72 procent i Skånes län och med 80 procent i hela landet.

Patienter med en psykiatrisk diagnos inom ramen för de som ingår i granskningen uppgår till omkring åtta procent av alla påbörjade, och 15 procent av alla pågående, sjukfall under ett år (2018). Bland patienter med dessa diagnoser förefaller de som ingick i urvalet ha haft en i genomsnitt något bättre hälsa och en något bättre arbetsmarknadssituation än övriga. Detta kan ha haft viss inverkan på resultaten såtillvida att allvarigare psykisk sjukdom är mer mätbar vilket torde minska utrymmet för osakliga skillnader i bedömningen.

7.3 Möjliga tolkningar av resultaten

Att kvinnor sjukskrivs mer än män trots samma bedömda arbetsförmåga kan ha flera och sinsemellan kompletterande förklaringar. En möjlig förklaring kan vara att män och kvinnor i genomsnitt har olika attityder till sjukfrånvaro. Kvinnor kan

i mötet med läkaren ha uttryckt en större öppenhet inför att vara sjukskriven än män. Män kan å sin sida i större utsträckning ha föredragit annan behandling, till exempel läkemedelskonsumtion. Psykologisk forskning om personliga egenskaper (femfaktorteorin) visar att män och kvinnor i genomsnitt skiljer sig åt i flera avseenden.¹¹⁹ En skillnad är att kvinnor i genomsnitt uppvisar en högre grad av *neuroticism*, det vill säga en större benägenhet för depressiva reaktioner och känslor som stress och ångest. Kvinnor tenderar också att vara mindre riskbenägna än män vilket talar för ett mer preventivt hälsobeteende, något som också bekräftats i empiriska studier.¹²⁰ Genomsnittliga könsskillnader i hälsobeteende och i benägenhet för negativa känslor kan få genomslag i sjukfrånvaro, trots att den bedömda funktionsnedsättningen och aktivitetsbegränsningen är densamma.

En annan möjlig förklaring till de osakliga skillnaderna kan vara normer bland läkare, som kanske i genomsnitt är mer benägna att sjukskriva kvinnor i jämförelse med män, trots likvärdig arbetsförmåga. SKL har identifierat risken för att beslut i sjukskrivningsprocessen tas utifrån könsmissiga generaliseringar, och har därför tagit fram en handbok som ska fungera som ett stöd för vårdgivarna.

En tredje möjlig förklaring är att vårdgivare underskattar mäns funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, och inte förmår fånga upp signaler om mäns psykiska ohälsa på samma sätt som för kvinnor. Denna risk har påtalats av bland annat SKL (2010b) och Socialstyrelsen (2013).

7.4 Rekommendationer

Trots satsningar och initiativ inom ett flertal politikområden i syfte att minska könsskillnaderna i sjukfrånvaro har skillnaderna tvärtom ökat under senare år. Detta torde delvis hänga samman med sjukfrånvaroutvecklingen i stort och det faktum att könsskillnaderna tenderar att växa i tider av hög sjukfrånvaro. Insatser som kan förväntas pressa ner sjukfrånvaronivån kan i regel därför också förväntas ha en dämpande inverkan på sjukfrånvaroskillnaderna. Till denna kategori av insatser hör den förra regeringens satsningar på en stärkt sjukskrivningsprocess, med förbättrade möjligheter att pröva den försäkrades rätt till ersättning, liksom insatser i syfte att främja primärvårdens förutsättningar att erbjuda vård för psykisk ohälsa tidigt i sjukdomsförloppet. Betydelsen av de omfattande satsningarna för att förbättra arbetsmiljön, i synnerhet för kvinnor, får betraktas som mer osäkra. En orsak är oklarheter kring hur verkningsfulla dessa insatser är, en annan är frågetecken inför arbetsmiljöns relativa betydelse för sjukfrånvaroskillnaderna.

¹¹⁹ Feingold (1994).

¹²⁰ Se exempelvis Costa med flera (2001), McCrae med flera (2005), Schmitt med flera (2008), Schmitt med flera (2017) och Falk och Hermle (2018).

När det gäller förekomsten av osakliga könsskillnader i sjukskrivningsprocessen är kunskapen mycket begränsad, främst på grund av svårigheter att mäta dess omfattning. Såväl den förra som tidigare regeringar har emellertid uppmärksammat risken för att osakliga skillnader kan förekomma. Försäkringskassan, Socialstyrelsen och SKL har alla på olika sätt utrett och tagit initiativ till att minimera förekomsten av omotiverade skillnader i bedömningar och beslut.

I granskningen har konstaterats att osakliga skillnader som kan härledas till hälso- och sjukvårdens bedömningar av patienten kan vara en viktig förklaring till sjukfrånvaroskillnaderna mellan män och kvinnor, åtminstone bland patienter som lider av lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa. Ytterligare initiativ bör därför tas för att minska förekomsten av osakliga skillnader. Rekommendationerna har två syften, dels att i möjligaste mån minska osäkerheten i bedömningen av patientens arbetsförmåga, dels öka hälso- och sjukvårdens drivkrafter att utfärda läkarintyg av hög kvalitet.

- Regeringen bör ge Försäkringskassan i uppdrag att återkommande följa upp läkarintygsskrivande för män och kvinnor på olika vårdgivarenheter.

