

RAPPORT 2024:10

Sjuk och (o)likabehandlad?

En analys av Försäkringskassans handläggning av sjukpenning utifrån ett likabehandlingsperspektiv

isf

RAPPORT 2024:10

Sjuk och (o)likabehandlad?

En analys av Försäkringskassans handläggning av sjukpenning utifrån ett likabehandlingsperspektiv

En rapport från Inspektionen för socialförsäkringen

Göteborg 2024

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) är en statlig myndighet som arbetar för en rättssäker och effektiv socialförsäkring som är hållbar för samhället och ger trygghet för individen.

ISF:s rapporter har olika fokus:

- *ISF Granskar och analyserar* innehåller en omfattande granskning och analys ur flera olika perspektiv. Avsikten är att presentera så långtgående slutsatser som möjligt och lämna rekommationer på önskvärda förändringar.
- *ISF Redovisar* presenterar fakta utan att analysera dem på djupet. Det kan till exempel handla om att redovisa statistik, en rättslig observation eller en sammanställning av existerande kunskap.
- *ISF Kommenterar* fokuserar på att synliggöra något som ISF tycker behöver uppmärksammas. Det kan till exempel handla om att kommentera en pågående debatt, effekterna av rättstillämpningen eller att synliggöra olösta problem.

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

© Inspektionen för socialförsäkringen
Tryckt av Elanders Sverige AB, 2024

ISBN: 978-91-89595-63-7

Innehåll

Generaldirektörens förord	9
Sammanfattning	11
1 Inledning	19
1.1 Syfte och frågor	21
1.2 Handläggningen utifrån ett likabehandlingsperspektiv	22
1.2.1 Enligt lagen ska handläggningen vara opartisk och alla ska vara lika inför lagen	23
1.2.2 Vår definition av likabehandling innebär att handläggningen är fri från omotiverade skillnader	25
1.3 Metoder och material	28
1.3.1 I den registerbaserade studien har vi analyserat data från Försäkringskassan och SCB	31
1.3.2 I den aktbaserade studien har vi granskat akter från Försäkringskassan	33
1.4 Disposition	37
2 Risker för olikabehandling	39
2.1 Tidigare studier pekar på skillnader mellan olika grupper och vissa risker för olikabehandling	40
2.1.1 Olikabehandling kan bidra till skillnader mellan de som får sjukpenning – men skillnaderna beror främst på andra faktorer	42
2.2 Vi har identifierat fyra riskområden	46
2.2.1 Bedömningen av arbetsförmågan kan innebära risk för olikabehandling	49

2.2.2	Vilken roll handläggaren väljer att ge den försäkrade kan innebära risk för olikabehandling	51
2.2.3	Rollen handläggaren väljer att ge arbetsgivaren kan innebära risk för olikabehandling	54
2.2.4	Hur planeringen för återgång till arbetet och utredningen hanteras kan innebära risker för olikabehandling	55
3	Registerbaserad analys – Ökad risk för födda utanför Europa att få avslag	61
3.1	Andelen avslag mellan dag 181 och 365 skiljer sig åt beroende på den sökandes kön och var hen är född.....	62
3.2	Ökad risk för personer födda utanför Europa att få avslag	63
3.2.1	Vi tar hänsyn till den försäkrades arbetsituation och uppgifter från läkarintygen	64
3.2.2	Skillnader mellan män och kvinnor försvinner men skillnader mellan födda i Sverige och födda utanför Europa är kvar.....	65
3.2.3	Större risk för avslag för personer födda utanför Norden inom vissa diagnosgrupper.....	66
4	Vår aktbaserade analys består av fem steg.....	71
4.1	Steg 1: Vi har skapat mått som fångar riskområden för olikabehandling.....	73
4.1.1	Den försäkrades roll: agentskap, involvering och arbetsbörda.....	76
4.1.2	Arbetsgivarens roll: involvering och krav	77
4.1.3	Planering och utredning: planering för återgång, brister i handläggningen eller otillräcklig anpassning, och krav på läkarintyg	78
4.2	Steg 2: Vi har undersökt hur fallen fördelar sig på måtten och medelvärdesskillnader mellan grupper.....	79
4.2.1	Variation i handläggningen och skillnader i medelvärde mellan grupper bidrar till en helhetsbild.....	80
4.3	Steg 3: Vi har definierat vad som är betydelsefulla skillnader i handläggning och möjliga tecken på olikabehandling.....	81

4.3.1	Våra gränsdragningar utgår från vad som bör ske i ett sjukpenningärende.....	81
4.3.2	Vi har kvalitativt bedömt varje sjukpenningfall som har ett möjligt tecken på olikabehandling	83
4.3.3	Konsekvenser av tillvägagångssättet	85
4.4	Steg 4: Vi har analyserat om de potentiella tecknen på olikabehandling skiljer sig mellan grupper.....	86
4.4.1	Vad analyssteget tillför	87
4.4.2	Hur analyserna är upplagda och vilka grupper vi har undersökt	89
4.5	Steg 5: Vi har värderat om vi funnit tecken på olikabehandling.....	92
4.5.1	Analysen visar om vissa grupper oftare har fått en missgynnande handläggning men inte vad det beror på.....	93
4.5.2	Vi har undersökt få fall men slutsatserna kan vara representativa för liknande fall	94
4.5.3	Vi har skapat kriterier för att kunna dra slutsatser	95
4.5.4	Fynd som talar för att kumulativt missgynnade grupper är de som drabbats förstärker tecken på olikabehandling.....	100
5	Aktbaserad analys – Den försäkrades roll.....	103
5.1	En femtedel har fått lågt agentskap eller låg involvering och en knapp tredjedel har fått en arbetsbörda	104
5.1.1	Vi mäter agentskap i planering, utredning och bedömningar	104
5.1.2	Involvering mäter hur delaktig den försäkrade är i sitt ärende	108
5.1.3	Vi tittar på hur mycket handläggaren begär av den försäkrade i arbetsbörda.....	110
5.1.4	Vi grupperar låg involvering eller lågt agentskap i vår analys.....	113
5.2	Tecken på olikabehandling i den försäkrades roll	114
5.2.1	Kvinnor födda utanför EU samt yngre och äldre kvinnor får oftare lågt agentskap eller låg involvering.....	115

5.2.2	Vi kan inte se några mer specifika grupper som oftare får lågt agenskap eller låg involvering	123
5.2.3	Arbetslösa får oftare lågt agenskap eller låg involvering.....	124
5.2.4	Vi finner inga specifika omständigheter som har betydelse för om den försäkrade får lågt agenskap eller låg involvering	124
5.3	Inga tecken på olikabehandling som gäller den försäkrades arbetsbörda	125
5.4	Hur den försäkrade driver sitt fall påverkar inte den försäkrades roll	125
6	Aktbaserad analys – Arbetsgivarens roll.....	129
6.1	En femtedel har låg involvering av arbetsgivaren	130
6.2	Nästan hälften har låga krav på arbetsgivaren	131
6.3	Tecken på olikabehandling i arbetsgivarens roll.....	133
6.3.1	Yngre och äldre kvinnor samt kvinnor födda utanför EU får oftare låg involvering av eller låga krav på sina arbetsgivare.....	134
6.4	Den försäkrades yrkesposition har betydelse för arbetsgivarens roll.....	142
6.5	Arbetsgivarens förhållningssätt påverkar förekomsten av låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren.....	143
6.6	Förutsättningar för återgång kopplade till arbetet påverkar inte arbetsgivarens roll.....	146
7	Aktbaserad analys – Planering och utredning	149
7.1	En fjärdedel har låg aktivitet i planering, ett fåtal har vissa brister i handläggningen.....	150
7.1.1	En fjärdedel har en låg aktivitet i planering för återgång i arbete	151
7.1.2	Få sjukpenningfall visar på brister i handläggningen eller otillräcklig anpassning till den försäkrades förutsättningar	154
7.1.3	Omotiverat höga krav på läkarintyg	159
7.2	Tecken på olikabehandling i planering och utredning	163

7.2.1	Yngre och äldre kvinnor får oftare låg aktivitet i sin planering och vissa brister i handläggningen.....	164
7.2.2	Arbetslösa får oftare låg aktivitet i sin planering och vissa brister i handläggningen.....	171
7.3	Hur vården driver ärendet påverkar inte handläggningen.....	171
7.4	Hur arbetsgivaren förhåller sig kan påverka hur aktiv handläggaren är i planeringen för återgång i arbete.....	174
8	Registerbaserad analys – Utredning, insatser och kontakter med försäkrade.....	175
8.1	Sökande som är äldre eller män kontaktas mer sällan än övriga	177
8.2	Färre registrerade telefonutredningar bland män, yngre och födda utanför Europa.....	181
8.3	Färre avstämningsmöten och mindre ofta en planering för återgång i arbete för män, födda utanför Europa och äldre	185
8.4	Oftare konsultation med försäkringsmedicinsk rådgivare för män, utrikes födda och äldre	189
8.5	Handläggare begär oftare komplettering av utrikes föddas läkarintyg.....	192
9	Slutsatser och diskussion	195
9.1	Två olika metoder visar tecken på olikabehandling.....	196
9.1.1	Vi drar slutsatser om tecken på olikabehandling	198
9.1.2	Vi drar slutsatser om grupper som har större risk att drabbas av olikabehandling	199
9.2	Vi ser fyra områden i handläggningen där det finns risk för olikabehandling	200
9.3	Vi finner flera tecken på olikabehandling och vissa grupper har större risk att drabbas	201
9.3.1	Personer födda utanför EU har större risk att drabbas av olikabehandling	204
9.3.2	Äldre och yngre personer har större risk att drabbas av olikabehandling	207

9.3.3	Män har större risk att bli mindre involverade och inte få en aktiv planering för återgång i arbete	209
9.3.4	Handläggare anser sig oftare behöva ställa krav på det medicinska underlaget för vissa grupper ..	211
9.3.5	Kvinnor födda utanför EU samt yngre och äldre kvinnor riskerar att få en handläggning där arbetsgivaren har en begränsad roll.....	212
9.3.6	Yngre och äldre kvinnor riskerar att få en handläggning med omfattande tecken på olikabehandling	213
9.4	Olikabehandling kan vara ett övergripande problem i handläggningen av sjukpenning.....	214
9.4.1	Bristande likvärdighet kan vara ett större problem än olikabehandling	215
9.5	Olikabehandling är ett utmanande problem som kräver stor medvetenhet om risksituationer	215
9.5.1	Olikabehandling är utmanande eftersom den kan vara omedveten.....	216
9.5.2	Handläggarnas förutsättningar att likabehandla beror på deras möjligheter att bemöta olika individers behov	217
9.5.3	Försäkringskassan bör i sitt fortsatta likabehandlingsarbete fokusera på de situationer vi identifierat.....	217
10	Referenser	219
	Bilaga 1 – Material i den registerbaserade delstudien.....	224
	Bilaga 2 – Metod i den registerbaserade delstudien.....	226
	Bilaga 3 – Urval i den aktbaserade delstudien	235
	Bilaga 4 – Metod i den aktbaserade delstudien.....	241
	Bilaga 5 – Resultat i den aktbaserade delstudien	258

Generaldirektörens förord

Regelverket inom socialförsäkringens område är för många förmåner utformat så att det inte enbart med stöd av lagtexten går att avgöra om en person har rätt till en förmån eller inte. I flera fall har lagstiftaren medvetet lämnat ett bedömningsutrymme till den myndighet som ska tillämpa lagstiftningen. Avsikten är att göra det möjligt att ta hänsyn till omständigheter i det enskilda fallet. Men förekomsten av ett bedömningsutrymme är inte problemfritt. Ett av dessa problem är att det finns risk för olikabehandling.

Olikabehandling drabbar i första hand individen, men det berör också frågan om ett rättvist nyttjande av allmänna resurser och legitimiteten för den myndighet som ska fatta beslut om ersättning. För de individer som behöver en ersättning är det avgörande att handläggningen fungerar, är rättvis och går att lita på.

Inspektionen för socialförsäkringen, ISF, har på uppdrag av regeringen analyserat Försäkringskassans handläggning utifrån ett likabehandlingsperspektiv. Fenomen som olikabehandling, likabehandling och diskriminering är svåra att studera i och med att de är svåra att observera utan att samtidigt påverka beteendet i den aktuella situationen. Trots svårigheten har vi med den här granskningen genom att använda oss av delvis nya metoder och nytt empiriskt material försökt att komma ett steg närmare frågan om det förekommer olikabehandling i Försäkringskassans handläggning.

ISF har i studien identifierat områden och konkreta situationer i handläggningen av sjukpenning där det finns risk för olikabehandling. Genom att uppmärksamma de situationer i handläggningen där det finns risk för olikabehandling kan våra resultat bidra till Försäkringskassans fortsatta likabehandlingsarbete. Rapporten bidrar också med ökad förståelse för förekomsten av olikabehandling och vilka grupper som har störst risk att drabbas och på vilka sätt.

Vi är i rapporten tydliga med att olikabehandling är ett utmanade problem som är mycket svårt att undvika i den typen av bedömningar som krävs i Försäkringskassans handläggning. Vi understryker därför vikten av att fortsätta arbeta aktivt för likabehandling och skapa en hög medvetenhet i frågan på olika nivåer i myndigheten.

Rapporten är skriven av Sandra Engelbrecht (projektledare), Otilia Bergsten, Albin Palmqvist, Arvid Sondén, och Linn Zulka. Peje Bengtsson, Olle Bertilsson, Lena Almvik Gombor, Ina Hyltegren och Åsa Renhammar har också bidragit i arbetet.

Projektet har också haft stöd av två externa experter i metod. Dimitrios Kokkinakis, Göteborgs universitet, har varit stöd i våra kvantitativa textanalyser. Seweryn Krupnik, Jagellonska universitetet i Kraków, har bidragit som metodexpert i och kvalitetssäkrare av den kvalitativa komparativa analysen (Qualitative Comparative Analysis, QCA).

Göteborg i oktober 2024

Eva-Lo Ighe

Sammanfattning

I den här rapporten granskar Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) på uppdrag av regeringen hur Försäkringskassan handlägger sjukpenning och om det finns tecken på att olika grupper behandlas olika eller inte. I uppdraget ska ISF även ta hänsyn till resultat från tidigare undersökningar. Vi har i granskningen undersökt om det finns tecken på att Försäkringskassans handläggning av förmåner som kan betalas ut vid nedsatt arbetsförmåga inte är neutral när det gäller att behandla olika grupper lika, och i så fall inom vilka områden som det finns en risk för olikabehandling.

Olikabehandling drabbar främst individen men riskerar också att påverka förtroendet för myndigheten. I den här granskningen definierar vi olikabehandling som situationer när handläggningen inte anpassas till individers behov och förutsättningar *eller* på ett omotiverat sätt behandlar individer som tillhör olika grupper olika. Olikabehandling *kan* innefatta att den försäkrade diskrimineras, men diskriminering är inte ett måste för att det ska vara olikabehandling.

Vi menar att olikabehandling är en missgynnande behandling. Om handläggningen inte anpassas till individers behov och förutsättningar får personer med specifika behov eller försvårande förutsättningar inte samma möjligheter att ta tillvara sina rättigheter när de drabbas av en nedsatt arbetsförmåga, vilket medför en missgynnande behandling. Men olikabehandling kan också ske om individer som tillhör olika grupper omotiverat behandlas olika på sätt som är missgynnande. Olikabehandling kan förekomma på olika sätt, i olika delar av handlägningsprocessen.

Olikabehandling är svårt att observera och studera. I ett försök att komma närmare ett svar på frågan om olika grupper behandlas olika i Försäkringskassans handläggning har vi undersökt frågan med två olika angreppssätt, som båda är nya jämfört med tidigare studier.

Det första angreppssättet är att vi har genomfört kvantitativa registerbaserade analyser där vi har tagit hänsyn till faktorer som inte har studerats tidigare, bland annat har vi analyserat textinnehållet i läkarintyg. På så sätt har vi försökt ta reda på om det finns skillnader i avslag mellan olika grupper som skulle kunna förklaras av en persons grupptillhörighet. Genom textanalyser av handläggarnas journalanteckningar har vi även mätt olika aspekter av handläggningen utöver avslag och beviljande, som inte studerats tidigare.

Det andra angreppssättet är en kvalitativ granskning av akter. Även i den har vi tagit hänsyn till innehållet i läkarintyg men också fler aspekter av handläggningen än vi har haft möjlighet att göra i våra registerbaserade analyser. I de aktbaserade analyserna har vi dels kunnat ta hänsyn till att en viktig del av likabehandling är att handläggningen anpassas efter individens förutsättningar, dels kunnat identifiera betydelsefulla skillnader i handläggning som består i missgynnande behandling. Vi har även i den aktbaserade analysen använt en i sammanhanget ny analysmetod för att synliggöra mönster bland olika grupper.

Våra två angreppssätt med en registerbaserad och en aktbaserad studie kompletterar varandra. Tillsammans gör de att vi kommer längre än tidigare studier med att dra slutsatser om olikabehandling genom att identifiera en behandling som är missgynnande för individen men som samtidigt handlar om att olika grupper omotiverat behandlas olika. Men även med våra nya sätt att angripa frågan är det med de analyser vi genomfört svårt att med säkerhet dra slutsatser om olikabehandling. Vi drar i rapporten därför slutsatser om *tecken på* olikabehandling i Försäkringskassans handläggning av sjukpenning.

Olikabehandling kan vara ett övergripande problem i handläggningen av sjukpenning

Vi har funnit tecken på olikabehandling i ett antal olika situationer i Försäkringskassans handläggning av sjukpenning. Att vi ser *tecken på* olikabehandling i de flesta handläggningsmoment vi har studerat tyder på att olikabehandling kan vara ett övergripande problem i handläggningen av sjukpenning. Eftersom våra fynd rör sig om just tecken på olikabehandling kan vi inte avgöra hur utbrett problem olikabehandling är i termer av hur många som drabbas av det. Men

det är allvarligt om olikabehandling är ett övergripande problem som förekommer i flera olika delar av handläggningen. Att vi har funnit tydliga tecken på att vissa grupper i specifika situationer olikabehandlas i Försäkringskassans handläggning av sjukpenning tolkar vi som att dessa grupper har större risk än andra grupper att drabbas av olikabehandling.

Tecken på olikabehandling inom flera områden av handläggningen

Vi har analyserat hela handläggningsprocessen och identifierat fyra övergripande områden i handläggningen av sjukpenning där det finns teoretiska risker för olikabehandling. Det första riskområdet är *bedömningen av arbetsförmågan*. Den bedömningen ligger till grund för rätten till ersättning, och det handlar alltså om risken att handläggare tar olika beslut när det gäller rätten till ersättning för personer som tillhör olika grupper.

Utöver risk för olikabehandling i bedömningen av arbetsförmågan ser vi också tre teoretiska riskområden inom handläggningsprocessen av ärenden där personer redan har beviljats sjukpenning. De har att göra med *vilken roll den försäkrade får i sitt sjukpenningärende, vilken roll arbetsgivaren får* och hur handläggaren hanterar *planering och utredning*.

Med utgångspunkt i de identifierade riskområdena för olikabehandling har vi i granskningen funnit *tecken på olikabehandling* i konkreta situationer i handläggningen. Vi har funnit tecken på olikabehandling i samtliga situationer i handläggningen som vi har studerat. Det enda undantaget är en aspekt av den försäkrades roll, nämligen vilken arbetsbörda den försäkrade får under sjukpenningärendet. Där har vi inte funnit några skillnader mellan grupper. Våra registerbaserade fynd visar tecken på olikabehandling i *bedömningen av arbetsförmågan*, det vill säga i bedömningen av rätten till ersättning. Det är allvarligt att individer som tillhör vissa grupper riskerar att bli olikabehandlade vid bedömningen av arbetsförmågan, eftersom det gör att dessa individer inte får en sjukpenning som de har rätt till.

Vi har funnit tecken på olikabehandling i *vilken roll den försäkrade får i sitt sjukpenningärende* i både våra aktbaserade och

registerbaserade analyser. De aktbaserade fynden visar tecken på olikabehandling när det gäller i vilken utsträckning myndigheten involverar personer som tillhör olika grupper eller vilket agentskap den försäkrade får i sitt ärende, det vill säga hur aktiv roll den försäkrade får. De registerbaserade fynden visar tecken på olikabehandling när det gäller specifika aspekter av den försäkrades involvering i sitt sjukpenningärende som rör i vilken utsträckning handläggaren har försökt att kontakta den försäkrade och om hen har fått en telefonutredning, något alla bör få i sjukpenningärenden som pågår under lång tid. Eftersom alla har rätt att likabehandlas i Försäkringskassans handläggning är det problematiskt att individer som tillhör vissa grupper riskerar att få en mer begränsad roll i sitt sjukpenningärende på så sätt att de blir lite eller inte alls involverade och går miste om möjligheten att göra sin röst hörd.

Vi har också funnit tecken på olikabehandling i handläggarens *planering och utredning*, både i våra registerbaserade och aktbaserade analyser. Våra registerbaserade resultat visar att vissa grupper mindre ofta får en planering för återgång i arbete eller ett avstämningmöte. Våra aktbaserade fynd visar tecken på olikabehandling när det gäller hur aktiv handläggaren är med att planera för den försäkrades återgång i arbete och *vilken roll arbetsgivaren får*.

Att individer som tillhör vissa grupper riskerar att deras arbetsgivare får en begränsad roll kan försämra deras möjligheter till återgång i arbete. Eftersom alla har rätt att få lika möjligheter att återgå i arbete är det på ett liknande sätt problematiskt om vissa grupper riskerar att inte få en planering eller få en betydligt mer passiv planering för återgång i arbete än andra.

Såväl våra registerbaserade som aktbaserade fynd visar också tecken på olikabehandling när det gäller handläggarens utredning. Våra registerbaserade resultat visar systematiska skillnader i hur handläggare involverar försäkringsmedicinska rådgivare och ber vårderna att komplettera läkarintyg för olika grupper. Våra aktbaserade fynd visar tecken på olikabehandling när det gäller vilka krav som ställs på de medicinska underlagen för olika grupper, men också om det förekommer brister i handläggningen eller i bemötande av individers förutsättningar.

Vissa grupper har större risk att drabbas av olikabehandling

Vi har funnit tydliga tecken på att vissa grupper i specifika situationer olikabehandlas i Försäkringskassans handläggning av sjukpenning. Vi tolkar det som att grupperna som oftare har fått en missgynnande handläggning har större risk att drabbas av olikabehandling. Det rör sig i flera situationer om personer födda utanför EU, om äldre och yngre personer och i vissa situationer om män. Men vi finner samtidigt att specifika grupper av kvinnor får en handläggning med allvarligare och mer omfattande tecken på olikabehandling. Vi tolkar det som att de specifika grupperna av kvinnor är de som riskerar att drabbas mest av att det finns skillnader i handläggningen genom att de blir drabbade på ett tydligt negativt sätt.

Personer födda utanför EU har större risk att drabbas av olikabehandling, särskilt kvinnor födda utanför EU

När det gäller ursprung visar både våra fynd från de registerbaserade och aktbaserade analyserna att de som är födda utanför EU har större risk att drabbas av olikabehandling, även om det utifrån våra aktbaserade fynd endast gäller *kvinnor födda utanför EU*. Det rör sig i våra registerbaserade fynd om olikabehandling i bedömningen av arbetsförmågan, vilken roll den försäkrade får i sitt ärende och hur handläggaren planerar för den försäkrades återgång i arbete. Personer födda utanför Europa har en högre risk att få avslag på sin ansökan om sjukpenning, de får i mindre utsträckning en telefonutredning, ett avstämningmöte och en planering för återgång än personer födda i Sverige. Våra aktbaserade fynd visar att en specifik grupp av utrikes födda personer, nämligen kvinnor födda utanför EU, har större risk att drabbas av olikabehandling när det gäller vilken roll den försäkrade får. Kvinnor födda utanför EU har oftare fått en begränsad roll i sitt sjukpenningärende i de fall som vi har studerat.

Äldre och yngre personer har större risk att drabbas av olikabehandling, särskilt äldre och yngre kvinnor

Ålder framkommer också som en riskfaktor i både våra registerbaserade och aktbaserade resultat. Utifrån våra registerbaserade resultat ökar risken att bli olikabehandlad i handläggningen av sjukpenning för personer som är yngre eller äldre, medan våra

aktbaserade fynd identifierar specifikt *yngre och äldre kvinnor* som en riskgrupp. Yngre och äldre personer riskerar att bli mindre involverade i sitt sjukpenningärende. Vi finner också att äldre personer riskerar att inte få en aktiv planering för återgång i arbete. Våra aktbaserade fynd indikerar att särskilt yngre och äldre kvinnor riskerar att drabbas av att inte bli involverade eller mycket lite involverade i sitt sjukpenningärende och av att få låg aktivitet i planering för återgång i arbete eller vissa andra brister i handläggningen.

Män har större risk att bli mindre involverade och inte få en aktiv planering för återgång i arbete, men kvinnor riskerar att få en handläggning med mer omfattande tecken på olikabehandling

Våra resultat visar att även kön har betydelse för risken att olikabehandlas. Våra aktbaserade fynd visar att specifika grupper av kvinnor har större risk att drabbas av olikabehandling i handläggningen. *Yngre och äldre kvinnor* samt *kvinnor födda utanför EU* riskerar att olikabehandlas genom att få en begränsad roll i sitt sjukpenningärende och en låg eller ingen aktivitet i planering för återgång i arbete samt att arbetsgivaren får en begränsad roll. Våra resultat visar också att yngre och äldre kvinnor oftare fått en handläggning med nästan samtliga tecken på olikabehandling som vi har identifierat.

Samtidigt visar våra registerbaserade fynd att även män är en möjlig riskgrupp för olikabehandling, i form av genomsnittligt lägre nivåer av specifika handläggningsmoment. Våra registerbaserade fynd visar att män riskerar att bli mindre involverade än kvinnor på så sätt att de har fått färre kontaktförsök och telefonutredningar. Vi finner också att män i genomsnitt mindre ofta har fått en planering för återgång eller ett avstämningsmöte än kvinnor.

Även om våra resultat visar på att män är en möjlig riskgrupp tolkar vi våra resultat som att de specifika grupperna av kvinnor är de som riskerar att drabbas mest av att det finns skillnader i handläggningen genom att de blir drabbade på ett sätt som vi tydligt kan värdera som ofördelaktigt, otillräckligt eller svagt. Den tydligt missgynnande olikabehandlingen av specifika grupper av kvinnor kan förekomma samtidigt som män riskerar att få genomsnittligt lägre nivåer av specifika handläggningsmoment.

Våra aktbaserade resultat tyder på att risken att bli olikabehandlad är större om personen har flera riskutsatta egenskaper samtidigt. Det är just kombinationerna av att vara yngre eller äldre och kvinna eller kvinna och född utanför EU som är gemensamma egenskaper bland de personer som oftare har fått en missgynnande behandling i handläggningen.

Olikabehandling är ett utmanade problem som kräver stor medvetenhet om risksituationer

Olikabehandling är mycket svårt att helt undvika i mänskliga bedömningar, som ofrånkomligt behövs i Försäkringskassans handläggning. Dessutom är en förutsättning för likabehandling att handläggningen anpassas till individen, vilket bidrar till risk för olikabehandling. De riskområden som vi har identifierat både teoretiskt och empiriskt är områden där handläggarna har stort bedömningsutrymme och möjlighet att anpassa handläggningen. Handläggarnas utrymme att anpassa handläggningen behövs, men öppnar upp för olikheter.

I Försäkringskassans fortsatta arbete med att skapa likabehandling i handläggningen visar våra fynd på vikten av att inte enbart koncentrera ansträngningarna gentemot specifika grupper. Även om myndigheten kan ta hänsyn till att vissa grupper har större risk att drabbas av olikabehandling visar våra resultat också att olikabehandling kan ta sig olika uttryck för olika grupper.

Vårt viktigaste budskap är därför att Försäkringskassan i sitt likabehandlingsarbete särskilt uppmärksammar de situationer i handläggningen som vi har identifierat. Våra indikationer på att det förekommer olikabehandling inom dessa områden gör att Försäkringskassan behöver vara särskilt observant på dem när de utbildar sina medarbetare samt utvecklar och styr sin handläggning. Det är också viktigt att myndigheten för interna diskussioner och dialoger på olika nivåer i syfte att öka medvetenheten i frågan.

1 Inledning

Det är viktigt att alla som har kontakt med myndigheter blir rättvist behandlade. Alla ska ha samma möjligheter att ta del av de socialförsäkringsförmåner som finns i Sverige och det stöd och hjälp som de har rätt till. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har granskat hur Försäkringskassan handlägger sjukpenning och om det finns tecken på att olika grupper behandlas olika eller inte. Rapporten är skriven på uppdrag av regeringen, som har gett ISF i uppdrag att granska om det finns tecken på att Försäkringskassans handläggning av förmåner som kan betalas ut vid nedsatt arbetsförmåga inte är neutral när det gäller att behandla olika grupper lika, och i så fall inom vilka områden som det finns en risk för olikabehandling. I uppdraget ingår även att ISF ska ta hänsyn till resultat från tidigare undersökningar.¹

Trots att det har gjorts ett antal studier inom området så vet vi fortfarande inte särskilt mycket om hur vanligt det är att olika grupper behandlas olika i Försäkringskassans handläggning. Det är sedan länge känt att det finns skillnader mellan i vilken utsträckning olika grupper använder sjukpenning och i risken att få avslag på sin ansökan. Det är till exempel fler kvinnor än män som får sjukpenning. Det är en större andel av de utrikes födda som ansöker om sjukpenning som får avslag än det är av de inrikes födda.² En anledning till att vi inte vet så mycket om eventuell olikabehandling i själva handläggningen är att den är svår att identifiera och mäta. De försök att undersöka detta som har gjorts har landat i slutsatser om att det finns vissa oförklarade skillnader mellan grupper när det gäller hur

¹ Regleringsbrev för budgetåret 2023 avseende Inspektionen för socialförsäkringen, S2022/04812.

² Försäkringskassan, *Socialförsäkringen i siffror 2023* s. 56–57; Försäkringskassan, *Skillnader i avslag för sjukpenning mellan olika grupper - En registerstudie om avslagsbeslut på initial ansökan och efter dag 180 i rehabiliteringskedjan*. Socialförsäkringsrapport 2022:1 s.33.

de använder sjukpenning och när det gäller risken att få avslag. Men slutsatserna av dessa undersökningar pekar också på att skillnader mellan grupper i stor utsträckning beror på andra faktorer än olika behandling i själva handläggningen.³

Sjukförsäkringens regelverk gör att personer med olika diagnoser och olika arbetssituationer har olika förutsättningar att bli beviljade sjukpenning. Olika grupper har också olika risk att bli sjukskrivna, vilket bland annat beror på skillnader i deras arbetsmiljö och i deras arbetsbelastning.⁴

Trots att vi vet en del om orsakerna kring varför olika grupper använder sjukpenningen olika, och varför risken att få avslag är olika för olika grupper, så skulle en orsak till skillnaderna mellan olika grupper kunna vara att Försäkringskassan behandlar dem olika i sin handläggning.

Det är rimligt att anta att det finns risk för det i Försäkringskassans handläggning, precis som det gör i andra möten mellan myndigheter och individer.⁵ Försäkringskassans handläggning av förmåner som myndigheten kan betala ut till en person som har nedsatt arbetsförmåga innehåller dessutom svåra bedömningsmoment som i många fall handlar om att anpassa tillämpningen till omständigheter i det enskilda fallet, som kan medföra risker för att personer i olika grupper behandlas olika. Vi vet också att det finns en risk att personer från olika grupper omotiverat behandlas olika inom hälso- och sjukvården, och att det finns en risk att denna olikabehandling slår igenom även i Försäkringskassans handläggning.⁶

Olikabehandling kan alltså uppstå på flera olika ställen, exempelvis inom Försäkringskassan och inom hälso- och sjukvården. Men det kan också bero på att individer beter sig olika och har olika förutsättningar, som till exempel följer av en diagnos, olika kunskaper eller olika typer av behov. Olikabehandling kan dessutom uppstå

³ Försäkringskassan, *Analys av skillnader i nyttjandet av sjukförsäkringen. Delrapport 1*. FK 2023/002328; ISF, *Läkares sjukskrivning av kvinnor och män*. Rapport 2016:13; Försäkringskassan, *Studier om könsskillnader*, Socialförsäkringsrapport 2015:7; Försäkringskassan och Socialstyrelsen, *Sjukskrivningsmönster och praxis, Skillnader i vårdens arbete* 2017; ISF, *Nekad sjukpenning för inrikes och utrikes födda*. Rapport 2016:5.

⁴ Försäkringskassan, *Analys av skillnader i nyttjandet av sjukförsäkringen. Delrapport 1*.

⁵ Skatteverket, *Jämställdhetsintegrering och bemötande i kontrollen*. Analysrapport, 2022 s. 9–10.

⁶ Riksrevisionen, *Jämställd sjukfrånvaro – bedöms män och kvinnor likvärdigt i sjukskrivningsprocessen?* RIR 2019:19.

även när två personer har behandlats lika, om deras olika förutsättningar gör att de behöver få olika bemötande. Det gör det svårt att se när olikabehandling förekommer, och också svårt att studera det.

I ett försök att komma närmre ett svar på frågan om olika grupper behandlas olika i handläggningen har vi undersökt frågan med två olika angreppssätt, som båda är nya jämfört med tidigare.

För det första har vi haft möjlighet att genomföra kvantitativa analyser av data från 730 000 individer som har sökt sjukpenning. Vi har i vår analys kunnat ta hänsyn till faktorer som inte har studerats tidigare. Det rör både faktorer som kan förklara skillnader mellan grupper, som innehåll i läkarintyg, och nya sätt att mäta olika aspekter av handläggningen utöver enbart avslag och beviljande som utfall. Vi har även analyserat materialet på nya sätt genom att analysera texter kvantitativt.

För det andra har vi genomfört en kvalitativ granskning av akter, där vi också har tagit hänsyn till innehållet i läkarintyg samt ännu fler aspekter av handläggningen än vi har haft möjlighet att göra i våra kvantitativa analyser. Skillnaden från den första metoden är att vi här har läst ett mindre antal akter, men kunnat göra en djupare analys av dem. Vi har även i den kvalitativa studien använt en i sammanhanget ny analysmetod för att göra mönster bland olika grupper synliga. Vi har på så sätt försökt att mäta och analysera om det förekommer olikabehandling på två olika sätt som kompletterar varandra.

För att hantera komplexiteten i att studera olikabehandling och för att svara på uppdraget så bra som möjligt har vi avgränsat granskningen till att gälla sjukpenningen, och inte hela sjukförsäkringen som stod i uppdraget. De grupper som vi har valt att fokusera på är kvinnor och män, inrikes och utrikes födda, samt olika åldersgrupper. Men vi har även analyserat skillnader mellan bland annat personer med olika diagnos och yrke.

1.1 Syfte och frågor

Syftet med granskningen är att analysera hur Försäkringskassan handlägger sjukpenning utifrån ett likabehandlingsperspektiv. Vi utgår i vår analys från följande frågor:

- Inom vilka områden av Försäkringskassans handläggning av sjukpenning finns det risk för olikabehandling?
- Finns det tecken på att Försäkringskassan i sin handläggning av sjukpenning inte behandlar olika grupper lika?
- Om det finns tecken på att Försäkringskassan i sin handläggning av sjukpenning inte behandlar olika grupper lika, vilka grupper gäller det, och hur ser den här olikabehandlingen ut?

Den första frågan syftar till att identifiera de moment i handlägningsprocessen där olikabehandling skulle kunna förekomma, det vill säga inom vilka områden det teoretiskt finns en risk för olikabehandling.

Den andra frågan syftar till att empiriskt undersöka om det finns tecken på olikabehandling i sjukpenningärenden som Försäkringskassan har handlagt. ”Tecken på” olikabehandling är en relativt vag och svårdefinierad term, men som lämpar sig väl för det fenomen som vi granskar, eftersom olikabehandling inte alltid direkt går att observera. I våra registerbaserade analyser drar vi slutsatser om tecken på olikabehandling utifrån systematiska oförklarade skillnader mellan grupper och mönster bland grupper som får en viss typ av handläggning. I våra aktbaserade analyser drar vi slutsatser om tecken på olikabehandling utifrån att vi kvalitativt bedömer vad som är betydelsefulla skillnader i handläggningen, och genom att se om vissa grupper oftare har fått den typ av handläggning som kan ha tecken på olikabehandling.

Den tredje frågan syftar till att vi ska kunna säga för vilka grupper vi hittar tecken på olikabehandling, för att på så sätt kunna uttala oss om vilka grupper som har högre risk att bli olikabehandlade. Men frågan syftar också till att vi ska kunna säga på vilka sätt den eventuella olikabehandlingen sker, och om vi kan identifiera att den sker under specifika omständigheter, som när läkarintygen är av låg kvalitet eller när många eller få handläggare är inblandade i ett ärende.

1.2 Handläggningen utifrån ett likabehandlingsperspektiv

Vår granskning tar utgångspunkt i ett likabehandlingsperspektiv. Vi har valt att använda de två begreppen *likabehandling* och

olikabehandling. Det finns ingen juridisk eller allmänt vedertagen definition av likabehandling. Men det finns rättskällor, begrepp och perspektiv som på olika sätt ger stöd för de definitioner av lika-behandling och olikabehandling som vi utgår ifrån.

1.2.1 Enligt lagen ska handläggningen vara opartisk och alla ska vara lika inför lagen

I en av våra grundlagar, regeringsformen, finns centrala krav på att det offentliga ska vara objektivt och behandla alla lika. Det gäller till exempel myndigheter som Försäkringskassan. I regeringsformen står att ”det allmänna ska verka för att alla människor ska kunna uppnå delaktighet och jämlikhet i samhället.” Det innebär att det allmänna ska motverka diskriminering.⁷ En särskild paragraf i regeringsformen berör myndigheter, och även där står att de i sin verksamhet ska vara sakliga och opartiska och att alla ska behandlas lika inför lagen.⁸ Principerna om opartiskhet och likabehandling är nära sammankopplade med förbudet mot att diskriminera som också det finns i regeringsformen.

Diskrimineringsförbudet i regeringsformen säger att lagar eller andra föreskrifter inte får innebära att någon missgynnas på grund av sitt kön eller för att han eller hon tillhör en minoritet när det gäller exempelvis etniskt ursprung, hudfärg eller sexuell läggning.⁹ Bestämmelserna är rättsligt bindande, men riktar sig i första hand till riksdagen, regeringen och till myndigheter som utfärdar föreskrifter.

För individen är diskrimineringslagen (2008:567) central för att skydda mot diskriminering.¹⁰ Syftet med diskrimineringslagen är att motverka diskriminering och ge alla lika rättigheter och möjligheter. Enligt diskrimineringslagen innebär diskriminering att någon blir missgynnad eller kränkt och att det finns koppling till någon av diskrimineringsgrunderna. Dessa är:

- kön
- könsöverskridande identitet eller uttryck

⁷ 1 kap. 2 § femte stycket regeringsformen (RF).

⁸ 1 kap. 9 § RF.

⁹ 2 kap. 12–13 §§ RF.

¹⁰ Diskrimineringslagen [2008:567] (DL).

- etnisk tillhörighet
- religion eller annan trosuppfattning
- funktionsnedsättning
- sexuell läggning
- ålder.¹¹

I lagen finns även särskild reglering kring diskrimineringskyddet inom socialförsäkringsområdet.¹² Förbudet att diskriminera inom socialförsäkringen gäller vid beslut, handläggning av ärenden, information, rådgivning och i uppsökande verksamhet. Regleringen omfattar att låta bli att agera, omotiverat dra ut på tiden för beslut eller åtgärder såväl som faktiskt handlande, som trakasserande bemötande som har samband med en diskrimineringsgrund.¹³

Som myndighet behöver Försäkringskassan även förhålla sig till förvaltningslagen (2017:900). Där finns kravet att myndigheten i sin verksamhet ska vara *saklig och opartisk*.¹⁴ För Försäkringskassan innebär denna objektivitetsprincip att handläggarna ska göra sina utredningar och andra åtgärder objektivt och att de inte får grunda sina beslut på andra omständigheter än de som är relevanta enligt de bestämmelser som gäller i fallet.¹⁵

Det rättsliga regelverket nämner alltså olika begrepp i olika sammanhang, till exempel saklighet, opartiskhet och diskriminering. I regeringsuppdraget som denna rapport besvarar nämns begreppen *neutral handläggning* utifrån ett likabehandlingsperspektiv samt *olika behandling av olika grupper*. Det går att definiera begreppen på olika sätt, och det har inte varit självklart vilken terminologi som är mest lämplig för ISF att använda i denna granskning. Andra, men nära angränsande, begrepp som använts i andra studier av det här slaget

¹¹ 1 kap. 1 § DL.

¹² 2 kap. 14, 14 a och 14 b §§ DL.

¹³ Prop. 2007/08:95, *Ett starkare skydd mot diskriminering*, s. 524.

¹⁴ 5 § andra stycket förvaltningslagen (2017:900).

¹⁵ Prop. 2016/17:180, *En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag*, s. 60.

är osakliga skillnader¹⁶, sakligt grundade olikheter¹⁷, omotiverade skillnader¹⁸ och tillräckligt likformig tillämpning¹⁹.

De olika begreppen innebär snävare eller bredare definitioner, vilket påverkar sannolikheten för att hitta tecken på dem och vilken typ av slutsatser som kan dras från dem. Försäkringskassan definierar till exempel osakliga könsskillnader som ”skillnader som uppstått inom Försäkringskassans handläggning och som finns kvar när övriga omständigheter av vikt för bedömningen tillkommer, som till exempel diagnos eller ålder.”²⁰ Denna typ av definition bygger på att vissa skillnader kan vara motiverade och de skillnader som inte är motiverade utifrån ärendets omständigheter *kan* bero på att stereotypa föreställningar har påverkat handläggningen.

1.2.2 Vår definition av likabehandling innebär att handläggningen är fri från omotiverade skillnader

I den här granskningen har vi valt att definiera likabehandling som att handläggningen är fri från omotiverade skillnader men där det kan och bör finnas variation i hur handläggarna handlägger ärenden för att ge olika individer mer lika förutsättningar.

Likabehandling har vi därför definierat som när handläggningen anpassas till individers behov och förutsättningar och inte på ett omotiverat sätt behandlar individer som tillhör olika grupper olika. *Olikabehandling* är när handläggningen inte anpassas till individers behov och förutsättningar *eller* på ett omotiverat sätt behandlar individer som tillhör olika grupper olika. Likabehandling innefattar att den försäkrade inte diskrimineras, samtidigt som olikabehandling *kan* innefatta att den försäkrade diskrimineras, men diskriminering är

¹⁶ Riksrevisionen, RIR 2019:19; Försäkringskassans årsredovisning 2021; Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2022:1.

¹⁷ ISF, *Försäkringskassans handläggning av sjukpenning ur ett jämställdhetsperspektiv*. Rapport 2013:16.

¹⁸ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Omotiverat olika - Socioekonomiska och regionala skillnader i cancervården*. Rapport 2019:8.

¹⁹ Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2022:1.

²⁰ Försäkringskassan, *Kunskapsunderlag. Inför arbetet med att ta fram en metod för kartläggning av risker för osakliga könsskillnader och olika behandling i handläggning*. FK 2023/015518, s. 6.

inte ett måste för att det ska vara olikabehandling. Figur 1 illustrerar de båda begreppen.

Figur 1 Vår definition av likabehandling och olikabehandling



Det finns inget tydligt teoretiskt ramverk för vad ett likabehandlingsperspektiv innebär. Det finns inte heller någon vedertagen definition av likabehandling när det gäller myndigheters handläggning. Likabehandling skulle kunna tolkas ur ett rent rättsligt perspektiv, som reducerar frågan till att tillämpningen ska vara tillräckligt likformig och att det inte ska finnas osakliga skillnader när en myndighet bedömer rätten till ersättning.

Vi utgår i denna granskning inte från ett rent rättsligt perspektiv. Tillräckligt likformig tillämpning kan vara en del av ett likabehandlingsperspektiv. Men det kan finnas tecken på olikabehandling även om vi inte juridiskt kan slå fast att handläggningen är osaklig eller inte är tillräckligt likformig.

Liksom likformig tillämpning är diskriminering en del av ett rättsligt perspektiv. Diskriminering kan utifrån vårt perspektiv vara en del av olikabehandling. Men att enbart fokusera på diskriminering hade inneburit en snävare ansats än ett likabehandlingsperspektiv, eftersom det måste finnas en koppling till en av de diskrimineringsgrunder som finns uppräknade i diskrimineringslagen för att ett fall ska anses vara

just diskriminering. Det går inte att skapa en omfattande och generell definition av likabehandling respektive olikabehandling utifrån enbart den svenska diskrimineringslagen. Detta följer av att det enligt lagen inte finns något skydd mot diskriminering som har sin grund i andra grupptillhörigheter, som till exempel en persons sociala förhållanden.

Även om olikabehandling inte är begränsad till och definieras av diskrimineringsgrunderna så bör det utifrån vår definition finnas en koppling till en grupptillhörighet för att det ska anses handla om olikabehandling och inte enbart variation och att vissa individer får en sämre handläggning. Utgångspunkten för vår definition är också att olikabehandling innebär en missgynnande behandling. Om handläggningen inte anpassas till individers behov och förutsättningar får personer med specifika behov eller försvårade förutsättningar inte samma möjligheter att ta tillvara sina rättigheter när de drabbats av nedsatt arbetsförmåga, vilket medför en missgynnande behandling. Men olikabehandling kan också ske om individer som tillhör olika grupper omotiverat behandlas olika på sätt som är missgynnande. Vår definition av olikabehandling baseras därmed inte på en allmänt *olika* behandling och innefattar inte heller positiv särbehandling, det vill säga när någon behandlas olika på ett fördelaktigt sätt.

Enligt Försäkringskassans tolkning innebär olikabehandling att ”individer eller grupper bedöms eller behandlas på ett annat sätt än andra trots att deras behov och förutsättningar är desamma”.²¹ Vår definition ligger i linje med Försäkringskassans, men fokuserar också på att handläggningen kan behöva anpassas till individen för att hen ska bli likabehandlad.

Likabehandling kan kräva anpassningar för att skapa mer lika möjligheter och förutsättningar

I Sverige har myndigheter som Försäkringskassan inte bara en skyldighet att *motverka* diskriminering utan även att *främja* lika rättigheter och möjligheter.²² Att alla ska ha lika möjligheter är ett grundläggande mål i likabehandling. När Försäkringskassan ska främja detta enligt den svenska diskrimineringslagen blir det en central del av handläggarnas arbete att skapa lika möjligheter för personer som i utgångsläget inte har samma möjligheter. För att

²¹ Försäkringskassan, FK 2023/015518, s. 6.

²² 1 kap. 1 § DL.

människor ska få likvärdig tillgång till myndighetens tjänster anser Försäkringskassan att försäkrade behöver ses som individer med olika behov och förutsättningar.²³

Likabehandling och Försäkringskassans handläggning

Eftersom faktisk likabehandling kräver ett aktivt arbete från handläggarna bör handläggningen vara *behovsanpassad*. Försäkringskassan har själv beskrivit sin handläggning som *behovsstyrd*. Behovsstyrningen syftar till att ge personer ett effektivt stöd.²⁴ Att aktivt arbeta för att åstadkomma likabehandling handlar dels om att handläggarna behöver ta hänsyn till den försäkrades förutsättningar. Det handlar också om att på organisatorisk nivå aktivt motverka olikabehandling. Det kan till exempel handla om att handläggarna tränas i Försäkringskassans värdegrund. I denna granskning har vi fokuserat empiriskt på själva handläggningen, och därmed på den första typen av främjanden – att handläggarna tar hänsyn till den försäkrades förutsättningar.

För att analysera Försäkringskassans handläggning utifrån ett likabehandlingsperspektiv räcker det inte med att granska beslut om personer blir beviljade ersättning eller får avslag. Vi behöver även analysera hur Försäkringskassan arbetar med att skapa lika möjligheter och förutsättningar för försäkrade i sjukskrivningsprocessen. Individer som behöver söka sjukpenning på grund av att de drabbats av nedsatt arbetsförmåga ska kunna räkna med att Försäkringskassans handläggning är neutral oavsett deras individuella egenskaper eller andra omständigheter som de inte själva kan påverka, som kvaliteten på läkarintyg eller vilken handläggare deras ärende hamnar hos. Samtidigt kan olika individer ha olika förutsättningar som Försäkringskassans handläggare också behöver ta hänsyn till. För att skapa mer lika förutsättningar kan det krävas att såväl utredningsåtgärder som samordningsinsatser anpassas till individers behov.

1.3 Metoder och material

I den här granskningen har vi undersökt om det finns *tecken* på olikabehandling i Försäkringskassans handläggning av sjukpenning.

²³ Försäkringskassans webbplats: www.forsakringskassan.se, hämtad den 13 september 2024.

²⁴ Försäkringskassan, *Försäkringskassans årsredovisning 2022*, s. 66.

Vi vill också visa var i handläggningen det kan finnas *risk för* olikabehandling. Vi beskriver här hur vi gått till väga för att identifiera risker och undersöka om det finns tecken på olikabehandling. Vi redovisar även vilket material som ligger till grund för våra analyser. Mer detaljerade beskrivningar av metoder och material finns i kapitel 4 samt i bilagorna 1–4. Försäkringskassan har faktagranskat våra resultatkapitel.

Vi har använt två primära sätt att identifiera risker för olikabehandling. Det ena sättet är att vi har studerat handlägningsprocessen och identifierat de tillfällen då det är möjligt för handläggarna att behandla personer olika. Det andra sättet är att vi har identifierat risker genom att dra slutsatser utifrån var tidigare studier hittat oförklarade skillnader mellan grupper. Sådana oförklarade skillnader skulle kunna vara tecken på olikabehandling, och vi har då valt att uppmärksamma det som ett riskområde.

Vi har använt flera metoder men också olika material för att öka våra möjligheter att dra slutsatser om det finns eller inte finns tecken på olikabehandling i Försäkringskassans handläggning av sjukpenning. De kvantitativa analyserna är baserade på registerdata från Försäkringskassan och SCB, och vi kallar dem därför för registerbaserade analyser. Registerdata innehåller bland annat journalanteckningar från Försäkringskassan och digitala läkarintyg. I de registerbaserade analyserna har vi letat efter skillnader mellan grupper och undersökt om skillnaderna finns kvar även efter att vi har tagit hänsyn till andra tänkbara anledningar som kan påverka att det finns skillnader. De skillnader som finns kvar kan bero på olikabehandling. Vi kan utifrån den registerbaserade delstudien dra slutsatser om tecken på olikabehandling utifrån systematiska oförklarade skillnader mellan olika grupper och eventuella mönster bland grupper som får en viss typ av handläggning.

I de registerbaserade analyserna har vi mätt likabehandling utifrån perspektivet att alla ska få samma behandling. Men eftersom definitionen av likabehandling inte är att alla får samma behandling, utan att alla får en behandling som är anpassad till individens behov, så är detta inte ett perfekt sätt att mäta, men en metod som har gjort det möjligt för oss att undersöka handläggningen av samtliga ärenden under en viss tidsperiod. Vi har därför också använt en kvalitativ metod, där vi i stället har tittat på få fall men kunnat gå djupare och ta hänsyn till omständigheter i det enskilda fallet. När vi kvalitativt mätt

tecken på olikabehandling har vi därför strävat efter att undvika att bara kartlägga vad handläggare gör, vi har även försökt härleda det till vad som är det lämpliga att göra i ett ärende.

