

Delrapport 9 i projekt om kvinnors och mäns sjukfrånvaro

# Långtidssjukskrivna kvinnor och män som genomgått försäkringsmedicinska utredningar

Staffan Marklund  
Kristina Alexanderson  
Klas Gustafsson  
Göran Lundh  
Jürgen Linder  
Pia Svedberg

Sektionen för försäkringsmedicin  
Institutionen för klinisk neurovetenskap



**Karolinska  
Institutet**

## Förord

Vid Karolinska Institutets Sektion för försäkringsmedicin bedrivs tvärvetenskaplig forskning om riskfaktorer för att bli sjukskriven eller få sjuk- eller aktivitetsersättning, om konsekvenser av att vara sjukskriven eller ha sjukersättning, om faktorer som hindrar respektive främjar återgång i arbete och om hur man inom olika organisationer arbetar med sjukskrivningsärenden, så kallad sjukskrivningspraxis.

I denna delrapport redovisas resultat från projekt om kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Andra delrapporter om kvinnors och mäns sjukfrånvaro, som publicerats under mars 2011, listas nedan. De kan laddas ner från vår hemsida: [www.ki.se/im](http://www.ki.se/im)

Kristina Alexanderson

Professor

Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap

Karolinska Institutet

171 77 Stockholm

Fax: 08-524 832 05 [kristina.alexanderson@ki.se](mailto:kristina.alexanderson@ki.se)

### Delrapport 1

Wikman A, Marklund S, Alexanderson K: Kohortstudier av utveckling av försörjningssituationen över tid. ISBN 978-91-7457-379-4

### Delrapport 2

Wikman A, Kjeldgård L, Marklund S, Alexanderson K: Korta sjukskrivningsfall och risk för framtida sjukskrivning respektive sjuk- eller aktivitetsersättning ISBN 978-91-7457-380-4

### Delrapport 3

Mittendorfer Rutz E, Alexanderson K, Kjeldgård L, Wikman A: Sjukskrivning och risk för framtida sjuk- och aktivitetsersättning bland kvinnor och män. ISBN 978-91-7457-381-4

### Delrapport 4

Lindholm C, Ringbäck Weitoft G, Mittendorfer Rutz E, Kjeldgård L, Alexanderson K: Sjukskrivning och risk för förtida död bland kvinnor och män. ISBN 978-91-7457-382-4

### Delrapport 5

Lindholm C, Mittendorfer Rutz E, Hinas E, Kjeldgård L, Alexanderson K: Samband mellan sjuk- och aktivitetsersättning och risk för förtida död bland kvinnor och män. ISBN 978-91-7457-383-4

### Delrapport 6

Jansson C, Alexanderson K: Innebär sjukskrivning i muskuloskeletala diagnoser en ökad risk för sjuk- och aktivitetsersättning eller förtida död bland kvinnor och män? En rikstäckande prospektiv kohortstudie. ISBN 978-91-7457-384-4

### Delrapport 7

Mittendorfer Rutz E, Kjeldgård L, Wikman A, Alexanderson K: Sjukskrivning i psykiska diagnoser och risk för att få sjuk- eller aktivitetsersättning eller för förtida död. ISBN 978-91-7457-385-4

### Delrapport 8

Svedberg P, Narusyte J, Samuelsson Å, Ropponen A, Lichtenstein P, Alexanderson K: Betydelsen av arv och miljö för sjukskrivning och sjukersättning bland kvinnor och män i en kohort av svenska tvillingar. ISBN 978-91-7457-386-4

### Delrapport 9

Marklund S, Alexanderson K, Gustafsson K, Lundh G, Linder J, Svedberg P: Långtidssjukskrivna kvinnor och män som genomgått försäkringsmedicinska utredningar. ISBN 978-91-7457-387-4

### Huvudrapport

Alexanderson K, Marklund S, Mittendorfer Rutz E, Svedberg P: Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro. ISBN 978-91-7457-390-4

# Innehåll

Sammanfattning.....	2
Inledning.....	4
Syfte .....	4
Material och metod .....	4
I. Skillnader mellan kvinnor och män som genomgått försäkringsmedicinsk utredning	
– bakgrundsfaktorer, diagnoser och diagnosförändringar .....	7
Bakgrund och syfte .....	7
Metod .....	7
Resultat.....	8
Sammanfattning .....	11
II. Försäkringskassans handläggning och åtgärder – skillnader mellan kvinnor och män .....	12
Inledning .....	12
Syfte .....	13
Material och metod .....	13
Centrala faktorer .....	13
Analys .....	14
Resultat.....	14
Antal dagar med ersättning innan avstämningsmöte, remiss till försäkringsmedicinsk utredning och aktiv åtgärd .....	14
Deltagande i avstämningsmöte .....	15
Bedömning av behov av arbetslivsinriktad rehabilitering och beslut om rehabilitering .....	17
Försäkringskassans handläggning i samband med försäkringsmedicinsk utredning.....	18
Omprovning och överklaganden.....	19
Diskussion.....	19
Sammanfattning.....	20
III. Prognos för återgång i arbete bland kvinnor och män	
– en uppföljning av långtidssjukskrivna som genomgått försäkringsmedicinsk utredning.....	21
Inledning .....	21
Material och metod .....	21
Resultat.....	22
Prognostiserad arbetsförmåga och sjukpenning eller sjukersättning två år efter försäkringsmedicinsk utredning.....	22
Diskussion.....	27
Sammanfattning .....	28
IV. Sjukpenning, sjukersättning och arbetslöshetsersättning bland långtidssjukskrivna kvinnor och män före, under och efter försäkringsmedicinsk utredning .....	29
Inledning .....	29
Syfte och frågeställningar .....	29
Material och metod .....	29
Resultat.....	30
Diskussion.....	33
Sammanfattning .....	34
Referenser.....	35

# Sammanfattning

Här presenteras resultat från analyser av situationen för långtidssjukskrivna kvinnor och män som av Försäkringskassan remitterats till en så kallad försäkringsmedicinsk utredning. En försäkringsmedicinsk utredning görs framförallt för att Försäkringskassan ska få ett bättre underlag för bedömning av individens rätt till fortsatt ersättning och behov av arbetslivsinriktad rehabilitering.

Studiepopulationen utgörs av 1 006 personer, 633 kvinnor och 373 män, som under åren 1998–2007 remitterades för en försäkringsmedicinsk utredning till Diagnostiskt Centrum inom Stockholms läns landsting. Utredningen genomfördes av ett läkarteam och resulterade i fastställande av vilken eller vilka diagnoser som personerna hade, en bedömning av deras aktuella arbetsförmåga, prognos av arbetsförmåga om två år samt behov av medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. Information från utredningen har här kompletterats med uppgifter från individernas personakter hos Försäkringskassan och registeruppgifter kring ersättningar och försörjning för åren före och efter utredningen.

Syftet med projektet har varit att beskriva gruppens hälsoproblem och diagnoser och hur Försäkringskassan använt resultaten från utredningen. Vidare jämförs utredningens prognos för arbetsförmåga om två år med om individerna fått hel sjukpenning eller hel sjukersättning efter dessa två år. Utvecklingen av det årliga antalet dagar med sjukpenning, sjukersättning respektive arbetslöshetsersättning beskrivs också för den undersökta gruppen fem år före, under och fem år efter den försäkringsmedicinska utredningen.

De personer som remitterades till den försäkringsmedicinska utredningen hade varit sjukskrivna i minst ett år. Fyrtiotvå procent var födda i annat land än Sverige och medelåldern var 45 år för kvinnorna och 46 år för männen. Vid utredningen var 51 procent av kvinnorna och 53 procent av männen arbetslösa. Den undersökta gruppen hade omfattande hälsoproblem i form av självrapporterade fysiska och psykiska besvär, och många fick flera olika sjukdomsdiagnoser. En större andel av männen än av kvinnorna rapporterade svåra psykiska besvär och fler av männen hade också en psykisk diagnos. Bland kvinnorna rapporterades en högre förekomst av fysiska symtom av olika slag.

Både bland kvinnorna och bland männen innebar den försäkringsmedicinska utredningen att ytterligare sjukdomar diagnosticerades och antalet diagnoser ökade särskilt mycket bland männen. Vid utredningen tillkom i många fall, utöver den somatiska sjukskrivningsdiagnosen, en psykisk diagnos. Förändringen från att ha haft enbart somatiska diagnoser till en kombination av somatiska och psykiska diagnoser var mer uttalad bland män än bland kvinnor.

Genomgången av vilka åtgärder Försäkringskassan vidtagit visade inte på några stora könsskillnader vad avser hur lång tid som förflutit i sjukfallet innan olika typer av åtgärder vidtagits. Både för kvinnor och män tog det mycket lång tid innan ett avstämningsmöte ägde rum, innan aktiva rehabiliteringsåtgärder sattes in och innan den sjukskrivne remitterades till försäkringsmedicinsk utredning. Individerna hade i genomsnitt cirka 1 000 dagar med sjukpenning eller tidsbegränsad sjukersättning innan de första gången kallades till Försäkringskassan för avstämningsmöte och många kallades inte alls. Knappt 40 procent av kvinnorna och 46 procent av männen kallades inte någon gång till avstämningsmöte.

Drygt en tredjedel av de sjukskrivna kvinnorna och en fjärdedel av de sjukskrivna männen hade själva kontaktat Försäkringskassan för att få hjälp med rehabilitering. Försäkringskassan bedömde att 67 procent av kvinnorna och 49 procent av männen hade behov av någon form av arbetslivsinriktad rehabilitering. Den vanligaste formen av rehabilitering bland kvinnorna var arbetsträning. Kontakterna mellan Försäkringskassans handläggare och den försäkrade skedde framförallt via telefon. Det fanns

inga signifikanta skillnader mellan kvinnorna och männen i hur Försäkringskassan handlagt dessa ärenden i samband med den försäkringsmedicinska utredningen.

Få av de långtidssjukskrivna i denna studie återvände till arbete inom en tvåårsperiod, trots att man i den försäkringsmedicinska utredningen bedömt det möjligt för majoriteten att göra det. Vid utredningen bedömde läkarna att 80 procent av individerna kunde återfå arbetsförmåga inom två år, förutsatt att de fick lämplig behandling och rehabilitering. Omkring hälften av de som rekommenderats arbetslivsinriktad rehabilitering vid den försäkringsmedicinska utredningen fick sådan. När två år gått hade 70 procent av kvinnorna och 75 procent av männen hel sjukpenning eller sjukersättning. Nitton procent av kvinnorna och 12 procent av männen hade partiell sjukersättning. Tjugofem procent av de kvinnor som fick rekommenderad arbetslivsinriktad rehabilitering hade ingen sjukpenning eller sjukersättning vid uppföljningen, medan motsvarande siffra för de kvinnor som rekommenderats men inte fick rehabilitering var 16 procent. Av de män som fick rekommenderad arbetslivsinriktad rehabilitering hade 17 procent ingen ersättning medan motsvarande siffra för dem som inte fått rekommenderad rehabilitering var 4 procent. Både bland männen och bland kvinnorna som fått arbetslivsinriktad rehabilitering hade en stor majoritet (63 %) fått sjukersättning två år efter utredningen.

Delvis olika faktorer var relaterade till om kvinnorna respektive männen fått sjukersättning två år efter den försäkringsmedicinska utredningen. Både bland kvinnor och män hade även andra faktorer än hälsa och sjukdom betydelse för om de hade sjukersättning två år senare. Vid sidan av diagnostiserad sjukdom och nedsatt arbetsförmåga så som den bedömdes vid utredningen fanns det samband mellan ålder, arbetslöshet och födelseland och sjukpenning eller sjukersättning vid tvåårsuppföljningen. För kvinnorna var arbetslöshet, hög ålder, att vara född i Sverige samt att ha få sociala relationer riskfaktorer för att få heltidsersättning. För männen var arbetslöshet och självrapporterad dålig hälsa och diagnostiserad psykisk sjukdom riskfaktorer för heltidsersättning.

Såväl kvinnorna som männen som genomgått försäkringsmedicinsk utredning hade ett stort antal dagar ersatta med sjukpenning, sjukersättning eller arbetslöshetsersättning, även åren före utredningen. Det genomsnittliga antalet dagar med sjukersättning ökade snabbt under de fem åren efter utredningen. Männen hade efter utredningen i medeltal något större antal dagar med arbetslöshetsersättning och kvinnorna ett större antal dagar med sjukersättning. Det var inga markanta skillnader mellan kvinnor och män vad gäller typ av ersättning efter utredningen, det vill säga sjukpenning, sjukersättning eller arbetslöshetsersättning.

# Inledning

Kvinnor har högre sjukfrånvaro än män i Sverige och en större andel av kvinnors sjukskrivningsfall blir långa. Försäkringskassan ska dels bedöma om en person har rätt till sjukpenning eller sjukersättning (tidigare förtidspension), dels ta ställning till om ytterligare åtgärder kan vidtas för att främja återgång i arbete. Ibland har Försäkringskassan svårt att bedöma om en långtidssjukskriven person är berättigad till fortsatt sjukpenning eller sjukersättning samt vilka åtgärder som är lämpliga för att främja återgång i arbete. För att få ett bättre beslutsunderlag kan Försäkringskassan remittera personen till en så kallad fördjupad försäkringsmedicinsk utredning (FMU). Kunskapen om vilken roll sådana försäkringsmedicinska utredningar spelar för individen och för Försäkringskassans handläggning är begränsad. Det är viktigt att få kunskap om när i sjukskrivningens förlopp remittering till försäkringsmedicinsk utredning ges, om och hur underlaget från utredningen används och om prognoser från utredningen vad gäller arbetsförmåga stämmer, samt om det finns könsskillnader i dessa aspekter.

I denna rapport redovisas resultat från flera delstudier där data om personer som genomgått en försäkringsmedicinsk utredning använts. Här redovisas uppgifter om drygt 1 000 kvinnor och män som genomgick multidisciplinära försäkringsmedicinska utredningar vid Diagnostiskt Centrum på Danderyds sjukhus respektive Karolinska sjukhuset under åren 1998 till 2007 efter remiss från Försäkringskassan i Stockholms län. För de 635 individer som utreddes under åren 2001 till 2007 finns helt jämförbara data om hälsa, sjuklighet och diagnoser liksom om diagnosförändringar i samband med försäkringsmedicinsk utredning. För ett urval av 390 individer har också uppgifter från Försäkringskassans personakter använts för att beskriva hur Försäkringskassan använt informationen från utredningen. Vidare ställdes den prognos om framtida arbetsförmåga som gjordes vid den försäkringsmedicinska utredningen i relation till om individerna efter två år har ersättningar i form av sjukpenning eller sjukersättning. I rapporten ingår också resultat från uppföljningar av dessa individers sjukfrånvaro och sjukersättning fem år före samt fem år efter försäkringsmedicinsk utredning.

## Syfte

Det övergripande syftet är att beskriva skillnader mellan kvinnor och män som genomgått försäkringsmedicinsk utredning. Kapitlet behandlar fyra specifika frågeställningar som besvaras i var sitt avsnitt:

1. Finns det skillnader mellan kvinnor och män som genomgår försäkringsmedicinsk utredning avseende bakgrundsfaktorer och diagnoser?
2. Finns det skillnader mellan kvinnor och män när det gäller de rekommendationer som ges vid den försäkringsmedicinska utredningen respektive de åtgärder som Försäkringskassan vidtagit efter utredningen?
3. Skiljer sig kvinnor och män åt när det gäller prognos vid försäkringsmedicinsk utredning för återgång i arbete och faktisk återgång i arbete två år efter utredning?
4. Finns det könsskillnader när det gäller sjukersättning, sjukpenning och arbetslöshetsersättning före, under och efter en försäkringsmedicinsk utredning?

## Material och metod

Materialet insamlades för en grupp långtidssjukskrivna som remitterats till försäkringsmedicinsk utredning under perioden från januari 1998 till mars 2007. Sammanlagt genomfördes vid Diagnostiskt Centrum vid Danderyds sjukhus respektive Karolinska sjukhuset inom Stockholms läns landsting 1 006 multiprofessionella försäkringsmedicinska utredningar på uppdrag av Försäkringskassan i Stockholms län. De personer som remitterades hade varit sjukskrivna eller haft deltids eller tidsbegränsad sjukersättning (tidigare förtidspension) sedan minst ett år.

Varje utredning pågick under tre veckor och genomfördes av en läkargrupp bestående av en psykiater, en ortopedkirurg och en specialist i rehabiliteringsmedicin. Inledningsvis fyllde individen i flera frågeformulär, vilka tillsammans med tidigare patientjournaler användes som underlag vid undersökningarna. Varje person undersöktes av var och en av de tre specialisterna, som också utan individens närvaro gemensamt bedömde hälsotillstånd och ställde en eller flera diagnoser. Diagnoserna klassificerades enligt ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems version 10 (1)). Vid samma tillfälle bedömdes arbetsförmåga, rehabiliteringspotential och prognos för återgång i arbete. Bedömningarna och läkarnas journalanteckningar skickades som remissvar till Försäkringskassans handläggare.