I granskningen har konstaterats att läkarintygsskrivande på olika vårdgivarenheter inte följs upp återkommande. Med en bättre uppföljning och analys av läkarintygen på olika vårdgivarenheter skulle systematiska skillnader mellan läkares utfärdande av läkarintyg, exempelvis med avseende på kön och olika diagnoser, lättare kunna upptäckas. Återkommande återkoppling på utfärdade läkarintyg kan också förväntas ha en disciplinerande inverkan på läkarintygsskrivandet. Försäkringskassan har redan i dag via regleringsbrevet i uppgift att följa upp och analysera utvecklingen av sjukfrånvaron för män och kvinnor.

- Riksrevisionen anser att regeringen bör tillsätta en utredning i syfte att ge förslag på, 1) hur incitamentsstrukturen inom hälso- och sjukvården kan utvecklas ytterligare för att minska utrymmet för osakliga könsskillnader i sjukfrånvaro att uppstå, 2) hur kvaliteten och enhetligheten i läkarintygen kan öka för att minska förekomsten av osakliga skillnader, 3) hur läkarnas kunskaper om patientens arbetssituation ska kunna förbättras för att minska osäkerheten i bedömningen av arbetsförmågan.

Vad gäller 1 kan konstateras att regeringen via återkommande överenskommelser med SKL sedan 2006 försökt skapa ekonomiska incitament för hälso- och sjukvården att åstadkomma en mer effektiv och kvalitetssäker

sjukskrivningsprocess.¹²¹ Ett nytt avtal om finansiell samordning mellan sjukförsäkringen och hälso- och sjukvården förväntas träda i kraft 1 januari 2020.¹²² Utvärderingar har emellertid haft svårt att påvisa några positiva effekter av dessa satsningar.¹²³ I ESO (2016) konstateras att om incitamenten är riktade till landstinget och inte till enskilda vårdinrättningar riskerar de önskade effekterna att utebli. Man påpekar emellertid också att om incitamenten i stället skulle kopplas till mindre enheter riskerar moraliska konflikter att uppstå kring vem läkaren ska företräda: patienten eller den egna vårdinrättningen. Samtidigt torde kvaliteten i läkarintygen och omfattningen av osakliga könsskillnader gå att påverka genom utformningen av hälso- och sjukvårdens incitament. En utredning bör därför få i uppdrag att hitta andra vägar att stärka hälso- och sjukvårdens incitament i sjukskrivningsprocessen.

Vad gäller 2 har tidigare studier konstaterat att kunskapen om hur arbetsförmågan påverkas vid olika typer av sjukdomar och besvär behöver öka, liksom kunskapen om vilka konsekvenser sjukskrivning kan få för individen.¹²⁴ Mycket talar emellertid för att befintlig kunskap och kompetens om arbetsförmågebedömning kan utnyttjas mer frekvent. En utredning bör undersöka förutsättningarna för en regel som innebär att beslut om förlängningar av sjukskrivningar som pågått under en längre tid alltid ska fattas på basis av underlag från läkare eller läkarteam med särskild försäkringsmedicinsk kompetens, alternativt på basis av särskilda arbetsförmågeutredningar.

Vad gäller 3 har i granskningen konstaterats att vårdgivarna ofta upplever en stor osäkerhet i bedömningen av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning när patienten har en lindrig eller medelsvår psykisk sjukdom. Osäkerheten kan delvis förväntas hänga samman med bristande kunskaper om kraven i de arbetsuppgifter som patienten ska utföra. Mycket talar för att läkares kunskaper om kraven i olika delar av arbetslivet är begränsad. I en tidigare granskning från Riksrevisionen (RiR, 2018a) konstateras att läkaren sällan eller aldrig har kontakt med patientens arbetsgivare, som är den som vet mest om den anställdes arbetsförhållanden och om möjligheterna att anpassa arbetsuppgifterna. En utredning bör lämna förslag på hur läkarna ska ges bättre förutsättningar att bedöma kraven i det arbete patienten ska utföra för att på så vis förbättra kvaliteten och minska godtyckligheten i bedömningen av arbetsförmåga.

¹²¹ Se regeringsbeslut S2016/07725/SF och Regeringen "Regeringen sluter miljardöverenskommelse med SKL" hämtad 2019-05-20.

¹²² SOU 2018:80.

¹²³ Se Hartman med flera (2009).

¹²⁴ Se ISF (2014) och ESO (2016).

Referenslista

Altonji, J. G., Elder, T. E. och Elder, C. R. (2005), "Selection on observed and unobserved variables: Assessing the effectiveness of Catholic schools", *Journal of Political Economy*, vol. 113, nr 1, s. 151–184.

Andersen, J. H., Malmros, P., Ebbeloej, N. E., Flachs E. M., Bengtsen, E. och Bonde, J.P. (2019), "Systematic literature review on the effects of occupational safety and health (OSH) interventions at the workplace", *Scandinavian journal of work environment & health*, vol. 45, nr 2, s. 103–113.

Angelov, N., Johansson, P., Lindahl, E. och Lindström, E. (2011), *Kvinnors och mäns sjukfrånvaro*, IFAU-rapport 2011:2, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.

Angelov, N., Johansson, P. och Lindahl, E. (2013), *Kvinnors större föräldraansvar och högre sjukfrånvaro*, IFAU-rapport 2013:7, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.