Den kvalitativa delstudien består av en analys av sjukpenning akter. I de aktbaserade analyserna har vi tagit hänsyn till att en viktig del av likabehandling är att handläggningen anpassas efter individens förutsättningar. Genom akterna kan vi analysera vilka förutsättningar individerna har, och på så sätt mer precist dra slutsatser om de skillnader vi finner faktiskt är tecken på olikabehandling. Detta angreppssätt kräver att vi kan ta ställning till de behov eller förutsättningar en person har och om handläggningen har tagit hänsyn till dessa. Det kan vara en svår bedömningsfråga för såväl handläggarna som för oss. Vi har här gjort kvalitativa bedömningar i varje enskilt fall för att kunna värdera om en skillnad handlar om att handläggningen var anpassad, och därmed är motiverad, eller inte. Även om det finns grund att anta att viktiga individuella behov och förutsättningar dokumenteras i handläggarens journalanteckningar så att information som är relevant i ärendet kan föras vidare till nästkommande handläggare kan det finnas en risk att både behov och anpassningar som har skett eller borde ha skett inte framgår i akten. Vi har utifrån vårt kvalitativa angreppssätt ändå kommit närmare att ta hänsyn till den här viktiga aspekten av likabehandling än tidigare studier har gjort.

I flera delar av studien redovisar vi resultat uppdelat på diagnoser. Vi fokuserar på de sjukdomstillstånd som är de vanligaste diagnoserna att sjukskrivas för. Bland sjukskrivna kvinnor är 50 procent sjukskrivna för någon psykiatrisk diagnos (F-diagnos), och 15 procent är sjukskrivna för en sjukdom i rörelseapparaten (M-diagnos). Bland sjukskrivna män är 39 procent sjukskrivna för någon psykisk sjukdom och 20 procent för någon sjukdom i rörelseapparaten.²⁵ Utöver att det är diagnoser som många sjukskrivna lider av är det bra diagnoser att jämföra, eftersom de psykiska sjukdomarna skiljer sig från de fysiska. I de registerbaserade analyserna har vi där det har varit relevant också undersökt kroppsskador (S-diagnoser).

²⁵ Försäkringskassan, *Socialförsäkringen i siffror 2023*, s.57.

Vi har studerat psykiatriska diagnoser och diagnoser kopplade till rörelseorganen

De vanligaste diagnoserna att sjukskrivas för är psykiska sjukdomar samt rygg-, skulderleds- och smärtproblematik. Psykiska sjukdomar har den övergripande diagnoskoden "F" och sjukdomar i rörelseapparaten har diagnoskoden "M".

1.3.1 I den registerbaserade studien har vi analyserat data från Försäkringskassan och SCB

Här redovisar vi kortfattat materialet och metoden som har använts i de registerbaserade analyserna. En mer detaljerad beskrivning av materialet finns i bilaga 1.

För att leta efter tecken på om grupper inte behandlas lika i handläggningen av sjukpenning har vi analyserat registerdata från Försäkringskassan och SCB. Studiepopulationen består av samtliga individer som har ansökt om sjukpenning hos Försäkringskassan från och med januari 2022 till och med maj 2023 (730 000 individer och 995 000 ansökningar).

Vi har använt data som beskriver individers personliga förhållanden som ålder, kön och födelseland. Vi har även använt data som rör sjukskrivning, som utbetalningar, hur länge individen var sjukskriven och om individen har fått avslag på en ansökan om sjukpenning. Vi har också använt detaljerad information om handläggningsprocessen, inklusive handläggares journalanteckningar i varje ärende, samt innehållet i läkarintyg. Journalanteckningarna och läkarintygen har analyserats med hjälp av en textanalys där vissa begrepp har använts för att titta på aspekter som annars inte hade varit möjliga att se. Till exempel kan vi på så sätt se hur ofta handläggaren kontaktar den försäkrade.

Sammantaget har detta gjort det möjligt för oss att analysera skillnader mellan olika grupper från perspektiv som liknande studier i regel inte har belyst.²⁶ Det handlar bland annat om vilka insatser

²⁶ Försäkringskassan, FK 2023/002328; ISF, Rapport 2016:13; Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2015:7; Försäkringskassan och Socialstyrelsen, *Sjukskrivningsmönster och praxis Skillnader i vårdens arbete* 2017, ISF, Rapport 2016:5.

som handläggare gör eller låter bli att göra. Vi har till exempel kunnat identifiera när en handläggare försöker ta kontakt med en sökande, genom att analysera journalanteckningar. Det handlar också om hur olika individers läkarintyg skiljer sig åt. Vi har även kunnat analysera risken för att en individ får avslag på sin ansökan om sjukpenning, där vi har tagit hänsyn till hens diagnos, arbetssituation och andra relevanta aspekter som ålder, kön och födelseland, men också innehållet i läkarintygen. Att ta hänsyn till läkarintygen har enligt vad vi vet inte gjorts i tidigare studier av likabehandlingen i handläggningen av sjukpenning.

Flera av de mått som vi har analyserat kvantitativt baseras på vad handläggare har registrerat att de har gjort i ärendet. Det handlar bland annat om registrering om avslag, telefonutredningar, avstämningmöten och plan för återgång till arbete. När vi har jämfört dessa registreringar med journalanteckningarna så har vi noterat att handläggare inte alltid registrerar allt som görs i handläggningen. Det kan också förekomma att det handläggaren har registrerat inte har skett. Vi har ändå valt att använda registreringarna i vissa fall, där det inte har varit möjligt eller varit allt för tidskrävande att extrahera uppgifterna från journalanteckningarna i stället. Sammantaget kan dessa mått i viss mån underskatta eller överskatta hur vanliga de här olika händelserna är, men vi bedömer att denna felrapportering inte sker systematiskt olika bland de grupper som vi har studerat och därmed inte bör påverka våra slutsatser.

Vi har delat in materialet i grupper utifrån födelseland, ålder, kön och diagnos

I de registerbaserade analyserna har vi valt att presentera födelseland i grupperna Sverige, Norden, EU utom Norden, Europa utanför EU samt Utanför Europa. De här grupperna fångar de mönster som vi har sett i våra analyser när vi har tittat på fler regioner eller enskilda länder, samtidigt som de är tillräckligt få för att ge överblickbara resultat och ett hanterbart antal variabler i våra regressionsanalyser. Av samma anledning har vi delat upp ålder i grupperna upp till 33 år, 34–54 år, 55 år eller äldre, och vi har delat upp diagnoserna i psykiatriska diagnoser, diagnoser för sjukdom i rörelseapparaten och övriga diagnoser. I de fall där det har varit relevant har vi också särredovisat kroppsskador (S-diagnoser).

I de registerbaserade analyserna har vi tagit bort individer som är yngre än 18 år eller äldre än 65 år, eller som saknar diagnos eller angivet kön. Vi har också tagit bort personer med diagnoser i diagnosgrupp O, det vill säga graviditetsrelaterade diagnoser, eftersom de gör alla analyser där kön ingår svårtolkade på grund av att diagnoserna endast finns bland kvinnor.

Vi har inte kunnat analysera förstagångsavslag på grund av otillförlitliga data

Eftersom vi har analyserat både registerdata och akter har vi kunnat värdera de olika mått som finns i Försäkringskassans registerdata utifrån vad vi funnit i akterna. Något som vi har funnit och som har påverkat våra analyser är att en majoritet av de akter som i registerdata har klassificerats som förstagångsavslag på grund av att individens arbetsförmåga inte varit nedsatt i själva verket har varit en annan sorts beslut. Det kan handla om att ärendet avslutades för att samma ansökan redan ingick i ett annat ärende, att ansökan har dragits tillbaka av den sökande, att den sökande har nekats sjukpenning på grund av att hen saknade sjukpenninggrundande inkomst eller läkarintyg. Det har gjort att vi inte kunnat göra någon analys av förstagångsavslag utifrån Försäkringskassans registerdata, eftersom vi anser att deras mått på förstagångsavslag inte är tillräckligt pålitligt. När det gäller avslag i längre pågående sjukfall där den sökande först har beviljats sjukpenning har vi inte funnit samma problem. Därför bedömer vi att vi kan ta med avslagen i dessa ärenden i vår analys.

Detta ledde även till ett stort bortfall i de akter som vi hade planerat att analysera i den aktbaserade studien. Även i den aktbaserade studien valde vi att inte analysera förstagångsavslagen.

1.3.2 I den aktbaserade studien har vi granskat akter från Försäkringskassan

I den aktbaserade studien har vi läst och analyserat sjukpenningakter från Försäkringskassan, en så kallad aktgranskning. En akt är all den information handläggarna har i ett ärende när någon söker sjukpenning. Där samlas allt som kommer in i ärendet och handläggarna antecknar vad de gör och hur de planerar ärendet. I detta stycke redovisar vi det urval av akter vi gjort. Vi drar i den aktbaserade

studien bara slutsatser om de akter som vi har granskat. Men för att sätta dessa slutsatser i ett sammanhang är det viktigt att veta vilken grupp av akter som vi drar slutsatser om. Vi beskriver sedan kort hur vi genomfört aktstudien och vilka begränsningar som finns i materialet. I kapitel 4 presenterar vi mer ingående hur vi har analyserat den data som vi har samlat in genom aktgranskningen.

Urval av akter

I aktstudien har vi gjort ett antal avgränsningar som har styrt urvalet av akter. För analysen var det viktigt att titta på akter som har pågått en längre period för att olika aspekter av utredningen skulle hinna ske. Vi har därför granskat ärenden som har pågått mellan 180 och 365 dagar. Ärendena var både pågående och avslutade och vi har analyserat vad som har hänt från det att personen ansökte om sjukpenning. Vi har totalt granskat 167 ärenden. Granskningens tidsperiod omfattar cirka ett år och startar i maj 2022.

Eftersom tidigare studier har visat att kön och ursprung är två grupper som är relevanta att studera när det gäller olikabehandling så har vi gjort ett strategiskt urval baserat på om personerna är inrikes eller utrikes födda och om de är kvinnor eller män. En fjärdedel av personerna som ingår i våra akter är därför utrikes födda kvinnor, en fjärdedel inrikes födda kvinnor, en fjärdedel är utrikes födda män, och en fjärdedel inrikes födda män.

Vi har valt att avgränsa diagnoser till de vanligaste sjukdomstillstånden, det vill säga psykiatriska diagnoser och diagnoser för sjukdom i rörelseapparaten. Inom dessa diagnosgrupper har vi gjort ett urval utifrån de vanligaste underdiagnoserna. Det är slumpmässigt hur diagnoserna har fördelats i urvalet, vilket resulterade i att de psykiatriska diagnoserna är betydligt fler, 83 procent, medan diagnoser för sjukdom i rörelseapparaten står för 17 procent. Denna fördelning reflekterar hur det ser ut i populationen av sjukskrivna med dessa två diagnoser.

Vi har inte påverkat urvalet av resterande gruppkaraktäristika, som ålder och yrke. Vi beskriver mer utförligt urvalet av akter och vad det resulterade i för karaktäristika av våra studerade fall i bilaga 3.

Tillvägagångssätt i aktstudien och begränsningar i materialet

När vi genomförde vår aktgranskning letade vi så brett vi kunde efter möjliga tecken på olikabehandling. Granskningen var explorativ och vi hade inte på förhand definierat hur möjliga tecken på olikabehandling kunde se ut. Det berodde dels på att vi ville kunna leta så brett som möjligt, dels på att det framför allt är i analysen av skillnader mellan olika grupper som vi kan avgöra om något är ett tecken på olikabehandling.

För att genomföra aktgranskningen utvecklade vi formulär med frågor kring den försäkrades sjukpenningansökan, läkarintyg och handläggarens journalanteckningar. För varje sjukpenningakt gick vi igenom frågorna och svarade på dem utifrån aktens innehåll.

Frågorna i formulären var både frågor om vilket innehåll som fanns i akten och frågor som krävde en bedömning av den som granskade akten. Bedömningsfrågorna handlade till exempel om hur tydliga eller utförliga olika aspekter av läkarintyg, sjukpenningansökan och journalanteckningar var och om det framkom att den försäkrade behövde extra stöd. Bedömningsfrågorna var viktiga för att fånga nyanser i akterna. Frågorna handlade inte om huruvida handläggaren har tagit korrekta beslut. Svaren på formulärfrågorna var det material vi sedan analyserade.

Att vi letade så brett som möjligt efter tecken på olikabehandling resulterade i att vi använde ett mycket omfattande frågeformulär när vi granskade akterna. Vi vidareutvecklade formuläret efter en första granskning utifrån att vi identifierade saker vi ville vara säkra på att fånga upp. Vi använde även i stor utsträckning öppna svar för att fånga komplexiteten i ärendena. Att vi granskade akterna på djupet och samlade in ett mycket rikt material innebar i sin tur att vi bara kunde granska ett begränsat antal akter.

Även om vi har letat så brett vi har kunnat efter tecken på olikabehandling finns det vissa begränsningar som har att göra med vårt material. Vi kan i akterna bara se vad som har dokumenterats, inte hur samtalen mellan handläggare och försäkrade har förts eller hur handläggaren har resonerat. Vad vi fångar upp är vad som har journalförts av handläggare, och hur läkare skriver läkarintyg. Att vi bara kan se vad handläggarna har dokumenterat har påverkat vilka frågor vi har kunnat ställa till materialet. Vi kunde till exempel fånga upp hur ofta handläggaren kontaktade den försäkrade eller om

handläggaren hade tillgång till viss information. Men vi kunde inte fånga upp hur interaktionen under ett samtal har sett ut. Det är till exempel tänkbart att eventuella problem som en försäkrad har med språket framkommer i kontakter men inte dokumenteras av handläggaren, om inte svårigheterna är så stora att handläggaren bedömer att det finns behov av att använda en tolk.

Enligt Försäkringskassans egen rapport om risker för olikabehandling uttryckte medarbetare som deltog i en fokusgrupp att de var skeptiska till att använda aktgranskningar för att identifiera riskmoment i handläggningen. Det beror på att akterna kan vara fåordiga och att det antas att stereotypa föreställningar snarare uttrycks muntligt än skrivs ner i akterna.²⁷

Vi ser också detta problem, men anser ändå att akter är värda att studera. Risken med detta material är snararast att vi missar en del av den olikabehandling som förekommer. Om vi hittar tecken på olikabehandling i detta material, trots att viss information kanske saknas, så ger det mer tyngd åt slutsatsen att olikabehandling förekommer. Samtidigt finns det utifrån Försäkringskassans styrande och stödjande dokument anledning att tro att handläggarnas dokumentation bör vara relativt god. Handläggaren ska dokumentera sina ställningstaganden, de uppgifter som hen har fått in eller ger ut och vad hen i övrigt planerar. Alla uppgifter som kan ha betydelse för ärendet ska dokumenteras, också om de har hämtats internt eller är muntliga uppgifter.²⁸ Vi ser också att många olika handläggare förekommer i ärendena. Det ökar ytterligare behovet av god dokumentation, till exempel när det gäller om det finns individuella behov eller förutsättningar som kräver anpassningar i handläggningen av ärendet.

Vi valde därför att genomföra en aktgranskning framför alternativa metoder att samla in data, som intervjuer eller observationer. Intervjuer med handläggare hade kunnat ge intressant information om hur handläggarna tänker kring ämnet. Men det hade varit en mindre objektiv källa, eftersom den riskerar att påverkas av till exempel hur handläggarna vill uppfattas. Intervjuer kan möjligen tjäna till att identifiera risker, men sannolikt inte tecken på olikabehandling. Det

²⁷ Försäkringskassan, FK 2023/015518, s. 15.

²⁸ Se till exempel: Försäkringskassan, *Sjukpenning, rehabilitering och Rehabiliteringsersättning*. Process 2009:07 version 19; Försäkringskassan, *Användarhandledning Sjukpenning*, senast uppdaterad: 2022-12-21, s. 136–137.

är svårt och kräver en mycket hög grad av självreflektion att själv bli medveten om sina egna eventuella förutfattade meningar, fördomar eller bristande handlingar. Även om det finns handläggare som skulle vara medvetna om att deras beteende leder till olikabehandling är det inte säkert att de skulle vilja berätta om det beteendet för en extern granskningsmyndighet. Det skulle dessutom ha krävt att vi hade intervjuat ett stort antal handläggare för att nå en liknande slumpmässig spridning som vi har fått med akter.

Ytterligare ett alternativt datamaterial hade varit att observera själva handläggningen, inklusive att ta del av dialoger med försäkrade och hur handläggare resonerar inför olika ställningstaganden. Men det är en datainsamlingsmetod som kräver mycket resurser och som också är förknippad med metodologiska problem. Det är till exempel svårt att observera handläggare och inte samtidigt påverka deras beteende på grund av observationen i sig. En observation av enskilda handläggare kan också medföra svårigheter med dataskydd och sekretess.

1.4 Disposition

I kapitel två går vi igenom de risker för olikabehandling som vi har identifierat i handläggningen av sjukpenningen. Vi beskriver också fynd från tidigare studier när det gäller skillnader i sjukskrivning, risker för olikabehandling och möjliga tecken på olikabehandling.

I det tredje kapitlet redovisar vi resultaten från vår registerbaserade analys av skillnader i avslag mellan olika grupper för sjukfall som pågått i minst 180 dagar.

Det fjärde kapitlet är en beskrivning av den analysmetod som vi har använt i de aktbaserade analyserna.

I kapitel fem till och med sju presenterar vi resultaten från våra aktbaserade analyser. Det femte kapitlet handlar om den försäkrades roll. Här undersöker vi om det finns tecken på olikabehandling i den del av handläggningen som rör vilken roll som den försäkrade får i sitt ärende.

Det sjätte kapitlet handlar om arbetsgivarens roll och omfattar bara de försäkrade som är anställda. Vi har undersökt om det finns skillnader i hur arbetsgivaren involveras och vilka krav som ställs, och på så sätt

om det finns tecken på olikabehandling i den del av handläggningen som rör vilken roll som arbetsgivare får i olika ärenden.

Det sjunde kapitlet handlar om hur handläggaren hanterar planeringen och utredningen av ärendet. Vi har undersökt om det finns tecken på olikabehandling i handläggarens planering för den försäkrades återgång till arbete, eventuella brister i handläggningen och hur handläggaren förhåller sig till läkarintygen.

I det åttonde kapitlet använder vi återigen en registerbaserad, kvantitativ metod. Där redovisar vi resultat från analyser av skillnader mellan grupper när det gäller aspekter av handläggningen som rör kontakter med försäkrade, utredningar och samordningsinsatser.

Kapitel nio redogör för våra övergripande resultat och slutsatser.

2 Risker för olikabehandling

I det här kapitlet besvarar vi granskningens första fråga, nämligen inom vilka områden av Försäkringskassans handläggning av sjukpenning vi ser att det finns teoretisk risk för olikabehandling.

Vi inleder kapitlet med en kort kunskapsöversikt. Utifrån den kan vi konstatera att det finns skillnader mellan olika grupper när det gäller att använda sjukpenning. Det går utifrån tidigare studier inte att avgöra om det beror på olikabehandling, eftersom olika grupper också skiljer sig åt på andra sätt som påverkar risken för att de behöver sjukpenning. Men de tidigare studierna lyfter att det inom handläggningen av sjukpenning finns risker som kan påverka vilka som får sjukpenning. Studierna lyfter också att handläggningen i sin tur är beroende av läkarintygen och påverkas av om det förekommer olikabehandling inom vården.

Vi har identifierat risker för olikabehandling på två sätt. Det ena sättet är genom att vi har studerat handlägningsprocessen och identifierat de tillfällen då det är möjligt för handläggarna att behandla personer olika. Det andra sättet är att vi har identifierat risker genom att dra slutsatser utifrån tidigare studier som har visat på oförklarade skillnader mellan grupper. Oförklarade skillnader skulle kunna vara tecken på olikabehandling, och vi har då valt att uppmärksamma det som ett riskområde.

Vi har identifierat fyra riskområden.

- Det första riskområdet rör *bedömningen av arbetsförmågan och därmed rätten till ersättning*, där det finns en risk att handläggaren kan göra olika bedömningar av likartade fall. Detta kan ses som den allvarligaste risken för olikabehandling, eftersom det för individen kan resultera i att hen nekas ersättning.

De resterande tre riskområdena rör andra aspekter av handläggningen som gäller framför allt ärenden där sjukpenning beviljas:

- vilken roll handläggaren ger den försäkrade i sjukskrivningsprocessen
- vilken roll handläggaren ger den försäkrades arbetsgivare
- hur handläggaren hanterar planering i ärendet, om det finns brister i handläggningen och vilka krav som ställs på läkarintygen.

Dessa fyra riskområden är ett analysinstrument som vi använder genom hela rapporten för att undersöka om det finns tecken på olikabehandling i Försäkringskassans handläggning av sjukpenning. Men alla riskområden går inte att studera på samma sätt och vi beskriver därför i detta kapitel även hur vi har studerat de respektive riskerna.

2.1 Tidigare studier pekar på skillnader mellan olika grupper och vissa risker för olikabehandling

Vi vet att olika grupper får sjukpenning i olika stor omfattning. Försäkringskassan har nyligen analyserat skillnader i hur olika grupper använder sjukförsäkringen, och funnit sex faktorer där det är stora skillnader i vilka som nyttjar sjukpenningen.

Dessa faktorer är:

- kön
- den socioekonomiska situationen
- inrikes eller utrikes född
- geografi
- ålder
- diagnos.²⁹

²⁹ Försäkringskassan, *Analys av skillnader i nyttjandet av sjukförsäkringen. Delrapport 1. FK 2023/002328.*

Störst skillnad i användandet av sjukpenning finns mellan kvinnor och män. Kvinnor använder sjukpenningen mer än män. Det är något som har belagts i flera studier.³⁰ Försäkringskassan påpekar i sin rapport att en stor förklaring till könsskillnaderna sannolikt är att kvinnor och män arbetar i olika sektorer, och därmed har olika arbetsvillkor och arbetsförhållanden. Det arbetar fler kvinnor i sektorer med strukturella arbetsmiljöproblem som hänger samman med höga risker för sjukfrånvaro.³¹ En annan anledning är den ojämna fördelningen av obetalt hem- och omsorgsarbete, som innebär en högre arbetsbelastning för kvinnor.³² En rapport från Riksrevisionen pekar i stället på att det finns skillnader i vården, där läkare sjukskriver kvinnor mer än män trots att övriga omständigheter är likvärdiga.³³

En individs socioekonomiska situation påverkar också risken för att bli sjukskriven. Det är tydligt att personer som har en högre utbildning, högre inkomster och tjänstemannayrken har en lägre sjukfrånvaro än andra. Det beror på att individer med låg socioekonomisk status har en sämre hälsa men samtidigt i högre grad är sysselsatta i manuella arbeten med mindre flexibilitet. Dessa arbeten är svårare att kombinera med sjukdom och svårare att anpassa till en individs sjukdom. Dessutom är personer med låg socioekonomisk status i större utsträckning sysselsatta i arbeten med en mer ansträngande fysisk och psykosocial arbetsmiljö. Arbetet i sig kan alltså också ha en negativ effekt på hälsan.³⁴

Även mellan utrikes och inrikes födda finns skillnader i hur de använder sjukpenningen. Även här kan skillnaden till största delen sannolikt förklaras av att utrikes födda i högre grad arbetar i yrken med en sämre arbetsmiljö. Det är också skillnad mellan utrikes födda som varit kort tid i Sverige och utrikes födda som varit lång tid i Sverige. Utrikes födda som varit en kort tid i Sverige använder sjukpenning i lägre utsträckning än inrikes födda. Men för utrikes

³⁰ Försäkringskassan, FK 2023/002328, s. 3; Försäkringskassan, *Skillnader i sjukfrånvaro, En forskningsöversikt med fokus på könsskillnader*.

³¹ Försäkringskassan, FK 2023/002328, s. 11.

³² Försäkringskassan, *Försäkringskassans årsredovisning 2021*, s. 81.

³³ Riksrevisionen, *Jämställd sjukfrånvaro – bedöms män och kvinnor likvärdigt i sjukskrivningsprocessen?* RIR 2019:19, s. 36.

³⁴ Försäkringskassan, FK 2023/00232, s. 18.

födda som har varit i Sverige en längre tid är förhållandet omvänt – de använder sjukpenning i högre utsträckning än inrikes födda.³⁵

Det finns även geografiska skillnader när det gäller hur individer använder sjukpenningen. Hälsan är generellt bättre i storstäder, medelstora städer och i pendlingskommuner. Det beror troligen på att befolkningen där har en högre utbildningsnivå och högre medelinkomster. Större städer har också en yngre befolkning.³⁶

Sjukfrånvaron ökar med stigande ålder. Både risken för sjukdom och tiden för återhämtning efter en sjukdom ökar med åldern. Ju längre en person har varit ute i arbetslivet desto större är också den sammanlagda arbetsbelastningen och exponeringen för risker i arbetsmiljön har fått uppleva.³⁷

Slutligen finns det också skillnader mellan olika diagnoser. Bland kvinnor står psykiatriska diagnoser för hälften av de pågående sjukfallen och bland män för 39 procent. De psykiatriska diagnoserna i sig leder till längre sjukfall än andra vanliga diagnoser, och det är vanligare att de leder till återfall i sjukskrivning.³⁸

Fokus för många tidigare studier har varit att jämföra skillnader i hur olika grupper använder sjukpenning. Studierna försöker att ta hänsyn till olika aspekter som kan förklara skillnaderna, som till exempel att vissa grupper har större risk att bli sjuka och att olika yrken påverkar möjligheten att arbeta trots att man är sjuk. Då blir skillnaderna som är kvar mindre, och det är tänkbart att en del av de kvarvarande skillnaderna mellan grupper kan bero på olikabehandling. Men skillnader i användande av sjukpenning säger fortfarande relativt lite om möjlig olikabehandling i handläggningen av sjukpenning.

2.1.1 Olikabehandling kan bidra till skillnader mellan de som får sjukpenning – men skillnaderna beror främst på andra faktorer

Vi kan alltså konstatera att det är skillnader mellan olika grupper när det gäller hur de använder sjukpenningen. Men vi kan också se att det

³⁵ Försäkringskassan, 2023, *Analys av skillnader i nyttjandet av sjukförsäkringen. Delrapport 1*. FK 2023/002328, s. 31–32; IFAU, *Utrikes födda och välfärdssystemen*. Rapport 2020:15.

³⁶ Försäkringskassan, FK 2023/00232, s. 38.

³⁷ Försäkringskassan, FK 2023/002328, s. 11.

³⁸ Försäkringskassan, FK 2023/002328, s. 8.

åtminstone delvis beror på faktorer som arbetsmarknad och demografi. Det finns rapporter som har resonerat kring frågan om Försäkringskassans handläggning i sig bidrar till skillnader i sjukskrivning eller inte.

Försäkringskassan har i en rapport resonerat kring att partiskhet och fördomar hos handläggare kan vara en orsak till att det finns skillnader mellan könen när det gäller hur de tar ut sjukpenning. Skillnaderna kan vara ett resultat av att handläggaren omedvetet särbehandlar individer på grund av könsstereotypa normer. Försäkringskassan menar att skillnaderna också kan bero på att handläggaren generaliserar utifrån sin erfarenhet av liknande ärenden, vilket kan leda till att handläggaren baserar sin bedömning på vad hans erfarenhet säger är vanligt i ett visst typfall och inte på vad underlaget faktiskt säger. Det kan också påverka handläggarna att män och kvinnor tar olika initiativ och uttrycker olika önskemål när de möter handläggaren.³⁹

I en senare rapport uppmärksammar Försäkringskassan att även vem handläggaren är kan spela in i bedömningen. Handläggaren kanske till exempel relaterar försäkrade kvinnors ansvar för barn och hem till sig själva och sina egna erfarenheter som kvinnor och mammor.⁴⁰

Studier som har undersökt beteenden hos offentliga tjänstemän har också visat att tjänstemännen har en tendens att i större utsträckning vilja hjälpa de medborgare som de anser är mer förtjänta av hjälp än andra. För att hantera en komplex situation med mycket information använder tjänstemän sig av olika ”kognitiva genvägar” som de baserar sina bedömningar på. De kognitiva genvägarna liknar de bedömningar utifrån tidigare erfarenheter som Försäkringskassan också har uppmärksammat. Genvägarna blir ett sätt att sortera vilka som är förtjänta av den extra hjälpen. Det kan till exempel vara de som handläggarna anser arbetar hårt eller har ett stort behov får mer hjälp.⁴¹ Skillnader som beror på den här typen av uppdelning är svårare att se, eftersom det inte utgår ifrån att de som blir

³⁹ Försäkringskassan, *Studier om könsskillnader*. 2015b s. 45–46.

⁴⁰ Försäkringskassan, *Kunskapsunderlag. Inför arbetet med att ta fram en metod för kartläggning av risker för osakliga könsskillnader och olika behandling i handläggning*. FK 2023/015518, s. 9.

⁴¹ Jilke S. och Tummers L., Which Clients are Deserving of Help? A Theoretical Model and Experimental Test. *Journal of Public Administration Research and Theory* 2018; 28:226–238; IFAU, *Vem får mer? Två enkätexperiment om arbetsförmedlares beslut i den dagliga kontakten med arbetssökande*. Rapport 2022:14.

olikabehandlade tillhör en speciell grupp. Samtidigt är det möjligt att vissa grupper i större utsträckning uppvisar ett beteende som gör att handläggaren bedömer att personen förtjänar extra hjälp.

I en enkät med personer som arbetar med sjukförsäkringen svarade ungefär en fjärdedel att de såg risker för att individer blir diskriminerade. Framför allt pekade de på risk för diskriminering på grund av etnisk tillhörighet och kön.⁴² En specifik fråga som togs upp gällde våld i nära relationer. I sjukpenningärenden som kräver mycket utredning ska handläggaren rutinmässigt ställa frågor om våld i nära relationer, men det identifierades som en risk för osakliga könsskillnader om handläggarna oftare ställer sådana frågor till kvinnor än till män. Studiens fokusgrupper och enkätsvar visar att handläggare också oftare frågar kvinnor än män om sociala förhållanden som rör obetalt hem- och omsorgsarbete. Detta kan leda till olika beslutsunderlag i ärenden som rör kvinnor och män, vilket i sig kan innebära risk för olikabehandling.⁴³

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har i tidigare studier funnit att handläggarna upplevde att kvinnor öppnar sig mer och delar med sig mer om till exempel bakomliggande orsaker till sjukskrivningen. Vissa handläggare uppfattade också att kvinnor är mer hjälpsökande och efterfrågar mer stöd.⁴⁴ Det gör att handläggaren får olika och olika mycket information från män respektive kvinnor, vilket kan påverka handläggningen av ärendet. Det gäller till exempel rätten till ersättning och planen för att återgå till arbete.

Försäkringskassan har också tagit upp att det kan finnas ytterligare en anledning till skillnader mellan grupper när Försäkringskassan inte själva driver ärendet framåt. Kvinnors och mäns initiativ och önskemål kan skilja sig åt vilket kan leda till skillnader i hanteringen baserat på kön. Även arbetsgivaren eller andra aktörer utanför Försäkringskassan kan ställa olika krav och ta initiativ som påverkar handläggningen och gör att det uppstår skillnader mellan grupper.⁴⁵

⁴² Försäkringskassan *Årlig enkät om den statliga värdegrunden 2022* FK 2022/013365.

⁴³ Försäkringskassan, FK 2023/015518, s. 9–10.

⁴⁴ ISF, *Försäkringskassans handläggning av sjukpenning ur ett jämställdhetsperspektiv*. Rapport 2013:16, s. 56.

⁴⁵ Försäkringskassan *Studier om könsskillnader*. 2015b.

Skillnader i sjukskrivning kan bero på skillnader i läkarintyg

Studierna ovan beskriver olikabehandling som kan uppkomma inom Försäkringskassan. Men bedömningarna som handläggarna på Försäkringskassan gör i ett sjukpenningärende beror till stor del på läkarintygen som kommer in i ärendet. Skillnader i läkarintyg kan leda till skillnader i hur sjukpenningen används. Skillnaderna kan bestå av skillnader i läkarintygets kvalitet och längd, men också sjukskrivningens omfattning.

Det finns studier som visar att sjukvården behandlar kvinnor och män olika, men också att kvinnor söker mer vård än män.⁴⁶ ISF har i en tidigare rapport visat att män sjukskrivs längre än kvinnor, vilket inte kan förklaras av den könssegregerade arbetsmarknaden. Förklaringar till detta som brukar nämnas är att män är mer sjuka när de väl söker vård, och att män oftare hänvisas till specialistvård.⁴⁷

Även en annan ISF-rapport visar att män i genomsnitt får längre sjukskrivningar än kvinnor. Granskningen visar också att det var vanligare att handläggare planerade en nedtrappning av sjukpenningen för kvinnor än för män. Men rapporten är från 2014 och vi vet inte om det fortfarande gäller.⁴⁸

Det tycks också finnas skillnader i läkarintyg mellan könen utifrån diagnoser. En äldre studie har till exempel funnit att det i läkarintygen för kvinnor oftare fanns beskrivningar av psykiska funktionsnedsättningar, medan det för män var vanligare med beskrivningar av fysiska funktionsnedsättningar.⁴⁹ Riksrevisionen menar i en nyare studie att kvinnor med diagnoserna lindrig till medelsvår psykisk sjukdom är sjukskrivna mer än män vid samma bedömda nivå av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Rapportförfattaren spekulerar kring att det kan vara så att läkare är mer benägna att sjukskriva kvinnor för att de tar mer intryck av kvinnors självskattade hälsa när de utfärdar läkarintyg samtidigt som de underskattar mäns funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.⁵⁰ Om

⁴⁶ Sveriges Kommuner och Landsting, *(O)jämställdhet i hälsa och vård. En sammanfattning*, 2019; Osika Friberg I., *Women's and men's health care utilisation from a cost perspective*. Göteborg 2018.

⁴⁷ ISF, *Läkares sjukskrivning av kvinnor och män*. Rapport 2016:13, s. 36–39.

⁴⁸ ISF *Läkarintygets betydelse för sjukfrånvaron*. Rapport 2014:5, s.45–47 och s. 70.

⁴⁹ Morgell R., m.fl. Health problems and disability in long-term sickness absence: ICF coding of medical certificates. *BMC Public Health* 2011:860.

⁵⁰ Riksrevisionen, RIR 2019:19. s. 56–58.

olikabehandling uppstår inom vården skulle det också kunna bero på vad läkaren tillhör för grupp, och inte enbart vem den sjuka är, men kunskapsläget är tvetydigt. Det finns studier som pekar på att kvinnliga läkare sjukskriver mer än manliga läkare. Men det finns andra studier som pekar på motsatsen.⁵¹

En av ISF:s granskningar visar att försäkrade som är inrikes födda både remitteras till och genomgår en röntgenundersökning i högre utsträckning än försäkrade som är födda i Mellanöstern och i Nordafrika. Det påverkar i sin tur kvaliteten på deras läkarintyg. Samtidigt har inrikes födda oftare läkarintyg som baseras på telefonkontakt och har oftare retroaktivt utfärdade intyg. Trots att läkarintyg som baseras på telefonkontakt anses ge sämre kvalitet än en undersökning så begär Försäkringskassan sällan komplettering av sådana intyg.⁵²

2.2 Vi har identifierat fyra riskområden

Vi har identifierat fyra områden där det finns risk för olikabehandling i Försäkringskassans handläggning av sjukpenning. Det första riskområdet vi har identifierat är vid *bedömningen av arbetsförmågan*. Om vissa grupper har en större risk att få avslag än andra grupper så pekar det på en risk för olikabehandling, om skillnaderna inte är motiverade utifrån sjukförsäkringens konstruktion.

Utöver risk för olikabehandling i själva bedömningen av arbetsförmågan ser vi också risker i handläggningsprocessen av ärenden där personer har beviljats sjukpenning. Dessa riskområden handlar om handläggarens arbete med ett ärende och inte om beslutet om rätten till ersättning i sig. Det kan vara så att handläggarens arbete inom dessa områden påverkar hans bedömning av arbetsförmågan, men vi ser dem som egna riskområden.

Det andra riskområdet gäller *kontakt med den försäkrade*. Vi ser att det finns risker för att handläggare ger försäkrade olika roller när det gäller i vilken utsträckning de involveras, får göra sin röst hörd, det vill säga vilket agentskap de får, eller får en arbetsbörda av handläggaren.

⁵¹ ISF, *Läkares sjukskrivning av kvinnor och män*. Rapport 2016:13 s. 22.

⁵² ISF, *Nekad sjukpenning för inrikes och utrikes födda*. Rapport 2016:5 s. 48–51.

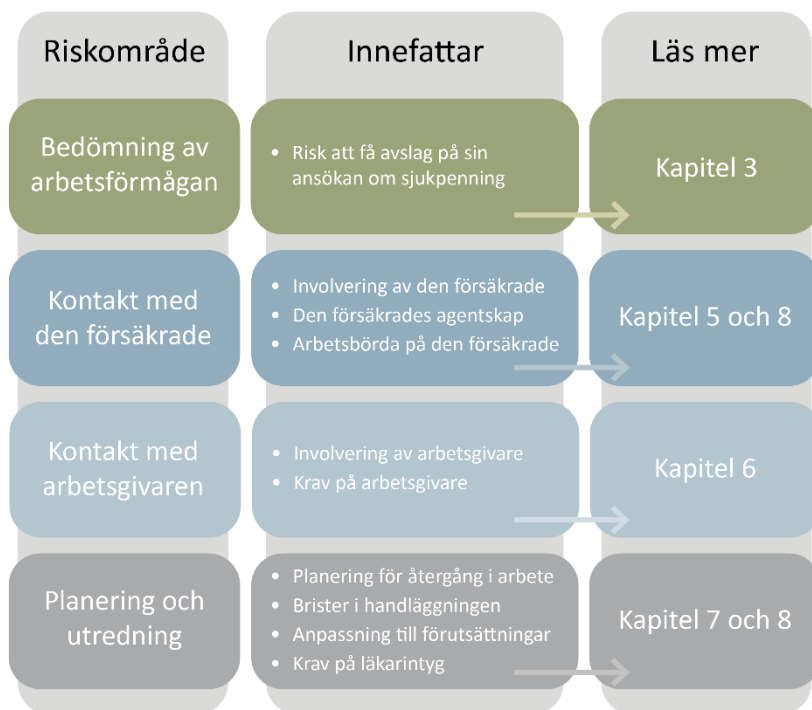
Det tredje området är i *kontakt med arbetsgivaren*. Vi ser att det finns risker för att arbetsgivare involveras i olika utsträckning eller att Försäkringskassan ställer olika krav på arbetsgivare i olika ärenden.

Det fjärde området handlar om *hur handläggaren hanterar planering och utredning*. Vi ser att det finns risker för att handläggarna kan hantera ärenden olika när det gäller hur de planerar för att den försäkrade ska kunna återgå till arbete. Vi ser också att det finns en risk för olikabehandling som beror på i vilken utsträckning det finns brister i handläggningen eller i hur handläggningen anpassas till den försäkrades förutsättningar. Vi ser även att det finns en risk för olikabehandling om handläggarna ställer olika krav på läkarintygen. Denna risk rör inte handläggarens bedömning av om den sökande har rätt till sjukpenning, men hur handläggaren förhåller sig till det medicinska underlaget inför en bedömning av arbetsförmågan, vilket är en del av handläggarens utredningsarbete.

Figur 2 illustrerar de fyra riskområdena vi har identifierat och hänvisar till respektive kapitel där vi empiriskt undersöker dem. De områden som vi har identifierat stämmer väl överens med de övergripande områden som Försäkringskassan själv har uppmärksammat när det gäller risker för osakliga könsskillnader och olikabehandling i handläggningen: i kontakt med försäkrade, i utredningar, och i bedömningar av arbetsförmågan.⁵³

⁵³ Försäkringskassan, FK 2023/015518, s. 7–8.

Figur 2 Fyra riskområden för olikabehandling



De områden vi har identifierat är områden där handläggarna har stort bedömningsutrymme. Vi tycker att det därför är viktigt att påpeka att det stora bedömningsutrymmet är en konsekvens av att handläggningen ska vara anpassad till individen. Vi menar också att det krävs att handläggningen är anpassad till individen för att det ska gå att anse att sökande likabehandlas. Det är paradoxalt nog så att när det finns störst möjlighet att anpassa utifrån individen så finns det samtidigt störst risk för olikabehandling.

Försäkringskassan är medveten om denna motsättning. När handläggarna använder sig av de styrande och stödjande dokumenten blir de kontinuerligt påmind om att de ska vara vaksamma inför stereotypa föreställningar om kön och andra diskrimineringsgrunder. Försäkringskassan tar också upp att anpassningarna ska göras utifrån

individens faktiska behov och inte utifrån handläggarnas föreställningar om vilka behov som kan finnas.⁵⁴

2.2.1 Bedömningen av arbetsförmågan kan innebära risk för olikabehandling

Det första riskområdet är vid *bedömningen av arbetsförmågan*. Om olikabehandling förekommer vid bedömningen av arbetsförmågan resulterar det i en mycket påtaglig effekt för individen eftersom det innebär att få avslag på sin sjukpenningansökan.

När en person ansöker om sjukpenning måste handläggaren bedöma hur individens arbetsförmåga är påverkad. Vilken arbetsförmåga en sjuk person har beror på hur sjukdomen påverkar personens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter. Det spelar alltså roll var personen arbetar och vilken sjukdom som personen har. Någon som jobbar på kontor kan till exempel inte bli sjukskriven för att den har brutit tån, arbetet går att utföra trots bruten tå. Men samma brutna tå kan leda till sjukskrivning för någon som går mycket i arbetet.

Det är den försäkrade som har bevisbördan när det gäller att få sjukpenning. Det betyder att det är den försäkrade och inte Försäkringskassan som måste visa att individen har rätt till sjukpenning. Men Försäkringskassan har en utredningsskyldighet, vilket innebär att handläggaren ska utreda ärendet så att det finns tillräckligt med information för att handläggaren ska kunna ta ett korrekt beslut. Den försäkrade har också en skyldighet att lämna de uppgifter som behövs.⁵⁵

Individen ska genom ett läkarintyg visa på hur sjukdomen påverkar förmågan till aktivitet. Intyget är viktigt när handläggaren tar ställning till bedömning av arbetsförmågan. Vi beskrev tidigare att det finns en risk för olikabehandling från vården om läkare skriver läkarintyg på olika sätt för olika grupper. I detta riskområde – *bedömningen av arbetsförmågan* – kan skillnader i hur läkarintyget är skrivet få stor påverkan på Försäkringskassans utredning och bedömning. Olikabehandlingen kan både bestå i att olika grupper får sjukskrivningar som är olika långa och på olika många procent. Men

⁵⁴ Försäkringskassan, *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. Vägledning 2015:01, version 19, s. 204.

⁵⁵ 110 kap. 13 § socialförsäkringsbalken (SFB) och 23 § första stycket förvaltningslagen [2017:900] (FL); Försäkringskassan, Vägledning 2015:01, version 19, s. 208.

olikabehandlingen kan också bestå i att läkarintygen är olika välskrivna. Det kan få konsekvenser, eftersom det är lättare för Försäkringskassan att bevilja en sjukskrivning som är väl motiverad och där arbetsförmågans nedsättning framgår tydligt än om läkarintyget är otydligt. Vi tittar mer på skillnader i läkarintygen i riskområde fyra som rör handläggarens utredning och hur hen förhåller sig till läkarintyg av olika kvalitet.

Tidigare studier visar att olika grupper har olika risk att få avslag på en ansökan om sjukpenning

Eftersom det kan vara svårt att bedöma arbetsförmågan, och många olika aspekter kan spela in, finns det alltså en risk för olikabehandling i detta moment.

Tidigare studier visar att det finns skillnader mellan hur ofta individer ur olika grupper får avslag. En del av skillnaderna kan förklaras, till exempel av olika gruppers arbetssituation och skillnader i hur läkarintygen ser ut. Men en del av skillnaderna kan inte förklaras. De registerstudier som har funnit skillnader i hur ofta individer ur olika grupper får avslag kan inte svara på om de oförklarade skillnaderna orsakas av olikabehandling.⁵⁶

Det är enligt tidigare studier vanligare att personer som ansöker om sjukpenning för psykiatriska diagnoser, för sjukdomar i rörelseorganen och för nervsjukdomar får avslag. Det är däremot ovanligt att personer med olika typer av fysiska diagnoser som tumörsjukdomar och infektionssjukdomar får avslag. Gemensamt för diagnoserna som ofta leder till avslag är att det kan vara svårt för en läkare att bedöma hur de påverkar personens arbetsförmåga.⁵⁷

De vanligaste tillfällena då personer som söker sjukpenning får avslag på sin ansökan är antingen direkt vid första (initiala) ansökan eller efter 180 dagar. Det är vanligare att personer med svagare ställning på arbetsmarknaden får avslag vid den initiala ansökan om sjukpenning.⁵⁸ En förklaring till det är troligen att arbetslösas arbetsförmåga bedöms mot hela arbetsmarknaden redan från dag ett.

⁵⁶ Försäkringskassan, *Skillnader i avslag för sjukpenning mellan olika grupper – En registerstudie om avslagsbeslut på initial ansökan och efter dag 180 i rehabiliteringskedjan*. Socialförsäkringsrapport 2022:1; Riksrevisionen, RIR 2019:19.

⁵⁷ Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2022:1 s. 6–7.

⁵⁸ Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2022:1 s. 30.

Det gör att den försäkrade måste visa att den saknar arbetsförmåga i alla jobb på arbetsmarknaden redan från början.

Tidigare undersökningar visar också att kvinnor har en något högre frekvens av avslag på den första ansökan än män.⁵⁹ Men när det kommer till avslag mellan dag 180 och 365 är det enligt tidigare undersökningar i stället män som oftare får avslag än kvinnor, även när hänsyn tas till ett antal andra faktorer.⁶⁰

Flera tidigare undersökningar har också konstaterat att utrikes födda oftare får avslag än inrikes födda.⁶¹ En tidigare ISF-rapport visar att personer födda i Mellanöstern och Nordafrika oftast får avslag. Det var också en grupp som oftare hade ofullständiga ansökningar om sjukpenning. Granskningen visar också att Försäkringskassan inte kompletterade dessa ansökningar i tillräcklig utsträckning.⁶² Individer som saknar gymnasieutbildning får också något oftare avslag än de med längre utbildning. Det finns dessutom stora regionala skillnader i hur stor andel av de sökande som får avslag, skillnader som tidigare undersökningar inte har kunnat förklara.⁶³

Vi har studerat detta riskområde genom att kvantitativt undersöka skillnader i vilka som får avslag. Vi tar hänsyn till olika egenskaper hos individerna som tidigare studier visat har betydelse. Till skillnad från tidigare studier kan vi även ta hänsyn till hur långa läkarintygen är. Resultaten redovisas i kapitel tre.

2.2.2 Vilken roll handläggaren väljer att ge den försäkrade kan innebära risk för olikabehandling

När ett sjukpenningärende handläggs kan Försäkringskassans handläggare behöva ha *kontakt med den sjukskrivna* för att hämta in uppgifter och för att lämna information. Denna kontakt innebär också en risk för olikabehandling, eftersom fördomar och föreställningar om den försäkrade kan påverka handläggarens beteende. Men kontakten med den försäkrade är inte bara en risk för olikabehandling utan även

⁵⁹ Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2022:1, s. 31.

⁶⁰ Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 2022:1, s. 44.

⁶¹ ISF, *När sjukpenning nekas*. Rapport 2013:1; ISF, Rapport 2016:5; ISF, *Ökning av antalet personer som får beslut om indragen sjukpenning*. Rapport. 2018:12; Försäkringskassan, *Sjukfrånvarons utveckling*. Delrapport 1 Socialförsäkringsrapport 2015:6.

⁶² ISF, Rapport 2016:5 s. 56

⁶³ Försäkringskassan, *Försäkringskassans årsredovisning 2021*, s. 86.

en möjlighet för handläggarna att uppmärksamma olika individers behov och förutsättningar. I det sista riskområdet tittar vi specifikt på om handläggaren anpassar handläggningen till den försäkrades behov eller om olika individers behov hanteras olika.

Tidigare studier visar att det finns en risk för olikabehandling i mötet mellan myndigheter och individer

Olikabehandling kan ta sig olika uttryck i mötet mellan en myndighet och individen. En del av olikabehandlingen kan handla om subtila saker i mötet. Undersökningar på Skatteverkets kontor visar till exempel att personer bemöttes olika när de kom till ett kontor beroende på vad de hade för kön eller bakgrund. Män fick mer utförlig hjälp än kvinnor – sakkunniga tillkallades fortare, de fick fler broschyrer, mer hjälp att fylla i blanketter och deras besök var längre än kvinnornas. Dessa undersökningar kunde även se en viss fördel i bemötande för personer med inrikes eller västerländsk härkomst och om personen antogs bo i områden som uppfattas som rikare. Det rörde sig till exempel om ögonkontakt, leenden, extra information och återkoppling.⁶⁴

Subtila former av olikabehandling uppstår inte bara vid möten. Liknande undersökningar på Skatteverket har gjorts när det gäller telefonsamtal, då det har noterats att handläggarna varit mer drivande i samtal med män. Tjänsteanteckningarna för män var även längre, mer detaljerade och ordvalen var annorlunda.⁶⁵

Tidigare forskning har också visat att kontakten mellan handläggare och försäkrade kan skilja sig åt genom att handläggare använder olika metoder för att få de uppgifter som handläggaren behöver från den försäkrade. I handläggarnas olika metoder och krav på den försäkrade finns en möjlighet att individer behandlas olika, till exempel när det kommer till vilken arbetsbörda som handläggare lägger på den försäkrade för att hen ska få sitt ärende utrett och beslutat.⁶⁶

⁶⁴ Skatteverket, *Jämställdhetsintegrering och bemötande i kontrollen*. Analysrapport, Dnr. 8–1030781, s. 9–10.

⁶⁵ Skatteverket, Dnr 8–1030781, s.10.

⁶⁶ Kaluza J. *Sjukskrivnas arbetsbörda – Arbetande medborgare möter en kundorienterad byråkrati*. Karlstad: Karlstad University Studies, 2018:37.

De försäkrade har olika beteenden som kan påverka handläggarnas arbete

Skatteverkets rapport visar också att det finns skillnader i beteenden hos olika grupper. Kvinnor svarade till exempel på Skatteverkets frågor i högre utsträckning än män. Handläggarnas bemötande påverkade också individens beteende. Ett mindre bra bemötande vid första kontakt minskade personens benägenhet att svara på frågor och skicka in underlag.⁶⁷ Rapporten visar att kvinnliga handläggare ställde färre frågor än sina manliga kollegor, men handläggarna ställde inte olika antal frågor till kvinnor och män.⁶⁸

En ISF-rapport som studerade skillnader mellan försäkrades beteenden och Försäkringskassans bemötande utifrån ursprung visar att det är en större andel av de inrikes födda som ger en tydlig beskrivning av sina arbetsuppgifter än personer födda i Mellanöstern och Nordafrika. Att personer födda i Mellanöstern och Nordafrika oftare ger en otydlig beskrivning av sitt arbete gör att handläggarna har mindre underlag i ärendet. Trots det visade granskningen att handläggarna tog färre initiativ till att komplettera ansökan eller till att ringa den försäkrade när hen var född i Mellanöstern eller Nordafrika jämfört med inrikes födda.⁶⁹ Däremot kontaktar försäkrade som är födda i Mellanöstern och Nordafrika själva Försäkringskassan i större utsträckning än inrikes födda.

Granskningen visar att Försäkringskassan i dessa ärenden inte tog tillfället i akt och utredde den försäkrades arbetsförmåga och rätt till sjukpenning. Snarare var Försäkringskassan mer aktiv i utredningen i de ärenden där inrikes födda kontaktade handläggaren jämfört med ärenden där födda i Mellanöstern eller Nordafrika kontaktade Försäkringskassan.⁷⁰

För att studera vilken roll handläggaren ger den försäkrade har vi i de registerbaserade analyserna utfört en textanalys av journalanteckningar, samt analyserat olika aktiviteter som handläggare har registrerat. Vi har på så sätt kunnat ta fram hur ofta en handläggare kontaktar den försäkrade och om den får ett längre samtal i form av en telefonutredning.

⁶⁷ Skatteverket, Dnr. 8-1030781s. 5.