De omfattande frågeformulär som patienten initialt fyllde i innefattade bland annat validerade instrument om hälsa, smärta, psykiska och andra besvär samt psykosocial situation. Det gäller vetenskapligt väl utprovade och validerade instrument kring alkoholvanor (AUDIT) (2), depression (DSM IV) (3), egenskattning av vanliga symtom (CPRS) (4), personlighetsstörning (SCID II) (5) och DIP-Q (6), personlighet (SSP) (7) samt hälsorelaterad livskvalitet (SF 36) (8). Data från dessa och från de medicinska utredningarna har samlats i en forskningsdatabas.

För de individer som genomgick försäkringsmedicinsk utredning under åren 1998–2000 var informationen från dessa mätinstrument inte helt likartad och fullständig. Därför har en kohort skapats som bara omfattar de 635 personer som undersöktes under åren 2001–2007, där informationen är komplett och helt jämförbar. Denna kohort har använts i de studier där denna detaljerade information från försäkringsmedicinsk utredning behövts.

För att få information om vilka åtgärder Försäkringskassan vidtagit före och efter försäkringsmedicinsk utredning kompletterades detta material med en genomgång av personakter på Försäkringskassan år 2009 för de 635 personer som haft sin försäkringsmedicinska utredning någon gång mellan 2001 och 2007. Av ekonomiska och praktiska skäl kunde inte data extraheras från personakterna för samtliga dessa 635 individer. Ett strategiskt urval gjordes av de 400 individer som tillhörde de fyra största Försäkringskasskontoren i Stockholms län och som fortfarande var boende inom respektive kontors område. Sammanlagt extraherades data från personakterna för 390 personer. Tio personakter kunde inte återfinnas i arkiven. En jämförelse mellan den ursprungliga populationens 635 individer och de 390 i aktgenomgången visar stor överensstämmelse med avseende på bakgrundsfaktorer (9).

Extraktionen av data från personakterna skedde med hjälp av en i förväg utprovad strukturerad mall. För samtliga personer noterades uppgifter om hur Försäkringskassan använt den försäkringsmedicinska utredningen, hur den fortsatta handläggningen skett, vilka beslut om rehabilitering och ersättning som fattats, i vilken mån ytterligare information införskaffats, samt om individen begärt omprövning av beslut och/eller överklagat beslut. Försäkringskassans anteckningar i personakterna granskades från och med 1990 till och med 2009.

För att kunna följa upp det långsiktiga resultatet av genomförda försäkringsmedicinska utredningar kompletterades materialet med registerinformation från Försäkringskassan och SCB:s LISA-databas för samtliga 1 006 individer i studien. Det gäller främst information om inkomster, former för försörjning, arbete, familjesammansättning, födelseland, bostadsort och utbildning för vart och ett av åren 1993–2008. För att få mer detaljerade uppgifter om sjukskrivningsperioder och andra ersättningar som individerna hade fått från Försäkringskassan inhämtades också från Försäkringskassans MiDAS-databas uppgifter om sjukpenning och sjukersättning (tidigare förtidspension) för perioden från 1993 till 2008. Information från Socialstyrelsens dödsorsaksregister har också inhämtats.

Dessa kompletteringar gjorde det möjligt att följa förändringar i försörjning för samtliga individer i studiepopulationen under fem år före och fem år efter försäkringsmedicinska utredningar, med undantag för dem som genomgått utredning efter 2004, där uppföljningstiden blir lite kortare.

Resultaten redovisas genomgående uppdelat på kvinnor och män, men även fördelat utifrån ålder, utbildning, födelseland, diagnos och andra bakgrundsfaktorer. För att avgöra om det finns statistiskt signifikanta skillnader mellan kvinnor och män i materialet har utfallen signifikanttestats med hjälp av Chi<sup>2</sup>-test eller motsvarande. Med avsikt att kontrollera om skillnaderna mellan kvinnor och män påverkades av könsskillnader i andra faktorer genomfördes i vissa fall även analyser med hjälp av logistisk multipel regression. Om de ursprungliga skillnaderna mellan könen minskade kraftigt eller försvann helt i dessa kontrollerade analyser innebär det att andra faktorer än kön påverkar resultaten.

Rapporten består av fyra delavsnitt. Först i den kommande beskrivningen används information som samlades in om kohorten för de 635 som genomgick försäkringsmedicinsk utredning under åren 2001–2007. Här fokuseras på bakgrundsfaktorer, uppgifter om självskattad hälsa och besvär, diagnoser och diagnosförändringar i samband med utredningen. I nästa avsnitt används de uppgifter som extraherats från personakterna för de 390 som ingick i urvalet bland dessa 635. Där beskrivs framförallt uppföljningen av Försäkringskassans handläggning och åtgärder i relation till den information som framkom vid försäkringsmedicinsk utredning. I avsnittet därefter utnyttjas information från aktgenomgången för de 390 från den försäkringsmedicinska utredningen tillsammans med registeruppgifter om sjukpenning och sjukersättning två år efter utredning. Där granskas prognosen vid utredningen för återgång i arbete i relation till om individerna hade sjukpenning eller sjukersättning två år senare. I det sista avsnittet används data om alla de 1 006 individerna som genomgick försäkringsmedicinsk utredning mellan 1998 och 2007 för att beskriva vilka ersättningar från socialförsäkringen som individerna hade fem år före, under utredningsåret och fem år därefter.



# I. Skillnader mellan kvinnor och män som genomgått försäkringsmedicinsk utredning – bakgrundsfaktorer, diagnoser och diagnosförändringar

## Bakgrund och syfte

Personer som remitteras till försäkringsmedicinsk utredning har varit sjukskrivna under lång tid och ofta haft olika typer av medicinska besvär och olika diagnoser. Ett av skälen till att Försäkringskassan låter genomföra en försäkringsmedicinsk utredning är behovet av en bättre bild av individens hälsotillstånd och arbetsförmåga för att kunna bedöma rätten till fortsatt ersättning och besluta om rehabiliteringsåtgärder. Det finns hittills mycket få studier som har beskrivit bakgrund och utfall för långtidssjukskrivna personer som har remitterats till försäkringsmedicinsk utredning (10).

Syftet med denna del var dels att beskriva gruppen långtidssjukskrivna personer som remitterades till försäkringsmedicinsk utredning, dels att studera sambanden mellan diagnos och demografiska faktorer, symtom och livsstilsfaktorer bland de kvinnor och män som genomgick försäkringsmedicinsk utredning (11). En frågeställning var om försäkringsmedicinska utredningar ledde till samma eller förändrad diagnos jämfört med den sjukskrivningsdiagnos individen hade före utredningen. En annan fråga om det fanns ett samband mellan en förändring av diagnosen vid utredningen och vilken typ av specialistläkare som sjukskrivit personen, före utredning (12).

## Metod

Materialet utgörs i detta avsnitt av information insamlad vid försäkringsmedicinska utredningar för den kohort om 635 långtidssjukskrivna personer som genomgått sådan utredning mellan 2001 och 2007. Framförallt presenteras bakgrundsfaktorer, hälsoförhållanden, diagnoser och diagnosförändringar. Samtliga individer undersöktes av medicinska specialister i psykiatri, rehabilitering och ortopedi vilka därefter gemensamt enades om och ställde en eller flera diagnoser. Dessa medicinska diagnoser kodades enligt ICD-10 och användes för att dela in individerna i diagnosgrupperna psykiska, somatiska, eller en kombination av psykiska och somatiska diagnoser. Dessutom räknades det totala antalet diagnoser samman för varje person. Information om sjukskrivningsdiagnos före försäkringsmedicinsk utredning inhämtades via journaler eller det sista sjukintyget samt kodades på motsvarande sätt som de försäkringsmedicinska utredningsdiagnoserna enligt ICD-10.

I tabell 1 redovisas bakgrundsfaktorer (ålder, boendeform, födelseland, yrke, eventuell anställning, högsta utbildningsnivå, uppväxtförhållanden, antal barn totalt (oavsett om barnen vid tillfället var boende i samma hushåll som föräldern), alkohol och rökning/snusning). Dessutom ges information om självskattad fysisk och psykisk hälsa, symtom, funktionsnedsättning, sömn och diagnoser för de undersökta kvinnorna och männen. Dessa data samlades som tidigare redovisats in genom validerade enkäter och frågeformulär till alla individer i samband med försäkringsmedicinsk utredning.

Svarsalternativen till fysisk och psykisk hälsa, yrke, utbildning, sömn och smärta var ja/nej. Frågan ”Hur är ditt förhållande till alkohol?” användes med svarsalternativen ’Dricker inte alls eller ibland men kan avstå’, ’Dricker ganska ofta och ibland lite för mycket’, ’Dricker ofta och anser att det är ett stort problem’. Personerna tillfrågades om de hade haft något av följande 16 symtom de senaste två månaderna (svarsalternativ ja/nej): huvudvärk, värk i armarna, spänd i musklerna, yrsel, balanssvårigheter, störd tarmfunktion, urinvägsinfektioner, trötthetskänsla, domningar, svaghet i muskler, stel i lederna på morgonen, lägre uthållighet i musklerna, svullnadskänsla, köldkänsla, svettning, förändrad hudfärg.

Personerna tillfrågades också om de på grund av sina symtom/besvär hade svårigheter att utföra en eller flera av följande 18 aktiviteter (svarsalternativ ja/nej): gripa föremål, hålla föremål, skriva med penna, kamma håret, tvätta håret, borsta håret, toalettbesök, hänga tvätt, vrida på huvudet, handdiska, plocka upp saker från golvet, skala potatis för hand, dammsuga, bära matkassar, åka bil, köra bil, åka buss, åka tåg.

Antalet symtom och antal funktionsnedsättningar summerades och dikotomiserades därefter (gränsen var 50 procent, det vill säga för 16 symptom 8 och för 18 funktionsnedsättningar 9). Beskrivande statistik och Chi<sup>2</sup>-test för skillnaden mellan kvinnor och män användes genomgående.

## Resultat

Männen var i något högre grad än kvinnorna inneboende eller hemlösa och saknade också i högre grad anställning. Både kvinnor och män i gruppen hade omfattande sömnsvårigheter, smärta, problem med sin fysiska och psykiska hälsa och hade ofta nedsatta funktioner. Nästan inga personer skattade sin fysiska och psykiska hälsa som god. Fler män (11%) än kvinnor (3%) i den undersökta gruppen uppgav att de hade problem med alkohol, och fler män (56%) än kvinnor (39%) rökte eller snusade (tabell 1).

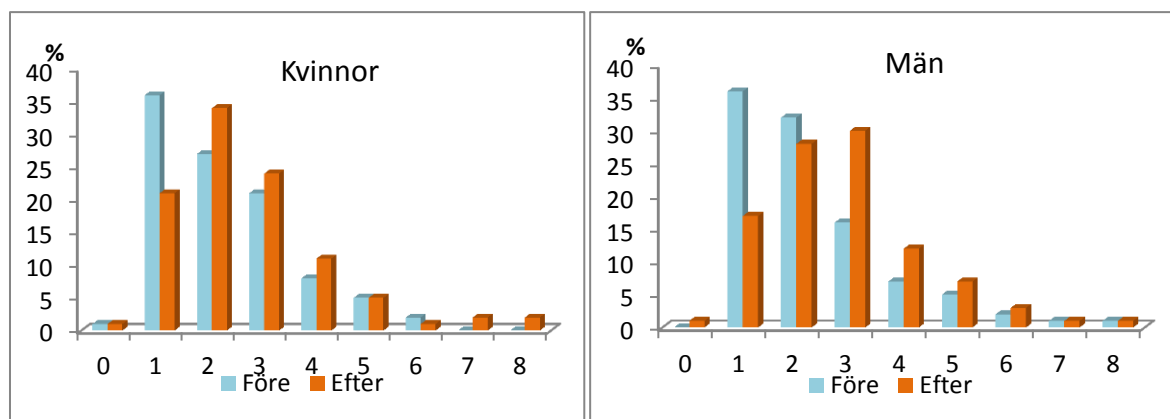
Flertalet individer (cirka 80%) fick vid utredningen mer än en diagnos. En majoritet bland både kvinnorna och männen fick en psykisk diagnos i kombination med en somatisk (kvinnor 54%, män 56%). En något högre andel bland männen fick enbart en psykisk diagnos och en något högre andel bland kvinnorna enbart en somatisk diagnos. En större andel bland männen än bland kvinnorna upplevde svåra problem med sin mentala hälsa och fler av dem gavs också en psykisk diagnos (tabell 1).

Av individerna hade 55 procent någon psykisk diagnos, såsom depression, ångest eller personlighetsstörning (11). De tre vanligast förekommande psykiska diagnoserna var depressiv episod och depression samt fobier och ångest (F30-F41, ICD-10), vilka stod för cirka 80 procent av de psykiska diagnoserna (11). Bland de somatiska diagnoserna var sjukdom i mjukvävnad (myalgi, fibromyalgi), ryggvärk och spondylos de tre vanligaste diagnoserna, det vill säga olika typer av muskuloskeletala diagnoser (M00-M99, ICD-10). För dem som hade både en psykisk och en somatisk diagnos var depressiv episod och fibromyalgi samt depression och fibromyalgi vanligast, den tredje vanligaste kombinationen utgjordes av depression och ryggvärk. Något fler män än kvinnor hade en kombination av flera diagnoser. Bland kvinnorna var det vanligare med en eller två diagnoser, medan det bland männen var vanligare med mellan tre och sex diagnoser (11).

**Tabell 1.** Bakgrundsfaktorer och diagnoser för 635 personer som genomgått multidisciplinär försäkringsmedicinsk utredning (401 kvinnor, 234 män). Procentuell fördelning (%) samt p-värden för signifikantester för skillnaden mellan kvinnor och män med Chi<sup>2</sup> i korstabeller.

Bakgrundsfaktorer	Kvinnor (%)	Män (%)	p-värde
<i>Ålder</i>			0,243
21–39 år	28	21	
40–54 år	57	60	
55–64 år	15	19	
<i>Boende</i>			<0,001
bostadsrätt eller villa	42	32	
hyreslägenhet	54	54	
inneboende, hemlös	3	14	
<i>Född utanför Sverige</i>	35	43	0,034
<i>Anställd</i>	48	43	0,283
<i>Högsta utbildning</i>			0,124
grundskola	32	39	
gymnasium	41	33	
högskola	26	29	
<i>Uppväxt</i>			0,643
med båda biologiska föräldrarna	78	80	
med en biologisk förälder	16	16	
annat	6	4	
<i>Antal barn totalt</i>			0,015
inget	22	32	
1	19	21	
2	32	21	
3	17	17	
4 eller fler	10	9	
<i>Röker/snusar</i>	39	56	<0,001
<i>Problem med alkohol</i>	3	11	0,001
<i>Svårigheter med fysisk hälsa</i>			0,746
inga	2	3	
lätta	17	18	
stora	81	79	
<i>Ofta sömnsvårigheter</i>	90	92	0,402
<i>Psykiska besvär</i>			0,001
inga	18	10	
måttliga	59	54	
svåra	24	36	
<i>Antal fysiska symtom</i>			0,001
0–8	23	35	
9–16	77	65	
<i>Antal nedsatta funktioner</i>			0,005
0–9	50	62	
10–18	50	38	
<i>Typ av diagnoser</i>			0,009
enbart somatiska	29	20	
somatiska och psykiska	54	56	
enbart psykiska	16	24	
<i>Ingen diagnos</i>	1	1	

I figur 1 visas andel av kvinnorna och männen som hade en eller flera diagnoser enligt sjukintygen före försäkringsmedicinsk utredning och motsvarande för antal diagnoser efter. Utredningen medförde en ökning av antalet diagnoser, från 1–2 diagnoser till 2–3 diagnoser, för flertalet individer. Andelen kvinnor med två eller fler diagnoser ökade, och bland männen ökade framförallt andelen med tre eller fler diagnoser efter utredningen. Överlag fick såväl kvinnor som män fler diagnoser efter utredningen än vad de hade vid remitteringen.



**Figur 1.** Andel kvinnor och män med olika antal diagnoser, enligt ICD 10, före och efter försäkringsmedicinsk utredning.

Fyrtiosju procent av kvinnorna och 45 procent av männen hade enbart somatiska diagnoser på sjukintyget när de remitterades till försäkringsmedicinsk utredning (12). Efter utredningen minskade dessa andelar avsevärt, till 29 procent för kvinnorna och 20 procent för männen (tabell 2). Både bland kvinnor och bland män ökade andelen som fick både psykiska och somatiska diagnoser i kombination från drygt 30 procent till 56 procent (12).