Arbetsmiljöverket (2016a), *Arbetsmiljöstatistik*, Rapport 2016:2.

Arbetsmiljöverket (2016b), *Kvinnors och mäns arbetsvillkor – betydelsen av organisatoriska faktorer och psykosocial arbetsmiljö för arbets- och hälsorelaterade utfall*. Arbetsmiljöverket, Kunskaps sammanställning 2016:2.

Arbetsmiljöverket (2017), *Arbetsmiljöverkets rapport om särskilda förebyggande insatser inom kvinnodominerat arbete*. Projektrapport.

Arbetsmiljöverket (2018), *Arbetsmiljöstatistik*, Rapport 2018:2.

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

Bertrand, M. (2010), *New Perspectives on Gender*. I O. Ashenfelter and D. Card (eds.), *Handbook of Labor Economics* 4b, Elsevier Ltd. 2010: 1545–1592.

Bet. 2015/16:SfU1, *Utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning*.

Bet. 2015/16:SoU1, *Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg*.

Costa, P. T., Terracciano, A., och McCrae, R. R. (2001), "Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings," *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 81, nr 8, s. 322–331.

Dir. 2015:127, *Ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården*.

ESO (2016), *Sjukskrivningarnas anatomi – En ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet*, ESO-rapport 2016:2.

Falk, A. och Hermle, J. (2018), "Relationship of gender differences in preferences to economic development and gender equality", *Science*, vol. 362, nr 6412.

Feingold, A. (1994), "Gender Differences in Personality: A Meta-Analysis", *Psychological Bulletin*, vol. 116, nr 3, s. 429-456.

Folkhälsomyndigheten, "Folkhälsans utveckling", hämtad 2019-05-20.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/>

Frankenhaeuser, M. och Johansson, G. (1981), "Stress at work: psychobiological and psychosocial aspects", *Journal of Applied Psychology*, vol. 35 nr 3, s. 287–299.

Försäkringskassan "Vårt uppdrag inom sjukförsäkringen", hämtad 2019-05-20.
https://www.forsakringskassan.se/press/vart-uppdrag-sjukforsakringen?gclid=CjwKCAiAl7PgBRBWEiwAzFhmmsxDMUkVo5a9j88I9dWnBY73o0HhSRlRB4_oZ4t-0GtqNzC0OenQ9BoCrFEQAvD_BwE

Försäkringskassan (1998), Genderperspektiv i rehabiliteringsarbetet – finns det?, *Forskning och utveckling*, nr 31.

Försäkringskassan (2002), Socialförsäkrings, kön och agenda – Formella och reella beslut vid kvinnors och mäns ohälsa, *Forskning och utveckling*, nr 37.

Försäkringskassan (2014a), *Analys av sjukfrånvarons variation – Väsentliga förklaringar av upp- och nedgång över tid*, Socialförsäkringsrapport 2014:17.

Försäkringskassan (2014b), *Försäkringskassans årsredovisning 2014*.

Försäkringskassan (2015a), *Svar på regeringsuppdrag - Försäkringskassans handlingsplan för jämställdhetsintegrering 2015–2018*, dnr 005761–2015.

Försäkringskassan (2015b), *Studier om könsskillnader: Skillnader mellan kvinnor och män i diagnosspecifik sjukfrånvaro, könsskillnader inom assistansersättningen, samt en kunskapsöversikt av tidigare studier*, Socialförsäkringsrapport 2015:7.

Försäkringskassan (2015c), *Sjukfrånvarons utveckling: delrapport 1*, Socialförsäkringsrapport 2015:6.

Försäkringskassan (2016a), *Svar – ISF:s rapport (2016:5) Nekad sjukpenning för inrikes och utrikes födda*, dnr 21300–2016.

Försäkringskassan (2016b), *Försäkringskassans årsredovisning 2016*.

Försäkringskassan (2017a), *Sjukfrånvarons utveckling 2017: Sjuk- och rehabiliteringspenning*, Socialförsäkringsrapport 2017:13.

Försäkringskassan (2017b), *Försäkringskassan årsredovisning 2017*.

Försäkringskassan (2018a), *Svar på regeringsuppdrag: Rapport – Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2018*, dnr 002671–2018.