⁶⁸ Skatteverket, Dnr. 8-1030781, s. 29.

⁶⁹ ISF, Rapport 2016:5, s. 44-45.

⁷⁰ ISF, Rapport 2016:5, s. 46-47.

I de aktbaserade analyserna har vi försökt fånga upp så mycket som möjligt av sammanhanget i mötet mellan handläggaren och den försäkrade. Vi har tittat på hur mycket den försäkrade involveras och får en aktiv roll i sitt ärende. Vi har även fångat upp om den försäkrade får en arbetsbörda av handläggaren. För att fånga upp eventuella skillnader som beror på den försäkrades agerande har vi även analyserat hur den försäkrade driver sitt ärende. Resultaten presenteras i kapitel 5 och 8.

2.2.3 Rollen handläggaren väljer att ge arbetsgivaren kan innebära risk för olikabehandling

Vi har identifierat *relationen till arbetsgivaren* som ett område där det kan finnas risk för olikabehandling. Olikabehandlingen består i de fallen av att handläggaren inte anstränger sig lika mycket för att hämta in information från arbetsgivaren och undersöka arbetsgivarens anpassningar och plan för hur den försäkrade ska kunna återgå till arbetet.

Om den försäkrade förväntas vara sjukskriven i minst 60 dagar är arbetsgivaren skyldig att i samråd med individen ta fram en plan för hur hen ska kunna återgå till arbete. Planen ska tas fram senast 30 dagar från det att hen blev sjukskriven.⁷¹ Arbetsgivaren har också en skyldighet att lämna uppgifter till Försäkringskassan och att genomföra de åtgärder som behövs för att den försäkrade ska kunna rehabiliteras.⁷² Exempel på åtgärder som arbetsgivaren kan genomföra är att anpassa arbetsuppgifter, arbetstider eller arbetsmiljön.⁷³

I en rapport från Riksrevisionen konstaterades att en handläggare kontaktade arbetsgivaren i två tredjedelar av alla ärenden, och ofta bara en eller två gånger. Det saknades fyra av tio gånger en plan från arbetsgivaren för hur den försäkrade ska kunna återgå till arbetet. Riksrevisionen menar att det tyder på en brist i Försäkringskassans utredningar.⁷⁴ Eftersom vi vet från Riksrevisionens rapport att inte alla arbetsgivare kontaktas så finns en risk att olikabehandling spelar in när arbetsgivarna ska kontaktas. Riksrevisionen har inte undersökt

⁷¹ 30 kap. 6 § första stycket SFB.

⁷² 30 kap. 6 a § första stycket SFB.

⁷³ Försäkringskassan, Vägledning 2015:01, version 19, s. 334.

⁷⁴ Riksrevisionen, *Undantaget som blev regel – Försäkringskassans användning av övervägande skäl vid 180 dagars sjukskrivning*. Rapport 2024:14, s. 30–31.

om det finns skillnader mellan grupper. Men vi vet att arbetsgivarens roll är ett område där det finns stort bedömningsutrymme, vilket öppnar för att handläggarna kan göra olika.

Dessutom innebär en kontakt med en annan aktör att fördomar som påverkar handläggaren kan påverka hur hen agerar. Det kan handla om fördomar mot den försäkrade, mot en representant från arbetsgivaren eller mot arbetsplatsen som sådan.

Vi har inte haft möjlighet att studera detta område i de registerbaserade analyserna. Men vi har i de kvalitativa aktbaserade analyserna studerat hur mycket arbetsgivaren involveras och vilka krav som handläggaren ställer på arbetsgivaren. Eftersom arbetsgivarens agerande påverkar handläggarens arbete har vi även fångat upp och tagit hänsyn till arbetsgivarens agerande. Resultaten finns i kapitel 6.

2.2.4 Hur planeringen för återgång till arbetet och utredningen hanteras kan innebära risker för olikabehandling

Det fjärde riskområdet som vi har identifierat innefattar centrala delar av handläggningen som berör utredningen och planeringen i sjukpenningärendet. Den första delen är *hur handläggaren planerar* för hur den försäkrade ska kunna återgå till arbetet. Den andra delen berör om det finns olika typer av *brister i handläggningen* eller *otillräcklig anpassning till den försäkrades förutsättningar*. Brister i handläggningen kan till exempel vara att bedömningar sker sent, dokumentation saknas eller att relevanta aspekter inte utreds. Den tredje delen är vilka *krav handläggarna väljer att ställa på läkarintygen*.

Det finns kopplingar mellan alla våra riskområden, eftersom de alla är en del av handläggningen. Riskområdet som vi studerar här kan uppfattas som speciellt nära riskområde ett, som rör bedömningen av arbetsförmågan. All utredning i ett ärende ska ligga till grund för bedömningen av arbetsförmågan. Men i den här analysen tittar vi på utredningsarbetet i sig och inte själva bedömningen av arbetsförmågan. Vi fångar med våra analyser inte upp vilken roll utredningen spelar i bedömningen av arbetsförmågan, eftersom vi både i de aktbaserade och registerbaserade analyserna studerar fall

där den sökande har beviljats sjukpenning. Det sättet vi har att studera riskområde ett, bedömning av arbetsförmågan, är att studera de som har fått avslag, vilket på ett direkt sätt fångar handläggarens bedömning. I detta avsnitt fångar vi upp om handläggarens planering och utredning skiljer sig mellan olika grupper.

Handläggarens planering för den försäkrades återgång till arbetet kan innebära risk för olikabehandling

Det ingår i handläggarnas arbete att utreda och planera vilket stöd en person med sjukpenning behöver för att få tillbaka sin arbetsförmåga.⁷⁵ Handläggaren ska samordna de insatser som behövs för att personen ska kunna återgå till arbete. Men det kan variera mycket hur samordningsansvaret tar sig uttryck. Det beror delvis på att det inte är tydligt definierat exakt vad samordningsansvaret går ut på, eftersom det är omständigheterna i ärendet som avgör hur behovet av samordnings- eller rehabiliteringsinsatser ser ut.⁷⁶ Variationen beror därför även på att ärendena ser olika ut.

Eftersom rehabiliteringsbehovet ser olika ut för olika individer finns en risk att handläggarna inte uppmärksammar eller inte prioriterar vissa individer, som då inte får den stöttning de behöver. Denna variation gör att vi har identifierat detta som ett område där det finns en risk för olikabehandling, eftersom handläggarna har möjlighet att agera mycket olika. Samtidigt är det ett område där handläggarna har möjlighet att anpassa handläggningen till den försäkrades förutsättningar. Eftersom anpassad handläggning är en viktig del av likabehandling finns det en risk för olikabehandling om handläggarna avstår från en motiverad anpassning.

Tidigare studier har visat att det finns skillnader mellan grupper när det gäller hur handläggaren planerar för att den försäkrade ska kunna återgå till arbete. 2013 visade ISF att Försäkringskassan genomförde utredningar och insatser i något högre grad för kvinnor än för män. Granskningen kunde däremot inte avgöra om olikheterna var grundade i sakliga omständigheter.⁷⁷ Vid gruppintervjuer framkom att handläggarna upplevde att såväl den sjukskrivna som hälso- och sjukvården och arbetsgivaren har en tydligare plan när män var

⁷⁵ 30 kap. 8–11 §§ SFB.

⁷⁶ Försäkringskassan, Vägledning 2015:1, version 19, s. 291–292.

⁷⁷ ISF, Rapport 2013:16.

sjukskrivna. Männerna var också mer skeptiska till vad Försäkringskassan kunde bidra med. Handläggarna uppfattade det som att män oftare gick upp i heltid snabbare efter en sjukskrivning medan kvinnor var deltidssjukskrivna längre. Kvinnor uttryckte enligt handläggarna oftare än män en oro för att gå tillbaka till arbetet för snabbt. Handläggarna tolkade skillnaderna mellan könen som att de berodde på att kvinnor oftare har psykiatriska diagnoser.⁷⁸

Det finns enligt tidigare studier skillnader mellan grupper vad gäller vilket stöd för återgång i arbete de får och upplever sig behöva från Försäkringskassan. En annan ISF-rapport visar att bland sjukskrivna födda utanför Norden anser en stor andel att de behöver stöd från myndigheter och andra aktörer för att kunna återgå till arbetet. Samtidigt upplever personer födda utanför Norden också i större utsträckning att de själva är aktiva i att genomföra rehabiliteringsåtgärder för att de ska kunna återgå till arbetet. Dessa personer har även i större utsträckning kontakt med Försäkringskassan för att få en utredning av sjukskrivningssituationen, något som de ofta själva har tagit initiativ till.⁷⁹

I vår registerbaserade analys tittar vi på skillnader i vilken utsträckning olika grupper har fått avstämningsmöten eller en planering för att återgå till arbetet. I den aktbaserade analysen tittar vi djupare på olika aspekter av planeringen och vilka ställningstaganden handläggaren gör. Resonemanget i rapporterna ovan visar att det inte bara är handläggarna som påverkar planeringen för hur den sjukskrivne ska kunna återgå till arbetet. Individens eget agerande och situation är också avgörande. I vår analys kan vi ta hänsyn till interaktionen mellan handläggaren och den försäkrade och andra aktörer för att i så stor utsträckning som möjligt kunna skilja på vad som är möjlig olikabehandling och vad som är anpassningar till individens förutsättningar. Resultaten från den aktbaserade analysen finns i kapitel 7 och resultaten från den registerbaserade analysen i kapitel 8.

Brister i handläggningen och otillräckliga anpassningar kan innebära risk för olikabehandling

Det går inte att komma ifrån att det ibland uppstår brister i handläggningen, till exempel på grund av svårigheter med att få in rätt

⁷⁸ ISF, Rapport 2013:16, s. 55.

⁷⁹ ISF, Rapport 2016:5, s. 28.

underlag, stress, oerfarna handläggare och den mänskliga faktorn. Men om vissa grupper oftare drabbas av brister i handläggningen än andra grupper finns en risk för olikabehandling.

En typ av brist i handläggningen är om det i ett ärende saknas relevant information som inte utreds. En tidigare rapport av ISF visade att Försäkringskassan inte utreder tillräckligt i 11 procent av de studerade ärendena och att det fanns brister i 37 procent av ärendena. Däremot hittade vi då inga skillnader i vilka grupper de försäkrade tillhörde mellan de utredningar där det fanns brister i utredningsskyldigheten och de utredningar där det inte fanns brister.⁸⁰

Individer med specifika behov eller förutsättningar har teoretiskt en större risk att råka ut för olikabehandling eftersom handläggarna i dessa fall behöver anpassa handläggningen till deras förutsättningar. Vi ser det som en otillräcklig anpassning om inte handläggaren har anpassat handläggningen till den försäkrades förutsättningar.

ISF:s tidigare rapport tittade också på förutsättningar som Försäkringskassan måste ta hänsyn till, till exempel funktionsvariationer. Den rapporten drog slutsatsen att i 2 procent av fallen hade Försäkringskassan inte anpassat sin handläggning utifrån individens förutsättningar.⁸¹ Tidigare rapporter har också visat att Försäkringskassan inte alltid använder tolk när det skulle behövas.⁸² Även Försäkringskassans egen analys har identifierat att det finns risker för diskriminering just i möten eller utredningar där det finns språkförbistringar.⁸³

Vi har inte haft möjlighet att studera detta område i registerstudierna men vi har i den aktbaserade analysen kvalitativt identifierat tillfällen då handläggarna inte utreder aspekter som vi bedömer bör vara relevanta för ärendet. Vi har även identifierat akter där vi menar att det vore rimligt att göra anpassningar till den försäkrade som vi inte ser att handläggaren genomför. Det har inte varit en del av vår analys av detta riskområde att avgöra om brister i handläggningen eller otillräckliga anpassningar har påverkat bedömningen av arbetsförmågan. Resultaten redovisas i kapitel 7.

⁸⁰ ISF, *Försäkringskassans utredningsskyldighet*. Rapport 2021:3, s. 54.

⁸¹ ISF, Rapport 2021:3, s. 113.

⁸² ISF, Rapport 2016:5, s. 46–47.

⁸³ Försäkringskassan, FK 2023/015518, s. 6.

Handläggarnas krav på läkarintygen kan innebära risk för olikabehandling

Det finns två aspekter av olikabehandling kopplad till läkarintygen. Den första aspekten innebär att läkarintygen i sig kan vara olika för olika grupper, och därigenom riskerar olikabehandling från vården att leda till olikabehandling även i Försäkringskassans handläggning. Den aspekten ligger på sätt och vis utanför handläggarnas arbete, och är svår för Försäkringskassan att hantera från fall till fall.

Den andra aspekten gäller vilka intyg som handläggarna godtar som tillräckligt beslutsunderlag. När en handläggare tycker att ett intyg är otillräckligt för att hen ska kunna ta ett beslut om huruvida den försäkrade har rätt till sjukpenning eller inte så kan handläggaren komplettera intyget. I vissa fall kan handläggaren anse att intyget håller en för låg kvalitet för att bevilja sjukpenning och då begära att läkaren kompletterar intyget. Då kan läkaren förtydliga utifrån handläggarens frågor, vilket kan påverka beslutet om sjukpenning. Det finns ett utrymme för handläggaren att bedöma om en komplettering krävs och är relevant att fråga efter.

Denna risk rör inte handläggarens bedömning av om den sökande har rätt till sjukpenning, utan hur handläggaren förhåller sig till det medicinska underlaget inför en bedömning av arbetsförmågan, vilket är en del av handläggarens utredningsarbete. Det kan vara att handläggaren har ställt olika krav på läkarintyg för olika grupper som har beviljats sjukpenning. Det innebär att det finns skillnader mellan olika grupper när det gäller när handläggarna begär en komplettering av läkarintyget, och vilka som beviljas sjukpenning utan att handläggaren begär en sådan komplettering. Att handläggaren ställer olika krav på liknande läkarintyg kan oavsett handläggarens bedömning av arbetsförmågan vara ett tecken på olikabehandling.

Enligt en tidigare rapport från ISF fanns det skillnader i vilka intyg som handläggarna begär ska kompletteras som inte berodde på intygens kvalitet. En förklaring till skillnaderna är att Försäkringskassans handläggare också kan komplettera uppgifter från den försäkrade eller från arbetsgivaren. Det kan alltså hända att handläggarna för vissa grupper får in tillförlitlig information från andra som gör att de inte begär en komplettering av läkarintyget. Den tidigare rapporten från 2011 visade att kompletteringar verkade vara vanligare för sökande med psykiatriska diagnoser och även något

vanligare vid besvär i rörelseorganen. Försäkringskassan begärde också oftare komplettering av de medicinska underlagen för yngre personer och för arbetslösa. Även intyg för personer som har varit sjukskrivna länge kompletterades oftare.⁸⁴

I våra analyser av denna risk har vi studerat vilka krav handläggarna har ställt olika krav på läkarintyg för olika grupper som har beviljats sjukpenning. I den registerbaserade analysen har vi studerat i vilken utsträckning handläggarna begär att läkarintygen ska kompletteras för olika grupper. Vi har även tittat på om det finns skillnader i när handläggarna frågar efter stöd från en försäkringsmedicinsk rådgivare. Försäkringsmedicinsk rådgivare är en stödfunktion inom Försäkringskassan som handläggarna kan vända sig till för att förstå läkarintygen.⁸⁵

I den aktbaserade studien har vi bedömt vilka krav handläggarna ställer på läkarintyg utifrån i vilken utsträckning handläggarna begär att läkarintyg ska kompletteras och hur handläggarna använder de försäkringsmedicinska rådgivarna. Vi har inte enbart tagit hänsyn till kvaliteten i enskilda läkarintyg utan även om den samlade bilden av alla läkarintyg i ett ärende tyder på att en komplettering är motiverad. Det kan till exempel vara när intygen inte förändras under lång tid.

⁸⁴ ISF Försäkringskassans hantering av underlag för beslut. Rapport 2011:08, s. 25 och 49.

⁸⁵ Försäkringskassan, *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliterings-ersättning*. Vägledning 2015:1, version 19, s. 351.

3 Registerbaserad analys – Ökad risk för födda utanför Europa att få avslag

Det första riskområdet vi har identifierat är vid *bedömningen av arbetsförmågan*. För en individ är den allvarligaste konsekvensen av olikabehandling att få avslag på sin ansökan om sjukpenning. Vi har därför tittat på risken att få avslag och om det finns anledning att tro att skillnader i hur ofta olika grupper får avslag beror på olikabehandling. I det här kapitlet undersöker vi med kvantitativa metoder om vi ser tecken på olikabehandling när Försäkringskassan bedömer arbetsförmågan genom att studera hur myndigheten bedömer grupper när den beslutar om en sökande har rätt till sjukpenning efter att sjukperioden pågått i 180 dagar.

Våra analyser visar att personer födda utanför Norden, och särskilt de födda utanför Europa, oftare får avslag i sina sjukpenningärenden mellan dag 181 och 365 jämfört med personer födda i Sverige. När vi i analysen korrigerar för att grupperna skiljer sig åt i bakgrunds-egenskaper och i informationen från läkarintygen, har personer födda utanför Europa 2,3 procentenheters större risk att få avslag jämfört med personer födda i Sverige. Analyserna visar också att denna större risk gäller både för män och kvinnor födda utanför Europa samt inom flera diagnosgrupper. Personer födda i Europa men utanför Norden har också en större risk att få avslag mellan dag 181 och 365, men då gäller det främst för personer som har en diagnos inom kroppsskador. Vi hittar inga betydande skillnader i avslag mellan kön och mellan åldersgrupper.

Vi redovisar först avslagen mellan dag 181 och 365 uppdelat på kön, födelseregion och ålder. Efter det använder vi logistiska regressionsmodeller för att se hur stor del av skillnaderna mellan grupperna som finns kvar när vi korrigerat för individers egenskaper och för innehållet i läkarintygen. Tidigare analyser har visat att skillnader i hur

ofta olika grupper får avslag finns kvar även när hänsyn tagits till gruppernas arbetssituation, diagnos och andra bakgrundsegenskaper. Däremot har detaljerade uppgifter från läkarintygen i regel inte tagits med i tidigare analyser.

3.1 Andelen avslag mellan dag 181 och 365 skiljer sig åt beroende på den sökandes kön och var hen är född

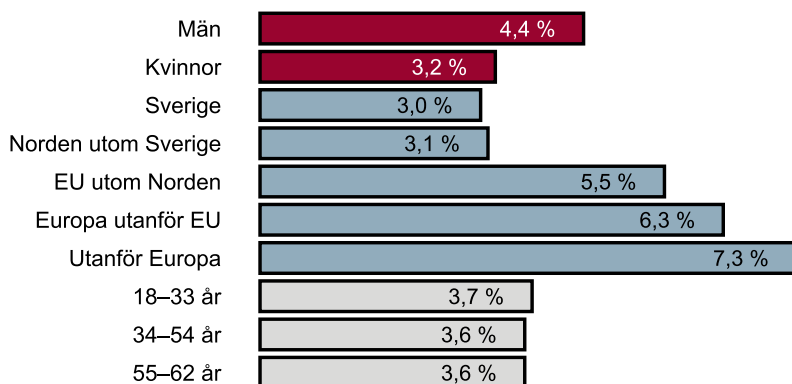
Analyserna i det här kapitlet bygger på registeruppgifter om anställda personer. Första ansökan i deras sjukfall har blivit beviljad under första halvåret 2022 och det har sedan inkommit ett läkarintyg som sträcker sig över dag 180 i sjukfallet. Vi har kunnat följa varje sjukfall i minst ett helt år. Vi har tagit med ärenden där det finns en registrerad utbetalning, där personer har fått sjukpenning minst tills dag 180 och där den sjukskrivna är mellan 18 och 62 år gammal. Vi har även exkluderat ärenden där personen har en huvudsaklig diagnos inom graviditet, förlossning och barnsängstid. Det har vi gjort för att inte få skeva resultat baserat på kön eftersom detta är diagnoser som endast drabbar kvinnor.

I ett första steg tittar vi på andelen avslag i olika grupper utan att korrigera för bakgrundsvariabler (figur 3). Bland personer som har fått sjukpenning i minst 180 dagar är det ungefär 3,6 procent som har fått avslag på en ansökan mellan dag 181 och 365. Det är alltså en relativt liten andel som får avslag på sin ansökan. Som vi beskrev i kapitel 1 har vi inte kunnat titta på avslag på förstagångsansökningar men även där är det en liten andel som får avslag. Vi tycker ändå att denna grupp är viktig att studera eftersom det påverkar individen stort hur hens ansökan bedöms.

Det är vanligare att män får avslag än att kvinnor får det. Det är också vanligare att utrikes födda personer får avslag än personer födda i Sverige. Detta gäller huvudsakligen för personer födda utanför Norden, och ligger i linje med vad tidigare studier visat.⁸⁶ Vi ser inga betydande skillnader i avslag bland åldersgrupper.

⁸⁶ Försäkringskassan, *Skillnader i avslag för sjukpenning mellan olika grupper – En registerstudie om avslagsbeslut på initial ansökan och efter dag 180 i rehabiliteringskedjan*. Socialförsäkringsrapport 2022:1, s. 44; ISF, *När sjukpenning nekas*. Rapport 2013:1; ISF, *Nekad sjukpenning för inrikes och utrikes födda*. Rapport 2016:5.

Figur 3 Andel personer som får avslag mellan dag 181 och 365 av alla personer vars sjukpenningperiod är minst 180 dagar, uppdelat på kön, födelseregion och åldersgrupper



Som vi skriver i kapitel 2 kan de skillnader i andelen avslag vi ser mellan grupper bero på att grupper behandlas olika, men de kan också bero på att det finns systematiska skillnader i olika gruppers nedsättning av arbetsförmåga. Om till exempel mäns arbetsförmåga igenomsnitt är mindre nedsatt än kvinnors, så måste inte skillnaden i avslag mellan könen nödvändigtvis vara tecken på att Försäkringskassan behandlar grupper olika. Det finns skillnader i diagnos, arbets-situation och demografi mellan män och kvinnor, inrikes och utrikes födda samt äldre och yngre som kan påverka att avslagsfrekvenserna skiljer sig åt (tabell B1, B2, och B3 i bilaga 2). I resterande del av detta kapitel tar vi hänsyn till dessa skillnader i egenskaper när vi skattar risken för avslag mellan grupper.

3.2 Ökad risk för personer födda utanför Europa att få avslag

I följande avsnitt analyserar vi hur stor del av skillnader i avslag mellan grupper som kan förklaras av att de skiljer sig åt i egenskaper eller när det gäller vad deras läkarintyg innehåller. Våra analyser visar att personer födda utanför Norden, trots att vi tar hänsyn till dessa faktorer, har en större risk att få avslag. Detta gäller i synnerhet personer födda utanför Europa. Vi ser ingen skillnad i hur ofta

personer får avslag baserat på deras kön eller vilken åldersgrupp de tillhör.

3.2.1 Vi tar hänsyn till den försäkrades arbetssituation och uppgifter från läkarintygen

Vi har analyserat avslagen med en logistisk regressionsmodell där vi har tagit hänsyn till egenskaper de sökande har som kan påverka risken för att de får avslag på en ansökan. De egenskaper vi tar hänsyn till rör bland annat den försäkrades arbetssituation. Där ingår löneinkomst, om personen arbetar inom ett yrke som kräver hög utbildning eller som är ett chefsyrke, om personen arbetar i privat eller offentlig sektor, om personen är anställd på ett litet företag och om personen arbetar kvar på samma arbetsplats vid dag 180 som vid sjukfallets första dag. Analysen tar också hänsyn till skillnader i vilken huvudsaklig diagnosgrupp personen tillhör och om personen startar sjukfallet med en fjärdedels omfattning.

Tidigare analyser av skillnader i hur ofta personer som tillhör olika grupper får avslag har korrigerat för personernas diagnos. Men det kan även finnas andra systematiska skillnader mellan grupper när det gäller vad läkarintyget innehåller som kan förklara att avslagsfrekvensen skiljer sig åt. Om informationen från läkarintyget, som exempelvis prognos, längden på intyget och vilka åtgärder läkaren rekommenderar, skiljer sig åt mellan till exempel män och kvinnor inom samma diagnosgrupp, så kan skillnader i avslag mellan könen bero på det. För att undersöka läkarintygets roll när handläggare bedömer om den sökande ska få avslag har vi därför tittat på uppgifter från samtliga intyg som sträcker sig över dag 180, och undersökt vilken information som innebär en risk för att den som ansöker får avslag på sin ansökan om sjukpenning.

Vi har identifierat en rad uppgifter från läkarintygen som ökar sannolikheten att den sökande får avslag, och som vi också justerar för i modellen. Det är om personen har en bidiagnos inom sjukdomar i rörelseapparaten, om intyget sträcker sig över en kort tid, om läkarens prognos för när den sökande kan återgå till arbete är oklar, om läkarens bedömer att den sökande inte kommer kunna återgå till full sysselsättning inom tolv månader, om läkaren inte har fyllt i uppgifter som beskriver den sökandes arbete, om sjukskrivningens

omfattning inte minskar under intygets varaktighet, och om läkaren rekommenderar åtgärden ”att söka nytt arbete”.

Genomgående redovisar vi i detta avsnitt den genomsnittliga skillnaden i risken att få avslag samt konfidensintervallet för våra skattningar, vilket är ett mått på osäkerheten. Fler detaljer om hur vi gått till väga med analyserna finns i bilaga 2.

3.2.2 Skillnader mellan män och kvinnor försvinner men skillnader mellan födda i Sverige och födda utanför Europa är kvar

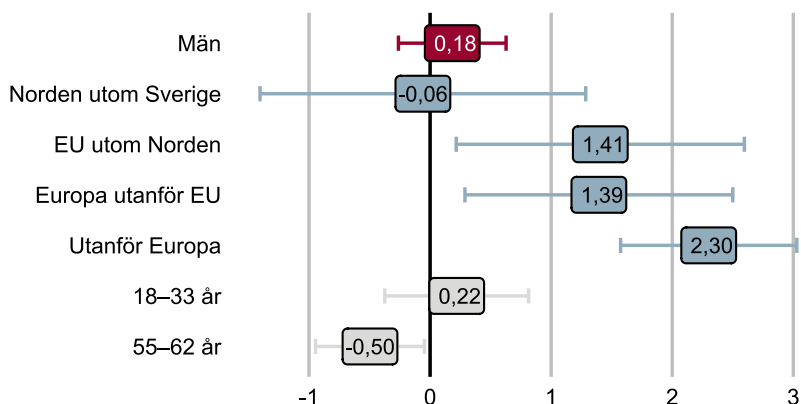
Våra analyser visar att skillnaden i andelen avslag mellan män och kvinnor inte är signifikant när vi korrigerat för de sökandes egenskaper och för information från läkarintyget. Men vi ser också att personer födda utanför Europa fortfarande har en högre risk att få avslag än personer födda i Sverige, även när vi tar hänsyn till att grupperna skiljer sig åt (figur 4). Personer födda utanför Europa har 2,3 procentenheters högre risk att få avslag än personer födda i Sverige.

Det innebär att över hälften av skillnaden i andelen avslag mellan personer födda utanför Europa och personer födda i Sverige (figur 3) varken kan förklaras av de sökandes egenskaper eller av information från läkarintyget som korrigeras för i våra modeller. Den oförklarade skillnaden som finns kvar kan bero på att det finns en olikabehandling mellan personer födda i Sverige och utanför Europa i bedömningen av arbetsförmågan. Skillnaden kan också bero på faktorer som vi inte har kunnat observera eller ta hänsyn till, men det måste då vara faktorer som har en större påverkan på avslagsfrekvensen än alla de variabler som vi hittills korrigerat för har tillsammans. Vi utesluter inte att sådana faktorer kan finnas, men ser det som osannolikt att de skulle kunna förklara hela skillnaden mellan grupperna.

Jämfört med personer födda i Sverige ser vi även en oförklarad skillnad i avslagsfrekvenserna för andra födelseregioner. Personer födda i Europa men utanför EU har ökad risk för avslag på 1,39 procentenheter vilket är mycket likt personer födda i EU utom Norden som har 1,41 procentenheters större risk att få avslag jämfört med inrikes födda. Vi finner en marginellt lägre risk (0,5 procentenheter) för

avslag bland personer äldre än 54 år jämfört med de födda mellan 34 och 54 år.

Figur 4 Skattad risk för avslag för män jämfört med kvinnor, utrikes födda jämfört med inrikes födda och yngre samt äldre jämfört med födda 34–54 år, mätt i procentenheter med 95-procentiga konfidensintervall



3.2.3 Större risk för avslag för personer födda utanför Norden inom vissa diagnosgrupper

Vi analyserar i detta avsnitt om vissa sammansättningar av grupper har ökad risk att få avslag efter att vi har korrigerat för den sökandes egenskaper och informationen från läkarintyget. Resultaten visar att den ökade risken för avslag för utrikes födda i huvudsak finns för de som får sjukpenning för en sjukdom i rörelseapparaten eller för kroppskador. Analysen visar även att skillnader i avslag för personer födda utanför Europa och personer födda i EU utom Norden jämfört med personer födda i Sverige är större bland manliga sökande än bland kvinnliga sökande.

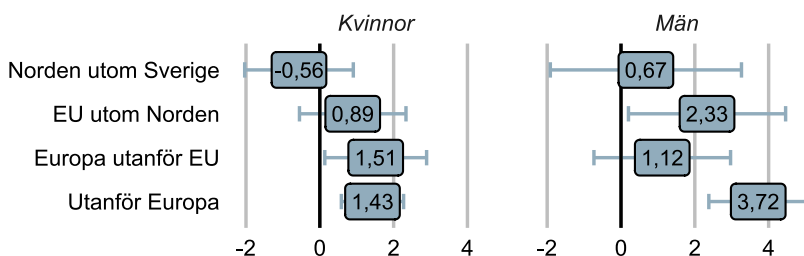
Risken för avslag är större för utrikes födda män än för utrikes födda kvinnor

För att undersöka skillnaden i risken att få avslag mellan dag 181 och dag 365 hos olika sammansättningar av grupper har vi delat upp vårt urval i olika grupper och analyserat skillnaderna inom dessa grupper.

Vi har analyserat om utrikes födda män har en större risk för avslag än män födda i Sverige, och om utrikesfödda kvinnor har en större risk för avslag än kvinnor födda i Sverige (figur 5). Vi har alltså skattat skillnader i risk för utrikesfödda i två separata regressioner, en som bara inkluderar män och en som bara inkluderar kvinnor. Likt den föregående analysen, så har vi korrigerat i dessa analyser för relevanta uppgifter om sökandes egenskaper och information från läkarintyget. På liknande sätt har vi analyserat risken för avslag hos olika åldersgrupper uppdelat på en regression för kvinnor och en för män.

Resultaten ligger i linje med vad vi har sett tidigare: risken för avslag ökar om man inte är född i Sverige. Men skillnaden verkar vara större mellan utrikes- och inrikes födda män än mellan utrikes och inrikes födda kvinnor. Skillnaden är extra stor för män födda utanför Europa. De har 3,72 procentenheter större risk att få avslag än vad män födda i Sverige har. Även kvinnor födda utanför Europa har en större risk att få avslag än kvinnor födda i Sverige. Där är skillnaden 1,43 procentenheter. Vi ser även att det är män och inte kvinnor födda i EU utom Norden som har en större risk att få avslag, där männen har 2,33 procentenheter större risk att få avslag jämfört med män födda i Sverige. Däremot är mönstret annorlunda för personer födda i Europa utanför EU. Där ser vi en signifikant skillnad jämfört med personer födda i Sverige bland kvinnor men inte bland män. De kvinnorna har 1,51 procentenheter större risk att få avslag än kvinnor födda i Sverige. Vi ser inga skillnader mellan olika åldersgrupper när vi gör separata analyser för män och kvinnor.

Figur 5 Skattad risk för avslag för utrikes födda jämfört med inrikes födda, mätt i procentenheter med 95-procentiga konfidensintervall, uppdelad på kön och födelseregion



Risken för avslag är störst hos utrikes födda med sjukdomar i rörelseapparaten eller en diagnos inom kroppsskador

Vi har också analyserat om skillnader i avslag mellan kön, födelse-regioner och åldersgrupper skiljer sig åt mellan olika diagnosgrupper (figur 6). Vi kan se när vi analyserar olika diagnoser separat att risken för avslag är störst för utrikesfödda inom vissa diagnosgrupper. Vi redovisar risken att få avslag för utrikes födda personer jämfört med inrikes födda bland de personer som har en psykiatrisk diagnos, vilket är den enskilt största diagnosgruppen bland de som får sjukpenning efter dag 180. Vi redovisar också skillnader i avslag mellan födelse-regioner där samtliga personer har en sjukdom inom rörelseapparaten, skillnader mellan grupper där samtliga personer har fått sjukpenning för en kroppsskada och risken för avslag mellan födelse-regioner för de personer som har övriga diagnoser.

Vi ser få signifikanta skillnader mellan grupper när vi tittar inom de som har en psykiatrisk diagnos. Det är bara personer födda utanför Europa med en psykiatrisk diagnos som har en signifikant högre risk att få avslag än vad personer födda i Sverige som har en psykiatrisk diagnos har. Skillnaden där är 1,14 procentenheter. I genomsnitt får 2,2 procent av alla personer födda i Sverige som har en psykiatrisk diagnos avslag mellan dag 181 och 365. Det innebär att personer födda utanför Europa med psykiatrisk diagnos har cirka 50 procent högre risk att få avslag än personer födda inom Sverige som har psykiatrisk diagnos.

Även inom gruppen med en sjukdom i rörelseapparaten ser vi en signifikant skillnad i risken att få avslag bara för personer födda utanför Europa när vi jämför med personer födda i Sverige. När vi har korrigerat för skillnader i de sökandes egenskaper och i informationen i läkarintygen så har personer födda utanför Europa med en sjukdom i rörelseapparaten 5,75 procentenheters större risk att få avslag vid dag 181–365, än vad personer födda i Sverige med en sjukdom i rörelseapparaten har. Dessa 5,75 procentenheter motsvarar nästan en dubbelt så hög risk att få avslag när vi jämför med den genomsnittliga avslagsfrekvensen för personer födda i Sverige med en sjukdom i rörelseapparaten (6,11 procent).

Det finns relativt stora skillnader i risken att få avslag för personer födda i olika regioner när det gäller personer som får sjukpenning för en kroppsskada. Personer födda utanför Europa med kroppsskador

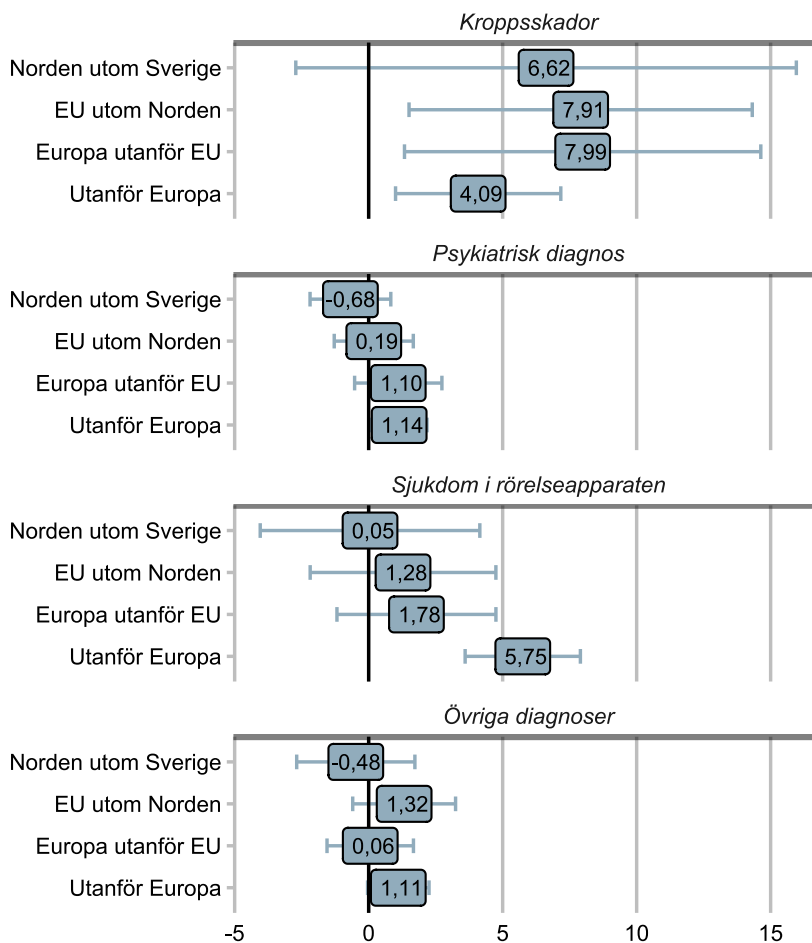
har 4,09 procentenheters större risk att få ett avslag vid dag 181–365 än personer födda inom Sverige som har kroppsskador.

Vi kan också konstatera att personer födda i Europa utanför EU och i EU utom Norden har 7,99 procentenheters respektive 7,91 procentenheters större risk att få ett avslag än personer födda inom Sverige har när vi har skattat risken för att få avslag bland samtliga personer som har en kroppsskada.

Skillnaderna i risker för att få avslag mellan grupper är relativt stora med tanke på att den genomsnittliga avslagsfrekvensen mellan dag 181 och dag 365 är 3,8 procent för personer födda i Sverige som har en kroppsskada. Men konfidensintervallen i skattningarna är större än i de övriga analyserna, vilket delvis beror på att det bara är 6 procent av alla personer som ansöker om sjukpenning efter dag 180 som har en kroppsskada. Att statistiken bygger på ett mindre antal observationer gör automatiskt konfidensintervallen bredare, men trots det så har vi signifikanta resultat för individer med en kroppsskada födda utanför Europa, i Europa utanför EU samt i EU utanför Norden.

Slutligen finner vi inga statistiskt säkerställda skillnader i avslag mellan utrikes födda och inrikes födda bland de personer som söker om sjukpenning med en annan diagnos än inom psykiatriska diagnoser, inom sjukdomar i rörelseapparaten eller inom kroppsskador.

Figur 6 Skattad skillnad i andelen avslag i olika grupper, mätt i procentenheter med 95-procentiga konfidensintervall, uppdelad på skillnader inom diagnosgrupper



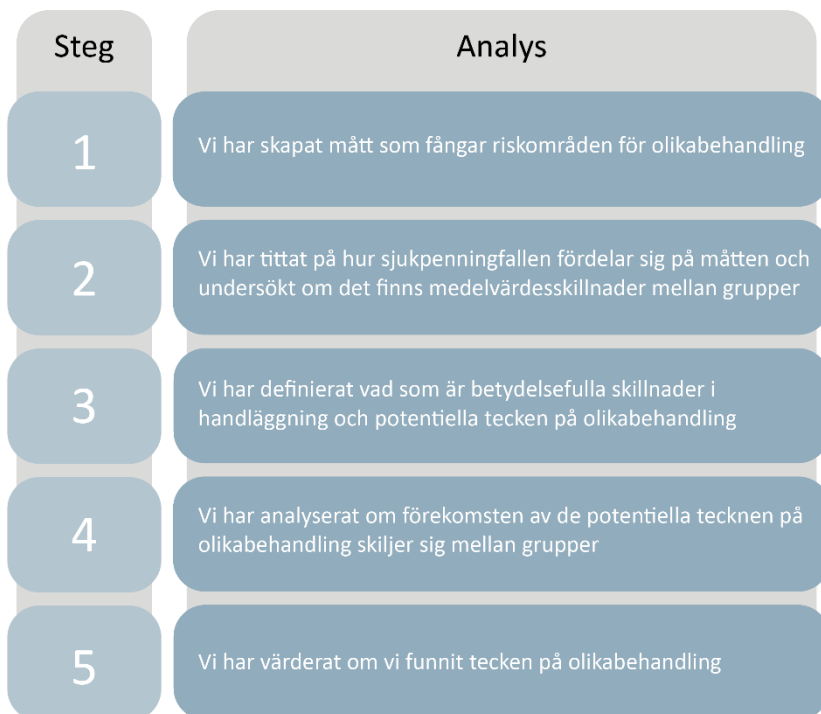
4 Vår aktbaserade analys består av fem steg

Innan vi redovisar resultaten från granskningen av de akter som rör ärenden som pågått mellan 180 och 365 dagar beskriver vi i detta kapitel tillvägagångssättet i den aktbaserade delstudien.

Aktgranskningen har vi gjort med hjälp av ett frågeformulär med frågor kring den försäkrades sjukpenningansökan, läkarintyg och handläggarens journalanteckningar. För varje sjukpenningakt har vi svarat på frågorna utifrån aktens innehåll. Det är de ifyllda formulärens som är vårt datamaterial och vi presenterar här hur vi har analyserat det.

Målet med våra analyser är att kunna uttala oss om det finns tecken på olikabehandling i Försäkringskassans handläggning av sjukpenningärenden eller inte. Vår analys består av fem steg (figur 7). Varje steg är avgörande för de slutsatser vi kan dra om tecken på olikabehandling i handläggningen.

Figur 7 De fem stegen i våra analyser av data från aktgranskningen



Varje analyssteg är beroende av föregående steg och gör att vi i det sista steget på goda grunder kan dra slutsatser om tecken på olikabehandling i handläggningen av de sjukpenningakter som vi har granskat. I resultatkapiteln fokuserar vi på att redovisa steg 3 och 4 eftersom resultaten från dessa delar är viktigast för vilka slutsatser som vi kan dra. Vi redovisar också steg 5 av enskilda resultat, det vill säga hur enskilda resultat uppfyller våra kriterier för att dra slutsatser om tecken på olikabehandling. Vi presenterar den sammantagna värderingen av steg 5 i vårt slutsatskapitel (kapitel 9). Nedan beskriver vi respektive steg.

För att undersöka om det finns något mönster bland de sjukpenningfall som har handlagts på ett sätt som innebär att de kan visa tecken på olikabehandling har vi använt oss av en analysteknik inspirerad av kvalitativ komparativ analys (Qualitative Comparative Analysis,

QCA). Metoden är utvecklad för att analysera mönster i kvalitativa data i fallbaserade studier.⁸⁷ Metoden kan på vissa sätt ses som en hybrid som för samman kvalitativa och kvantitativa aspekter. De verktyg som används för att redovisa mönster i våra kvalitativa data känns igen från statistiska metoder när det kommer till procentsatser. Vi gör det för att kunna visa skillnader mellan grupper och åskådliggöra det vi ser.

Men QCA är i grunden en kvalitativ forskningsmetod.⁸⁸ QCA, och därmed den analysteknik vi använt, bör alltid styras av kvalitativa tolkningar som utgår ifrån sakkunskap om fenomenet som studeras, dess kontext och en förståelse för fallen som inkluderas.⁸⁹ Såväl analys som tolkning av vår data är kvalitativ och värderingen av resultat ska därför inte göras utifrån statistiska parametrar. Styrkan i metoden är att den gör det möjligt för oss att kvalitativt studera fenomenet olikabehandling genom att vi utifrån enskilda indikatorer kan skapa kvalitativa utfallsmått som fångar just betydelsefulla skillnader i handläggningen, samtidigt som vi kan analysera ett större antal fall än i många andra fallstudiemetoder. Som ett sätt att påminna om att vår aktbaserade analys baseras på fallstudier har vi valt att också redovisa antal fall som komplement till procentsatser. Metoden tillåter också en intersektionell ansats där sammansättningen av olika faktorer studeras, vilket kan avslöja mönster i empirin som annars skulle ha förblivit dolda.⁹⁰

4.1 Steg 1: Vi har skapat mått som fångar riskområden för olikabehandling

Vi har skapat ett analysverktyg för att kunna analysera materialet från aktgranskningen. Analysverktyget består av olika kvalitativa mått av de utfall som vi är intresserade av att analysera, det vill säga de områden i handläggningen där olikabehandling skulle kunna

⁸⁷ Schneider C. och Wagemann C., *Set-theoretic methods for the social sciences. A guide to Qualitative Comparative Analysis*. Cambridge University Press, 2012, s. 148.

⁸⁸ Mello, P. *Qualitative Comparative Analysis: Research Design and Application*. Washington, DC: Georgetown University Press 2021, s. 165–167.

⁸⁹ Mello, P., s. 173.

⁹⁰ Vis, B., The Comparative Advantages of fsQCA and Regression Analysis for Moderately Large-N Analyses. *Sociological Methods & Research* 41 (1), 2012, s. 192.

förekomma. Vi har utifrån vår data också skapat ett antal kvalitativa mått på faktorer som skulle kunna påverka handläggningen (figur 8).

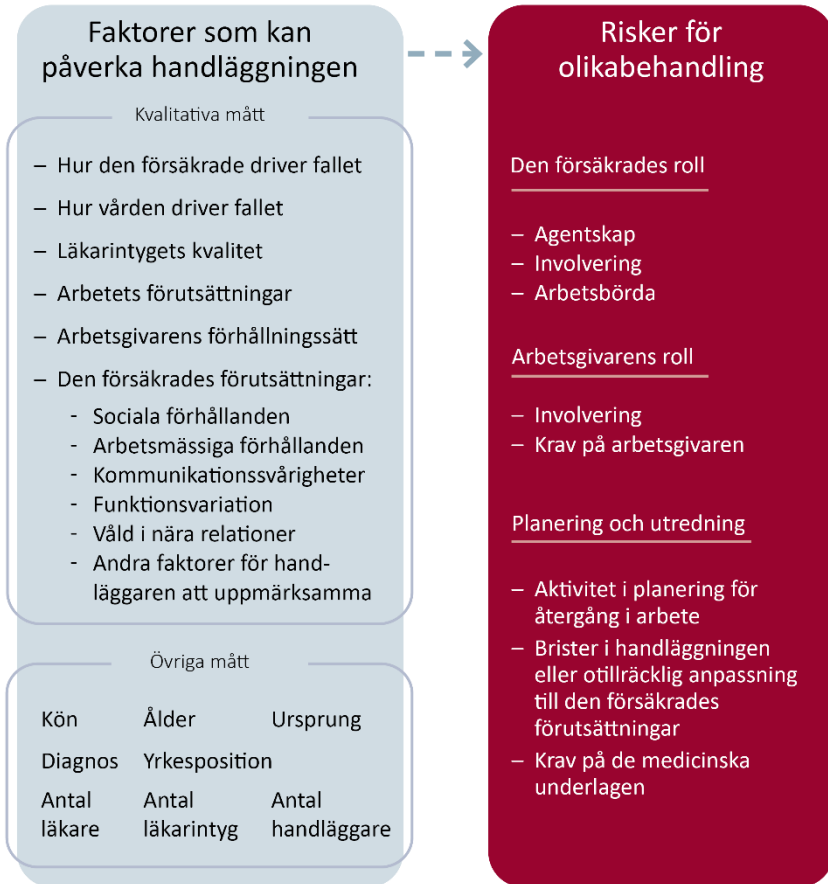
De faktorer som kan påverka handläggningen är aspekter som handläggaren själv inte styr över – däremot kan handläggarnas reaktion på dessa faktorer vara avgörande för om handläggningen leder till olika behandling. En del av faktorerna är kvalitativa mått som vi har skapat. Dessa inkluderar i vilken utsträckning den försäkrade driver sitt ärende, i vilken utsträckning vården driver ärendet, läkarintygens kvalitet, samt den försäkrades förutsättningar i arbetet och arbetsgivarens förhållningssätt. Vi har också identifierat om den försäkrade har specifika förutsättningar som handläggaren kan behöva bemöta. Dessa omfattar sociala och arbetsmässiga förhållanden, funktionsvariationer, kommunikationssvårigheter, om det har förekommit våld i nära relation, eller om det finns andra faktorer i ärendet vi menar att handläggaren kan behöva uppmärksamma.

Vi har också inkluderat ett antal faktorer i våra analyser som är mått som inte är kvalitativt konstruerade, utan bygger på registerdata eller kvantitativt konstruerade mått utifrån vår aktdata. De faktorer som är baserade på registerdata fångar upp individuella egenskaper som kön, födelseland, ålder, diagnos, utbildning och yrkesposition. De faktorer som är baserade på aktdata fångar upp en del av ärendets karaktär – antal handläggare som arbetet med ärendet, läkarintyg och läkare.

Vi har också tagit fram mått som visar på risker för olikabehandling. De kan delas in i tre områden: den försäkrades roll, arbetsgivarens roll samt planering och utredning.

Vi har granskat tre aspekter av den försäkrades roll: den försäkrades agentskap, involvering och arbetsbörda under sjukpenningärendet. Vi har granskat två aspekter av arbetsgivarens roll: arbetsgivarens involvering och vilka krav som handläggaren ställer på arbetsgivaren. Vi har även granskat fyra övergripande aspekter av handläggningen som rör planering och utredning: handläggarens aktivitet i planering för den försäkrades återgång i arbete, förekomst av brister i handläggningen eller otillräckligt bemötande av den försäkrades förutsättningar, samt vilka krav som handläggaren ställer på de medicinska underlagen. Skillnader i den försäkrades eller arbetsgivarens roll eller i handläggarens planering och utredning kan vara tecken på olikabehandling.

Figur 8 Analysmodell för att undersöka förekomsten av tecken på olikabehandling



Anm.: Den vänstra sidan av figuren visar mått på faktorer som kan påverka handläggningen. Den högra sidan av figuren visar våra utfallsmått som fångar områden i handläggningen där handläggarna kan välja att göra olika och där det därmed finns risk för olikabehandling.

Nedan ger vi en tydligare bild av vad våra olika utfallsmått mäter. I bilaga 4.1 ger vi mer detaljerad information om respektive mått och de vägval som vi har gjort när vi har skapat dem.

4.1.1 Den försäkrades roll: agentskap, involvering och arbetsbörd

Agentskap är ett begrepp som kan definieras på delvis olika sätt inom olika akademiska discipliner, så som sociologi, filosofi, och psykologi.⁹¹ Det vi menar med begreppet i den här rapporten är om den försäkrade ges utrymme att vara en agent i sin sjukskrivningsprocess eller om handläggaren endast ger den försäkrade rollen att vara en passiv mottagare. Agentskap fångar upp i vilken utsträckning den försäkrade har möjlighet att påverka sitt ärende, till exempel genom att komma med information eller åsikter, men också om den försäkrade hålls informerad om vad som händer i ärendet. Att inte ha fått agentskap innebär att den försäkrade inte har haft och inte heller fått en aktiv roll utan endast tagit emot information och beslut.

Till skillnad från agentskap som mäter i vilken utsträckning den försäkrade ges möjlighet att påverka sitt ärende fångar *involvering* mer renodlat upp omfattningen av kontakterna som handläggarna har med den försäkrade. Vi har undersökt både faktisk involvering och handläggarens försök till involvering, för att också kunna se hur mycket den försäkrade har haft möjlighet att involveras. Vi har till exempel granskat hur många kontakter som tas, om de tas skriftligt eller via telefon, hur mycket handläggaren anstränger sig för att ta kontakt om den försäkrade inte svarar och när kontakter tas. I de ärenden som vi har granskat är telefonutredning en betydelsefull form av involvering.

Den sista aspekten av den försäkrades roll som vi har granskat är den försäkrades *arbetsbörd* under sjukskrivningsprocessen. Detta är en aspekt av den försäkrades roll som redan tidigare studerats i Försäkringskassans handläggning av sjukpenning.⁹² I vår studie fångar den försäkrades arbetsbörd upp hur mycket handläggaren begär av den försäkrade, till exempel när det gäller att komma in med information.

I sjukfallen som vi har granskat vet vi att samtliga ärenden har beviljats och vi har därför valt att se begäran om kompletterande information från perspektivet att det kan vara en arbetsbörd för den

⁹¹ Emirbayer M. och Mische A., What Is Agency? *American Journal of Sociology* 1998;103:962–1023.