**Tabell 2.** Andel (%) kvinnor (n = 400) och män (n = 233) med enbart psykiska, enbart somatiska alternativt både psykiska och somatiska diagnoser vid remittering till försäkringsmedicinsk utredning (FMU), och enligt FMU.

Sjukskrivningsdiagnos	Före FMU	Diagnos fastställd vid FMU		
		Enbart psykisk	Enbart somatisk	Psykisk och somatisk
<i>Kvinnor</i>				
Enbart psykisk	19,7	7,5	0,7	11,5
Enbart somatisk	47,1	1,5	25,2	19,7
Psykisk och somatisk	32,9	7,0	2,7	23,2
<i>Män</i>				
Enbart psykisk	24,8	9,4	0,8	14,1
Enbart somatisk	45,3	7,7	15,4	21,8
Psykisk och somatisk	29,5	6,4	3,4	19,6

\* En kvinna och en man hade ingen sjukskrivningsdiagnos, båda dessa fick enbart psykisk diagnos vid FMU.

För dem som varit sjukskrivna med antingen psykisk eller somatisk diagnos och som vid den försäkringsmedicinska utredningen fick båda typerna av diagnoser fanns det ett samband med vilken typ av specialistläkare som sjukskrivit dem före utredningen (12). Bland de kvinnor som sjukskrivits av en företagsläkare hade närmare 29 procent både en psykisk och en somatisk diagnos. Bedömningen vid försäkringsmedicinsk utredning ledde till en dubblering av andelen kvinnor med denna typ av multi-sjuklighet till 46 procent. För män som sjukskrivits av en företagsläkare var förändringen ännu mer dramatisk; andelen med både psykiska och somatiska diagnoser ökade från en tredjedel till 72 procent.

Av de kvinnor som sjukskrivits av en ortopedkirurg hade 20 procent både somatiska och psykiska diagnoser medan 73 procent fick den kombinationen vid bedömningen av läkarna vid försäkringsmedicinsk utredning. Bland männen som sjukskrivits av en ortopedkirurg hade bara 6 procent en kombination av somatiska och psykiska diagnoser, men detta ökade till nära 63 procent vid försäkringsmedicinsk utredning (12). Förändringen från enbart somatiska diagnoser till en kombination av somatiska och psykiska diagnoser var mer markerad bland kvinnor än bland män (12). Personer som hade sjukskrivits inom företagshälsovården hade i lägre grad psykiska diagnoser än personer som sjukskrivits av andra specialister.

### **Sammanfattning**

De långtidssjukskrivna personer som remitterades till försäkringsmedicinsk utredning hade omfattande hälsoproblem. Det gällde såväl upplevda fysiska som psykiska besvär. I många fall fanns flera olika diagnostiserade sjukdomar. En större andel bland männen än bland kvinnorna upplevde svåra problem med sin psykiska hälsa och fler av männen hade också en psykisk diagnos. Kvinnorna rapporterade en högre förekomst av fysiska symtom av olika slag jämfört med männen. Både bland kvinnorna och bland männen tillkom ytterligare medicinska diagnoser vid de försäkringsmedicinska utredningarna, och antalet diagnoser ökade särskilt mycket bland männen. Den diagnos individen var sjukskriven för var ofta en annan än den eller de diagnoser personen fick vid den bedömning som gjordes vid den försäkringsmedicinska utredningen. Företagsläkare hade i lägre grad än andra specialister sjukskrivit för psykiska diagnoser. Försäkringsmedicinsk utredning ledde i många fall till att en psykisk diagnos lades till, utöver den somatiska diagnosen vid sjukskrivningstillfället. Förändringen från enbart somatiska diagnoser till en kombination av somatiska och psykiska diagnoser var mer markerad bland kvinnor än bland män.

## II. Försäkringskassans handläggning och åtgärder – skillnader mellan kvinnor och män

### **Inledning**

Försäkringskassans handläggning av långa sjukskrivningsfall innehåller olika moment. Det gäller dels att bedöma rätten till ersättning, dels att bedöma vilka åtgärder som skulle kunna underlätta en återgång i arbete (13). Det andra momentet inbegriper samordning av olika aktörers aktiviteter för att underlätta återgång i arbetet, men också beslut om rehabiliteringsersättning till individen och i vissa fall beslut om ersättning för aktiva rehabiliteringsåtgärder. Handläggningen regleras inte i detalj i lagstiftningen.

Enligt gällande lagstiftning är en central uppgift för Försäkringskassan är att ta ställning till om individen har en nedsättning av arbetsförmågan på grund av sjukdom eller skada som ger rätt till ersättning eller åtgärder (13). När det råder osäkerhet om detta, till exempel på grund av bristande dokumentation, kan Försäkringskassan begära olika former av fördjupad medicinsk bedömning.

I de fall som studeras här har en fördjupad medicinsk bedömning skett i form av en multidisciplinär försäkringsmedicinsk utredning. Om Försäkringskassans handläggare, trots konsultationer med den försäkrade och/eller dennes behandlande läkare, finner det medicinska underlaget otillräckligt för att kunna bedöma arbetsförmåga och behov av rehabilitering, kan han/hon remittera till en försäkringsmedicinsk utredning. Handläggaren informerar då den sjukskrivne om den förestående åtgärden. När remissvaret anlant, gör handläggaren en ny bedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringspotential, ofta efter konsultation med försäkringsläkare (numera kallad försäkringsmedicinsk rådgivare) och ibland även med den försäkrade och dennes behandlande läkare, samt delger individen beslut om eventuell ersättning.

En annan uppgift för Försäkringskassan är alltså att samordna olika aktörers åtgärder för att underlätta återgång i arbetet. Under senare år har detta bland annat skett i form av ett så kallat avstämningsmöte med den försäkrade, behandlande läkare, arbetsgivare och Försäkringskassan. Från och med juli 2003 kunde Försäkringskassan enligt regeringens proposition begära att en försäkrad deltog i ett avstämningsmöte för ”bedömning av medicinskt hälsotillstånd, arbetsförmåga och behov av och möjlighet till rehabilitering”. År 2005 skärptes lagen och det angavs att ”avstämningsmöten skall genomföras om de inte är bedöms som obehövlige”. Enligt en rapport från Försäkringskassan (14) ökade andelen som varit sjukskrivna ett år och som deltagit i avstämningsmöte från 17 procent för båda könen år 2003 till 40 procent av kvinnorna och 30 procent av männen 2005 (15).

Försäkringskassan har möjlighet att genom olika åtgärder hjälpa den sjukskrivne att klara sitt vanliga eller ett annat lämpligt arbete hos arbetsgivaren eller rustas för ett annat arbete på arbetsmarknaden. I samband med avstämningsmöten, men även vid andra tillfällen, tar Försäkringskassans handläggare ställning till om den sjukskrivne har behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Enligt en rapport från Försäkringskassan (14) tog handläggare 2006 ställning till om det fanns ett behov av arbetslivsinriktad rehabilitering för 48 procent av kvinnorna och 46 procent av männen som varit sjukskrivna mer än ett år. Den vanligaste bedömningen var att sådant behov inte fanns, men för 12 procent av kvinnorna och 9 procent av männen bedömdes att det fanns behov av arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder.

För att markera att de arbetslivsinriktade åtgärderna syftar till att aktivt hjälpa den sjukskrivne att komma tillbaka till arbete används ofta begreppet ”aktiva rehabiliteringsåtgärder”. I begreppet ingår utbildning, arbetsträning, arbetsanpassning, aktiverings-/motiveringsinsats och annan aktiv åtgärd. I en rapport från Försäkringskassan 2006 (15) angavs arbetsträning som den vanligaste åtgärden (54 pro-

cent av beslutade åtgärder). Man fann ingen könsskillnad i vilken utsträckning åtgärder vidtogs, men kvinnor och män fick olika typer av åtgärd. Arbetsträning var vanligare för kvinnor, vilket även konstaterades redan nio år tidigare i en rapport från Riksförsäkringsverket (16). Enligt en rapport från Försäkringskassan 2005 (17) hade sjukskrivningstidens längd för dem som senare fått arbetslivsinriktad rehabilitering ökat kraftigt från i genomsnitt 314 dagar i början av 1990-talet till 724 dagar i början av 2000-talet. Man konstaterade även att ju senare åtgärden gjordes desto mindre var chansen till självförsörjning och ökad arbetsförmåga. Tyvärr angavs i studien inga könsuppdelade data för detta.

Möjligheten till återgång i arbete påverkas naturligtvis inte bara av Försäkringskassans åtgärder. De sjukskrivnas egna initiativ för återgång i arbete spelar också roll. Enligt en rapport från Riksförsäkringsverket 2004 (18) hade 22 procent av kvinnorna och 25 procent av männen som varit sjukskrivna mer än ett år tagit initiativ till rehabiliteringsutredning eller rehabiliteringsplan på Försäkringskassan.

## Syfte

Det övergripande syftet är att beskriva skillnader mellan kvinnor och män i fråga om Försäkringskassans handläggning av ärenden som rörde personer som remitterats till försäkringsmedicinsk utredning. Studien har följande frågeställningar:

- Fanns skillnader mellan kvinnor och män avseende hur många dagar med sjukpenning och sjukersättning (tidigare förtidspension) de hade innan Försäkringskassan anordnade avstämningsmöte och beslutade om olika typer av åtgärder?
- Fanns skillnader mellan kvinnor och män i hur avstämningsmöten organiserades?
- Fanns skillnader mellan kvinnor och män i bedömning av rehabiliteringsbehov och beslut om aktiva rehabiliteringsåtgärder?
- Fanns skillnader mellan kvinnors och mäns egna initiativ till rehabiliteringsåtgärder?
- Fanns det könsskillnader i andelen som begärde omprövning av Försäkringskassans beslut respektive överklagade beslut till högre instans?

## Material och metod

Undersökningsresultaten i denna del avser materialet för den ovan nämnda kohorten om 390 personer där personakterna vid Försäkringskassan utgjorde grundmaterialet. Registerdata om ersättningar under perioden efter försäkringsmedicinsk utredning har hämtats från Försäkringskassans så kallade MiDAS-databas. Uppgifterna om omprövning och överklagande under perioden efter försäkringsmedicinsk utredning är hämtade ur databasen DIABAS, som är Försäkringskassans register för omprövning och överklagan.

### *Centrala faktorer*

*Begreppet aktiva åtgärder.* Som nämnts innefattar aktiva arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder utbildning, arbetsträning, arbetsanpassning, aktiverings-/motiveringsinsats och annan aktiv rehabiliteringsåtgärd. I denna studie redovisas utöver ovan angivna åtgärder även remiss till försäkringsmedicinsk utredning, medicinsk medbedömning, arbetsresursutredning och remiss till instans som är behjälplig vid arbetslöshet som olika former av åtgärder.

*Antal ersätta dagar.* I en tidigare studie mättes tidsperioden fram till rehabiliteringsåtgärd i ett och samma sjukfall (18). Eftersom individerna i denna utredning, och också i verkligheten, ofta har flera och mycket långa sjukskrivningsfall beräknas här denna tid i stället som det totala antalet dagar med sjukpenning och/eller sjukersättning fram till åtgärden, oavsett om det rörde sig om ett eller flera sjuk-

fall. Individernas sammanlagda antal dagar med sjukpenning, sjukersättning från och med 1993 beräknas. Dessutom beräknas antal dagar från och med handläggares remiss om försäkringsmedicinsk utredning till Diagnostisk Centrum till och med deras nästa anteckning om arbetsförmåga efter remiss-svar. När individer haft både sjukpenning och sjukersättning samma dag räknas det som en dag med ersättning.

### Analys

För att avgöra om det finns statistiskt signifikanta skillnader mellan kvinnor och män i materialet testades sambanden med Pearsons' Chi<sup>2</sup>-test eller Fishers' Exact test. P-värdet mindre än 0,05 används genomgående som signifikansnivå. Envägs variansanalys (ANOVA) tillämpades för att studera medelvärdesskillnader avseende dagar med ersättning. Eftersom konfidensintervallen ofta är vida och skillnaden mellan medelvärde och median stor, görs även mediantest. Dessutom genomfördes multipel logistisk regressionsanalys och i vissa fall multipel linjär regressionsanalys i de fall statistiskt signifikans för könsskillnad finns. Könsskillnaderna kontrollerades för ålder, födelseland och utbildning.

### Resultat

Som framgår av tabell 3 var ålders- och utbildningsfördelningen samt andelen helt arbetslösa likartad mellan könen i denna kohort.

En något större andel av männen (45 %) än kvinnorna (34 %) var födda i ett annat land än Sverige. Jämfört med männen hade en större andel av kvinnorna enbart somatisk diagnos och en något mindre andel enbart psykisk diagnos efter försäkringsmedicinsk utredning (tabell 3).

**Tabell 3.** Fördelning i procent av 390 personer, 233 kvinnor och 157 män, uppdelat på åldersgrupp, födelseland, utbildning och arbetslöshet samt typ av diagnos vid försäkringsmedicinsk utredning.

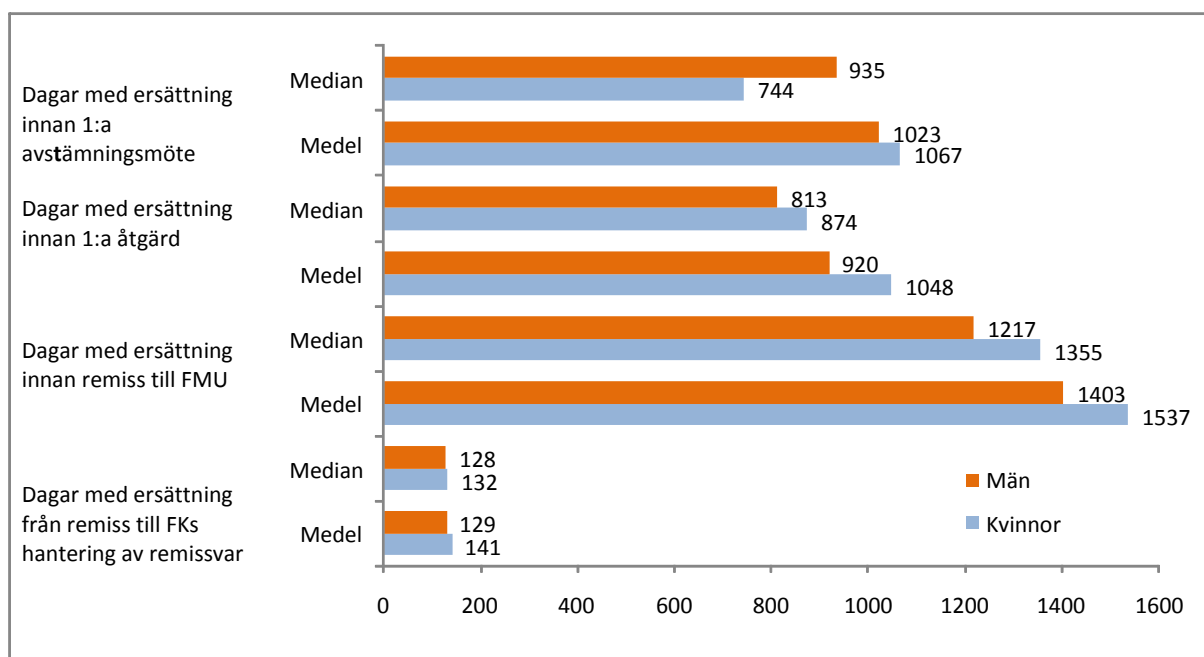
		Kvinnor	Män	Alla
<i>Ålder</i>	21–42 år	35	33	34
	43–51 år	34	34	34
	52–63 år	31	33	32
<i>Födelseland</i>	Sverige	66	55	62
	Annat land	34	45	38
<i>Utbildning</i>	Grundskola	34	38	36
	Gymnasium	39	32	36
	Högskola/universitet	27	30	28
<i>Arbetslöshet</i>	Helt arbetslös	49	55	52
	Anställd	51	45	48
<i>Typ av diagnos</i>	Enbart psykiska	15	22	18
	Psykiska och somatiska	54	58	56
	Enbart somatiska	30	19	25
	Ingen diagnos	1	1	1

### *Antal dagar med ersättning innan avstämningsmöte, remiss till försäkringsmedicinsk utredning och aktiv åtgärd*

Det hade ofta gått mycket lång tid i sjukfallen innan avstämningsmöte, remiss till försäkringsmedicinsk utredning och aktiv rehabiliteringsåtgärd vidtogs. För kvinnor var medianen 744 och för männen 935 dagar med ersättning innan avstämningsmöte ägde rum. Medelantalet dagar var för kvinnor 1 067



och männen 1 023 dagar (figur 2). Denna könsskillnad var inte statistiskt signifikant. Tre fjärdedelar av de 214 individerna som deltog i avstämningsmöte hade 407 eller fler dagar med ersättning före första mötet.