- Försäkringskassan (2018b), *Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad – Sjukskrivningar längre än 14 dagar och avslut inom 180 dagar i olika branscher och yrken*, Socialförsäkringsrapport 2018:2.
- Försäkringskassan (2019), *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning, vägledning* 2015:1 version 10.
- Hartman, L., Hesselius, P. och Johansson, P. (2013), "Effects of eligibility screening in the sickness insurance: Evidence from a field experiment", *Labour Economics*, vol. 20, nr 1, s. 48–56.
- Hartman, L., Johansson, P., Khan, S. och Lindahl, E. (2009), *Uppföljning och utvärdering av sjukvårdsmiljarden*, IFAU-rapport 2009:1, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.
- Hesselius, P., Johansson, P. och Nilsson, P. (2009), "Sick of your colleagues's absence?", *Journal of European Economic Association*, vol. 7, nr 3, s. 1–12.
- Hesselius, P., Johansson, P. och Vikström, V. (2013), "Monitoring and norms in sickness insurance: empirical evidence from a natural experiment", *The Scandinavian Journal of Economics*, vol. 115, nr 4, s. 995–1019.
- Hägglund, P. (2013), "Effects of Introducing Time-limits in the Sickness Insurance System on Return to Work – Evidence from the Swedish Rehabilitation Chain", *Empirical Economics*, vol. 45, nr 1, s. 567–582.
- ISF (2012), *Rehabiliteringsgarantin*, ISF-rapport 2012:17.
- ISF (2013), *Försäkringskassans handläggning av sjukpenning*, ISF-rapport 2013:16.
- ISF (2014), *Rehabiliteringsgarantins effekter på hälsa och sjukfrånvaro*, ISF-rapport 2014:12.
- ISF (2015a), *Ett systemperspektiv på sjukfrånvaron*, ISF kommenterar 2015:1.
- ISF (2015b), *Aktivitetsförmågeutredningar (AFU)*, ISF-rapport 2015:8.
- ISF (2016a), *Läkares sjukskrivning av kvinnor och män*, ISF-rapport 2016:13.
- ISF (2016b), *Aktivitetsförmågeutredningar (AFU) behöver kvalitetssäkras*, ISF-rapport 2016:4.
- ISF (2018a), *Social problematik och sjukskrivning*, ISF-rapport 2018:9.
- ISF (2018b), *Social problematik och sjukskrivning – handläggning*, ISF-rapport 2018:8.
- Johansson, P. och Lindahl, E. (2013), "Can sickness absence be affected by information meetings? Evidence from a social experiment", *Empirical Economics* 2013, vol. 44, nr 3, s. 1673–1695.
- Johansson, P. och Palme, M. (1996), "Do economic incentives affect work absence? Empirical evidence using Swedish micro data", *Journal of Public Economics*, vol. 59, nr 2, s. 195–218.

- Johansson, P. och Palme, M. (2002), "Assessing the effect of public policy on worker absenteeism", *Journal of Human Resources*, vol. 37 nr 2, s. 381–409.
- Johansson, P. och Palme, M. (2005), "Moral hazard and sickness insurance", *Journal of Public Economics*, vol. 89, nr 9, s. 1879–1890.
- Johansson, P., Aydin, E., Bergendorff, S., Granqvist, N., Josephson, M. och Sohlberg, I. (2010), *Arbetslivsriktad rehabilitering*, Parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04).
- Jylhä, M. (2009), "What is Self-Rated Health and Why does it Predict Mortality? Towards a Unified Conceptual Model", *Social Science & Medicine*, vol. 69, nr 3, s. 307–316.
- Karlsson, T. (2016), *Könsskillnader i sjukfrånvaro: en aktuell fråga i historisk belysning*, IFAU-rapport 2016:24, Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.
- Mastekaasa, A. och Olsen, K. (1998), "Gender, Absenteeism and Job Characteristics: A Fixed Effects Approach", *Work and Occupations*, vol. 25, nr 2, s. 195–228.
- McCrae, R. R., Terracciano, A., & 78 Members of the Personality Profiles of Cultures Project (2005), "Universal features of personality traits from the observer's perspective: Data from 50 cultures", *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 88, nr 3, s. 547–561.
- Nathanson, C. (1975), "Illness and the Feminine Role: A Theoretical Review", *Social Science and Medicine*, vol. 9, nr 2, s. 57–62.
- O'Donnell, O. (2009), "Measuring health inequalities in Europe. Methodological issues in the analysis of survey data", *Eurohealth*, vol. 15, nr 3, s. 10–14.
- Prop. 2007/08:1, *Budgetpropositionen för 2008*.
- Prop. 2015/16:1 bilaga 3, *Ekonomisk jämställdhet mellan kvinnor och män*.
- Prop. 2015/16:1 utgiftsområde 10, *Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning*.
- Prop. 2016/17:1 utgiftsområde 10, *Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning*.
- Prop. 2016/17:1 bilaga 3, *Ekonomisk jämställdhet mellan kvinnor och män*.
- Prop. 2017/18:1 utgiftsområde 10, *Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning*.
- Regeringen, "Missbruk och våld i nära relationer som orsak till sjukskrivning ska analyseras", hämtad 2019-03-04.
<https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2016/12/missbruk-och-vald-i-nara-relationer-som-orsak-till-sjukskrivning-ska-analyseras/>