⁹² Kaluza J., *Sjukskrivnas arbetsbörd – Arbetande medborgare möter en kundorienterad byråkrati*. Karlstad: Karlstad University Studies, 2018:37.

försäkrade. Vi har värderat det som en arbetsbörda för den försäkrade när hen ombeds komma in med uppgifter om arbetsförmåga och arbetsuppgifter, men inte när det gäller olika administrativa uppgifter som ansökningsdatum eller arbetstidens förläggning vid deltidssjukskrivning. Vi fokuserar specifikt på kompletterande information som efterfrågas inför den initiala bedömningen och bedömningen inför dag 180. Vid den initiala bedömningen har vi jämfört den efterfrågade informationen med den information som redan har funnits i ansökan och läkarintyg. Om information redan har funnits men ändå efterfrågats har vi värderat det som en arbetsbörda på den försäkrade. Att informationen efterfrågas trots att den finns i underlaget skulle till exempel kunna bero på att handläggaren vill kontrollera uppgifterna eller inte har uppmärksammat att de finns i underlaget. Vid bedömningen inför dag 180 var det praktiskt svårare att jämföra den efterfrågade informationen med all information som redan finns i underlaget och som handläggaren redan kan ha haft tillgång till. Detta innebär att vad vi konkret mäter är om handläggaren oftare begär kompletteringar med vissa grupper inför bedömningen vid dag 180, oaktat vilken information handläggaren har att tillgå.

4.1.2 Arbetsgivarens roll: involvering och krav

Arbetsgivarens roll rör både i vilken utsträckning som handläggaren involverar arbetsgivaren, och därmed vilken möjlighet till medverkan som Försäkringskassan ger arbetsgivaren, men också vilka krav som handläggaren väljer att ställa på arbetsgivaren. *Arbetsgivarens involvering* fångar bland annat upp hur många och på vilka sätt kontakter sker mellan handläggaren och arbetsgivaren. Vi räknar det också som sätt att involvera arbetsgivaren om handläggaren motiverar ställningstaganden baserat på arbetsgivarens plan för återgång i arbete, om handläggaren baserar sin planering på uppgifter från arbetsgivaren eller följer upp planeringen med arbetsgivaren.

Krav på arbetsgivaren handlar mycket om planering för återgång i arbete och fångar upp om handläggaren väljer att be arbetsgivaren om en plan för återgång och i så fall när, samt om den försäkrades arbetsuppgifter och eventuella anpassningar utreds med arbetsgivaren. Vi ser det också som krav på arbetsgivaren om handläggaren ber arbetsgivaren om kompletterande information inför bedömningar.

4.1.3 Planering och utredning: planering för återgång, brister i handläggningen eller otillräcklig anpassning, och krav på läkarintyg

Handläggarnas aktivitet i planering för den försäkrades återgång i arbete fokuserar på en framåtblickande del av handläggningen. Handläggarna ska då bland annat gå igenom underlagen i ärendet och klarlägga vilket behov av rehabilitering personen har och vad som behövs för att hen ska återgå i arbete.⁹³ *Aktivitet i planering för återgång* fångar upp olika aspekter av planering, både handläggarens egen planering och hur handläggaren förhåller sig till arbetsgivarens plan för återgång i arbete. Vi har mätt hur aktiv handläggaren är i att planera den försäkrades återgång genom att se när den första planeringen görs, hur omfattande den är, vilken typ av uppgifter den baseras på och hur den följs upp. Aktivitet i planering för återgång återspeglas även i när handläggaren för första gången tar ställning till om den försäkrade behöver samordning, hur många gånger ställningstaganden görs och hur de motiveras, samt om handläggaren väljer att genomföra någon samordningsåtgärd.

Vi har också undersökt om det har förekommit brister i handläggningen av ärendet eller om det finns otillräcklig anpassning till den försäkrades specifika förutsättningar. *Brister i handläggningen* innefattar att handläggaren har avstått från att utreda vissa saker eller att göra aktiviteter eller bedömningar senare för vissa personer. Som en del i att fånga upp eventuella brister i handläggningen har vi till exempel mätt om det har förekommit situationer där handläggaren kunde utreda mer och om detta gjordes. Vi har också mätt om det saknas viss dokumentation i ärendet, till exempel motiveringar till ställningstaganden. *Otillräcklig anpassning* fångar upp om det har funnits individuella förutsättningar som det vore rimligt för handläggaren att bemöta på något sätt. Vissa av våra kvalitativt skapade mått för faktorer som kan påverka handläggningen rör förutsättningar för den försäkrade som handläggaren kan behöva bemöta. Sådana förutsättningar eller behov kan vara kommunikationssvårigheter, förutsättningar som påverkar återgång i arbete eller förutsättningar kopplade till personen eller dess grupptillhörighet. Vi har värderat om handläggaren har behövt bemöta sådana förutsättningar och om

⁹³ Försäkringskassan, *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliterings-ersättning*. Vägledning 2015:1, version 19, s. 172–173.

de i så fall har bemötts på ett lämpligt sätt. Om vi inte har kunnat avgöra om det har funnits behov av ett sådant bemötande har vi inte värderat det som en brist i bemötande.

Som en sista del av handläggarnas hantering av planering och utredning har vi också mätt kraven som handläggarna ställer på det medicinska underlaget. *Krav på de medicinska underlagen* mäts som antal kompletteringar, kompletteringarnas omfattningar, och om en försäkringsmedicinskrådgivare har involverats eller inte. För att värdera vilka krav som har ställts på de medicinska underlagen har vi också mätt läkarintygens kvalitet.

4.2 Steg 2: Vi har undersökt hur fallen fördelar sig på måtten och medelvärdesskillnader mellan grupper

Efter att ha skapat måtten har vi undersökt hur sjukpenningfallen, det vill säga de personer vars akter vi granskat, fördelar sig inom de olika utfallsmåtten. Fördelningen är intressant eftersom den kan ge en övergripande bild av om det finns en liten eller stor variation i hur ärenden handläggs.

Vi har i detta steg också tittat på vilka medelvärden olika grupper har när det gäller våra mått. Skillnader i medelvärden kan visa på om vissa grupper har fått mer eller mindre av något, till exempel mindre involvering, mindre agentskap, mer arbetsbörda eller mindre aktivitet i planering för återgång i arbete. Vi har bland annat undersökt skillnader eller avsaknad av skillnader i medelvärden mellan män och kvinnor, mellan olika åldersgrupper och mellan personer med olika ursprung, eftersom de grupptillhörigheterna kan vara avgörande för om eventuella skillnader kan vara tecken på olikabehandling.

Vi resonerar kring vad som är en stor eller liten variation i handläggning, i samband med att vi presenterar våra resultat. Resultaten från våra analyser av medelvärdesskillnader mellan grupper redovisas i bilaga 5.

4.2.1 Variation i handläggningen och skillnader i medelvärde mellan grupper bidrar till en helhetsbild

Variation i handläggningen och medelvärdesskillnader mellan grupper när det gäller de olika aspekterna av handläggning som vi har granskat tillåter oss inte på egen hand att dra slutsatser om det finns eller inte finns tecken på olikabehandling. Däremot bidrar de till att utforska mönster i vår data och ge en helhetsbild av de skillnader som finns i handläggningen.

Utifrån verksamheten som vi granskar är det rimligt att förvänta sig en viss variation i handläggningen. En inbördes variation kommer sannolikt alltid att finnas mellan handläggarna. Den kan också vara eftersträvansvärd, eftersom Försäkringskassan utgår från att handläggningen ska vara behovsstyrd och anpassas till enskildas förutsättningar och behov.⁹⁴ Hur sjukpenningfallen fördelar sig på våra utfallsmått visar hur stor eller liten variation det finns i vilken roll som ges till försäkrade, till arbetsgivare, och i hur planering och utredning hanteras. Om vi finner en stor variation i hur ärenden handläggs eller en tudelad fördelning där ärenden koncentreras inom två olika grupper kan det tyda på att det finns olikabehandling i ärendena. En liten variation skulle däremot tala mot att det finns olikabehandling.

Om vi finner skillnader i medelvärderna mellan enskilda grupper, till exempel när det gäller hur hög eller låg involvering kvinnor i genomsnitt får jämfört med män, kan det vara en indikation om en eventuellt underliggande olikabehandling. Men vi kan inte dra några slutsatser om eventuella tecken på olikabehandling, eftersom vi fortfarande inte vet om det rör sig om betydelsefulla skillnader. Om vi inte finner några eller endast mycket små skillnader i medelvärderna kan vi inte heller utesluta att det fortfarande kan finnas tecken på olikabehandling av olika grupper. Det beror på att vi ännu inte har definierat vad som utgör en betydelsefull skillnad i handläggning utan enbart undersökt nivåskillnader, och på att vi ännu inte har undersökt skillnader mellan grupper som inte nödvändigtvis kan identifieras enbart via kön eller någon annan enskild individuell egenskap. I stället kan det vara samspelet mellan olika egenskaper och faktorer som har betydelse.

⁹⁴ 30 kap. 3 § socialförsäkringsbalken (SFB).

Vi kan därför utifrån analyser av enskilda grupper inte dra någon slutsats om frånvaro av tecken på olikabehandling.

4.3 Steg 3: Vi har definierat vad som är betydelsefulla skillnader i handläggning och möjliga tecken på olikabehandling

Målet med våra analyser är att kunna bedöma om de skillnader i handläggning som vi finner kan utgöra tecken på olikabehandling. I det här analyssteget definierar vi därför vad som är betydelsefulla skillnader i handläggning, och därmed vad som kan vara tecken på olikabehandling. För att kunna bedöma när skillnader i den försäkrades roll kan utgöra tecken på olikabehandling värderar vi var gränserna för högt eller lågt agentskap, mycket eller lite involvering, och närvaro eller frånvaro av en arbetsbörda går. För arbetsgivarens roll värderar vi var gränserna går för mycket eller lite involvering och höga eller låga krav på arbetsgivaren. Inom området planering och utredning värderar vi var gränserna går för låg aktivitet i planering, brister i handläggningen eller otillräckliga anpassningar och olika krav på medicinska underlag.

Det är dessa gränser som definierar vad som är en betydelsefull skillnad i den roll den försäkrade har fått i sitt sjukpenningärende, i den roll arbetsgivaren har fått, och i övrig planering och utredning. Rent praktiskt innebär det här steget att varje akt vi har studerat placeras under eller över en gräns inom varje mått.

4.3.1 Våra gränsdragningar utgår från vad som bör ske i ett sjukpenningärende

Våra gränsdragningar utgår i stor utsträckning från vad handläggarna enligt Försäkringskassans styrande och stödjande dokument bör göra. I de fall regelverket eller Försäkringskassans riktlinjer inte direkt motiverar våra gränsdragningar har vi i stället tagit hänsyn till hur sjukpenningfallen fördelar sig på utfallsmåtten för att värdera vad som till exempel är högt eller lågt, mycket eller lite. Vi skulle ha kunnat utgå enbart från hur sjukpenningfallen fördelar sig på våra utfallsmått och utifrån det definiera vad som är högt respektive lågt. Men i termer av att undersöka om det finns tecken på olikabehandling

får våra fynd större relevans ju mer vi kan utgå från vad som bör ske i ett sjukpenningärende. På det här sättet kan vi med större säkerhet säga att våra gränser definierar betydelsefulla skillnader i handläggningen och fångar upp vad som är en missgynnande behandling. En del av god QCA-praxis är att tydliggöra de analytiska val och argument som ligger till grund för dessa gränsdragningar.⁹⁵ Resonemangen kring gränsdragningarna presenterar vi i resultatkapiteln, där vi också tydliggör vad som har motiverat respektive gräns. Tabell 1 visar de dikotoma utfallsmåtten vi har analyserat.

Tabell 1 Utfallsmått i den aktbaserade delstudien

<i>Riskområde</i>	<i>Inga tecken på olikabehandling</i>	<i>Potentiella tecken på olikabehandling</i>
Den försäkrades roll	Medel till högt agentskap	Lågt agentskap
	Medel till hög involvering	Låg involvering
	Får inte en arbetsbörda	Får en arbetsbörda
Arbetsgivarens roll	Medel till hög involvering av arbetsgivaren	Låg involvering av arbetsgivaren
	Medel till höga krav på arbetsgivaren	Låga krav på arbetsgivaren
Planering och utredning	Medel till hög aktivitet i planering	Låg aktivitet i planering
	Tillfredställande handläggning eller tillräcklig anpassning till den försäkrades förutsättningar	Brister i handläggningen eller otillräcklig anpassning till den försäkrades förutsättningar
	Motiverade krav på läkarintyg	Omotiverade krav på läkarintyg

En invändning mot att omvandla våra mått till dikotoma utfall skulle kunna vara att metoden inte upptäcker om det förekommer skillnader mellan grupper som visar sig på samma sida av en gräns. Det är därför vi i steg två även undersöker skillnader i medelvärden mellan grupper. På så sätt kan vi se om det skulle vara så att enskilda grupper

⁹⁵ Schneider, C., Vis, B. and Kendra Koivu, K. *Set-Analytic Approaches, Especially Qualitative Comparative Analysis (QCA)*. APSA Section for Qualitative and Multi-Method Research, Final Report of the Qualitative Transparency Deliberations Working Group III.4, 2019; Wagemann, C. and Schneider, C. Transparency Standards in Qualitative Comparative Analysis. *Qualitative & Multi-Method Research* 13 (1): 38–42, 2015.

får olika värden på våra mått utan att skilja sig åt när vi delar upp dem utifrån de som fått betydelsefulla skillnader i sin handläggning och de som inte har fått det. Men den metodologiska litteraturen påpekar också att resultaten inte förändras drastiskt oavsett om analysen sker med dikotoma mått eller mått på skala. Detta följer av att vi oavsett vilket slags mått vi använder behöver definiera gränsen för när något är närvarande och inte, i vårt fall vad som utgör den betydelsefulla skillnaden i handläggning.⁹⁶

4.3.2 Vi har kvalitativt bedömt varje sjukpenningfall som har ett möjligt tecken på olikabehandling

Vi har säkerställt att vi har gjort lika i den initiala aktgranskningen, som har genomförts av flera utredare. Det har vi gjort genom att två utredare gemensamt har gått tillbaka till vissa sjukpenningakter och återigen värderat dem. De sjukpenningakter som vi har gått igenom två gånger är sådana som hamnat under gränsen för lågt agentskap, låg involvering, som har fått en arbetsbörda, låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren, eller fått låg aktivitet i planering, brister i handläggningen eller otillräcklig anpassning, eller omotiverade krav på sina läkarintyg. Vi gjorde den extra granskningen både för att säkerställa att granskarna har värderat akterna på samma sätt och för att se om det finns något i akten som kan motivera att den hamnat under en gräns. I vissa fall har ärenden behövt handläggas på ett annat sätt för att bemöta den försäkrades förutsättningar eller någon omständighet i ärendet. Vi har tagit hänsyn till om det framkommer något som indikerar att det har handlat om att bemöta den försäkrades förutsättningar, till exempel på grund av att den försäkrade varit för sjuk för att involveras, för att involvera personens arbetsgivare, eller för att få en planering för återgång i arbete. Det kan också handla om att en sen planering kan förklaras av att handläggaren har anpassat tidpunkten till den försäkrades behov och förutsättningar, eller att en sen bedömning kan förklaras av tidpunkten för när läkarintyg eller ansökan har kommit in.

Ärenden där vi ser ett bemötande av den försäkrades förutsättningar har vi flyttat till över gränsen, det vill säga att vi inte räknar dem som akter med potentiella tecken på olikabehandling. Det gjorde vi

⁹⁶ Oana IE., m.fl. *Qualitative Comparative Analysis Using R. a beginner's guide*. Cambridge University Press, 2021, s. 34.

eftersom vi anser att ett bemötande av förutsättningar är en del av en neutral och likabehandlande handläggning. Att anpassa handläggningen efter individens förutsättningar ser vi som en viktig del av likabehandling och vi har, utifrån vad som framgår av aktens dokumentation, undersökt om ett visst utfall rimligen kan förklaras av anpassad handläggning. I de sjukpenningfall där det har funnits någon oklarhet eller något tvivel kring att det eventuellt kan ha handlat om ett bemötande av en försvårande omständighet har vi sett till att inte heller dessa ärenden finns kvar under någon av gränserna. I rutorna nedanför beskriver vi några exempel på när vi har ansett att skillnaden i handläggning utgör anpassad handläggning snarare än tecken på olikabehandling. Vi beskriver också hur vi har tagit hänsyn till den samlade bilden av ärendet för att bedöma om det är motiverat att ärendet befinner sig under en gräns.

Exempel på när vi har tagit hänsyn till att fynden är anpassad handläggning snarare än tecken på olikabehandling

Det är motiverat att inte involvera den försäkrade eller arbetsgivaren när den försäkrade är mycket sjuk

I flera ärenden är den försäkrade mycket sjuk, och i vissa fall inlagd inom vården. Då har vi bedömt att det är rimligt att handläggaren inte involverar den försäkrade eller arbetsgivaren. I ett ärende försöker till exempel handläggaren att ha en telefonutredning med den försäkrade. Men det är inte möjligt eftersom personen menar att hen inte orkar ha den typen av långa samtal. Att handläggaren inte fortsätter i det läget ser vi som en anpassning till den försäkrades förutsättning. Även andra delar av handläggningen, till exempel som gäller låg aktivitet i planering för återgång, ser vi som en anpassning om den försäkrade är mycket sjuk.

En låg aktivitet i planering kan vara motiverad utifrån att det finns en tydlig planering på annat håll

I några ärenden har vi ansett att det kan vara motiverat med en låg aktivitet i planering eftersom det finns en tydlig planering på annat håll. Om den försäkrade till exempel väntar på operation är det rimligt att handläggaren inte gör någon planering före operationen. Detsamma gäller i de fall den försäkrade och arbetsgivaren har en tydlig och bra planering. Handläggarens uppdrag gällande planering är att samordna att den försäkrade kan återgå i arbete. Om handläggaren har information om att insatser för återgång pågår av andra aktörer är det rimligt att handläggaren inväntar resultatet av dessa.

Vi har utgått från den samlade bilden av ärendet

I flera ärenden har vi bedömt att flera innehållsrika samtal har kompenserat för en utebliven telefonutredning, och att den försäkrade därmed inte bör anses ha fått en låg involvering på grund av en utebliven telefonutredning.

Brister i handläggningen som inte har påverkat ärendet eller hanterats efter att de uppstått ses inte som betydelsefulla brister

I vissa ärenden har vi i vår kvalitativa bedömning kunnat se att de brister i handläggningen som vi har mätt inte har påverkat akten eller åtgärdats på ett annat sätt än hur vi har formulerat våra frågor under aktgranskningen. Utifrån våra mått har vi till exempel värderat det som en brist om arbetstidens förläggning inte utreds. Men vi ser det inte längre som en brist i de akter där det har framkommit att personen har blivit arbetslös, eftersom det då inte går att utreda arbetstiden.

4.3.3 Konsekvenser av tillvägagångssättet

En konsekvens av vår gränsdragning är att ärenden som det inte skiljer så mycket mellan kan hamna på olika sidor av en gräns. Detta är ofrånkomligt när vi arbetar med kvalitativa mått som kräver kvalitativa bedömningar av när något är närvarande eller inte. Det är inte uppenbart när ett potentiellt tecken på olikabehandling är närvarande, utan det kräver resonemang och motivering för att ringa in det och definiera gränsen för dess närvaro. Vi har hanterat detta på två sätt. För det första har vi så tydligt som möjligt motiverat varför vi tycker att gränsen bör dras just där och inte något högre upp eller lägre ner på skalan. För det andra har vi i vår kvalitativa bedömning av varje enskilt sjukpenningfall som ligger precis under en gräns också tagit ställning till om vi tycker det är tillräckligt för att den ska hamna under gränsen. På så sätt har vi varit restriktiva när vi har identifierat sjukpenningfall som potentiellt uppvisar tecken på olikabehandling.

En utmaning som följer av våra mått är att det ändå är svårt att i varje enskilt sjukpenningfall avgöra precis vad som påverkar att ett ärende hamnar över eller under en gräns. Det följer av att många av våra mått består av både plus- och minusvärden vilket innebär att positiva och negativa aspekter kan jämnas ut sig. Vi låter det samlade värdet, där olika aspekter kan ha dragit åt olika håll representera den

sammantagna bilden av handläggningen i ärendet. För att det sammantagna värdet ska motsvara det som vi vill fånga upp har vi i vissa fall villkorat vissa delar av måtten. Dessa villkor grundar sig på vad vi utifrån styrande och stödjande dokument anser bör vara utslagsgivande för om ett sjukpenningfall hamnar över en gräns. I måttet involvering av den försäkrade har vi till exempel gett telefonutredningen en särskild betydelse. De ärenden som inte har fått en telefonutredning har kategoriserats som låg involvering, oavsett om det finns annan typ av involvering som har gett positiva värden, men som inte motsvarar en telefonutredning.

De sjukpenningfall som efter vår kvalitativa bedömning fortfarande befinner sig under gränsen för lågt agentskap, låg involvering, eller att ha fått en arbetsbörda är fall där skillnader i den försäkrades roll kan utgöra tecken på olikabehandling. Detsamma gäller för de sjukpenningfall som har fått låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren – det rör sig i dessa sjukpenningfall om skillnader i arbetsgivarens roll som kan utgöra tecken på olikabehandling. Likaså kan låg aktivitet i planering, brister i handläggningen eller otillräcklig anpassning, eller omotiverade krav på läkarintyg utgöra tecken på olikabehandling. Men för att kunna bedöma om det handlar om tecken på olikabehandling av vissa grupper eller endast variationer för vissa individer har vi behövt analysera detta även utifrån de gruppstillhörigheter och andra omständigheter som vi kan observera. Det är nästa analyssteg, som vi beskriver i nästa avsnitt.

4.4 Steg 4: Vi har analyserat om de potentiella tecknen på olikabehandling skiljer sig mellan grupper

För att undersöka om det finns något mönster bland de sjukpenningfall som har handlagts på ett sätt som innebär att de kan visa tecken på olikabehandling har vi använt oss av en analysteknik inspirerad av kvalitativ komparativ analys (Qualitative Comparative Analysis, QCA). Med denna analysteknik kan vi analysera om olika faktorer – så som flera gruppstillhörigheter – tillsammans är av betydelse för utfallen och kan hjälpa oss att se om vissa grupper oftare har fått exempelvis lågt agentskap eller låg involvering än andra grupper. Om någon eller några grupper oftare får till exempel lågt agentskap

eller låg involvering kan detta vara ett tecken på olikabehandling. Vi beskriver metoden mer utförligt i bilaga 4, och fokuserar här i stället på våra konkreta analyser.

4.4.1 Vad analyssteget tillför

Vi har i detta analyssteg använt en metod som tillåter oss att identifiera om det finns situationer där flera grupptillhörigheter tillsammans leder till ett utfall. Det är troligt att enskilda faktorer – oavsett om det rör sig om en grupptillhörighet eller en specifik omständighet i ärendet – inte på egen hand men i närvaro av varandra är det som gör att olikabehandling uppstår. Vissa grupper kan potentiellt vara mer utsatta för risken för olikabehandling, och risken kan förstärkas om personen tillhör flera grupper samtidigt. Det kan till exempel vara så att äldre utrikes födda kvinnor blir utsatta för en olikabehandling som uppstår just för att de tillhör en grupp med en specifik kombination av egenskaper. Genom att undersöka flera grupptillhörigheter snarare än enbart skillnader mellan enskilda grupper har vi bättre förutsättningar att synliggöra tecken på olikabehandling, om de förekommer.⁹⁷ Detta tillvägagångssätt tillåter oss också att på ett mer precist sätt undersöka om det finns tecken på olikabehandling. Det följer av att vi då vet att vi studerar närvaro av ett utfall som representerar en betydelsefull skillnad i handläggning, nämligen en missgynnande behandling, och inte bara en genomsnittlig skillnad i till exempel nivå av involvering.

Genom att samtidigt analysera betydelsen av flera grupptillhörigheter kan vi integrera ett intersektionellt perspektiv i vår analys. Ett intersektionellt perspektiv innebär att vi undersöker flera sociala kategorier samtidigt och därmed kan fånga upp samspelet mellan till exempel kön, ursprung och andra sociala kategorier.⁹⁸ Vi har i vår analys valt att fokusera på kön, ålder och ursprung.

Den viktiga insikten som intersektionalitet ger oss är att de multipla egenskaper som personer har tillsammans formar den sociala ojämlikhet som kan uppstå.⁹⁹ Social ojämlikhet, som olikabehandling

⁹⁷ Ragin CC. och Fiss PC., *Intersectional inequality. Race, class, test scores & poverty*. The University of Chicago Press, 2016, s. 11.

⁹⁸ Davis K., Intersectionality as buzzword: A Sociology of Science Perspective on What Makes a Feminist Theory Successful. *Feminist Theory* 2008; 9:67–85.

⁹⁹ Collins Hill P., Intersectionality's Definitional Dilemmas. *Annual Review of Sociology* 2015; 41:1–20.

är en del av, sker utifrån hur personers olika fördelaktiga eller ofördelaktiga förutsättningar och egenskaper överlappar och förstärker varandra. Därför behöver vi en analysteknik som kan ta hänsyn till kopplingarna mellan olika kombinationer av egenskaper och fånga betydelsen av att ha flera egenskaper för risken att bli olikabehandlad.¹⁰⁰

Den intersektionella metod vi har använt i detta analyssteg lämpar sig väl för att undersöka olikabehandling, eftersom den både tillåter oss att fånga upp tecken på olikabehandling i det enskilda sjukpenningfallet och utifrån förstärkande överlappande grupptillhörigheter. Vi kan med denna metod också fånga upp att olika mekanismer kan leda till samma utfall. Detta innebär att vi skulle kunna identifiera vad som verkar vara diametralt olika grupptillhörigheter som båda har fått en handläggning med tecken på olikabehandling – men på grund av olika mekanismer.¹⁰¹

Vissa grupper kan vara mer riskutsatta

Vissa grupper kan potentiellt vara mer utsatta för risken för olikabehandling än andra. I analysen har vi kategoriserat egenskaperna kön, ursprung och ålder utifrån hur riskutsatta de kan tänkas vara.

Det finns utifrån tidigare studier om social ojämlikhet anledning att tro att vissa grupper kan vara mer utsatta för risken för olikabehandling.¹⁰² Det handlar dels om grupper som på olika sätt avviker från normen i ett samhälle eller har egenskaper som värderas lägre, och därför har högre risk att på olika sätt utsättas för fördomar som leder till olikabehandling. Det handlar också om grupper med specifika behov eller förutsättningar. Även dessa grupper kan löpa högre risk att utsättas för fördomar, men de riskerar också att olikabehandlas om deras specifika behov eller förutsättningar inte bemöts på ett lämpligt sätt.

Vi vet utifrån tidigare studier relativt lite om riskutsatta grupper i Försäkringskassans handläggning. Men det finns anledning att se kvinnor, utrikes födda samt äldre och yngre personer som potentiellt riskutsatta grupper. Kvinnor kan vara mer riskutsatta än män på

¹⁰⁰ Ragin CC. och Fiss PC, s. 3.

¹⁰¹ Ragin CC. och Fiss PC, s. 1–2.

¹⁰² Ragin CC. och Fiss PC, s. 11; Jämställdhetsmyndigheten, *Mellan tillit och misstro. Utrikes födda kvinnor om sina behov och hinder i relation till arbetsmarknadsetablering*, 2023:5.

många olika sätt och i olika delar av vårt samhälle.¹⁰³ Även utrikes födda är en grupp som kan vara mer riskutsatta än inrikes födda i olika delar av samhället. Vi vet också från tidigare studier att utrikes födda löper större risk att bli nekade sjukpenning och att en bidragande orsak till detta kan vara olikabehandling.¹⁰⁴ När det gäller ålder är ett rimligt antagande att personer som är medelålders löper minst risk att olikabehandlas på grund av ålder. Att ha en ålder som avviker från normen att vara medelålders kan däremot medföra att vara en potentiellt riskutsatt grupp. För sjukförsäkringen specifikt finns det skäl som talar för att både äldre och yngre personer kan vara potentiellt riskutsatta. Äldre kan närma sig pensionen och därför inte anses lika viktiga för handläggaren att arbeta aktivt med. Yngre personer kan vara mindre väletablerade på arbetsmarknaden och har sannolikt mindre erfarenhet av möten med myndigheter och mer begränsad kunskap om socialförsäkringen.

Vi har tilldelat siffran 1 till de egenskaper som kan föra med sig att en grupp är potentiellt riskutsatt. Vi har tilldelat siffran 0 till de egenskaper som kan antas vara normen och därmed innebära en lägre risk för utsatthet. Vilka grupper som har tilldelats en etta eller nolla påverkar inte analysen utan görs enbart i syfte för lättare kunna tolka resultatet.

Tabell 2 Kategorisering av individuella egenskaper

<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Inrikes födda</i>	<i>Utrikes födda</i>	<i>Medelålders</i>	<i>Yngre och äldre</i>
1	0	1	0	1	0

4.4.2 Hur analyserna är upplagda och vilka grupper vi har undersökt

En utmaning som vi har behövt ta hänsyn till är att utfallen och de faktorer vi inkluderar i analysen inte kan vara för snedfördelade på så sätt att utfallen eller faktorerna endast är närvarande i en liten andel

¹⁰³ Jämställdhetsmyndigheten, *Världens mest jämställda land? Kvinnors rättigheter 1995 – 2020*. 2021.

¹⁰⁴ ISF, *När sjukpenning nekas*. Rapport 2013:1; ISF, Rapport 2016:5; ISF, *Ökning av antalet personer som får beslut om indragen sjukpenning*. Rapport. 2018:12; Försäkringskassan, *Sjukfrånvarons utveckling*. Delrapport 1 Socialförsäkringsrapport 2015:6.

av sjukpenningfallen. De utfall som vi studerar är potentiella tecken på olikabehandling och därför är det förväntat att våra utfallsmått inte är närvarande i en stor andel av sjukpenningfallen. För att hantera denna utmaning har vi där det är motiverat och rimligt kombinerat olika utfallsmått och analyserat dem gemensamt. Detta har resulterat i att vi totalt har analyserat följande fyra olika utfall i de aktbaserade analyserna:

1. om den försäkrade fått lågt agentskap eller låg involvering
2. om den försäkrade fått en arbetsbörda
3. om den försäkrades arbetsgivare involverats lite eller det ställts låga krav på arbetsgivaren
4. om den försäkrade fått låg aktivitet i sin planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning eller omotiverade krav på läkarintyg.

Vi motiverar och förklarar innebörden av att kombinera utfallen på detta sätt i respektive resultatkapitel.

Vi har i samtliga analyser börjat med att analysera de grupptillhörigheter som kan vara avgörande för om lågt agentskap, låg involvering, att ha fått en arbetsbörda, låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren, eller låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning eller omotiverade krav på läkarintyg är tecken på olikabehandling. Dessa grupper utgår från de individuella egenskaperna kön, ålder och ursprung. I nästa steg har vi analyserat om någon av de övriga individuella egenskaperna som vi har haft möjlighet att mäta och som vi utifrån tidigare studier har anledning att tro kan ha betydelse för skillnader i handläggning bidrar till att identifiera grupper med högre förekomst av något av de respektive utfallen. Dessa egenskaper är diagnos, yrkesposition och i vilken utsträckning individen driver sitt sjukpenningärende. I ett sista steg har vi analyserat om någon av de kontextuella faktorer vi har haft möjlighet att inkludera har betydelse för utfallen. Det gäller till exempel läkarintygets kvalitet, hur vården driver sjukpenningfallet eller antal handläggare. Med ”betydelse för” menar vi att faktorn gör en skillnad för om utfallet är närvarande eller inte, det vill säga om den bidrar till att identifiera grupper med högre förekomst av utfallet. Vi redovisar resultaten av samtliga analyser i bilaga 5. I resultatkapitlen fokuserar vi på analyserna av de grupper som kan

identifieras utifrån kön, ålder och ursprung. Där sammanfattar vi även övriga resultat av betydelse för våra slutsatser. En redovisning för hur vi har kategoriserat de individuella egenskaperna samt de kontextuella faktorerna finns i bilaga 4.

Syftet med våra analyser är att se om några grupper oftare har de utfall som vi har identifierat som potentiella tecken på olikabehandling än andra, och att identifiera vilka dessa grupper är. När vi redovisar våra resultat av detta analyssteg redovisar vi samtliga grupper som oftare har haft ett utfall. Vi presenterar och värderar sedan våra resultat utifrån två huvudsakliga parametrar:

1. Vi vill identifiera de grupper som oftare har utfallet eftersom det innebär att de oftare fått den typ av handläggning som kan ha tecken på olikabehandling. För att identifiera dessa redovisar vi *andel sjukpenningfall som har utfallet inom olika grupper*.
2. För att värdera våra resultat vill vi också se hur stor *andel av samtliga sjukpenningfall som har utfallet som tillhör den specifika gruppen* eller de olika grupperna som identifieras. För att se hur stor andel av alla som har utfallet som tillhör grupperna med högst frekvens redovisar vi hur många procent av samtliga sjukpenningfall som har utfallet som tillhör de grupper vi identifierat. Om andelen är hög betyder det att nästan alla fall som har utfallet tillhör någon av dessa grupper. Om andelen är låg betyder det att vi endast i liten utsträckning kan koppla utfallet till grupptillhörigheter eller andra kontextuella faktorer.

Vi kan till exempel föreställa oss att lågt agentskap eller låg involvering endast sker för kvinnor födda utanför EU. Om utfallet förekommer för alla dem, och endast för dem, betyder det att procentsatserna för båda sätten att värdera våra resultat skulle vara 100 procent. Det skulle betyda att denna grupp är mest utsatt för utfallet, och att det bara är de som tillhör denna grupp som är utsatta för det. Men om den första procentsatsen i stället är 40 procent och den andra procentsatsen är 20 procent innebär det att 40 procent av alla kvinnor födda utanför EU fick lågt agentskap eller låg involvering och att av alla som fick lågt agentskap eller låg involvering var 20 procent kvinnor som är födda utanför EU.

Vi redovisar också antalet sjukpenningfall inom respektive grupp som oftare har ett utfall. Andelen av samtliga som har utfallet som tillhör den specifika gruppen visar om gruppen som vi har identifierat är tydlig i termer av att identifiera mönster bland de individer som har fått ett utfall. Men det konkreta antalet sjukpenningfall som det rör sig om är också av betydelse för vilka slutsatser vi kan dra i nästa steg.

4.5 Steg 5: Vi har värderat om vi funnit tecken på olikabehandling

Det sista steget i vår analys är att vi har värderat om våra fynd talar för eller emot att det finns tecken på olikabehandling. I detta analyssteg tar vi hänsyn till resultaten från föregående analyssteg:

1. Hur fördelar sig sjukpenningfallen på våra mått, det vill säga hur ser *variationen i handläggning* ut?
2. Finns det några *nivåskillnader* mellan grupper vad gäller till exempel nivå av involvering eller nivå av aktivitet i planering?
3. Hur stor *andel* av sjukpenningfallen har fått en handläggning som kan ha tecken på olikabehandling?
4. Finns det något *mönster* bland de sjukpenningfall som har fått en handläggning som kan ha tecken på olikabehandling? Vilka grupper har oftare fått en handläggning som kan ha tecken på olikabehandling?

Svaret på den sista frågan väger tyngst när vi värderar våra fynd. Utöver svaren på frågorna ovan finns det ytterligare två pusselbitar som vi väger in i den sammantagna bilden av frånvaro eller närvaro av tecken på olikabehandling:

1. Har *potentiellt riskutsatta grupper* oftare fått en handläggning med tecken på olikabehandling?
2. Finns det någon eller några *grupper som fått samtliga eller nästan alla aspekter av tecken* på olikabehandling i handläggningen?

Nedan beskriver vi vilka typer av slutsatser som vi kan dra utifrån den aktbaserade delstudien och preciserar våra kriterier för att kunna dra slutsatser utifrån frågorna 3 till och med 6.

4.5.1 Analysen visar om vissa grupper oftare har fått en missgynnande handläggning men inte vad det beror på

Den huvudsakliga slutsatsen vi kan dra utifrån den QCA-inspirerade analysteknik som vi har använt är om det finns vissa sammansättningar av grupper som oftare har fått en missgynnande behandling i handläggningen, och därmed en handläggning med tecken på olikabehandling, så som till exempel äldre inrikes födda kvinnor. Vi kan baserat på våra resultat på så sätt dra slutsatser om riskprofiler för att bli olikabehandlad. Men vi drar utifrån våra analyser inga slutsatser om att grupptillhörigheterna har orsakat specifika utfall.

De kvalitativa faktorer som kan analyseras genom QCA och den analysteknik som vi har använt kan vara antingen kausala eller kontextuella faktorer. En kausal faktor är själva orsaken som leder till ett utfall. Kontextuella faktorer är faktorer som behöver vara närvarande för att orsaken ska trigga utfallet och det kausala förhållandet.¹⁰⁵ QCA gör det inte möjligt att empiriskt särskilja kausala från kontextuella faktorer, men teoretiskt kan vi göra det. I våra analyser är vi specifikt intresserade av grupptillhörigheter som är avgörande för om de skillnader i handläggning vi identifierat kan utgöra tecken på olikabehandling. Då kan vi dra en slutsats om att denna grupp oftare fått till exempel ett lågt agentskap eller låg involvering. Även om vi inte har möjlighet att fastställa att det är den specifika grupptillhörigheten som gjorde att den fick en viss typ av handläggning, till exempel att det var på grund av att den försäkrade var en yngre utrikesfödd man. Vi kan alltså inte dra någon slutsats om handläggares partiskhet eller fördomar gentemot denna specifika grupp förklarar utfallet och därmed inte om grupptillhörigheten utgör en kausal faktor eller inte, men vi kan visa att det finns en samvariation mellan denna grupptillhörighet och utfallet.

¹⁰⁵ Falletti TG. och Lynch JF., Context and Causal Mechanisms in Political Analysis. *Comparative Political Studies* 2009;42:1143–1166.

De kontextuella faktorer vi har haft möjlighet att inkludera i våra analyser rör ett antal omständigheter i ärendet som skulle kunna påverka handläggningen. Men det finns många relevanta faktorer som vi inte har haft möjlighet att inkludera i vår analys, inte minst när det gäller olika aspekter av handläggningens kontext så som handläggarnas tid och resurser. Vi kan utifrån våra analyser bara uttala oss om betydelsen av de faktorer som ingår i analysen för de analyserade sjukpenningfallen.

4.5.2 Vi har undersökt få fall men slutsatserna kan vara representativa för liknande fall

Studiepopulationen i vår aktgranskning är ett begränsat antal akter och de mönster som vi finner bland dem kan men behöver inte återspeglas i en större population. Våra resultat visar hur handläggningen av dessa 163 ärenden har gått till, och vi drar bara slutsatser om just dessa sjukpenningfall. Men urvalet är slumpmässigt och vi har ingen anledning att tro att om vi hittar tecken på olikabehandling skulle det inte också kunna förekomma i andra liknande fall.

Som vi redovisar i kapitel 1 (1.3.2) baseras vårt urval på en stratifiering utifrån inrikes och utrikes födda samt kvinnor och män. En fjärdedel av personerna som ingår i våra akter är utrikes födda kvinnor, en fjärdedel inrikes födda kvinnor, en fjärdedel utrikes födda män, och en fjärdedel inrikes födda män. Detta innebär att storleken på dessa grupper i vårt urval inte motsvarar gruppernas faktiska andel av samtliga personer med sjukpenning. Kvinnor är något underrepresenterade, medan utrikes födda är tydligt överrepresenterade jämfört med hur fördelningen ser ut i hela populationen av sjukpenningfall.¹⁰⁶ Det stratifierade urvalet var en förutsättning för att säkerställa ett tillräckligt antal fall ur respektive grupp (utrikes födda kvinnor, inrikes födda kvinnor, utrikes födda män, inrikes födda män) och därmed kunna studera skillnader mellan just dessa grupper och betydelsen av kön och ursprung för vilken typ av handläggning en försäkrad får.

Det stratifierade urvalet påverkar inte vilka slutsatser vi kan dra om närvaro eller frånvaro av tecken på olikabehandling, som baseras på förekomsten av utfallen inom olika grupper. Våra slutsatser om

¹⁰⁶ Försäkringskassan, *Socialförsäkringen i siffror 2023*, s. 56.

tecken på olikabehandling baseras på om det finns någon eller några grupper som tydligt oftare än andra får en missgynnande behandling i handläggningen. Det vill säga, våra slutsatser baseras på andelar inom olika grupper. Analysprogrammet vi använder identifierar om det finns några grupsammansättningar som oftare har fått ett utfall än den genomsnittliga förekomsten av utfallet i vårt urval. Vi jämför på så sätt till exempel hur vanligt förekommande en låg aktivitet i planering för återgång i arbete är *inom* gruppen kvinnor med hur vanligt förekommande det är *inom* gruppen män. På så sätt är det inte det faktiska antalet fall inom respektive grupp som är avgörande, och därmed inte heller andelen som gruppen utgör i vårt urval.

Det stratifierade urvalet kan däremot påverka den genomsnittliga förekomsten av utfallen som vi hittar i vårt urval, till exempel om det är så att det är vanligare bland kvinnor att deras arbetsgivare får en begränsad roll, men kvinnor är något underrepresenterade i vårt urval, kommer vi underskatta förekomsten av att arbetsgivare får en begränsad roll. Samtidigt är utrikes födda personer överrepresenterade i vårt urval. I den mån utfallen är mer vanligt förekommande bland utrikes födda kan den genomsnittliga förekomsten av utfallen därmed vara överskattad. Våra resultat kan därför inte användas till att uppskatta omfattningen av en eventuell olikabehandling i handläggningen av sjukpenning. Men de kan användas för att dra slutsatser om det finns tecken på olikabehandling i handläggningen utifrån om det finns grupper som oftare fått en missgynnande behandling i handläggningen. Utifrån de grupper vi identifierar kan resultaten också användas för att dra slutsatser om vilka grupper som har större risk att drabbas av olikabehandling.

4.5.3 Vi har skapat kriterier för att kunna dra slutsatser

Det övergripande kriteriet för att vi ska kunna dra slutsatser om frånvaro eller närvaro av tecken på olikabehandling är att vi kan koppla de utfall som vi studerar till ett mönster av grupptillhörigheter. Det gäller alltså utfallen lågt agentskap, låg involvering, att ha fått en arbetsbörda, låg involvering av och låga krav på arbetsgivaren, samt låg aktivitet i planering för återgång, brister i handläggningen eller i bemötande av förutsättningar, eller omotiverat höga krav på läkarintyg.

Om vi inte kan se att vissa grupper i högre utsträckning får den typ av handläggning som fångas upp av våra utfallsmått indikerar det *frånvaro av tecken på olikabehandling*. Våra resultat visar i så fall på betydelsefull variation i handläggningen och en jämförelsevis sämre handläggning för vissa individer, men inte på tecken på olika-behandling. Sättet som vi har mätt våra utfall på innebär att utfallen representerar omotiverade skillnader eller otillräcklig anpassning i handläggningen, oavsett om vi kan koppla det till mönster som har att göra med grupptillhörighet. Men om vi inte kan koppla det till en grupptillhörighet kan vi bara dra slutsatsen att just den individ som vi har tittat på har fått en missgynnande handläggning.

Eftersom både vår data och analysmetod är kvalitativa är våra analyser ofrånkomligt beroende av de specifika fall som inkluderas.¹⁰⁷ Analyserna syftar inte till att dra slutsatser om de skillnader som vi har funnit och vad de kan kopplas till är slumpmässiga eller inte, utan att beskriva mönster bland de sjukpenningärenden som vi har granskat. Vi har kvalitativt letat efter tecken på olikabehandling och vi skulle inte ha kunnat genomföra de djupgående fallstudier som har krävts för att mäta betydelsefulla aspekter av handläggningen som kan utgöra tecken på olikabehandling om vi inte hade begränsat antalet sjukpenningfall.

Den metod som vår analysteknik utgår ifrån ger både som forskningsmetod och dataanalysteknik en flexibilitet i att anpassas till det aktuella forskningssyftet. Flexibiliteten gäller både vilken typ av data som kan analyseras, antalet fall och faktorer som inkluderas i analysen, och inte minst vilken typ av slutsatser som studien syftar till att kunna dra.¹⁰⁸ För vårt syfte behöver vi värdera om resultaten från analyserna visar att vissa grupper oftare får den typen av handläggning som fångas upp av våra utfallsmått, det vill säga oftare fått en missgynnande behandling. För att kunna värdera det har vi definierat två kriterier. Båda kriterierna ska vara uppfyllda för att vi ska anse att vi har identifierat en grupp vars handläggning har tecken på olikabehandling. Kriterierna är:

- Gruppen ska ha en tydligt högre förekomst av utfallet än genomsnittet.

¹⁰⁷ Mello P., s. 178.

¹⁰⁸ Mello, P., s. 177

- Gruppen ska minst bestå av ett tillräckligt antal sjukpenningfall för att kunna anses utgöra en grupp och för att förändringar i ett enskilt fall inte skulle leda till att gruppen inte längre har en högre förekomst av utfallet än genomsnittet.

För det första kriteriet har vi valt att definiera en tydligt högre förekomst av utfallet än genomsnittet som minst närmare 10 procentenheter högre förekomst än genomsnittet. Såväl en högre som lägre tröskel hade varit tänkbar eftersom såväl mindre som mer än 10 procentenheter högre förekomst än genomsnittet innebär att gruppen oftare har fått utfallet. Vi bedömer att vi utifrån cirka 10 procentenheter högre förekomst på relativt god grund kan säga att individerna i gruppen betydligt oftare har fått utfallet. Det finns här inga universellt applicerbara gränser att hänvisa till utan det viktiga är att kriterierna och deras nivåer ligger i linje med studiens syfte samt att såväl nivåer som resonemang presenteras på ett transparent sätt.¹⁰⁹ För att inte ge en felaktig bild av precision väljer vi här att förhålla oss till *cirka* 10 procentenheter på grund av att vi med vår design och kvalitativa data inte har möjlighet att avgöra den exakta nivån. En grupp som till exempel har 9 procentenheters skillnad jämfört med genomsnittet kan även den anses utgöra en grupp med högre förekomst av utfallet. Det beror då på hur den uppfyller nästa kriterium.

Det andra kriteriet är att gruppen ska bestå av ett tillräckligt antal sjukpenningfall och att förändringar i ett enskilt sjukpenningfall inte leder till att gruppen inte längre har en högre förekomst av utfallet än genomsnittet. Det är ett kriterium som är en del av ett robusthetstest av våra resultat. Gruppen bör utgöras av minst cirka 10 individer för att vi ska anse oss ha identifierat en meningsfull grupp. Att gruppen ska utgöras av minst cirka 10 individer bidrar också till att säkerställa att resultatet inte enbart beror på ett eller två enskilda sjukpenningfall. Även här har vi landat i att det ska vara *cirka* 10 eftersom det i enskilda fall är färre än 10 individer, men i dessa fall anser vi kvalitativt att det ändå är en intressant grupp.

I resultatkapitlen redovisar vi hur våra resultat står sig i förhållande till de båda kriterierna och robusthetstestet. Vi vill här igen framhålla att vår analysteknik grundar sig på kvalitativ metod där analytisk robusthet inte ska värderas utifrån statistiska parametrar. De parametrar vi presenterar i våra resultatkapitel och de kriterier

¹⁰⁹ Schneider C. och Wagemann C., s. 148.

vi använder för att värdera dem används i liknande syfte som de statistiska indikatorerna signifikans och styrka. Men de mäter olika saker och används för att dra olika typer av slutsatser.¹¹⁰ För att förstå vårt tillvägagångssätt och värdera resultaten i den aktbaserade studien är det viktigt att förstå att QCA, och vår analysteknik, är en fallbaserad metod med kvalitativ grund. Detta medför att omfattande typer av robusthetstest, som snarare imiterar statistiska metoder, inte är lämpliga. Det rör sig i vår aktbaserade studie om en fallbaserad metod där resultaten är avhängiga av de fall som har studerats. Snarare än ”stabilitet” i resultat handlar robustheten i denna metod om substantiella och transparenta argument för de gränsdragningar vi har gjort när det kommer till betydelsefulla skillnader i handläggningen, transparens kring urval av fall och kring vilka val som har gjorts i den analytiska processen.¹¹¹

Våra kriterier för slutsatsdragning behöver ta hänsyn till hur olikabehandling fungerar

För att kunna formulera rimliga kriterier för slutsatsdragning och avgöra de mer precisa nivåerna för respektive kriterium har vi behövt ta hänsyn till vad vi vet om hur olikabehandling fungerar. Ett rimligt antagande om hur olikabehandling fungerar är att den kan göra att vissa grupper drabbas av något mer än andra, men det betyder inte att alla personer i gruppen kommer att drabbas av det. Utifrån den verksamhet som vi granskar är det rimligt att förvänta sig en viss variation i handläggningen. Att alla handläggare skulle behandla ärenden helt lika är inte sannolikt. Likaså är det inte sannolikt att sättet på vilket olika grupper behandlas olika sker på samma sätt av alla handläggare gentemot alla eller ens de flesta individer inom en viss grupp.

Det skulle därför inte vara rimligt med ett kriterium som till exempel kräver att 100 procent av fallen inom en grupp har fått en viss typ av handläggning för att dra slutsatser om att våra fynd är ett tecken på olikabehandling.

Tidigare forskning har visat att handläggare tar olika ”kognitiva genvägar” i sina bedömningar av individer och ärenden (kapitel 2). En kognitiv genväg kan vara att behandla ett ärende på ett visst sätt

¹¹⁰ Mello P., s. 101.

¹¹¹ Mello, s. 177–178.

för att handläggarens tidigare erfarenhet är att personer som uppvisar aspekter som återfinns i ärendet till exempel är i mindre behov av en aktiv planering för återgång i arbete. Vissa individer som tillhör en grupp uppvisar aspekter som gör att handläggaren använder den kognitiva genvägen, men det framkommer inte i alla fall. Eftersom olikabehandling grundar sig på att handläggaren uppfattar och tolkar olika saker i ett beteende eller tillstånd hos den försäkrade och behandlar olika utifrån det så kommer förmodligen bara till exempel vissa kvinnor att behandlas olika, snarare än alla kvinnor. Detta gäller oavsett om olikabehandlingen är medveten eller omedveten.

I förhållande till den verksamhet vi granskar och i förhållande till hur olikabehandling sker kan vi inte använda de standardkriterier för att dra slutsatser som finns i QCA om tillräckliga och nödvändiga faktorer (vi resonerar mer kring detta i bilaga 4.3). Det avgörande i våra analyser är att grupperna vi identifierar oftare har utfallet än genomsnittet. För detta syfte behöver vi därför i stället definiera vad som är en tydligt högre förekomst av utfallet.

Men genom att se om de mönster vi identifierar kvarstår om utfallet i ett enskilt sjukpenningfall förändras kan vi få en tydligare bild av hur robusta våra resultat är. Detta är ett sätt att undersöka robusthet i QCA.¹¹² För att vi ska kunna dra en slutsats om att gruppen som vi har identifierat är viktig behöver den därför inte endast bestå av ett minst antal individer utan också fortsätta att ha utfallet oftare än genomsnittet även om ett av sjukpenningfallen inom gruppen som har utfallet försvinner.

Våra kriterier är relativt restriktiva när det kommer till att dra slutsatser om närvaro av tecken på olikabehandling, och robusthetstestet bidrar till denna restriktivitet. Om vi identifierar grupper utifrån dessa kriterier kan vi dra slutsatsen att vi har funnit tecken på olikabehandling i Försäkringskassans handläggning, och vi kan också uttala oss om vilka grupper det är som har fått en handläggning med tecken på olikabehandling. Utifrån framför allt det första kriteriet kan vi också dra slutsatser om risken för olikabehandling. Ju oftare ett utfall som finns inom en grupp jämfört med genomsnittet och jämfört med andra grupper som identifieras, desto större kan riskerna för olikabehandling antas vara för gruppen. Det ger oss en indikation om olika riskprofiler för olikabehandling. Fokus för våra slutsatser är på så sätt

¹¹² Mello P., s. 167; Schneider C. och Wagemann C., s. 285.

förekomst av tecken på olikabehandling i olika delar av handläggningen, och vad gäller grupper drar vi slutsatser om olika gruppers risk att olikabehandlas.

