INSPEKTIONEN FÖR SOCIALFÖRSÄKRINGEN

Rapport 2016:4

Aktivitetsförmåge-utredningar (AFU) behöver kvalitetssäkras

– ett genusperspektiv

INSPEKTIONEN FÖR SOCIALFÖRSÄKRINGEN

Rapport 2016:4

Aktivitetsförmåge-utredningar (AFU) behöver kvalitetssäkras

– ett genusperspektiv

En rapport från Inspektionen för socialförsäkringen

Stockholm 2016

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

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

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

© Inspektionen för socialförsäkringen
Tryckt av Elanders Sverige AB
Stockholm 2016

ISBN: 978-91-88098-23-8

Innehåll

Generaldirektörens förord 5
Sammanfattning 7
Summary 11
1 Inledning 13
1.1 Bakgrund 13
1.2 Sammanfattning av huvudresultaten i granskningens första rapport 14
1.3 Uppdraget 15
1.4 Syfte och frågor 15
1.5 Tillvägagångssätt 16
1.6 Rapportens disposition 17
2 AFU – en komplex utredningsmodell som fortsätter att utvecklas 19
2.1 Aktivitetsförmågeprofilen är central i bedömningen av arbetsförmåga 19
2.2 Försäkringskassan fortsätter att vidareutveckla AFU 21
2.3 Pilotverksamheten med AFU fortsätter under år 2016 23
3 Några utgångspunkter i granskningen 25
3.1 Läkares bedömning av kvinnor och män 25
3.2 Krav i arbetet för kvinnor och män 29
4 Resultat 33
4.1 Självskattade besvär och förmågor 33
4.2 Självskattade förmågor i relation till läkarbedömningar 38
4.3 Krav på medicinskt relaterade förmågor i olika yrkesområden 41
4.4 Kvalitetssäkringen av AFU 50

5 Diskussion, sammanfattande slutsatser och rekommendationer 53
5.1 Diskussion 53
5.2 Sammanfattande slutsatser 64
5.3 Rekommendationer 66
Referenser 69
Bilaga 1 Urval och metodbeskrivning 75
Bilaga 2 Underlag i AFU 81
Bilaga 3 Resultat tabeller 87
Tabellförteckning 97

Generaldirektörens förord

Försäkringskassan arbetar sedan 2013 med en ny utredningsmodell för bedömning av arbetsförmåga, kallad aktivitetsförmågeutredning (AFU). Utredningen genomförs av läkare med försäkringsmedicinsk kompetens och utmynnar i ett utlåtande om den försäkrades medicinska förutsättningar för arbete. Som stöd finns ett kunskapsunderlag som beskriver vilken arbetsförmåga som krävs inom 40 olika yrkesområden. I föreliggande rapport, som är den andra och slutliga rapporten i ett regeringsuppdrag, granskas om och hur den nya utredningsmodellen tar hänsyn till skillnader mellan kvinnor och män.

För rättssäkerheten i prövningen av rätten till sjukpenning är det mycket angeläget att det inte finns risk för systematiska skillnader i bedömningen av olika gruppers arbetsförmåga, varken mellan kvinnor och män eller mellan andra grupper av försäkrade.

Granskningen av AFU visar att det finns allvarliga brister i kvalitetssäkringen av utredningsmodellen. Bristerna i kvalitetssäkring gäller tillförlitligheten i både de bedömningar som läkare och Försäkringskassan gör inom ramen för AFU. Dessutom behöver försäkringsutfallet undersökas i relation till AFU. Bedömningar behöver alltså kvalitetssäkras både så att bedömningar i AFU blir desamma oavsett vilken bedömare som utför dem och så att AFU särskiljer försäkrade med nedsatt arbetsförmåga från försäkrade som kan klara av att återgå i arbete. Det bör inte finnas systematiska skillnader mellan olika grupper av försäkrade, vare sig i tillförlitlighet i bedömningarna eller i försäkringsutfall för personer som har genomgått en AFU.

Av granskningen framgår också att det finns brister i kvalitetssäkringen av kunskapsunderlaget i AFU. Underlaget utgår från en teoretisk och könsneutral arbetsmarknad – inte den verkliga, starkt könssegregerade svenska arbetsmarknaden. Underlaget tar alltså inte

hänsyn till att kvinnor och män ofta utför olika slags arbetsuppgifter och därför möter olika krav i arbetet även när de arbetar inom samma yrke. Dessutom är inte de beskrivna kraven på förmågor i de 40 yrkesområdena utvärderade. Försäkringskassan bör därför ta ställning till om kunskapsunderlaget ska användas innan nämnda brister har åtgärdats.

Rapporten har skrivits av Ola Leijon (projektledare), Sandra Blomqvist, Berit Hamrén, Markus Larsson, Helena Persson Schill och Niklas Österlund. Anna Hallberg, Sara Sätterberg och Anne Wahlfridsson har deltagit i datainsamlingen.

Stockholm i mars 2016

Maria Hemström-Hemmingsson

Sammanfattning

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har av regeringen fått i uppdrag att granska Försäkringskassans arbete med den försäkringsmedicinska utredningsmodell som kallas aktivitetsförmågeutredning (AFU). Den första rapporten publicerades i augusti 2015. Detta är den andra och slutliga rapporten i ISF:s granskning.

Syftet med denna del av granskningen är att undersöka om och hur AFU tar hänsyn till sådana skillnader mellan kvinnor och män som kan ha betydelse för Försäkringskassans bedömningar av de försäkrades arbetsförmåga.

Sammantaget visar resultaten att AFU och kunskapsunderlaget, som är en del av en AFU, behöver kvalitetssäkras. En grundlig kvalitetssäkring kan stärka utredningsmodellens trovärdighet och ge kunskap om hur utvecklingsarbetet med AFU och kunskapsunderlaget ska fortsätta. Kvalitetssäkringen är en förutsättning för att Försäkringskassans handläggare ska ha ett rättvisande stöd för den individuella prövningen av kvinnors och mäns arbetsförmåga.

Det finns några skillnader i de bedömningar läkarna gör av kvinnors och mäns förmåga att klara av att utföra olika aktiviteter. Dessa skillnader gäller framför allt förmågorna styrka och rörlighet respektive psykisk uthållighet, som ingår i utredningsmodellen. Försäkringskassan bör därför ta reda på om de moment i AFU som ska klarlägga begränsningar i dessa två förmågor fungerar likartat för båda könen. Det gäller både det frågeformulär som den försäkrade ska fylla i inför en AFU och bedömningarna i läkarutredningen. Det är också angeläget att integrera ett genusperspektiv i de försäkringsmedicinska utbildningar som ger behörighet att genomföra AFU. Syftet med ett genusperspektiv i utbildningen bör vara att minska risken för att omedvetna könsfördomar påverkar läkares och andra professioners medicinska bedömningar av kvinnor och män.

Analyserna visar att det, enligt kunskapsunderlaget i AFU, finns skillnader i toleransnivåer mot begränsningar i förmåga avseende de yrkesområden där sjukskrivna kvinnor respektive män företrädesvis är anställda. Det betyder att kunskapsunderlagets beskrivningar av krav på medicinskt relaterade förmågor skiljer sig mellan dessa yrkesområden. Skillnaderna är rimliga utifrån perspektivet att den svenska arbetsmarknaden är starkt könssegregerad och i hög grad ställer olikartade krav på medicinskt relaterade förmågor för anställda kvinnor och män. Det finns emellertid en risk för könsfördomar (genusbias) i kunskapsunderlaget genom att normalt förekommande arbete definieras utifrån 40 yrkesområden, vilket är en mycket långtgående förenkling. Förenklingen medför att skillnader i krav på förmågor förstoras mellan olika yrkesområden. Samtidigt kan variationen i krav på förmågor vara avsevärd inom enskilda yrkesområden, vilket inte framgår av det kunskapsunderlag som Försäkringskassan använder.

Utformningen av kunskapsunderlaget har utgått från en teoretisk och könsneutral arbetsmarknad, inte från den verkliga, starkt könssegregerade svenska arbetsmarknaden. Den könssegregerade arbetsmarknaden innebär att kvinnor i större utsträckning arbetar inom vissa yrken och män i andra yrken. Dessutom är det väl känt att kvinnor och män som har samma yrke och arbetar på samma arbetsplats ofta utför olika slags arbetsuppgifter och följaktligen utsätts för olika belastningar i arbetet. ISF menar därför att det för varje yrkesområde i kunskapsunderlaget bör göras en genomlysning av yrkesområdet ur ett genusperspektiv. Genomlysningen bör resultera i tydliga beskrivningar i kunskapsunderlaget, vilka ligger närmare den verkliga arbetsmarknaden än vad som nu är fallet. Det finns även brister i kvalitetssäkringen av kunskapsunderlaget med särskilt avseende på kravnivåerna för de yrkesområden som ingår i underlaget. Ett mer genomarbetat och kvalitetssäkrat kunskapsunderlag kan, inom ramen för AFU, ge bättre förutsättningar för en individuell prövning av försäkrades arbetsförmåga. ISF anser att Försäkringskassan bör ta ställning till om kunskapsunderlaget i AFU för närvarande ska användas vid prövningen av försäkrades arbetsförmåga. Ställningstagandet bör göras på grundval av att det saknas dels ett genusperspektiv, dels en utvärdering (validering) av kravnivåerna för vart och ett av yrkesområdena i underlaget.

Granskningen visar slutligen att det finns betydande brister i kvalitetssäkringen av AFU avseende bedömningarnas tillförlitlighet, det vill säga om läkarnas respektive handläggarnas bedömningar blir desamma om de görs av olika bedömare (reliabilitet). Det finns också brister i kvalitetssäkringen vad gäller handläggarnas förmåga att med hjälp av informationen i AFU-utlåtanden kunna särskilja försäkrade med nedsatt arbetsförmåga från försäkrade som kan klara av att återgå i arbete (prognostisk validitet). Det senare handlar alltså i förlängningen om försäkringsutfallet i sjukpenningförsäkringen. De frågor som är av intresse är om AFU innebär en skillnad i Försäkringskassans bedömningar av försäkrades rätt till sjukpenning och om det med AFU blir fler eller färre försäkrade som bedöms ha nedsatt arbetsförmåga och rätt till sjukpenning. Det är mycket angeläget att sådana undersökningar planeras och genomförs för att säkerställa kvaliteten i AFU – inte minst för rättssäkerheten i sjukförsäkringen. Vid värdering av resultaten från sådana undersökningar bör det ingå att ta reda på om tillförlitligheten i bedömningarna och försäkringsutfallet skiljer sig mellan olika grupper av försäkrade, bland annat mellan kvinnor och män. Den standardiserade utredningen och det standardiserade läkarutlåtandet i AFU ger goda möjligheter att kvalitetssäkra utredningsmodellen.

Summary

Assessments of women's and men's capacity for work need to be quality assured

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

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

Background

The Swedish Social Insurance Administration (SSIA) has developed a new model for the assessment of an individual's capacity for work, called the AFU.[1] This is the second and final report of the ISF's scrutiny of the AFU. The first report was published in August 2015.[2]

Objectives

The objective is to examine how the AFU may result in unwarranted differences in the assessment of insured persons' ability to work on the basis of gender or circumstances related to gender.

[1] AFU is an acronym for investigation of capacity for activity [aktivitetsförmågeutredning].
[2] ISF 2015:8 A new model for assessment of an individual's capacity for work, pp. 11–12.

Methods

The study sample included cases of sickness benefit (n=350, whereof 65 per cent were women), where an AFU had been carried out during a 12-month period. For each case, information was retrieved from the AFU documents—i.e. self-rated capacity for activity and the physician's assessment. In addition, the SSIA document describing the development of the AFU (2010–2013) was reviewed.

Findings

There were no systematic differences on the basis of gender regarding which cases were selected for an AFU. Likewise, there were no systematic differences on the basis of gender concerning the processing, evaluations and decisions in cases of sickness benefit where an AFU had been carried out.

There are, however, significant deficiencies in the quality assurance of the AFU in terms of the reliability of the assessments and the AFU's prognostic validity. The first deficiency refers to both the reliability of the assessments made by the investigating physicians and the reliability of the decisions made by the officers at the SSIA. The second deficiency refers to if the officers at the SSIA, with the AFU as a decision support, may distinguish insured persons with reduced work ability from those that may be able to return to work.

Recommendations/Conclusions

The AFU needs to be quality assured with regard to the reliability of assessments and decisions as well in terms of prognostic validity. It is a matter of legal certainty in the assessments of the right to allowance through the sickness insurance system. The analysis of such tests should ensure that reliability and validity do not distinguish between different types of cases or different groups of the insured—for example, between women and men.

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Försäkringskassan har, i samverkan med Socialstyrelsen och i samråd med Arbetsförmedlingen, utvecklat en försäkringsmedicinsk utredningsmodell, som kallas aktivitetsförmågeutredning (AFU). Utredningen består av tre huvuddelar:

- självrapporterad hälsa, förmåga och syn på möjligheter att arbeta
- befintliga medicinska underlag
- en klargörande utredning av särskilt utbildad läkare.

Till AFU har även ett särskilt kunskapsunderlag tagits fram som kan användas av Försäkringskassans handläggare. Underlaget omfattar en beskrivning av krav på medicinskt relaterade förmågor inom 40 yrkesområden, som är tänkta att motsvara sådana arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.[3]

Denna rapport är den andra och slutliga rapporten i ISF:s granskning av AFU. I den första rapporten, som publicerades i augusti 2015, var granskningen inriktad på hur Försäkringskassan använder resultaten från en AFU vid bedömningen av rätt till ersättning från sjukförsäkringen samt om det görs en individuell prövning av enskilda ärenden – med andra ord, hur Försäkringskassans handläggare arbetar med ärenden där en AFU har genomförts.[4] I denna andra del av granskningen fokuseras på AFU som utredningsmodell ur ett genusperspektiv – närmare bestämt om AFU tar hänsyn till skillnader mellan

[3] AFU och kunskapsunderlaget beskrivs mer ingående i ISF 2015:8, s. 29–41.
[4] ISF 2015:8.

kvinnor och män, vilka kan ha betydelse för Försäkringskassans bedömningar av försäkrades arbetsförmåga.

1.2 Sammanfattning av huvudresultaten i granskningens första rapport

Den första delen i granskningen visade att den utredningsmodell som praktiseras i AFU kan tillföra ny och betydelsefull information i det enskilda ärendet. Granskningen visade också att det finns betydande fördelar med standardiserade utredningar som AFU. Det ger till exempel en god transparens i vad som bedöms och hur det bedöms, vilket gör att den försäkrades möjligheter till delaktighet i utredningen förstärks. Dessutom kan standardiseringen bidra till att bygga bort oönskade variationer i tillämpningen och skapa förutsättningar för systematiska uppföljningar.

Granskningen visade också att det finns kvalitetsbrister i Försäkringskassans användning, tolkning och värdering av AFU-utlåtanden. Försäkringsmedicinska rådgivare (FMR) och specialister[5] kopplas alltför sällan in för att hjälpa till med att tolka resultaten och kvalitetssäkra bedömningar. Det innebär att det finns en betydande risk för att bedömningar av arbetsförmågan inte görs på ett enhetligt sätt i alla ärenden, och därmed blir inte prövningen av rätten till ersättning likformig. Dessutom finns det oklarheter om i vilka ärenden och när i ett ärende som AFU är en lämplig utredning.

Informationen i AFU-utlåtandet kan ge goda förutsättningar för en individuell prövning i det enskilda ärendet. En sådan individuell prövning gjordes också i huvudparten av de ärenden som granskades. Det betyder att bedömningen görs i förhållande till den enskilda försäkrade och inte i förhållande till en ”normal referensperson” eller andra försäkrade med liknande sjukdomar och skador.

ISF ansåg att det finns brister i kunskapsunderlaget, bland annat för att de olika komponenterna i underlaget ännu inte är validerade. Det innebär att det är osäkert om underlaget återspeglar de krav som ställs

[5] I samarbete med lokal ledning och stödfunktioner ska specialist delta aktivt i utvecklingen av totalkvaliteten i socialförsäkringens tillämpning Specialist ska också medverka till att försäkrade får överblick, kontroll och trygghet i alla kontakter med Försäkringskassan, så att de kan ta tillvara sina rättigheter och fullgöra sina skyldigheter.

på arbetstagare på den svenska arbetsmarknaden. På grund av bristerna i Försäkringskassans dokumentation i ärendena gick det heller inte att klarlägga om AFU tillsammans med kunskapsunderlaget innebär att en bedömning av den försäkrades arbetsförmåga görs mot arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

ISF fann i den första delen av granskningen inte några systematiska skillnader mellan kvinnor och män i Försäkringskassans hantering av ärenden. Det gäller urval av ärenden, handläggning, bedömningar och beslut efter en AFU.[6]

1.3 Uppdraget

Regeringen gav i regleringsbrevet för år 2015 ISF i uppdrag att analysera om AFU tar hänsyn till eventuella skillnader mellan kvinnor och män. Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2016.[7]

1.4 Syfte och frågor

Syftet med granskningen är att undersöka om och hur AFU tar hänsyn till sådana skillnader mellan kvinnor och män som kan ha betydelse för Försäkringskassans bedömningar av försäkrades arbetsförmåga.

De frågor granskningen avser att besvara är:

1. Hur tar utformningen av läkarutredningen om medicinska förutsättningar för arbete hänsyn till skillnader mellan kvinnor och män?
2. Hur tar utformningen av kunskapsunderlaget hänsyn till kvinnors och mäns förutsättningar och arbetsvillkor?
3. Hur har AFU kvalitetssäkrats för att undvika risk för könsfördomar (genusbias) i läkarnas och Försäkringskassans bedömningar av försäkrades aktivitetsförmåga respektive arbetsförmåga?

[6] ISF 2015:8.
[7] Socialdepartementet (2014).

1.5 Tillvägagångssätt

Granskningen har genomförts i tre delstudier, en aktstudie (fråga 1), en registerstudie (fråga 2) och en dokumentstudie (fråga 3).

I aktstudien är urvalsramen sjukpenningärenden, där en AFU har genomförts under perioden oktober 2013–september 2014, och där en bedömning i förhållande till arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden (180-dagarsbedömning) hade genomförts. I granskningen har ingått 350 ärenden.[8] Aktstudien har avgränsats till granskning av sjukpenningärenden där den försäkrade har genomgått en AFU.

I bilaga 1 finns en översiktlig beskrivning av den metod som har använts i aktstudien.

I registerstudien har data från Försäkringskassans analysdatabas MiDAS[9] använts. I studien ingår anställda kvinnor och män i åldern 20–64 år med sjukfall som varat 180 dagar eller längre under perioden 2010–2013. Totalt ingår 228 387 försäkrade, varav 65 procent var kvinnor och 35 procent män. Registerdata omfattar uppgifter om sjukfallets längd, diagnos, sysselsättning och yrke. Registerstudien har avgränsats till att omfatta anställda kvinnor och män med uppgift om sysselsättning och yrke. Arbetslösa ingår således inte i registerstudien.

I bilaga 1 finns en mer utförlig beskrivning av det urval och den metod som har använts i registerstudien.