**Figur 2.** Median och medelvärde för antal dagar med sjukpenning och sjukersättning innan första avstämningsmöte, innan första åtgärd respektive beslut om remiss till försäkringsmedicinsk utredning (FMU) samt antal dagar mellan beslut om remiss och anteckning om arbetsförmåga efter remissvar från den försäkringsmedicinska utredningen.

När det gäller antalet dagar med ersättning innan första ”aktiva åtgärd” var medianen för kvinnor 874 och för männen 813 dagar. För kvinnorna var alltså medianen för aktiv åtgärd något lägre än medianen för avstämningsmöte medan det för männen var tvärtom. Genomsnittet innan första ”aktiva åtgärd” var för kvinnor 1 048 och för män 920 dagar (figur 2). Könsskillnaden var dock inte statistiskt signifikant. Tre fjärdedelar av alla individerna hade ersättning 484 eller fler dagar.

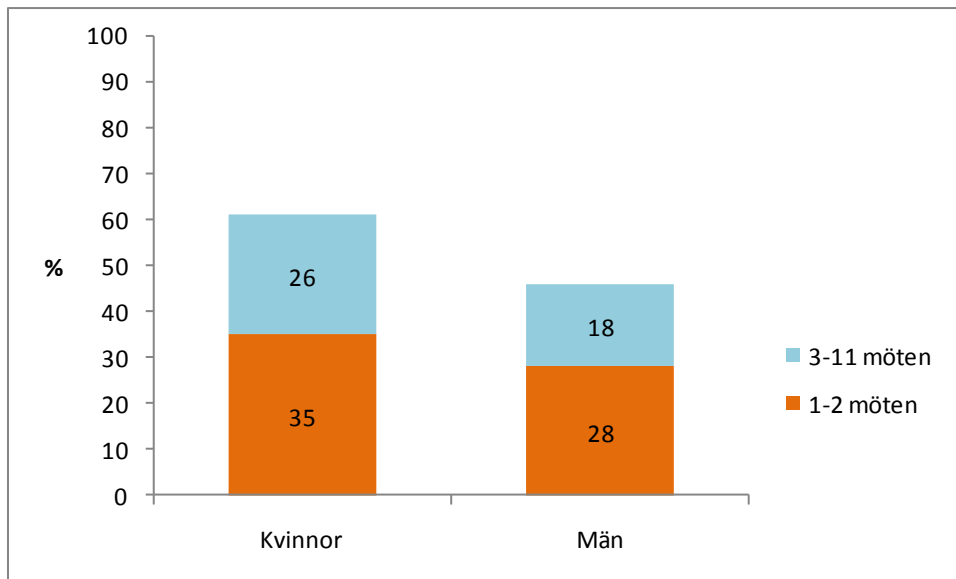
Antalet dagar med ersättning innan försäkringsmedicinsk utredning påbörjades var också mycket lång, längre än både tiden till avstämningsmöte och aktiva åtgärder. För kvinnorna var medianen 1 355 och för männen 1 217 dagar, det vill säga 3,7 respektive 3,3 år. Genomsnittet var för kvinnor 1 537 och för män 1 403 dagar (figur 2). Könsskillnaden var inte statistiskt signifikant.

Tiden från att en handläggare beslutat om remiss till Diagnostiskt Centrum och till dess remissvar anlant och handläggaren bedömt arbetsförmågan var betydligt kortare. För kvinnor var medianantalet dagar 132 och för män 128 dagar (figur 2). Genomsnittstiden var för kvinnor 141 och för män 129 dagar. Könsskillnaden var inte statistiskt signifikant. När det gäller tiden från att remissvaret anlant till Försäkringskassan till att handläggare bedömde arbetsförmåga var medianantalet 15 dagar för kvinnor, och medelantalet dagar 33 (SD 50). För män var motsvarande siffror 11 respektive 25 dagar (SD 33). Det tog alltså längre tid för kvinnorna, men skillnaden var inte statistiskt signifikant.

### *Deltagande i avstämningsmöte*

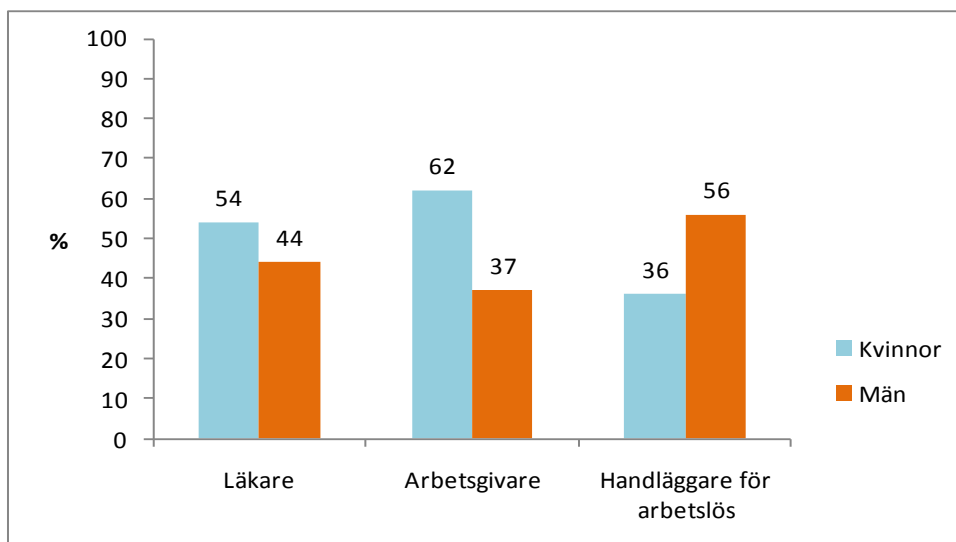
Aktgenomgången visade att en relativ stor andel av de långtidssjukskrivna deltagit i ett avstämningsmöte. Av kvinnorna hade 61 procent och av männen 46 procent gjort detta (figur 3). Skillnaden mellan könen var statistiskt signifikant, men kvarstod inte efter justering för bakgrundsvariablerna ålder,

födelseland och utbildning. Många individer deltog i flera avstämningsmöten. Det var något vanligare att kvinnor deltog i fler än ett möte, men skillnaden var inte statistiskt signifikant.



**Figur 3.** Andel kvinnor och män som deltagit i 1–2 respektive 3–11 avstämningsmöten som anordnats av Försäkringskassan.

Det varierade vilka personer förutom den försäkrade som deltog vid avstämningsmötena. Av kvinnorna hade 54 procent en läkare med vid något av sina möten och av männen 44 procent. Av kvinnorna hade 62 procent en arbetsgivare med och av männen 37 procent. Av männen hade 56 procent en handläggare för arbetslösa med vid något av sina möten och av kvinnorna 36 procent (figur 4).



**Figur 4.** Andel kvinnor och män som haft läkare, arbetsgivare eller handläggare från Arbetsförmedling, Arbetslivstjänster, Arbetsresurs eller liknande närvarande vid avstämningsmöte.

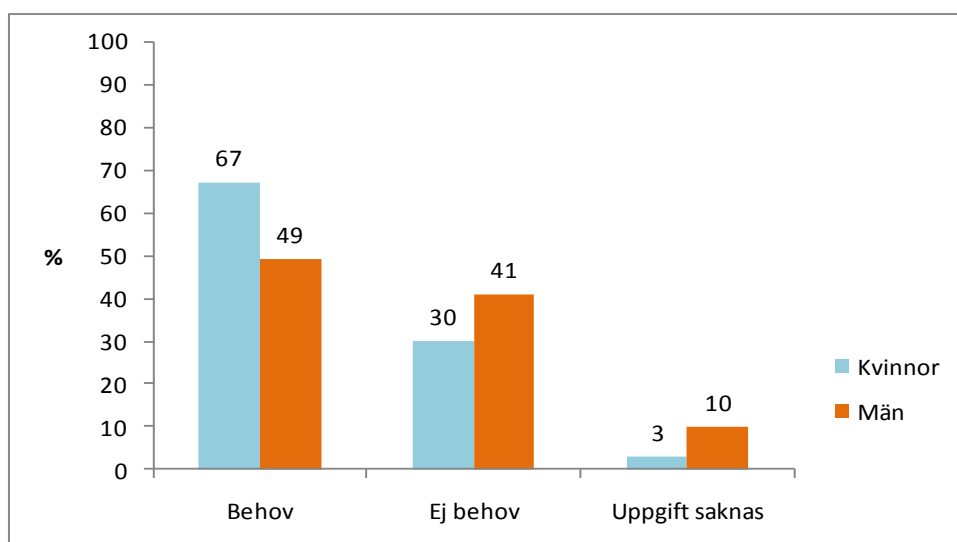
Könsskillnaderna vad avser arbetsgivare och handläggare för arbetslösa var statistiskt signifikanta även efter justering för bakgrundsvariablerna ålder, födelseland och utbildning. En större andel av

kvinnorna hade en arbetsgivare med och en större andel av männen hade en handläggare från Arbetsförmedlingen med. Denna skillnad har samband med att en större andel av kvinnorna hade kvar en anställning medan en högre andel av männen var arbetslösa och därmed aktuella för åtgärder från Arbetsförmedlingen.

### *Bedömning av behov av arbetslivsinriktad rehabilitering och beslut om rehabilitering*

Enligt anteckningar i personakterna hade 35 procent av kvinnorna och 25 procent av männen någon gång själva kontaktat handläggare på Försäkringskassan för att få hjälp med rehabilitering. Skillnaden mellan könen var inte statistiskt signifikant. Det framkom dock att högutbildade individer, både bland kvinnor och bland män, i större omfattning kontaktat Försäkringskassan än individer med gymnasial- eller grundskoleutbildning.

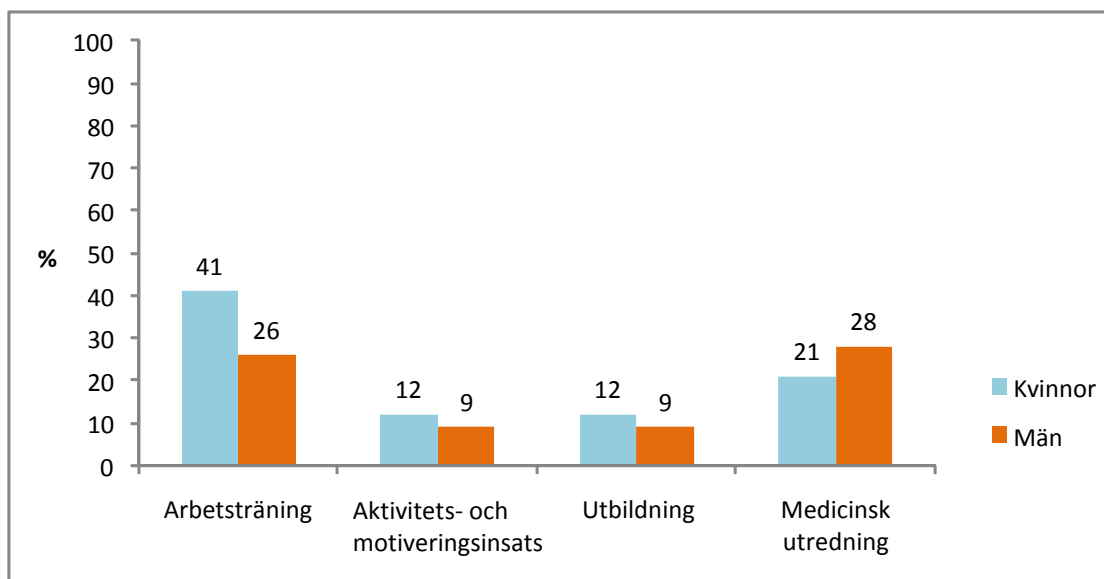
Vid aktgenomgången registrerades att handläggare hade bedömt att behov av arbetslivsinriktad rehabilitering fanns för 156 kvinnor (67 %) och 76 män (49 %) (figur 5). Det var alltså fler som Försäkringskassan bedömde ha rehabiliteringsbehov än som själva tagit kontakt för att få hjälp med rehabilitering.



**Figur 5.** Andel kvinnor och män som av Försäkringskassans handläggare bedömts ha behov av arbetslivsinriktad rehabilitering.

Av kvinnorna deltog 63 procent och av männen 52 procent i ytterligare en eller flera aktiva rehabiliteringsåtgärder. De vanligaste åtgärderna var arbetsträning, utbildning, någon typ av aktivitets- eller motiveringsinsats med fokus på ökad självkänsla, ökat välbefinnande och karriärplanering. En större andel kvinnor än män deltog i arbetsträning. Skillnaden var signifikant och kvarstod efter justering för bakgrundsvariablerna ålder, födelseland och utbildning (figur 6).

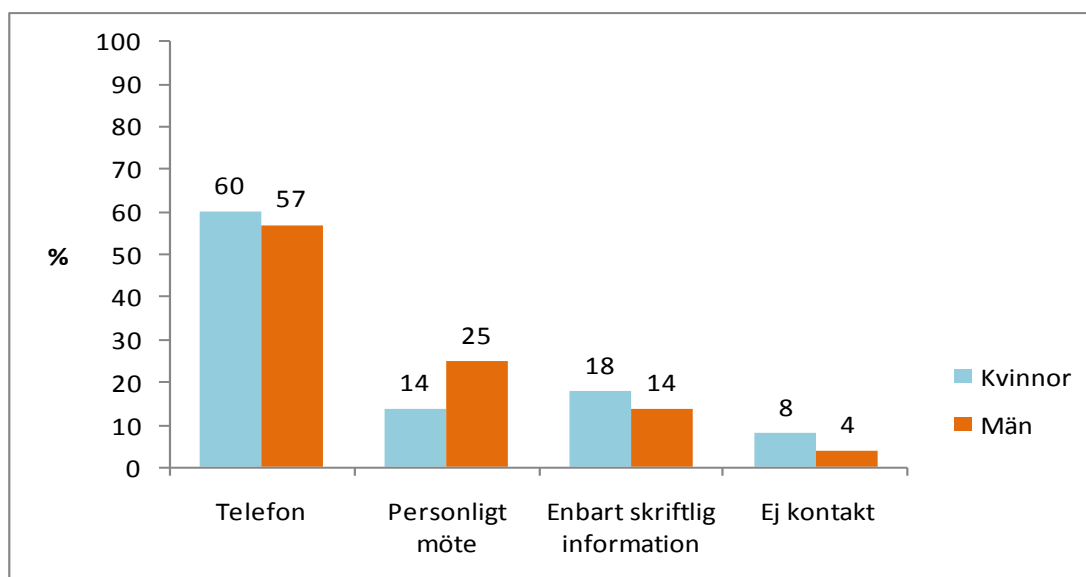
Beslut om medicinsk utredning, det vill säga medicinsk medbedömning, försäkringsmedicinsk utredning eller försäkringsmedicinsk utredning i kombination med arbetsresursutredning förekom i drygt 25 procent av fallen och något oftare för kvinnorna än för männen (figur 6). Skillnaden var dock inte statistiskt signifikant efter kontroll för bakgrundsfaktorerna ålder, födelseland och utbildning.



**Figur 6.** Andel av kvinnor respektive män som deltagit i arbetsträning, aktivitets- och motiveringsinsats, utbildning och/eller medicinsk utredning.<sup>1</sup>

#### *Försäkringskassans handläggning i samband med försäkringsmedicinsk utredning*

Av de 390 individerna i denna delstudie var 60 procent kvinnor. Av de handläggare som remitterade var en ännu högre andel kvinnor, 90 procent (144 av 160). Aktgenomgången visade att handläggare konsulterade behandlande läkare och/eller försäkringsläkare för 78 procent av kvinnorna och 74 procent av männen innan de skrev remiss. Skillnaden mellan könen var inte statistiskt signifikant. Vid beslut om att remittera till försäkringsmedicinsk utredning kontaktade handläggarna 92 procent av kvinnorna och 96 procent av männen på olika sätt (figur 7). En förhållandevis större andel av männen informerades vid ett personligt möte. Skillnaden var statistiskt signifikant men kvarstod inte då den kontrollerades för ålder och födelseland.