- Regeringen, "Mer om jämställdhetspolitikens mål", hämtad 2019-05-22.
<https://www.regeringen.se/artiklar/2017/01/mer-om-jamstalldhetspolitikens-mal/>
- Regeringen, "Regeringen sluter miljardöverenskommelse med SKL", hämtad 2019-05-20.
<https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2016/12/regeringen-sluter-miljardoverenskommelse-med-skl/>
- Regeringsbeslut A2011/2209/ARM, *Uppdrag om särskilda förebyggande insatser för kvinnors arbetsmiljö.*
- Regeringsbeslut S2011/11297/SF, S2012/8855/SAM, S2012/8858/SAM, *Regleringsbrev för budgetåret 2013 avseende Försäkringskassan.*
- Regeringsbeslut S2012/00963/SF, S2012/01809/SF, S2014/07998/SF, S2015/06106/SF, *Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro.*
- Regeringsbeslut S2012/8154/SF, *Uppdrag att utarbeta ett könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet.*
- Regeringsbeslut S2013/5454/SF, S2014/1966/SF, S2014/2108/SF, *Regleringsbrev för budgetåret 2015 avseende Försäkringskassan.*
- Regeringsbeslut S2015/07997/RS, S2015/07998/RS, S2015/08135/RS, *Regleringsbrev för budgetåret 2016 avseende Försäkringskassan.*
- Regeringsbeslut S2016/07725/SF, *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017 – 2018.*
- Regeringsbeslut S2017/00197/FS, S2014/01928/FS, S2015/08135/RS, *Regleringsbrev för budgetåret 2016 avseende Socialstyrelsen.*
- Riksförsäkringsverket (1999), *Lika inför kassan?*
- Riksrevisionen (2016), *Är sjukskrivning bra för hälsan?*, RiR 2016:31.
- Riksrevisionen (2018a), *Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar*, RiR 2018:11.
- Riksrevisionen (2018b), *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – ett stöd för Försäkringskassan vid psykisk ohälsa?*, RiR 2018:22.
- Rskr. 2015/16:87.
- Rskr. 2015/16:102.
- Schmitt, D.P., Long, A. E., McPhearson, A., O'Brien, K., Remmert, B., Seema, H. och Shah, H. (2017), "Personality and gender differences in global perspective", *International Journal of Psychology*, vol. 52, nr S1, s. 45–56.
- Schmitt, D.P., Realo, A., Voracek, M. och J. Allik (2008). "Why can't a man be more like a woman? Sex differences in Big Five personality traits across 55 cultures", *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 94, nr 1, s. 168–182.

Sindelar, J. L. (1982), "Differential Use of Medical Care by Sex", *Journal of Political Economy*, vol. 90, nr 5, s. 1003–1019.

Skr. 2008/09:198, *En jämställd arbetsmarknad – regeringens strategi för jämställdhet på arbetsmarknaden och i näringslivet.*

Skr. 2015/16:80, *En arbetsmiljöstrategi för det moderna arbetslivet 2016–2020.*

Skåne Läns landsting, "Patientenkät", hämtad 2019-05-22.

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/sjukskrivning/frageformular---mms-och-psykoterapi.pdf>

Skåne Läns Landsting, "Frågeformulär", hämtad 2019-05-20.

https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/sjukskrivning/formular/frageformular-inskrivning-och-utskrivning_psykoterapi.pdf

Skåne Läns Landsting, "Multimodal rehabilitering", hämtad 2019-05-20.

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/sjukskrivning/multimodal-smartbehandling-mms/frageformular-behandlare-mms.pdf>

Socialstyrelsen, "BAS (Behov av stöd)", hämtad 2019-06-03.

<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/bas-behov-av-stod/>

Socialstyrelsen, "Försäkringsmedicinskt beslutsstöd", hämtad 2019-05-20.

<https://roi.socialstyrelsen.se/fmb>

Socialstyrelsen, "Mätning av hälsa och funktionshinder – Manual till WHO:s formulär för bedömning av funktionshinder, WHO Disability Assessment Schedule – WHODAS 2.0", hämtad 2019-06-03.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-5-1.pdf>

Socialstyrelsen (2013), *Könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet.*

Socialstyrelsen (2015), *Öppna jämförelser 2015 – Hälsa- och sjukvård – Övergripande indikatorer.*

Socialstyrelsen (2017), *Jämställdhetsperspektivet i öppna jämförelser av socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård – Slutredovisning av ett regeringsuppdrag.*

SOU 2008:66, *Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder*, Delbetänkande av Arbetsförmågeutredningen.

SOU 2010:107, *Läkares sjukskrivningspraxis – En systematisk litteraturöversikt*, En rapport från Sociala rådet.

SOU 2017:48, *Kunskapsbaserad och jämlik vård – Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård*, Betänkande av Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården.

SOU 2018:80, *Samspel för hälsa – Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring*, Betänkande av Utredningen om finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring.

Sveriges Kommuner och Landsting, "Ledning och styrning av sjukskrivningar", hämtad 2019-05-22.

<https://skl.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/forsakringsmedicin/ledningochstyrning.1032.html>

Sveriges Kommuner och Landsting (2010a), *Jämställda sjukskrivningar – Arbetsbok för kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess*.

Sveriges Kommuner och Landsting (2010b), *Jämt sjukskriven – ett genusperspektiv på sjukskrivningsprocessen*.

Svärd, V., Haque, M., Friberg, E., och Alexanderson, K. (2018), *Läkares erfarenheter av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd och av digitalisering av läkarintyg*, Rapport 2018, Avdelningen för försäkringsmedicin Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet.

WHO, "The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders – Clinical descriptions and diagnostic guidelines", hämtad 2019-05-22.