I dokumentstudien har dokument granskats som gäller Försäkringskassans kvalitetssäkring av AFU. Fokus har varit tre kriterier för kvalitetssäkring, nämligen trovärdighet, reliabilitet och prognostisk validitet. Med trovärdighet avses att AFU är baserad på relevant vetenskaplig kunskap och empiri. Med reliabilitet avses bedömningarnas tillförlitlighet, det vill säga om läkarnas respektive handläggarnas bedömningar blir desamma om de görs av olika bedömare. Med prognostisk validitet avses handläggarnas förmåga att med hjälp av informationen i AFU-utlåtanden kunna särskilja försäkrade med nedsatt arbetsförmåga från försäkrade som kan klara av att återgå

[8] För en närmare beskrivning av urval och metod, se ISF 2015:8, s. 81–84.
[9] MiDAS är en förkortning av mikrodata för analys av socialförsäkringen och är en socialförsäkringsdatabas som administreras av Försäkringskassan.

i arbete. Samtliga tre kriterier bör enligt ISF:s bedömning i acceptabel grad vara uppfyllda för att utredningsmodellen AFU ska kunna anses vara kvalitetssäkrad.

I bilaga 1 finns en mer utförlig beskrivning av de kriterier som har använts som utgångspunkter i dokumentstudien.

1.6 Rapportens disposition

Kapitel 2 innehåller en kortfattad beskrivning av AFU och de åtgärder Försäkringskassan har vidtagit för att utveckla AFU.

I kapitel 3 ges en bakgrund till några av granskningens utgångspunkter.

I kapitel 4 redovisas resultaten från granskningen.

I kapitel 5 förs en diskussion om huvudresultaten i granskningen. Kapitlet innehåller även sammanfattande slutsatser och rekommendationer.

Bilaga 1 innehåller en beskrivning av det urval och den metod som har använts i granskningen.

Bilaga 2 innehåller beskrivning av det underlag i AFU som har använts i granskningen.

Bilaga 3 innehåller kompletterande tabeller med resultat från granskningen.

2 AFU – en komplex utredningsmodell som fortsätter att utvecklas

AFU är en komplex utredningsmodell som innehåller flera delmoment och som kräver många överväganden och ställningstaganden både av den utredande läkaren och av handläggaren hos Försäkringskassan. I kapitlet ges en kortfattad beskrivning av AFU och de åtgärder som Försäkringskassan har vidtagit för att vidareutveckla AFU.

2.1 Aktivitetsförmågeprofilen är central i bedömningen av arbetsförmåga

Den försäkringsmedicinska utredningen AFU ska ge en helhetsbild av den försäkrades arbetsförmåga. Helhetsbilden ska inte enbart inbegripa funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar, utan också sådant som den försäkrade kan göra trots sina besvär. En AFU ska alltså ge fördjupad kunskap om den försäkrades förmåga och kan vara ett av flera underlag vid prövningen av försäkrades arbetsförmåga mot förvärvsarbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, en så kallad 180-dagarsbedömning.

AFU innehåller en standardiserad undersökning som utförs av en särskilt utbildad läkare. Vid en utvidgad standardiserad undersökning medverkar även en särskilt utbildad arbetsterapeut, fysioterapeut eller psykolog. Utredningen ska resultera i ett nytt underlag i ärendet – *bedömning av medicinska förutsättningar för arbete*. Underlaget ska bestå av bland annat en profil avseende den försäkrades förmåga att klara fysiskt och psykiskt krävande aktiviteter, en så kallad aktivitetsförmågeprofil. Det ska också bestå av den försäkrades självrapporterade förmåga och syn på möjligheter till arbete.

Aktivitetsförmågeprofilen är den centrala delen i bedömningen av medicinska förutsättningar för arbete. I denna del av bedömningen ska den utredande läkaren ange den försäkrades nivå på aktivitetsförmåga, relaterat till åtta olika kategorier:

1. styrka och rörlighet
2. fysisk uthållighet
3. syn, hörsel och tal
4. balans, koordination och finmotorisk kvalitet
5. minne, inlärning och koncentration
6. exekutiv funktion
7. affektiv funktion
8. psykisk uthållighet

Bedömningen ska göras för varje kategori på en 5-gradig skala – från 0 (ingen eller obetydlig begränsning) till 4 (mycket stor eller total begränsning).

När AFU-utlåtandet har kommit in till Försäkringskassan kan handläggaren vid bedömningen av rätten till sjukpenning också använda det kunskapsunderlag som har tagits fram i samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.[10] I kunskapsunderlaget beskrivs vilka krav på medicinskt relaterade förmågor som ställs i de 40 största yrkesområdena på den svenska arbetsmarknaden. Ett yrkesområde omfattar minst ett och högst 32 specifika yrken enligt SSYK4[11]. De 40 yrkesområdena är tänkta att motsvara arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

För varje yrkesområde i kunskapsunderlaget anges krav på medicinskt relaterade förmågor uttryckt som *tolerans mot begränsningar i förmåga*. Kraven på medicinskt relaterade förmågor markerar, enligt Försäkringskassan, nivån på tolerans mot begränsningar. Om toleransen mot begränsningar är stor, är det mer sannolikt att den försäkrade kan utföra arbetsuppgifterna trots vissa begränsningar. Om toleransen mot begränsningar däremot är liten, är det mer sannolikt att den för-

[10] Försäkringskassan (2013a).
[11] SSYK står för standard för svensk yrkesklassificering.

säkrade inte kan utföra arbetsuppgifterna om begränsningarna i förmåga är mer omfattande.[12] Tolerans mot begränsningar i förmåga anges för samma åtta kategorier, som ingår i den försäkrades aktivitetsförmågeprofil. Det innebär att profilen för den försäkrades fysiska och psykiska aktivitetsförmågor kan relateras till de krav på förmågor som ställs i andra yrkesområden än det som den försäkrade är anställd inom.

Utredningsmodellen och kunskapsunderlaget beskrivs mer ingående i föregående rapport i granskningen.[13]

2.2 Försäkringskassan fortsätter att vidareutveckla AFU

Sedan föregående rapport i granskningen publicerades har Försäkringskassan genomfört ett flertal åtgärder i syfte att utveckla AFU och handläggning i de ärenden där en AFU genomförs. Åtgärderna handlar om information och utbildning, uppdatering av en blankett och en manual samt ett internt meddelande till handläggarna. Ytterligare åtgärder planeras.

Information och utbildning

En intern informationsinsats för handläggare har påbörjats och den kallas ”FMU med fokus på AFU”. Syftet med insatsen är att den ska öka kunskapen om försäkringsmedicinska utredningar i allmänhet och AFU i synnerhet. Till insatsen har Försäkringskassan tagit fram ett stödmaterial till lokala försäkringssamordnare och handledare men också ett utbildningsmaterial som kan användas för att öka handläggarnas kunskap om AFU.[14]

Även en heldagsutbildning har genomförts riktad till alla försäkringsmedicinska rådgivare (FMR) som arbetar inom sjukförsäkringen hos Försäkringskassan. I utbildningen har bland annat använts ett särskilt framtaget utbildningsmaterial, aktuella manualer och underlag samt

[12] Försäkringskassan (2013a), s. 4. Se även tabell B2.1 i bilaga 2.
[13] ISF 2015:8, s. 29–44.
[14] Försäkringskassan (2015a) (2015b).

ISF:s föregående rapport om AFU (ISF-rapport 2015:8) och betänkandet *För kvalitet – med gemensamt ansvar* (SOU 2015:17).[15]

Uppdatering av blankett för AFU-utlåtande och manual

Den blankett som används för ett AFU-utlåtande har uppdaterats.[16] Det som tillkommit är bland annat att den utredande läkaren ska skriva en sammanfattande sjukhistorik om sådant som kan påverka det aktuella sjukfallet (fält 3). I beskrivningen av den försäkrades sjukdomsbild ska funktionsnedsättningen baseras på både observationer och undersökningsfynd (fält 4). I beskrivningen ska dessutom den försäkrades substansintag – ordinerade läkemedel, alkohol, tobak och övriga substansintag – anges (fält 4). Den medicinska prognosen för funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning ska anges i ett eget fält av utlåtandet (fält 7).

Den manual som används för genomförande av AFU har också uppdaterats enligt förändringarna i AFU-utlåtandet. Bland annat framgår att läkaren ska bedöma om ett eventuellt substansintag påverkar den försäkrades aktuella funktionstillstånd och aktivitetsbegränsningar och hur detta i så fall kan påverka prognosen.[17]

Nytt informationsmeddelande om AFU

Ett nytt informationsmeddelande (IM) till handläggare har publicerats internt hos Försäkringskassan.[18] Detta IM har, jämfört med tidigare IM, ett tydligare kriterium för vilka ärenden som kan vara aktuella för en AFU: ”där den försäkrade befinner sig mellan dag 1 och 365 i rehabiliteringskedjan och det finns ett behov av att utreda arbetsförmågan i normalt förekommande arbete eller prognosen för återgång i arbete”. Dessutom poängteras att en AFU är lämplig för både psykiatriska och somatiska diagnoser.

I det nya IM:et klargörs vilka förberedelser som handläggaren bör göra innan hen informerar den försäkrade om att en AFU ska

[15] Heldagsutbildningen har genomfört vid 5 tillfällen under perioden september–oktober 2015 i Göteborg, Malmö och Stockholm.
[16] Blankett FK7269.
[17] Försäkringskassan (2015c).
[18] Försäkringskassan (2015d).

beställas. Bland annat ska handläggaren beskriva anledningen till att det behövs en AFU och syftet med utredningen, det vill säga vad utredningen förväntas leda till. I det nya IM:et står det också att handläggaren i beställningsmallen ska fylla i uppgifter om känd sjukskrivningshistorik, grad av sjukskrivning, om den försäkrade är anställd eller arbetslös samt den försäkrades yrkestitel. Detta är alltså uppgifter som den utredande läkaren ska få del av inför utredningen. Det har dessutom tydliggjorts att ställningstaganden inför och efter en AFU ska dokumenteras. Detta gäller bland annat dokumentation av de ställningstaganden för vilka kunskapsunderlaget har använts som stöd i bedömningen.

Övriga planerade åtgärder

Under det första kvartalet 2016 ska Försäkringskassan redovisa volymprognoser för hur många AFU per år som kommer att beställas inom Försäkringskassans fem geografiska verksamhetsområden inom sjukförsäkringen.

Utifrån intervjuer med personliga handläggare som Försäkringskassan har genomfört och utifrån annat internt underlag ska urvalskriterierna förtydligas, det vill säga vilka kriterier som ska vara uppfyllda för att en AFU ska kunna genomföras. Dessutom ska det förtydligas hur handläggarna ska dokumentera på vilket sätt de har använt kunskapsunderlaget. Förtydligandena ska finnas med i den processbeskrivning som Försäkringskassan planerar att publicera i slutet av mars 2016.

2.3 Pilotverksamheten med AFU fortsätter under år 2016

För närvarande används AFU endast inom ramen för en pilotverksamhet, som började år 2013 och som sedan har fortsatt under åren 2014 och 2015. Pilotverksamheten ska enligt en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) fortsätta även under perioden 1 januari–31 oktober 2016.[19] Överenskommelsen omfattar landstingen och regionerna i Jönköpings, Skåne,

[19] Socialdepartementet och SKL (2015).

Stockholms, Västerbottens, Västernorrlands, Västra Götalands och Östergötlands län.

I den så kallade FörMed-utredningens betänkande *För kvalitet – Med gemensamt ansvar* föreslogs att landstingen ska ges ett lagstadgat ansvar för att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna.[20] Betänkandet har remitterats och den övervägande delen av remissinstanserna tillstyrker förslaget. Regeringens avsikt är därför en författningsreglering av landstingens ansvar för att utföra försäkringsmedicinska utredningar.[21] Det betyder sannolikt att pilotverksamheten med AFU upphör när den nya lagen träder i kraft.

För år 2016 har reserverats högst 41,5 miljoner kronor i ersättning till de sju landsting som deltar i pilotverksamheten. Den helårsvolym AFU som Försäkringskassan enligt prognos förväntas beställa under år 2016 är 2 130 utredningar.[22]

[20] SOU 2015:17.
[21] Socialdepartementet och SKL (2015), s. 4.
[22] För beskrivning av tidigare års överenskommelser, se ISF 2015:8, s. 41–42.

3 Några utgångspunkter i granskningen

Vid en AFU är den utredande läkarens utlåtande centralt för Försäkringskassans bedömning av den försäkrades rätt till sjukpenning. Det är därför viktigt att läkarnas bedömningar inte systematiskt skiljer sig mellan olika grupper av försäkrade.

I kapitlets första avsnitt ges därför en översikt av svenska studier om läkares bedömning av kvinnor och män i medicinsk och försäkringsmedicinsk praxis. I det andra avsnittet ges utifrån vetenskaplig litteratur exempel på hur arbetsvillkor och krav i arbetet kan skilja sig mellan kvinnor och män – även när de har samma yrke. Översikten belyser hur användningen av kunskapsunderlaget i AFU, med dess beskrivning av krav på förmågor i 40 yrkesområden, kan påverka precisionen i Försäkringskassans bedömningar av försäkrades arbetsförmåga.

3.1 Läkares bedömning av kvinnor och män

En genomgång av svenska studier om läkares bedömning av kvinnor och män visar att könsfördomar (genusbias) verkar förekomma på olika sätt i både medicinsk och försäkringsmedicinsk praxis. Detta bör dock tolkas med försiktighet eftersom översikten baseras på relativt få studier och eftersom denna typ av studier kan vara förenade med så kallad publikationsbias, vilket innebär att det finns en snedbalans i vilka studier som publiceras i vetenskapliga tidskrifter. Snedbalansen orsakas av att det är mer sannolikt att studier som visar ett

”positivt” resultat (som stödjer en hypotes) fullföljs och publiceras än studier som visar på en avsaknad av effekt.[23]

Medicinsk klinisk praxis

Det är relativt få studier som har undersökt om läkare vid medicinska bedömningar och kliniskt beslutsfattande bedömer kvinnor och män på samma sätt. Denna översikt har fokus på så kallad genusbias i en svensk hälso- och sjukvårdskontext. Med genusbias avses här systematiska felkällor i undersökningar och bedömningar som uppstår därför att man antingen överdriver skillnader mellan kvinnor och män, bortser från skillnader som verkligen förekommer eller utgår från att den enskilda individen är representativ för sitt kön. Genusbias kan också bero på okunnighet eller på systematiska fel i den medicinska kunskapsuppbyggnaden.

Genusbias i klinisk praxis kan alltså ha flera olika orsaker och bero på medvetna eller omedvetna föreställningar om män och kvinnor. Enligt Risberg (2004) kan det bland annat vara så, att läkare bortser från könsskillnader där de kan ha betydelse och där mannen används som norm, till exempel för reaktioner på läkemedelsbehandling och olika ”normalvärden” som används inom hälso- och sjukvården. Det kan också vara så, att läkare har olika könsrelaterade (omedvetna) förväntningar, till exempel om vilken typ av frågor som ska ställas vid en intervju om sjukdomshistoria (anamnes), vilka undersökningar som ska genomföras eller vilken behandling som ska ordineras för kvinnor respektive män. Systematiska felkällor i undersökningar och bedömningar kan även härröra från så kallad kunskapsbaserad genusbias, som bland annat kan uppkomma när statistiskt säkerställda skillnader mellan män och kvinnor på gruppnivå tolkas som om de gäller för varje enskild man och kvinna.[24] En kunskapsbaserad genusbias kan också uppstå när resultat från vetenskapliga undersökningar som rör det ena könet omsätts i klinisk praktik även för det andra könet. Nedan ges några exempel på vetenskapliga studier som har undersökt olika aspekter av klinisk praxis ur ett genusperspektiv.

Ahlgren och Hammarström (2000) fann i en studie om unga kvinnors och mäns erfarenheter av rehabilitering att männen oftare fick mer

[23] Se till exempel Hopewell m.fl. (2009).
[24] Risberg (2004).

specifika diagnoser än kvinnorna. Studien visade också att kvinnorna oftare upplevde att läkaren misstrodde dem och att handläggare inom Försäkringskassan fattade beslut över huvudet på dem, det vill säga att kvinnors synpunkter och förslag ofta inte beaktades.[25]

Även Hamberg m.fl. (2002) fann, i en undersökning med frågor utifrån olika fallbeskrivningar som besvarades av AT-läkare, att det var vanligare att de kvinnliga patientfallen fick ospecifika somatiska diagnoser och förskrevs läkemedel. I studien var fallbeskrivningarna identiska med undantag för patienternas kön, till exempel antingen en kvinnlig eller manlig busschaufför med nacksmärta och samma bakgrundsfaktorer. Studien visade också att de kvinnliga patienterna oftare fick frågor om psykosociala förhållanden. Enligt forskarna tyder resultaten på att läkarnas förväntningar på kvinnliga respektive manliga patienter kan skapa könsskillnader i kliniskt beslutsfattande.[26] Även i en senare och liknande studie, med fallbeskrivningar av kvinnor och män med colon irritabile (buksmärtor och oregelbunden tarmfunktion), fann Hamberg m.fl. (2004) genusbias i läkarnas kliniska beslutsfattande. Resultaten tyder dessutom på att genusbias kan se olika ut för kvinnliga och manliga läkare. Ett exempel i studien var att kvinnliga läkare ställde betydligt fler frågor om läkemedel till de kvinnliga patienterna medan manliga läkare oftare frågade om tobak och alkohol till de manliga patienterna.[27]

I en studie användes en stor databas med patienter som behandlades för kardiovaskulära sjukdomar i primärvården.[28] Studien visar att det fanns könsskillnader i blodtryckssänkande behandling och att kvinnor och män behandlades med olika typer av blodtryckssänkande läkemedel. Resultaten kunde inte förklaras av könsskillnader i samsjuklighet eller blodtrycksnivå.[29]

Ett annat svenskt forskningsprojekt omfattade patienter med kronisk smärta som under åren 2007–2010 remitterades från primärvården till en multidisciplinär teambedömning på en smärtrehabiliteringsklinik. Forskarna fann bland annat att kvinnor med låg utbildningsnivå mer sällan blev remitterade för bedömning än kvinnor med hög utbild-

[25] Ahlgren och Hammarström (2000).
[26] Hamberg m.fl. (2002).
[27] Hamberg m.fl. (2004).
[28] The Swedish Primary Care Cardiovascular Database (SPCCD), se Hasselström m.fl. (2014).
[29] Ljungman m.fl. (2014).

ningsnivå. Denna skillnad fanns inte bland männen.[30] Man fann även att kvinnor med hög smärtnivå, fler smärtlokalisationer och framför allt mer varierande smärtlokalisationer hade lägre sannolikhet än män att remitteras för en bedömning.[31] Dessutom såg man att det bland personer som genomgick en interdisciplinär teambedömning var vanligare att männen remitterades till en radiologisk undersökning[32] eller fysioterapeutisk behandling. Detta gällde även när man i analyserna hade kontrollerat för eventuella skillnader i bakgrundsfaktorer såsom ålder, smärtlokalisation och smärtintensitet.[33]

Försäkringsmedicinsk praxis

Det är mycket få studier som har undersökt försäkringsmedicinsk praxis bland läkare i Sverige ur ett genusperspektiv. Men även i dessa studier finns det tecken på att det kan förekomma genusbias i läkarnas bedömningar.