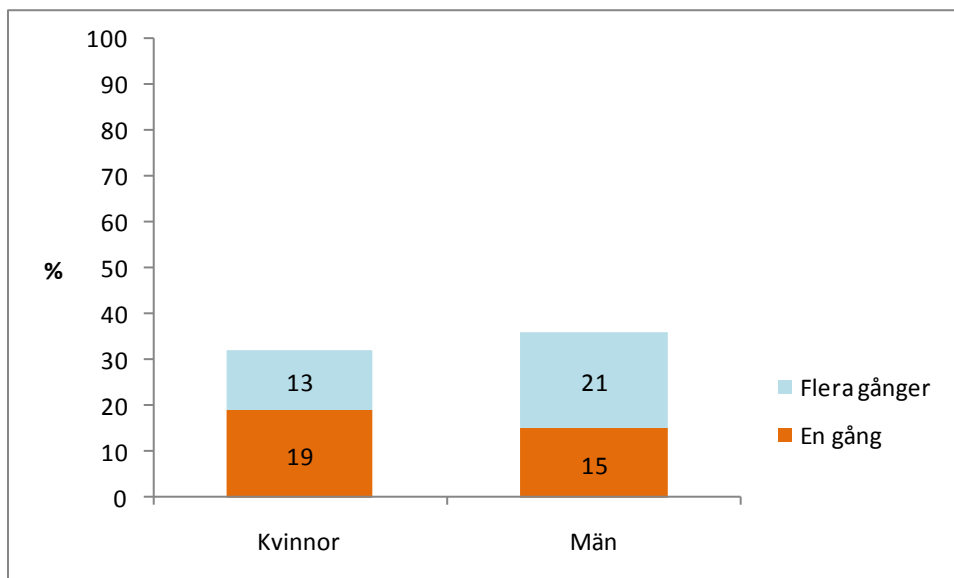
**Figur 7.** Andel kvinnor respektive män som vid beslut om remiss till försäkringsmedicinsk utredning kontaktades av Försäkringskassans handläggare via telefon, personligt möte, enbart skriftlig information eller inte alls.

<sup>1</sup> Utöver den försäkringsmedicinska utredningen som alla studiedeltagarna genomgått.

För 86 procent av kvinnorna och 76 av männen fanns en försäkringskassehandläggares anteckning om individens arbetsförmåga i samband med remissvar efter genomgången försäkringsmedicinsk utredning. Könsskillnaden var dock inte signifikant. För 62 procent av kvinnorna och 50 av männen fanns anteckning att rehabilitering föreslagits vid försäkringsmedicinsk utredning. Inte heller här var könsskillnaden signifikant. Handläggare konsulterade försäkringsläkare eller behandlande läkare för 70 procent av kvinnorna och 71 av männen efter remissvar från försäkringsmedicinsk utredning. Konsultationerna skedde huvudsakligen med försäkringsläkare.

### *Omprövning och överklaganden*

De beslut som Försäkringskassan fattar kan ifrågasättas av individen. I första hand kan detta ske genom begäran att Försäkringskassan omprövar sitt beslut, och i andra hand kan individen överklaga beslutet till en förvaltningsdomstol. Tjugotvå procent av kvinnorna och 26 procent av männen begärde omprövning eller överklagade en eller flera gånger. En större andel män (21 %) än kvinnor (13 %) begärde omprövning eller överklagade flera gånger (figur 8).



**Figur 8.** Andel kvinnor och män som en eller flera gånger begärt omprövning hos Försäkringskassan eller överklagat till länsrätt, kammarrätt eller regeringsrätt.

Försäkringskassans beslut om sjukersättning var det vanligaste skälet till begärd omprövning och överklagan. Andelen män var större i nästan alla olika typer av besvärssärenden. Ingen typ av ärenden dominerades påtagligt av kvinnor som begärt omprövning eller överklagat.

### **Diskussion**

Resultatet från denna studie, som visar att det ofta gått lång tid i sjukfallen innan olika typer av åtgärder genomförs, överensstämmer med tidigare studier. Enligt en tidigare studie har sjukskrivningslängden för dem som fått arbetslivsinriktad rehabilitering ökat kraftigt från i genomsnitt 314 dagar i början av 1990-talet till 724 dagar i början av 2000-talet (19). Den tidigare studien konstaterade även att ju senare arbetslivsinriktad rehabilitering vidtogs desto mindre var chansen till återgång i arbete. För många sjukskrivna individer kan det alltså vara viktigt att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så tidigt som möjligt.

Fler kvinnor än män tog själva kontakt med Försäkringskassan för att få hjälp med återgång i arbete, och Försäkringskassan bedömde att fler kvinnor än män hade rehabiliteringsbehov. Enligt en studie från 2005 (18) hade hälften av de som varit sjukskrivna minst ett år tagit kontakt med Försäkringskassan för att diskutera återgång i arbete. I den studien framkom inga könsskillnader. I en studie från 2008 framkom dock att Försäkringskassan bedömde att fler kvinnor än män som varit sjukskrivna ett år eller mer hade behov av arbetslivsinriktad rehabilitering (14). Enligt samma studie hade könsskillnaden i bedömt behov av rehabilitering ökat under senare år, så att fler kvinnor än män bedömdes ha sådant behov. Den studien redovisar dock uppgifter från hela perioden 1993–2009 och innehåller därmed äldre data, vilket kan förklara de olika resultaten i förhållande till den här aktuella undersökningen.

I den här studerade gruppen hade 60 procent av kvinnorna och drygt 40 av männen deltagit i ett avstämningsmöte. Det är fler än i tidigare studier. En undersökning från 2008 (14) visade att andelen sjukskrivna som deltagit i avstämningsmöte inom ett år ökat från 17 procent 2003 till 36 procent 2006. Denna uppgift avser dock alla sjukskrivningslängder, och det faktum att de i den studerade gruppen hade varit sjukskrivna mycket länge kan alltså förklara den högre andel som varit med på ett avstämningsmöte. En rapport från 2007 (20) visade att avstämningsmöten var vanligare för kvinnor än män, men i den studien hade ingen åldersstandardisering skett, vilket gör det svårt att bedöma om en del av könsskillnaden kan hänga samman med olika åldersfördelning bland kvinnor och män.

En större andel kvinnor jämfört med män hade fått arbetsträning, aktiverings- och motiveringsinsats samt utbildning. Männen hade i högre grad remitterats för medicinsk utredning. Detta överensstämmer delvis med tidigare studier. En undersökning genomförd vid Försäkringskassan 1997 (21) angav arbetsträning som en vanligare åtgärd för kvinnor än för män. En studie från 2006 (15) fann ingen könsskillnad när det gäller i vilken utsträckning åtgärder vidtogs, men arbetsträning var vanligare för kvinnor.

### *Sammanfattning*

Genomgången av vilka åtgärder Försäkringskassan vidtagit för en grupp individer som genomgått försäkringsmedicinsk utredning visade inte på några stora systematiska skillnader mellan kvinnor och män vad avser hur lång tid som förflutit i sjukfallet innan olika typer av åtgärder vidtagits. Både för kvinnor och män hade det gått mycket lång tid innan avstämningsmöte ägde rum, innan aktiva rehabiliteringsåtgärder sattes in och innan den sjukskrivne remitterades till försäkringsmedicinsk utredning. Knappt hälften av de sjukskrivna kontaktade själva Försäkringskassan för att få hjälp med rehabilitering, medan Försäkringskassan bedömde att en majoritet av alla hade behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Det var vanligare att kvinnor än män själva tog kontakt, och vanligare att kvinnor än män bedömdes ha behov av arbetslivsinriktad rehabilitering från Försäkringskassans sida. Den vanligaste formen av arbetslivsinriktad åtgärd bland kvinnorna var arbetsträning. Avstämningsmöte genomfördes för drygt hälften av de försäkrade och i många fall var såväl läkare som representant för arbetsgivare med vid dessa möten. Det var vanligare att arbetsgivare deltog för kvinnor och att handläggare från Arbetsförmedlingen deltog för män. Kontakten mellan Försäkringskassans handläggare och den försäkrade skedde framförallt via telefon.

### III. Prognos för återgång i arbete bland kvinnor och män – en uppföljning av långtidssjukskrivna som genomgått försäkringsmedicinsk utredning

#### **Inledning**

I samband med försäkringsmedicinsk utredning bedömdes varje individs möjlighet att, med eller utan rehabilitering, kunna vara tillbaka i arbete inom två år. Denna prognos granskas här i förhållande till hur många som faktiskt var åter i arbete två år efter utredningen. Som indikator på att en individ återgick i arbete eller inte användes information om huruvida de hade hel, det vill säga 100 procent, ersättning i form av sjukpenning och/eller sjukersättning två år efter den försäkringsmedicinska utredningen.

Studiens syfte var att undersöka om det fanns skillnader mellan kvinnor och män i fråga om prognos och faktisk återgång i arbete. De specifika frågeställningar var: Finns det könsskillnader vad gäller vilka som föreslogs arbetslivsinriktade rehabiliteringar? Finns det könsskillnader vad gäller vilka faktorer som hade samband med återgång i arbete?

#### **Material och metod**

Samma data som beskrivits tidigare för den kohort om 390 personerna för vilka en genomgång av personakterna vid Försäkringskassan gjordes utgör grundmaterialet i detta avsnitt. Här användes också uppgifter från de försäkringsmedicinska utredningarna om diagnoser, bedömning av arbetsförmåga och rekommendationer om rehabilitering samt uppgifter om individernas bakgrunds- och hälsotillstånd. Dessa uppgifter kompletteras med uppgift om individernas sjukpenning och/eller sjukersättning två år efter utredning.

Följande variabler användes i analysen:

*Sjukpenning eller sjukersättning från Försäkringskassan två år efter försäkringsmedicinsk utredning* användes som utfallsvariabel och indikator på återgång i arbete. Den huvudsakliga prediktorn var den bedömning som läkarna vid den försäkringsmedicinska utredningen gjorde av den försäkrades framtida arbetsförmåga. Läkarna bedömde nedsättningen av individens arbetsförmåga på grund av sjukdom, nedsättningens omfattning och hur länge den kunde tänkas bestå. En förutsättning för ökad arbetsförmåga bedömdes för många individer vara att de fick lämplig medicinsk och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering. Prognos om individens möjligheter att kunna återgå i arbete inom två år förutsatte att rehabiliteringen genomförts.

*Rehabilitering som rekommenderades vid de försäkringsmedicinska utredningarna* klassificeras i fyra olika kategorier; yrkesinriktad rehabilitering, medicinsk rehabilitering, en kombination av yrkesinriktad och medicinsk rehabilitering samt ”övrigt”. Dessutom registrerades *Försäkringskassans beslut om arbetslivsinriktad rehabilitering* i de fall sådan beslutats eller inte beslutats efter genomförd försäkringsmedicinsk utredning.

De demografiska faktorer som använts i analyserna var, förutom kön, också ålder, födelseland, utbildning, arbetslöshet, sociala relationer och antalet dagar med sjukpenning och/eller sjukersättning innan försäkringsmedicinsk utredning. Flera av de hälsorelaterade faktorer som mättes vid de försäkringsmedicinska utredningarna används också. Det gäller självrapporterad allmänhälsa, självrapporterat antal fysiska symtom (till exempel balanssvårigheter, svettningar, domningar, muskelsvaghet, huvudvärk och återkommande trötthet), antal markerade smärtlokaliseringar samt svårigheter i dagliga aktiviteter.

*Diagnoser* sattes för varje individ vid de försäkringsmedicinska utredningarna och de klassificeras enligt den svenska versionen av ICD-10. Personerna delades in efter vilken diagnosgrupp de tillhörde i följande tre kategorier: om de hade somatiska diagnoser, psykiska diagnoser, respektive om de hade både somatiska och psykiska diagnoser. Ett fåtal individer ansågs inte ha någon sjukdom och fick ingen diagnos alls vid den försäkringsmedicinska utredningen.

Som indikator på aktiviteter som genomfördes via Försäkringskassan användes *avstämningmöte* samt erbjudande om *arbetslivsinriktad rehabilitering*.

Korstabeller och korrelationer användes för att beskriva studiegruppens karaktär och för att undersöka samband mellan olika faktorer och utfallsvariabeln hel sjukpenning eller sjukersättning. Logistiska regressionsanalyser användes för att mäta sambandet mellan korrelerande variabler och för att utesluta variabler som inte signifikant bidrog till variansen i resultatet.

## **Resultat**

### *Prognostiserad arbetsförmåga och sjukpenning eller sjukersättning två år efter försäkringsmedicinsk utredning*

Vid de försäkringsmedicinska utredningarna bedömdes att 38 kvinnor (16 %) och 41 män (26 %) helt skulle sakna arbetsförmåga om två år (tabell 4). Dock hade 70 procent av kvinnorna och 75 procent av männen full sjukersättning vid uppföljningen efter två år (tabell 4).

Omkring 45 procent av kvinnorna och 35 procent av männen rekommenderades arbetslivsinriktad rehabilitering. Drygt hälften av dessa kvinnor och hälften av männen fick ett beslut om arbetslivsinriktad rehabilitering under tvåårsperioden efter försäkringsmedicinsk utredning. För män fanns inga samband mellan å ena sidan avstämningmöten, rekommenderad och faktisk arbetslivsinriktad rehabilitering och, å andra sidan, sjukpenning eller sjukersättning två år efter försäkringsmedicinsk utredning. För kvinnor fanns däremot tydliga sådana samband. Kvinnor som deltagit i avstämningmöten och arbetslivsinriktad rehabilitering hade i mindre omfattning heltids sjukpenning eller sjukersättning vid uppföljningen efter 2 år (tabell 4).



**Tabell 4.** Sjukpenning och sjukersättning två år efter försäkringsmedicinsk utredning (FMU) i förhållande till prognostiserad arbetsförmåga, rekommenderad arbetslivsinriktad rehabilitering och beslut om avstämningsmöte och arbetslivsinriktad rehabilitering. Procentuell fördelning. P-värden för signifikantest med Chi<sup>2</sup> i korstabeller.

		Sjukpenning/sjukersättning två år efter FMU									
		Kvinnor					Män				
		Ingen	Partiell	Hel	P-värde	Ingen	Partiell	Hel	P-värde		
		N	%	%	Chi <sup>-2</sup>	N	%	%	Chi <sup>-2</sup>		
Faktorer vid FMU	<i>Prognos för arbetsförmåga inom två år*</i>				<b>0,000</b>				<b>0,048</b>		
	Hel	183	12	21	67	106	13	14	73		
	Partiell	12	0	58	42	8	0	37	63		
	Ingen	38	3	3	94	41	12	2	85		
	<i>Rekommenderad rehabilitering</i>				<b>0,000</b>				0,894		
	Arbetslivsinriktad enbart	33	12	46	42	29	14	17	69		
	Arbetslivsinriktad och medicinsk	70	23	17	60	26	15	15	69		
	Medicinsk enbart	91	3	15	81	63	11	11	78		
	Annat**	39	0	13	87	39	13	8	80		
	Faktorer hos Försäkringskassan	<i>Avstämningsmöte</i>				<b>0,011</b>				0,558	
Ja		57	11	33	56	25	4	16	80		
Nej		168	10	16	75	115	10	12	77		
Uppgift saknas		8				17					
<i>Beslutad arbetslivsinriktad rehabilitering</i>					<b>0,000</b>				0,357		
Ja		56	18	34	48	33	3	12	85		
Nej		170	7	15	78	108	11	13	76		
Uppgift saknas		7				16					
<i>Arbetslivsinriktad rehabilitering, rekommenderad och/eller beslutad</i>					<b>0,000</b>				0,242		
Ej rekommenderad eller beslutad		108	2	12	86	84	10	10	80		
Beslutad, ej rekommenderad	16	0	38	63	7	0	14	86			
Rekommenderad, ej beslutad	62	16	21	63	24	17	25	58			
Rekommenderad och beslutad	40	25	33	42	26	4	12	85			
Uppgift saknas	7				16						
		233	10	20	70	157	13	12	75		

\*Arbetsförmåga inte bedömd för två av männen.

\*\* Inkluderar individer som bedömts kunna återgå i arbete utan rehabilitering samt individer som bedömts inte kunna återgå i arbete ens med rehabilitering.

Som framgår av tabell 5 var det vanligare för män att få full sjukpenning eller sjukersättning om de var födda i ett annat land än Sverige, var arbetslösa, kände sig ensamma, hade psykiska diagnoser, rapporterade många fysiska symptom och smärta på flera olika ställen i kroppen eller hade svårt att utföra vardagliga aktiviteter. En större andel av kvinnorna hade full sjukpenning eller sjukersättning om de var äldre än 51 år, arbetslösa, ansåg sig ensamma, hade mer än 1 300 dagar med sjukpenning, psykiska diagnoser och hade svårigheter med vardagliga aktiviteter och/eller skattade sin hälsa som låg.

Varken för kvinnor eller män fanns statistiskt säkerställda samband mellan utbildning och full sjukpenning eller sjukersättning två år efter försäkringsmedicinsk utredning, men för båda könen fanns ett signifikant samband mellan arbetslöshet, sociala relationer, svårigheter i dagliga aktiviteter, typ av diagnoser och ersättning. För kvinnor men inte för män fanns samband mellan full sjukpenning eller sjukersättning två år efter försäkringsmedicinsk utredning och ålder och allmän hälsa. För män men inte för kvinnor fanns sådana samband med födelseland, fysiska symptom och smärtlokaler (tabell 5).