4.5.4 Fynd som talar för att kumulativt missgynnade grupper är de som drabbats förstärker tecken på olikabehandling

De två sista aspekterna som vi har tagit hänsyn till när vi drar slutsatser rör hur mönstret av de grupper som oftare har fått en handläggning med tecken på olikabehandling ser ut. Det gäller dels om våra fynd talar för att potentiellt riskutsatta grupper också är de som har drabbats av en handläggning med tecken på olikabehandling, dels om det finns grupper som har fått samtliga eller nästan alla aspekter av tecknen på olikabehandling.

Troligtvis kan vissa grupper vara mer utsatta för risken för olikabehandling, och denna risk kan förstärkas om personen tillhör flera grupper samtidigt. I forskningslitteraturen räknas sedan länge argumentet att ofördelaktigheter och därmed risker för olikabehandling som är kopplade till olika grupptillhörigheter kumulativt förstärker varandra när de sammanfaller som en nyckel till att förstå sociala ojämlikheter, till exempel olikabehandling.¹¹³ Grupper som ofta är drabbade av sociala ojämlikheter är till exempel kvinnor, utrikes födda, eller äldre personer. En potentiellt riskutsatt grupp är också de med psykiatriska diagnoser. Det gäller både olikabehandling som kan uppstå inom vården och i handläggningen, eftersom det kan vara svårt att bedöma och belägga arbetsförmågans nedsättning vid psykiska sjukdomar.¹¹⁴

Detta sätt att värdera våra resultat är en del av ett intersektionellt angreppssätt som gör det möjligt för oss att se om de som tillhör flera

¹¹³ Se till exempel: Merton RK. The Matthew Effect in Science: The reward and communication systems of science are considered. *Science* 1968;159:56–63; Jencks C, och Mayer SE. The Social Consequences of Growing Up in a Poor Neighbourhood. *Inner-City Poverty in the United States*. Redaktör: Lynn J. L. och McGreary M. G. H., National Academies, s. 111–186; Brian N, och Whelan C T., *Loading the Dice? A Study of Cumulative Disadvantage*. Oak Tree Press, 1999; DiPrete Thomas A. och Eirich G M., Cumulative Advantage as a Mechanism for Inequality: A Review of Theoretical and Empirical Developments. *Annual Review of Sociology* 2006;32:271–297.

¹¹⁴ Försäkringskassan, *Skilnader i avslag för sjukpenning mellan olika grupper – En registerstudie om avslagsbeslut på initial ansökan och efter dag 180 i rehabiliteringskedjan*. Socialförsäkringsrapport 2022:1, s. 6–7.

potentiellt riskutsatta grupper också är de som har drabbats av en handläggning med tecken på olikabehandling. Om vi finner att grupper som oftare får utfallen tillhör flera utsatta grupper skulle detta ligga i linje med tidigare forskning om att olikabehandling på grund av sin intersektionella karaktär ofta är kumulativ genom att olika faktorer förstärker varandra.¹¹⁵ Om de grupper som tidigare forskning identifierar har en högre risk för olikabehandling är samma grupper som vi får fram i våra resultat skulle det tala för att utfallen är just tecken på olikabehandling. Men om vi däremot får fram andra grupper än de som tidigare har identifierats innebär det inte att de skillnader i handläggning vi har funnit inte utgör tecken på olikabehandling. Det innebär bara att det är andra grupper som olikabehandlas än vad vi utifrån tidigare kunskap har kunnat förvänta oss.

Grupper som har flera tecken på olikabehandling talar för att de är utsatta för olikabehandling

Ett kompletterande sätt att undersöka våra resultat intersektionellt är att också se om vi kan identifiera några specifika grupper som har fått en handläggning som har samtliga eller nästan samtliga aspekter av de potentiella tecknen på olikabehandling. Dessa tecken är alltså lågt agenskap eller låg involvering, en arbetsbörda, låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren, låg aktivitet i planering för återgång, brister i handläggningen eller otillräcklig anpassning, eller omotiverade krav på läkarintygen.

Om vi finner någon eller några grupper som oftare har fått en handläggning som karaktäriseras av alla eller nästan alla dessa aspekter talar det för att våra fynd är tecken på olikabehandling. Om vi inte finner det talar det inte nödvändigtvis emot att våra resterande fynd kan utgöra tecken på olikabehandling. Men den är då troligen mindre systematisk när det gäller vilka grupper som drabbas och möjligen också mindre graverande om olika typer av skillnader i handläggning förekommer för olika grupper. Det kan exempelvis vara att en viss grupp drabbas av att få en mindre betydelsefull roll i sitt ärende, en annan grupp drabbas av att dess arbetsgivare inte får en betydelsefull roll, och en tredje grupp drabbas av låg aktivitet i planering eller brister i handläggningen av ärendet.

¹¹⁵ Ragin CC. och Fiss PC, s. 19.

5 Aktbaserad analys – Den försäkrades roll

I detta kapitel presenterar vi resultat från våra aktbaserade kvalitativa analyser av riskområdet som rör *vilken roll som den försäkrade har fått i sitt ärende hos Försäkringskassan*. Den försäkrades roll beror både på handläggarens beteende och den försäkrades beteende. Vi har granskat den försäkrades roll genom att se vilket agentskap den försäkrade får i sitt ärende. Agentskap fångar upp i vilken utsträckning den försäkrade har möjlighet att påverka sitt ärende, till exempel genom att komma med information eller åsikter, men också om den försäkrade hålls informerad om vad som händer i ärendet. Vi har också granskat det här området genom att titta på vilken involvering den försäkrade får. Involvering gäller omfattningen av kontakterna handläggarna har med den försäkrade och hur stor möjlighet som handläggarna ger den försäkrade att vara delaktig i sitt ärende. Slutligen har vi även undersökt den försäkrades arbetsbörda. Där fångar vi upp hur mycket handläggaren begär av den försäkrade, till exempel när det gäller att komma in med information. Vi har också undersökt hur den roll som den försäkrade får relaterar till hur den försäkrade själv driver sitt ärende.

Våra resultat visar att handläggningen av ärenden som rör *kvinnor födda utanför EU samt yngre och äldre kvinnor* har tecken på olikabehandling på så sätt att de oftare än andra grupper får lågt agentskap eller låg involvering i sitt sjukpenningärende. Däremot framkommer inte någon grupp som visar tecken på olikabehandling när det gäller att få en arbetsbörda under sjukpenningärendet.

5.1 En femtedel har fått lågt agentskap eller låg involvering och en knapp tredjedel har fått en arbetsbörda

Vi har identifierat tre viktiga aspekter av den försäkrades roll i handläggningen av sjukpenning: vilket agentskap den försäkrade tilldelas, i vilken utsträckning hen involveras i ärendet och vilken arbetsbörda hen får under handläggningen.

Vi har värderat var gränserna går för lågt agentskap, lite involvering, och närvaro av en arbetsbörda för att kunna bedöma när skillnader i agentskap, involvering och arbetsbörda kan vara ett tecken på olika behandling. Det är dessa gränser som definierar vad som är en betydelsefull skillnad i den roll som den försäkrade har fått i sitt sjukpenningärende. Vi finner att 10 procent av sjukpenningfallen har fått lågt agentskap och 13 procent har fått låg involvering. En knapp tredjedel av de försäkrade, 31 procent, har fått en arbetsbörda i samband med sitt sjukpenningärende.

Vi presenterar här vad lågt agentskap, låg involvering och en arbetsbörda konkret innebär samt vad som motiverar våra gränsdragningar. Vi visar också hur variationen i handläggningen ser ut och hur stora andelar av de granskade sjukpenningfallen som har fått lågt agentskap, lite involvering, och en arbetsbörda. Vi har också undersökt nivåskillnader mellan enskilda grupper. Våra resultat visar att det endast finns små genomsnittliga skillnader i vilken nivå av agentskap, involvering och arbetsbörda enskilda grupper får. Analyserna i detta kapitel fokuserar därför på analyssteg fyra i vår analysmetod där vi undersöker om olika faktorer – så som flera grupptillhörigheter – tillsammans är av betydelse för utfallen och kan hjälpa oss att se om vissa grupper oftare har fått lågt agentskap eller låg involvering, eller en arbetsbörda, än andra grupper. Resultaten från våra analyser av genomsnittliga skillnader mellan enskilda grupper finns i bilaga 5.1.9.

5.1.1 Vi mäter agentskap i planering, utredning och bedömningar

Den försäkrades agentskap beskriver i vilken utsträckning den försäkrade har getts möjlighet att påverka sitt ärende. Att inte ha fått agentskap innebär att den försäkrade inte har haft en aktiv roll i sitt

sjukpenninggärande utan endast har tagit emot information och beslut från handläggaren.

Vi har mätt agentskap i bedömningarna, i planeringen och i utredningen (se rutan här intill). Vi har tagit hänsyn till den sammantagna nivån av agentskap som den försäkrade då har fått.

Agentskap i bedömningar rör i vilken mån handläggaren väljer att vända sig till den försäkrade för att hämta in information inför bedömningar, snarare än till arbetsgivaren eller vården. Det rör också om handläggaren använder individens uppfattning som motivering vid sin initiala bedömning eller i bedömningen inför dag 180. Om handläggaren motiverar sin bedömning utifrån individens uppfattning räknar vi det som ett sätt att ge agentskap genom att sätta individen i centrum och ta hens uppfattning på allvar.

Agentskap i planering utgår från att personen som ärendet gäller bör vara en central aktör i handläggarens planering. Vi har därför granskat hur handläggaren arbetar med sin planering av ärendet i relation till den försäkrade och om handläggaren tar in personens perspektiv eller inte. Vi har bland annat undersökt om handläggaren ger den försäkrade utrymme att ge sin syn på sin prognos eller återgång i arbete.

Agentskap i utredningen handlar till stor del om i vilken utsträckning handläggaren har valt att informera den försäkrade om utredningens gång. Genom att vara välinformerad har individen bättre förutsättningar att agera i sitt ärende. Vi har bland annat fångat upp i vilka syften handläggaren har tagit kontakt med den försäkrade, och om handläggaren tar kontakt på telefon eftersom en muntlig kontakt ger personen större möjlighet att uttrycka sitt perspektiv och förstå vad som händer i ärendet jämfört med en skriftlig kontakt. Vi har också granskat om handläggaren informerar personen när handläggaren begär kompletteringar från vården.

I bilaga 4.1.1 redovisar vi mer detaljerat vad måttet agentskap består av.

Ett lågt agentskap kan innebära tre saker. Det innebär antingen att handläggaren inte gjort något som påverkat agentskapet, vilket motsvarar att inte ge agentskap. Men det kan också innebära att handläggaren motverkar det agentskap som ges på vissa sätt genom att också göra saker som påverkar agentskapet negativt på andra sätt. I de fall då det inte förekommer något som motverkar agentskapet kan ett lågt agentskap även innebära att något av följande på egen hand har förekommit: handläggaren har kartlagt en persons situation och hur hen ser på återgång i arbete, eller att personens uppgifter

tillsammans med uppgifter ifrån andra aktörer har varit en del av motiveringen vid 180-bedömningen, eller att den försäkrade har informerats om att handläggaren har efterfrågat en komplettering av vården. Eftersom vi fångar upp agentskap i såväl bedömningar som planering och utredning finns det många saker i handläggningen som kan ge visst agentskap men samtidigt flera saker som kan motverka agentskapet och resultera i ett lågt agentskap. Därför har vi varit restriktiva våra bedömningar av i vilka fall det förekommer ett lågt agentskap.

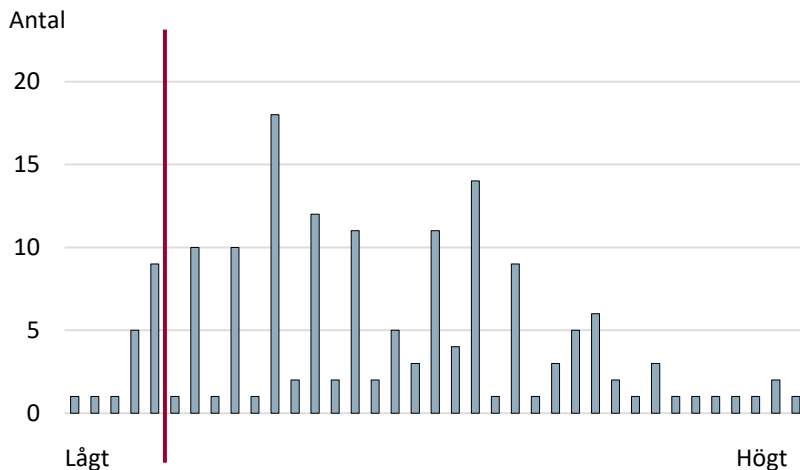
Vissa aspekter av den försäkrades agentskap har direkt att göra med handläggarnas styrande och stödjande dokument. Det gäller till exempel att den försäkrade ska informeras när handläggaren begär en komplettering från vården¹¹⁶ och att få möjlighet att förstå planeringen för återgång i arbete.¹¹⁷ Men andra aspekter av agentskapet finns inte tydligt definierade i de styrande och stödjande dokumenten. Därför har vi dragit gränsen för vad vi anser är ett lågt agentskap utifrån en samlad bedömning utifrån de aspekter som vi har mätt, vad handläggarna bör göra, och hur fördelningen mellan fallen ser ut när vi värderar vad som är högt eller lågt. Vi har tagit hänsyn till fördelningen mellan fallen genom att se vad som är den vanligaste nivån av agentskap och vad som utifrån det är en ovanligt låg nivå.

Vi kan se att det varierar relativt mycket i vilket agentskap som har tilldelats olika personer i de granskade akterna (figur 9). Vissa personer har tilldelats mycket stort agentskap, medan andra inte har fått något agentskap alls eller har fråntagits agentskap. 10 procent av personerna (17 av 163 akter) har fått ett lågt agentskap.

¹¹⁶ Försäkringskassan, *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. Vägledning 2015:01, version 19, s. 267.

¹¹⁷ Försäkringskassan, *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. Process 2009:07, version 19, 2.2.6.11. *Sammanställa planering för återgång i arbete*.

Figur 9 Variation i den försäkrades agentskap och gräns (röd linje) för lågt agentskap



Anm. Den röda linjen representerar gränsen för ett lågt agentskap. Fallen på den vänstra sidan av linjen har ett lågt agentskap.

Den försäkrades agentskap kan minska om det finns ett bra underlag från annat håll som gör att handläggaren kan motivera sina bedömningar med annat än den försäkrades uppfattning. Agentskap kan till exempel bli lågt till följd av att handläggaren anser att det inte behövs någon kompletterande information från den försäkrade i ärendet, varken när det gäller utredning eller planering. Det innebär att ett fall som går ”smidigt” kan ha lågt agentskap om inget annat i handläggningen har bidragit till att ge den försäkrade agentskap, så som att hålla den försäkrade informerad om planering för återgång i arbete.

Vi har inte tagit hänsyn till om den försäkrades låga agentskap kan förklaras av att handläggaren bedömer att personen inte behöver få agentskap på grund av att ärendet går ”smidigt” eller för att handläggaren väljer att utgå ifrån underlag från någon annan aktör än den försäkrade. Eftersom ärenden enligt förvaltningslagen ska handläggas enkelt, snabbt och kostnadseffektivt kan det vara ett korrekt agerande från handläggaren, under förutsättning att rättssäkerheten inte efterträts.¹¹⁸ Men eftersom vi ser att personen i dessa ärenden har fått ett lägre agentskap än andra är det relevant att undersöka om vissa

¹¹⁸ 9 § första stycket förvaltningslagen (2017:900).

grupper oftare hamnar i en sådan situation. Vi har däremot tagit hänsyn till om det låga agentskapet beror på att handläggaren på något sätt har anpassat handläggningen till personens förutsättningar.

Exempel på en akt som har fått lågt agentskap

En akt som har fått lågt värde på agentskap får det av två anledningar. Den första är att läkarens och den försäkrades beskrivningar skiljer sig åt. Läkaren beskriver psykiska problem medan den försäkrade även beskriver ryggvärk. I det här fallet går handläggaren på läkarens beskrivning. Det har vi gett ett negativt värde på agentskap. Den andra anledningen är att handläggaren vid ett annat tillfälle ifrågasätter att den försäkrade har gått till läkaren samtidigt som personen har varit sjukskriven för en förkylning. Detta anser vi visar en låg tillit till den försäkrade vilket också ger ett negativt värde. Det är viktigt att notera att vi inte menar att handläggaren nödvändigtvis agerar felaktigt vid något av dessa tillfällen. Agerandet kan vara motiverat och rimligt. Men det resulterar i att personen får ett lägre agentskap än andra.

5.1.2 Involvering mäter hur delaktig den försäkrade är i sitt ärende

Vi har också undersökt den försäkrades involvering i sitt sjukpenningärende som ett komplement till att undersöka den försäkrades agentskap. De båda aspekterna ger tillsammans en mer komplett bild av den roll den försäkrade har fått. Involvering mäter hur mycket den försäkrade får möjlighet att vara delaktig i sitt ärende. Vi har tagit hänsyn både till faktisk involvering och handläggarens försök till involvering, det vill säga hur mycket den försäkrade har haft *möjlighet* att involveras. Vi har till exempel granskat hur många kontakter som Försäkringskassan tar, när de tar kontakterna, om de tar kontakt skriftligt eller via telefon, hur mycket handläggaren anstränger sig för att ta kontakt om den försäkrade inte svarar och om den försäkrade har fått en telefonutredning eller inte.

En låg involvering innebär att den försäkrade inte har fått möjlighet att vara del i sitt ärende. Då har handläggaren och den försäkrade inte haft någon kontakt, eller så har de bara haft ett fåtal kontakter via telefon men så sent som efter dag 180. I de långa ärenden som vi har granskat är telefonutredning en betydelsefull form av involvering. Vi

har därför också räknat det som låg involvering om personen inte har fått någon telefonutredning.

I Försäkringskassans process framgår att handläggaren första gången någon ansöker om sjukpenning normalt ska kontakta den försäkrade för att diskutera hur hen ser på återgång i arbete och vilka åtgärder som pågår och som vården eller arbetsgivaren planerar. Handläggaren ska då också lämna information som är viktig för den försäkrade, bland annat om de olika parternas skyldigheter och ansvar och hur rehabiliteringskedjan ser ut.¹¹⁹ Telefonutredningen är ett längre samtal där den försäkrade har möjlighet att berätta om sin situation. Den bör alltid göras och därför räcker det att telefonutredningen uteblir för att vi ska se räkna det som låg involvering av den försäkrade. Om personen inte har fått en telefonutredning i ärenden som har pågått mellan 180 och 365 dagar bör det på egen hand räknas som låg involvering.

Handläggarna har i uppdrag att tidigt ta kontakt med den sjukskrivne för att utreda förutsättningarna för att återgå arbete, men också för att informera om reglerna i sjukförsäkringen. Den tidiga kontakten består i regel av den telefonutredning som handläggarna ska genomföra med den sjukskrivne. Det finns ingen entydig riktlinje för när telefonutredningen ska göras, och därmed inte heller vad som motsvarar en tidig kontakt. Handläggarna har alltså ett handlingsutrymme. Försäkringskassan ska anpassa tidpunkten för telefonutredningen till det enskilda ärendet.¹²⁰ Den kan därmed vara en del av hur handläggningen anpassas till personens förutsättningar. Vi har tagit hänsyn till om det har framkommit någon sådan förutsättning när vi har bedömt om en utebliven telefonutredning eller sen kontakt ska räknas som låg involvering. Men vi har också värderat det som sent när en telefonutredning görs först efter dag 90. Om det inte också sker andra aktiviteter av involvering i ärendet har vi då värderat det som låg involvering.

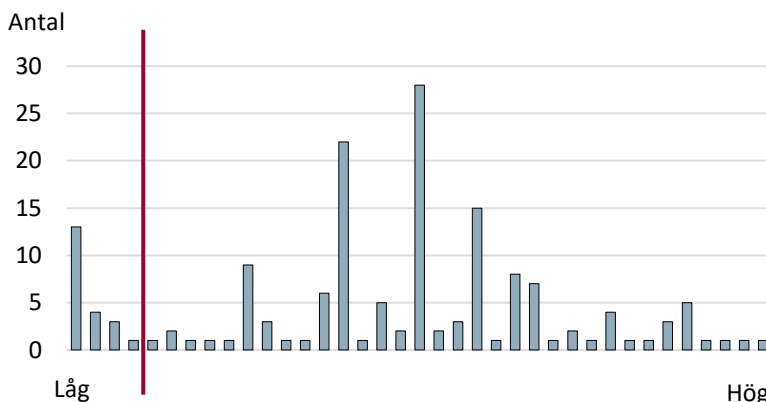
Vi kan se en relativt stor spridning av hur olika personer involveras i sitt sjukpenningärende (figur 10). Vi ser framför allt stor skillnad i nivåer av involvering när det gäller de som har involverats mest och

¹¹⁹ Försäkringskassan, *Sjukpenning, rehabilitering och Rehabiliteringsersättning*. Process 2009:07 version 19, 2.2.2.3 *Ta ställning till behov av att hämta och lämna information*.

¹²⁰ Försäkringskassan, *Skilnader i avslag för sjukpenning mellan olika grupper – En registerstudie om avslagsbeslut på initial ansökan och efter dag 180 i rehabiliteringskedjan*. Socialförsäkringsrapport 2022:1 s. 6–7.

de som har involverats minst. Men vi kan också se en viss koncentration i mitten av fördelningen, som visar de vanligaste nivåerna av involvering. 13 procent av personerna (21 av 163 akter) har fått låg involvering. De räknas som låg involvering på grund av att de inte har fått en telefonutredning eller att de på andra sätt har blivit mycket lite involverade.

Figur 10 Variation i involvering av den försäkrade och gräns (röd linje) för låg involvering



Anm. Den röda linjen representerar gränsen för låg involvering. Fallen på den vänstra sidan av linjen har låg involvering.

Teoretiskt skulle en hög involvering som sammanfaller med en hög arbetsbörda kunna vara ett tecken på olikabehandling eftersom det kan tyda på att det krävs mer av den personen än andra. Men vi ser ingen korrelation mellan de båda utfallsmåtten. Om det skulle förekomma i något enskilt fall anser vi att det i så fall är arbetsbördan som är det utslagsgivande, snarare än den höga involveringen.

5.1.3 Vi tittar på hur mycket handläggaren begär av den försäkrade i arbetsbörda

Vi har uppskattat vilken arbetsbörda den försäkrade har fått i sitt sjukpenningärende genom att undersöka hur mycket handläggaren begär av den försäkrade, främst när det gäller att komma in med information. Vi särskiljer mellan att ha fått en arbetsbörda och inte ha fått en arbetsbörda. Att inte ha fått en arbetsbörda innebär att den

försäkrade snarare är positivt särbehandlad, eftersom hen i så fall får sin ersättning utan att handläggaren kräver så mycket. Att ha fått en arbetsbörda skulle kunna vara ett tecken på olikabehandling, om vi finner ett mönster i vilka som har fått det.

Försäkringskassan har en utredningsskyldighet som innebär att handläggaren ska utreda och försöka klarlägga det som kan ha betydelse för bedömningen av rätten till sjukpenning.¹²¹ Men det är också en allmän förvaltningsrättslig princip att en person som ansöker om en förmån hos Försäkringskassan ska visa att hen uppfyller förutsättningarna för rätt att beviljas förmånen.¹²² Det innebär den som ansöker om sjukpenning ska visa att hen uppfyller förutsättningarna för att få rätt till ersättningen. Den försäkrade ska komma in med ett läkarintyg för att styrka att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom.¹²³ Samtidigt som Försäkringskassan har en utredningsskyldighet har också den som ansöker om sjukpenning en uppgiftsskyldighet. Det innebär att den försäkrade är skyldig att lämna de uppgifter som är av betydelse för bedömningen av frågan om ersättning eller i övrigt för tillämpningen av socialförsäkringsbalken.¹²⁴ Utredningsskyldigheten och den försäkrades egen skyldighet bör resultera i att den försäkrade får en viss arbetsbörda. Samtidigt är det omständigheterna i ärendet som avgör vad handläggaren behöver utreda, med vem och hur. Handläggaren ska välja att anpassa utredningsåtgärderna till den försäkrades förutsättningar att ta tillvara sin rätt, personens sjukdom och arbete.¹²⁵ Vi kan alltså utifrån den rättsliga regleringen förvänta oss en viss arbetsbörda för försäkrade i ett sjukpenningärende. Men vi kan också förvänta oss viss variation i hur begränsad eller omfattande arbetsbördan är, eftersom utredningsåtgärderna kan vara en del av en anpassad handläggning. Vi anser trots det att det är relevant att undersöka om vissa grupper oftare har fått en arbetsbörda än andra.

Vi anser att en arbetsbörda har förekommit om handläggaren ber den försäkrade att komma in med uppgifter inför bedömningar, så som arbetsförmågan och arbetsuppgifter. I den initiala bedömningen kan vi på ett relativt objektivt sätt identifiera om handläggaren inte ”nöjer

¹²¹ 110 kap. 13 § första stycket socialförsäkringsbalken (SFB).

¹²² Prop. 2008/09:200, *Socialförsäkringsbalk*, s. 554–557; HFD 2021 not. 1.

¹²³ 27 kap. 25 § SFB.

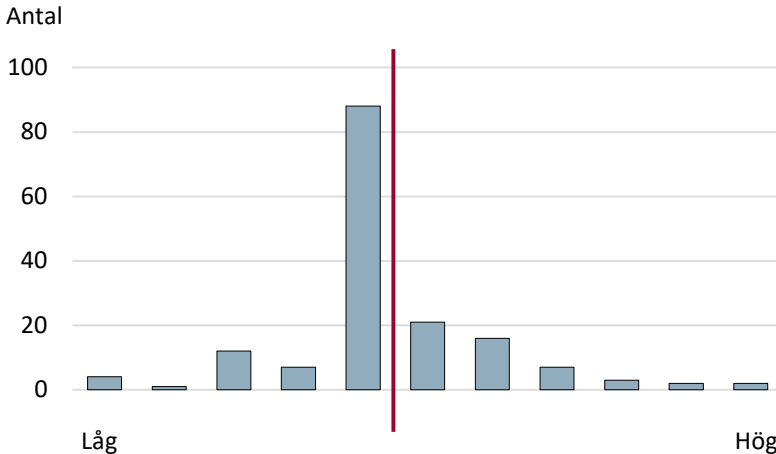
¹²⁴ 110 kap. 13 § andra stycket SFB.

¹²⁵ Försäkringskassan, Vägledning 2015:01, version 19, s. 208.

sig” med informationen som hen har, utan i vissa ärenden ändå begär mer information. I bedömningen inför dag 180 har vi inte på samma sätt kunnat värdera om kompletteringen är motiverad utifrån att specifik information saknas, men vi vet att handläggaren alltid har haft information sedan tidigare som hen i detta läge inte tycker är bra nog, eftersom ärendet då har pågått närmare sex månader. Detta gör att det finns viss osäkerhet i måttet, som innebär att vad vi konkret mäter är om handläggaren oftare begär kompletteringar med vissa grupper inför bedömningen vid dag 180 (oaktat vilken information handläggaren har att tillgå). Gränsen för när vi då har bedömt att en arbetsbörda har förekommit innebär att Försäkringskassan vid minst ett tillfälle begär en komplettering från den försäkrade. Arbetsbördan blir högre ju mer omfattande information som efterfrågas och om kompletteringar sker vid flera tillfällen.

Vår undersökning visar att de allra flesta inte har fått någon arbetsbörda (figur 11). Bland de som har fått det handlar det i de flesta fallen om att personen har behövt komplettera en eller ett par uppgifter som rör arbetsförmåga, arbetsuppgifter eller planering på arbetsplatsen. De få akter som har ännu högre värden på arbetsbörda har behövt komma in med mer omfattande information eller kompletterat vid flera tillfällen. I vår undersökning har 31 procent (51 av 163 akter) fått en arbetsbörda. Utfallet definieras inte av att nödvändigtvis vara en hög arbetsbörda, men av att det i jämförelse med övriga akter har förekommit en arbetsbörda, oavsett hur betygande eller inte den upplevts av försäkrade.

Figur 11 Variation i den försäkrades arbetsbörda och gräns (röd linje) för närvaro av en arbetsbörda



Anm. Den röda linjen representerar gränsen för när den försäkrade har fått en arbetsbörda. Fallen på den högra sidan av linjen har en arbetsbörda.

5.1.4 Vi grupperar låg involvering eller lågt agenskap i vår analys

På grund av hur materialet ser ut har vi valt att gruppera lågt agenskap och låg involvering och analysera dem ihop. Gränserna för vad som representerar lågt agenskap och låg involvering är dragna utifrån vad handläggarna kan förväntas göra enligt sina riktlinjer, och vad vi anser är rimligt i handläggningen. Men den analys som vi har gjort för att undersöka om olika grupptillhörigheter har någon betydelse för om individer drabbats av lågt agenskap eller låg involvering kräver att utfall och faktorer som analyseras inte är för snedfördelade. Eftersom det endast är drygt 10 procent av akterna som fått lågt agenskap respektive låg involvering behöver vi analysera agenskap och involvering som ett gemensamt utfall. När vi slår samman dem till ett gemensamt utfall har vi i 35 av våra 163 granskade akter (21 procent) funnit lågt agenskap *eller* låg involvering. Låg involvering är endast något vanligare än lågt agenskap (21 respektive 17 fall), vilket innebär att våra fynd i stort uttalar sig om de båda aspekterna av den försäkrades roll på ett relativt likvärdigt sätt.

Det är mycket låg samvariation mellan de fall som har fått lågt agentskap, låg involvering eller en arbetsbörda. Vi har valt att analysera dessa aspekter av den försäkrades roll i två olika analyser. Skälen till detta är dels att samvariationen är låg, dels på grund av att analys av data visar att olika faktorer tycks ha olika betydelse för utfallen som rör agentskap/involvering och arbetsbörda. Den låga samvariationen mellan agentskap och involvering tyder också på att de mäter två olika men kompletterande aspekter av den försäkrades roll. Då analyserna visar att olika faktorer verkar ha liknande betydelse för dessa båda aspekter ser vi det både som teoretiskt och empiriskt rimligt att analysera agentskap och involvering gemensamt.

I nästa stycke börjar vi med att presentera vår analys av det kombinerade utfallet som består av fall där försäkrade har fått lågt agentskap *eller* låg involvering. Därefter presenterar vi resultatet från analysen av de fall där försäkrade har fått en arbetsbörda lagd på sig.

5.2 Tecken på olikabehandling i den försäkrades roll

Vi har undersökt om vissa grupper av försäkrade oftare får lågt agentskap eller låg involvering än andra grupper. Vi har också undersökt om lågt agentskap eller låg involvering oftare förekommer under vissa omständigheter. Våra resultat visar tecken på olikabehandling i den försäkrades roll. Vi finner två tydliga grupper som oftare får lågt agentskap eller låg involvering: *kvinnor som är födda utanför EU* samt *yngre och äldre kvinnor*. Vi finner inga mer specifika grupper som oftare får lågt agentskap eller låg involvering. Men våra resultat indikerar att det kan ha betydelse att vara arbetslös eller ha en annan sysselsättningsstatus än anställd för risken att få lågt agentskap eller låg involvering. Vi finner inga specifika omständigheter i handläggningen som har betydelse för om den försäkrade får lågt agentskap eller låg involvering.

Nedan presenterar vi huvudresultaten från våra analyser i steg fyra av vår analysmetod. Vi börjar med de gruppstillhörigheter som kan vara avgörande för om lågt agentskap eller låg involvering är ett tecken på olikabehandling. Vi fokuserar därför på de individuella egenskaperna som har att göra med kön, ålder och ursprung, men vi undersöker även om andra individuella egenskaper som rör diagnos,

yrkesposition och i vilken utsträckning individen driver sitt sjukpenningärende kan bidra till att identifiera grupper som oftare fått lågt agenskap eller låg involvering. I ett sista steg analyserar vi om de kontextuella faktorer vi har kunnat mäta, som läkarintygens kvalitet eller antal handläggare, har betydelse för utfallet.

5.2.1 Kvinnor födda utanför EU samt yngre och äldre kvinnor får oftare lågt agenskap eller låg involvering

Vi har undersökt om det finns grupper som oftare har lågt agenskap eller låg involvering än genomsnittet bland samtliga studerade fall. Det är rimligt att anta att olikabehandling förekommer och kan förstärkas av när en person har en sammansättning av vissa olika individuella egenskaper. Men det kan också vara så att enskilda individuella egenskaper, så som att vara kvinna eller man, visar på skillnader i förekomst av lågt agenskap eller låg involvering. Vi går igenom sådana enskilda egenskaper först och avslutar med om det utifrån sammansättningar av egenskaper finns grupper som oftare har fått lågt agenskap eller låg involvering.

Analys av enskilda individuella egenskaper indikerar skillnader baserat på ålder och kön

De individuella egenskaper som vi har undersökt är kön, ålder, ursprung, diagnos, yrkesposition, samt i vilken utsträckning den försäkrade driver sitt fall i förhållande till Försäkringskassan. Ålder och ursprung är de enskilda egenskaper som visar på störst skillnad i förekomst av lågt agenskap eller låg involvering. Både yngre och äldre personer har oftare fått lågt agenskap eller låg involvering än medelålders personer. Bland de som är yngre än 34 år eller äldre än 54 år har 27 procent fått lågt agenskap eller låg involvering jämfört med 18 procent bland de som är medelålders. Samma skillnad finns mellan de som är födda inom och utanför EU, där de födda utanför EU oftare drabbats av lågt agenskap eller låg involvering. Men förekomsten för de som inte är medelålders och de som är födda utanför EU är inte så mycket högre än för genomsnittet (21 procent).

Diagnosgrupperna skiljer sig också i liknande omfattning, där de med sjukdom i rörelseapparaten något oftare har lågt agenskap eller låg

involvering, 28 procent jämfört med 20 procent bland dem med psykiatriska diagnoser. Hur personen driver sitt fall, om hen är i chefsposition eller högskoleutbildad, samt kön visar däremot endast mycket små skillnader jämfört med genomsnittet. Samtliga resultat finns redovisade i bilaga 5.1.1.

Analys av två individuella egenskaper visar skillnader baserat på kön, ursprung och ålder

Vi finner alltså vissa skillnader mellan grupper utifrån enskilda individuella egenskaper, där särskilt ålder och att vara född utanför EU verkar vara av betydelse för om den försäkrade har fått lågt agentskap eller låg involvering. Men flera individuella egenskaper kan vara avgörande för om olikabehandling uppstår och därför har vi undersökt hur förekomsten av lågt agentskap eller låg involvering ser ut bland grupper baserade på två individuella egenskaper.

Våra resultat visar två grupper som betydligt oftare har fått lågt agentskap eller låg involvering än genomsnittet i urvalet, och som uppfyller våra kriterier för slutsatsdragning. Det rör sig om *kvinnor födda utanför EU* och *yngre och äldre kvinnor*.

Våra resultat visar att kvinnor födda utanför EU betydligt oftare har fått en handläggning som karaktäriseras av lågt agentskap eller låg involvering. Bland kvinnor födda utanför EU har 31 procent fått lågt agentskap eller låg involvering. Bland män födda inom EU är motsvarande andel 17 procent, de har alltså i mindre utsträckning fått en handläggning som karaktäriseras av lågt agentskap eller låg involvering. De övriga två grupperna ligger mycket nära den genomsnittliga förekomsten av lågt agentskap eller låg involvering. Bland kvinnor födda inom EU fick 20 procent lågt agentskap, och bland män födda utanför EU fick 23 procent det. Gruppen som sticker ut är alltså kvinnor födda utanför EU, som i vårt urval har en högre risk för lågt agentskap eller låg involvering (tabell 3).

Tabell 3 Förekomst av lågt agenskap eller låg involvering utifrån kön och ursprung

<i>Kvinna</i>	<i>Född utanför EU</i>	<i>Antal fall i gruppen som har lågt agenskap eller låg involvering</i>	<i>% av fall med lågt agenskap eller låg involvering</i>
1	1	9 av 29	31 %
0	1	7 av 30	23 %
1	0	10 av 51	20 %
0	0	9 av 53	17 %

Anm.: Siffran 1 indikerar närvaro av en egenskap, siffran 0 frånvaro av en egenskap (det vill säga att vara man, eller född inom EU). Den fetmarkerade gruppen uppfyller våra kriterier för att dra slutsatser om tecken på olikabehandling.

Våra resultat visar även att yngre och äldre individer födda utanför EU betydligt oftare har fått en handläggning som karaktäriseras av lågt agenskap eller låg involvering. Utifrån att vi vet att förekomsten av lågt agenskap eller låg involvering är större bland yngre och äldre än bland medelålders har vi delat in ålder i att vara yngre än 34 år eller äldre än 54 år, eller att vara medelålders. Bland yngre och äldre individer födda utanför EU har 35 procent fått lågt agenskap eller låg involvering. Men de utgör en relativt liten grupp. Bland medelålders individer födda inom EU är motsvarande andel betydligt lägre, endast 14 procent. De övriga två grupperna ligger relativt nära genomsnittet för lågt agenskap eller låg involvering på 21 procent. Bland medelålders individer födda utanför EU fick 23 procent lågt agenskap eller låg involvering, och bland yngre och äldre individer födda inom EU fick 24 procent det (tabell 4).

Tabell 4 Förekomst av lågt agentskap eller låg involvering utifrån ålder och ursprung

<i>Född utanför EU</i>	<i>Yngre än 34 år eller äldre än 54 år</i>	<i>Antal fall i gruppen som har lågt agentskap eller låg involvering</i>	<i>% av fall med lågt agentskap eller låg involvering</i>
1	1	7 av 20	35 %
0	1	11 av 46	24 %
1	0	9 av 39	23 %
0	0	8 av 58	14 %

Anm.: Siffran 1 indikerar närvaro av en egenskap, siffran 0 frånvaro av en egenskap (det vill säga att vara medelålders, respektive född inom EU).

Även när vi undersöker de individuella egenskaperna som har med kön och ålder att göra visar våra resultat att yngre och äldre kvinnor betydligt oftare har fått en handläggning som karaktäriseras av lågt agentskap eller låg involvering. Bland yngre och äldre kvinnor har 30 procent fått lågt agentskap eller låg involvering. Bland medelålders män är motsvarande andel endast 16 procent. De övriga två grupperna ligger relativt nära genomsnittet för lågt agentskap eller låg involvering på 21 procent. Bland yngre och äldre män fick 24 procent lågt agentskap, och bland medelålders kvinnor fick 19 procent det (tabell 5).

Tabell 5 Förekomst av lågt agentskap eller låg involvering utifrån kön och ålder

<i>Kvinna</i>	<i>Yngre än 34 år eller äldre än 54 år</i>	<i>Antal fall i gruppen som har lågt agentskap eller låg involvering</i>	<i>% av fall med lågt agentskap eller låg involvering</i>
1	1	10 av 33	30 %
0	1	8 av 33	24 %
1	0	9 av 47	19 %
0	0	8 av 50	16 %

Anm.: Siffran 1 indikerar närvaro av en egenskap, siffran 0 frånvaro av en egenskap (det vill säga att vara medelålders, respektive man). Den fetmarkerade gruppen uppfyller våra kriterier för att dra slutsatser om tecken på olikabehandling.

Vissa grupper kan vara mer utsatta för risken för olikabehandling, och risken kan bli större om personen tillhör flera grupper samtidigt. Vi har tilldelat siffran 1 till de egenskaper som kan föra med sig att en grupp är riskutsatt. Resultaten visar tydligt att det är just de potentiellt riskutsatta grupperna som har drabbats av lågt agentskap eller låg involvering (se avsnitt 4.4.1). I samtliga tre analyser är det grupperna som har båda riskutsatta egenskaper som oftast har lågt agentskap eller låg involvering. I samtliga tre analyser är det också grupperna som saknar båda riskutsatta egenskaper som mest sällan har lågt agentskap eller låg involvering.

Bara genom dessa fynd finner vi alltså visst stöd för att det rör sig om tecken på olikabehandling. Åtminstone två av grupperna som vi identifierar (kvinnor födda utanför EU och yngre och äldre kvinnor) har en betydligt högre förekomst av utfallet än genomsnittet. Dessa grupper består dessutom av 10 eller närmare 10 individer. Gruppen med högst förekomst – yngre och äldre födda utanför EU – är mindre robust när det gäller antalet individer i gruppen. Att vara kvinna född utanför EU eller kvinna som inte är medelålders ökar risken att få lågt agentskap eller låg involvering. Denna risk kan även vara högre för yngre och äldre födda utanför EU.

Analys av tre individuella egenskaper visar att ålder och ursprung har betydelse i kombination med kön

Resultaten från de ovanstående analyserna indikerar att tre individuella egenskaper i kombination med varandra har betydelse för risken att få lågt agentskap eller låg involvering: att vara kvinna, att vara född utanför EU, och att vara yngre eller äldre. När vi analyserar hur gruppstillhörigheterna som har med kön, ursprung och ålder samspelar med varandra är det exakt samma grupper som framkommer som när vi har tittat på de individuella egenskaperna två åt gången. Detta betyder att det inte finns någon enskild faktor som inte är av betydelse för utfallet, vilket medför att vi inte kan förenkla bilden. Det är alltså just dessa tre egenskaper, kön, ursprung och ålder, som tillsammans ökar risken att få lågt agentskap eller låg involvering.

Vi har använt oss av samma åldersgruppering som ovan för att ålder inte felaktigt ska framstå som viktigare än kön och ursprung på grund av att vi inkluderar flera faktorer som fångar olika åldersgrupper. När

vi har utforskat mönster i vår data har vi sett att vara äldre eller yngre gör en skillnad jämfört med att vara medelålders.

I följande analyser redovisar vi samtliga grupper som oftare har lågt agentskap eller låg involvering (tabell 6). Högst förekomst har den första gruppen som består av *individer yngre än 34 år eller äldre än 54 år, födda utanför EU*. Bland de som är yngre än 34 år eller äldre än 54 år födda utanför EU har 35 procent fått lågt agentskap eller låg involvering, jämfört med 21 procent bland samtliga i urvalet. Men gruppen är liten och det är endast 20 procent av samtliga som har utfallet som tillhör denna grupp. Fördelningen mellan de som är yngre och äldre i gruppen är jämn (10 yngre, 10 äldre), men bland de som har fått lågt agentskap eller låg involvering är fler äldre än yngre (5 är över 54 år, 2 är yngre än 34 år). Gruppen uppfyller inte våra kriterier för slutsatser om tecken på olikabehandling, eftersom den endast består av 7 personer.

Den andra gruppen med högre förekomst av lågt agentskap eller låg involvering är *kvinnor födda utanför EU*. Bland dem har 31 procent fått lågt agentskap eller låg involvering, jämfört med 21 procent bland samtliga i urvalet. Kvinnor födda utanför EU utgör 26 procent av alla som har fått lågt agentskap eller låg involvering. Gruppen uppfyller våra kriterier för att kunna dra slutsatser om tecken på olikabehandling eftersom den både har en betydligt högre förekomst av utfallet än genomsnittet, och består av ett större antal personer. *Kvinnor som är yngre än 34 år eller äldre än 54 år* har nästan samma förekomst av lågt agentskap eller låg involvering, 30 procent. Denna grupp är också av liknande storlek och uppfyller också våra kriterier för att kunna dra slutsatser om tecken på olikabehandling. Gruppen består av något fler yngre än äldre (19 yngre, 14 äldre), även bland de personer i gruppen som har fått lågt agentskap eller låg involvering (6 yngre, 4 äldre).

Tabell 6 Samtliga grupper med högre förekomst av lågt agenskap eller låg involvering utifrån kön, ålder, och ursprung

<i>Grupp</i>	<i>Andel fall inom gruppen som har lågt agenskap eller låg involvering</i>	<i>Antal fall inom gruppen som har lågt agenskap eller låg involvering</i>	<i>Gruppens andel av alla studerade fall som har lågt agenskap eller låg involvering</i>
Individer yngre än 34 år eller äldre än 54 år, födda utanför EU	35 %	7 av 20	20 %
Kvinnor födda utanför EU	31 %	9 av 29	26 %
Kvinnor yngre än 34 år eller äldre än 54 år	30 %	10 av 33	29 %
Alla studerade sjukpenningfall	21 %	35 av 163	-

Anm. De tre grupperna (*yngre och äldre individer, kvinnor födda utanför EU och yngre och äldre kvinnor*) utgör 63% av alla sjukpenningfall som har fått lågt agenskap eller låg involvering. Ett enskilt fall kan tillhöra mer än en grupp. De fetmarkerade grupperna uppfyller våra kriterier för att dra slutsatser om tecken på olikabehandling.

Totalt tillhör 63 procent av alla som fick lågt agenskap eller låg involvering någon av dessa tre grupper. De två grupperna som uppfyller våra kriterier för att dra slutsatser om tecken på olikabehandling – *kvinnor födda utanför EU* samt *yngre och äldre kvinnor* – kvarstår även efter vårt robusthetstest där vi säkerställer att förändringar i ett enskilt fall inte leder till att någon av grupperna inte längre har en högre förekomst av utfallet än genomsnittet. De båda grupperna har fortsatt en högre förekomst av utfallet än genomsnittet (7 respektive 6 procentenheter) även när vi tar bort ett fall med lågt agenskap eller låg involvering ur respektive grupp.

Nedan ger vi två exempel på fall som tillhör de två grupperna som uppfyller våra kriterier för att kunna dra slutsatser om tecken på olikabehandling när det gäller att ha en betydligt högre förekomst av utfallet än genomsnittet och att bestå av ett tillräckligt antal personer. Det ena fallet är en försäkrad som tillhör gruppen kvinnor födda

utanför EU, det andra är en försäkrad som tillhör gruppen kvinnor yngre än 34 år och äldre än 54 år. Båda har fått en låg involvering i sitt sjukpenningärende.

*Exempel på ett fall som tillhör gruppen **kvinnor födda utanför EU***

En kvinna född i Asien har inte fått någon telefonutredning och handläggaren har inte heller någon övrig kontakt med kvinnan. Handläggaren försöker utan resultat nå den försäkrade ett par gånger per telefon för att fråga om förläggning av arbetstid. Den försäkrade ringer inte upp handläggaren men ringer till kundtjänst och lämnar de begärda uppgifterna om arbetstidens förläggning. Vi anser att den försäkrade har fått en låg involvering i sitt ärende eftersom handläggaren alltid ska försöka att ha en telefonutredning. Det framkommer inget i akten som motiverar varför handläggaren inte har genomfört någon telefonutredning. Eftersom den försäkrade kontaktar kundtjänst och gör sig tillgänglig bör det också kunna vara motiverat att försöka kontakta personen fler gånger.

*Exempel på ett fall som tillhör gruppen **kvinnor yngre än 34 år eller äldre än 54 år***

En 31-årig kvinna född i Sverige har inte fått någon telefonutredning. Ibland genomförs inte en telefonutredning på grund av att den försäkrade är svår att nå. Vi anser att det är rimligt att handläggaren anstränger sig för att nå den försäkrade och försöker flera gånger. I detta fall gör handläggaren svaga ansträngningar att genomföra en telefonutredning. När den försäkrade ringer tillbaka genomförs inte heller någon telefonutredning, som egentligen var avsikten med det första försöket. Handläggaren informerar endast den försäkrade om att hon kan be läkaren komplettera med att skicka in nytt läkarintyg. Detta tyder även på att handläggaren lägger över arbete på den försäkrade, eftersom det vanliga är att handläggaren ber läkaren att komplettera ett läkarintyg. Vi ser i fallet därför även en arbetsbörda på den försäkrade.

Eftersom en av grupperna med tecken på olikabehandling i handläggningen består av kvinnor som inte är medelålders har vi också undersökt om det är att vara äldre eller yngre som huvudsakligen spelar roll för om personen får lågt agentskap eller låg involvering. Våra resultat bekräftar att ålder är en av aspekterna som har betydelse för de grupper som får lågt agentskap eller låg involvering, men visar

även att både att vara äldre eller yngre kan spela roll. Analysen för detta resultat finns i bilaga 5.1.2.

5.2.2 Vi kan inte se några mer specifika grupper som oftare får lågt agentskap eller låg involvering

Vi har också undersökt om andra individuella egenskaper kan hjälpa oss att identifiera vilka grupper av försäkrade som har högre förekomst av lågt agentskap eller låg involvering i vårt urval. De egenskaper vi har valt att analysera är

- yrkesposition grupperad utifrån om personen är eller inte är i en chefsposition eller har högskolekompetens
- diagnos grupperad utifrån om personen är sjukskriven för en psykisk diagnos eller en diagnos kopplad till rörelseorgan.

Den första individuella egenskapen är grupperad utifrån att yrkesposition visade sig ha påverkan i våra registerbaserade analyser. Den andra individuella egenskapen är grupperad utifrån att det är två stora diagnosgrupper med relativt olika sjukdomar som skulle kunna påverka hur handläggaren involverar den försäkrade eller vilket agentskap hen får.

Vi har även undersökt om det gör någon skillnad för om personerna i grupperna har lågt agentskap eller låg involvering beroende på i vilken utsträckning personen har drivit sitt sjukpenningärende i förhållande till Försäkringskassan. Vi finner att hur personer driver sitt fall inte verkar göra någon skillnad för om en person har fått lågt agentskap eller låg involvering.

Inte heller diagnos eller yrkesposition gör att vi kan identifiera några mer specifika grupper som oftare har fått lågt agentskap eller låg involvering än vad vi redan kunde utifrån gruppammansättningar baserade på kön, ålder och ursprung. Men resultaten visar att för en majoritet av grupperna som oftare har fått lågt agentskap eller låg involvering har det när vi tar hänsyn till kön, ålder, ursprung, diagnos och yrkesposition betydelse att vara i en yrkesposition som innebär att personen ej har högskolekompetens eller ej befinner sig i chefsposition. Vi kan inte dra någon meningsfull slutsats om betydelsen av diagnos för risken att få lågt agentskap eller låg involvering. Diagnos har också betydelse i en majoritet av grupperna som oftare har fått

lågt agentskap eller låg involvering, men i hälften av dem är det att ha en psykiatrisk diagnos som är sammankopplat med lågt agentskap eller låg involvering, i andra hälften diagnoser för sjukdom i rörelseapparat. Vi redovisar de detaljerade resultaten i bilaga 5.1.3.

5.2.3 Arbetslösa får oftare lågt agentskap eller låg involvering

Det resultat som vi beskriver i analyserna ovan rör hela vårt urval, det vill säga såväl anställda som arbetslösa. Vi har därför också undersökt om det finns skillnader i sysselsättningsstatus, vilket kan vara en viktig individuell egenskap eftersom socialförsäkringen fungerar som den gör.

Våra resultat visar att det kan ha betydelse att vara arbetslös eller ha en annan sysselsättningsstatus än anställd för om en person får lågt agentskap eller låg involvering. I vårt urval fick dessa personer betydligt oftare lågt agentskap eller låg involvering än anställda. Bland de som är arbetslösa finner vi en betydligt högre förekomst än för genomsnittet, 38 procent jämfört med 21 procent. Men gruppen är liten och vi kan därför inte dra slutsatser om att sysselsättningsstatus har betydelse i samspel med andra faktorer.

5.2.4 Vi finner inga specifika omständigheter som har betydelse för om den försäkrade får lågt agentskap eller låg involvering

Vi har också undersökt om några av de kontextuella faktorer som vi har haft möjlighet att fånga upp har betydelse för utfallet och om vi med dem kan identifiera några specifika omständigheter bland de grupper som oftare fått lågt agentskap eller låg involvering. Dessa kontextuella faktorer är kopplade till handläggningens kontext (antal handläggare) och till vårdgivaren och läkarintygen (antal läkare och läkarintyg, läkarintygens kvalitet).