Morgell m.fl. (2011) fann i en studie att det i läkarintygen oftare fanns beskrivningar av psykiska funktionsbegränsningar för kvinnor, medan beskrivningar av fysiska funktionsbegränsningar var vanligare för män. Enligt forskarna bakom studien kan denna genusbias till viss del återspegla sjukskrivande läkares attityder och praxis.[34]

ISF rapporterade i en tidigare granskning att det verkar finnas skillnader i läkares sjukskrivning av kvinnor och män. Männen hade i genomsnitt 3 dagar längre sjukskrivningstid i det första läkarintyget än kvinnorna. Könsskillnaden kvarstod till stor del även när hänsyn togs till skillnader i bakomliggande faktorer, exempelvis huvuddiagnos och yrke, som kan ha betydelse för den initiala sjukskrivningstiden. Skillnaden mellan kvinnor och män i den initiala sjukskrivningstiden blev särskilt tydlig vid en uppdelning mellan olika huvuddiagnoser. Sjukskrivningstiden i det första läkarintyget var längre för männen än för kvinnorna i samtliga större diagnosgrupper förutom ryggsjukdomar.[35] Vid ISF pågår nu en granskning av läkares sjukskrivning av kvinnor och män i syfte att närmare undersöka om

[30] Hammarström m.fl. (2014).
[31] Haukenes m.fl. (2015).
[32] Röntgen, datortomografi eller magnetisk resonanstomografi (MR).
[33] Stålnacke m.fl. (2015).
[34] Morgell m.fl. (2011).
[35] ISF 2014:5, s. 43–45.

det finns belägg för att det förekommer medicinskt omotiverade skillnader i sjukskrivningstid i läkarintygen. Granskningen ska publiceras i en rapport under hösten 2016.[36]

Även en rapport från Karolinska Institutet om långtidssjukskrivna kvinnor och män som av Försäkringskassan hade remitterats till en teambaserad medicinsk utredning (TMU) indikerade att det förekommer könsskillnader. En större andel av männen rapporterade att de hade svåra psykiska besvär, medan en större andel av kvinnorna rapporterade att de hade fysiska symtom av olika slag. För både kvinnorna och männen innebar en TMU att ytterligare sjukdomar diagnosticerades och antalet diagnoser ökade särskilt mycket bland männen. Förändringen från att enbart ha haft somatiska diagnoser till en kombination av somatiska och psykiatriska diagnoser var mer uttalad bland männen än bland kvinnorna. Det kan tyda på att det finns en underdiagnosticering av män vad gäller psykiatriska diagnoser. Ett annat resultat i undersökningen var att det inte fanns några säkerställda könsskillnader när det gällde hur Försäkringskassan hade handlagt ärendena i samband med en TMU.[37]

3.2 Krav i arbetet för kvinnor och män

Villkor och krav i arbetet kan vara olika mellan kvinnor och män även när de har samma yrke. I detta avsnitt ges, med utgångspunkt från relevant forskning, exempel på hur den könssegregerade arbetsmarknaden kan påverka vilka krav som ställs på kvinnor respektive män i arbetet. Avsnittet belyser hur användningen av kunskapsunderlaget i AFU, med dess beskrivning av krav på förmågor i 40 yrkesområden, kan påverka Försäkringskassans bedömningar av kvinnors och mäns arbetsförmåga.

Män och kvinnor arbetar till stor del inom olika yrken och inom olika sektorer på arbetsmarknaden. Det beskrivs i litteraturen som en horisontell segregering av arbetsmarknaden – med kvinnodominerade, könsblandade och mansdominerade yrkeskategorier. De 30 största yrkena i Sverige omfattar drygt 1,9 miljoner kvinnor och knappt 1,2 miljoner män. Av dessa 30 yrken är 12 yrken starkt kvinno-

[36] Se ISF:s webbplats: www.inspsf.se.
[37] Marklund m.fl. (2011).

dominerade och 10 yrken starkt mansdominerade.[38] De kvinnodominerade yrkena finns inom bland annat service- och omsorgssektorerna medan de mansdominerade yrkena finns inom bland annat byggnads- och IT-sektorerna.[39] Det innebär att kvinnor och män till stor del utför olika slags arbeten och har olika slags arbetsuppgifter.

Förutom en horisontell segregering av arbetsmarknaden finns det även segregering inom enskilda yrken. Även om kvinnor och män har samma yrke kan de ha olika slags arbetsuppgifter och följaktligen utsättas för olikartade belastningar (exponeringar) i arbetet. Ett exempel på detta ges i en studie av Josephson m.fl. (1999) som visar att kvinnor och män i yrkesgruppen affärsbiträden utför olika arbetsuppgifter. Kvinnornas arbetstid ägnas i mycket högre grad åt kassaarbete än männens.[40] Ett annat exempel är en studie från Nederländerna där förekomst av fysiska och psykosociala riskfaktorer jämfördes för kvinnliga och manliga arbetare inom samma yrken. I studien ingick både manuella yrken (paketerare, industriarbetare) och icke-manuella yrken (administratörer, programmerare). Enligt studien rapporterade manliga arbetare att de ofta utförde tunga lyft medan kvinnliga arbetare rapporterade att de ofta hade repetitiva arbetsmoment. Samtidigt rapporterade männen oftare att de hade hög kontroll i sitt arbete, medan kvinnorna oftare rapporterade att de hade höga arbetskrav. Även om studien bygger på självrapporterade värden, så menar forskarna att resultaten är tillförlitliga eftersom andra tidigare studier inte har visat några könsskillnader när det gäller hur kvinnor och män rapporterar förekomst av belastningar i arbetet. Det innebär att män och kvinnor underrapporterar respektive överrapporterar förekomsten av belastningar i samma utsträckning.[41]

Ett tredje exempel är en studie av Nordander m.fl. (1999) som genomfördes på kvinnor och män som arbetade i den svenska fiskindustrin. Studien fann att kvinnorna upplevde större besvär av arbetet än männen. Den visar också att de anställda kvinnorna och männen, trots att de hade samma yrkestitel, utförde olika arbetsuppgifter. Kvinnornas arbete utgjordes i huvudsak av att rensa fisk

[38] Att ett yrke är starkt kvinnodominerat (mansdominerat) definieras som att det är minst 70 procent kvinnor (män) i yrket. Se SCB:s webbplats: scb.se.
[39] Se exempelvis Melkas och Anker (1997), Charles (2003) och Kumlin (2010). Se även Statistiska centralbyråns webbplats avseende yrkesstatistik: www.scb.se.
[40] Josephson m.fl. (1999).
[41] Hooftman m.fl. (2005).

och paketera, det vill säga repetitiva och monotona arbetsmoment. Männens arbete utgjordes i större utsträckning av arbetsmoment med tunga lyft och underhållsarbete, men med färre monotona inslag. Forskarna bakom studien uteslöt inte att kvinnors och mäns besvär hade kunnat vara mer likartade om de hade utfört samma arbetsuppgifter.[42] Kunskapssammanställningar från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) stödjer hypotesen att likartade belastningar i arbetet kan medföra att kvinnor och män i lika hög grad får hälsoproblem. Kvinnor och män med likartade arbetsvillkor och exponeringar utvecklar i lika hög grad depressionssymtom respektive symtom på utmattningssyndrom och ryggbesvär samt hjärt-kärlsjukdom.[43]

Det fjärde och sista exemplet är en nyligen publicerad studie av Nyberg m.fl. (2015). I denna studie undersökte forskarna om det finns skillnader i bland annat psykosociala faktorer mellan kvinnliga och manliga chefer inom privat och offentlig sektor. De kvinnliga och manliga cheferna hade relativt likartade arbetsuppgifter och upplevde i ungefär lika hög utsträckning tillfredsställelse med arbetet. Det var dock en högre andel av de kvinnliga cheferna som rapporterade att de hade höga krav och lågt inflytande. Likaså var det en högre andel av de kvinnliga än av de manliga cheferna som angav att de mådde dåligt. Forskarna bedömde att situationen för chefer i offentlig sektor var sämre än i privat sektor. Det är främst kvinnor som arbetar som chefer i offentlig sektor.[44]

Sammanfattningsvis belyser exemplen att kvinnor och män inom samma yrke ofta utför olika typer av arbetsuppgifter och arbetsmoment, vilket leder till att de har olika typer och nivåer av fysiska eller psykosociala belastningar i arbetet. När krav i arbetet ingår som en komponent i standardiserade bedömningar av försäkrades arbetsförmåga och när den teoretiska kunskapen om kraven i arbetet baseras på yrkestitel och inte på faktiska krav, finns det en uppenbar risk för att precisionen i de individuella bedömningarna av arbetsförmågan blir låg. Risken för låg precision gäller bedömningar av både kvinnors och mäns arbetsförmåga i förhållande till arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

[42] Nordander m.fl. (1999).
[43] SBU (2014a) (2014b) (2015).
[44] Nyberg m.fl. (2015).

4 Resultat

Granskningen som ingår i denna rapport visar:

1. att det finns några skillnader mellan kvinnors och mäns *självskattade besvär och förmågor*
2. att det finns skillnader mellan kvinnor och män avseende *självskattade förmågor i relation till läkarbedömningar* av aktivitetsförmågor
3. att det enligt kunskapsunderlaget finns skillnader i *krav på medicinskt relaterade förmågor* mellan de yrkesområden där sjukskrivna kvinnor respektive män företrädesvis är anställda
4. att det finns betydande brister i *kvalitetssäkringen av AFU* och att Försäkringskassan inte har vidtagit åtgärder för att minimera risken för genusbias vid prövningen av försäkrades arbetsförmåga mot arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

I avsnitt 4.1 och 4.2 redovisas resultaten från aktstudien avseende de försäkrades medicinska förutsättningar för arbete. I det tredje avsnittet presenteras resultaten från registerstudien avseende kunskapsunderlaget i AFU. I det fjärde avsnittet beskrivs resultaten från granskningen av dokument avseende Försäkringskassans arbete för att kvalitetssäkra AFU.

4.1 Självskattade besvär och förmågor

Det finns några skillnader mellan kvinnors och mäns självskattade besvär och förmågor. Inför en AFU ska den försäkrade besvara ett frågeformulär om hälsa, förmåga att utföra olika aktiviteter och sin syn på möjligheten att arbeta. Resultaten som presenteras nedan

baseras på svar från anställda kvinnor och män (208 kvinnor och 111 män).[45] I avsnittet redogörs för kvinnors och mäns självskattning av besvär och olika aktivitetsförmågor samt syn på möjligheterna att arbeta.

Självskattade besvär och syn på möjligheter att arbeta

Kvinnor och män skiljer sig åt i några avseenden vad gäller vilka besvär de anger att de har (tabell 4.1). En större andel av kvinnorna anger besvär i form av kraftlöshet och trötthet, medan en större andel av männen anger att de känner rädsla för att sjukdomen eller skadan ska förvärras. Det är dessutom en större andel av männen än av kvinnorna som anger att besvären har ökat något eller ökat kraftigt medan de har varit sjukskrivna.

Vad gäller synen på möjligheterna att arbeta finns det inga statistiskt säkerställda skillnader mellan kvinnor och män. Det finns inte heller någon säkerställd skillnad mellan kvinnor och män i skattningen av nuvarande arbetsförmåga inför en AFU.

[45] I studiepopulationen var 17 kvinnor och 10 män arbetslösa. Dessutom hade 2 kvinnor och 2 män inte fyllt i frågeformuläret.

Tabell 4.1. Kvinnor och män skiljer sig åt i några avseenden vad gäller självskattade besvär, andel (%)

	Kvinnor	*Män*	*p-värde*[1]
Besvär			
– smärta	85	81	0,4192
– oro, ångest, nedstämdhet	51	50	0,9307
– nedsatt rörlighet	71	69	0,8084
– kraftlöshet och trötthet	85	68	*0,0005*
– nedsatt uthållighet	69	68	0,7604
– sömnsvårigheter	75	71	0,4033
– rädsla för försämring	48	59	*0,0434*
Besvärens förlopp			
– besvären har ökat över tid[2]	32	40	*0,0359*
Syn på möjligheter att arbeta			
– tror sig inte kunna återvända	28	26	0,9470
– kan inte återgå i arbete	38	36	0,7814
– kan inte tänka sig annat arbete	27	28	0,7842
– ansträngning kan försämra	69	71	0,9025
– oro och ängslan inför krav	51	48	0,8002
– chans att arbeta om 6 mån.[3]	33	39	0,2759
Skattning av arbetsförmåga			
– låg nuvarande arbetsförmåga[4]	66	72	0,3099

Kommentar: Uppgifterna är hämtade från formuläret ”Frågor om din hälsa, dina förmågor och din syn på möjligheten att arbeta”: 2a, 2b, 6, 7, 8 och 9.

[1] Chi2-test för att undersöka om fördelningen skiljer sig mellan kvinnor och män. P < 0,05 anger statistisk signifikans på 5-procentsnivå.

[2] Besvären har ökat något eller ökat kraftigt under sjukskrivningstiden.

[3] Värde ≤ 3 på en 11-gradig skala, där 0 står för ingen chans och 10 för mycket stor chans att kunna arbeta om 6 månader.

[4] Värde ≤ 3 på en 11-gradig skala, där 0 står för ingen arbetsförmåga alls och 10 för arbetsförmåga när den är som bäst.

Självskattade aktivitetsförmågor

För 10 av de 12 förmågorna i frågeformuläret anger en större andel av kvinnorna än av männen att de har stora svårigheter eller att de inte alls kan utföra den aktivitet som förmågan beskriver. För tre av de självskattade förmågorna finns det statistiskt säkerställda skillnader mellan kvinnor och män.[46] Det är en större andel av kvinnorna som anger att de har betydande nedsättning i förmågan att lyfta och bära föremål som väger 5 kg, att lära sig nya saker eller ett nytt sätt att utföra en uppgift samt att ta initiativ till aktiviteter och genomföra dem (tabell 4.2). För ytterligare fyra av de självskattade förmågorna finns det dessutom en tendens till statistiskt säkerställda skillnader mellan kvinnor och män.[47] Det är även här en större andel av kvinnorna som anger att de har betydande nedsättning i förmågan att använda händerna stadigt och precist, att komma ihåg sådant de har bestämt sig för att göra senare, att läsa, förstå och använda komplicerad information sant att vara uppmärksam och aktiv under större delen av en dag, det vill säga att vara psykiskt uthållig.

De vanligaste begränsningarna i förmåga bland kvinnor är framför allt att lyfta och bära föremål som väger 5 kg och att vara psykiskt uthållig. Av kvinnorna anger 57 respektive 56 procent att de har en betydande nedsättning i dessa båda förmågor. De vanligast förekommande begränsningarna i förmåga bland män är att använda kroppen för att röra sig samt att vara psykiskt uthållig.[48] Av männen anger 39 respektive 44 procent att de har en betydande nedsättning i dessa båda förmågor.

[46] Statistisk signifikansnivå $p < 0,05$.
[47] Statistisk signifikansnivå $p < 0,10$.
[48] Frågorna i det formulär den försäkrade ska fylla i inför en AFU finns redovisade i sin helhet i tabell B2.2 i bilaga 2.

Tabell 4.2. För 10 av de 12 förmågor anger en större andel (%) kvinnor än män att de har stora svårigheter eller inte alls kan utföra aktiviteter

	Kvinnor				*Män*				
Förmåga[1]	*Ja, utan svårigheter*	*Ja, med vissa svårigheter*	*Ja, med stora svårigheter*	*Nej, inte alls*	*Ja, utan svårigheter*	*Ja, med vissa svårigheter*	*Ja, med stora svårigheter*	*Nej, inte alls*	*p-värde*[2]
– röra sig	18	51	30	1	14	47	39	0	0,2995
– lyfta och bära 5 kg	15	28	37	20	23	45	23	9	*0,0007*
– se, höra och tala	76	20	1	3	75	19	3	3	0,6836
– använda händerna	36	39	21	4	51	28	16	5	0,0521
– komma ihåg	39	36	23	2	51	31	14	4	0,0635
– lära sig nya saker	35	42	20	3	47	37	10	6	*0,0176*
– vara uppmärksam	26	45	23	6	33	42	18	7	0,4684
– läsa och förstå	31	41	21	7	45	36	12	7	0,0543
– ta initiativ	29	39	24	8	42	30	15	13	*0,0288*
– anpassa sig till nya krav	24	45	18	13	33	43	12	12	0,2768
– hantera relationer	48	29	17	6	49	33	11	7	0,5363
– vara psykiskt uthållig	12	32	36	20	21	35	25	19	0,0813

[1] Frågorna i det formulär den försäkrade ska fylla i inför en AFU finns redovisade i sin helhet i tabell B2.2 i bilaga 2.

[2] Chi2-test för att undersöka om fördelningen skiljer sig mellan kvinnor och män, $P < 0,05$ anger statistisk signifikans på 5-procentsnivå.

4.2 Självskattade förmågor i relation till läkarbedömningar

Det finns skillnader mellan kvinnor och män avseende självskattad förmåga i relation till läkarbedömningar av aktivitetsförmåga (tabell 4.3). Den förmåga som uppvisar störst samstämmighet mellan kvinnors och mäns självskattade förmåga och läkarbedömningen är att se, höra och tala (syn, hörsel och tal). De förmågor som uppvisar minst samstämmighet mellan den försäkrades självskattade förmåga och läkarbedömningen är för kvinnorna att lyfta och bära 5 kg (styrka och rörlighet) samt att vara psykiskt uthållig (psykisk uthållighet*)*. De förmågor som uppvisar minst samstämmighet är för männen att ta initiativ samt att anpassa sig till nya krav (exekutiv funktioner).

För två av förmågekategorierna finns det skillnader mellan kvinnorna och männen avseende samstämmighet mellan självskattad förmåga och läkarbedömningen. Den första kategorin gäller självskattad förmåga att lyfta och bära 5 kg och läkarbedömningen av styrka och rörlighet. I 50 procent av ärendena skattar kvinnorna att de har större aktivitetsbegränsning avseende att lyfta och bära 5 kg än vad som framkommer i läkarbedömningen. Männen skattar å sin sida i 28 procent av ärendena att de har mindre aktivitetsbegränsning i detta avseende än vad som framkommer i läkarbedömningen.

Den andra kategorin avser självskattad förmåga jämfört med läkarbedömningen av psykisk uthållighet. I 57 procent av ärendena skattar kvinnorna att de har en större aktivitetsbegränsning i detta avseende än vad som framkommer i läkarbedömningen. Även bland männen är det en relativt hög andel, 42 procent, som skattar att de har en större aktivitetsbegränsning än vad som framkommer i läkarbedömningen. Det är dock en högre andel av männens (50 procent) än kvinnornas (37 procent) självskattade psykiska uthållighet som samstämmer med läkarbedömningen.

Tabell 4.3. För två av förmågorna finns det skillnader mellan kvinnor och män i samstämmighet för självskattad förmåga och läkarbedömningen, andel (%)

Förmågekategori – självskattning[1]	*Kvinnor*			*Män*			*p-värde*[2]
	Större självskattad begränsning	*Samma bedömning*	*Större begränsning enligt AFU*	*Större självskattad begränsning*	*Samma bedömning*	*Större begränsning enligt AFU*	
Styrka och rörlighet							
– röra sig	23	61	16	30	51	19	0,254
– lyfta och bära 5 kg	50	43	7	27	56	28	*<0,0001*
Syn hörsel och tal							
– se, höra och tala	20	77	3	19	75	6	0,475
Balans, koordination, finmotorik							
– använda händerna	42	49	9	32	53	15	0,166

[1] De förmågor som läkaren bedömer i varje enskilt ärende. När granskningen gjordes saknades det en fråga vad gäller förmågekategorin fysisk uthållighet i det formulär som den försäkrade ska besvara inför en AFU. Frågorna i det formulär den försäkrade ska fylla i inför en AFU (självskattning) finns redovisade i sin helhet i tabell B2.2 i bilaga 2.

[2] Chi2-test för att undersöka om fördelningen skiljer sig mellan kvinnor och män. P < 0,05 anger statistisk signifikans på 5-procentsnivå.