**Tabell 5.** Bakgrunds- och hälsofaktorer som registrerats vid försäkringsmedicinsk utredning (FMU) i förhållande till sjukpenning/sjukersättning två år efter FMU. Procentuell fördelning. P-värde för signifikantest med  $\chi^2$  i korstabeller.

		Sjukpenning/sjukersättning två år efter FMU									
		Kvinnor				Män					
		N	(%)	Hel %	Ingen/partiell %	P-värde $\chi^2$	N	(%)	Hel %	Ingen/partiell %	P-värde $\chi^2$
<i>Bakgrundsfaktorer</i>	<i>Ålder</i>					<b>0,003</b>				0,998	
	21–42 år	81	(35)	57	43		52	(33)	75	25	
	43–51 år	79	(34)	75	25		53	(34)	76	24	
	52–63 år	73	(31)	81	19		52	(33)	75	25	
	<i>Födelseland</i>					0,453					<b>0,009</b>
	Sverige	153	(66)	69	31		87	(55)	67	33	
	Annat land än Sverige	80	(34)	74	26		70	(45)	86	14	
	<i>Utbildning</i>					0,301					0,537
	Grundskola eller lägre	78	(34)	77	23		60	(38)	75	25	
	Gymnasium	91	(39)	67	33		50	(32)	80	20	
	Högskola/universitet	64	(27)	67	33		47	(30)	70	30	
	<i>Anställning</i>					<b>0,001</b>					<b>0,009</b>
	Anställd	118	(51)	60	40		71	(45)	65	35	
	Helt arbetslös	115	(49)	81	19		86	(55)	84	16	
<i>Sociala relationer</i>					<b>&lt;0,001</b>					<b>0,004</b>	
Inga/få kontakter	151	(65)	78	22		111	(71)	82	18		
Många kontakter	81	(35)	56	44		46	(29)	59	41		
Uppgift saknas	1					0					
<i>Hälsofaktorer</i>	<i>Antal dagar med sjukpenning och/eller SA</i>					<b>0,021</b>				0,714	
	0–1300, mindre än median	110	(47)	63	37		84	(54)	74	26	
	> 1300, mer än median	123	(53)	77	23		73	(46)	77	23	
	<i>Antal fysiska symtom</i>					0,110					<b>0,001</b>
	0–10	98	(70)	64	36		87	(75)	64	36	
	11–16	134	(30)	75	25		70	(25)	89	11	
	Uppgift saknas	1					0				
	<i>Antal smärtlokalisationer</i>					0,312					<b>0,049</b>
	0–15	101	(70)	66	34		99	(74)	69	31	
	16–55	129	(30)	73	27		51	(26)	84	16	
	Uppgift saknas	3					7				
	<i>Antal svårigheter i daglig aktivitet</i>					<b>0,006</b>					<b>0,037</b>
	0–9	118	(51)	62	38		91	(59)	69	31	
	10–18	114	(49)	79	21		64	(41)	84	16	
	Uppgift saknas	1					2				
	<i>Allmän hälsa (enl. SF36)</i>					<b>&lt;0,001</b>					0,253
	0–30, mycket dålig	116	(50)	85	15		98	(62)	79	21	
30–61, dålig till ordinär	115	(50)	56	44		59	(38)	70	30		
Uppgift saknas	2					0					
<i>Typ av diagnoser</i>					<b>0,004</b>					<b>0,001</b>	
Somatisk enbart	70	(30)	56	44		29	(19)	48	52		
Somatisk och psykisk	126	(54)	75	25		91	(58)	83	17		
Psykisk enbart	36	(16)	83	17		35	(22)	77	23		
Ingen diagnos	1					2					
	233	(100)	70	30		157	(100)	75	25		

För att få en bild av vilka faktorer som starkast påverkat i vilken mån individen fått full sjukpenning eller sjukersättning testades elva variabler i en regressionsanalys (tabell 6). Analysen genomfördes i flera steg där olika typer av faktorer grupperades blockvis. I block 1 testades bakgrundsfaktorer, i block 2 dessutom hälsofaktorer, i block 3 lades faktorer relaterade till den försäkringsmedicinska utredningen till och, slutligen, i block 4 ingick alla dessa samt Försäkringskassans beslut om arbetslivsinriktad rehabilitering. I tabell 6 redovisas den slutliga analysen.

Analysen visar att det fanns skillnader mellan kvinnor och män med hänsyn till vilka faktorer som hade samband med heltidssjukpenning eller sjukersättning två år efter försäkringsmedicinsk utredning (tabell 6). För kvinnor förblev fyra bakgrundsfaktorer signifikanta även efter kontroll för andra faktorer. Det gällde ålder, födelseland, anställning och sociala relationer. Äldre kvinnor, kvinnor födda i Sverige, arbetslösa kvinnor och kvinnor med få sociala relationer hade en högre risk att vara heltidssjukskrivna eller ha sjukersättning (förtidspension) på heltid två år efter försäkringsmedicinsk utredning. Endast en hälsofaktor, nämligen svårigheter i dagliga aktiviteter, förblev signifikant i denna analys. För de kvinnor som vid den försäkringsmedicinska utredningen blivit rekommenderade arbetslivsinriktad rehabilitering ökade också risken att ha heltidssjukpenning eller sjukersättning.

För män, liksom för kvinnor, var arbetslöshet en signifikant riskfaktor, men inga andra bakgrundsfaktorer påverkade risken för heltidssjukpenning efter två år bland män. Däremot hade männen med fler fysiska symtom och de med psykiska diagnoser signifikant högre risk för heltidssjukpenning. Män som inte fått rehabilitering hade en lägre risk att vara heltidssjukskrivna eller ha sjukersättning på heltid två år efter försäkringsmedicinsk utredning.

**Tabell 6.** Faktorer med samband, odds ratio (OR), för att ha hel sjukpenning/sjukersättning två år efter försäkringsmedicinsk utredning (FMU). Logistisk regression, stegvis i block. Konfidensintervall 95% (KI). Separata analyser för kvinnor och män.

	Kvinnor OR (KI)	Män OR (KI)
<i>Bakgrundsfaktorer</i>		
Ålder vid FMU		
21–51 år	1	1
52–63 år	<b>2,61 (1,09–6,22)</b>	1,29 (0,41–4,06)
Födelseland		
Sverige	1	1
Annat land än Sverige	<b>0,41 (0,18–0,96)</b>	2,16 (0,70–6,65)
Anställning		
Anställd	1	1
Helt arbetslös	<b>2,74 (1,31–5,70)</b>	<b>3,20 (1,16–8,88)</b>
Sociala relationer		
Många kontakter	1	1
Få eller inga kontakter	<b>2,76 (1,23–6,19)</b>	1,04 (0,37–2,94)
<i>Hälsofaktorer</i>		
Antal fysiska symtom		
0–8	1	1
9–16	0,95 (0,44–2,04)	<b>5,09 (1,52–17,00)</b>
Antal svårigheter i daglig aktivitet		
0–9	1	1
10–18	<b>2,53 (1,14–5,60)</b>	1,77 (0,57–5,23)
Allmän hälsa (enligt SF36)		
GH >30	1	1
GH 0–30	2,00 (0,94–4,24)	0,80 (0,26–2,41)
Typ av diagnoser vid FMU		
Enbart somatisk diagnos	1	1
Psykisk diagnos ingår	1,61 (0,73–3,53)	<b>3,32 (1,07–10,36)</b>
<i>Bedömning av arbetsförmåga och behov av arbetslivsinriktad rehabilitering vid FMU</i>		
Prognostiserad arbetsförmåga inom två år		
Hel/partiell	1	1
Ingen	6,02 (0,72–50,02)	2,59 (0,61–10,94)
Rekommenderad arbetslivsinriktad rehabilitering		
Ja	1	1
Nej	<b>2,51 (1,17–4,42)</b>	1,19 (0,36–4,00)
<i>Försäkringskassans beslut om rehabilitering</i>		
Arbetslivsinriktad rehabilitering		
Ja	1	1
Nej	1,50 (0,71–3,14)	<b>0,15 (0,04–0,58)</b>
<i>Antal fall med ofullständig information</i>	11	18

## Diskussion

Den aktuella studien visar att den vid försäkringsmedicinsk utredning bedömda prognosen för arbetsförmåga hade ett svagt samband med om individen hade hel sjukpenning eller hel sjukersättning två år senare eller inte. Enligt de prognoser som gjordes av läkarna vid de försäkringsmedicinska utredningarna borde återgång i arbete ha varit möjligt för 80 procent av individerna inom två år, men verkligheten två år efter utredningarna var nästan den motsatta; 72 procent hade fortfarande hel sjukpenning eller sjukersättning. Dessa 72 procent bedömdes med andra ord av Försäkringskassan då helt sakna arbetsförmåga på grund av sjukdom.

Studien pekar på att andra faktorer än arbetsoförmåga på grund av sjukdom kan ha ett samband med Försäkringskassans beslut om ersättning. Detta ligger i linje med resultaten från en liknande studie (22).

En av orsakerna till att många individer i denna studie inte återgick i arbete kan ha varit att de inte fått någon arbetslivsinriktad rehabilitering. Vid de försäkringsmedicinska utredningarna rekommenderade läkarna arbetslivsinriktad rehabilitering för de allra flesta, men Försäkringskassan beslutade om sådan åtgärd för endast 43 procent av dem som rekommenderats en sådan. Marnetoft och medarbetare (23) konstaterade i en studie att arbetslivsinriktad rehabilitering beviljades alltför sällan av Försäkringskassan och inleddes onödigt sent i beviljade fall.

Av männen i denna studie som deltog i arbetslivsinriktad rehabilitering hade en majoritet hel sjukpenning eller sjukersättning två år efter försäkringsmedicinsk utredning, medan flertalet kvinnorna hade partiell eller ingen sjukpenning eller sjukersättning. Detta fynd stämmer med en studie av Andréén (24), som visade att arbetslivsinriktad rehabilitering ökade förutsättningarna för kvinnor att kombinera deltidsarbete med partiell sjukersättning.

För män med en psykisk diagnos, men inte för kvinnor med psykisk diagnos, var andelen som hade sjukpenning eller sjukersättning högre än för dem med andra diagnoser. En orsak kan vara att män med en psykisk diagnos inte fått optimal behandling. Olaya-Contreras och medarbetare (15) noterade att icke diagnostiserade psykiska besvär var vanliga hos patienter med kronisk muskuloskeletal smärta och att förekomst av depression försvårade behandling av smärta. Apfel och medarbetare (25) fann också att många individer med psykiska diagnoser som ansökte om sjukersättning (förtidspension) inte fått optimal medicinsk behandling innan ansökan trots att deras sjukdomar var behandlingsbara. För männen i denna studie, men inte för kvinnorna, fanns också samband mellan ett stort antal självs kattade fysiska symtom och ökad risk för att ha sjukpenning eller sjukersättning vid uppföljningen. Det finns inte några kända studier som belyser varför dessa könsskillnader finns och det bör påpekas att den här undersökta gruppen är starkt selekterad framförallt i den meningen att de har mycket långa sjukskrivningstider bakom sig före bedömningen vid försäkringsmedicinsk utredning.

Förutom diagnostiserade sjukdomar och självs kattad hälsa, framkommer att ett antal bakgrundsfaktorer har samband med heltidssjukpenning eller sjukersättning två år efter försäkringsmedicinsk utredning. Arbetslöshet ökar sannolikheten för att beviljas sjukersättning för både kvinnor och män, vilket är i linje med sambandet mellan arbetslöshet och återgång i arbete efter långtidssjukskrivning som setts i några andra svenska studier (26, 27).

Att högre ålder är förenat med ökad risk för heltidssjukpenning eller sjukersättning för kvinnor men inte för män bekräftas inte av tidigare studier. Ålderssambandet har i tidigare studier gällt både för kvinnor och för män (24, 27-32).

De kvinnor som uppgav att de hade få sociala relationer har i denna studie större risk för att ha heltids sjukpenning eller sjukersättning två år efter försäkringsmedicinsk utredning. I tidigare undersökningar har svårighet med dagliga aktiviteter och bristande sociala relationer visat sig ha samband

med svårigheter att återgå i arbete efter långtidssjukskrivning (17), men några studier som redovisar skillnader mellan kvinnor och män i detta avseende har inte hittats.

I studien framkommer att återgång i arbete under de två åren efter försäkringsmedicinsk utredning är mindre vanligt för kvinnor födda i Sverige än för utlandsfödda kvinnor. Detta står i motsats till resultat från tidigare studier. Karlsson och medarbetare (27) visade att risken för sjukersättning var större för utlandsfödda kvinnor och män. Även andra studier har visat att risken att bli långtidssjukskriven eller få sjukersättning var större för utlandsfödda kvinnor och män (28, 33).

## **Sammanfattning**

Få av de långtidssjukskrivna i denna studie återvände till arbete trots att läkare vid försäkringsmedicinska utredningar bedömt det möjligt för majoriteten av dem att göra så med hjälp av rehabilitering. Delvis olika faktorer bland kvinnor och män var relaterade till om de fått sjukpenning eller sjukersättning efter försäkringsmedicinsk utredning, men varken för kvinnor eller för män föreföll inte hälsfaktorer vara de enda faktorer som spelade in. Resultaten i studien tyder alltså på att även andra faktorer än diagnostiserad sjukdom och nedsatt arbetsförmåga som den bedömdes vid försäkringsmedicinsk utredning kan ha haft betydelse när Försäkringskassan senare beslutat om hel sjukpenning eller sjukersättning. För män var arbetslöshet och självrapporterad dålig hälsa tillsammans med diagnostiserad psykisk sjukdom viktiga riskfaktorer för att två år efter försäkringsmedicinsk utredning ha sjukpenning eller sjukersättning på heltid. För kvinnor var arbetslöshet, hög ålder, att vara född i Sverige och att ha få sociala relationer riskfaktorer för heltidsersättning.

Således visar denna studie, liksom många tidigare undersökningar, att även icke-medicinska faktorer har samband med fortsatt sjukskrivning och sjukersättning. Samtidigt framkommer att det i viss utsträckning är olika faktorer som spelar in för kvinnor och för män.

# IV. Sjukpenning, sjukersättning och arbetslöshetsersättning bland långtidssjukskrivna kvinnor och män före, under och efter försäkringsmedicinsk utredning

## Inledning

Det är sannolikt att en del långtidssjukskrivna övergår från sjukpenning till sjukersättning, att andra förblir sjukskrivna och att en del förvärvsarbetar oavsett om man remitterat individerna till försäkringsmedicinsk utredning eller inte. Som framgått genomfördes de flesta utredningar i ett relativt sent skede av en sjukskrivning, vilket kan ha medfört lägre chans till återgång i arbete efter utredning (34-36). Det är inte känt hur eventuella förändringar i vilken form av ersättning från socialförsäkringen individerna har, kan ha påverkats av en genomförd försäkringsmedicinsk utredning. Det är inte heller känt i vilken grad detta varierar med olika sociodemografiska faktorer som ålder, utbildning, bostadsort eller etnisk bakgrund. Det är inte heller känt om det finns skillnader mellan kvinnor och män i dessa avseenden.

Långa perioder av sjukskrivning minskar sannolikheten att återgå i arbete och långtidssjukskrivning ökar också risken för att få sjukersättning (35-41). Andrén (24) fann att sjukfrånvaro var en stark prediktor för utträde från arbetsmarknaden i form av sjukersättning eller arbetslöshet. Faktorer som ålder och utbildningsnivå påverkar också risken för långa sjukskrivningar (26). Wallman och medarbetare (42) fann att antalet sjukskrivningsdagar per år hade större betydelse för framtida sjukersättning än andra faktorer, som exempelvis ålder, utbildning, och geografiskt område. Flera andra studier har också funnit att tidigare sjukskrivning ökar risken för långtidssjukskrivning och sjukersättning (29, 33, 36, 43-45). Många andra faktorer än hälsa är viktiga i samband med återgång i arbete eller sjukersättning (30-32, 46-48). Låg socioekonomisk ställning, exponeringar för fysiska, psykosociala eller organisatoriska faktorer i arbetet och hög ålder ökar också risken för sjukersättning (28, 49). Ingen av dessa studier har dock genomfört fördjupade analyser av om det finns skillnader mellan långtidssjukskrivna kvinnor och män i fråga om återgång i arbetet efter lång sjukfrånvaro.