<https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>

Bilaga A

Tabell A1 Beskrivning av behandlade och icke-behandlade, KBT, medelvärden

	Behandlade	Icke-behandlade	t-värde
Man	0,32	0,29	12,1
Ålder	37,7 (11,4)	40,8 (11,7)	-54,7
Född utrikes	0,14	0,19	-25,4
Utbildningsnivå			
Ingen uppgift	0,00	0,01	-3,3
Grundskola	0,07	0,11	-31,0
Gymnasium	0,40	0,42	-9,4
Eftergymnasial	0,53	0,47	25,8
Arbetsmarknadstatus och inkomster			
Sysselsatt i november föregående år ^a	0,77	0,72	24,8
Arbetsinkomster (föregående år, tkr)	241,3 (182,1)	233,5 (167,0)	8,9
Inkomster totalt (föregående år, tkr)	217,8 (187,3)	187,8 (178,3)	32,9
Mått på hälsa (senaste 12 mån.)			
Antal besök primärvård	8,6 (8,8)	18,1 (16,8)	-176,0
Antal dygnsdoser läkemedel/dygn	0,1 (0,4)	2,2 (3,3)	-273,7
Antal besök specialistvård	2,6 (5,6)	7,2 (21,6)	-85,2
Antal observationer	52 250	201 087	

Anm.: Standardavvikelse inom parentes. Behandlade avser patienter i målgruppen som fick behandling och därmed ingår i analysen, icke-behandlade består av ett slumpmässigt urval av vårdtillfällen (ej unika patienter) där patienten fått en diagnos inom ramen för målgruppen men där patienten inte fått behandling. a: uppgift från SCB. t-värden med ett absolutvärde $\geq 1,96$ innebär att skillnaden är statistiskt säkerställd på 5-procentsnivån.

Tabell A2 Beskrivning av behandlade och icke-behandlade, MMR, medelvärden

	Behandlade	Icke-behandlade	t-värde
Man	0,27	0,37	-15,7
Ålder	43,7 (10,7)	45,0 (11,6)	-8,8
Född utrikes	0,26	0,31	-8,1
Utbildningsnivå			
Ingen uppgift	0,01	0,01	-5,1
Grundskola	0,15	0,18	-6,5
Gymnasium	0,52	0,50	2,8
Eftergymnasial	0,32	0,31	2,0
Arbetsmarknadstatus och inkomster			
Sysselsatt i november föregående år ^a	0,72	0,70	3,6
Arbetsinkomster (föregående år, tkr)	228,6 (158,8)	234,6 (166,4)	-2,8
Inkomster totalt (föregående år, tkr)	192,7 (172,3)	185,6 (182,1)	3,1
Mått på hälsa (senaste 12 mån.)			
Antal besök primärvård	13,8 (13,4)	18,1 (16,8)	-23,3
Antal dygnsdoser läkemedel/dygn	0,2 (0,8)	2,3 (3,8)	-161,8
Antal besök specialistvård	3,7 (7,1)	5,1 (11,3)	-14,1
Antal observationer	5 659	214 754	

Anm.: Standardavvikelse inom parentes. Behandlade avser patienter i målgruppen som fick behandling och därmed ingår i analysen, icke-behandlade består av ett slumpmässigt urval av vårdtillfällen (ej unika patienter) där patienten fått en diagnos inom ramen för målgruppen men där patienten inte fått behandling. a: uppgift från SCB. t-värden med ett absolutvärde $\geq 1,96$ innebär att skillnaden är statistiskt säkerställd på 5-procentsnivån.

Bilaga B

Tabell B1 Nivåer och könsskillnader i hälsomått givet vårdgivarens bedömning av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, kvinnor (Panel A), män (Panel B) samt könsskillnader (Panel C)

Utfallsmått	Sjukfrånvarodagar	Antal besök i primärvård	Läkemedelsförskrivning, DDD	Antal besök hos specialist	Antal dagar inom slutenvård
Panel A: Kvinnor					
Samtliga diagnoser	7,229*** (0,205)	0,607*** (0,033)	0,075*** (0,005)	0,114*** (0,013)	0,039*** (0,015)
Psykiatriska diagnoser	7,247*** (0,207)	0,594*** (0,033)	0,069*** (0,005)	0,115*** (0,013)	0,038*** (0,016)
Smärtrelaterade diagnoser	6,653*** (0,970)	0,909*** (0,162)	0,153*** (0,029)	0,125** (0,058)	0,061*** (0,026)
Panel B: Män					
Samtliga diagnoser	5,515*** (0,283)	0,521*** (0,046)	0,103*** (0,008)	0,138*** (0,018)	0,123*** (0,023)
Psykiatriska diagnoser	5,472*** (0,283)	0,496*** (0,046)	0,097*** (0,007)	0,133*** (0,019)	0,121*** (0,025)
Smärtrelaterade diagnoser	6,369*** (1,606)	0,999*** (0,270)	0,200*** (0,050)	0,308*** (0,097)	0,084* (0,047)
Panel C: Skillnad Kvinnor – Män					
Samtliga diagnoser	1,713*** (0,345)	0,085 (0,056)	-0,029*** (0,009)	-0,024 (0,022)	-0,083*** (0,029)
Psykiatriska diagnoser	1,775*** (0,346)	0,098* (0,056)	-0,029*** (0,009)	-0,017 (0,023)	-0,083** (0,031)
Smärtrelaterade diagnoser	0,283 (1,857)	-0,090 (0,313)	-0,048 (0,058)	-0,183 (0,112)	-0,024 (0,055)

Anm.: I Panel C redovisas resultat från OLS-skattningar av relationen mellan kvinnors och mäns hälsoutfall, som redovisas i Panel A respektive B, givet vårdgivarens bedömning av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Relationen mellan män och kvinnor har skattats via en interaktionsterm (kvinna*vårdgivarens bedömning). I skattningarna kontrolleras för kvinna respektive vårdgivarens bedömning, samt ålder, ålder i kvadrat, civilstånd (6 kategorier), född utrikes, antal barn, barn i hemmet (ja/nej), utbildning (nivå och inriktning, 42 kategorier), försörjning (7 kategorier), inkomst (föregående år), arbetsinkomst (föregående år), diagnos (43 kategorier), årtal (7 kategorier), SNI (89 kategorier), kommun (34 kategorier), vårdgivarens kompetens (15 kategorier). Därutöver kontrolleras för interaktioner mellan "kvinna" och samtliga bakgrundsvariabler. DDD=antalet förskrivna dygnsdoser läkemedel per dygn. Standardfel inom parentes. Antal observationer, totalt: 57 909, psykiatriska diagnoser: 52 250, smärtrelaterade diagnoser: 5 659. ***/**/* indikerar statistisk signifikans på 1/5/10 procents nivå.