Tabell 4.3. Fortsättning

Förmågekategori – självskattning[1]	*Kvinnor* *Större självskattad begränsning*	*Samma bedömning*	*Större begränsning enligt AFU*	*Män* *Större självskattad begränsning*	*Samma bedömning*	*Större begränsning enligt AFU*	*p-värde*[2]
Minne, inlärning, koncentration							
– komma ihåg	28	56	16	18	62	20	0,119
– lära sig nya saker	27	56	17	24	55	21	0,726
– vara uppmärksam	40	51	9	34	58	8	0,434
– läsa och förstå	38	47	15	30	51	19	0,283
Exekutiv förmåga							
– ta initiativ	39	50	11	40	46	14	0,662
– anpassa sig till nya krav	43	50	7	40	46	14	0,187
Affektiv funktion							
– hantera relationer	36	51	13	30	60	10	0,320
Psykisk uthållighet							
– vara psykiskt uthållig	57	37	6	42	50	8	*0,028*

4.3 Krav på medicinskt relaterade förmågor i olika yrkesområden

I detta avsnitt redovisas resultat från registerstudien, som omfattar sjukfall under perioden 2010–2013 som varat 180-dagar eller längre bland anställda kvinnor och män.[49] Studiepopulationen är vald utifrån att dessa sjukfall utgör målgruppen för en AFU – sjukfall där arbetsförmågan ska bedömas mot arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

Den fråga registerstudien avser att bidra till att besvara är: Hur tar de angivna toleransnivåerna i kunskapsunderlaget hänsyn till kvinnors och mäns förutsättningar och arbetsvillkor? För att få svar på frågan måste utformningen av kunskapsunderlaget granskas, inte sjukfallen.

Det kunskapsunderlag som är kopplat till AFU beskriver vilka krav på medicinskt relaterade förmågor som finns i 40 yrkesområden, det vill säga vilka krav på förmågor som krävs för att kunna klara av arbetsuppgifter inom respektive yrkesområde. Dessa 40 yrkesområden är tänkta att motsvara arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Kunskapsunderlaget ska, enligt Försäkringskassan, kunna användas för att identifiera delar av arbetsmarknaden där den försäkrades specifika besvär och begränsningar inte är ett hinder för att kunna utföra ett arbete. Vidare anger Försäkringskassan att kraven på medicinskt relaterade förmågor i arbetet markerar nivån på tolerans mot begränsningar. Om toleransen mot begränsningar i förmåga är stor, är det mer sannolikt att den försäkrade kan utföra arbetsuppgifterna trots vissa begränsningar. Om toleransen mot begränsningar däremot är liten, är det mer sannolikt att den försäkrade inte kan utföra arbetsuppgifterna om begränsningarna i förmåga är mer omfattande.[50] För varje yrkesområde i kunskapsunderlaget beskrivs toleransnivå mot begränsningar på en femgradig skala (0–4) för var och en av de åtta förmågekategorierna i AFU.

Alla sjukfall under perioden 2010–2013 som varat 180-dagar eller längre bland anställda kvinnor och män har grupperats efter de 40 yrkesområdena i kunskapsunderlaget. Vidare har varje sjukfall getts

[49] Se beskrivning av urval och metod i bilaga 1.
[50] Försäkringskassan (2013a), s. 4. Se även tabell B2.1 i bilaga 2.

de värden för krav på medicinskt relaterade förmågor som i kunskapsunderlaget anges för det aktuella yrkesområdet. Det innebär att alla sjukfall där den försäkrade har en anställning inom ett och samma yrkesområde har fått samma värden för toleransnivå mot begränsning gällande de åtta förmågekategorierna. Analysen beskriver genomsnittliga toleransnivåer mot begränsningar.

I avsnittet redovisas dessutom resultat från motsvarande analyser som har begränsats till sjukfall där den försäkrade har en anställning inom yrkesområden där det är en relativt jämn fördelning av män och kvinnor, så kallade könsblandade yrkesområden. Vidare redovisas resultat för sjukfall med en muskuloskeletal respektive psykiatrisk huvuddiagnos samt för några mer specifika diagnoser inom dessa diagnoskapitel.

Samtliga sjukfall i studiepopulationen

De toleransnivåer mot begränsningar i förmåga som anges i kunskapsunderlaget skiljer sig mellan de yrkesområden där de sjukskrivna kvinnorna respektive männen företrädesvis är anställda. Enligt kunskapsunderlaget finns det alltså skillnader i krav på medicinskt relaterade förmågor mellan dessa yrkesområden. De sjukskrivna kvinnorna är i större utsträckning anställda i yrkesområden som har en jämförelsevis låg toleransnivå mot begränsningar relaterat till fem av de åtta förmågekategorierna, medan de sjukskrivna männen i större utsträckning är anställda inom yrkesområden som har en jämförelsevis låg toleransnivå relaterat till de tre andra förmågekategorierna (tabell 4.4). Det betyder att de yrkesområden där de sjukskrivna kvinnorna respektive männen företrädesvis är anställda inte har konsekvent lägre eller konsekvent högre krav på medicinskt relaterade förmågor.

Den högsta toleransnivån mot begränsningar finns i förmågekategorin fysisk uthållighet, där både kvinnor och män framförallt är anställda inom yrkesområden där toleransnivån mot begränsningar är relativt hög.[51] Däremot är kvinnorna i betydligt större utsträckning anställda inom yrkesområden som har en jämförelsevis låg toleransnivå mot begränsningar relaterat till affektiv funktion jämfört med männen.

[51] Se tabell B3.1 i bilaga 3.

Detta kan troligen förklaras av att toleransnivån mot begränsningar i affektiv funktion är lägre i så kallade kontaktyrken, det vill säga i yrkesområden som ställer höga krav på att man kan hantera relationer till andra människor. I kunskapsunderlaget omfattar kontaktyrken flera stora och starkt kvinnodominerade yrkesområden, till exempel ”barnskötare”, ”undersköterskor och vårdbiträden med flera” och ”kundpersonal, receptionister med flera”.

Sjukfall i könsblandade yrkesområden

Det finns alltså enligt kunskapsunderlaget skillnader i toleransnivåer mot begränsningar i de yrkesområden där sjukskrivna kvinnor respektive män företrädesvis är anställda. Skillnaderna i toleransnivåer mot begränsningar i förmåga speglar det faktum att kvinnor och män till stor del arbetar inom olika – kvinnodominerade eller mansdominerade – yrkesområden med olikartade krav på medicinskt relaterade förmågor i arbetet.[52]

I granskningen har därför även yrkesområden med en relativt jämn fördelning av män och kvinnor, så kallade könsblandade (könsintegrerade) yrkesområden, analyserats. I könsblandade yrkesområden är fördelningen som minst 30 procent och som mest 70 procent kvinnor respektive män inom yrkesområdet.[53] I kunskapsunderlaget är 14 av de 40 yrkesområdena könsblandade utifrån denna definition.[54]

För könsblandade yrkesområden är det, jämfört med samtliga yrkesområden, generellt sett något mindre differens i toleransnivå mot begränsningar i förmåga mellan de yrkesområden som de sjukskrivna kvinnorna respektive männen är anställda inom. Däremot visar resultaten att de sjukskrivna kvinnorna i större utsträckning är anställda inom yrkesområden som har lägre toleransnivå mot begränsningar jämfört med de sjukskrivna männen. Detta gäller för tolerans mot begränsningar i förmåga relaterat till samtliga åtta kategorier (se tabell 4.4). Det betyder att det inom könsblandade yrkesområden konsekvent finns en liten skillnad i toleransnivåer mellan de

[52] Se även avsnitt 3.2.
[53] SCB använder fördelningen > 40 procent och < 60 procent som en definition av ett könsblandat eller ”balanserat” yrke. I föreliggande granskning har en vidare definition av könsblandat yrkesområde använts.
[54] Se tabell B2.3 i bilaga 2.

yrkesområden där sjukskrivna kvinnor respektive män företrädesvis är anställda. Även i könsblandade yrkesområden är kvinnorna i större utsträckning anställda i yrkesområden som har en jämförelsevis låg toleransnivå mot begränsningar relaterat till affektiv funktion jämfört med männen.[55]

Sammantaget visar resultaten att det, enligt kunskapsunderlaget, finns skillnader i toleransnivåer mot begränsningar i förmåga avseende de yrkesområden där sjukskrivna kvinnor respektive män företrädesvis är anställda. Det betyder att kraven på medicinskt relaterade förmågor skiljer sig mellan dessa yrkesområden. För könsblandade yrkesområden har de yrkesområden som de sjukskrivna kvinnorna i större utsträckning är anställda inom, genomgående lägre toleransnivåer mot begränsningar i förmåga. Kunskapsunderlaget tar inte hänsyn till den variation i krav som kan finnas mellan olika grupper av anställda inom yrkesområden, yrken och arbetsplatser. Utformningen av underlaget verkar således endast i begränsad omfattning ta hänsyn till skillnader mellan kvinnors och mäns förutsättningar och villkor i arbetslivet.

[55] Se tabell B3.2 i bilaga 3.

Tabell 4.4. Sjukskrivna kvinnor är i större utsträckning än män anställda i yrkesområden som enligt kunskapsunderlaget har en lägre toleransnivå mot begränsningar i förmåga

	Sjukfall i samtliga yrkesområden		Sjukfall i könsblandade yrkesområden[1]	
Förmågekategori	*Kvinnor*	*Män*	*Kvinnor*	*Män*
Styrka och rörlighet	Lägre		Lägre	
Fysisk uthållighet	Lägre		Lägre	
Syn, hörsel och tal	Lägre		Lägre	
Balans, koordination, finmotorik		Lägre	Lägre	
Minne, inlärning, koncentration		Lägre	Lägre	
Exekutiv funktion	Lägre		Lägre	
Affektiv funktion	Lägre		Lägre	
Psykisk uthållighet		Lägre	Lägre	

Kommentar: Den ”lägre” toleransnivån mot begränsningar i förmåga är i förhållande till de yrkesområden där personer av det andra könet företrädesvis är anställda. Samtliga skillnader är statistiskt signifikanta på 0,1-procentsnivå. Se även tabellerna B3.1 och B3.2 i bilaga 3.

[1] De 14 könsblandade yrkesområdena i kunskapsunderlaget redovisas i tabell 2.3 i bilaga 2.

Sjukfall med muskuloskeletala diagnoser

Tabell 4.5 visar resultat av analyser gällande tolerans mot begränsningar relaterade till de två fysiska förmågekategorierna, det vill säga styrka och rörlighet samt fysisk uthållighet. Resultaten redovisas för samtliga sjukfall, för sjukfall med en muskuloskeletal huvuddiagnos[56] och för sjukfall med de specifika diagnoserna ryggvärk (M54) respektive sjukdomstillstånd i skulderleden (M75).

Tabellen visar att de sjukskrivna kvinnorna i större utsträckning än männen är anställda inom yrkesområden som har en låg toleransnivå mot begränsningar relaterade till de två fysiska förmågorna. Detta gäller både sjukfall med en muskuloskeletal diagnos och sjukfall med de två specifika diagnoserna.

Som förväntat är sjukskrivna med en muskuloskeletal diagnos och sjukskrivna med de två specifika diagnoserna i större utsträckning anställda inom yrkesområden som relativt sett har en lägre toleransnivå mot begränsningar i fysisk förmåga jämfört med gruppen samtliga sjukfall.[57]

Sjukfall med psykiatriska diagnoser

Tabell 4.6 visar resultaten av analyser gällande tolerans mot begränsningar relaterade till de fyra psykiska förmågekategorierna. Resultaten redovisas för samtliga sjukfall, för sjukfall med en psykiatrisk huvuddiagnos[58] och för sjukfall med de specifika diagnoserna depressiv episod (F32) respektive andra ångestsyndrom (F41).

Tabellen visar att de sjukskrivna kvinnorna i större utsträckning än männen är anställda inom yrkesområden som har en låg toleransnivå mot begränsningar relaterat till affektiv funktion. Tabellen visar också att de sjukskrivna männen i större utsträckning än kvinnorna är anställda inom yrkesområden som har en låg toleransnivå mot

[56] Diagnoskapitel XIII enligt ICD-10-SE: Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven, diagnosbeteckning M. ICD-10-SE är den svenska versionen av den internationella sjukdomsklassifikationen ICD (International Classification of Diseases). ICD är en statistisk klassifikation med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar och dödsorsaker för att kunna göra översiktliga statistiska sammanställningar och analyser.
[57] Se tabell B3.3 och B3.4 i bilaga 3.
[58] Diagnoskapitel V enligt ICD-10-SE: Psyksiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar, diagnosbeteckning F.

begränsningar relaterade till minne, inlärning och koncentration samt psykisk uthållighet. Detta gäller för sjukfall med en psykiatrisk diagnos liksom för sjukfall med de två specifika diagnoserna.[59]

För sjukfall med diagnoserna depressiv episod respektive andra ångestsyndrom finns det inga statistiskt säkerställda skillnader i tolerans mot begränsningar relaterat till exekutiv funktion mellan de yrkesområden som de sjukskrivna kvinnorna och männen är anställda inom.[60]

Sjukskrivna med diagnosen andra ångestsyndrom är i större utsträckning anställda inom yrkesområden som har en relativt sett hög toleransnivå mot begränsningar relaterade till minne, inlärning och koncentration, exekutiv funktion samt psykisk uthållighet jämfört med gruppen samtliga sjukfall. Sjukskrivna som ingår i de övriga sjukfallsgrupperna, psykiatrisk diagnos respektive depressiv episod, är som förväntat i större utsträckning anställda inom yrkesområden som har en relativt sett låg toleransnivå mot begränsningar i psykisk förmåga jämfört med gruppen samtliga sjukfall.[61]

[59] Se även tabell B3.5, B3.7 och B3.8 i bilaga 3.
[60] Se även tabell B3.6 i bilaga 3.
[61] Se även tabell B3.5, B3.6 och B3.8 i bilaga 3.

Tabell 4.5. Sjukskrivna kvinnor är i större utsträckning än män anställda i yrkesområden som enligt kunskapsunderlaget har en lägre toleransnivå mot begränsningar relaterade till fysiska förmågor – uppdelat på sjukfall med muskuloskeletal diagnos, ryggvärk samt sjukdomstillstånd i skulderleden

Förmågekategori fysisk funktion	*Samtliga sjukfall*		*Muskuloskeletal diagnos*[1]		*Ryggvärk*[2]		*Sjukdomstillstånd i skulderleden*[3]	
	Kvinnor	*Män*	*Kvinnor*	*Män*	*Kvinnor*	*Män*	*Kvinnor*	*Män*
Styrka och rörlighet	Lägre		Lägre		Lägre		Lägre	
Fysisk uthållighet	Lägre		Lägre		Lägre		Lägre	

Kommentar: Den ”lägre” toleransnivån mot begränsningar i förmåga är i förhållande till de yrkesområden där personer av det andra könet företrädesvis är anställda. Samtliga skillnader mellan kvinnor och män är statistiskt signifikanta på 0,1-procentsnivå. Se även tabellerna B3.3 och B3.4 i bilaga 3.

[1] Alla diagnoser inom kapitlet sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven (M) enligt ICD-10-SE.

[2] Enbart diagnosen ryggvärk (M54) enligt ICD-10-SE.

[3] Enbart diagnosen sjukdomstillstånd i skulderleden (M75) enligt ICD-10-SE.

Tabell 4.6. Sjukskrivna kvinnor respektive män är företrädevis anställda i yrkesområden där toleransnivå mot begränsningar relaterade till psykiska förmågor, enligt kunskapsunderlaget, skiljer sig åt – uppdelat på sjukfall med psykiatrisk diagnos, depressiv episod samt andra ångestsyndrom

Förmågekategori psykisk funktion	*Samtliga sjukfall*		*Psykiatrisk diagnos*[1]		*Depressiv episod*[2]		*Andra ångestsyndrom*[3]	
	Kvinnor	*Män*	*Kvinnor*	*Män*	*Kvinnor*	*Män*	*Kvinnor*	*Män*
Minne, inlärning, koncentration		Lägre		Lägre		Lägre		Lägre
Exekutiv funktion	Lägre		Lägre			(Lägre)	(Lägre)	
Affektiv funktion	Lägre		Lägre		Lägre		Lägre	
Psykisk uthållighet		Lägre		Lägre		Lägre		Lägre

Kommentar: Den ”lägre” toleransnivån mot begränsningar i förmåga är i förhållande till de yrkesområden där personer av det andra könet företrädesvis är anställda. Skillnader mellan kvinnor och män är statistiskt signifikanta på 0,1-procentsnivå, förutom de som anges inom parentes som inte är statistiskt signifikanta. Se även tabell B3.5–B3.8 i bilaga 3.

[1] Alla diagnoser inom kapitlet psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (F) enligt ICD-10-SE.

[2] Enbart diagnosen depressiv episod (F32) enligt ICD-10-SE.

[3] Enbart diagnosen andra ångestsyndrom (F41) enligt ICD-10-SE.

4.4 Kvalitetssäkringen av AFU

Granskningen av de dokument som beskriver utvecklingsarbetet med AFU visar att Försäkringskassan har lagt ner ett omfattande arbete för att säkra trovärdigheten i AFU. Men det finns det betydande brister i kvalitetssäkringen av AFU avseende bedömningarnas reliabilitet och utredningsmodellens prognostiska validitet.

Trovärdighet

Försäkringskassan har lagt ner ett stort arbete på att säkerställa utredningsmodellens trovärdighet och har som utgångspunkt använt exempelvis betänkanden från Arbetsförmågeutredningen. I den utredningen gjordes bland annat en inventering av olika metoder som finns i Sverige och andra länder för att bedöma funktion och arbetsförmåga.[62] Försäkringskassan har även involverat ett stort antal experter och intresseorganisationer i arbetsgrupper samt en referensgrupp respektive styrgrupp för att belysa olika frågor och aspekter så brett och djupt som möjligt.[63] Utvecklingsarbetet har dessutom redovisats successivt i fem delrapporter och en slutrapport[64], vilket innebär att processen och många av ställningstagandena bakom AFU har varit transparenta.

Reliabilitet

Redan i den första delrapporten avseende AFU fastslog Försäkringskassan att inriktningen i utvecklingsarbetet var att ta fram en väl validerad bedömningsmetod. Detta gällde både testning av de olika instrument som ingår i läkarens utredning och den sammanfattande bedömningsmetoden.[65] I slutrapporten om AFU framgår det att Försäkringskassan under hösten 2012 genomförde ett test med cirka100 handläggare. Varje handläggare bedömde beslutsunderlagen och fattade fiktiva beslut i 8 avidentifierade ärenden, där den försäkrade hade genomgått en AFU. Resultaten av testet visade en betydande

[62] SOU 2008:66, SOU 2009:89.
[63] Försäkringskassan (2013b), s. 35–37.
[64] Försäkringskassan (2010a) (2011) (2012a) (2012b) (2012c) och (2013b).
[65] Försäkringskassan (2010a), s. 8–10.

variation i handläggarnas bedömningar. I redovisningen framgår det inte om analysen omfattade eventuella skillnader mellan kvinnor och män. Däremot framgår det i slutrapporten att ”Försäkringskassans ambition är att grundligt följa upp, utvärdera och vid behov revidera de nya metoderna och det sätt de används på” samt att ”liknande – helst mer omfattande – försök, bör upprepas med handläggare som fått utbildning i AFU”.[66] Några sådana förnyade test av interbedömarreliabilitet har emellertid inte genomförts, vare sig av handläggares eller utredande läkares bedömningar.