Vi finner inga specifika omständigheter som i kombination med varandra och de individuella egenskaperna kön, ålder och ursprung oftare leder till lågt agentskap eller låg involvering. Ingen av de kontextuella faktorerna bidrar nämnvärt till att identifiera grupper med högre förekomst av utfallet eller en större andel av samtliga

sjukpenningfall som fått det. Vi redovisar samtliga resultat i bilaga 5.1.4.

5.3 Inga tecken på olikabehandling som gäller den försäkrades arbetsbörda

Vi har undersökt om vissa grupper av försäkrade oftare har fått en arbetsbörda, och om det förekommer en arbetsbörda oftare under vissa omständigheter. Vi finner inga tecken på olikabehandling när det gäller denna aspekt av den försäkrades roll. Vissa grupper har något oftare fått en arbetsbörda men inte tillräckligt mycket oftare än genomsnittet för att vi ska kunna dra någon slutsats om en tydlig skillnad mellan grupperna. Det finns inga tydliga skillnader mellan grupper vad gäller i vilken omfattning handläggare väljer att komplettera information med den försäkrade. Detta är ett viktigt fynd i sig som visar att det finns ett område inom handläggningen där det faktiskt inte finns några betydelsefulla skillnader mellan grupper. De detaljerade resultaten från analyserna redovisas i bilaga 5.1.5 – 5.1.8.

5.4 Hur den försäkrade driver sitt fall påverkar inte den försäkrades roll

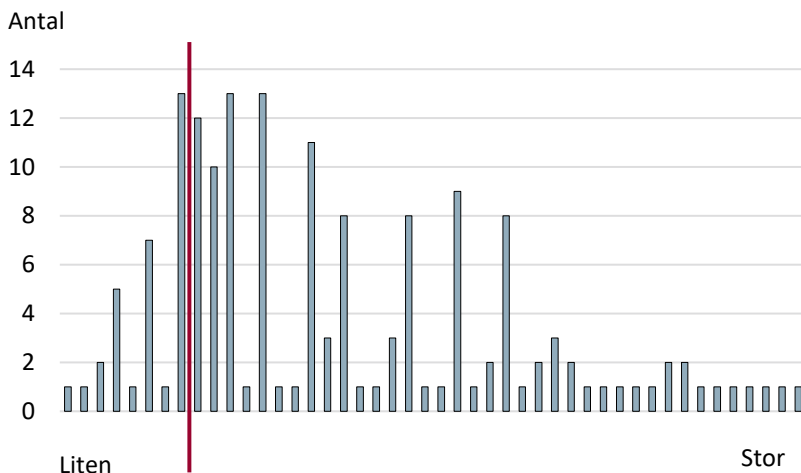
Försäkrade har olika beteenden som kan påverka handläggningen (se kapitel 2). Vi har därför mätt i vilken utsträckning som den försäkrade driver sitt fall. Det varierar mycket hur försäkrade driver sina fall (figur 12), men vi finner inte att den roll som den försäkrade har fått påverkas av om den försäkrade driver sitt fall i liten eller större utsträckning. Hur personen driver sitt fall gör i samspel med andra faktorer inte någon skillnad när det kommer till att få lågt agentskap eller låg involvering, eller en arbetsbörda. Vi ser inte heller några betydande skillnader mellan enskilda grupper när det gäller variation i hur försäkrade driver sina fall och vilken nivå av agentskap, involvering eller arbetsbörda de försäkrade har fått.

Figur 12 visar den variation vi funnit i vilken utsträckning försäkrade driver sina fall. I våra analyser har vi dragit en gräns mellan de som driver sitt fall i liten utsträckning och de som driver det i större utsträckning. Att driva sitt fall i liten utsträckning innebär att personen inte alls har beskrivit sin sjukdom och arbetsförmåga

i ansökan, inte alls beskrivit sina arbetsuppgifter eller missuppfattat något, eller att personen inte har ringt tillbaka på uppmaning av handläggaren. Vi har även bedömt att det inte är att driva sitt ärende framåt om den försäkrade har gjort något fel eller ofullständigt i ansökan eller i senare kontakt i ärendet. Vi gör det eftersom det ofta gör att ärendet tar längre tid, även om det inte har varit den försäkrades avsikt.

Att driva sitt fall i större utsträckning innebär att personen antingen har ringt tillbaka på uppmaning, eller kort beskriver arbetsuppgifter, eller sjukdom/arbetsförmåga i ansökan. Värdena högre upp på skalan innebär att personen tar kontakt med handläggaren eller Försäkringskassan på eget initiativ eller i något skede för att föra ett utvecklat resonemang om sin sjukdom och arbetsförmåga, eller ger en utförlig beskrivning av sina arbetsuppgifter i ansökan, eller visar tecken på att känna till regelverket och vad som förväntas av hen som sjukskriven. Ju högre upp på skalan fallet befinner sig, desto mer av detta har personen gjort.

Figur 12 Variation i vilken utsträckning den försäkrade driver sitt fall i förhållande till Försäkringskassan



Anm.: Gränsen för att i liten utsträckning driva sitt fall markeras av den röda linjen. De personer som har drivit sitt fall i liten utsträckning är på den vänstra sidan av den röda linjen.

Vårt resultat att den roll som den försäkrade har fått inte påverkas av om den försäkrade driver sitt fall i liten eller större utsträckning kan kopplas till en tidigare studie om socialförsäkringslitteracitet. Socialförsäkringslitteracitet innebär i vilken utsträckning individer kan skaffa, förstå och agera utifrån information i ett socialförsäkringsystem. Forskare har på uppdrag av Försäkringskassan visat att skillnader i sjukskrivnas litteracitet inte heller verkar påverka sannolikheten att bli beviljad sjukpenning.¹²⁶

¹²⁶ Försäkringskassan, *Socialförsäkringslitteracitet Utveckling av ett nytt begrepp och mätinstrument*. Forskarrapport 2022:3, s. 5 och 43.

6 Aktbaserad analys – Arbetsgivarens roll

I detta kapitel presenterar vi resultat från våra aktbaserade kvalitativa analyser av riskområdet som rör arbetsgivarens roll i sjukpenningärenden. Vi har granskat om det finns skillnader i vilken utsträckning arbetsgivaren involveras eller i vilka krav som ställs på arbetsgivaren. Skillnader i dessa sammanhang kan vara tecken på olikabehandling. Vilken roll arbetsgivaren får i ett ärende kan påverkas av hur arbetsgivaren förhåller sig under sjukskrivningen eller av de förutsättningar för återgång som finns kopplade till arbetet. Vi har därför också undersökt hur dessa aspekter relaterar till vilken roll som handläggaren ger arbetsgivaren.

Den sammantagna bilden tyder på tecken på olikabehandling i arbetsgivarens roll för olika grupper. *Yngre och äldre kvinnor* samt *kvinnor födda utanför EU* får oftare låg involvering av eller låga krav på sina arbetsgivare. Våra resultat visar att det över lag är mycket låga krav på arbetsgivarna i de ärenden som vi har studerat. I nära hälften av dem har arbetsgivaren inte haft några krav på sig. Det är också relativt hög förekomst av låg involvering av arbetsgivaren. I en femtedel av ärendena har arbetsgivaren inte alls eller knappt involverats.

Arbetsgivarens roll är ett område som bara är aktuellt för personer som är anställda. Därför ingår ett färre antal ärenden i analyserna i detta kapitel eftersom vi tagit bort dem som är arbetslösa, eller blir arbetslösa under ärendets gång, och de som är studerande eller egenföretagare.

6.1 En femtedel har låg involvering av arbetsgivaren

Vi har undersökt arbetsgivarens involvering genom att titta på hur många och på vilka sätt kontakter sker mellan handläggaren och arbetsgivaren. Vi har också tagit hänsyn till om handläggaren motiverar myndighetens ställningstaganden baserat på arbetsgivarens plan för återgång i arbete, använder uppgifter från arbetsgivaren för sin planering, om planeringen har följts upp med arbetsgivaren, och om arbetstidens förläggning har utretts med arbetsgivaren eller inte. Vi beskriver mer detaljerat vad måttet består av i bilaga 4.1.2.

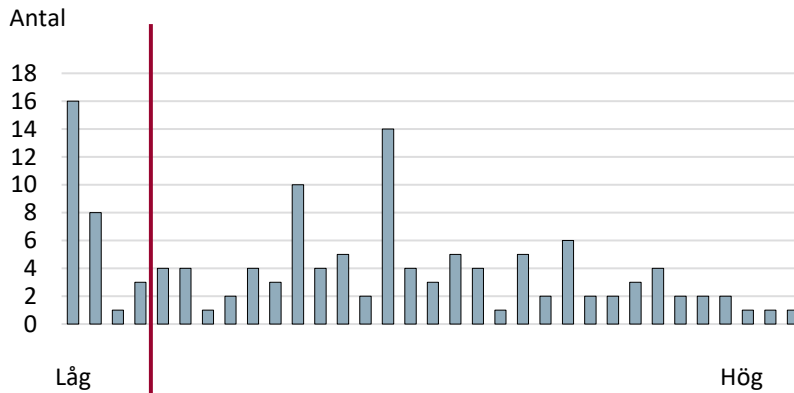
Försäkringskassans vägledning för sjukpenning anger att kontakt med personens arbetsgivare ska vara en naturlig del av utrednings- och samordningsarbetet. Det beror på att handläggaren behöver klargöra hur deras plan för att personen ska kunna återgå i arbete ser ut, vilka åtgärder de har vidtagit, eventuella omplaceringsmöjligheter och hur verksamheten ser ut.¹²⁷

Finns det en arbetsgivare bör den vara involverad till viss grad för att kunna bidra till utredningen, till exempel genom att komma in med en plan för återgång i arbete. Om involveringen är låg kan det försämra den försäkrades möjlighet till återgång i arbete. En låg involvering av arbetsgivaren innebär att arbetsgivaren inte alls kontaktas, att det har skett ett försök till kontakt men mycket sent, eller att det sker en kontakt men bara skriftligt (SMS/e-post/brev) och efter dag 180. Om handläggaren och arbetsgivaren har haft kontakt via telefon har vi bedömt att ärendet inte har haft en låg involvering, även när det har skett efter dag 180.

I vår granskning har arbetsgivaren blivit mycket lite involverad i 21 procent av sjukpenningfallen (28 av 133 akter). Vi kan se en relativt stor spridning av hur involveringen av arbetsgivare har skett i olika ärenden, men viss koncentration i mitten av fördelningen och bland de som har involverats allra minst (figur 13).

¹²⁷ Försäkringskassan, *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliterings-ersättning*. Vägledning 2015:1, version 19, s. 293.

Figur 13 Variation i involvering av arbetsgivaren och gräns för låg involvering



Anm. Gränsen för låg involvering representeras av den röda linjen. Fallen på den vänstra sidan av den röda linjen har låg involvering av arbetsgivaren.

6.2 Nästan hälften har låga krav på arbetsgivaren

Krav på arbetsgivaren handlar mycket om planering för återgång i arbete, eftersom arbetsgivaren ska upprätta en plan för återgång om personen förväntas vara sjuk i 60 dagar. I våra fall är alla sjukskrivna i över 180 dagar och arbetsgivaren bör ha upprättat en sådan plan i alla dessa fall. Måttet fångar bland annat upp om handläggaren väljer att be arbetsgivaren om en plan för återgång och i så fall när och om den försäkrades arbetsuppgifter och eventuella anpassningar utreds med arbetsgivaren. Vi ser det också som krav på arbetsgivaren om handläggaren ber arbetsgivaren om kompletterande information inför bedömningar. Vi beskriver mer detaljerat vad måttet består av i bilaga 4.1.2.

Enligt Försäkringskassans vägledning kan handläggaren hämta in arbetsgivarens plan eller planering för återgång i arbete antingen muntligen eller skriftligen. Har arbetsgivaren inte gjort någon plan så bör handläggaren och arbetsgivaren åtminstone ha en dialog om arbetsgivarens skyldigheter. Denna dialog kan också ge handläggaren

en tydligare bild av vad arbetsuppgifterna innebär och vilka möjligheter som finns till anpassning.¹²⁸

Vår utgångspunkt är alltså att arbetsgivaren bör ha ett visst krav på sig och att om det är för låga krav på arbetsgivaren kommer det försämra möjligheten till återgång i arbete för den försäkrade. Arbetsgivaren är skyldig att lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att myndigheten ska kunna klarlägga den försäkrades behov av rehabilitering. Arbetsgivaren har också som skyldighet att medverka till rehabiliteringen och se till att göra åtgärder om det behövs för att rehabiliteringen ska vara effektiv.¹²⁹

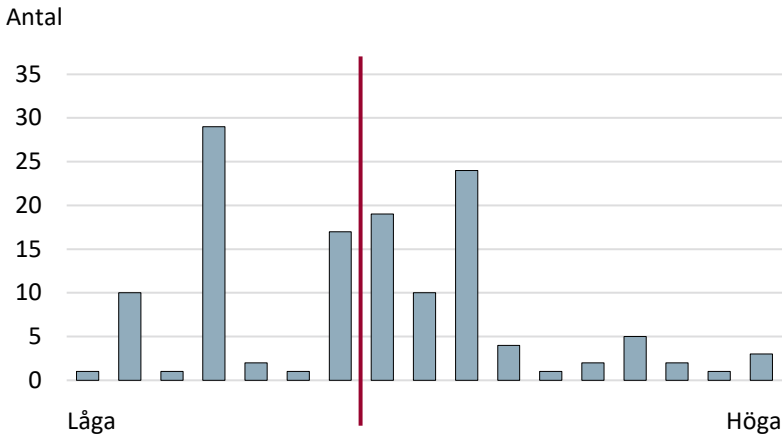
Vi har värderat kraven som låga om handläggaren inte får in någon plan för återgång eller får in den sent eller om handläggaren inte har utrett den försäkrades arbetsuppgifter eller nya arbetsuppgifter med arbetsgivaren. Låga krav på arbetsgivaren kan i vissa fall vara en reflektion av mycket kontakt med den försäkrade, eftersom uppgifter i vissa fall kan hämtas från någon av dem. Men det innebär ändå att kraven på arbetsgivaren har varit låga. Även om det skulle vara så att de låga kraven på arbetsgivaren kan förklaras av att handläggaren har valt att enbart vända sig till den försäkrade för information är det ett tecken på olikabehandling om vissa grupper oftare får låga krav ställda på sina arbetsgivare.

Vi kan se att en nästan lika stor andel arbetsgivare har fått låga krav som de som har fått någon typ av krav (figur 14). I 46 procent av sjukpenningfallen (61 av 133 akter) har arbetsgivaren inte haft några krav på sig att komma in med uppgifter som skulle kunna gynna ärendet.

¹²⁸ Försäkringskassan, Vägledning 2015:1, version 19. s. 293.

¹²⁹ 30 kap. 6 a § första stycket socialförsäkringsbalken (SFB).

Figur 14 Variation i krav på arbetsgivaren och gräns för låga krav



Anm. Den röda linjen representerar gränsen för låga krav. Fallen på den vänstra sidan av den röda linjen har låga krav på arbetsgivaren.

Vi har också undersökt nivåskillnader i arbetsgivarens involvering och krav på arbetsgivaren mellan enskilda grupper. Vi finner endast mycket små skillnader i genomsnittliga nivåer av involvering av och krav på arbetsgivaren mellan enskilda grupper. Analyserna i detta kapitel fokuserar därför på analyssteg fyra i vår analysmetod där vi undersöker om olika gruppstillhörigheter tillsammans är av betydelse för utfallen och kan hjälpa oss att se om vissa grupper oftare har fått låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren än andra grupper. Resultaten från våra analyser av genomsnittliga skillnader mellan enskilda grupper finns i bilaga 5.2.4.

6.3 Tecken på olikabehandling i arbetsgivarens roll

Vi har undersökt om vissa grupper av försäkrade oftare får låg involvering eller låga krav på sina arbetsgivare, och om låg involvering eller låga krav oftare förekommer i fall som karaktäriseras av vissa omständigheter. Vi kan utifrån våra resultat dra slutsatsen att det finns tecken på olikabehandling i arbetsgivarens roll. Våra resultat visar att arbetsgivaren får en begränsad roll i ärenden för två tydliga grupper: *yngre och äldre kvinnor* samt *kvinnor som är födda utanför EU*.

Våra resultat visar också att det oftare förekommer låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren när arbetsgivaren motarbetar en effektiv återgång i arbete. Vi finner däremot att förutsättningar för återgång kopplade till arbetet inte påverkar förekomsten av låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren. Vi finner också att yrkesposition i samspel med kön, ålder och ursprung gör skillnad för arbetsgivarens roll. Våra resultat indikerar att arbetsgivarens roll riskerar att bli mer begränsad för personer som inte har högskolekompetens eller som inte befinner sig i chefsposition.

Det finns en samvariation mellan de sjukpenningfall som har haft låg involvering av arbetsgivaren och de med låga krav på arbetsgivaren. Många av de som har haft låga krav har också haft låg involvering. I 48 procent av våra studerade akter har det antingen förekommit låg involvering *eller* låga krav på arbetsgivaren. I 20 procent av akterna har det förekommit både låg involvering *och* låga krav. I analysen fokuserar vi på de ärenden som fått låg involvering *eller* låga krav. Vi anser att det är negativt för ärendet om något av dem har förekommit.

Nedan presenterar vi huvudresultaten från våra analyser i steg fyra av vår analysmetod. Vi har analyserat de gruppstillhörigheter som kan vara avgörande för om den låga involveringen eller de låga kraven är ett tecken på olikabehandling. Vi har därför fokuserat på de individuella egenskaperna som har att göra med kön, ålder och ursprung, men vi har även undersökt om andra individuella egenskaper som rör diagnos, yrkesposition och i vilken utsträckning personen driver sitt sjukpenningärende kan bidra till att identifiera grupper som oftare har fått låg involvering av eller låga krav på sina arbetsgivare. Slutligen har vi analyserat om de kontextuella faktorer vi har haft möjlighet att mäta har betydelse för utfallet, till exempel arbetsgivarens förhållningssätt och förutsättningar för återgång kopplade till arbetet.

6.3.1 Yngre och äldre kvinnor samt kvinnor födda utanför EU får oftare låg involvering av eller låga krav på sina arbetsgivare

Vi har analyserat om det finns grupper som oftare har fått låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren än genomsnittet bland samtliga studerade fall. Det betyder att arbetsgivaren har fått en mindre betydande roll i deras ärenden.

Vi har undersökt om flera grupptillhörigheter tillsammans är av betydelse för den roll arbetsgivaren får, men vi beskriver först om enskilda individuella egenskaper visar på skillnader i hur ofta låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren förekommer.

Analys av enskilda individuella egenskaper indikerar skillnader baserat på kön och yrkesposition

Vi finner störst skillnad när det gäller kön. Kvinnor har betydligt oftare fått låg involvering eller låga krav på sina arbetsgivare än män, 57 procent jämfört med 40 procent. Vi finner också en viss skillnad mellan yrkespositioner, där de som inte är i chefsposition eller inte har högskolekompetens oftare har fått låg involvering eller låga krav på sina arbetsgivare, 54 procent jämfört med 42 procent. Vi finner inga eller endast mycket små skillnader när det gäller resterande individuella egenskaper. Samtliga resultat finns i bilaga 5.2.1.

Analys av två individuella egenskaper visar skillnader baserat på kön, ursprung och ålder

Kön verkar alltså kunna göra en skillnad för om den försäkrades arbetsgivare blir lite involverad eller får låga krav på sig. Men flera individuella egenskaper kan vara avgörande för om olikabehandling uppstår och därför har vi även undersökt hur förekomsten av låga krav eller låg involvering ser ut bland grupsammansättningar baserade på två individuella egenskaper.

Våra resultat visar att kvinnor födda utanför EU betydligt oftare har fått en handläggning som karaktäriseras av låg involvering eller låga krav på arbetsgivare. Bland kvinnor födda utanför EU har 65 procent fått låg involvering eller låga krav på sina arbetsgivare. Bland män födda utanför EU är motsvarande andel 38 procent. Det innebär att män födda utanför EU betydligt mer sällan får låg involvering eller låga krav på sina arbetsgivare än vad kvinnor födda utanför EU får. Bland kvinnor födda inom EU fick 53 procent låg involvering eller låga krav, och bland män födda inom EU fick 40 procent det. Gruppen som framträder tydligast är alltså kvinnor födda utanför EU, som i vårt urval har en högre risk för låg involvering eller låga krav på sina arbetsgivare. Män har mer sällan fått låg involvering av eller låga krav på sina arbetsgivare än genomsnittet på 48 procent, oavsett om de är födda inom eller utanför EU (tabell 7).

Tabell 7 Förekomst av låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren utifrån kön och ursprung

<i>Kvinna</i>	<i>Född utanför EU</i>	<i>Antal fall i gruppen som har låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren</i>	<i>% av fall med låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren</i>
1	1	13 av 20	65 %
0	1	8 av 21	38 %
1	0	24 av 45	53 %
0	0	19 av 47	40 %

Anm.: Siffran 1 indikerar närvaro av en egenskap, siffran 0 frånvaro av en egenskap (det vill säga att vara man, eller född inom EU). Den fetmarkerade gruppen uppfyller våra kriterier för att dra slutsatser om tecken på olikabehandling.

Våra resultat visar också två andra grupper som oftare har fått en handläggning som karaktäriseras av låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren, om än mindre ofta än kvinnor födda utanför EU. Det rör sig om *yngre och äldre personer födda inom EU* och *medelålders personer födda utanför EU*. Bland de båda grupperna har 58 procent fått låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren, jämfört med 48 procent i genomsnitt. Den grupp som minst ofta har fått låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren är yngre och äldre personer födda utanför EU. De har betydligt mer sällan än genomsnittet fått låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren, 30 procent jämfört med 48 procent. Även medelålders personer födda inom EU har mindre ofta fått låg involvering av eller låga krav på sina arbetsgivare, 38 procent (tabell 8).

Tabell 8 Förekomst av låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren utifrån ålder och ursprung

<i>Född utanför EU</i>	<i>Yngre än 34 år eller äldre än 54 år</i>	<i>Antal fall i gruppen som har låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren</i>	<i>% av fall med låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren</i>
1	1	3 av 10	30 %
0	1	23 av 40	58 %
1	0	18 av 31	58 %
0	0	20 av 52	38 %

Anm.: Siffran 1 indikerar närvaro av en egenskap, siffran 0 frånvaro av en egenskap (det vill säga att vara medelålders, eller född inom EU). De fetmarkerade grupperna uppfyller våra kriterier för att dra slutsatser om tecken på olikabehandling.

Men även om *yngre och äldre personer födda inom EU* och *medelålders personer födda utanför EU* betydligt oftare har fått låg involvering eller låga krav på sina arbetsgivare än genomsnittet visar våra resultat att *yngre och äldre kvinnor* ännu oftare har fått det. Bland yngre och äldre kvinnor har 65 procent fått låg involvering eller låga krav på sina arbetsgivare. Det är en lika stor andel som bland kvinnor födda utanför EU. De grupper som minst ofta har låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren utifrån kön och ålder är yngre och äldre män samt medelålders män, 38 respektive 41 procent. Medelålders kvinnor däremot ligger mycket nära genomsnittet, 51 procent jämfört med 48 procent (tabell 9).

Tabell 9 Förekomst av låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren utifrån kön och ålder

<i>Kvinna</i>	<i>Yngre än 34 år eller äldre än 54 år</i>	<i>Antal fall i gruppen som har låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren</i>	<i>% av fall med låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren</i>
1	1	17 av 26	65 %
0	1	9 av 24	38 %
1	0	20 av 39	51 %
0	0	18 av 44	41 %

Anm.: Siffran 1 indikerar närvaro av en egenskap, siffran 0 frånvaro av en egenskap (det vill säga att vara man, eller att vara medelålders). Den fetmarkerade gruppen uppfyller våra kriterier för att dra slutsatser om tecken på olikabehandling.

Vi har tidigare resonerat kring att vissa grupper kan vara mer utsatta för risken för olikabehandling, och risken kan förstärkas om personen tillhör flera av dessa grupper samtidigt. Vi har tilldelat siffran 1 till de egenskaper som kan höra till riskutsatta grupper (avsnitt 4.4.1). Resultaten visar tydligt att det är just de potentiellt riskutsatta grupperna som har drabbats av låg involvering eller låga krav på sina arbetsgivare. I två av de tre analyserna är det de grupper som har två riskutsatta egenskaper som oftare har fått låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren. I samtliga tre analyser har också grupperna som saknar båda riskutsatta egenskaper betydligt mer sällan fått låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren än genomsnittet.

Bara genom dessa fynd finner vi stöd för att det rör sig om tecken på olikabehandling. Två av grupperna som vi har identifierat (*kvinnor födda utanför EU och yngre och äldre kvinnor*) har betydligt högre förekomst av utfallet än genomsnittet, och utgörs av ett stort antal individer. Vi drar därför slutsatsen att vara kvinna född utanför EU eller kvinna som inte är medelålders ökar risken att få låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren. Våra resultat indikerar även att risken kan vara förhöjd för yngre och äldre personer födda inom EU och medelålders personer födda utanför EU. Eftersom det utifrån kön, ursprung och ålder kan finnas olika grupsammansättningar ska vi nu se om vi kan identifiera vilka specifika grupper det handlar om som oftare får låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren.

Analys av tre individuella egenskaper visar att ålder och ursprung har betydelse i kombination med kön

Resultaten från analyserna ovan indikerar att tre individuella egenskaper i kombination med varandra har betydelse för risken att få lågt agenskap eller låg involvering: att vara kvinna, att vara född utanför EU, och att vara yngre eller äldre. Att vara född utanför EU särskiljer den ena gruppen där vi ser tecken på olikabehandling, och ålder särskiljer den andra. Men den gemensamma nämnaren är att arbetsgivare får en mer begränsad roll i kvinnors ärenden i vårt urval.

När vi analyserar hur gruppstillhörigheterna kön, ursprung och ålder samspelar med varandra är det samma grupper som framträder som när vi undersöker de individuella egenskaperna två åt gången. Vi finner att det är just att vara en yngre eller äldre kvinna, eller kvinna född utanför EU som gör skillnad för om den försäkrade har fått låg involvering eller låga krav på sin arbetsgivare. Det är ett enkelt och tydligt mönster som förstärker våra slutsatser om att det rör sig om tecken på olikabehandling.

Ovan grupperade vi ålder utifrån att vara medelålders eller inte medelålders. För att ålder inte felaktigt ska framstå som viktigare än kön och ursprung på grund av att vi inkluderar flera faktorer som fångar olika åldersgrupper använder vi oss av samma gruppering här. Vår data visar att vara äldre eller yngre gör en skillnad jämfört med att vara medelålders.

I följande analys redovisar vi samtliga grupper som oftare har fått låg involvering eller låga krav (tabell 10). *Yngre och äldre kvinnor* samt *kvinnor födda utanför EU* har lika ofta drabbats av låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren. I dessa två grupper har 65 procent fått utfallet, jämfört med 48 procent i genomsnitt i urvalet. De båda grupperna har betydligt högre förekomst av utfallet och de består också av ett tillräckligt antal individer för att vi ska räkna resultaten som robusta.

Tabell 10 Samtliga grupper med högre förekomst av låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren utifrån kön, att vara medelålders eller inte medelålders, och ursprung

Grupp	Andel fall inom gruppen som har låg involvering eller låga krav	Antal fall inom gruppen som har låg involvering eller låga krav	Gruppens andel av alla studerade fall som har låg involvering eller låga krav
Kvinnor yngre än 34 år eller äldre än 54 år	65 %	17 av 26	27 %
Kvinnor födda utanför EU	65 %	13 av 20	20 %
Alla studerade sjukpenningfall	48 %	64 av 133	-

Anm. Båda grupperna (*yngre och äldre kvinnor* och *kvinnor födda utanför EU*) utgör 44 procent av alla sjukpenningfall som har fått låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren. Ett enskilt fall kan tillhöra mer än en grupp. Fetmarkeringen signalerar att båda grupperna uppfyller våra kriterier för att dra slutsatser om tecken på olikabehandling.

Vi identifierar med dessa två grupper 44 procent av alla som fick låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren. Bland resterande fall kan vi alltså inte finna något mönster utifrån kön, ålder och ursprung som är kopplat till att oftare få låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren. Men det påverkar inte vår slutsats om närvaro av tecken på olikabehandling, eftersom vi har identifierat två tydliga grupper som uppfyller våra kriterier för slutsatsdragning.

De två grupperna som uppfyller våra kriterier för att dra slutsatser om tecken på olikabehandling – *yngre och äldre kvinnor* samt *kvinnor födda utanför EU* – kvarstår även efter vårt robusthetstest där vi säkerställer att förändringar i ett enskilt fall inte leder till att någon av grupperna inte längre har en högre förekomst av utfallet än genomsnittet. Grupperna har en tydligt högre förekomst av utfallet än genomsnittet även när vi tar bort ett fall med låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren ur respektive grupp (14 respektive 12 procentenheter).

Nedan ger vi tre exempel på fall som tillhör de två grupperna som uppfyller våra kriterier för att kunna dra slutsatser om tecken på

olikabehandling när det gäller att ha en betydligt högre förekomst av utfallet än genomsnittet och att bestå av ett tillräckligt antal individer. Det ena fallet är en försäkrad som tillhör gruppen *kvinnor födda utanför EU*, de andra två är försäkrade som tillhör gruppen *yngre och äldre kvinnor*. Alla tre har fått en låg involvering eller låga krav på sina arbetsgivare.

Exempel på ett fall som tillhör gruppen kvinnor födda utanför EU

De fall som vi har bedömt har låg involvering av arbetsgivaren får oftast det för att arbetsgivaren inte involveras alls i ärendet. Ett sådant fall gäller en kvinna född i Asien. Handläggaren har i detta fall hämtat all information från den försäkrade, vilket reflekteras i att hon fått en hög involvering och ett högt agentskap. Hon har också i stor utsträckning drivit sitt fall. Det är tänkbart att handläggaren bedömde att myndigheten inte behövde kontakta arbetsgivaren eftersom den försäkrade själv var aktiv och kom in med det som behövdes. Men vi anser ändå att det är rimligt i ärenden som pågår över 180 dagar att myndigheten har kontakt med den försäkrades arbetsgivare och hämtar in en plan för återgång i arbete.

Exempel på fall som tillhör gruppen kvinnor yngre än 34 år eller äldre än 54 år

I vissa fall har handläggaren ingen kontakt med arbetsgivaren men kan få in en plan för återgång på arbetsplatsen ändå. Planen kan skickas in av arbetsgivaren eller den försäkrade. I fallet med en 59-årig kvinna har handläggaren fått in en plan, men vi har trots det bedömt att det har ställts låga krav på arbetsgivaren. Detta följer av att handläggaren har efterfrågat planen sent och inte utrett den försäkrades arbetsuppgifter eller eventuellt nya arbetsuppgifter med arbetsgivaren. Eftersom handläggaren inte har haft kontakt med arbetsgivaren har ärendet även en låg involvering av arbetsgivaren.

Även den motsatta situationen kan uppstå, nämligen att handläggaren har kontakt med arbetsgivaren men att ingen plan för återgång kommer in. I ett fall med en 32-årig kvinna har det förekommit låga krav på arbetsgivaren, men inte låg involvering. Handläggaren och arbetsgivaren har haft kontakt en gång på telefon och handläggaren har utrett den försäkrades arbetsuppgifter med arbetsgivaren. Men i stället för att begära en plan för återgång har myndigheten hämtat in uppgifter om planeringen från den försäkrade. Vi anser därför att kraven som har ställts på arbetsgivaren är låga.

När vi tar hänsyn till om det finns skillnader mellan yngre och äldre, och inte enbart mellan medelålders och inte medelålders, blir bilden mer nyanserad eftersom vi identifierar tre grupper som oftare har fått låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren. De mer specifika grupperna vi kan identifiera visar att för kvinnor födda inom EU är det att vara ung som spelar roll, medan för kvinnor födda utanför EU är det att inte vara ung som spelar roll. Gruppen med högst förekomst av låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren är *kvinnor som är yngre än 34 år födda inom EU*. Bland dem har hela 77 procent fått låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren, jämfört med 48 procent bland samtliga i urvalet. Gruppen är tillräckligt stor för att vi ska kunna dra slutsatsen att det rör sig om tecken på olikabehandling. Analysen för detta resultat finns i bilaga 5.2.2.

6.4 Den försäkrades yrkesposition har betydelse för arbetsgivarens roll

Vi har undersökt om andra individuella egenskaper utöver kön, ålder och ursprung kan hjälpa oss att identifiera specifika grupper av försäkrade vars arbetsgivare har blivit lite involverade eller fått låga krav på sig. Vi finner en faktor som gör skillnad, nämligen yrkesposition som i samspel med kön, ålder och ursprung bidrar till att identifiera grupper som oftare har fått låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren och en större andel av fallen med utfallet. Diagnos gör däremot, i samspel med övriga faktorer, ingen skillnad för om personen har fått låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren.

När vi tar hänsyn till kön, ålder, ursprung och yrkesposition identifierar vi sex grupper som oftare har fått låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren. I fyra av de sex grupperna finner vi att yrkesposition spelar roll, och det är i samtliga att inte vara chef eller inte ha högskolekompetens som har betydelse. Även om det rör sig om mycket specifika grupper består flera av dem trots det av ett tillräckligt antal individer för att vi ska kunna dra en slutsats om att det är viktiga grupper, och det ger oss insikt om att det i vårt urval har gjort en skillnad för arbetsgivarens roll om den försäkrade inte är chef eller inte har högskolekompetens. De detaljerade resultaten redovisas i bilaga 5.2.3.

6.5 Arbetsgivarens förhållningssätt påverkar förekomsten av låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren

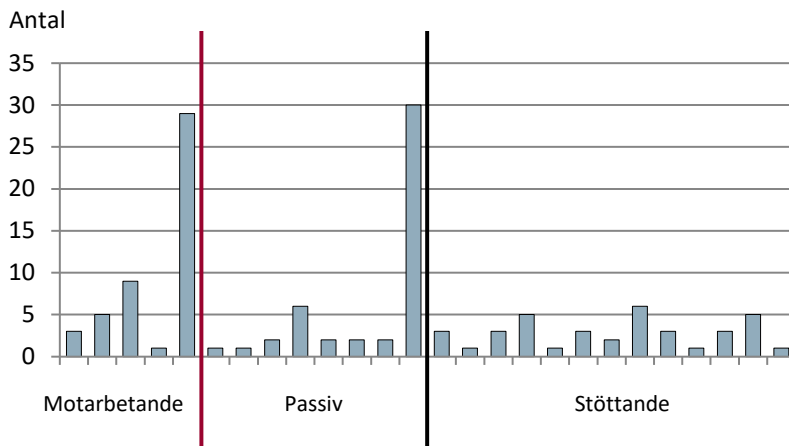
Vi har också undersökt om någon av de kontextuella faktorer som vi har haft möjlighet att mäta kan hjälpa oss att identifiera under vilka omständigheter arbetsgivare får låg involvering eller låga krav. Vi finner att endast en faktor har betydelse: arbetsgivarens förhållningssätt. Vi har då mätt om arbetsgivaren är stöttande, passiv eller motarbetande under sjukskrivningen. Det har vi mätt utifrån andra aspekter än de som gäller krav på arbetsgivaren och involvering av arbetsgivaren. Korrelationen mellan måtten är också svag. Våra resultat visar att det oftare förekommer låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren när arbetsgivaren är motarbetande. Vi kan utifrån våra resultat dra slutsatsen att det finns tecken på olikabehandling, och vi vet i termer av precisa grupper vilka som har större risk att olikabehandlas när det gäller arbetsgivarens roll. En av grupperna är viktigare än de andra på så sätt att det är den grupp som oftast fått låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren: *kvinnor med motarbetande arbetsgivare*.

Precis som när det gäller den försäkrades roll påverkas rollen som arbetsgivaren får både av hur handläggaren betar sig och hur arbetsgivaren betar sig. Vi har därför mätt arbetsgivarens förhållningssätt, och kategoriserat förhållningssättet utifrån om arbetsgivaren har varit stöttande, passiv eller motarbetande. En stöttande arbetsgivare innebär att arbetsgivaren till exempel har kommit in med en plan för återgång i arbete. Arbetsgivaren är skyldig att upprätta en plan för återgång och dela med sig av den om Försäkringskassan begär det. Om planen har upprättats på arbetsgivarens initiativ har vi värderat det som en stark stöttning. Att arbetsgivaren medger att arbetet är orsak till sjukskrivningen ser vi också som en form av stöttning. En passiv arbetsgivare innebär att vi ser någon negativ aspekt i arbetsgivarens förhållningssätt, exempelvis att planen kommer in sent, eller att det uppstår problem i kontakten mellan arbetsgivaren och handläggaren.

Vår granskning visar att de flesta i vårt urval har en passiv eller stöttande arbetsgivare, men att 35 procent har en motarbetande arbetsgivare (figur 15). Ett motarbetande förhållningssätt innebär

att arbetsgivaren inte skickar in en plan för återgång eller att det uppstår problem i relationen mellan den försäkrade och arbetsgivaren.

Figur 15 Variation i arbetsgivarens förhållningssätt



Anm.: Den röda linjen representerar gränsen mellan å ena sidan stöttande och passiva arbetsgivare, å andra sidan motarbetande arbetsgivare. Den svarta linjen särskiljer mellan passiva och stöttande arbetsgivare.

Vår undersökning av enskilda faktorer visar på en stor skillnad i förekomst av låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren mellan de personer som har en stöttande/passiv och de som har en motarbetande arbetsgivare. De som har en motarbetande arbetsgivare har betydligt oftare fått låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren, 66 procent jämfört med 38 procent bland de som har en stöttande/passiv arbetsgivare. När vi samtidigt tar hänsyn till kön, ålder och ursprung finner vi att fem grupper oftare har fått låg involvering eller låga krav på sina arbetsgivare:

- kvinnor med en motarbetande arbetsgivare
- individer födda utanför EU med en motarbetande arbetsgivare
- yngre och äldre individer med en motarbetande arbetsgivare
- medelålders kvinnor födda utanför EU
- kvinnor yngre än 34 år eller äldre än 54 år födda inom EU.

Samtliga grupper uppfyller våra kriterier för att kunna dra slutsatser om tecken på olikabehandling. De har alla betydligt oftare fått låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren än genomsnittet, och de består av ett tillräckligt antal individer. Fyra av grupperna har nästan lika hög förekomst av låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren, mellan 68 och 72 procent jämfört med 48 procent i hela urvalet (tabell 11). En av grupperna har en ännu högre förekomst av utfallet: bland kvinnor med en motarbetande arbetsgivare har 80 procent fått en handläggning där arbetsgivaren fått inga eller mycket låga krav på sig eller blivit väldigt lite involverad.

I tre av de fem grupperna som oftare har fått låg involvering eller låga krav på sina arbetsgivare spelar arbetsgivarens förhållningssätt en roll, och det är i samtliga en motarbetande arbetsgivare. Grupperna är de tre största när det gäller antal individer, och de har också högst förekomst av låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren. Detta är ett intressant fynd dels på grund av betydelsen av kön – kvinnor med en motarbetande arbetsgivare är viktigare än de andra grupperna på så sätt att de oftast fått utfallet. Men det är också intressant för att de med motarbetande arbetsgivare är de som sannolikt skulle ha behövt handläggarens krav på och involvering av arbetsgivaren. Men de är i stället de som fått lägst involvering eller lägst krav.

Tabell 11 Samtliga grupper med högre förekomst av låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren utifrån kön, ålder, ursprung och arbetsgivarens förhållningssätt

<i>Grupp</i>	<i>Andel fall inom gruppen som har låg involvering eller låga krav</i>	<i>Antal fall inom gruppen som har låg involvering eller låga krav</i>	<i>Gruppens andel av alla studerade fall som har låg involvering eller låga krav</i>
Kvinnor med en motarbetande arbetsgivare	80 %	16 av 20	25 %
Individer födda utanför EU med en motarbetande arbetsgivare	71 %	17 av 24	27 %
Yngre och äldre individer med en motarbetande arbetsgivare	72 %	13 av 18	20 %
Medelålders kvinnor födda utanför EU	69 %	11 av 16	17 %
Kvinnor yngre än 34 år eller äldre än 54 år födda inom EU	68 %	15 av 22	23 %
Alla studerade sjukpenningfall	48%	64 av 133	-

Anm. Dessa fem grupper utgör 64 procent av alla sjukpenningfall som har fått låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren. Ett enskilt fall kan tillhöra mer än en grupp. De fetmarkerade grupperna uppfyller våra kriterier för att dra slutsatser om tecken på olikabehandling.

6.6 Förutsättningar för återgång kopplade till arbetet påverkar inte arbetsgivarens roll

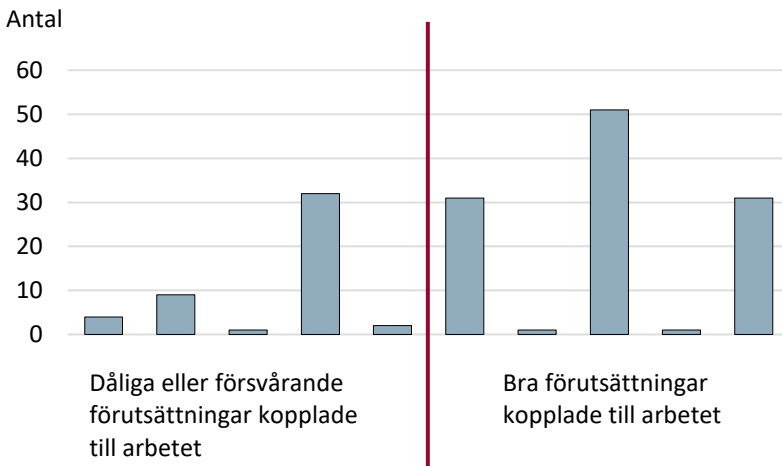
En annan viktig aspekt som skulle kunna påverka handläggarens behov av att involvera arbetsgivaren eller ställa krav på hen är de förutsättningar för återgång som finns kopplade till den försäkrades

arbete. De förutsättningar kopplade till arbetet som vi har undersökt rör om det finns aspekter i arbetet som påverkar återgången i arbete för den försäkrade, framför allt om det har funnits anpassningar på arbetsplatsen eller om arbetet har varit orsak till sjukdomen.

Dåliga eller försvårande förutsättningar kan vara att arbetet beskrivs som orsaken till sjukskrivningen och ingen anpassning eller omplacering är möjlig. Bra eller åtminstone inte försvårande förutsättningar innebär att det har funnits någon eller några typer av anpassning av arbetet. Det kan handla om möjligheten till anpassning av arbetstider, arbetsuppgifter, arbetsmiljö, omplacering till annat arbete och dylikt. Dessa aspekter kan bero på arbetsgivarens beteende, men också på arbetets karaktär.

En majoritet av fallen har inte dåliga eller försvårande förutsättningar kopplade till arbetet, men 36 procent av dem har det (figur 16). Vi finner att dåliga eller försvårande förutsättningar kopplade till arbetet inte har påverkat risken att få låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren.

Figur 16 Variation i försäkrades förutsättningar på arbetet



Anm.: Den vänstra sidan av den röda linjen representerar försvårande eller dåliga förutsättningar. I sjukpenningfallen på den högra sidan av den röda linjen har det funnits någon eller några typer av anpassning av arbetet.

7 Aktbaserad analys – Planering och utredning

I det här kapitlet beskriver vi om det finns tecken på olikabehandling i riskområdet som rör handläggarens *planering och utredning* av ärendet. Vi fångar här upp följande centrala delar av handläggningen utöver den försäkrades roll och arbetsgivarens roll: hur handläggaren arbetar med planering, om det finns brister i handläggningen eller i bemötande av personernas särskilda behov och förutsättningar, och hur handläggarna förhåller sig till läkarintygen. Dessa områden kan tillsammans ge oss en tydlig bild av om det finns tecken på olikabehandling i handläggningen. Vi sammanfattar dem som planering och utredning.

Vi har analyserat områdena tillsammans och finner tecken på olikabehandling. Våra resultat visar en tydlig grupp som oftare får tecken på olikabehandling när det gäller planering och utredning: *yngre och äldre kvinnor*. Våra resultat visar också att det är en relativt stor andel, en fjärdedel, av sjukpenningfallen som har en låg aktivitet i planeringen för återgång i arbete. Det är däremot få av de sjukpenningfall som vi har granskat som vi bedömer har brister i utredningen, otillräcklig anpassning eller omotiverat höga krav på läkarintygen.

Det finns kopplingar mellan det här riskområdet och riskområdet som rör bedömning av arbetsförmågan. All utredning i ett ärende kan ligga till grund för bedömning av arbetsförmågan, men i den här analysen fokuserar vi på utredningsarbetet i sig. Vi undersöker bara ärenden som har beviljats sjukpenning och kan därför inte säga om våra fynd har påverkat beslutet om rätten till sjukpenning.

7.1 En fjärdedel har låg aktivitet i planering, ett fåtal har vissa brister i handläggningen

Aspekterna som rör planering och utredning fångar olika delar av handläggningen, men som alla är viktiga när det gäller risker för olikabehandling. Aktivitet i planering för återgång i arbete fångar upp både handläggarens egen planering och hur handläggaren förhåller sig till arbetsgivarens plan för återgång. Brister i handläggningen eller i att bemöta personens behov och förutsättningar fångar upp om handläggaren har avstått från att utreda vissa saker eller att göra aktiviteter eller bedömningar senare för vissa personer, eller inte har gjort tillräckliga lämpliga anpassningar i handläggningen. En lika-behandlande handläggning inkluderar att bemöta personens särskilda behov och förutsättningar, annars ser vi det som att handläggningen inte har anpassats tillräckligt, vilket kan vara ett tecken på olikabehandling. Handläggarens krav på de medicinska underlagen fångar upp antal kompletteringar som har skickats till vården, kompletteringarnas omfattning, och om en försäkringsmedicinsk rådgivare har involverats eller inte. Det är omotiverat höga krav som kan vara tecken på olikabehandling.

Våra resultat visar att en dryg fjärdedel, 26 procent, har fått en låg aktivitet i planering för återgång i arbete. I 7 procent av akterna har vi funnit en brist i handläggningen och i 4 procent i bemötande av ett särskilt behov eller en förutsättning. 8 procent har fått omotiverat höga krav på sina läkarintyg.

Målet med våra analyser är att kunna bedöma om de skillnader vi finner kan utgöra tecken på olikabehandling. Därför behöver vi, precis som för de andra riskområdena vi har studerat kvalitativt, värdera var gränserna går för låg aktivitet i planering, brister i handläggningen eller otillräcklig anpassning och olika krav på medicinska underlag. Det är dessa gränser som definierar vad som är en betydelsefull skillnad i planering och utredning.

Vi presenterar här vad låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, och omotiverat höga krav på läkarintygen konkret innebär samt vad som har motiverat våra olika gränsdragningar. Vi visar också hur variationen i handläggningen ser ut och hur stora andelar av sjukpenningfallen som har hamnat på

olika sidor om gränsen. När det gäller brister i handläggningen eller otillräcklig anpassning går vi specifikt in på fynd som rör användningen av tolk. När det gäller krav på läkarintyg redovisar vi även hur läkarintygets kvalitet varierar.

Vi har också undersökt nivåskillnader i aktivitet i planering för återgång mellan enskilda grupper. Vi finner endast små genomsnittliga skillnader i nivå av aktivitet i planering mellan enskilda grupper. Det rör sig totalt om mycket få fall som har haft brister i handläggningen, en otillräcklig anpassning eller omotiverat höga krav på läkarintygen. Vi finner bland dessa få fall inga genomsnittliga skillnader i medelvärden mellan enskilda grupper. Analyserna i detta kapitel fokuserar därför på analyssteg fyra i vår analysmetod. Vi undersöker om vi utifrån samspelet mellan olika faktorer kan identifiera grupper som oftare än andra har fått utfallet och därmed om vi finner tecken på olikabehandling i planering och utredning. Resultaten från våra analyser av genomsnittliga skillnader mellan enskilda grupper finns i bilaga 5.3.4.

7.1.1 En fjärdedel har en låg aktivitet i planering för återgång i arbete

Vi har undersökt handläggarens planering för den försäkrades återgång i arbete för att fånga upp om vissa individer får en mer passiv planering än andra. Enligt socialförsäkringsbalken har en individ som har sjukpenning rätt till rehabiliteringsåtgärder. Åtgärderna ska dessutom planeras i samråd med den försäkrade och utgå ifrån individens behov.¹³⁰ Försäkringskassans vägledning säger att handläggaren ska planera för den försäkrades återgång i arbete så snart det är möjligt. Handläggarens planering innefattar då att klarlägga vilken rehabilitering som personen behöver och vad som i övrigt behövs för att hen ska återgå i arbete. Försäkringskassan har också ett samordnande uppdrag, vilket innebär att handläggarna ska se till att olika aktörers insatser fungerar bra ihop. Till exempel ska inte olika insatser krocka och det ska inte heller uppstå onödiga väntetider.¹³¹ En planering kan

¹³⁰ 30 kap. 2–3 §§ socialförsäkringsbalken (SFB).

¹³¹ Försäkringskassan, *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliterings-ersättning*. Vägledning 2015:1, version 19, sidan 167 och 172–173.

också bestå i att handläggaren bedömer att det inte är aktuellt att vidta några åtgärder, men då bör den försäkrade informeras om det.¹³²

Även om handläggaren kan bedöma att vissa ärenden kräver en mer aktiv planering än andra ser vi det som relevant att undersöka om det finns några grupper som oftare än andra har fått en låg aktivitet i planeringen för återgång i arbete. Om en mycket hög aktivitet i planering sammanfaller med en hög arbetsbörda för den försäkrade skulle även detta kunna vara ett tecken på olikabehandling. Men det har vi hanterat i utfallet som fångar upp om den försäkrade har fått en arbetsbörda eller inte. Här fokuserar vi på att identifiera de sjukpenningfall som har haft lägst aktivitet i sin planering för återgång i arbete.

Vi har mätt hur aktiv handläggaren är i att planera den försäkrades återgång i arbete genom att se när den första planeringen görs, hur omfattande den är, vilken typ av uppgifter den baseras på och hur den följs upp. Vi har även fångat upp om handläggaren på eget initiativ har sett till att en plan för återgång upprättas och hur denna används och följs upp, när handläggaren gör det första ställningstagandet till samordningsbehov, hur många gånger ställningstaganden görs och hur de motiveras, samt om handläggaren väljer att genomföra en samordningsåtgärd eller inte. Alla dessa aspekter tyder på aktivitet i planeringen.

En låg aktivitet i planering innebär antingen att det inte har skett någon planering alls, eller att den har skett sent, men har varit begränsad och inte har följts upp. Vi har bedömt att en planering är sen om den har skett efter dag 130, eftersom vägledningen anger att handläggarna så snart som möjligt ska utreda behovet av rehabilitering.¹³³ I vissa fall kan en låg aktivitet i planering vara motiverad, utifrån att det handlar om en anpassning till den försäkrades situation. Det har vi också tagit hänsyn till. Om det inte finns ställningstaganden till samordning eller om dessa är sena eller om det saknas en motivering till varför samordning inte görs bidrar detta också till låg aktivitet i planering. Detsamma gäller om handläggaren inte utreder den försäkrades arbetsuppgifter med arbetsgivaren.