Tabell B2 Könskillnader i hälsomått givet vårdgivarens bedömning av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, ej justering för arbetsuppgiftsrelaterade uppgifter, procent

Utfallsmått	Sjukfrånvarodagar	Antal besök i primärvård	Läkemedelsförskrivning, DDD	Antal besök hos specialist	Antal dagar inom sluten vård
Samtliga diagnoser	30,6*** (6,2)	11,5 (10,0)	-28,2*** (8,7)	-72,5*** (21,7)	-71,5*** (22,8)
Psykiatriska diagnoser	31,9*** (6,3)	17,5* (10,5)	-29,9*** (9,3)	-68,4*** (23,3)	-72,7*** (24,8)
Smärtrelaterade diagnoser	14,2 (28,0)	8,7 (27,6)	-14,5 (28,0)	-96,4** (39,0)	-47,6 (61,9)

Anm.: Resultat från OLS-skattningar av relationen mellan kvinnors och mäns hälsoutfall givet vårdgivarens bedömning av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Relationen mellan män och kvinnor har skattats via en interaktionsterm (kvinna*vårdgivarens bedömning). I skattningarna kontrolleras för kvinna respektive vårdgivarens bedömning, samt ålder, ålder i kvadrat, civilstånd (6 kategorier), född utrikes, antal barn, barn i hemmet (ja/nej), försörjning (7 kategorier), diagnos (43 kategorier), årtal (7 kategorier), kommun (34 kategorier), vårdgivarens kompetens (15 kategorier). Därutöver kontrolleras för interaktioner mellan "kvinna" och samtliga bakgrundsvariabler. DDD=antalet förskrivna dygnsdoser läkemedel per dygn. Standardfel inom parentes. Antal observationer, totalt: 57 909, psykiatriska diagnoser: 52 250, smärtrelaterade diagnoser: 5 659. ***/**/* indikerar statistisk signifikans på 1/5/10 procents nivå.

Tabell B3 Könskillnader i hälsomått givet vårdgivarens bedömning av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, olika uppföljningstider, procent

Utfallsmått	Sjukfrånvarodagar	Antal besök i primärvård	Läkemedelsförskrivning, DDD	Antal besök hos specialist	Antal dagar inom sluten vård
1 år (huvudresultat)	31,1*** (6,3)	16,3 (10,7)	-28,2*** (8,7)	-17,4 (15,9)	-67,5*** (23,6)
6 månader	31,7*** (5,8)	9,2 (8,7)	-15,1*** (4,6)	-4,9 (9,0)	-68,0*** (22,2)
2 år	25,1*** (6,8)	14,3 (10,4)	-16,2*** (4,2)	-4,7 (7,6)	-58,8** (25,4)

Anm.: Resultat från OLS-skattningar av relationen mellan kvinnors och mäns hälsoutfall givet vårdgivarens bedömning av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Relationen mellan män och kvinnor har skattats via en interaktionsterm (kvinna*vårdgivarens bedömning). I skattningarna kontrolleras för kvinna respektive vårdgivarens bedömning, samt ålder, ålder i kvadrat, civilstånd (6 kategorier), född utrikes, antal barn, barn i hemmet (ja/nej), utbildningsnivå (4 kategorier), utbildningsinriktningar (221 kategorier), försörjning (7 kategorier), inkomst (föregående år), arbetsinkomst (föregående år), diagnos (43 kategorier), årtal (7 kategorier), SNI (89 kategorier), kommun (34 kategorier), vårdgivarens kompetens (15 kategorier). Därutöver kontrolleras för interaktioner mellan "kvinna" och samtliga bakgrundsvariabler. DDD=antalet förskrivna dygnsdoser läkemedel per dygn. Standardfel inom parentes. Antal observationer, totalt: 57 909. ***/**/* indikerar statistisk signifikans på 1/5/10 procents nivå.