Prognostisk validitet

I slutrapporten avseende utvecklingsarbetet med AFU problematiserade Försäkringskassan möjliga metoder för att mäta försäkringsutfallet. Det man ville mäta var om handläggare som använder en AFU som ett av beslutsunderlagen kan särskilja försäkrade med nedsatt arbetsförmåga från försäkrade som kan klara av att återgå i arbete. Enligt Försäkringskassan är en möjlig väg att mäta försäkringsutfallet i relation till AFU att använda så kallade matchade kontroller.[67] I en sådan utvärdering jämförs en population som har genomgått en AFU med en jämförelsepopulation – med samma eller liknande ärendekaraktäristika – som inte har genomgått en AFU. Någon sådan undersökning har dock inte genomförts. Ett annat sätt att närma sig frågan om försäkringsutfallet kan enligt Försäkringskassan vara att göra analyser av beslutsmotiveringar och skrivningar i ärendejournaler. Inte heller någon sådan undersökning har genomförts. ISF fann i föregående del av granskningen att det fanns betydande brister i dokumentationen av de ärenden där försäkrade hade genomgått en AFU. I 22 procent av ärendena var det inte dokumenterat i akten att AFU-utlåtandet hade använts i 180-dagarsbedömningen.[68] Dessutom var handläggarnas användning av kunskapsunderlaget vid bedömningen bristfälligt dokumenterad. Den otillräckliga dokumentationen i enskilda ärenden begränsar för närvarande möjligheterna till att genomföra en rättvisande granskning av beslutsmotiveringar och skrivningar i Försäkringskassans akter.

[66] Försäkringskassan (2013b), s. 23 och 27.
[67] Försäkringskassan (2013b), s. 26.
[68] ISF 2015:8, s. 52–53 och 69–71.

5 Diskussion, sammanfattande slutsatser och rekommendationer

Utgångspunkten för diskussionen, slutsatserna och rekommendationerna i detta kapitel är de brister som framkommit vid granskningen.

5.1 Diskussion

I den föregående delen av granskningen har ISF konstaterat att det finns betydande fördelar med standardiserade utredningar, såsom den standardiserade utredningen och det standardiserade läkarutlåtandet i AFU. En av fördelarna med utredningsmodellen som praktiseras i AFU är att den kan tillföra ny och betydelsefull information i det enskilda ärendet. I denna granskning har fokus varit på om utredningsmodellen AFU tar hänsyn till eventuella skillnader mellan kvinnor och män som har betydelse för Försäkringskassans bedömningar av försäkrades arbetsförmåga. I detta avsnitt diskuteras huvudresultaten av granskningen.

Försäkringskassan behöver säkerställa att de olika utredningsmomenten i AFU fungerar likartat för kvinnor och män

Det finns skillnader mellan kvinnor och män avseende självskattad aktivitetsförmåga inför en AFU. Det är nästan genomgående en större andel av kvinnorna än av männen som anger att de har betydande begränsningar vad gäller olika typer av aktivitetsförmåga. För tre

av förmågorna är skillnaderna mellan kvinnors och mäns självskattade aktivitetsförmåga statistiskt säkerställda; att lyfta och bära 5 kg, att lära sig nya saker och att ta initiativ.[69]

Könsskillnaderna i självskattad aktivitetsförmåga kan tolkas på flera olika sätt. En tolkning är att det finns skillnader mellan gruppen kvinnor och gruppen män i fråga om för vilka ärenden det beställs och genomförs en AFU. Av föregående rapport i granskningen framkom att en större andel av kvinnorna hade en psykiatrisk diagnos i läkarintyget, medan en större andel av männen hade en muskuloskeletal diagnos eller en diagnos i övriga diagnoskapitel före en AFU. Det var dock inga större könsskillnader vad gällde ärendets inriktning innan en AFU initierades.[70] Könsskillnaderna i självskattad aktivitetsförmåga skulle även kunna tolkas som att kvinnor och män gör sina skattningar från olika utgångspunkter och beaktar olika faktorer, när de ska göra sin bedömning. Tidigare studier har dock inte funnit några belägg för att det finns sådana könsskillnader vid självskattning av arbetsförmåga.[71]

För att närma sig frågan om utformingen av utredningen ”medicinska förutsättningar för arbete” tar hänsyn till skillnader mellan kvinnor och män, har ISF jämfört de försäkrades självskattade aktivitetsförmågor med de utredande läkarnas bedömningar av försäkrades aktivitetsförmågor. Man kan och bör inte förvänta sig en hög samstämmighet mellan självskattningen och läkarbedömningen, eftersom den försäkrade gör sin skattning utifrån sina upplevelser medan den utredande läkaren bedömer utifrån fastlagda så kallade deskriptorer i AFU.[72] Med deskriptorer avser Försäkringskassan beskrivningar och vägledande exempel på vad förmågan avser och hur den kan mätas. Vid läkarutredningen har dessutom läkaren tillgång till den försäkrades självskattning och använder denna som en utgångspunkt i den klargörande intervju som ingår i läkarutredningen.[73]

För två av de värderade förmågorna gör de försäkrade och läkarna ofta olika bedömningar och resultaten skiljer sig mellan kvinnor och

[69] Se tabell 4.1 och 4.2.
[70] Ärendets inriktning avser 1) utredning inför eventuellt utbyte mot sjukersättning, 2) pågående eller planerade arbetslivsinriktade åtgärder, 3) enbart utredning och planering hos Försäkringskassan och 4) avvaktar medicinska åtgärder. Se ISF 2015:8, s. 45–49.
[71] Se till exempel van den Berg m.fl. (2009), El-Fassi m.fl. (2013).
[72] Försäkringskassan (2013c), bilaga 2.
[73] Försäkringskassan (2013c), s. 7–8 samt bilaga 1.

män. Den första förmågekategorin där samstämmigheten skiljer sig mellan kvinnor och män är självskattning avseende förmågan att lyfta och bära 5 kg och läkarbedömning av styrka och rörlighet. För kvinnorna är det en lägre andel med samstämmighet mellan självskattningen och läkarbedömningen – 43 procent av kvinnorna och 56 procent av männen. Av kvinnorna och männen anger 50 respektive 27 procent att de har större begränsningar att lyfta och bära föremål som väger 5 kg än den bedömning av begränsningar som görs i läkarutredningen. Resultatet kan tyda på att kvinnorna underskattar sin förmåga att lyfta och bära 5 kg eller på att läkarna överskattar kvinnornas aktivitetsförmåga avseende styrka och rörlighet. Det kan heller inte uteslutas att det finns brister i deskriptorerna för denna förmågekategori i AFU.

Den andra förmågekategorin där samstämmigheten skiljer sig mellan kvinnor och män är självskattningen av att vara psykiskt uthållig och läkarbedömningen av psykisk uthållighet. Även för denna förmåga är det för kvinnorna en lägre andel med samstämmighet mellan självskattning och läkarbedömning – 37 procent av kvinnorna och 50 procent av männen. Bland både männen och kvinnorna är det dessutom en relativt hög andel som anger att de har större begränsningar än vad som framkommer i läkarbedömningen.

Könsskillnaderna i fråga om samstämmighet gör att det är angeläget att säkerställa att frågorna i det frågeformulär den försäkrade ska besvara inför en AFU tolkas likartat av kvinnor respektive män. Det gäller särskilt de två frågorna ”Kan du lyfta och bära föremål som väger 5 kilo?” och ”Kan du vara uppmärksam och aktiv under större delen av en dag – vara psykiskt uthållig?”. Frågorna kan behöva förtydligas eller omformuleras. Till exempel kan föremål som väger 5 kg behöva exemplifieras. Det behöver också förtydligas om det enbart gäller att lyfta och bära föremål eller om det även kan gälla att till exempel lyfta och bära ett barn som är under 1 år. Vidare kan det behöva förtydligas att psykisk uthållighet gäller större delen av en arbetsdag och inte en hel kalenderdag.

Det behöver också undersökas om det förekommer genusbias i de utredande läkarnas bedömningar. Som tidigare nämnts ska en utredande läkare genomföra en klargörande intervju med utgångspunkt från den försäkrades svar på frågorna i formuläret. Syftet med intervjun är att belysa och konkretisera den försäkrades förmåga genom att läkaren ställer frågor som kan ge vägledning för att bestämma

nivån i förmågeprofilen. I manualen för genomförande av AFU framgår det att den utredande läkaren ska ställa en rad följdfrågor för att värdera den försäkrades uttalanden.[74] Intervjudelen i manualen gäller givetvis alla försäkrade som genomgår en AFU oavsett den försäkrades kön. Det utesluter emellertid inte att läkare omedvetet kan formulera sina intervjufrågor till kvinnor och män på olika sätt eller ha mer eller mindre god förförståelse om krav i olika yrken, olika typer av levnadsförhållanden eller olika sjukdomstillstånd. Dessutom arbetar läkarna själva inom hälso- och sjukvården, där många kvinnor arbetar. Det kan bidra till att de har större förförståelse för krav i yrken inom denna arbetsmarknadssektor och mindre förståelse för krav i yrken inom andra sektorer. I hälso- och sjukvården kan det, som i alla yrkesområden, finnas omedvetna könsfördomar (genusbias). Fördomarna kan i sin tur leda till felaktiga medicinska bedömningar av både kvinnor och män.[75]

Sammantaget visar resultaten att det finns ett behov av att säkerställa att bedömningarna i läkarutredningen i AFU fungerar likartat för kvinnor och män. Det gäller särskilt förmågorna styrka och rörlighet samt psykiskt uthållighet. Det är också angeläget att ett genusperspektiv integreras i den försäkringsmedicinska utbildning som ger behörighet att genomföra en AFU. Syftet med ett genusperspektiv i utbildningen bör vara att minska risken för att omedvetna könsfördomar påverkar läkares och andra professioners bedömningar av kvinnor respektive män.[76]

Kunskapsunderlaget bör relatera till den könssegregerade arbetsmarknaden

Som tidigare beskrivits är den svenska arbetsmarknaden starkt könssegregerad. Kvinnor arbetar i större utsträckning inom vissa yrken och yrkesområden och män i andra. Dessutom är det väl känt att kvinnor och män som har samma yrke och arbetar på samma arbetsplats ofta utför olika slags arbetsuppgifter och följaktligen utsätts för olika belastningar (exponeringar) i arbetet.[77] Arbetsmiljöverket har

[74] Försäkringskassan (2013c), s. 25–29.
[75] Se avsnitt 3.1 samt SKL (2007), s. 40–44.
[76] Se även Hamberg (2003).
[77] Se avsnitt 3.2. Se även SOU 2015:50, s. 120–124.

i en rapport om kvinnors arbetsmiljö konstaterat att den könssegregerade arbetsmarknaden i väsentlig grad bidrar till att kvinnor löper större risk för att drabbas av besvär i rörelseorganen.[78]

Tar då kunskapsunderlaget i AFU hänsyn till mäns och kvinnors krav i arbetet i förhållande till den könssegregerade arbetsmarknaden? Analyserna av samtliga sjukfall i registerstudien visar att det i kunskapsunderlaget finns skillnader i toleransnivåer mot begränsningar i förmåga mellan de yrkesområden där sjukskrivna kvinnor respektive män företrädesvis är anställda. Det betyder att kraven på medicinskt relaterade förmågor skiljer sig mellan dessa yrkesområden. Detta är rimligt utifrån perspektivet att den svenska arbetsmarknaden är starkt könssegregerad och i hög grad ställer olika krav på medicinskt relaterade förmågor för kvinnor och män. Det finns dock en risk för genusbias i kunskapsunderlaget genom att arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden definieras utifrån endast 40 yrkesområden. Enligt ISF är det en alltför långtgående förenkling. Förenklingen medför att skillnader i krav på förmågor förstoras mellan olika yrkesområden. Samtidigt kan variationen i krav på förmågor vara avsevärd inom enskilda yrkesområden, vilket inte framgår av kunskapsunderlaget. Det innebär att precisionen i de bedömningar som baseras på kunskapsunderlaget kan variera mellan kvinnor och män beroende på vilket yrkesområde de är anställda inom.

Ett antagande i granskningen var att kvinnor och män som är anställda i könsblandade yrkesområden i kunskapsunderlaget torde ha mer likartade medicinskt relaterade krav i arbete än kvinnor och män som är anställda i starkt könssegregerade yrkesområden. För att närmare undersöka detta genomfördes analyser av de 14 könsblandade yrkesområden som ingår i kunskapsunderlaget. Som förväntat visar analyserna att det för könsblandade yrkesområden, jämfört med samtliga yrkesområden, generellt sett är något mindre differens i toleransnivåer mot begränsningar i förmåga mellan de yrkesområden som de sjukskrivna kvinnorna respektive männen är anställda inom. Men analyserna av de könsblandade yrkesområdena visar också att de yrkesområden som de sjukskrivna männen i större utsträckning är anställda inom genomgående beskrivs ha jämförelsevis höga toleransnivåer mot begränsningar i förmåga. Det betyder att

[78] Arbetsmiljöverket (2015).

det inom könsblandade yrkesområden finns en konsekvent skillnad i toleransnivåer mellan de yrkesområden där de sjukskrivna männen respektive kvinnorna framför allt är anställda. Den genomgående skillnaden i toleransnivåer kan sannolikt spegla att fördelningen av de sjukskrivna kvinnorna och männen skiljer sig åt även mellan de 14 könsblandade yrkesområdena.

Försäkringskassan har i utformningen av kunskapsunderlaget utgått från en teoretisk och könsneutral arbetsmarknad, inte från den verkliga, starkt könssegregerade svenska arbetsmarknaden. Kunskapsunderlaget innehåller beskrivningar av krav på medicinskt relaterade förmågor i 40 yrkesområden, där ett yrkesområde omfattar ett enda specifikt yrke medan ett annat yrkesområde omfattar 32 specifika yrken.[79] I yrkesområden som innefattar många yrken kan skillnaderna i arbetsuppgifter och arbetsmoment vara avsevärt större än i yrkesområden som omfattar ett eller några få yrken. Det gör att kraven på medicinskt relaterade förmågor kan variera betydligt mer i yrkesområden som omfattar många yrken. Kunskapsunderlaget tar inte heller hänsyn till att det kan finnas en segregering inom enskilda yrken, det vill säga att kvinnor och män utför olika slags arbetsuppgifter och arbetsmoment inom ett och samma yrke och därmed har olika typer och nivåer av belastningar i arbetet.[80] Det innebär att precisionen i de bedömningar av arbetsförmåga som görs med stöd av kunskapsunderlaget kan variera såväl mellan olika yrkesområden som mellan kvinnor och män.

Mot bakgrund av den könssegregerade arbetsmarknaden och av att kvinnor och män ofta utför olika slags arbetsuppgifter inom ett och samma yrke, behöver kunskapsunderlaget utvecklas – från könsneutrala beskrivningar av yrkesområden till beskrivningar där hänsyn tas till kvinnors respektive mäns verkliga arbetsmarknad. ISF menar att det saknas en bakomliggande genusanalys av yrkesområdena i kunskapsunderlaget.

Ett exempel som visar att genusanalyser behövs är yrkesområdet ”butikspersonal, eventsäljare och uthyrare m.fl.” i kunskapsunderlaget. I kunskapsunderlaget anges att yrkesområdet omfattar cirka 220 000 anställda. Yrkesområdet beskrivs också ha en kritisk faktor,

[79] Yrken enligt SSYK4. Se även ISF 2015:8, tabell B3.1 i bilaga 3.
[80] Se avsnitt 3.2.

nämligen ”förmåga att kunna kombinera fysisk aktivitet och upprätthålla engagemang för ett säljande arbete, är avgörande krav”. Med kritisk faktor avser Försäkringskassan något som kan ha en avgörande betydelse för om en person kan klara att arbeta inom yrkesområdet.[81] Utöver antalet personer som yrkesområdet omfattar borde också antalet kvinnor respektive män framgå. Som ytterligare en kritisk faktor borde det framgå att det kan finnas en stark könssegregering avseende arbetsuppgifter och arbetsmoment inom yrkesområdet. Anledningen till det är att forskning har visat att kvinnor inom yrkesgruppen affärsbiträden ägnar mycket mer tid till kassaarbete än män i samma yrkesgrupp.[82] Det innebär att kvinnliga affärsbiträden utför mer ensidiga och repetitiva arbetsmoment än manliga affärsbiträden. Det är just sådana ensidiga och repetitiva arbetsmoment som, enligt kunskapsunderlaget, kan orsaka arbetssjukdomar i yrkesområdet.

Toleransnivåerna mot begränsningar i förmåga beskrivs för samtliga förmågor i yrkesområdet ”butikspersonal, eventsäljare och uthyrare m.fl.” vara liten till måttlig (toleransnivå 1–2). Enligt Försäkringskassan ska ett spann i toleransnivå, till exempel liten till måttlig tolerans mot begränsningar i förmåga, tolkas som ett uttryck för skillnader inom yrkesgruppen men också för skillnader inom specifika yrken, yrkesroller och konkreta arbetsuppgifter.[83]

Detta är inte tillräckligt för att beskriva variationer i krav på förmåga inom ett yrkesområde. För varje yrkesområde i kunskapsunderlaget behövs det även en genomlysning av yrkesområdet ur ett genusperspektiv, vilken i sin tur bör utmynna i en beskrivning av yrkesområden som ligger närmare den verkliga arbetsmarknaden för kvinnor och män. Genomlysningen bör alltså resultera i tydliga beskrivningar av kraven på kvinnor och män inom alla yrkesområden. Sådana beskrivningar kan ge Försäkringskassans handläggare ett mer rättvisade stöd vid den individuella prövningen av försäkrades arbetsförmåga.

Det bör även nämnas att arbetsmarknaden inte är statisk och att det ständigt sker förändringar i krav på förmågor i olika yrken. Därför måste kunskapsunderlaget omprövas och uppdateras fortlöpande. I Arbetsförmedlingens förstudie om en förvaltningsmodell avseende

[81] Försäkringskassan (2013a), s. 24–25 samt s. 5–6.
[82] Josephson m.fl. (1999).
[83] Försäkringskassan (2013a), s. 4.

kunskapsunderlaget i AFU föreslog man att myndigheten ska påbörja ett genomförandeprojekt med uppdrag att utveckla och förvalta kunskapsunderlaget.[84] Arbetsförmedlingen har nu beslutat att påbörja ett sådant genomförandeprojekt den 1 mars 2016.[85]

Tolerans mot begränsningar i förmåga är ett svårförståeligt begrepp för den försäkrade

Kunskapsunderlaget i AFU beskriver nivåer gällande krav på medicinskt relaterade förmågor i 40 yrkesområden. Dessa kravnivåer benämns av Försäkringskassan som *tolerans mot begränsningar i förmåga* och anges på en femgradig skala för var och en av åtta förmågor, det vill säga för samma förmågor som bedöms av läkare i den försäkrades aktivitetsförmågeprofil. Enligt Försäkringskassan utgår bedömningen av de försäkrades arbetsförmåga avseende arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden från vad människor kan göra snarare än vad de inte kan göra. Det innebär att bedömningen utgår från en generell arbetsförmåga, som inte är knuten till just det arbete den aktuella personen har. Det betyder i sin tur att bedömningen ska identifiera vilken kvarvarande arbetsförmåga den försäkrade har, trots sina besvär och begränsningar. Detta synsätt stämmer väl överens med lagstiftarens intentioner.