I en aktuell dansk studie finns dock könsskillnader redovisade (31). Här mättes återgång i arbete i termer av att inte ha fått ”offentliga transfereringsinkomster” bland kvinnor och män som varit sjukskrivna i mer än åtta veckor. Efter ett år hade en majoritet inte några ersättningar, men efter två år hade nästan 60 procent fått någon ersättning från socialförsäkringen. Efter det skedde en stabilisering och cirka 40 procent återfanns långsiktigt i någon form av ersättning från socialförsäkringen. Återgång i arbete var lägre bland kvinnor, bland dem med högre ålder, låg utbildning, låg inkomst och bland invandrade (31).

## *Syfte och frågeställningar*

Syftet med den här aktuella studien var att undersöka antalet dagar med sjukpenning, sjukersättning eller arbetslöshetsersättning bland långtidssjukskrivna kvinnor och män som genomgått försäkringsmedicinsk utredning, fem år före, under och fem år efter utredning. Frågeställningarna var:

- Finns det skillnader mellan kvinnor och män när det gäller förändringar i antalet dagar i medeltal per person och år med sjukpenning, sjukersättning och arbetslöshetsersättning?
- I så fall, påverkas dessa av ålder, utbildning, födelseland och typ av diagnos?

## Material och metod

Materialet baseras på den kohort som tidigare nämnts som bestod av långtidssjukskrivna (n = 1 006) som under åren från och med 1998 till och med 2007 genomgick en försäkringsmedicinsk utredning på

Diagnostiskt Centrum, Karolinska Sjukhuset respektive Danderyds Sjukhus inom Stockholms län (11, 12, 50). Dessa följdes upp med registerdata från SCB (LISA) och Försäkringskassan (MiDAS) till och med år 2008 avseende antalet dagar med tre olika typer av ersättningar från socialförsäkringen. Data för varje individ under fem år före, under året försäkringsmedicinsk utredning genomfördes och fem år efter användes i analyserna.

De tre olika utfall som studerades är:

- *Arbetslöshetsersättning* (antal dagar per person och år med arbetslöshetsersättning, åtgärdsstudier, åtgärdssysselsättning). Dagar med deltidsersättning har summerats till hela dagar.
- *Sjukpenning* (antal dagar per person och år med sjukpenning, förebyggande sjukpenning, rehabiliteringspenning, arbetsskadepening, smittbärrpenning). Dagar med deltidsersättning har summerats till hela dagar.
- *Sjukersättning* (antal dagar per person och år med förtidspension, sjukersättning, sjukbidrag, avseende permanent och tillfällig). Dagar med deltidsersättning har summerats till hela dagar.

Individer som hade rätt till ålderspension i och med att de fyllt 65 år ( $n = 14$ ) eller som avled ( $n = 20$ ) under uppföljningsperioden exkluderades från studiegruppen från och med det år då detta inträffade. Invandrare ( $n = 14$ ) och utvandrare ( $n = 10$ ) exkluderades för de år då de inte var bosatta i Sverige.

Materialet analyseras med olika former av statistiska analyser. I det första steget beräknades antalet dagar per person och år i medeltal med arbetslöshetsersättning, sjukpenning respektive sjukersättning. I det andra steget analyserades skillnader i antal dagar per person och år avseende sjukpenning och sjukersättning i relation till bakgrundsvariablerna kön, ålder, utbildning, födelse-land och typ av diagnos. Dessa analyser utfördes med envägs variansanalys (ANOVA). Vidare utfördes kors-tabuleringar uppdelat på kön i relation till bakgrundsvariabler som analyserades med hjälp av  $\chi^2$ -test. Alla p-värden som rapporteras är signifikanta på 5%-nivån.

## Resultat

I tabell 7 visas fördelningen bland kvinnor och män med avseende på ålder, utbildningsnivå, födelse-land och typ av diagnoser. Alla individer hade varit sjukskrivna under minst ett år när de remitterades till försäkringsmedicinsk utredning (12). Det fanns en tendens att kvinnor hade högre utbildning än män, var yngre och mer sällan diagnostiserade med en psykisk sjukdom. Däremot fanns inga skillnader mellan könen med avseende på födelse-land. I tabell 7 visas också att de flesta individer hade både psykisk och somatisk diagnos.



**Tabell 7.** Procentuell fördelning av kvinnor (n = 632) och män (n = 370) i relation till ålder, utbildning, födelse-land och typ av diagnos (n = 1 002). P-värden för test av skillnader mellan kvinnor och män har beräknats med Chi<sup>2</sup>.

	n	Kvinnor %	Män %	P* Chi <sup>2</sup>
<i>Ålder</i>				0,056
21–39	261	29	22	
40–49	381	38	39	
50–63	360	34	39	
<i>Utbildning</i>				0,079
Grundskola	406	38	44	
Gymnasium	352	38	31	
Högskola	244	24	25	
<i>Födelseland</i>				0,153
Sverige	573	59	54	
Annat än Sverige	428	41	46	
<i>Diagnos</i>				0,004
Somatisk	266	29	22	
Psykisk	244	22	29	
Somatisk + psykisk	467	47	47	
Ingen diagnos*	25	2	3	
<i>Totalt</i>	1 002	100	100	

\* p-värde har beräknats för skillnaden mellan kvinnor och män utan att gruppen utan diagnos inkluderats.

I figur 9 visas resultatet av en kumulativ beskrivning av det genomsnittliga antalet dagar per person och år för kvinnor och män med olika typer av ersättningar från socialförsäkringen under de elva åren. Fem år före försäkringsmedicinsk utredning var det genomsnittliga antalet dagar per person och år utan olika former av ersättningar från socialförsäkringen (sjukpenning, arbetslöshetsersättning, förtidspension, sjukersättning) 216 dagar för kvinnor och 199 dagar för män. Fem år efter försäkringsmedicinsk utredning var motsvarande siffra i genomsnitt 49 dagar för kvinnor och 72 dagar för män. Det genomsnittliga antalet dagar med arbetslöshetsersättning minskade från 57 till 16 dagar per person för kvinnor och från 80 till 16 dagar i medeltal för män fram till året före försäkringsmedicinsk utredning (redovisas inte i tabellen). Efter försäkringsmedicinsk utredning skedde ingen större förändring av antalet arbetslöshetsdagar.

Antalet dagar med sjukpenning ökade påtagligt fram till året för försäkringsmedicinsk utredning, för kvinnorna från 68 till 211 dagar i genomsnitt och för männen från 71 till 230 dagar. Efter försäkringsmedicinsk utredning skedde en snabb nedgång av medelantalet sjukpenningdagar från 211 till 18 dagar i genomsnitt för kvinnorna och för männen minskade antalet dagar från 230 till 14 dagar.

Det genomsnittliga antalet dagar med sjukersättning var 24 dagar fem år före försäkringsmedicinsk utredning för kvinnorna och 15 dagar för männen. Antalet dagar per år med sjukersättning ökade successivt efter försäkringsmedicinsk utredning från 192 dagar i genomsnitt under det första året till 277 dagar i genomsnitt fem år efter utredning för kvinnorna, motsvarande siffror för männen var 187 och 264 dagar.

Det fanns med andra ord en allmän förskjutning från ett stort antal dagar med *sjukpenning* under åren före försäkringsmedicinsk utredning till ett stort antal dagar med *sjukersättning* efter utredningen för både kvinnorna och männen. Detta tyder på att försäkringsmedicinsk utredning endast i ett fåtal fall lett till återgång till arbete. Bland de studerade långtidssjukskrivna kvinnorna och männen som genomgått försäkringsmedicinsk utredning ökade antalet dagar med sjukersättning åren efter utred-

ningen. Ersättningsmönstren är mycket likartade bland kvinnor och män, med undantag för att antalet dagar med arbetslöshetsersättning är högre för männen än för kvinnorna under åren före försäkringsmedicinsk utredning.



**Figur 9.** Antalet dagar i medeltal per person och år för kvinnor och män avseende arbetslöshetsersättning, sjukpenning och sjukersättning 5 år före, under respektive fem år efter försäkringsmedicinsk utredning (n = 1 002). År (t – 5 till t – 1 = 5 till 1 år före, t0 = under, t1 till t5 = 1 till 5 år efter försäkringsmedicinsk utredning).

I tabell 8 presenteras antalet genomsnittliga dagar med sjukersättning och sjukpenning avseende kön, ålder, utbildning, födelseland och typ av diagnos under de elva åren (det vill säga fem år före, under och fem år efter utredning). För 25 personer var ingen diagnos fastställd.

Det fanns inga signifikanta *könsskillnader* i antalet dagar i genomsnitt med sjukpenning eller sjukersättning, varken före eller efter försäkringsmedicinsk utredning. *Ålder* var relaterat till antalet dagar med sjukpenning eller sjukersättning under de flesta av de elva åren. Personer med hög ålder hade ett markant högre antal dagar med sjukersättning efter försäkringsmedicinsk utredning. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan personer med olika utbildningsnivå vad avser antalet dagar med sjukpenning. Det framgår emellertid att lågutbildade personer hade signifikant högre antal dagar med sjukersättning åren efter försäkringsmedicinsk utredning.

Av tabell 8 framgår också att det inte fanns några tydliga samband mellan födelseland och antal dagar med sjukpenning, men att individer från andra länder än Sverige efter försäkringsmedicinsk utredning hade en signifikant högre frekvens av antal dagar med sjukersättning. Vidare fanns det inga signifikanta skillnader mellan olika typer av diagnos i relation till genomsnittligt antal dagar med sjukersättning före försäkringsmedicinsk utredning, men signifikanta skillnader mellan olika typer av diagnos för åren efter utredning. Det fanns inga tydliga mönster i förhållande till sjukpenning före eller efter försäkringsmedicinsk utredning.

**Tabell 8.** Antal dagar med sjukersättning respektive sjukpenning. Dagar per person och år i medeltal, 5–1 år (År) före FMU, under och efter FMU avseende kön, ålder vid FMU, utbildning<sup>1</sup>, födelse land<sup>2</sup>, diagnos<sup>3</sup>. ANOVA, p-värde (fet text markerar signifikanta skillnader).

År	Kön			Ålder				Utbildning				Födelse land			Diagnos			
	Kv	M	p	<39	<49	<63	p	Gr	Gy	H	p	A	Sv	p	S	P	SP	p
<i>Sjukersättning</i>																		
t-5	24	15	0,062	17	26	17	0,150	23	18	19	0,634	16	24	0,124	17	24	22	0,548
t-4	32	20	<b>0,038</b>	24	36	21	<b>0,045</b>	32	23	27	0,396	24	31	0,194	25	32	29	0,657
t-3	42	28	<b>0,027</b>	37	44	29	0,139	40	36	34	0,733	34	39	0,414	31	40	40	0,434
t-2	63	51	0,124	52	72	49	<b>0,015</b>	61	63	47	0,239	54	61	0,348	51	54	66	0,184
t-1	83	72	0,216	67	96	70	<b>0,009</b>	81	84	70	0,445	77	80	0,775	65	72	92	<b>0,026</b>
t0	111	94	0,061	90	115	104	0,078	112	104	93	0,234	105	104	0,889	84	105	119	<b>0,005</b>
t1	192	187	0,596	151	192	218	<b>&lt;0,001</b>	208	182	173	<b>0,008</b>	207	178	<b>0,002</b>	147	197	217	<b>&lt;0,001</b>
t2	244	239	0,613	199	241	276	<b>&lt;0,001</b>	263	233	223	<b>0,001</b>	267	224	<b>&lt;0,001</b>	205	255	263	<b>&lt;0,001</b>
t3	264	261	0,778	217	264	295	<b>&lt;0,001</b>	279	256	246	<b>0,015</b>	284	248	<b>&lt;0,001</b>	236	274	279	<b>0,001</b>
t4	268	265	0,715	230	269	295	<b>&lt;0,001</b>	285	258	250	<b>0,014</b>	286	252	<b>0,001</b>	237	278	282	<b>0,001</b>
t5	277	264	0,268	232	276	301	<b>&lt;0,001</b>	292	262	250	<b>0,006</b>	293	255	<b>0,001</b>	244	280	288	<b>0,005</b>
<i>Sjukpenning</i>																		
t-5	68	71	0,698	62	79	64	0,099	69	72	66	0,828	68	69	0,881	63	60	79	0,059
t-4	92	95	0,808	85	111	80	<b>0,003</b>	80	106	96	<b>0,022</b>	83	100	<b>0,041</b>	79	77	110	<b>0,001</b>
t-3	122	127	0,617	108	136	121	0,050	114	127	133	0,242	105	137	<b>0,001</b>	111	104	140	<b>0,002</b>
t-2	150	163	0,193	152	153	159	0,775	148	157	163	0,452	148	161	0,162	135	159	164	<b>0,030</b>
t-1	189	208	0,064	201	190	199	0,597	187	199	207	0,251	195	197	0,849	185	211	194	0,136
t0	211	230	0,053	225	215	215	0,656	213	218	226	0,582	223	214	0,339	227	226	208	0,176
t1	122	118	0,722	139	126	101	<b>0,002</b>	112	124	129	0,274	120	121	0,924	149	115	104	<b>&lt;0,001</b>
t2	60	58	0,784	80	62	42	<b>&lt;0,001</b>	54	64	64	0,383	55	63	0,316	76	55	47	<b>0,005</b>
t3	30	27	0,508	40	30	19	<b>0,016</b>	30	30	25	0,747	27	30	0,512	32	26	22	0,293
t4	19	14	0,273	17	24	9	<b>0,016</b>	17	19	14	0,734	15	18	0,529	22	12	15	0,285
t5	18	14	0,458	18	21	10	0,212	13	17	22	0,401	15	18	0,595	26	8	14	<b>0,035</b>

År (t – 5 till t – 1 = 5 till 1 år före, t0 = under, t1 till t5 = 1 till 5 år efter försäkringsmedicinsk utredning).

Kön (Kv = kvinnor, M = män)

Ålder vid FMU (<39 = 21–39, <49 = 40–49, <63 = 50–63).

Utbildning (Gr = grundskola, Gy = gymnasium, H = högskola).

Födelse land (A = annat än Sverige, Sv = Sverige).

Typ av diagnos (S = somatisk, P = psykisk, SP = somatisk och psykisk).

## Diskussion

I denna delstudie beskrivs hur många dagar de personer som genomgick en försäkringsmedicinsk utredning hade med sjukpenning, sjukersättning respektive arbetslöshetsersättning under fem år före, under året för FMU respektive fem år efter utredningen. Resultaten visar att det genomsnittliga antalet dagar med sjukersättning ökade snabbt efter försäkringsmedicinsk utredning och att antalet dagar med sjukpenning samtidigt minskade. Det genomsnittliga antalet dagar med arbetslöshetsersättning minskade fram till försäkringsmedicinsk utredning, och förblev efter utredningen konstant. Detta mönster uppträdde för både kvinnor och män.

Resultaten tyder på att majoriteten av de långtidssjukskrivna individer som remitterades av Försäkringskassan till försäkringsmedicinsk utredning inte återgick i arbete utan snarare fick en förändrad ersättningsform. För de allra flesta skedde en övergång från sjukpenning till sjukersättning. Dessutom illustrerar resultaten i denna studie att formen av ersättningar individen har efter försäkringsmedicinsk utredning delvis påverkas av bakgrundsfaktorer såsom ålder, utbildning, födelseland och typ av diagnos. Äldre, lågutbildade och personer födda utanför Sverige hade betydligt högre antal dagar med sjukersättning efter försäkringsmedicinsk utredning. Att ha en psykisk diagnos eller både somatisk och psykisk diagnos ledde även till ett högre genomsnittligt antal dagar med sjukersättning. Däremot framkommer inga signifikanta skillnader mellan kvinnor och män.

Resultaten av denna studie bekräftar således resultaten från tidigare svenska studier om övergången från långtidssjukskrivning till sjukersättning (24, 26). Resultaten är också i linje med en dansk studie med uppföljning av långtidssjukskrivna (31), och överensstämmelser med en nyligen genomförd litteraturöversikt av faktorer som påverkar risken för sjukersättning (28). Hur risken för sjukersättning ser ut efter genomförd försäkringsmedicinsk utredning har inte tidigare studerats.

Styrkan i denna studie är den longitudinella designen och att de försäkringsmedicinska utredningarna utfördes på samma sätt för alla patienter. Ytterligare en styrka är att registerdata av god kvalitet kunnat användas täckande en period om 16 år (1993–2008). Det är inte något bortfall i registerdata, och endast ett begränsat antal personer uteslöts i aktuppföljningen på grund av att de fått ålderspension eller emigrerat (2,5 %). En möjlig begränsning är dock att kriterierna för val av långtidssjukskrivna som remitteras till försäkringsmedicinsk utredning kan ha varierat såväl mellan handläggare som över åren (1998–2007) (12). En annan begränsning är att uppföljningstiden var kortare än fem år för dem som genomgick försäkringsmedicinsk utredning sista åren.