Tabell B4 Könsskillnader i hälsomått givet vårdgivarens bedömning av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, olika dimensioner av psykisk sjukdom, procent

Utfallsmått	Sjukfrånvarodagar	Antal besök i primärvård	Läkemedelsförskrivning, DDD	Antal besök hos specialist	Antal dagar inom slutenvård
Sömnfunktioner	27,7*** (8,9)	26,4** (12,3)	-25,1** (10,7)	-10,5 (10,3)	-52,1 (39,4)
Högre kognitiva funktioner	35,5*** (7,9)	10,8 (12,0)	-24,6* (12,6)	-5,5 (9,9)	-63,3 (39,7)
Att hantera stress och andra psykologiska krav	32,3*** (7,7)	10,2 (10,5)	-34,1*** (10,7)	-2,8 (11,5)	-82,8*** (23,2)

Anm.: Resultat från OLS-skattningar av relationen mellan kvinnors och mäns hälsoutfall givet vårdgivarens bedömning av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Relationen mellan män och kvinnor har skattats via en interaktionsterm (kvinna*vårdgivarens bedömning). I skattningarna kontrolleras för kvinna respektive vårdgivarens bedömning, samt ålder, ålder i kvadrat, civilstånd (6 kategorier), född utrikes, antal barn, barn i hemmet (ja/nej), utbildning (nivå och inriktning, 42 kategorier), försörjning (7 kategorier), inkomst (föregående år), arbetsinkomst (föregående år), diagnos (43 kategorier), årtal (7 kategorier), SNI (89 kategorier), kommun (34 kategorier), vårdgivarens kompetens (15 kategorier). Därutöver kontrolleras för interaktioner mellan "kvinna" och samtliga bakgrundsvariabler. DDD=antalet förskrivna dygnsdoser läkemedel per dygn. Standardfel inom parentes. Antal observationer, totalt: 57 909. ***/**/* indikerar statistisk signifikans på 1/5/10 procents nivå.

Tabell B5 Könsskillnader i hälsomått givet vårdgivarens bedömning av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, uppföljningsenkät, procent

Utfallsmått	Sjukfrånvarodagar	Antal besök i primärvård	Läkemedelsförskrivning, DDD	Antal besök hos specialist	Antal dagar inom slutenvård
Samtliga diagnoser	24,5*** (7,6)	15,1* (8,2)	-24,0*** (8,7)	-8,3 (7,4)	-57,9*** (19,1)
Psykiatriska diagnoser	23,2*** (7,7)	16,1* (8,6)	-22,4** (9,4)	-4,1 (7,5)	-56,6** (22,7)
Smärtrelaterade diagnoser	43,1 (32,7)	30,7 (35,5)	-36,7 (23,8)	-31,0 (37,8)	-57,3** (24,9)

Anm.: Resultat från OLS-skattningar av relationen mellan kvinnors och mäns hälsoutfall givet vårdgivarens bedömning av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Relationen mellan män och kvinnor har skattats via en interaktionsterm (kvinna*vårdgivarens bedömning). I skattningarna kontrolleras för kvinna respektive vårdgivarens bedömning, samt ålder, ålder i kvadrat, civilstånd (6 kategorier), född utrikes, antal barn, barn i hemmet (ja/nej), utbildningsnivå (4 kategorier), utbildningsinriktningar (221 kategorier), försörjning (7 kategorier), inkomst (föregående år), arbetsinkomst (föregående år), diagnos (43 kategorier), årtal (7 kategorier), SNI (89 kategorier), kommun (34 kategorier), vårdgivarens kompetens (15 kategorier). Därutöver kontrolleras för interaktioner mellan "kvinna" och samtliga bakgrundsvariabler. DDD=antalet förskrivna dygnsdoser läkemedel per dygn. Standardfel inom parentes. Antal observationer, totalt: 42 293, psykiatriska diagnoser: 37 756, smärtrelaterade diagnoser: 4 537. ***/**/* indikerar statistisk signifikans på 1/5/10 procents nivå.

Tabell B6 Könsskillnader i hälsomått givet patientens självskattade hälsa

Utfallsmått	Vårdgivarens bedömning	Sjukfrånvarodagar	Antal besök i primärvård	Läkemedelsförskrivning, DDD	Antal besök hos specialist	Antal dagar i slutenvård
Samtliga diagnoser	-0,017 (0,012)	2,596*** (0,484)	0,442*** (0,081)	-0,034** (0,013)	0,008 (0,032)	-0,078* (0,041)
Psykiatriska diagnoser	-0,021 (0,013)	2,491*** (0,510)	0,258*** (0,084)	-0,024* (0,014)	0,026 (0,034)	-0,080* (0,044)
Smärtrelaterade diagnoser	-0,024 (0,036)	2,480 (2,164)	0,775** (0,372)	-0,027 (0,070)	-0,006 (0,134)	-0,060 (0,065)

Anm.: Resultat från OLS-skattningar av relationen mellan kvinnors och mäns hälsoutfall givet patientens bedömning av sin egen hälsa. Relationen mellan män och kvinnor har skattats via en interaktionsterm (kvinna*patientens bedömning). I skattningarna kontrolleras för kvinna respektive patientens bedömning, samt ålder, ålder i kvadrat, civilstånd (6 kategorier), född utrikes, antal barn, barn i hemmet (ja/nej), utbildning (nivå och inriktning, 42 kategorier), försörjning (7 kategorier), inkomst (föregående år), arbetsinkomst (föregående år), diagnos (43 kategorier), årtal (7 kategorier), SNI (89 kategorier), kommun (34 kategorier), vårdgivarens kompetens (15 kategorier). Därutöver kontrolleras för interaktioner mellan "patientens bedömning" och samtliga bakgrundsvariabler. DDD=antalet förskrivna dygnsdoser läkemedel per dygn. Standardfel inom parentes. Antal observationer, totalt: 57 909, psykiatriska diagnoser: 52 250, smärtrelaterade diagnoser: 5 659. ***/**/* indikerar statistisk signifikans på 1/5/10 procents nivå.