Begreppet *tolerans mot begränsningar i förmåga* är dock ett svårförståeligt begrepp, särskilt för den försäkrade vars fokus i allmänhet är vad hen inte kan göra på grund av sina besvär eller vad hen ska göra för att återfå hälsa och förmåga. Särskilt svårt är ordet tolerans[86] som antyder att den försäkrade ska ha fördragsamhet och kunna tåla sina besvär och begränsningar. Eftersom den försäkrade i allmänhet är inställd på att återfå hälsa och förmåga, kan det vara svårt att förstå varför hen ska tolerera ohälsa och begränsningar och fokusera på den förmåga till arbete som finns vid den aktuella tidpunkten.

Det kan alltså vara svårt för den försäkrade att byta fokus från de bedömningar som görs i läkarutredningen i AFU till de bedömningar som sedan görs av handläggare hos Försäkringskassan utifrån läkar-

[84] Arbetsförmedlingen (2015a).
[85] Personlig kommunikation 2016-02-29 med Avdelningen Rehabilitering till arbete på Arbetsförmedlingen.
[86] Enligt Svenska Akademiens ordlista (SAOL) betyder tolerans: fördragsamhet; förmåga att tåla läkemedel eller gift; tillåten måttvariation.

utlåtandet. I läkarens utredning är inriktningen att identifiera om den försäkrade har aktivitetsbegränsningar relaterat till olika förmågor och bedöma eventuella begränsningar, det vill säga ett relativt traditionellt medicinskt synsätt på arbetsförmåga. I Försäkringskassans handläggning av ärendet växlas fokus från begränsningar i förmåga till kvarvarande arbetsförmåga (restarbetsförmåga). Svårigheten att få den försäkrade att växla fokus gäller givetvis inte enbart AFU, utan alla bedömningar som görs av försäkrades arbetsförmåga. Men genom begreppet *tolerans mot begränsningar i förmåga* synliggörs dock denna svårighet.

En tidigare ISF-granskning har visat att även handläggare kan ha svårt att växla fokus, från försäkrades begränsningar till deras restarbetsförmåga, när de kommunicerar med försäkrade. I den tidigare granskningen framkom att man i en relativt stor andel av de kommuniceringsbrev som Försäkringskassan skickade till försäkrade enbart redovisade omständigheter som talade för rätt till sjukpenning (begränsningar), medan det saknades redovisning av omständigheter som talade mot rätt till sjukpenning (restarbetsförmåga).[87] Det innebär en stor pedagogisk utmaning för handläggaren när hen ska förklara växlingen av fokus i utredningen för den försäkrade. Det gäller särskilt begreppet *tolerans mot begränsningar i förmåga*. Försäkringskassan bör undersöka om det finns någon annan och mer användbar beskrivning av begreppet.

Kravnivåerna för de 40 yrkesområdena i kunskapsunderlaget behöver valideras

I den förra rapporten avseende AFU ansåg ISF att en gruppering av arbetsmarknaden i 40 yrkesområden i kunskapsunderlaget innebär en alltför långtgående förenkling av de bedömningar som krävs av försäkrades arbetsförmåga mot arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Vidare kritiserades kunskapsunderlaget för att de olika komponenterna i underlaget ännu inte var utvärderade (validerade).[88] Behovet av validering gäller framför allt kravnivåerna – tolerans mot begränsningar i förmåga – för de yrkesområden som

[87] ISF 2013:1, s. 45–46.
[88] ISF 2015:8, s. 72–73.

ingår i underlaget. ISF ifrågasatte därför om kunskapsunderlaget då var ett tillförlitligt stöd för handläggare när de skulle bedöma försäkrades arbetsförmåga.

I Försäkringskassans svar på rapporten anges att Försäkringskassan anser att kunskapsunderlaget kan bidra till att öka enhetligheten, öka rättssäkerheten och minska variationerna i bedömningar. Vidare framgår det i svaret att det pågår diskussioner med Arbetsförmedlingen om formerna för förvaltning, utveckling och validering av kunskapsunderlaget. ISF har uppmärksammat att det i kunskapsunderlaget, som publicerades i november 2013, står att ”ett långsiktigt utvärderings- och valideringsarbete har inletts under våren tillsammans med arbetsmarknadens parter, Arbetsmiljöverket m.fl.”[89] Någon sådan validering av kunskapsunderlaget har dock ännu inte genomförts.

I svaret på rapporten menar Försäkringskassan att en ”försiktighetsprincip” bör gälla vid handläggares användning av underlaget, i avvaktan på att förvaltning, ansvar för utvecklingsarbete och validering av kunskapsunderlaget formaliserats.[90] Det försiktighetsbaserade förhållningssätt som Försäkringskassan hänvisar till är de instruktioner i kunskapsunderlaget som gäller användningen av underlaget.[91] Men ISF menar att detta inte är tillräckligt för att upprätthålla det försiktighetsbaserade förhållningssättet. Det behövs även en tydligt anvisad rutin för kvalitetssäkring i varje enskilt ärende. En sådan rutin för kvalitetssäkring kan till exempel uppnås genom en instruktion som anger att handläggares bedömningar i AFU ska göras i samråd med till exempel försäkringsmedicinsk rådgivare, specialist eller medarbetare som är väl förtrogen med utredningsmodellen. Sådana medbedömningar kan bidra till att svårigheter i ärenden blir belysta från flera olika perspektiv och att förutfattade meningar eller felaktiga uppfattningar blir ifrågasatta. En handläggning av ärenden som innehåller moment av medbedömning skulle även främja Försäkringskassan som lärande organisation.

[89] Försäkringskassan (2013a), s. 3.
[90] Försäkringskassan (2015e), s. 4–5, Försäkringskassan (2015d).
[91] Försäkringskassan (2013a), s. 6–9.

Bedömningarna i AFU behöver kvalitetssäkras

I granskningen av de dokument som beskriver utvecklingsarbetet med AFU framkommer att det finns betydande brister i kvalitetssäkringen av AFU avseende bedömningarnas reliabilitet och utredningsmodellens prognostiska validitet.

Försäkringskassans ambition under utvecklingsarbetet med AFU var att ta fram en väl validerad bedömningsmetod.[92] Detta gällde både reliabiliteten i de bedömningar av försäkrades aktivitetsförmåga som utredande läkare gör liksom reliabiliteten i de bedömningar av försäkrades arbetsförmåga som Försäkringskassans handläggare gör. Den undersökning om reliabilitet i handläggares bedömningar som Försäkringskassan genomförde år 2012 visade en betydande variation i bedömningarna[93], det vill säga en låg reliabilitet. Undersökningen visade också att samstämmigheten i handläggarnas bedömningar varierade med ärendets karaktär. Den betydande variationen i bedömningarna kan bero på att AFU vid tidpunktern för undersökningen ännu inte hade implementerats i tillräcklig omfattning hos Försäkringskassan. De cirka 100 handläggare som ingick i undersökningen hade sannolikt inte tillräcklig erfarenhet av bedömningar baserade på AFU-utlåtanden. Undersökningen har endast publicerats som en mycket kortfattad sammanfattning i slutrapporten om AFU, med en referens till arbetsmaterial hos Försäkringskassan. Utredningsmodellens reliabilitet kan alltså ännu inte garanteras i AFU.

Det är viktigt att genomföra undersökningar vad gäller såväl reliabiliteten i utredande läkares bedömningar av försäkrades aktivitetsförmåga som handläggares bedömning av försäkrades arbetsförmåga när ett AFU-utlåtande är ett av beslutsunderlagen. Utredningsmodellens tillförlitlighet bör skyndsamt undersökas genom test av interbedömarreliabilitet.[94] I analyserna av sådana test bör man försäkra sig om att reliabiliteten inte skiljer sig mellan olika typer av ärenden eller olika grupper av försäkrade, till exempel mellan kvinnor och män. Försäkringskassan har i en tidigare studie rapporterat interbedömarreliabiliteten i försäkringsmedicinska utredningen Särskilt läkarutlåtande (SLU). Den design för utvärdering som användes i dessa

[92] Försäkringskassan (2010a), s. 8–10.
[93] Försäkringskassan (2013b), s. 15.
[94] Se avsnitt 4.1.

test kan användas som en modell för test av interbedömarreliabilitet i AFU.[95] För AFU:s trovärdighet bör resultaten av sådana test publiceras i sin helhet.

I granskningen av dokument framkom det också att utredningsmodellen inte har kvalitetssäkrats avseende prognostisk validitet. Det betyder att Försäkringskassan inte har testat om handläggare med hjälp av utredningsmodellen kan särskilja försäkrade med nedsatt arbetsförmåga från försäkrade som kan klara av att återgå i arbete. En sådan undersökning kan genomföras på flera sätt, där olika typer av undersökningsdesign har sina svårigheter, styrkor och svagheter. Det är emellertid angeläget att även en sådan undersökning planeras och genomförs för att säkerställa kvaliteten i AFU – inte minst med tanke på rättssäkerheten.

5.2 Sammanfattande slutsatser

Sammantaget visar resultaten i granskningen att AFU och kunskapsunderlaget behöver kvalitetssäkras. En grundlig kvalitetssäkring kan stärka utredningsmodellens trovärdighet och ge kunskap om hur utvecklingsarbetet med AFU och kunskapsunderlaget ska fortsätta. Kvalitetssäkringen är en förutsättning för att Försäkringskassans handläggare ska ha ett rättvisande stöd för den individuella prövningen av kvinnors och mäns arbetsförmåga.

I förhållande till de försäkrades självskattade aktivitetsförmågor bedömer utredande läkare ofta att kvinnor har större aktivitetsförmåga än män. Läkarnas bedömningar är inte validerade avseende reliabilitet och framför allt inte om reliabiliteten skiljer sig mellan olika grupper som blir bedömda i AFU, till exempel mellan kvinnor och män. Det är nödvändigt att säkerställa att bedömningarna i läkarutredningen i AFU fungerar likartat för kvinnor och män. Det är också angeläget att integrera ett genusperspektiv i den försäkringsmedicinska utbildning som ger behörighet att genomföra AFU. Syftet med ett genusperspektiv i utbildningen bör vara att minska risken för att omedvetna könsfördomar påverkar läkares och andra professioners bedömningar av kvinnor och män.

[95] Försäkringskassan (2010b), s. 8–9.

Det finns skillnader i toleransnivåer mot begränsningar i förmåga mellan de yrkesområden där sjukskrivna kvinnor respektive män företrädesvis är anställda. Det betyder att kraven på medicinskt relaterade förmågor skiljer sig mellan dessa yrkesområden. Detta är rimligt utifrån perspektivet att den svenska arbetsmarknaden är starkt könssegregerad och i hög grad ställer olikartade krav på medicinskt relaterade förmågor för anställda kvinnor och män. Det finns dock en risk för genusbias i kunskapsunderlaget genom att arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden definieras utifrån 40 yrkesområden, vilket är en mycket långtgående förenkling. Förenklingen medför att skillnader i krav på förmågor förstoras mellan olika yrkesområden. Samtidigt kan variationen i krav på förmågor vara avsevärd inom enskilda yrkesområden, vilket inte framgår av kunskapsunderlaget.

Kunskapsunderlaget i AFU utgår från en teoretisk och könsneutral arbetsmarknad – inte den verkliga starkt könssegregerade svenska arbetsmarknaden. Det saknas en genomlysning ur ett genusperspektiv av yrkesområdena i kunskapsunderlaget. Genomlysningen bör resultera i tydliga beskrivningar i kunskapsunderlaget som ligger närmare den verkliga arbetsmarknaden än vad som nu är fallet. Det finns också brister i kvalitetssäkringen av underlaget med särskilt avseende på validering av kravnivåerna (tolerans mot begränsningar i förmåga) för de yrkesområden som ingår i underlaget. Ett mer genomarbetat och kvalitetssäkrat kunskapsunderlag kan, inom ramen för AFU, ge bättre förutsättningar för en individuell prövning av de försäkrades arbetsförmåga. ISF anser att Försäkringskassan bör ta ställning till om kunskapsunderlaget i AFU för närvarande ska användas vid prövningen av försäkrades arbetsförmåga.

Granskningen visar att det finns betydande brister i kvalitetssäkringen av AFU. Bristerna gäller dels tillförlitligheten (reliabilitet) i de bedömningar läkare och handläggare gör inom ramen för AFU, dels handläggarnas förmåga att med hjälp av informationen i AFU-utlåtanden kunna särskilja försäkrade med nedsatt arbetsförmåga från försäkrade som kan klara av att återgå i arbete (prognostisk validitet). Det är mycket angeläget att sådana undersökningar planeras och genomförs för att säkerställa kvaliteten i AFU – inte minst med tanke på rättssäkerheten. Den standardiserade utredningen och det standardiserade läkarutlåtandet i AFU ger goda möjligheter att kvalitetssäkra utredningsmodellen.

5.3 Rekommendationer

Det behövs olika slags åtgärder för öka möjligheterna att i AFU ta hänsyn till sådana skillnader mellan kvinnor och män som kan ha betydelse för Försäkringskassans bedömningar av försäkrades arbetsförmåga.

- Det är mycket angeläget att Försäkringskassan genomför test av reliabiliteten i de bedömningar som görs inom ramen för AFU, det vill säga avseende både läkarnas och handläggarnas bedömningar. Sådana test av reliabilitet kan ge svar på frågan om bedömningarna blir desamma om de görs av olika bedömare. Vid värderingen av resultaten av sådana test bör man undersöka om reliabiliteten skiljer sig mellan de olika grupperna som bedöms, bland annat mellan kvinnor och män.

- Det är angeläget att Försäkringskassan planerar och genomför mätningar av försäkringsutfallet i relation till AFU. Sådant test av prognostisk validitet kan ge svar på frågan om handläggare med hjälp av AFU kan särskilja försäkrade med nedsatt arbetsförmåga från försäkrade som kan klara av att återgå i arbete. Vid värderingen av resultaten av sådana test bör man undersöka om den prognostiska validiteten skiljer sig mellan de olika grupperna av försäkrade, bland annat mellan kvinnor och män.

- Det är viktigt att Försäkringskassan säkerställer att de delar i AFU som avser förmågorna styrka och rörlighet och psykisk uthållighet fungerar likartat för båda kvinnor och män. Det gäller för både frågeformuläret som den försäkrade ska fylla i inför en AFU och bedömningarna i läkarutredningen.

- För att förebygga risk för osakliga bedömningar i de läkarutredningar som genomförs inom AFU, bör Försäkringskassan integrera ett tydligt genusperspektiv i de utbildningar som ger läkare och andra professioner behörighet att genomföra eller medverka i en AFU.

– Försäkringskassan bör ta ställning till om kunskapsunderlaget i AFU för närvarande ska användas vid prövningen av försäkrades arbetsförmåga. Ställningstagandet bör göras på grundval av att det saknas dels ett genusperspektiv, dels en validering av kravnivåerna för vart och ett av yrkesområdena i underlaget.

I den första rapporten i granskningen föreslogs ett flertal åtgärder för att man ska uppnå en väl fungerande verksamhet med AFU. Som en påminnelse upprepas det förslag som ännu inte resulterat i någon åtgärd av Försäkringskassan.

– Försäkringskassan bör kontinuerligt följa upp bedömningar och beslut efter genomförda AFU. För att underlätta sådana uppföljningar kan Försäkringskassan bland annat överväga möjligheter att införa elektronisk överföring av AFU-utlåtanden från läkare.

Referenser

Ahlgren C, Hammarström A. (2000): Back to work? Gendered experiences of rehabilitation. *Scandinavian Journal of Public Health* 28:88–94.

Arbetsförmedlingen (2015a): *Slutrapport – förstudie. Förvaltning av kunskapsunderlaget i AFU*. Dnr 2014/321108.

Arbetsförmedlingen (2015b*): Kunskapsunderlag – SSYK-koder* (daterad 2015-02-06).

Arbetsmiljöverket (2015): *Kvinnors arbetsmiljö 2011–2014 – slutrapport*.
Arbetsmiljöverket rapport 2015:6.

Charles M. (2003): Deciphering sex segregation – vertical and horizontal inequalities in ten national labor markets. *Acta Sociologica* 46: 267–287.

El-Fassi M, Bocquet V, Majery N, Lair ML, Couffignal S, Mairiaux P. (2013): Work ability assessment in a worker population: comparison and determinants of Work Ability Index and Work Ability score. *BMC Public Health* 13:305.

Försäkringskassan (2010a): *Metoder och instrument för bedömning avarbetsförmåga inom sjukförsäkringen – delrapport 1*. Dnr 088713-2010.

Försäkringskassan (2010b): *Utvärdering av instrument för bedömning av arbetsförmåga. Interbedömar-reliabiliteten och validiteten i särskilt läkarutlåtande*. Dnr 075614-2008.

Försäkringskassan (2011): *Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen – delrapport 2*. Dnr 088713-2010.

Försäkringskassan (2012a): *Metoder och instrument för bedömning avarbetsförmåga inom sjukförsäkringen – delrapport 3.* Dnr 088713-2010.

Försäkringskassan (2012b): *Arbetsmarknadsbegreppet och arbetsförmågebedömning – redovisning av ett regeringsuppdrag*. Dnr 070702-2011.

Försäkringskassan (2012c): *Införande och implementering av nytt verktyg för bedömning av arbetsförmåga – delrapport 4*. Dnr 088713-2010.

Försäkringskassan (2013a): *Kunskapsunderlag: beskrivning av krav på medicinskt relaterade förmågor i normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden*.

Försäkringskassan (2013b): *Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen – slutrapport*. Dnr 088713-2010.

Försäkringskassan (2013c): *Manual för genomförande av aktivitetförmågeutredning (AFU)*. Första version daterad 2013-11-08.

Försäkringskassan (2015a): *Stöd till Lokala försäkringssamordnare och handledare: FMU med fokus på AFU* (daterad 2015-10-19).

Försäkringskassan (2015b): *AFU (FMU) metoder för att öka kvaliteten i våra arbetsförmågebedömningar* (utbildningsmaterial, oktober 2015).

Försäkringskassan (2015c): *Manual för genomförande av aktivitetförmågeutredning (AFU).* Uppdaterad version 2015-10-08.

Försäkringskassan (2015d): *Aktivitetförmågeutredningar (AFU).* IM 2015:129 (daterad 2015-11-20).

Försäkringskassan (2015e): *Försäkringskassans svar på ISF - rapport 2015:8 om Aktivitetsförmågeutredningar (AFU)*. Dnr 038775-2015.

Hamberg K, Risberg G, Johansson EE, Westman G. (2002): Gender bias in physicians' management of neck pain: a study of the answers in a Swedish national examination. *Journal of Women's Health and Gender-based Medicine* 11:653–666.

Hamberg K. (2003): Genusperspektiv relevant för många av läkarutbildningens ämnen – viktigt att betrakta män och kvinnor med helhetssyn. *Läkartidningen* 100:4078–4083.

Hamberg K, Risberg G, Johansson EE. (2004): Male and female physicians show different patterns of gender bias: A paper-case study of management of irritable bowel syndrome. *Scandinavian Journal of Public Health* 32:144–152.

Hammarström A, Haukenes I, Fjellman Wiklund A, Lehti A, Wiklund M, Evengård B, Stålnacke B-M. (2014): Low-educated women with chronic pain were less often selected to multidisciplinary rehabilitation programs. *PLoS One* 9:e97134.

Hasselström P, Zarrinkoub A, Holmquist C, Hjerpe P, Ljungman C, Qvarnström M, Wettermark B, Manhem K, Kahan T, Bengtsson Broström K. (2014): The Swedish Primary Care Cardiovascular Database (SPCCD): 74 751 hypertensive primary care patients. *Blood Pressure* 23:116–125.