## **Sammanfattning**

Studien visar att de kvinnor och män som genomgått försäkringsmedicinsk utredning hade ett mycket stort antal dagar med sjukpenning, sjukersättning eller arbetslöshetsersättning före utredningen. Det genomsnittliga antalet dagar med sjukersättning ökade snabbt efter försäkringsmedicinsk utredning samtidigt som antalet dagar med sjukpenning minskade i motsvarande grad. Det genomsnittliga antalet dagar med arbetslöshetsersättning minskade fram till försäkringsmedicinsk utredning, och förblev därefter konstant. Männerna hade efter försäkringsmedicinsk utredning i medeltal något större antal dagar med arbetslöshetsersättning och kvinnorna ett större antal dagar med sjukersättning. Resultaten tyder på att individer som remitterades från Försäkringskassan till försäkringsmedicinsk utredning inte förbättrar sina chanser att återgå till arbete. Resultaten i denna studie illustrerar att fördelningen mellan olika former av ersättningar från socialförsäkringen som uppträdde efter försäkringsmedicinsk utredning inte skiljer sig markant mellan kvinnor och män. Däremot påverkas antalet dagar med olika ersättningar under uppföljningstiden av ålder, utbildning, födelseland och typ av diagnos. Äldre, lågutbildade och personer födda utanför Sverige hade betydligt högre antal dagar med sjukersättning efter försäkringsmedicinsk utredning. Personer med psykiska diagnoser samt med både somatiska och psykiska diagnoser hade även ett högre genomsnittligt antal dagar med sjukersättning efter den försäkringsmedicinska utredningen.

## Referenser

1. The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision (ICD-10). WHO, Geneva 2007.
2. The Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT, second edition, Department of Mental Health and Substance Dependence. WHO, Geneva 1992.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington 1994.
4. Svanborg P, Åsberg M. A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS). *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89:21-28.
5. Maffei C, Fossati A, Agostoni I, Barraco A, Bagnato M, Deborah D, et al. Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *J Pers Disord*. 1997; 11(3):279-84.
6. Bodlund O, Grann M, Ottosson H, Svanborg C. Validation of the self-report questionnaire DIP-Q in diagnosing DSM-IV personality disorders: a comparison of three psychiatric samples. *Acta Psychiatr Scand*. 1998; 97(6):433-9.
7. Gustavsson JP, Bergman H, Edman G, Ekselius L, von Knorring L, Linder J. Swedish universities Scales of Personality (SSP): construction, internal consistency and normative data. *Acta Psychiatr Scand*. 2000; 102(3):217-25.
8. Sullivan M, Karlsson J. The Swedish SF-36 Health Survey III. Evaluation of criterion-based validity: results from normative population. *J Clin Epidemiol*. 1998; 51(11):1105-13.
9. Försäkringskassans handläggning av försäkringsmedicinska utredningar, Arbetsrapport 2010, Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, Stockholm 2010.
10. Melsom H, Noreik K, Grant Carlsen T. The beneficial effect of using psychiatrists in social security medicine. *Nor Laegeforen*. 1993; 113(30):3760-1.
11. Salmi P, Svedberg P, Hagberg J, Lundh G, Linder J, Alexanderson K. Multidisciplinary investigations recognize high prevalence of co-morbidity of psychiatric and somatic diagnoses in long-term sickness absentees. *Scand J Public Health*. 2009; 37(1):35-42.
12. Svedberg P, Salmi P, Hagberg J, Lundh G, Linder J, Alexanderson K. Does multidisciplinary assessment of long-term sickness absentees result in modification of sick-listing diagnoses? *Scand J Public Health*. 2010; 38(6):657-63.
13. Lagen om allmän försäkring (AFL), SFS 1962:381. Sveriges Riksdag, Stockholm.
14. Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering - Regelverket i praktiken och återgång i arbete efter aktiv åtgärd. Socialförsäkringsrapport 2008:8. Försäkringskassan, Stockholm 2008.
15. Försäkringskassan och arbetslivsinriktad rehabilitering - aktiva åtgärder och återgång i arbete. Försäkringskassan analyserar 2006:10. Försäkringskassan, Stockholm 2006.
16. Vilka får arbetslivsinriktad rehabilitering? RFV Redovisar 1997:6. Riksförsäkringsverket, Stockholm 1997.
17. Köp av aktiva tjänster - mål och resultat. Försäkringskassan Analyserar 2005:21. Försäkringskassa, Stockholm 2005.
18. Långtidssjukskrivnas uppfattning om rehabiliterande åtgärder och insatser. RFV Redovisar 2004:8. Riksförsäkringsverket, Stockholm 2004.
19. Hetzler A, Melén D, Bjerstedt D. SJUK-SVERIGE; Försäkringskassan, rehabilitering och utslagningen från arbetsmarknaden. Stockholm 2005.
20. Tas sjukskrivnas arbetsförmåga till vara? - Försäkringskassans kontakter med arbetsgivare. RiR 2007:19. Riksrevisionen, Stockholm. 2007.
21. Vilka får arbetslivsinriktad rehabilitering? RFV Redovisar 1997:6. Riksförsäkringsverket, Stockholm 1997.
22. Hunt DG, Zuberbier OA, Kozlowski AJ, Berkowitz J, Schultz IZ, Milner RA, et al. Are components of a comprehensive medical assessment predictive of work disability after an episode of occupational low back trouble? *Spine (Phila Pa 1976)*. 2002; 27(23):2715-9.
23. Marnetoft SU, Selander J, Bergroth A, Ekholm J. The unemployed sick-listed and their vocational rehabilitation. *Int J Rehabil Res*. 1997; 20(3):245-53.

24. Andren D. Long-term absenteeism due to sickness in Sweden. How long does it take and what happens after? *Eur J Health Econ.* 2007; 8(1):41-50.
25. Apfel T, Richer-Rossler A. Delay of diagnosis and treatment in psychiatric patients applying for a disability pension - a challenge for all of us. *Swiss Med Wkly.* 2008; 138(23-24):348-54.
26. Andren D. First exits from the Swedish labor market due to disability. *Population research and policy review.* 2008; 27:227-38.
27. Karlsson NE, Carstensen JM, Gjesdal S, Alexanderson KA. Risk factors for disability pension in a population-based cohort of men and women on long-term sick leave in Sweden. *Eur J Public Health.* 2008; 18(3):224-31.
28. Bjorngaard JH, Krokstad S, Johnsen R, Oxaas Karlsen A, Pape K, Stover M, et al. Epidemiologisk forskning om uførepensjon i Norden (Epidemiological research on disability benefits in the Nordic countries). *Norsk Epidemiologi.* 2009; 19:103-14.
29. Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K, Maeland JG. Predictors of disability pension in long-term sickness absence: results from a population-based and prospective study in Norway 1994-1999. *Eur J Public Health.* 2004; 14(4):398-405.
30. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62000 people in a Norwegian county population. *International Journal of Epidemiology.* 2002; 31:1183-91.
31. Stoltenberg CD, Skov PG. Determinants of return to work after long-term sickness absence in six Danish municipalities. *Scand J Public Health.* 2010; 38(3):299-308.
32. Virtanen M, Kivimaki M, Vahtera J, Elovainio M, Sund R, Virtanen P, et al. Sickness absence as a risk factor for job termination, unemployment, and disability pension among temporary and permanent employees. *Occup Environ Med.* 2006; 63(3):212-7.
33. Hansen A, Edlund C, Henningsson M. Factors relevant to a return to work: a multivariate approach. *Work.* 2006; 26(2):179-90.
34. Ahlgren A, Bergroth A, Ekholm J. Work resumption or not after rehabilitation? A descriptive study from six social insurance offices. *Int J Rehabil Res.* 2004; 27(3):171-80.
35. Ahlgren A, Bergroth A, Ekholm J, Schuldt K. Work resumption after vocational rehabilitation: a follow-up two years after completed rehabilitation. *Work.* 2007; 28(4):343-54.
36. Ahlgren A, Broman L, Bergroth A, Ekholm J. Disability pension despite vocational rehabilitation? A study from six social insurance offices of a county. *Int J Rehabil Res.* 2005; 28(1):33-42.
37. Adams H, Ellis T, Stanish WD, Sullivan MJ. Psychosocial factors related to return to work following rehabilitation of whiplash injuries. *J Occup Rehabil.* 2007; 17(2):305-15.
38. Burstrom B, Nylen L, Clayton S, Whitehead M. How equitable is vocational rehabilitation in Sweden? A review of evidence on the implementation of a national policy framework. *Disabil Rehabil.* 2010.
39. Eden L, Andersson IH, Ejlertsson G, Ekstrom BI, Johansson Y, Leden I, et al. Return to work still possible after several years as a disability pensioner due to musculoskeletal disorders: a population-based study after new legislation in Sweden permitting "resting disability pension". *Work.* 2006; 26(2):147-55.
40. Hansen A, Edlund C, Branholm IB. Significant resources needed for return to work after sick leave. *Work.* 2005; 25(3):231-40.
41. Waddell G, Sawney P. Back pain, incapacity for work, and social security benefits: An international review and analysis. Press RSoM, editor. London 2002.
42. Wallman T, Wedel H, Palmer E, Rosengren A, Johansson S, Eriksson H, et al. Sick-leave track record and other potential predictors of a disability pension. A population based study of 8,218 men and women followed for 16 years. *BMC Public Health.* 2009; 9:104.
43. Kivimaki M, Ferrie JE, Hagberg J, Head J, Westerlund H, Vahtera J, et al. Diagnosis-specific sick leave as a risk marker for disability pension in a Swedish population. *J Epidemiol Community Health.* 2007; 61(10):915-20.
44. Lindberg P, Vingard E, Josephson M, Alfredsson L. Retaining the ability to work-associated factors at work. *Eur J Public Health.* 2006; 16(5):470-5.

45. Vaez M, Rylander G, Nygren A, Asberg M, Alexanderson K. Sickness absence and disability pension in a cohort of employees initially on long-term sick leave due to psychiatric disorders in Sweden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007; 42(5):381-8.
46. Mansson NO, Merlo J. The relation between self-rated health, socioeconomic status, body mass index and disability pension among middle-aged men. *Eur J Epidemi.* 2001; 17(1):65-9.
47. Melchior M, Niedhammer I, Berkman LF, Goldberg M. Do psychosocial work factors and social relations exert independent effects on sickness absence? A six year prospective study of the GAZEL cohort. *J Epidemiol Community Health.* 2003; 57(4):285-93.
48. Sjogren-Ronka T, Ojanen MT, Leskinen EK, Tmustalampi S, Malkia EA. Physical and psychosocial prerequisites of functioning in relation to work ability and general subjective well-being among office workers. *Scand J Work Environ Health.* 2002; 28(3):184-90.
49. Skogman Thoursie P, Lidwall P, Marklund S. Trends in new disability pensions. In: Gustafsson R, & Lundberg, I, editor. *Worklife and Health in Sweden 2004*. Stockholm: National Institute for Working Life; 2005. p. 205-22.
50. Salmi P, Svedberg P, Hagberg J, Lundh G, Linder J, Alexanderson K. Outcome of multidisciplinary investigations of long-term sickness absentees. *Disabil Rehabil.* 2009; 31(2):131-7.

24. Andren D. Long-term absenteeism due to sickness in Sweden. How long does it take and what happens after? *Eur J Health Econ.* 2007; 8(1):41-50.
25. Apfel T, Richer-Rossler A. Delay of diagnosis and treatment in psychiatric patients applying for a disability pension - a challenge for all of us. *Swiss Med Wkly.* 2008; 138(23-24):348-54.
26. Andren D. First exits from the Swedish labor market due to disability. *Population research and policy review.* 2008; 27:227-38.
27. Karlsson NE, Carstensen JM, Gjesdal S, Alexanderson KA. Risk factors for disability pension in a population-based cohort of men and women on long-term sick leave in Sweden. *Eur J Public Health.* 2008; 18(3):224-31.
28. Bjorngaard JH, Krokstad S, Johnsen R, Oxaas Karlsen A, Pape K, Stover M, et al. Epidemiologisk forskning om uførepensjon i Norden (Epidemiological research on disability benefits in the Nordic countries). *Norsk Epidemiologi.* 2009; 19:103-14.
29. Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K, Maeland JG. Predictors of disability pension in long-term sickness absence: results from a population-based and prospective study in Norway 1994-1999. *Eur J Public Health.* 2004; 14(4):398-405.
30. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62000 people in a Norwegian county population. *International Journal of Epidemiology.* 2002; 31:1183-91.
31. Stoltenberg CD, Skov PG. Determinants of return to work after long-term sickness absence in six Danish municipalities. *Scand J Public Health.* 2010; 38(3):299-308.
32. Virtanen M, Kivimaki M, Vahtera J, Elovainio M, Sund R, Virtanen P, et al. Sickness absence as a risk factor for job termination, unemployment, and disability pension among temporary and permanent employees. *Occup Environ Med.* 2006; 63(3):212-7.
33. Hansen A, Edlund C, Henningsson M. Factors relevant to a return to work: a multivariate approach. *Work.* 2006; 26(2):179-90.
34. Ahlgren A, Bergroth A, Ekholm J. Work resumption or not after rehabilitation? A descriptive study from six social insurance offices. *Int J Rehabil Res.* 2004; 27(3):171-80.
35. Ahlgren A, Bergroth A, Ekholm J, Schuldt K. Work resumption after vocational rehabilitation: a follow-up two years after completed rehabilitation. *Work.* 2007; 28(4):343-54.
36. Ahlgren A, Broman L, Bergroth A, Ekholm J. Disability pension despite vocational rehabilitation? A study from six social insurance offices of a county. *Int J Rehabil Res.* 2005; 28(1):33-42.
37. Adams H, Ellis T, Stanish WD, Sullivan MJ. Psychosocial factors related to return to work following rehabilitation of whiplash injuries. *J Occup Rehabil.* 2007; 17(2):305-15.
38. Burstrom B, Nylen L, Clayton S, Whitehead M. How equitable is vocational rehabilitation in Sweden? A review of evidence on the implementation of a national policy framework. *Disabil Rehabil.* 2010.
39. Eden L, Andersson IH, Ejlertsson G, Ekstrom BI, Johansson Y, Leden I, et al. Return to work still possible after several years as a disability pensioner due to musculoskeletal disorders: a population-based study after new legislation in Sweden permitting "resting disability pension". *Work.* 2006; 26(2):147-55.
40. Hansen A, Edlund C, Branholm IB. Significant resources needed for return to work after sick leave. *Work.* 2005; 25(3):231-40.
41. Waddell G, Sawney P. Back pain, incapacity for work, and social security benefits: An international review and analysis. Press RSoM, editor. London 2002.
42. Wallman T, Wedel H, Palmer E, Rosengren A, Johansson S, Eriksson H, et al. Sick-leave track record and other potential predictors of a disability pension. A population based study of 8,218 men and women followed for 16 years. *BMC Public Health.* 2009; 9:104.
43. Kivimaki M, Ferrie JE, Hagberg J, Head J, Westerlund H, Vahtera J, et al. Diagnosis-specific sick leave as a risk marker for disability pension in a Swedish population. *J Epidemiol Community Health.* 2007; 61(10):915-20.
44. Lindberg P, Vingard E, Josephson M, Alfredsson L. Retaining the ability to work-associated factors at work. *Eur J Public Health.* 2006; 16(5):470-5.



45. Vaez M, Rylander G, Nygren A, Asberg M, Alexanderson K. Sickness absence and disability pension in a cohort of employees initially on long-term sick leave due to psychiatric disorders in Sweden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007; 42(5):381-8.
46. Mansson NO, Merlo J. The relation between self-rated health, socioeconomic status, body mass index and disability pension among middle-aged men. *Eur J Epidemi*. 2001; 17(1):65-9.
47. Melchior M, Niedhammer I, Berkman LF, Goldberg M. Do psychosocial work factors and social relations exert independent effects on sickness absence? A six year prospective study of the GAZEL cohort. *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57(4):285-93.
48. Sjogren-Ronka T, Ojanen MT, Leskinen EK, Tmustalampi S, Malkia EA. Physical and psychosocial prerequisites of functioning in relation to work ability and general subjective well-being among office workers. *Scand J Work Environ Health*. 2002; 28(3):184-90.
49. Skogman Thoursie P, Lidwall P, Marklund S. Trends in new disability pensions. In: Gustafsson R, & Lundberg, I, editor. *Worklife and Health in Sweden 2004*. Stockholm: National Institute for Working Life; 2005. p. 205-22.
50. Salmi P, Svedberg P, Hagberg J, Lundh G, Linder J, Alexanderson K. Outcome of multidisciplinary investigations of long-term sickness absentees. *Disabil Rehabil*. 2009; 31(2):131-7.



[www.ki.se/im](http://www.ki.se/im)



**Karolinska  
Institutet**