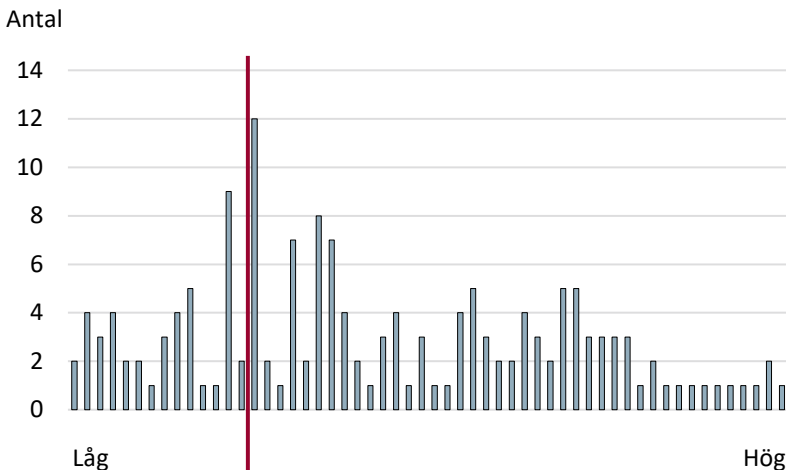
¹³² Försäkringskassan, Vägledning 2015:1, version 19, sidan 291.

¹³³ Försäkringskassan, Vägledning 2015:1, version 19, sidan 340.

Vår granskning visar att det är en stor variation i aktivitet i de granskade fallen, även om det finns en viss koncentration kring att ha fått en ganska låg aktivitet i planeringen (figur 17). Det är 26 procent (43 av 163 akter) som vi anser har fått en låg aktivitet i sin planering.

De sjukpenningfall som *inte* har fått en låg aktivitet i planering är för det första de som har fått en planering som innebär att handläggaren gör vad som kan förväntas, men inte mer. De kan till exempel ha fått en planering inom rimlig tidsram (innan dag 70), eller en något sen planering (mellan dag 70 och 129). Det kan också vara så att det går att utläsa vad planeringen baseras på, eller att den har följts upp med någon aktör. Handläggaren kan också ha gjort 1–2 ställningstaganden till samordning inom rimlig tidsram (innan dag 129). Det finns också de fall som har en högre nivå av aktivitet i planering. De har antingen fått en planering som baseras på mer omfattande uppgifter från flera aktörer, vilken också följs upp med flera aktörer. En del av de som har en hög aktivitet i planering har fått en samordningsåtgärd. Totalt har 16 procent (26 av 163 akter) fått en samordningsåtgärd.

Figur 17 Variation i aktivitet i planering för återgång i arbete och gräns för låg aktivitet i planering



Anm.: Gränsen för en låg aktivitet i planering representeras av den röda linjen. På den vänstra sidan av gränsen är de sjukpenningfall som har fått en låg aktivitet i planering.

7.1.2 Få sjukpenningfall visar på brister i handläggningen eller otillräcklig anpassning till den försäkrades förutsättningar

Vår undersökning av brister i handläggningen av ärendet har fångat upp om handläggaren avstår från att utreda vissa saker, gör vissa aktiviteter eller bedömningar senare för vissa individer, eller om det saknas dokumentation av motiveringar till viktiga bedömningar. Vår undersökning av otillräcklig anpassning har fångat upp om det finns individuella förutsättningar som vi anser att handläggaren bör bemöta på något sätt, och om dessa har bemötts eller inte. Brister i handläggningen eller en otillräcklig anpassning skulle kunna innebära en juridisk brist, till exempel om handläggaren inte uppfyller lagens krav på serviceskyldighet eller utredningsskyldighet. Men den typen av juridisk bedömning ligger utanför denna granskning. Vi fokuserar här på tecken på olikabehandling utifrån om den försäkrade har fått en sämre handläggning i jämförelse med handläggningen av andra ärenden, och om den otillräckliga anpassningen lämnar utrymme för myndigheten att hantera ärendet bättre i termer av likabehandling.

Vi har mätt brister i handläggningen på två sätt. För det första har vi identifierat viktiga aspekter av handläggningen, som också var möjliga för oss att fånga i akterna. Det gäller om den initiala bedömningen är sen, om det saknas motivering för rätten till ersättning vid dag 180, och om den försäkrade inte har informerats när handläggaren har bett vården om en komplettering. En sen initial bedömning har vi definierat som senare än dag 60, förutom om anledningen till den sena bedömningen är en pågående SGI-utredning eller att den kan förklaras av att sjukpenningansökan eller läkarintyg kommer in sent. Det framgår på flera ställen i Försäkringskassans process att handläggaren ska dokumentera sina ställningstaganden, liksom de uppgifter hen har fått in, den information hen har lämnat och vad hen i övrigt planerar – alltså även när det gäller motivering till den bedömning av arbetsförmågan som handläggaren har gjort inför dag 180.¹³⁴ Enligt vägledningen ska handläggarna också informera den försäkrade om de efterfrågar en komplettering av ett läkarintyg.¹³⁵ Vi räknar det därför som en brist om de inte har gjort det.

¹³⁴ Se till exempel: Försäkringskassan, *Sjukpenning, rehabilitering och Rehabiliteringsersättning*. Process 2009:07, version 19.

¹³⁵ Försäkringskassan, *Vägledning 2015:1*, version 19, s. 267.

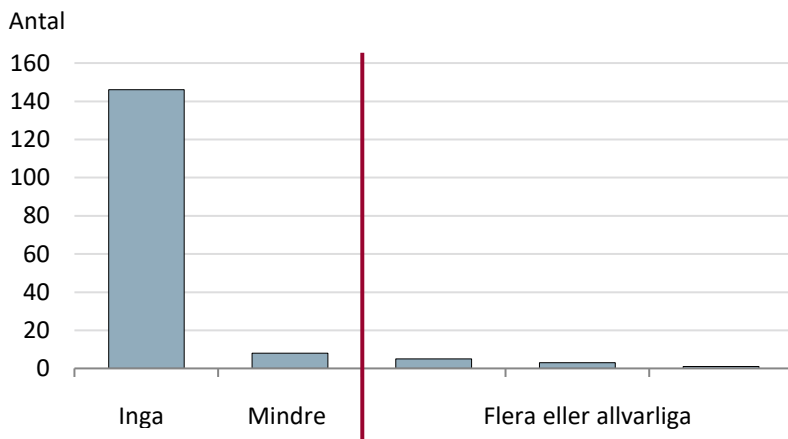
För det andra har vi granskat om det har funnits situationer som kunde ha föranlett vidare utredning. Vi mäter här inte om handläggaren har uppfyllt utredningsskyldigheten kopplad till bedömning av rätten till ersättning. I stället fångar vi endast upp om det har funnits situationer som kunde föranlett vidare utredning i syfte att se om situationerna oftare leder till vidare utredning för vissa grupper än för andra. Vi har identifierat följande situationer som var möjliga att fånga upp i akterna:

- bristande information om sysselsättningen
- bristande information om arbetstidens förläggning
- misstag den försäkrade begår som inte reds ut
- kontaktförfrågan av läkare som inte återkopplas
- uppmaning av den försäkrade att kontakta arbetsgivaren som inte återkopplas.

Att en situation kan föranleda vidare utredning utan att handläggaren genomför en sådan behöver inte vara en brist. Det kan snarare vara förväntat eftersom enskilda aspekter många gånger inte är avgörande för helheten i ärendet. Vi har bedömt att om det finns två sådana situationer som inte utreds vidare kan det tyda på brister i handläggningen. Endast 3 av 163 akter hade två situationer som inte utreddes vidare.

Vi kan se att det i de flesta sjukpenningärenden inte har förekommit någon brist i handläggningen (figur 18). Vi räknar det som att det är en betydelsefull skillnad i handläggning om det finns flera brister eller någon allvarlig brist i handläggningen av vissa ärenden. Vissa brister kan förväntas och kan tyda på en hög arbetsbelastning hos handläggarna. Vi har därför dragit gränsen mellan å ena sidan inga och mindre brister och å andra sidan flera eller allvarliga brister. Om bristerna är många eller allvarliga anser vi att det är relevant att undersöka om det inte bara rör sig om brister i handläggningen av enskilda ärenden utan om det också kan vara tecken på olika behandling. I 7 procent av fallen anser vi att det finns tydliga brister i handläggningen (11 av 163 akter).

Figur 18 Förekomst av brister i handläggningen



Anm.: Den röda linjen i figuren visar vart gränsen för betydelsefulla brister i handläggningen går.

Förutom brister i handläggningen har vi också undersökt om det har förekommit en otillräcklig anpassning till den försäkrades förutsättningar. De förutsättningar som vi har tagit hänsyn till är kopplade till kommunikationssvårigheter, förutsättningar för återgång i arbete och specifika behov på grund av en grupptillhörighet, till exempel funktionsvariation. Det vanligaste behovet vid kommunikationssvårigheter är att den försäkrade inte kan svenska. Då är en anpassning att ta in en tolk. När det gäller förutsättningar för återgång i arbete har vi undersökt om det fanns en specifik förutsättning som handläggaren behövde anpassa sig till för att planera återgång i arbete. Det kan vara att ta kontakt med en arbetsgivare som den försäkrade hade en konflikt med eller anpassa sig till rehabilitering hos vården. Slutligen har vi tittat på om det fanns specifika behov kopplade till en grupptillhörighet. I dessa fall kan det handla om hur handläggaren kontaktar en person som har en hörselnedsättning när det inte går att ringa. Eller hur handläggaren hanterar en person vars funktionsnedsättning gör det svårt att hantera viktiga dokument. Vi har registrerat när en förutsättning har förekommit och bedömt om det kräver ett bemötande och i så fall om det har bemötts på ett lämpligt sätt. Om det inte bemötts ser vi det som en otillräcklig anpassning av handläggningen. I 4 procent (7 av 163 fall) av ärendena ser vi ett bristande bemötande av en sådan förutsättning. Det rör sig om fall där

tolk inte har tagits in trots att det förekommer tydliga kommunikationsproblem, ett fall där handläggaren upprepade gånger ringer till en försäkrad som är döv, samt ett par fall där handläggaren inte erbjuder stöd i kontakten med arbetsgivaren men där det framgår att det kan vara befogat.

Totalt har vi därmed funnit brister i handläggningen i 7 procent av sjukpenningärendena och i 4 procent av ärendena förekom en otillräcklig anpassning av handläggningen till den försäkrades förutsättningar. Det rör sig alltså om mycket få fall som haft en brist i handläggningen eller en otillräcklig anpassning.

Otillräcklig anpassning är vanligt vid språksvårigheter, tolk används aldrig

En del av en otillräcklig anpassning av handläggningen till den försäkrades behov och förutsättningar handlar om att bemöta kommunikationssvårigheter. Vi har utifrån den försäkrades sjukpenningansökan och handläggarens journalanteckningar uppskattat om den försäkrade har kommunikationssvårigheter. Dessa handlar i huvudsak om språksvårigheter, men vi har också fångat upp om det framkommer någon annan typ av svårighet i kommunikation, som eventuellt har att göra med en funktionsvariation.

Om den försäkrade har tydligt bristande språkkunskaper behöver handläggaren ta ställning till hur det ska bemötas. Att ansökan är inskickad med bristande stavning och grammatik kan kräva att handläggaren till exempel tar in en tolk. Men handläggaren kan också göra bedömningen att språkbristerna inte är så stora och att det går bra att kommunicera muntligt med den försäkrade utan tolk.

I 26 procent av våra akter (42 av 163) förekommer någon typ av kommunikationssvårighet. I ingen av våra akter förekommer att dokument till den försäkrade översätts eller att en tolk används. Det är inte sannolikt att tolk hade behövts i alla 42 fall. Vi vet till exempel att 8 av de 42 är födda i Sverige. Men några av dem har fått så höga värden på vårt mått på kommunikationssvårigheter att vi har gjort bedömningen att tolk hade behövts. Dessa fall ingår bland de 4 procent av akterna där vi bedömer att det har förekommit otillräcklig anpassning.

I de resterande fallen där vi har noterat kommunikationssvårigheter är det svårt att säga om tolk hade behövts eller inte eftersom vi inte vet hur samtalen har gått till. Vi vet bara vad handläggaren har antecknat i journalen, eller vad som framkommer av sjukpenningansökan eller läkarintyg. I enstaka fall har kommunikationssvårigheterna bemötts genom att handläggare på Försäkringskassan med kunskap i språket tar över ärendet. I flera fall har behovet bemötts genom att anhöriga till den försäkrade tolkar.

Att inte använda tolk när detta behövs går emot såväl 13 § förvaltningslagen som Försäkringskassans riktlinjer. Inte heller ska en anhörig agera som tolk enligt Försäkringskassans riktlinjer. Det beror på att samtalen behandlar känsliga uppgifter och att den försäkrade inte kan tala obehindrat.¹³⁶ Speciellt allvarligt är det om minderåriga tolkar men vi kan i vårt material inte avgöra om den anhöriga är minderårig eller inte. Både när tolk inte används och dokument inte översätts riskerar den försäkrade att missa viktig information och att inte ta till vara sin rätt till ersättning. Det kan också leda till felaktiga bedömningar eller misstag som måste utredas.

Våra resultat är inte förvånande med tanke på vad tidigare granskningar har hittat angående användningen av tolk. Enligt Försäkringskassans egen analys finns risker för diskriminering utifrån etnisk tillhörighet just i möten eller utredningar där det finns språkförbistringar.¹³⁷ Enligt deltagarna i fokusgrupperna som ligger till grund för den analysen genomförs möten och utredningar utan tolk och beslutsbrev skickas på svenska trots språkförbistringar. De anledningar handläggarna angav till att de inte använder tolk var för att det är svårt att få tag på auktoriserade tolkar, att det är krångligt att boka tolk, att möten med tolk tar lång tid och att handläggarna vill vara tillmötesgående när de försäkrade önskar snabb hjälp.¹³⁸

En av ISF:s tidigare rapporter visar också att tolk inte används. I 17 procent av sjukpenningakterna som granskades hade den försäkrade språksvårigheter. I inget av fallen hade Försäkringskassan erbjudit den försäkrade tolkhjälp.¹³⁹ Även i den rapporten

¹³⁶ Försäkringskassan, *Förvaltningsrätt i praktiken*. Vägledning 2004:7, s. 39.

¹³⁷ Försäkringskassan, *Kunskapsunderlag. Inför arbetet med att ta fram en metod för kartläggning av risker för osakliga könsskillnader och olika behandling i handläggning*. FK 2023/015518. s. 6.

¹³⁸ Försäkringskassan, FK 2023/015518. s. 10.

¹³⁹ ISF, *Nekad sjukpenning för inrikes och utrikes födda*. Rapport 2016:5 s. 46–47.

framkommer att det ofta är en anhörig till den försäkrade som i stället har agerat som tolk per telefon.

7.1.3 Omotiverat höga krav på läkarintyg

Den sista aspekten som rör planering och utredning fångar upp vilka krav som handläggaren ställer på det medicinska underlaget i ett sjukpenningärende. Omotiverat höga krav på läkarintyg kan vara ett tecken på olikabehandling, eftersom det innebär att handläggaren i ett sådant fall ställer ytterligare krav på de medicinska underlagen trots att de redan håller en hög kvalitet. Om handläggaren ställer krav på läkarintyg med låg kvalitet ser vi det som motiverat eftersom det krävs en viss kvalitet på intyget för att handläggaren ska kunna göra en bra bedömning. Men om handläggaren väljer att inte ställa krav på läkarintyg med låg kvalitet kan det i stället vara ett tecken på en mer fördelaktig behandling, eftersom den försäkrade då har fått rätt till sjukpenning trots ett svagt medicinskt underlag.

Vi har mätt läkarintygens kvalitet för att kunna värdera om de krav som handläggaren ställer är motiverade eller omotiverade. Vi finner att många läkarintyg har hög kvalitet, men en betydande andel har en låg kvalitet. I 34 procent av sjukpenningakterna var den genomsnittliga kvaliteten på läkarintygen låg. På första läkarintyget var det ännu fler som hade låg kvalitet, 52 procent. 49 procent av akterna hade en genomsnittligt hög kvalitet på läkarintygen, och i vissa av dessa fall valde handläggaren att ändå begära komplettering från vården eller att involvera en försäkringsmedicinsk rådgivare efter att handläggaren hade efterfrågat komplettering. Vi räknar det som omotiverat höga krav när handläggaren vidtar någon av dessa åtgärder trots att ett läkarintyg har hög kvalitet. Vi finner att 8 procent av sjukpenningfallen (13 av 163 akter) har fått omotiverat höga krav på sina läkarintyg.

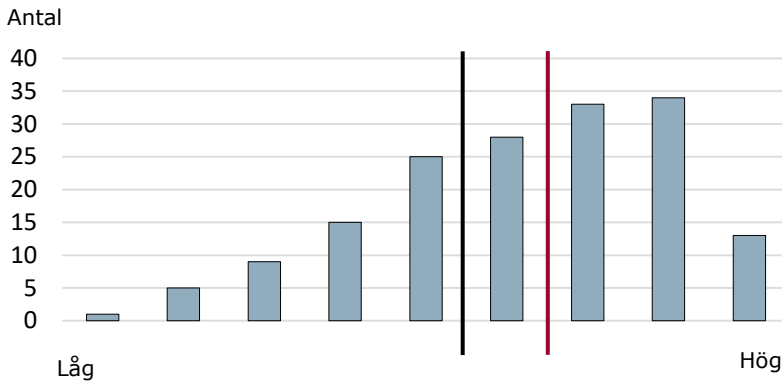
Läkarintygen har olika kvalitet, framför allt baserat på diagnos

Vi har mätt läkarintygens kvalitet enligt hur bra de beskriver den så kallade DFA-kedjan. DFA-kedjan innebär att det ska finnas ett samband mellan diagnosen (D), de funktionsnedsättningar (F) som beskrivs i intyget och vad den sökande inte kan göra, det vill säga

aktivitetsbegränsningen (A).¹⁴⁰ Det är med hjälp av DFA-kedjan som handläggarna kan bedöma arbetsförmågan.

Vår granskning visar att många har en hög kvalitet på sina läkarintyg, 49 procent (80 av 163 akter), men 55 av 163 akter har en låg kvalitet på sina läkarintyg, vilket motsvarar 34 procent (figur 19).

Figur 19 Genomsnittlig kvalitet av samtliga läkarintyg i sjukpenningfallet



Anm.: Den svarta linjen markerar gränsen för låg kvalitet på läkarintyg, där sjukpenningfallen till vänster om den svarta linjen har en genomsnittligt låg kvalitet på sina läkarintyg. Den röda linjen markerar gränsen för hög kvalitet på läkarintyg, där sjukpenningfallen till höger om den röda linjen har en genomsnittligt hög kvalitet på sina läkarintyg. De fall som befinner sig i stapeln mellan gränserna för låg och hög kvalitet har en nivå av kvalitet som vi bedömer som varken är hög eller låg.

När vi analyserar om det finns skillnader i genomsnittlig kvalitet på läkarintyg mellan enskilda grupper finner vi tydligast skillnader mellan olika diagnosgrupper. Personer med diagnoser för sjukdom i rörelseapparaten har läkarintyg med högre kvalitet än personer med psykiatriska diagnoser. Detta kan bero på att åtminstone en del av diagnoserna för sjukdom i rörelseapparaten handlar om fysiska diagnoser som är lättare att beskriva och det är lättare för läkaren

¹⁴⁰ Försäkringskassan, Vägledning 2015:1, version 19, s. 270.

att redogöra för besvären och vad patienten inte kan göra än vid psykiatriska diagnoser.

Men vi finner också vissa skillnader mellan personer födda inom och utom EU, och mellan kvinnor och män. Personer födda utanför EU har en något högre genomsnittlig kvalitet på sina läkarintyg än personer födda inom EU, särskilt när det gäller första läkarintyget. Skillnaden förändras i efterföljande intyg och finns där ibland, ibland inte. Ett genomsnitt för de fem första intygen visar endast en liten skillnad. Samma mönster ser vi mellan kvinnor och män. Kvinnor har ett högre medelvärde på kvaliteten på vissa intyg men inte alla. Ett genomsnitt för de fem första intygen visar inga skillnader mellan könen.

En liten andel försäkrade får omotiverat höga krav och en relativt stor andel omotiverat låga krav

Om olika grupper har olika kvalitet på sina läkarintyg kan detta tyda på olikabehandling från vården. Men vi är här främst intresserade av olikabehandling som kan uppstå i Försäkringskassans handläggning, det vill säga hur handläggarna hanterar de läkarintyg som de får in när det gäller vilka krav som de ställer på intygen.

Vi finner att en liten andel, 8 procent, av de försäkrade har fått omotiverat höga krav på sina läkarintyg (tabell 12). Detta innebär att de har haft läkarintyg av hög kvalitet, men att handläggaren ändå begär att vården kompletterar läkarintyget, eller involverar en försäkringsmedicinsk rådgivare. En stor andel, 41 procent, har fått motiverat låga krav, vilket innebär att läkarintygen har haft tillräcklig kvalitet för att det inte ska vara motiverat att be vården att komplettera det. Men en nästan lika stor andel, 38 procent, har fått omotiverat låga krav på sina läkarintyg. Denna grupp av försäkrade har haft låg kvalitet på sina läkarintyg, men handläggaren har ändå inte ställt krav på vården om att få in bättre medicinskt underlag. En relativt liten andel, 13 procent har fått motiverat höga krav på sina läkarintyg. Det rör sig om fall där vi bedömer att läkarintygets kvalitet är låg och att det vore motiverat för handläggaren att be vården om komplettering eller försäkringsmedicinsk rådgivare om råd, vilket hen också har gjort.

Tabell 12 Handläggarnas krav på de medicinska underlagen

<i>Kvalitet på läkarintyget</i>	<i>Höga krav</i>	<i>Låga krav</i>
Hög kvalitet	Omotiverat höga krav 8 %	Motiverat låga krav 41 %
Låg kvalitet	Motiverat höga krav 13 %	Omotiverat låga krav 38 %

Vi anser som sagt att omotiverat höga krav på läkarintyg kan vara ett tecken på olikabehandling. De försäkrade som har fått omotiverat låga krav på sina läkarintyg har i stället fått en mer fördelaktig behandling, eftersom de har fått rätt till sjukpenning trots det svaga medicinska underlaget.

Personer med psykiatrisk diagnos födda utanför EU får oftare omotiverat låga krav på sina läkarintyg

Vi finner att den grupp som oftast har fått omotiverat låga krav på sina läkarintyg är personer födda utanför EU med psykiatriska diagnoser. Att kraven är omotiverat låga innebär att läkarintygen har en låg kvalitet enligt vårt mått. Det kan innebära att till exempel funktionsnedsättningen och aktivitetsbegränsningen inte är tydligt beskriven. Trots det har handläggaren inte begärt någon komplettering. Av dem har 51 procent fått omotiverat låga krav på sina läkarintyg, jämfört med 39 procent i genomsnitt. Vi kan inte avgöra om det för denna grupp rör sig om positiv särbehandling eller anpassad handläggning.

I övrigt finner vi inga grupper som ligger tydligt över genomsnittet, men vi finner ett antal grupper som betydligt mer sällan har fått omotiverat låga krav på sina läkarintyg. Den tydligaste faktorn är då att ha en sjukdom i rörelseapparaten, och den grupp som har allra lägst förekomst av omotiverat låga krav på sina läkarintyg är kvinnor med diagnos för sjukdom i rörelseapparaten. De har mycket sällan omotiverat låga krav på sina intyg, 9 procent jämfört med 39 procent i genomsnittet. Även personer födda utanför EU med diagnos för sjukdom i rörelseapparaten har betydligt mer sällan fått omotiverat låga krav på sina läkarintyg än genomsnittet, 19 procent. Personer födda inom EU med diagnos för sjukdom i rörelseapparaten och män med diagnos för sjukdom i rörelseapparaten är ytterligare två grupper

som mer sällan har fått omotiverat låga krav på sina läkarintyg än genomsnittet, 23 procent respektive 28 procent.

Eftersom vårt urval är snedfördelat när det gäller personer med diagnos för sjukdom i rörelseapparaten rör det sig om få individer i dessa grupper. Men resultaten tyder ändå på att det är vanligare med omotiverat låga krav på läkarintyg bland psykiatriska diagnoser än diagnoser för sjukdom i rörelseapparaten.

7.2 Tecken på olikabehandling i planering och utredning

Vi har undersökt om vissa grupper av försäkrade oftare får låg aktivitet i sin planering för återgång, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning till specifika behov och förutsättningar, eller omotiverat höga krav på sina läkarintyg. Utifrån att vi har funnit en relativt låg förekomst av utfallen i vårt urval har vi analyserat områdena gemensamt. Vi analyserar här de fall som har haft låg aktivitet i sin planering, *eller* brister i handläggningen *eller* otillräcklig anpassning, *eller* omotiverat höga krav på sina medicinska underlag. Totalt har 38 procent av akterna fått något av detta i handläggningen av sitt sjukpenningärende. Eftersom de som har haft en låg aktivitet i sin planering utgör en majoritet av dessa fall kommer våra resultat att ge störst insikter om just detta utfall.

Våra resultat visar tecken på olikabehandling i planering och utredning. Vi finner en tydlig grupp som oftare får låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräckliga anpassningar eller omotiverat höga krav på läkarintyg. Det rör sig om *yngre och äldre kvinnor*, särskilt äldre kvinnor. Vi finner inga mer specifika grupper som oftare har fått utfallet. Men våra resultat indikerar att det kan vara en ökad risk att vara arbetslös eller ha en annan sysselsättningsstatus än anställd. Vi finner inga specifika omständigheter i handläggningen som har betydelse för förekomsten av utfallet.

Nedan presenterar vi huvudresultaten från våra analyser i steg fyra av vår analysmetod. Vi börjar med de gruppstillhörigheter som kan vara avgörande för om skillnaderna i planering och utredning är tecken på olikabehandling. Vi fokuserar därför på de individuella egenskaperna som har att göra med kön, ålder och ursprung. Men vi undersöker även om andra individuella egenskaper som rör diagnos,

yrkesposition och i vilken utsträckning individen driver sitt sjukpenningärendande kan bidra till att identifiera grupper som oftare har fått detta utfall. I ett sista steg presenterar vi vår analys av de kontextuella faktorer vi haft möjlighet att mäta, som till exempel antal handläggare eller hur vården driver ärendet.

7.2.1 Yngre och äldre kvinnor får oftare låg aktivitet i sin planering och vissa brister i handläggningen

Vi har analyserat om det finns grupper med sammansättningar av olika egenskaper som oftare fått låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg. Men vi börjar med att här redovisa om enskilda individuella egenskaper, så som att vara kvinna eller man, visar på några skillnader i förekomst av det aktuella utfallet.

Analys av enskilda individuella egenskaper indikerar skillnader baserat på hur individen driver sitt fall, diagnos och ålder

Våra resultat visar störst skillnad mellan de individer som i liten och stor utsträckning driver sitt fall gentemot Försäkringskassan. De som i liten utsträckning driver sitt fall har oftare fått låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverade krav på läkarintyg, 55 procent jämfört med 38 procent bland genomsnittet och 34 procent bland de som driver sitt fall i större utsträckning. Vi finner även en skillnad mellan diagnosgrupper och åldersgrupper. De som har en diagnos för sjukdom i rörelseapparaten har oftare fått utfallet, 49 procent jämfört med 36 procent bland de som har en psykiatrisk diagnos och 38 procent bland genomsnittet. När det gäller åldersgrupper ser vi att de som är äldre än 54 år oftare har fått utfallet, 48 procent. Vi finner inga skillnader mellan kvinnor och män, och inte heller mellan personer födda inom och utanför EU. Samtliga resultat finns redovisade i bilaga 5.3.1.

Analys av två individuella egenskaper visar skillnader baserat på kön och ålder

Vi finner alltså utifrån enskilda individuella egenskaper inga skillnader utifrån kön och inte heller ursprung. Däremot verkar ålder ha betydelse för om den försäkrade har fått låg aktivitet i planering,

brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverade krav på läkarintyg. Men flera individuella egenskaper kan tillsammans vara avgörande för om olikabehandling uppstår och därför har vi undersökt förekomsten av utfallet bland grupsammansättningar baserade på två individuella egenskaper.

Även om vi i detta steg endast har tagit hänsyn till två individuella egenskaper tyder våra resultat redan på att *yngre och äldre kvinnor* betydligt oftare har fått låga värden på planering och utredning. Kvinnor som inte är medelålders har en betydligt högre förekomst av utfallet än genomsnittet, och utgörs av ett tillräckligt antal individer. Att vara yngre eller äldre kvinna ökar enligt våra fynd risken att få utfallet och de skillnader vi ser i planering och utredning är därmed tecken på olikabehandling.

Bland kvinnor yngre än 34 år eller äldre än 54 år har 52 procent fått en låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverade krav på läkarintyg. Bland män i samma åldersgrupper är motsvarande andel 33 procent. De som minst ofta har fått utfallet är medelålders kvinnor, endast 30 procent. Medelålders män har däremot fått det nästan lika ofta som genomsnittet, 40 procent jämfört med 38 procent i genomsnitt (tabell 13).

Tabell 13 Förekomst av låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg utifrån kön och ålder

<i>Kvinna</i>	<i>Yngre än 34 år eller äldre än 54 år</i>	<i>Antal fall i gruppen som har låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg</i>	<i>% av fall med låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg</i>
1	1	17 av 33	52 %
0	1	11 av 33	33 %
1	0	14 av 47	30 %
0	0	20 av 50	40 %

Anm.: Siffran 1 indikerar närvaro av en egenskap, siffran 0 frånvaro av en egenskap (det vill säga att vara man, eller medelålders). Den fetmarkerade gruppen uppfyller våra kriterier för att dra slutsatser om tecken på olikabehandling.

Vi finner inte samma tydliga resultat när vi undersöker de individuella egenskaperna som har med ursprung och ålder att göra. Men yngre och äldre personer födda inom EU har något oftare fått en låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverade krav på läkarintyg, 46 procent jämfört med 38 procent i genomsnitt. Övriga grupsammansättningar utifrån ursprung och ålder visar inte på några betydande skillnader jämfört med genomsnittet (tabell 14).

Tabell 14 Förekomst av låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg utifrån ålder och ursprung

<i>Född utanför EU</i>	<i>Yngre än 34 år eller äldre än 54 år</i>	<i>Antal fall i gruppen som har låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg</i>	<i>% av fall med låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg</i>
1	1	7 av 20	35 %
0	1	21 av 46	46 %
1	0	15 av 39	38 %
0	0	19 av 58	33 %

Anm.: Siffran 1 indikerar närvaro av en egenskap, siffran 0 frånvaro av en egenskap (det vill säga att vara född inom EU, eller medelålders).

Vi finner inga skillnader mellan grupper utifrån kön och ursprung (tabell 15). Såväl kvinnor födda inom och utanför EU som män födda inom och utanför EU har lika ofta fått en låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg som genomsnittet. Detta tyder återigen på att det är ålder som är av betydelse.

Tabell 15 Förekomst av låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg utifrån kön och ursprung

<i>Kvinna</i>	<i>Född utanför EU</i>	<i>Antal fall i gruppen som har låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg</i>	<i>% av fall med låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg</i>
1	1	11 av 29	38 %
0	1	11 av 30	37 %
1	0	20 av 51	39 %
0	0	20 av 53	38 %

Anm.: Siffran 1 indikerar närvaro av en egenskap, siffran 0 frånvaro av en egenskap (det vill säga att vara man eller född inom EU).

Eftersom det utifrån kön, ursprung och ålder kan finnas olika grupp-sammansättningar ska vi nu se om vi kan identifiera om det finns några mer specifika grupper som oftare har fått en handläggning där planeringen och utredningen kan ha tecken på olikabehandling.

Analys av tre individuella egenskaper bekräftar att ålder har betydelse i kombination med kön

I följande analyser redovisar vi samtliga grupper som har en högre förekomst av låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverade krav på läkarintyg. När vi analyserar hur grupptillhörigheterna som har med kön, ursprung och ålder samspelar med varandra är det exakt samma grupp som identifieras som när vi ovan tittat på de individuella egenskaperna två åt gången, nämligen yngre och äldre kvinnor. När vi tar hänsyn till samtliga tre egenskaper (kön, ursprung, ålder) finner vi ingen ytterligare grupp som har en tydligt högre förekomst av utfallet. Resultatet ger oss en enkel och tydlig bild: det är *yngre och äldre kvinnor* som oftare har fått en låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverade krav på läkarintyg, men inga andra grupper.

Ovan grupperade vi ålder utifrån att vara medelålders eller inte medelålders. För att ålder inte felaktigt ska framstå som viktigare

än kön och ursprung på grund av att vi inkluderar flera faktorer som fångar olika åldersgrupper använder vi oss av samma gruppering här. Mönster i vår data visar att vara äldre eller yngre gör en skillnad jämfört med att vara medelålders.

Den enda gruppen som har en tydligt högre förekomst av utfallet är yngre och äldre kvinnor (tabell 16). Bland kvinnor som är yngre än 34 år eller äldre än 54 år har mer än hälften, 52 procent, fått utfallet, jämfört med 38 procent bland samtliga i urvalet. Gruppen utgörs också av ett tillräckligt antal individer för att uppfylla våra kriterier för att kunna dra slutsatser om tecken på olikabehandling. Gruppen består i något större utsträckning av äldre än yngre kvinnor (10 äldre, 7 yngre). En dryg fjärdedel, 27 procent, av samtliga som har fått en låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverade krav på läkarintyg är kvinnor som inte är medelålders.

Den andra gruppen som framkommer i vår analys är medelålders män. Nära en tredjedel, 32 procent, av alla som har fått utfallet tillhör denna grupp. Men medelålders män har endast en marginellt högre förekomst av utfallet än genomsnittet, 40 procent jämfört med 38 procent. Därför uppfyller inte denna grupp våra kriterier för att kunna dra slutsatser om tecken på olikabehandling.

Tabell 16 Samtliga grupper med högre förekomst av låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg utifrån kön och ålder

<i>Grupp</i>	<i>Andel fall i gruppen som har låg aktivitet i planering, brister i handläggningen eller otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på sina läkarintyg</i>	<i>Antal fall inom gruppen som har låg aktivitet i planering, brister i handläggningen eller otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på sina läkarintyg</i>	<i>Gruppens andel av alla studerade fall som har låg aktivitet i planering, brister i handläggningen eller otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på sina läkarintyg</i>
Kvinnor yngre än 34 år eller äldre än 54 år	52 %	17 av 33	27 %
Medelålders män	40 %	20 av 50	32 %
Alla studerade sjukpenningfall	38 %	62 av 163	-

Anm.: De två grupperna (*yngre och äldre kvinnor* och *medelålders män*) utgör 60 procent av alla sjukpenningfall som har låg aktivitet i planering, brister i handläggningen eller otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på sina läkarintyg. Ett enskilt fall kan tillhöra mer än en grupp. Den fetmarkerade gruppen uppfyller våra kriterier för att dra slutsatser om tecken på olikabehandling.

Totalt tillhör 60 procent av alla som fått en låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverade krav på läkarintyg någon av dessa två grupper, *kvinnor yngre än 34 eller äldre än 54* och *medelålders män*. Den grupp som uppfyller våra kriterier för att dra slutsatser om tecken på olikabehandling – *yngre och äldre kvinnor* – kvarstår även efter vårt robusthetstest där vi säkerställer att förändringar i ett enskilt fall inte leder till att någon av grupperna inte längre har en högre förekomst av utfallet än genomsnittet. Gruppen har en tydligt högre förekomst av utfallet än genomsnittet även när vi tar bort ett fall som har utfallet (10 procentenheter).

Nedan ger vi två exempel på fall som tillhör gruppen som uppfyller våra kriterier för att kunna dra slutsatser om tecken på olikabehandling i planering och utredning. Det ena fallet är en kvinna yngre än 34 år som har fått en brist i handläggningen av sitt sjukpenningärende. Det andra fallet är en kvinna äldre än 54 år som har fått låg aktivitet i sin planering för återgång i arbete.

Exempel på två fall som tillhör gruppen kvinnor yngre än 34 år eller äldre än 54 år

Oftast är det på grund av låg aktivitet i planering för återgång i arbete som ett sjukpenningfall tillhör utfallet som fångar upp potentiella tecken på olikabehandling i planering och utredning. Men i vissa fall beror det på att det förekommer en brist i handläggningen. I det här exemplet har handläggaren vid dag 180 bedömt en 29-årig kvinnas arbetsförmåga mot normalt förekommande arbete och beviljat sjukpenning. Men handläggaren har inte motiverat sitt beslut. Eftersom den försäkrade har fått sin ersättning har inte individen drabbats, men det visar på en bristande dokumentation som vi ser som en brist i handläggningen.

En 61-årig kvinna har fått låg aktivitet i sin planering för återgång i arbete. Handläggaren har varken tagit ställning till samordning eller utrett den försäkrades arbetsuppgifter. Samordningsåtgärder är åtgärder handläggarna kan initiera som innebär att individens förutsättningar och framtida planering diskuteras med andra parter för att skapa en helhetsbild och förhoppningsvis en väg framåt. Det är rimligt att inte alla sjukskrivna får en sådan åtgärd eftersom det är resurskrävande och att långt ifrån alla behöver det. Men handläggaren har uppdrag att ta ställning till och dokumentera om en samordningsåtgärd behövs eller om det inte är aktuellt. Handläggaren har också i uppgift att utreda den försäkrades arbetsuppgifter som en del i att klarlägga vad som behövs för att hon ska kunna återgå i arbete.

När vi tar hänsyn till om det finns skillnader mellan yngre och äldre, och inte enbart mellan medelålders och inte medelålders, framträder en grupp som mycket ofta har fått tecken på olikabehandling i planering och utredning. Det rör sig om *kvinnor äldre än 54 år*. Bland dem har 71 procent fått en låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg, jämfört med 38 procent bland samtliga i urvalet. Även denna mer specifika grupp består av ett tillräckligt antal individer för att vi ska kunna dra slutsatsen att det rör sig om ett tecken på olikabehandling. Analysen för detta resultat finns i bilaga 5.3.2.

7.2.2 Arbetslösa får oftare låg aktivitet i sin planering och vissa brister i handläggningen

Vi har undersökt om vi med hjälp av andra individuella egenskaper kan identifiera några mer specifika grupper av försäkrade som oftare fått en låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg. Vi finner att varken diagnosgrupp eller yrkesposition bidrar nämnvärt till att identifiera grupper med högre förekomst av utfallet eller en större andel av samtliga sjukpenningfall med utfallet. Vi har också analyserat betydelsen av om individen i liten eller stor utsträckning driver sitt fall i förhållande till Försäkringskassan. Vi finner att det inte heller gör någon nämnvärd skillnad för om personen har fått utfallet. Resultaten för denna analys finns i bilaga 5.3.3.

Vi finner däremot en betydande skillnad mellan anställda och arbetslösa. Arbetslösa har betydligt oftare fått en låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på sina läkarintyg i vårt urval. Bland de som är arbetslösa har 54 procent fått utfallet, jämfört med 35 procent bland anställda och 38 procent bland samtliga i urvalet. Den högre förekomsten av utfallet bland arbetslösa hänger samman med att de oftare har fått omotiverat höga krav på läkarintyg (25 procent) än genomsnittet (8 procent) och en otillräcklig anpassning till förutsättningar (17 procent jämfört med 4 procent av samtliga i urvalet). Det kan vara motiverat att handläggarna ställer högre krav på arbetslösas läkarintyg eftersom deras arbetsförmåga bedöms på ett annat sätt än anställda. Anställda bedöms mot sitt arbete men arbetslösa bedöms mot normalt förekommande arbete. Det är alltså svårare för arbetslösa att visa att deras arbetsförmåga är nedsatt, vilket kan leda till att handläggarna ställer högre krav på deras läkarintyg. Därför är vi försiktiga med att dra slutsatsen att arbetslösa utgör en grupp med högre förekomst av utfallet.

7.3 Hur vården driver ärendet påverkar inte handläggningen

Vi har också undersökt hur viktiga de kontextuella faktorerna som vi har haft möjlighet att inkludera i vår analys är. Dessa faktorer är

- antal handläggare

- läkare och läkarintyg
- i vilken utsträckning vården har drivit den försäkrades fall i förhållande till Försäkringskassan.

Vi ser inga specifika omständigheter som i kombination med varandra och med de individuella egenskaperna kön, ålder och ursprung oftare leder till låg aktivitet i planeringen, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg. Ingen av de kontextuella faktorerna bidrar nämnvärt till att identifiera grupper med högre förekomst av utfallet eller en större andel av samtliga sjukpenningfall som har fått det.

Hur vården driver ärendet skulle kunna påverka både vilka krav handläggaren väljer att ställa på medicinska underlag och hur aktiv handläggaren är i planeringen, till exempel om en rehabiliteringskoordinator är involverad ifrån vårdens sida. I våra analyser har vi gjort en gränsdragning mellan de sjukpenningfall där vården driver ärendet i liten utsträckning och de sjukpenningfall där vården driver det i större utsträckning. Att vården driver ärendet i liten utsträckning innebär att varken läkaren eller någon annan vårdaktör är en aktiv part i sjukpenningärendet. Vi har också värderat det som att vården driver ärendet i liten utsträckning om handläggaren måste påminna läkaren om att komma in med kompletteringar.

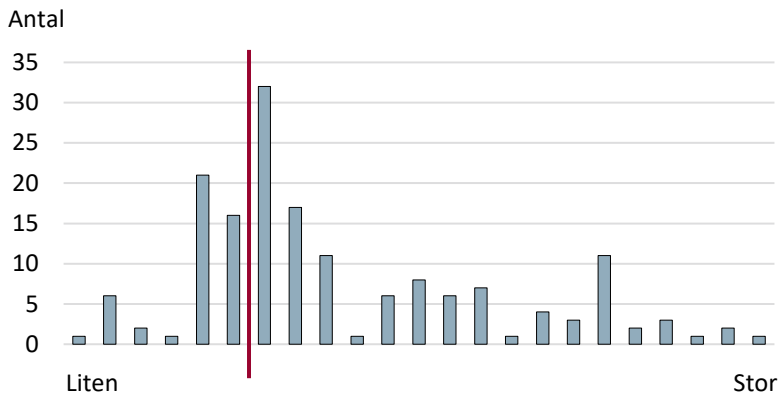
Att vården driver ärendet i en förväntad utsträckning kan till exempel handla om att läkaren har föreslagit någon åtgärd som skulle kunna underlätta för patienten att återgå i arbete. Att vården har drivit ärendet i större utsträckning innefattar att läkaren har vidtagit flera åtgärder, tagit kontaktat med handläggaren eller tagit initiativ till en avstämning, eller att en rehabiliteringskoordinator är involverad från vårdens sida. En rehabiliteringskoordinator har ofta i sitt uppdrag att ha kontakt med Försäkringskassan och har en annan möjlighet att engagera sig i sjukpenningärendet än läkaren har.

I vilken utsträckning vården driver den försäkrades ärende i förhållande till Försäkringskassan är den enda faktor där vi ser en skillnad när vi undersöker enskilda kontextuella faktorer i förhållande till utfallet. De sjukpenningfall där vården i liten utsträckning har drivit ärendet har oftare en låg aktivitet i planeringen, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg än de fall där vården har drivit ärendet i större utsträckning. 49 procent av fallen där vården i liten utsträckning har drivit ärendet

har fått utfallet. Motsvarande andel där vården har drivit ärendet i större utsträckning är 34 procent.

Men hur vården driver ärendet visar sig inte vara av betydelse när vi tar hänsyn till övriga faktorer för att identifiera grupper som oftare har fått låg aktivitet i planeringen, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg. Figur 20 visar den variation vi funnit i vilken utsträckning vården driver ärendet.

Figur 20 Variation i vilken utsträckning vården driver den försäkrades ärende i förhållande till Försäkringskassan och gränsen mellan att vården driver ärendet i liten eller stor utsträckning



Anm.: De sjukpenningfall där vården har drivit ärendet i liten utsträckning är på den vänstra sidan av den röda linjen. Att vården driver ärendet i liten utsträckning innebär att varken läkaren eller någon annan vårdaktör är en aktiv part i sjukpenningärendet. I de sjukpenningfall som är precis till höger om den röda linjen har vården drivit ärendet i vad vi anser som en förväntad utsträckning. Det kan till exempel handla om att läkaren har föreslagit någon åtgärd som skulle kunna underlätta för patienten att återgå i arbete. I de sjukpenningfall som befinner sig i mitten och den högra delen av diagrammet har vården drivit ärendet i större utsträckning. Detta innefattar att läkaren har vidtagit flera åtgärder, tagit kontakt med handläggaren eller tagit initiativ till en avstämning, eller att en rehabiliteringskoordinator är involverad från vårdens sida.

7.4 Hur arbetsgivaren förhåller sig kan påverka hur aktiv handläggaren är i planeringen för återgång i arbete

Bland de som är anställda har vi också analyserat om det finns några skillnader mellan de som har en arbetsgivare som stöttar dem och de som har en arbetsgivare som motarbetar dem, och de som har bra eller dåliga förutsättningar som har att göra med arbetet. Dessa två faktorer skulle potentiellt kunna spela roll med tanke på att planeringen för att den försäkrade ska kunna återgå till arbetet är en betydande del av den aspekt av handläggningen vi granskar i detta kapitel.

Vi ser när vi undersöker mönster utifrån enskilda faktorer ingen skillnad mellan de som har bra eller dåliga förutsättningar kopplade till arbetet. Men vi ser en skillnad mellan de som har en arbetsgivare som stöttar dem och de som har en arbetsgivare som motarbetar dem. De med en motarbetande arbetsgivare har oftare fått en låg aktivitet i planering för återgång i arbete än de som har en passiv eller stöttande arbetsgivare (45 procent jämfört med 29 procent), och också oftare än genomsnittet bland anställda (35 procent).

Att ha besvärande omständigheter som är kopplade till arbetet verkar inte påverka hur aktiv handläggaren är när det gäller planeringen för att den försäkrade ska kunna återgå till arbetet i vårt urval, inte heller i samspel med andra faktorer. Att ha en motarbetande arbetsgivare kan däremot innebära en risk att få en låg aktivitet i planering för återgång i arbete. När vi analyserar arbetsgivarens förhållningssätt i samspel med gruppstillhörigheter utifrån kön, ursprung och ålder finner vi en betydligt högre förekomst av låg aktivitet i planering bland grupper med motarbetande arbetsgivare.

8 Registerbaserad analys – Utredning, insatser och kontakter med försäkrade

I detta kapitel presenterar vi ytterligare analyser utifrån de registerdata som vi beskriver i avsnitt 1.3.1. Vi har analyserat följande aspekter av handläggningen:

- i vilken mån handläggare kontaktar den sökande och om en telefonutredning genomförs
- om handläggaren har avstämningsmöten med de sökande och om en plan för återgång till arbete upprättas
- om försäkringsmedicinsk rådgivare kontaktas av handläggare
- om handläggare begär komplettering av läkarintygen.

Våra analyser visar på könsskillnader i flera av dessa mått. Män kontaktas mer sällan av handläggare, får mer sällan en telefonutredning, ett avstämningsmöte eller en planering för återgång i arbete. Handläggaren kontaktar också försäkringsmedicinska rådgivare oftare i mäns ärenden än i kvinnors. Dessa resultat skiljer sig i viss mån från resultaten i våra aktbaserade analyser, där specifika grupper av kvinnor är de som oftast har fått låg involvering, lågt agentskap eller låg aktivitet i planering för återgång i arbete. I avsnitt 9.3.3 resonerar vi kring hur vi tolkar mäns genomsnittligt lägre nivåer på dessa mått samt möjliga förklaringar till att män kommer fram som en grupp i våra registerbaserade analyser och specifika grupper av kvinnor kommer fram i våra aktbaserade analyser.

Vi ser också att personer födda utanför Europa skiljer ut sig. De får mer sällan telefonutredningar, avstämningsmöten och en planering

för återgång än andra. Samtidigt gör handläggare oftare försök att kontakta individer födda utanför Europa, jämfört med svenskfödda.

Det är också större sannolikhet att handläggaren kontaktar en försäkringsmedicinsk rådgivare eller begär att vården kompletterar ens läkarintyg när den sökande är en person som är född utanför Sverige.

Vi ser även att handläggare kontaktar personer som är äldre än 54 år mer sällan än övriga. De får också färre avstämningsmöten och en planering för återgång i arbete. Personer som är yngre än 34 år får däremot färre telefonutredningar och handläggarna kontaktar försäkringsmedicinsk rådgivare mer sällan i deras ärenden.

Vi har i samtliga avsnitt analyserat interaktionseffekter, det vill säga om effekten av att till exempel vara utrikes född och äldre är större än summan av de separata effekterna av att vara utrikes född och av att vara äldre. Vi har funnit få sådana resultat, och redovisar dem bara i de fall där vi har funnit tydliga interaktionseffekter. Syftet med interaktionsanalyserna liknar det i de tidigare kapitlen där intersektionalitet och kumulativt missgynnande har analyserats, även om metoderna skiljer sig åt. Den tydligaste interaktionseffekten som vi har funnit är att äldre män kontaktas ännu mer sällan av handläggare än vad analyserna som gäller kön och ålder separat visar.

Till skillnad från kapitel 3 så är statistiken som vi redovisar i detta kapitel deskriptiv, det vill säga frekvenser och andelar har inte korrigerats för några bakgrundsvariabler. Analyserna har delats upp utifrån diagnos och ärendens längd.

Där det har varit möjligt har vi delat upp analyserna i två delar, en för händelser under ett sjukfalls första 90 dagar för sjukfall som har varat i minst 90 dagar, och en liknande för ärenden som har varat i minst 180 dagar. Längden på ett ärende är antalet dagar som ett ärende har funnits i DoA (Försäkringskassans Diagnos- och Arbetsgivarregister, där handläggare även registrerar olika genomförda moment i handläggningen).

Vi har också delat upp våra resultat utifrån vilken diagnos (huvud-diagnos på ärendets sista läkarintyg) som ärendet gäller. Diagnoserna har delats upp i psykiatriska diagnoser, diagnoser för sjukdom i rörelseapparaten samt övriga diagnoser.

8.1 Sökande som är äldre eller män kontaktas mer sällan än övriga

Vi finner att antalet försök från handläggarna att kontakta en person i ett sjukpenningärende är färre om den sökande är man eller minst 55 år gammal, men även att individer födda i Sverige eller övriga Norden kontaktas mer sällan än övriga (figurer 21 och 22).

Antalet kontaktförsök är intressant eftersom det säger någonting om i vilken mån handläggaren försöker inkludera den försäkrade i handlägningsprocessen. Men det kan också vara ett sätt att kontrollera den försäkrade. Vi har tolkat kontaktförsök från handläggaren som att den försäkrade får en möjlighet att involveras i sitt ärende, och ett lågt antal kontaktförsök som ett tecken på låg involvering. Många kontaktförsök skulle också kunna vara ett tecken på att handläggare ställer större krav på den försäkrade, men det är något vi inte har möjlighet att avgöra. Vi fokuserar här på att identifiera de som har fått lägst antal kontaktförsök eftersom vi tydligare kan värdera betydelsen av det fyndet som låg involvering.

Vi kan konstatera att handläggarna ringer många telefonsamtal utan att notera det på något annat sätt än i löpande text i journalanteckningarna. Materialet som har använts för att identifiera kontaktförsök är därför journalanteckningar från ärendena, det vill säga texter som handläggare själva har skrivit.