Haukenes I, Hensing G, Stålnacke B-M, Hammarström A. (2015): Does pain severity guide selection to multimodal pain rehabilitation across gender? *European Journal of Pain* 19:826–833.

Hooftman WE, van der Beek AJ, Bongers PM, van Mechelen W. (2005): Gender differences in self-reported physical and psychosocial exposures in jobs with both female and male workers. *Journal of Occupational and Environmental medicine* 47:244–252.

Hopewell S, Loudon K, Clarke MJ, Oxman AD, Dickersin K. (2009): Publication bias in clinical trials due to statistical significance or direction of trial results. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1, No: MR000006.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen (2013): *När sjukpenning nekas*. ISF-rapport 2013:1.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen (2014): *Läkarintygens betydelse för sjukfrånvaron – en registerstudie av till Försäkringskassan inkomna läkarintyg*. ISF-rapport 2014:5.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen (2015): *Aktivitetsförmågeutredningar (AFU).* ISF-rapport 2015:8.

Josephson M, Pernold P, Ahlberg-Hultén G, Härenstam A, Theorell T, Vingård E, Waldenström M, Wigaeus Hjelm E, MUSIC-Norrtälje Study Group (1999): Differences in the association between psychosocial work conditions and physical work load in female- and male-dominated occupations. *American Industrial Hygiene Association Journal* 60:673–678.

Kumlin J. (2010): *Har kvinnor och män blivit mer jämnt fördelade over yrken, organisationer och arbetsplatser i Sverige under perioden 1990–2003?* Institutet för framtidsstudier, Arbetsrapport 2010:8.

Ljungman C, Kahan T, Schiöler L, Hjerpe P, Hasselström P, Wettermark B, Bengtsson Boström K, Manhem K. (2014): Gender differences in antihypertensive drug treatment: results from the Swedish Primary Care Cardiovascular Database (SPCCD). *Journal of the American Society of Hypertension* 8:882–890.

Marklund S, Alexanderson K, Gustafsson K, Lundh G, Linder J, Svedberg P. (2011): *Långtidssjukskrivna kvinnor och män som genomgått försäkringsmedicinska utredningar*. Delrapport 9 i projekt om kvinnor och mäns sjukfrånvaro. Karolinska Institutet, Sektionen för försäkringsmedicin.

Melkas H, Anker R. (1997): Occupational segregation by sex in Nordic countries: An empirical investigation. *International Labour Review* 136:341–363.

Morgell R, Backlund LG, Arrelöv B, Strender L-E, Nilsson GH. (2011): Health problems and disability in long-term sickness absence: ICF coding of medical certificates. *BMC Public Health* 11:860.

Nordander C, Ohlsson K, Balogh I, Rylander L, Pålsson B, Skerfving S. (1999): Fish processing work: the impact of two sex dependent exposure profiles on musculoskeletal health. *Occupational and Environmental Medicine* 56:256–264.

Nyberg A, Leineweber C, Magnusson Hansson L. (2015): Gender differences in psychosocial work factors, work-personal life interface, and well-being among Swedish managers and non-managers. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 88:1149–1164.

Risberg G. (2004): *"I am solely a professional – neutral and genderless" – on gender bias and gender awareness in the medical profession*. Umeå University Medical Dissertations, New Series No. 907.

SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2014a): *Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt*. SBU-rapport nr 223.

SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2014b): *Arbetsmiljöns betydelse för ryggproblem*. *En systematisk litteraturöversikt*. SBU-rapport nr 227.

SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2015): *Arbetsmiljöns betydelse för hjärt-kärlsjukdom*. *En systematisk litteraturöversikt*. SBU-rapport nr 240.

Socialdepartementet (2014): *Regleringsbrev för budgetåret 2015 avseende Inspektionen för socialförsäkringen*.

Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och landsting (2015): *Pilotverksamhet för aktivitetsförmågeutredningar – överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016*.

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

SOU 2009:89 *Gränslandet mellan sjukdom och arbete*. Slutbetänkande av Arbetsförmågeutredningen.

SOU 2015:17 *För kvalitet – Med gemensamt ansvar*. Betänkande av FörMed-utredningen.

SOU 2015:50 *Hela lönen, hela tiden. Utmaningar för ett jämställt arbetsliv*. Slutbetänkande av Delegationen för jämställdhet i arbetslivet.

Stålnacke B-M, Haukenes I, Lehti A, Fjellman Wiklund A, Wiklund M, Hammarström A. (2015): Is there a gender bias in recommendations for further rehabilitation in primary care of patients with chronic pain after an interdisciplinary team assessment? *Journal of Rehabilitation Medicine* 47:365–371.

SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2007): *(O)jämställdhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt*.

van den Berg TI, Elders LA, de Zwart BC, Burdorf A. (2009): The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine* 66:211–220.

Bilaga 1 Urval och metodbeskrivning

Aktstudie

ISF har redogjort för urval och metodbeskrivning för aktstudien i den föregående rapporten om AFU.[96]

I analyserna har jämförts hur kvinnor och män självskattar sin aktivitetsförmåga och hur läkaren bedömer den försäkrades aktivitetsförmåga. Kopplingen mellan den självskattade aktivitetsförmågan och läkarens bedömning har gjorts enligt tabell B1.1.

Tabell B1.1. Kategorier som användes i analyser vid jämförelser av självskattad och läkarbedömd aktivitetsförmåga

Självskattad aktivitetsförmåga[1]	*Läkarbedömd aktivitetsförmåga*[2]
1 = Ja, utan svårighet	0 = ingen/obetydlig begränsning
2 = Ja, med viss svårighet	1 = lätt begränsning 2 = måttlig begränsning
3 = Ja, med stora svårigheter	4 = stor begränsning
4 = Nej, inte alls	5 = mycket stor/total begränsning

[1] Formulär ”Frågor om din hälsa, dina förmågor och din syn på möjligheter att arbeta” (självskattning inför AFU), fråga F4a. Se även bilaga 2.
[2] Formulär ”Bedömning medicinska förutsättningar för arbete, den försäkrades syn på möjligheter till arbete” (AFU-utlåtande), formuläravsnitt 4.1–4.4.

[96] ISF 2015:8, s. 81–84.

Samma värde i tabellen indikerar att den försäkrade och läkaren gör *samma bedömning* av den försäkrades aktivitetsförmåga.

Ett högre värde i den självskattade aktivitetsförmågan än i AFU-utlåtandet indikerar *större självskattad begränsning*.

Ett lägre värde i den självskattade aktivitetsförmågan än i AFU-utlåtandet indikerar en *större begränsning enlig AFU*.

Registerstudie

Urval och data

Urvalet i registerstudien omfattar sjukfall under perioden 2010–2013 som varat 180-dagar eller längre bland anställda kvinnor och män i åldern 20–64 år. Studiepopulationen är vald utifrån att det är dessa sjukfall som är målgruppen för en AFU. Urvalet består av totalt 228 287 sjukfall, varav 65 procent är kvinnor och 35 procent män.

Från Försäkringskassans analysdatabas MiDAS har data inhämtats för samtliga sjukfall i urvalet. Data omfattar sjukfallets längd, huvuddiagnos för sjukskrivning, sysselsättning och yrke enligt SSYK4 (2012)[97].

Metodbeskrivning

Studieobjektet i registerstudien är toleransnivåerna mot begränsningar i förmåga i kunskapsunderlagets 40 yrkesområden, inte sjukfallen i studiepopulationen.

I Försäkringskassans kunskapsunderlag – krav på medicinskt relaterade förmågor i normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden – finns beskrivning på krav på förmågor i 40 olika yrkesområden.[98] Försäkringskassan beskriver i kunskapsunderlaget dessa krav på förmågor som toleransnivåer mot begränsningar att utföra arbetsuppgifter inom respektive yrkesområde. För varje yrkesområde beskrivs toleransnivå mot begränsningar för fyra förmågekategorier: 1) fysiska funktioner, 2) syn, hörsel och tal, 3) balans, koordination

[97] SSYK står för standard för svensk yrkesklassificering.
[98] Försäkringskassan (2013a). Se även ISF 2015:8, s. 38–41, 93–95 samt 97.

och finmotorisk kvalitet, 4) psykiska funktioner samt tillhörande underkategorier. Toleransnivåer mot begränsningar är preciserade från 0 till 4, där 0 innebär ”ingen tolerans mot begränsning” och 4”mycket stor/total tolerans mot begränsning”.

Uppgifter om vilka yrken som ingår i ett yrkesområde i kunskapsunderlaget har inhämtats från Arbetsförmedlingen. Ett yrkesområde innehåller minst ett yrke och högst 32 yrken enligt SSYK4.[99] Samtliga yrken på den svenska arbetsmarknaden finns dock inte representerade i kunskapsunderlaget.

Kraven på medicinskt relaterade förmågor i kunskapsunderlaget har applicerats på yrke enligt SSYK4[100] i registerdata. Det innebär att alla sjukfall där den försäkrade har ett yrke inom ett yrkesområde, har fått samma värden gällande toleransnivåer mot begränsning för de olika förmågekategorierna. Uppgifter om yrke finns endast på årsbasis, varför registrerat yrke året innan sjukfallet påbörjades har använts. Enstaka mätfel kan därmed förekomma med anledning av eftersläpning i data.

Endast sjukfall med ett yrke som ingår i kunskapsunderlaget har använts i de följande analyserna. Totalt var det 173 207 sjukfall där den försäkrade hade ett yrke som ingick i kunskapsunderlaget, det vill säga 76 procent av urvalet. Av kvinnorna hade 82 procent och av männen hade 73 procent ett yrke som ingick i något av de 40 yrkesområdena.

Yrkesområdena i kunskapsunderlaget har i en del av analyserna även indelats i kvinnodominerade, mansdominerade och könsblandade (könsintegrerade) yrkesområden. Ett kvinnodominerat yrkesområde definieras utifrån en andel på ≥ 70 procent kvinnor i yrkesområdet, ett mansdominerat yrkesområde utifrån en andel på ≥ 70 procent män i yrkesområdet och ett könsblandat yrkesområde utifrån en andel på > 30 procent och < 70 procent av kvinnor och män i yrkesområdet.

För ett flertal yrkesområden i kunskapsunderlaget anges toleransnivåer som ett spann mellan två värden, till exempel toleransnivå 1–2, ”liten tolerans” till ”måttlig tolerans” mot begränsning relaterat till fysiska funktioner. För sådana värden har medelvärdet av

[99] Arbetsförmedlingen (2015b). Se även ISF 2015:8, s. 93–94.
[100] SSYK står för standard för svensk yrkesklassificering.

toleransnivåerna använts, det vill säga 1,5 i det ovanstående exemplet. I analyserna presenteras dock endast heltalskategorier. I de sjukfall där den försäkrade är anställd i ett yrkesområde som har en toleransnivå för en förmåga som löper över två nivåer har dessa sjukfall försetts med en vikt i analyserna, så att de räknas en halv gång i kategorin med lägre toleransnivå och en halv gång i kategorin med högre toleransnivå. På detta sätt tar man i analysen hänsyn till de sjukfall där tolerans mot begränsningar löper över ett spann mellan två värden, samtidigt som dessa sjukfall bara räknar en gång.

För att undersöka som det finns ett samband mellan kön och tolerans mot begränsningar enligt kunskapsunderlaget, har två typer av statistiska test använts. Genom Chi2-test har ISF undersökt om fördelningen av sjukskrivna kvinnors och mäns yrkesområden skiljer sig åt över de olika toleransnivåerna. Även sjukskrivna kvinnors och mäns genomsnittliga toleransnivå mot begränsningar inom respektive förmågekategori har undersökts. I dessa analyser har t-test använts. Det betyder att vi genom testen har undersökt om kön har någon betydelse för vilken nivå av tolerans mot begränsningar som ställs på de yrkesområden som sjukskrivna kvinnor och män är anställda inom.

Fördjupade analyser har även genomförts på grupperna av sjukfall med en muskuloskeletal respektive psykiatrisk huvuddiagnos och två av de vanligast förekommande specifika diagnoserna i respektive diagnoskapitel. Även i dessa analyser har Chi2-test och t-test använts för att undersöka om det finns statistiskt säkerställda skillnader mellan sjukskrivna kvinnors och mäns yrkesområden.

Dokumentstudie

En granskning av Försäkringskassans dokument som beskriver utvecklingsarbete med AFU har genomförts. Syftet med dokumentstudien har varit att fastställa om utredningsmodellen i tillräckligt hög grad är kvalitetssäkrad. Fokus har varit tre centrala kriterier i kvalitetssäkringen av AFU, vad gäller utredningsmodellens

- *trovärdighet* med avseende på om AFU är baserad på relevant vetenskaplig kunskap och empiri
- *reliabilitet* med avseende på om bedömningar i AFU blir desamma om bedömningarna görs av olika bedömare

– *prognostisk validitet* med avseende på om AFU kan särskilja försäkrade med nedsatt arbetsförmåga från försäkrade som kan klara av att återgå i arbete.

Det första kriteriet för att värdera kvaliteten i ett nytt mätinstrument eller en ny utredningsmodell är trovärdigheten. När det gäller AFU kan trovärdighet påvisas genom att de aktivitetförmågekategorier som används i utredningsmodellen tar sin utgångspunkt i teorier och vetenskaplig kunskap om vilka förmågor som krävs för att kunna utföra ett arbete. Det ska heller inte saknas perspektiv eller aspekter i utredningen som kan vara av vikt för bedömningen. Det betyder att de förmågekategorier som används i AFU ska vara relevanta för att kunna göra en helhetsbedömning av kvinnors och mäns arbetsförmåga.

Det andra kriteriet är reliabiliteten i bedömningar. Reliabilitet handlar om metodens tillförlitlighet, det vill säga om resultaten av en AFU blir desamma ifall bedömningen görs av olika bedömare (interbedömarreliabilitet). Med interbedömarreliabilitet menas i det här fallet att två läkare enskilt bedömer de medicinska förutsättningarna för arbete för samma försäkrade eller att två handläggare enskilt bedömer arbetsförmågan och rätten till ersättning för samma försäkrade. Vid värderingen av resultaten av ett sådant test bör det ingå att undersöka om reliabiliteten skiljer sig mellan olika grupper, till exempel mellan kvinnor och män, yngre och äldre, arbetstagare i manuella yrken, icke-manuella yrken och arbetslösa.

Det tredje kriteriet är prognostisk validitet. Med denna typ av validitet menas här om handläggarna, med AFU-utlåtanden som underlag, kan särskilja försäkrade med nedsatt arbetsförmåga från försäkrade som kan klara av att återgå i arbete. Det handlar alltså i förlängningen om försäkringsutfallet i sjukpenningförsäkringen. De frågor som är av intresse är om AFU innebär en skillnad i Försäkringskassans bedömningar av försäkrades rätt till sjukpenning samt om det med AFU blir fler eller färre försäkrade som bedöms ha nedsatt arbetsförmåga och rätt till sjukpenning. Även vid värderingen av resultaten för prognostisk validitet bör man undersöka om den skiljer sig mellan olika grupper, till exempel mellan kvinnor och män.

Samtliga tre kriterier bör enligt ISF:s bedömning i acceptabel grad vara uppfyllda för att utredningsmodellen AFU ska kunna anses vara kvalitetssäkrad.

Bilaga 2 Underlag i AFU

Tabell B2.1. Tolkning av kunskapsunderlagets toleransnivåer avseende vid vilken begränsning arbetsuppgifterna kan utföras

AFU	**Kunskapsunderlag**				
Aktivitetsförmågeprofil	*Arbetsuppgifter kan utföras om toleransnivå mot begränsningar att utföra dessa är:*				
begränsning	*ingen tolerans (0)*	*liten tolerans (1)*	*måttlig tolerans (2)*	*stor tolerans (3)*	*mycket stor/total tolerans (4)*
ingen/obetydlig (0)	i normala fall	i normala fall	i normala fall	i normala fall	i normala fall
lätt (1)	normalt inte	i normala fall	i normala fall	i normala fall	i normala fall
måttlig (2)	normalt inte	normalt inte	i många fall	i normala fall	i normala fall
stor (3)	normalt inte	normalt inte	normalt inte	i vissa fall	i normala fall
mycket stor/total (4)	normalt inte	normalt inte	normalt inte	normalt inte	i enskilda fall

Källa: Försäkringskassan (2013a), modifierad från tabell s. 5.

Tabell B2.2. Självskattad aktivitetsförmåga i förhållandet till förmågekategorier i AFU

Självskattning[1]	*Benämning i föreliggande granskning*	*Förmågekategori*[2]
4a. Kan du:		
– använda kroppen för att röra dig och för att vid behov vara stilla, stå, sitta, gå och böja dig?	Röra sig	Styrka och rörlighet
– klara normal fysisk belastning under en dag – vara fysiskt uthållig?[3]		
– lyfta eller bära föremål som väger fem kilo?	Lyfta och bära 5 kg	
– se, höra och tala – vid behov med hjälp av glasögon, hörapparat eller annat hjälpmedel?	Se, höra och tala	Syn, hörsel och tal
– använda dina händer stadigt och precist?	Använda händerna	Balans, koordination, finmotorik
– komma ihåg sådant du bestämt dig för att göra senare, t.ex. att ringa ett viktigt telefonsamtal?	Komma ihåg	Minne, inlärning, koncentration
– lära dig nya saker, t.ex. att använda en ny telefon eller ett nytt sätt att utföra en uppgift?	Lära sig nya saker	
– vara uppmärksam och koncentrerad, t.ex. under ett längre samtal?	Vara uppmärksam	
– läsa, förstå och använda komplicerad information, t.ex. en bruksanvisning?	Läsa och förstå	

Tabell B2.2. Fortsättning

Självskattning	*Benämning i föreliggande granskning*	*Förmågekategori*[2]
– ta initiativ till aktiviteter och genomföra dem, t.ex. att planera, boka in och vara aktiv vid ett möte?	Ta initiativ	Exekutiv förmåga
– snabbt anpassa dig till nya krav, t.ex. om du ombeds utföra en ansvarsfull uppgift som är ny för dig?	Anpassa sig till nya krav	
– hantera relationer till andra människor, t.ex. samarbeta och reda ut konflikter?	Hantera relationer	Affektiv funktion
– vara uppmärksam och aktiv under större delen av en dag – vara psykiskt uthållig?	Vara psykiskt uthållig	Psykisk uthållighet
Svarsalternativ för varje fråga: ☐ Ja, utan svårighet ☐ Ja, med viss svårighet ☐ Ja, med stora svårigheter ☐ Nej, inte alls		

[1] Formulär ”Frågor om din hälsa, dina förmågor och din syn på möjligheter att arbeta” (självskattning inför AFU), fråga F4a.
[2] Formulär ”Bedömning medicinska förutsättningar för arbete, den försäkrades syn på möjligheter till arbete” (AFU-utlåtande), avsnitt 4.1–4.4.
[3] När granskningen gjordes saknades frågan om fysisk uthållighet i det formulär som den försäkrade ska besvara inför en AFU.
Kommentar: Se Försäkringskassan (2013c), s. 25–29, för beskrivning av kopplingen mellan frågorna (dina förmågor) i självskattningen inför AFU och bedömningen i AFU-utlåtande.

Tabell B2.3. Könsblandade yrkesområden[1] i kunskapsunderlaget, andel (%) kvinnor och män i yrkesområdet

Yrkesområde		*Kvinnor*	*Män*
2	Banktjänstemän	63	37
4	Brevbärare, reklam- och tidningsdistributörer	36	64
5	Butikspersonal, eventsäljare och uthyrare m.fl.	64	36
6	Chefer inom ekonomi, personal, marknadsföring, och försäljning samt annan administration m.m.	41	59
10	Författare, journalister och tolkar m.fl.	52	48
11	Försäkringsrådgivare, företagssäljare och inköpare m.fl.	32	68
12	Gymnasielärare, grundskollärare, förskollärare och fritidspedagoger	70	30
13	Handpaketerare och andra fabriksarbetare	36	64
14	Hovmästare, servitörer och bartendrar	60	40
17	Kockar och kallskänkor	52	48
21	Läkare och psykologer	54	46
25	Poliser	31	69
35	Universitets- och högskolelärare	46	54
38	Yrken med krav på fördjupad högskolekompetens inom ekonomi, förvaltning och juridik	57	43

Källa: Försäkringskassan (2013a) och Arbetsförmedlingen (2015b) samt ISF:s beräkningar utifrån SCB:s yrkesregister för år 2012.

[1] Könsblandade yrkesområden består av > 30 procent och < 70 procent kvinnor respektive män.

Bilaga 3 Resultat tabeller

Tabell B3.1. Samtliga yrkesområden: genomsnittliga toleransnivåer mot begränsningar i de åtta förmågekategorierna i kunskapsunderlaget

Förmågekategori	*Kvinnor*[1]	*Män*[1]	*Kvinnor (m)*[2]	*Män (m)*[2]	*Differens kvinnor – män*	*p-värde Chi2-test*[3]	*p-värde T-test*[4]
Styrka och rörlighet	Lägre		1,86	1,91	-0,05	<0,0001	<0,0001
Fysisk uthållighet	Lägre		2,01	2,05	-0,04	<0,0001	<0,0001
Syn, hörsel och tal	Lägre		1,29	1,32	- 0,03	<0,0001	<0,0001
Balans, koordination, finmotorik		Lägre	1,73	1,48	+0,25	<0,0001	<0,0001
Minne, inlärning, koncentration		Lägre	1,90	1,70	+0,20	<0,0001	<0,0001
Exekutiv funktion	Lägre		1,68	1,78	-0,10	<0,0001	<0,0001
Affektiv funktion	Lägre		1,22	1,74	-0,52	<0,0001	<0,0001
Psykisk uthållighet		Lägre	1,63	1,57	+0,06	<0,0001	<0,0001

[1] ”Lägre” toleransnivåer mot begränsningar i förmåga, enligt kunskapsunderlaget, i förhållande till de yrkesområden där personer av det andra könet företrädesvis är anställda.

[3] Test om fördelningen skiljer sig åt över de olika toleransnivåerna mellan de yrkesområden där sjukskrivna kvinnor respektive män företrädesvis är anställda. P < 0,001 anger statistisk signifikans på 0,1-procentsnivå.

[4] Test om den genomsnittliga toleransnivån skiljer sig åt mellan de yrkesområden där sjukskrivna kvinnor respektive män företrädesvis är anställda. P < 0,001 anger statistisk signifikans på 0,1-procentsnivå

Tabell B3.2. Könsblandade yrkesområden[1]: genomsnittliga toleransnivåer mot begränsningar i de åtta förmågekategorierna i kunskapsunderlaget

Förmågekategori	*Kvinnor*[2]	*Män*[2]	*Kvinnor (m)*	*Män (m)*	*Differens kvinnor – män*	*p-värde Chi2-test*[3]	*p-värde T-test*[4]
Styrka och rörlighet	Lägre		2,17	2,24	-0,07	<0,0001	<0,0001
Fysisk uthållighet	Lägre		2,06	2,08	-0,02	<0,0001	<0,0001
Syn, hörsel och tal	Lägre		1,29	1,32	- 0,03	<0,0001	<0,0001
Balans, koordination, finmotorik	Lägre		1,87	1,93	-0,06	<0,0001	<0,0001
Minne, inlärning, koncentration	Lägre		1,61	1,64	-0,03	<0,0001	<0,0001
Exekutiv funktion	Lägre		1,44	1,52	-0,08	<0,0001	<0,0001
Affektiv funktion	Lägre		1,21	1,38	-0,17	<0,0001	<0,0001
Psykisk uthållighet	Lägre		1,64	1,72	-0,08	<0,0001	<0,0001

[1] Könsblandade yrkesområden består av > 30 procent och < 70 procent kvinnor respektive män. Se även tabell B2.3 i bilaga 2.

[2] ”Lägre” toleransnivåer mot begränsningar i förmåga, enligt kunskapsunderlaget, i förhållande till de yrkesområden där personer av det andra könet företrädesvis är anställda.

[3] Test om fördelningen skiljer sig åt över de olika toleransnivåerna mellan de yrkesområden där sjukskrivna kvinnor respektive män företrädesvis är anställda. P < 0,001 anger statistisk signifikans på 0,1-procentsnivå.

[4] Test om den genomsnittliga toleransnivån skiljer sig åt mellan de yrkesområden där sjukskrivna kvinnor respektive män företrädesvis är anställda. P < 0,001 anger statistisk signifikans på 0,1-procentsnivå

Tabell B3.3. Genomsnittliga toleransnivåer mot begränsningar i förmåga relaterat till styrka och rörlighet för samtliga sjukfall, sjukfall med muskuloskeletal diagnos samt sjukfall med diagnoserna ryggvärk (M54) och sjukdomstillstånd i skulderleden (M75), uppdelat på kvinnor och män

Förmågekategori ***styrka och rörlighet***	*Kvinnor*[1]	*Män*[1]	*Kvinnor (m)*[2]	*Män (m)*[2]	*Differens kvinnor – män*	*p-värde Chi2-test*[2]	*p-värde T-test*[3]
Samtliga sjukfall	Lägre		1,86	1,94	- 0,08	<0,0001	<0,0001
Muskuloskeletal diagnos	Lägre		1,67	1,75	-0,08	<0,0001	<0,0001
Ryggvärk	Lägre		1,64	1,75	-0,11	<0,0001	<0,0001
Sjukdomstillstånd i skulderleden	Lägre		1,58	1,65	-0,07	<0,0001	<0,0001

1 ”Lägre” toleransnivåer mot begränsningar i förmåga, enligt kunskapsunderlaget, i förhållande till de yrkesområden där personer av det andra könet företrädesvis är anställda.

2 Test om fördelningen skiljer sig åt över de olika toleransnivåerna mellan de yrkesområden där sjukskrivna kvinnor respektive män företrädesvis är anställda. P < 0,001 anger statistisk signifikans på 0,1-procentsnivå.

3 Test om den genomsnittliga toleransnivån skiljer sig åt mellan de yrkesområden där sjukskrivna kvinnor respektive män företrädesvis är anställda. P < 0,001 anger statistisk signifikans på 0,1-procentsnivå.

Tabell B3.4. Genomsnittliga toleransnivåer mot begränsningar i förmåga relaterat till fysisk uthållighet för samtliga sjukfall, alla sjukfall med muskuloskeletal diagnos samt sjukfall med diagnoserna ryggvärk (M54) och sjukdomstillstånd i skulderleden (M75), uppdelat på kvinnor och män

Förmågekategori ***fysisk uthållighet***	*Kvinnor*[1]	*Män*[1]	*Kvinnor (m)*	*Män (m)*	*Differens kvinnor – män*	*p-värde Chi2-test*[2]	*p-värde T-test*[3]
Samtliga sjukfall	Lägre		2,00	2,07	-0,07	<0,0001	<0,0001
Muskuloskeletal diagnos	Lägre		1,84	1,92	-0,04	<0,0001	<0,0001
Ryggvärk	Lägre		1,82	1,94	-0,12	<0,0001	<0,0001
Sjukdomstillstånd i skulderleden	Lägre		1,77	1,85	-0,08	<0,0001	<0,0001

[1] ”Lägre” toleransnivåer mot begränsningar i förmåga, enligt kunskapsunderlaget, i förhållande till de yrkesområden där personer av det andra könet företrädesvis är anställda.

[2] Test om fördelningen skiljer sig åt över de olika toleransnivåerna mellan de yrkesområden där sjukskrivna kvinnor respektive män företrädesvis är anställda. P < 0,001 anger statistisk signifikans på 0,1-procentsnivå.

[3] Test om den genomsnittliga toleransnivån skiljer sig åt mellan de yrkesområden där sjukskrivna kvinnor respektive män företrädesvis är anställda. P < 0,001 anger statistisk signifikans på 0,1-procentsnivå

Tabell B3.5. Genomsnittliga toleransnivåer mot begränsningar i förmåga relaterat till minne, inlärning och koncentration för samtliga sjukfall, alla sjukfall med psykiatrisk diagnos samt sjukfall med diagnoserna depressiv episod (F32) och andra ångestsyndrom (F41), uppdelat på kvinnor och män

Förmågekategori ***minne, inlärning, koncentration***	*Kvinnor*[1]	*Män*[1]	*Kvinnor (m)*	*Män (m)*	*Differens kvinnor – män*	*p-värde Chi2-test*[2]	*p-värde T-test*[3]
Samtliga sjukfall		Lägre	1,90	1,67	+0,23	<0,0001	<0,0001
Psykiatrisk diagnos		Lägre	1,76	1,59	+0,17	<0,0001	<0,0001
Depressiv episod		Lägre	1,84	1,60	+0,24	<0,0001	<0,0001
Andra ångestsyndrom		Lägre	1,91	1,71	+0,20	<0,0001	<0,0001

[1] ”Lägre” toleransnivåer mot begränsningar i förmåga, enligt kunskapsunderlaget, i förhållande till de yrkesområden där personer av det andra könet företrädesvis är anställda.

[2] Test om fördelningen skiljer sig åt över de olika toleransnivåerna mellan de yrkesområden där sjukskrivna kvinnor respektive män företrädesvis är anställda. P < 0,001 anger statistisk signifikans på 0,1-procentsnivå.

[3] Test om den genomsnittliga toleransnivån skiljer sig åt mellan de yrkesområden där sjukskrivna kvinnor respektive män företrädesvis är anställda. P < 0,001 anger statistisk signifikans på 0,1-procentsnivå.

Tabell B3.6. Genomsnittliga toleransnivåer mot begränsningar i förmåga relaterat till exekutiv funktion för samtliga sjukfall, alla sjukfall med psykiatrisk diagnos samt sjukfall med diagnoserna depressiv episod (F32) och andra ångestsyndrom (F41), uppdelat på kvinnor och män

Förmågekategori ***exekutiv funktion***	*Kvinnor*[1]	*Män*[1]	*Kvinnor (m)*[2]	*Män (m)*[2]	*Differens kvinnor – män*	*p-värde Chi2-test*[2]	*p-värde T-test*[3]
Samtliga sjukfall	Lägre		1,68	1,76	-0,08	<0,0001	<0,0001
Psykiatrisk diagnos	Lägre		1,58	1,61	-0,03	<0,0001	<0,0001
Depressiv episod		Lägre	1,64	1,63	+0,01	<0,0001	0,1796
Andra ångestsyndrom	Lägre		1,72	1,74	-0,02	<0,0001	0,0633

[1] ”Lägre” toleransnivåer mot begränsningar i förmåga, enligt kunskapsunderlaget, i förhållande till de yrkesområden där personer av det andra könet företrädesvis är anställda.

[2] Test om fördelningen skiljer sig åt över de olika toleransnivåerna mellan de yrkesområden där sjukskrivna kvinnor respektive män företrädesvis är anställda. P < 0,001 anger statistisk signifikans på 0,1-procentsnivå.

[3] Test om den genomsnittliga toleransnivån skiljer sig åt mellan de yrkesområden där sjukskrivna kvinnor respektive män företrädesvis är anställda. P < 0,001 anger statistisk signifikans på 0,1-procentsnivå.

Tabell B3.7. Genomsnittliga toleransnivåer mot begränsningar i förmåga relaterat till affektiv funktion för samtliga sjukfall, alla sjukfall med psykiatrisk diagnos samt sjukfall med diagnoserna depressiv episod (F32) och andra ångestsyndrom (F41), uppdelat på kvinnor och män

Förmågekategori ***affektiv funktion***	*Kvinnor*[1]	*Män*[1]	*Kvinnor (m)*	*Män (m)*	*Differens kvinnor – män*	*p-värde Chi2-test*[2]	*p-värde T-test*[3]
Samtliga sjukfall	Lägre		1,24	1,74	-0,50	<0,0001	<0,0001
Psykiatrisk diagnos	Lägre		1,18	1,57	-0,39	<0,0001	<0,0001
Depressiv episod	Lägre		1,18	1,58	-0,40	<0,0001	<0,0001
Andra ångestsyndrom	Lägre		1,18	1,65	-0,47	<0,0001	<0,0001

[1] ”Lägre” toleransnivåer mot begränsningar i förmåga, enligt kunskapsunderlaget, i förhållande till de yrkesområden där personer av det andra könet företrädesvis är anställda.

[2] Test om fördelningen skiljer sig åt över de olika toleransnivåerna mellan de yrkesområden där sjukskrivna kvinnor respektive män företrädesvis är anställda. P < 0,001 anger statistisk signifikans på 0,1-procentsnivå.

[3] Test om den genomsnittliga toleransnivån skiljer sig åt mellan de yrkesområden där sjukskrivna kvinnor respektive män företrädesvis är anställda. P < 0,001 anger statistisk signifikans på 0,1-procentsnivå.

Tabell B3.8. Genomsnittliga toleransnivåer mot begränsningar i förmåga relaterat till psykisk uthållighet för samtliga sjukfall, alla sjukfall med psykiatrisk diagnos samt sjukfall med diagnoserna depressiv episod (F32) och andra ångestsyndrom (F41), uppdelat på kvinnor och män

Förmågekategori ***psykisk uthållighet***	*Kvinnor*[1]	*Män*[1]	*Kvinnor (m)*	*Män (m)*	*Differens kvinnor – män*	*p-värde Chi2-test*[2]	*p-värde T-test*[3]
Samtliga sjukfall		Lägre	1,64	1,56	+0,08	<0,0001	<0,0001
Psykiatrisk diagnos		Lägre	1,56	1,53	+0,03	<0,0001	<0,0001
Depressiv episod		Lägre	1,60	1,54	+0,06	<0,0001	<0,0001
Andra ångestsyndrom		Lägre	1,65	1,59	+0,06	<0,0001	<0,0001

[1] ”Lägre” toleransnivåer mot begränsningar i förmåga, enligt kunskapsunderlaget, i förhållande till de yrkesområden där personer av det andra könet företrädesvis är anställda.

[2] Test om fördelningen skiljer sig åt över de olika toleransnivåerna mellan de yrkesområden där sjukskrivna kvinnor respektive män företrädesvis är anställda. P < 0,001 anger statistisk signifikans på 0,1-procentsnivå.

[3] Test om den genomsnittliga toleransnivån skiljer sig åt mellan de yrkesområden där sjukskrivna kvinnor respektive män företrädesvis är anställda. P < 0,001 anger statistisk signifikans på 0,1-procentsnivå.

Tabellförteckning

Tabell 4.1. Kvinnor och män skiljer sig åt i några avseenden vad gäller självskattade besvär, andel (%) 35

Tabell 4.2. För 10 av de 12 förmågor anger en större andel (%) kvinnor än män att de har stora svårigheter eller inte alls kan utföra aktiviteter 37

Tabell 4.3. För två av förmågorna finns det skillnader mellan kvinnor och män i samstämmighet för självskattad förmåga och läkarbedömningen, andel (%) 39

Tabell 4.4. Sjukskrivna kvinnor är i större utsträckning än män anställda i yrkesområden som enligt kunskapsunderlaget har en lägre toleransnivå mot begränsningar i förmåga. 45

Tabell 4.5. Sjukskrivna kvinnor är i större utsträckning än män anställda i yrkesområden som enligt kunskapsunderlaget har en lägre toleransnivå mot begränsningar relaterade till fysiska förmågor – uppdelat på sjukfall med muskuloskeletal diagnos, ryggvärk samt sjukdomstillstånd i skulderleden 48

Tabell 4.6. Sjukskrivna kvinnor respektive män är företrädevis anställda i yrkesområden där toleransnivå mot begränsningar relaterade till psykiska förmågor, enligt kunskapsunderlaget, skiljer sig åt – uppdelat på sjukfall med psykiatrisk diagnos, depressiv episod samt andra ångestsyndrom 49

Tabell B1.1. Kategorier som användes i analyser vid jämförelser av självskattad och läkarbedömd aktivitetsförmåga 75

Tabell B2.1. Tolkning av kunskapsunderlagets toleransnivåer avseende vid vilken begränsning arbetsuppgifterna kan utföras 82

Tabell B2.2. Självskattad aktivitetsförmåga i förhållandet till förmågekategorier i AFU 83

Tabell B2.3. Könsblandade yrkesområden[1] i kunskapsunderlaget, andel (%) kvinnor och män i yrkesområdet 85

Tabell B3.1. Samtliga yrkesområden: genomsnittliga toleransnivåer mot begränsningar i de åtta förmågekategorierna i kunskapsunderlaget 88

Tabell B3.2. Könsblandade yrkesområden[1]: genomsnittliga toleransnivåer mot begränsningar i de åtta förmågekategorierna i kunskapsunderlaget 89

Tabell B3.3. Genomsnittliga toleransnivåer mot begränsningar i förmåga relaterat till styrka och rörlighet för samtliga sjukfall, sjukfall med muskuloskeletal diagnos samt sjukfall med diagnoserna ryggvärk (M54) och sjukdomstillstånd i skulderleden (M75), uppdelat på kvinnor och män 90

Tabell B3.4. Genomsnittliga toleransnivåer mot begränsningar i förmåga relaterat till fysisk uthållighet för samtliga sjukfall, alla sjukfall med muskuloskeletal diagnos samt sjukfall med diagnoserna ryggvärk (M54) och sjukdomstillstånd i skulderleden (M75), uppdelat på kvinnor och män 91

Tabell B3.5. Genomsnittliga toleransnivåer mot begränsningar i förmåga relaterat till minne, inlärning och koncentration för samtliga sjukfall, alla sjukfall med psykiatrisk diagnos samt sjukfall med diagnoserna depressiv episod (F32) och andra ångestsyndrom (F41), uppdelat på kvinnor och män 92

Tabell B3.6. Genomsnittliga toleransnivåer mot begränsningar i förmåga relaterat till exekutiv funktion för samtliga sjukfall, alla sjukfall med psykiatrisk diagnos samt sjukfall med diagnoserna depressiv episod (F32) och andra ångestsyndrom (F41), uppdelat på kvinnor och män 93

Tabell B3.7. Genomsnittliga toleransnivåer mot begränsningar i förmåga relaterat till affektiv funktion för samtliga sjukfall, alla sjukfall med psykiatrisk diagnos samt sjukfall med diagnoserna depressiv episod (F32) och andra ångestsyndrom (F41), uppdelat på kvinnor och män 94

Tabell B3.8. Genomsnittliga toleransnivåer mot begränsningar i förmåga relaterat till psykisk uthållighet för samtliga sjukfall, alla sjukfall med psykiatrisk diagnos samt sjukfall med diagnoserna depressiv episod (F32) och andra ångestsyndrom (F41), uppdelat på kvinnor och män 95

isf
INSPEKTIONEN FÖR
SOCIALFÖRSÄKRINGEN

adress Box 202, 101 24 Stockholm *besöksadress* Fleminggatan 7
telefon 08 58 00 15 00 *fax* 08 58 00 15 90 e-post registrator@inspsf.se *webb* www.inspsf.se

ISBN 978-91-88098-23-8