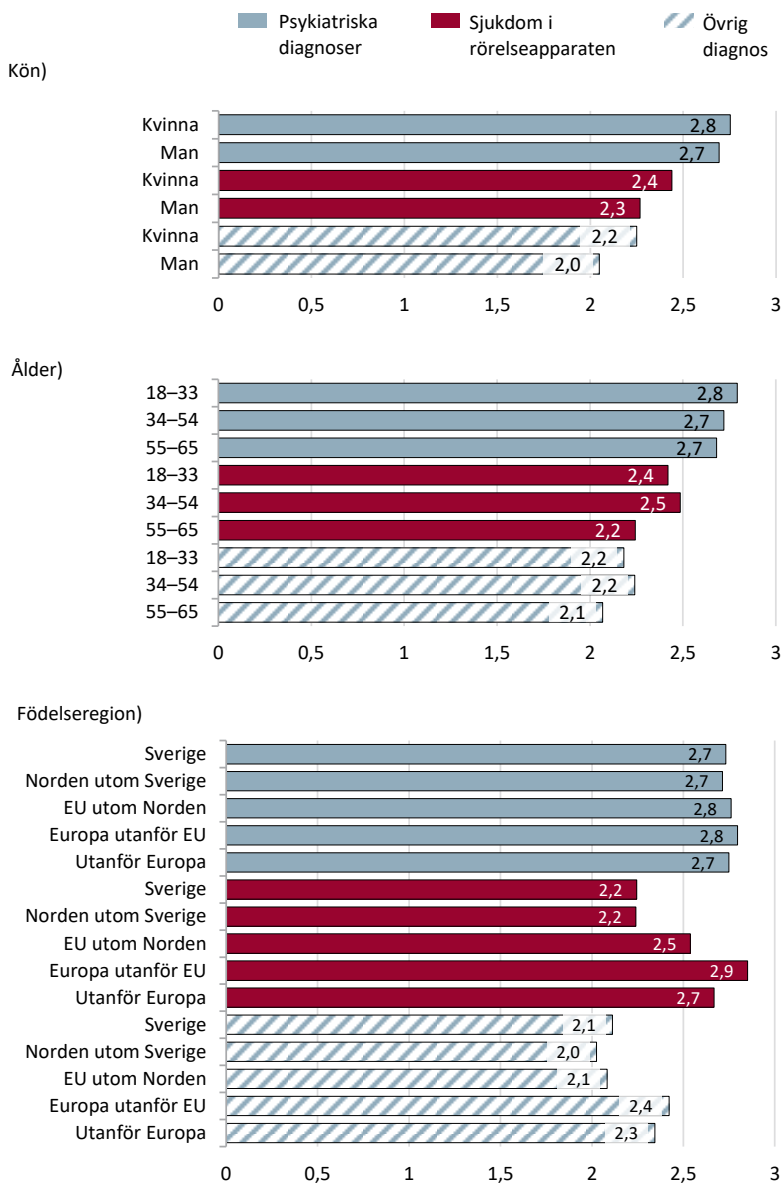
Vi har med hjälp av olika textanalytiska verktyg hittat ett antal formuleringar och uttryck som skulle kunna användas för att identifiera kontaktförsök från handläggare. Det kan vara formuleringar som ”telefonsamtal till den försäkrade” och ”jag skickar ett sms” eller uttryck som ”kontaktförsök” och ”telefonutredning”. Sedan har vi utvärderat hur bra de olika formuleringarna och uttrycken är på att identifiera just kontaktförsök från handläggare riktade till de försäkrade genom att göra stickprov bland de anteckningar som har identifierats. Efter detta har vi tagit bort vissa formuleringar, lagt till vissa och skrivit om andra eller kompletterat dem med fler villkor för att en journalanteckning ska tolkas som ett kontaktförsök.

De kontaktförsök som vi har identifierat är huvudsakligen via telefon, och i mindre utsträckning sms eller kontaktförsök som inte har specificerats. Kontakt via e-post har vi inte kunnat identifiera

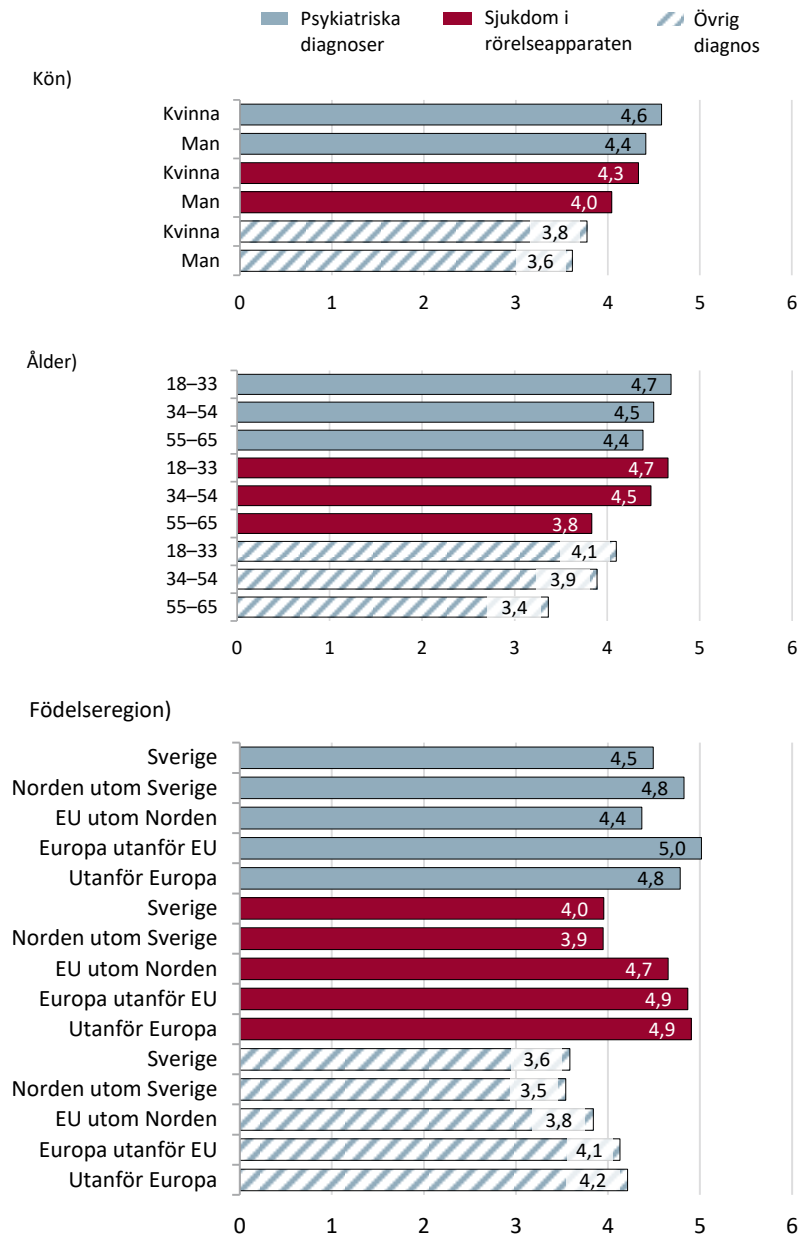
eftersom de formuleringar som används vid kontakt med den försäkrade också ofta används vid kontakt med andra personer, till exempel arbetsgivare eller läkare. Totalt har vi tagit fram cirka 25 olika formuleringar som vi bedömer identifierar kontaktförsök i journalanteckningar med tillräckligt god precision.

Vår analys visar att personer med psykiatriska diagnoser oftare blir kontaktade än de med diagnoser för sjukdom i rörelseapparaten, och att de i sin tur blir kontaktade oftare än de med övriga diagnoser (figur 21 och 22). Men detta gäller inte inom alla födelseregioner och åldersgrupper. Som förväntat ökar även antalet kontaktförsök med längden på ärendena. Ett annat mönster är att kvinnor blir kontaktade oftare än män inom alla diagnoser. Vi ser också att personer över 54 år blir kontaktade mer sällan, särskilt inom de längre ärendena. Viss spridning finns även mellan de olika födelseregionerna, där det tydligaste mönstret är att individer födda utanför Norden kontaktas oftare än de födda i Sverige eller Norden, undantaget inom de psykiatriska diagnoserna, där inga tydliga skillnader går att se. Våra analyser visar också på en interaktionseffekt mellan kön och ålder, där äldre män kontaktas ännu mer sällan än vad analyserna som gäller kön och ålder separat visar på.

Figur 21 Antal kontaktförsök under ett sjukfalls första 90 dagar, uppdelat på kön, ålder och födelseregion



Figur 22 Antal kontaktförsök under ett sjukfalls första 180 dagar, uppdelat på kön, ålder och födelseregion



Metoden som vi har tagit fram för att identifiera kontaktförsök har vissa brister som medför att vi inte helt säkert kan identifiera varje kontaktförsök. Metoden inkluderar vissa journalanteckningar där inga kontaktförsök har gjorts eller där handläggare har försökt kontakta någon annan än den försäkrade. Metoden exkluderar också vissa ärenden där handläggare har försökt kontakta den försäkrade. Det kan också hända att vissa kontaktförsök snarare beror på att en person är svår att få tag på än att den haft mycket kontakt med handläggare. Men vi bedömer att precisionen ändå är tillräckligt god för att ge en bild av hur kontaktförsöken skiljer sig åt mellan grupper på populationsnivå.

8.2 Färre registrerade telefonutredningar bland män, yngre och födda utanför Europa

En annan del av involveringen av den försäkrade som vi undersökt kvantitativt är förekomsten av telefonutredningar, där vi ser en avsaknad av telefonutredning som ett tecken på låg involvering. En telefonutredning är ett längre samtal där den försäkrade har möjlighet att berätta om sin situation. I figurer 23 och 24 redovisar vi andelen personer som beviljats sjukpenning där handläggare under sjukfallet registrerat minst en telefonutredning i Försäkringskassans ärendehanteringssystem.

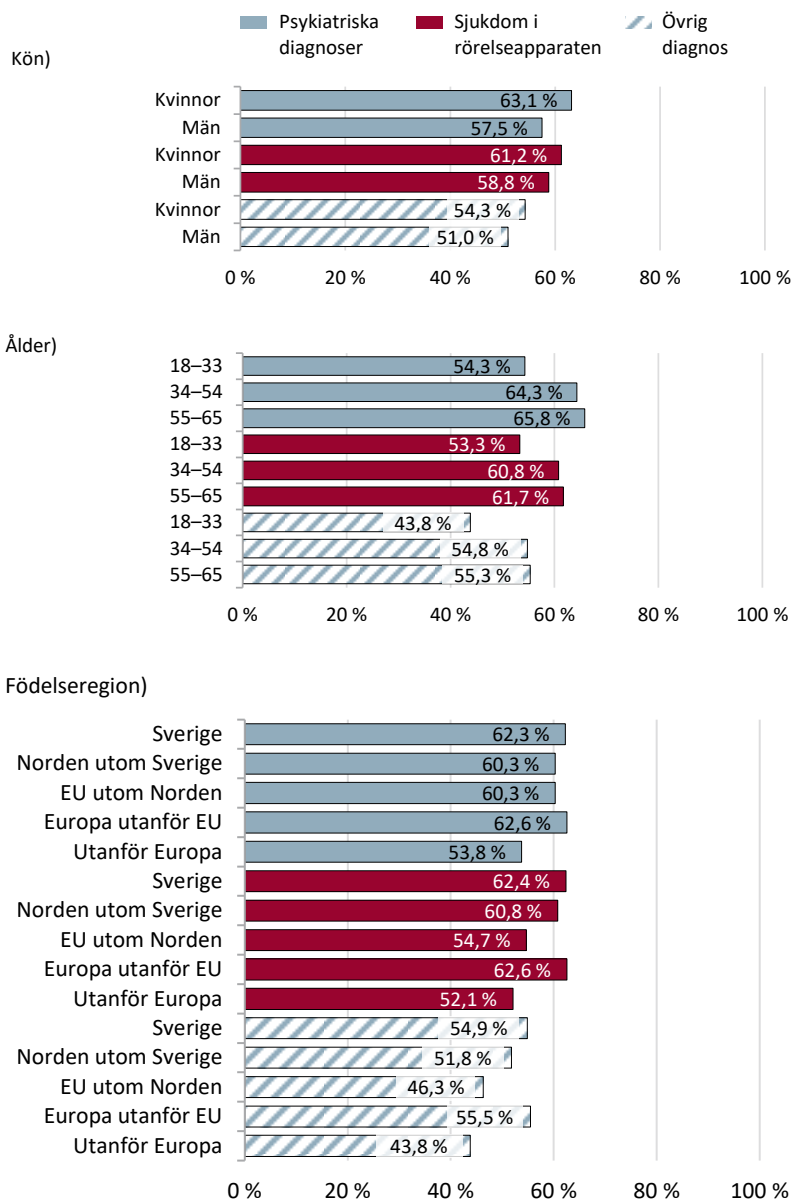
För de sjukpenningärenden som pågått i minst 90 dagar har det i genomsnitt skett minst en telefonutredning i 58,3 procent av ärendena fram till dag 90. I jämförelse mellan könen visar statistiken att en högre andel kvinnor har varit med i en telefonutredning än män inom samtliga diagnosgrupper (figur 23). Samma mönster finns också för de ärenden som har pågått i minst 180 dagar, där kvinnor i samtliga diagnosgrupper har en något större andel ärenden med minst en registrerad telefonutredning (figur 24). Störst skillnad i procentenheter är inom gruppen som får sjukpenning för en psykisk sjukdom. Där har 77,2 procent av alla kvinnor fått minst en telefonutredning under första 180 dagarna jämfört med 71,8 procent av alla män.

Personer födda utanför Europa får mer sällan en telefonutredning än personer födda i Sverige. Det gäller inom samtliga diagnosgrupper

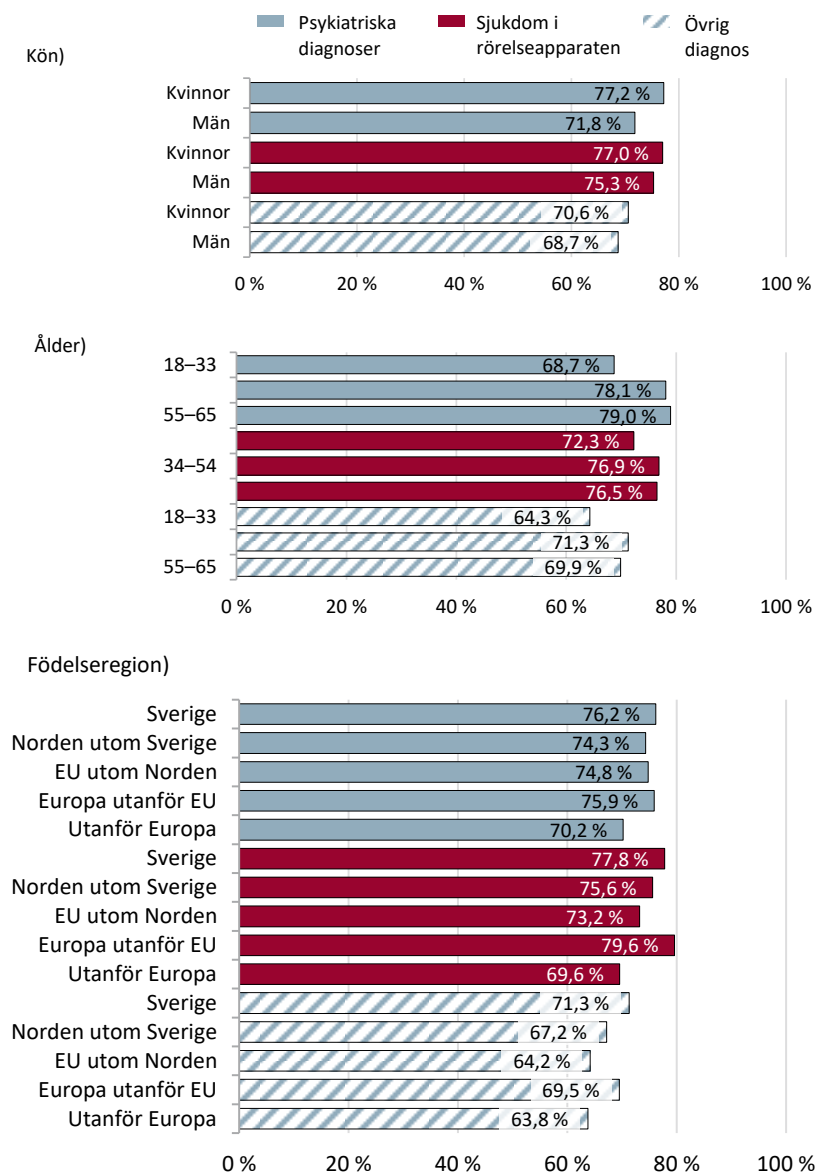
både för de ärenden som pågår minst 90 dagar och de ärenden som pågår minst 180 dagar.

Även den försäkrades ålder har betydelse för om hen får en telefonutredning. Personer som är under 34 år får mer sällan en telefonutredning än övriga åldersgrupper. Det gäller inom samtliga diagnosgrupper både i ärenden som har pågått minst 90 och ärenden som har pågått i minst 180 dagar.

Figur 23 Andelen ärenden där det registrerats minst en telefonutredning inom 90 dagar, uppdelat på kön, ålder, födelseregion och diagnosgrupp



Figur 24 Andelen ärenden där det registrerats minst en telefonutredning inom 180 dagar, uppdelat på kön, ålder, födelseregion och diagnosgrupp



8.3 Färre avstämningsmöten och mindre ofta en planering för återgång i arbete för män, födda utanför Europa och äldre

Vi har undersökt om antalet avstämningsmöten och antalet planeringar för återgång som har registrerats i Försäkringskassans ärendehanteringssystem skiljer sig åt mellan olika grupper. Vi anser att det saknas en aktiv planering för återgång i arbete om handläggaren inte har registrerat att det finns en planering. Att handläggaren väljer att ha ett avstämningsmöte med den försäkrade innebär däremot en tydlig aktivitet i planeringen för återgång i arbete. Ett avstämningsmöte innebär samtidigt att den försäkrade i högre grad har involverats i ärendet jämfört med om inget avstämningsmöte har hållits.

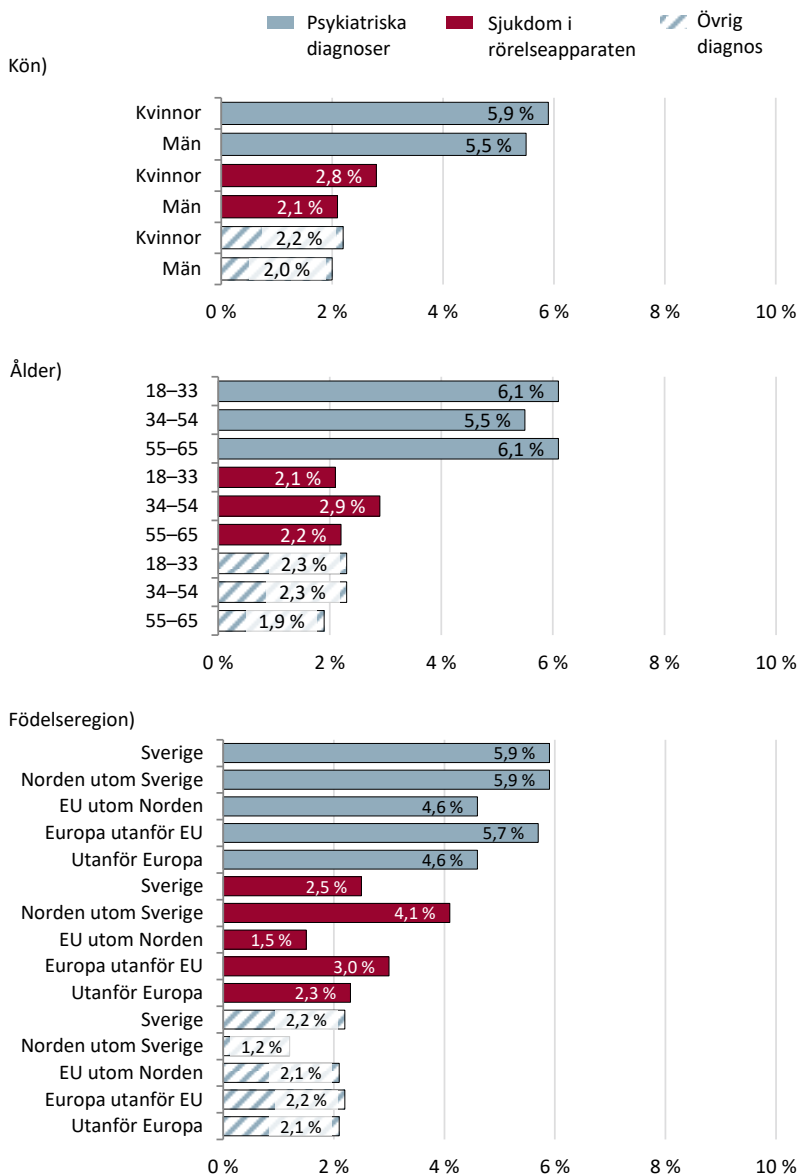
I de ärenden som pågår minst 180 dagar ser vi att det under denna period skett minst ett avstämningsmöte i 4 procent av samtliga ärenden och en plan för återgång i arbete i 7 procent av samtliga ärenden. Försäkringskassans registerdata visar att en högre andel kvinnor har varit med på ett avstämningsmöte än män under sjukfallets första 180 dagar. Det är också en högre andel kvinnor som har fått en planering för återgång/rehabiliteringsplan än män under samma period. Dessa skillnader gäller för samtliga diagnosgrupper vi redovisar även om skillnaderna i vissa fall är små (figur 25 och 26).

Bland de som fått sjukpenning för en psykiatrisk diagnos ser vi att de som är födda utanför Europa eller inom EU men utanför Norden mer sällan får ett avstämningsmöte, jämfört med de födda i Sverige (figur 25). Personer födda utanför Europa får även mer sällan en planering för återgång i arbete och det gäller för samtliga diagnosgrupper (figur 26). Våra resultat visar också att personer födda i Norden utom Sverige som har en diagnos för sjukdom i rörelseapparaten som huvuddiagnos i högre grad deltar på avstämningsmöte än övriga. Men denna grupp är relativt liten och detta resultat är därför osäkert.

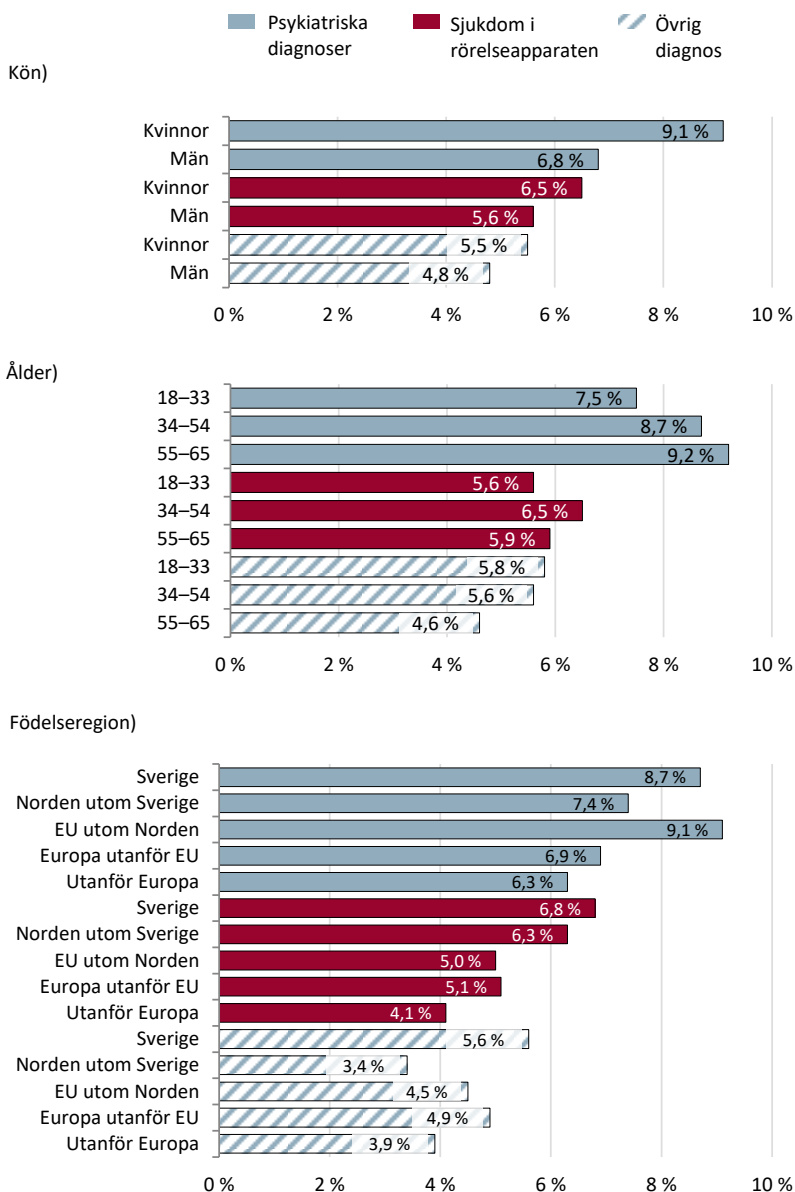
Både avstämningsmöten och planeringar för återgång i arbete registreras aningen mer sällan för personer som är över 54 år gamla än för övriga. Men den bilden är inte entydig och för äldre med en psykiatrisk diagnos är det i stället vanligare att det registreras en planering för återgång i arbete jämfört med övriga. För personer som

är under 34 år finns också variationer både mellan diagnoser och mellan de två olika måtten. Men planering för återgång i arbete är något mer sällsynt inom psykiatriska sjukdomar för yngre personer jämfört med de som är äldre.

Figur 25 Andelen ärenden där det registrerats minst ett avstämningssmöte under de första 180 dagarna, uppdelat på kön, ålder, födelseregion och diagnosgrupp



Figur 26 Andelen ärenden där det har registrerats minst en planering för återgång/rehabiliteringsplan under de första 180 dagarna, uppdelat på kön, ålder, födelseregion och diagnosgrupp



8.4 Oftare konsultation med försäkringsmedicinsk rådgivare för män, utrikes födda och äldre

Vi har undersökt hur ofta en handläggare har bedömt att den behöver konsultera en försäkringsmedicinsk rådgivare. Vi har tittat på de första 180 dagarna i ärenden som har pågått minst så länge. Försäkringsmedicinsk rådgivare är en läkare som är anställd av Försäkringskassan för att hjälpa utredaren förstå och värdera medicinsk information i ärenden.¹⁴¹ Att handläggaren konsulterar en försäkringsmedicinsk rådgivare kan vara ett sätt att ställa krav på läkarintyget. Eftersom vi i de registerbaserade analyserna inte helt har möjlighet att uppskatta läkarintygets kvalitet kan vi inte bedöma om en konsultation med en försäkringsmedicinsk rådgivare är motiverad utifrån det enskilda intygets kvalitet eller oklarheter i intyget. Om de mönster vi ser i våra analyser inte beror på olikabehandling i Försäkringskassans handläggning så kan de bero på att läkarintygets kvalitet skiljer sig åt mellan grupper. Vi ser därför de skillnader mellan grupper som vi har hittat som möjliga tecken på olikabehandling. Men vi kan inte avgöra om våra resultat beror på olikabehandling i Försäkringskassans handläggning eller hos de läkare som skriver intygen.

För de sjukpenningärenden som pågått i minst 180 dagar har det i konsulterats en försäkringsmedicinsk rådgivare i 4,3 procent av ärendena fram till dag 180. Våra jämförelser visar att det är en högre andel ärenden där den försäkrade är man där handläggaren anser att hen behöver konsultera en försäkringsmedicinsk rådgivare jämfört med ärenden där den försäkrade är kvinna. Men för personer som har en diagnos för sjukdom i rörelseapparaten som huvudsaklig diagnos är situationen omvänd. Där har handläggare i högre grad velat konsultera försäkringsmedicinsk rådgivare i sjukpenningärenden som rör kvinnor än i ärenden som rör män (figur 27).

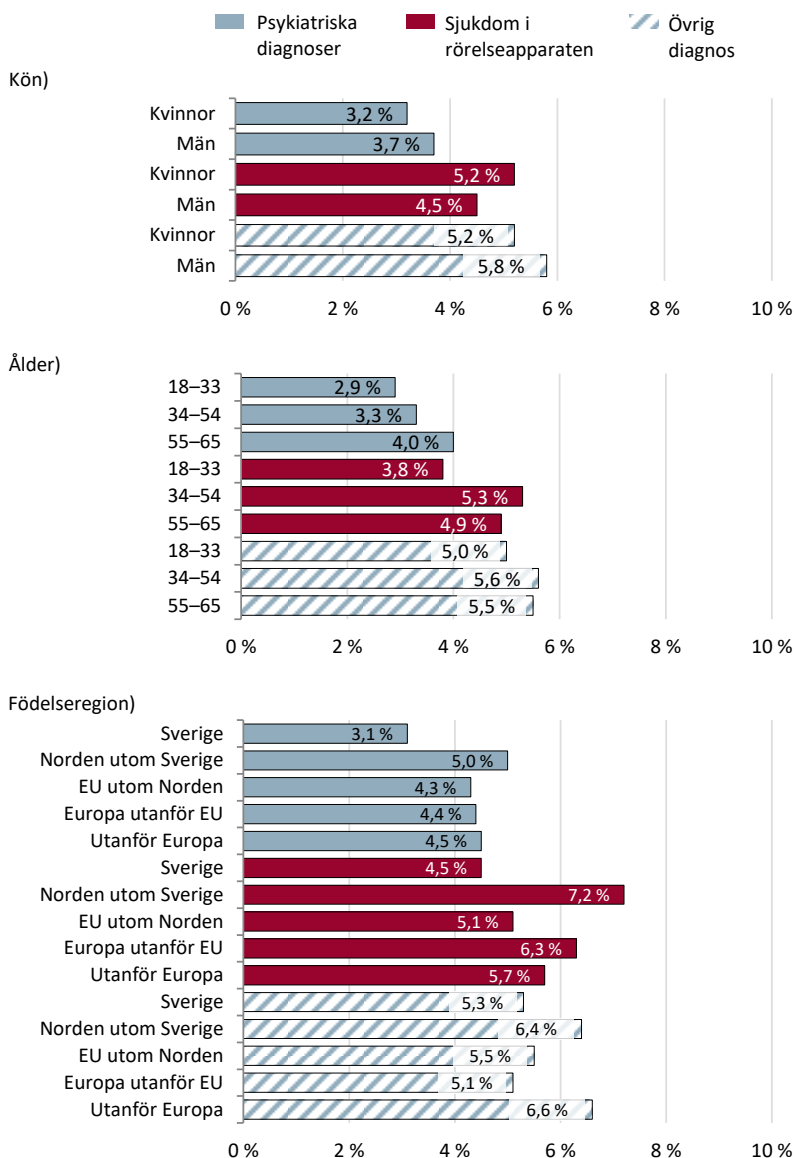
I sjukpenningärenden där den försäkrade är utrikes född är det vanligare att en handläggare har bedömt att hen behöver konsultera försäkringsmedicinsk rådgivare. Störst skillnad hittar vi för de födda i Norden utom Sverige med en sjukdom i rörelseapparaten. Men

¹⁴¹ Försäkringskassan, *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliterings-ersättning*. Vägledning 2015:1, version 19, s. 351.

denna grupp är relativt liten och detta resultat är därför osäkert. Handläggare ser också mer sällan behov av att konsultera försäkringsmedicinsk rådgivare i ärenden som rör yngre än i ärenden som rör äldre, och det gäller för samtliga diagnosgrupper.

Det finns ingen färdig variabel i våra registerdata som visar om handläggaren har bedömt att hen behöver konsultera en försäkringsmedicinsk rådgivare i ett ärende. Vi har därför valt att tolka samtliga journalanteckningar där handläggaren skrivit varianter av ”försäkringsmedicinsk rådgivare” eller ”fmr” som att handläggaren har bedömt att en sådan bör konsulteras. Efter att vi granskat ett slumpmässigt urval av 100 sådana anteckningar bedömer vi att vår tolkning är rimlig. I 95 av anteckningarna har en konsultation bokats, ska bokas eller så är konsultationen genomförd. I 5 av anteckningarna har handläggaren antecknat att en försäkringsmedicinsk rådgivare *eventuellt* behövs konsulteras. Vi har sedan undersökt hur många av samtliga sjukpenningärenden där det har skrivits minst en sådan anteckning inom 180 dagar. Uppgifterna redovisas för samtliga personer samt uppdelat på diagnosgrupp (figur 27).

Figur 27 Andel ärenden där en handläggare har velat konsultera försäkringsmedicinsk rådgivare under de första 180 dagarna, uppdelat på kön, ålder, födelseregion och diagnosgrupp



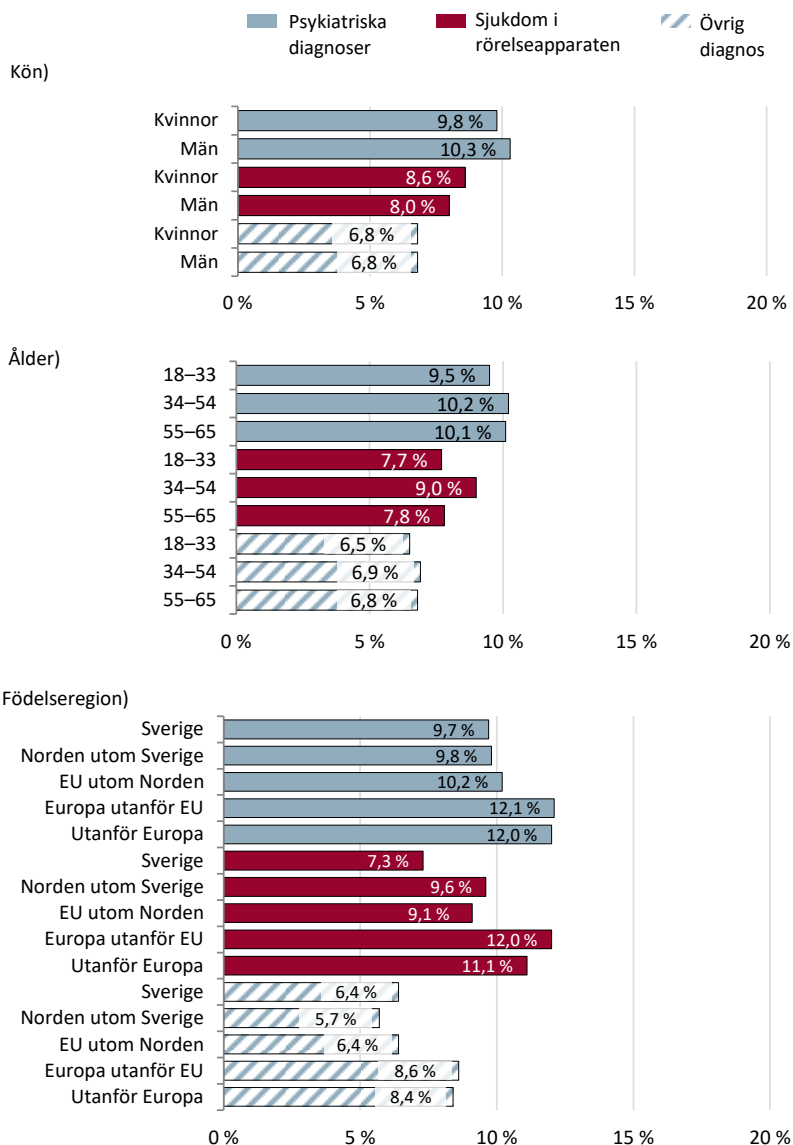
8.5 Handläggare begär oftare komplettering av utrikes föddas läkarintyg

Att handläggare begär av vården att de ska komplettera läkarintyg kan indikera att de ställer krav på det medicinska underlaget. Vi har i våra registerbaserade analyser inte möjlighet att värdera de enskilda intygens kvalitet, och kan därför inte avgöra om de skillnader mellan grupper vi finner beror på att grupper behandlas olika inom Försäkringskassans handläggning eller av de läkare som skriver intygen.

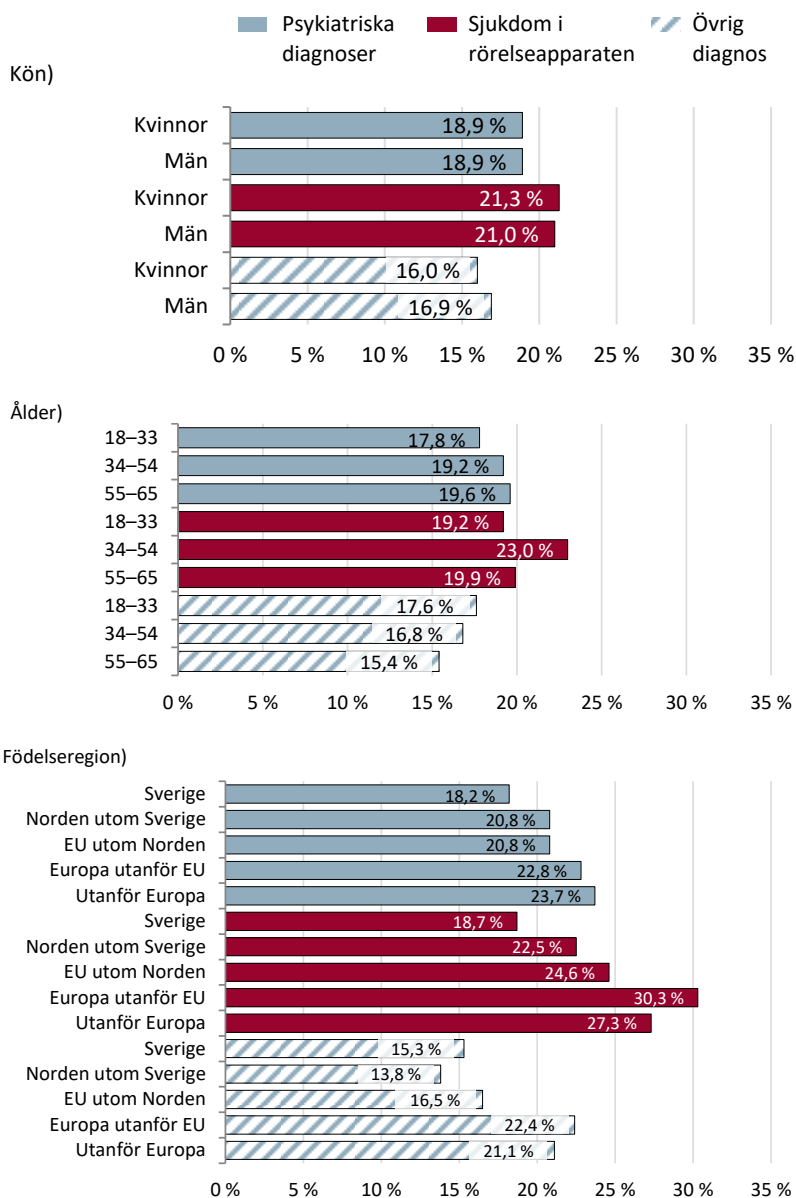
Våra resultat visar att det finns tydliga skillnader i ärenden där handläggaren begär komplettering av läkarintyg om man jämför de olika födelseregionerna. Det gäller särskilt för personer födda utanför Europa och personer födda i Europa men utanför EU vars läkarintyg oftare kompletteras inom samtliga diagnosgrupper (figur 28 och figur 29). Högst andel kompletteringar får personer födda i Europa men utanför EU med en sjukdom i rörelseapparaten där nästan vart tredje ärende (30,3 procent) som pågår i 180 dagar har minst en komplettering av läkarintyg under de första 180 dagarna. Vi ser inte några betydelsefulla skillnader i andelen kompletteringar mellan åldersgrupperna, eller mellan män och kvinnor. Totalt i de sjukpenningärenden som har pågått i minst 90 dagar så har minst ett läkarintyg kompletterats i 8,6 procent av fallen. I de ärenden som har pågått i minst 180 dagar är samma siffra 18,5 procent.

Siffrorna i vår analys bygger på de kompletteringar av intyg som faktiskt har kommit in. Vi har undersökt hur vanligt det är att Försäkringskassan har begärt och fått in komplettering av minst ett intyg under de första 90 dagarna för de ärenden som är minst 90 dagar och under de första 180 dagarna för de ärenden som är minst 180 dagar. Uppgifterna redovisas för samtliga personer samt uppdelat på diagnosgrupp.

Figur 28 Andelen sjukpenningärenden där minst ett läkarintyg har kompletterats under de första 90 dagarna, uppdelat på kön, ålder, födelseregion och diagnosgrupp



Figur 29 Andelen sjukpenningärenden där minst ett läkarintyg har kompletterats under de första 180 dagarna, uppdelat på kön, ålder, födelseregion och diagnosgrupp



9 Slutsatser och diskussion

I det här kapitlet redogör vi för de övergripande slutsatserna av vår granskning av Försäkringskassans handläggning av sjukpenning utifrån ett likabehandlingsperspektiv.

Likabehandling är centralt för att säkerställa att alla som har rätt till sjukpenning får förmånen. Det är också centralt för att säkerställa att alla som drabbas av nedsatt arbetsförmåga får det stöd i rehabilitering som Försäkringskassan har i uppdrag att samordna. Likabehandling är även viktigt av den enkla anledningen att alla har rätt att bli lika-behandlade av Försäkringskassan i myndighetens bemötande och agerande genom hela handlägningsprocessen.

Olikabehandling drabbar främst individen men riskerar också att påverka förtroendet för myndigheten. I den här granskningen definierar vi olikabehandling som situationer när handläggningen inte anpassas till individers behov och förutsättningar *eller* på ett omotiverat sätt behandlar individer som tillhör olika grupper olika. Olikabehandling *kan* innefatta att den försäkrade diskrimineras, men diskriminering är inte ett måste för att det ska vara olikabehandling.

Vi menar att olikabehandling är en missgynnande behandling. Om handläggningen inte anpassas till individers behov och förutsättningar får personer med specifika behov eller försvårande förutsättningar inte samma möjligheter att ta tillvara sina rättigheter när de drabbas av en nedsatt arbetsförmåga, vilket medför en missgynnande behandling. Men olikabehandling kan också ske om individer som tillhör olika grupper omotiverat behandlas olika på sätt som är missgynnande. Vår definition av olikabehandling baseras därmed inte på en allmänt *olika* behandling och innefattar inte heller positiv särbehandling, det vill säga när någon behandlas olika på ett fördelaktigt sätt.

Vi har i vår granskning identifierat risker för olikabehandling i specifika situationer i handläggningen av sjukpenning. Våra

resultat visar tydliga tecken på att olikabehandling förekommer inom de flesta av dessa situationer. Vi ser också att individer i vissa grupper har en större risk att utsättas för olikabehandling än individer i andra grupper. Det rör sig i flera situationer om äldre och yngre kvinnor samt kvinnor födda utanför EU, till exempel när det gäller risken att den försäkrade eller arbetsgivaren får en begränsad roll i sjukpenningärendet, eller risken att den försäkrade får en låg eller ingen aktivitet i planeringen för återgång i arbete. Vi ser i andra situationer, till exempel när det gäller risken att bli olikabehandlad vid bedömning av arbetsförmågan, att det finns en ökad risk för utrikes födda personer och särskilt de födda utanför Europa.

Vi kan utifrån våra analyser inte avgöra hur omfattande problemen med olikabehandling är i termer av hur många som drabbas av det. Men att vi ser tecken på olikabehandling i de flesta handläggningsmoment som vi har studerat tyder på att olikabehandling kan vara ett övergripande problem i Försäkringskassans handläggning av sjukpenning.

9.1 Två olika metoder visar tecken på olikabehandling

Olikabehandling är svårt att observera och studera. Trots att det har gjorts ett antal studier inom området så vet vi fortfarande lite om det förekommer olikabehandling i Försäkringskassans handläggning och i så fall på vilka sätt och vilka grupper som främst riskerar att drabbas. Tidigare studier har undersökt skillnader mellan grupper och resonerat kring att skillnader som inte kan förklaras av faktorer som är tillgängliga i registerdata skulle kunna bero på olikabehandling.¹⁴² Frågan om det rör sig om motiverade eller omotiverade skillnader i handläggningen och om skillnaderna är missgynnande eller inte har inte studerats.

Vår ambition i den här rapporten är att kunna uttala oss om olikabehandling där vi identifierat att det rör sig om en missgynnande

¹⁴² Till exempel: Försäkringskassan, *Skillnader i avslag för sjukpenning mellan olika grupper – En registerstudie om avslagsbeslut på initial ansökan och efter dag 180 i rehabiliteringskedjan*. Socialförsäkringsrapport 2022:1; Riksrevisionen, *Jämställd sjukfrånvaro – bedöms män och kvinnor likvärdigt i sjukskrivningsprocessen?* RIR 2019:19; Försäkringskassan, *Analys av skillnader i nyttjandet av sjukförsäkringen. Delrapport 1*. FK 2023/002328.

behandling, men också att kunna särskilja olikabehandling i form av omotiverade skillnader i handläggningen från skillnader i handläggning som är motiverade utifrån ärendets omständigheter. Vi har fördjupat analysen av om det finns olikabehandling i Försäkringskassans handläggning med två olika metoder. De båda metoderna kompletterar varandra genom sina respektive styrkor och begränsningar. Tillsammans gör de att vi kommer längre än tidigare studier genom att identifiera behandling som är missgynnande för individen men som samtidigt handlar om att olika grupper omotiverat behandlas olika.

Vi har dels genomfört kvantitativa registerbaserade analyser där vi har tagit hänsyn till faktorer som inte har studerats tidigare, bland annat har vi analyserat textinnehållet i läkarintyg. På så sätt har vi försökt ta reda på om det finns skillnader i avslag mellan olika grupper som skulle kunna förklaras av en persons grupptillhörighet. Genom textanalyser av handläggarnas journalanteckningar har vi även mätt olika aspekter av handläggningen utöver avslag och beviljande, som inte studerats tidigare.

Vi har också genomfört en kvalitativ granskning av akter. Även i den har vi tagit hänsyn till innehållet i läkarintyg men också fler aspekter av handläggningen än vi har haft möjlighet att göra i våra registerbaserade analyser. I de aktbaserade analyserna har vi dels kunnat ta hänsyn till att en viktig del av likabehandling är att handläggningen anpassas efter individens förutsättningar, dels kunnat identifiera betydelsefulla skillnader i handläggning som består i missgynnande behandling. Eftersom vi bedömt varje enskild sjukpenningakt i sin kontext och kunnat ta hänsyn till om ärendet har anpassats efter individens omständigheter kan vi i de aktbaserade analyserna särskilja mellan omotiverade och motiverade skillnader, och därmed mellan tecken på olikabehandling och en likabehandlande anpassad handläggning. Vi har även i den aktbaserade analysen använt en i sammanhanget ny analysmetod för att synliggöra mönster bland olika grupper. I de sjukpenningfall vi har bedömt fått en handläggning som är missgynnande för individen har vi analyserat om det finns grupper som oftare får en missgynnande behandling än andra grupper.

9.1.1 Vi drar slutsatser om tecken på olikabehandling

Även med våra nya sätt att angripa frågan är det med de analyser vi genomfört svårt att med säkerhet dra slutsatser om olikabehandling. Vi drar i rapporten därför slutsatser om *tecken på olikabehandling* i Försäkringskassans handläggning av sjukpenning. En anledning till att olikabehandling är svårt att dra slutsatser om har att göra med att olikabehandling i handläggningen sker på individnivå men det är först utifrån mönster på gruppnivå som det är möjligt att dra slutsatser om individer som tillhör olika grupper omotiverat behandlas olika.

Våra båda metoder hanterar denna utmaning på olika men kompletterande sätt. I våra kvalitativa aktbaserade analyser kan vi med säkerhet på individnivå identifiera de sjukpenningfall som fått en missgynnande behandling, men det finns en viss osäkerhet när det gäller mönstren på gruppnivå. Vi finner vad vi anser är tydliga skillnader mellan grupper, men urvalet består av ett begränsat antal fall och vad som utgör tillräckliga skillnader mellan grupper för att avgöra att det handlar om olikabehandling är en bedömningsfråga. I våra kvantitativa registerbaserade analyser kan vi i stället med säkerhet identifiera skillnader på gruppnivå, men vi har en större osäkerhet om skillnaderna mellan grupper rör sig om missgynnande behandling på individnivå. Anledningen till detta är att vi i våra registerbaserade analyser inte helt säkert vet om det rör sig om skillnader som kan vara motiverade utifrån det enskilda ärendets omständigheter och vi kan i mindre utsträckning vara säkra på att det vi identifierar är en missgynnande behandling. Vi bemöter dessa osäkerheter genom att dra slutsatser om *tecken på olikabehandling* i stället för säker förekomst av olikabehandling.

Vi drar utifrån våra kvalitativa aktbaserade analyser slutsatser om tecken på olikabehandling utifrån att det finns grupper som oftare har fått en missgynnande behandling och att vi inte finner något i de enskilda sjukpenningakterna som motiverar detta. Våra registerbaserade analyser består av olika typer av analyser av olika handläggningsmoment och vi drar utifrån dem slutsatser om tecken på olikabehandling på två olika sätt. När det gäller tecken på olikabehandling i handläggningsmomentet som rör bedömningen av arbetsförmågan drar vi slutsatser utifrån de oförklarade skillnaderna mellan grupper som finns efter att vi korrigerat för att grupperna skiljer sig åt i vissa bakgrundsegenskaper, däribland delar av innehållet i läkarintyg. Våra slutsatser om kvantitativa tecken på

olikabehandling i specifika handläggningsmoment som rör aspekter av den försäkrades roll och handläggarens planering och utredning baseras på den sammantagna bilden av vilka grupper som har lägre genomsnittliga nivåer av flera handläggningsmoment, men där vi inte korrigerat för att grupperna skiljer sig åt i bakgrundsegenskaper.

9.1.2 Vi drar slutsatser om grupper som har större risk att drabbas av olikabehandling

Vi pekar utifrån våra resultat också på vilka grupper som har större *risk* att drabbas av olikabehandling och på vilka sätt. Risk beskriver möjligheten att något som kan ha negativa konsekvenser för någon kan hända. När vi utifrån våra kvantitativa registerbaserade analyser drar slutsatser om grupper med större risk att drabbas av olikabehandling uttalar vi oss om risk som sannolikheten att något negativt inträffar. Vi kan utifrån våra registerbaserade analyser uppskatta sannolikheten att olika grupper får en viss typ av handläggning, och vi kan göra det utifrån samtliga sjukpenningfall. Men det finns viss osäkerhet kring om det vi fångar faktiskt är negativt, eftersom vi med mindre säkerhet kan säga att de skillnader vi finner i våra registerbaserade analyser rör sig om missgynnande behandling.

I de kvalitativa aktbaserade analyserna drar vi slutsatser om att det finns tecken på olikabehandling på grund av att vi ser att vissa grupper oftare har fått en handläggning som är missgynnande. Utifrån att det finns grupper som oftare har fått en missgynnande behandling drar vi slutsatsen att dessa grupper har större risk att drabbas av olikabehandling. De grupper vi identifierar i våra aktbaserade analyser har en större risk att drabbas av en missgynnande behandling. Men detta gäller vårt specifika urval. Det är tänkbart att liknande fall har en större risk även bland samtliga personer som får sjukpenning, men eftersom vi inte kan generalisera utifrån de sjukpenningakter vi har studerat kan vi inte säga det med säkerhet. När vi utifrån våra kvalitativa aktbaserade analyser drar slutsatser om grupper med större risk att drabbas av olikabehandling uttalar vi oss alltså om risk utifrån att vi ser negativa konsekvenser på så sätt att vissa grupper oftare får en missgynnande behandling och utifrån att det är tänkbart att de grupper vi ser oftare drabbas i vårt urval också kan vara de som drabbas bland samtliga individer som får sjukpenning. Vi drar därför slutsatsen att de grupper vi identifierar *har* en större risk i vårt urval,

och de *kan* ha en större risk även bland samtliga personer som får sjukpenning.

9.2 Vi ser fyra områden i handläggningen där det finns risk för olikabehandling

Syftet med granskningen har både varit att identifiera områden i Försäkringskassans handläggning av sjukpenning där det finns teoretisk risk för olikabehandling och situationer där det finns faktiska tecken på olikabehandling.

Utifrån vår analys av hela handläggningsprocessen ser vi fyra övergripande områden i handläggningen av sjukpenning där det finns *teoretiska* risker för olikabehandling. Inom dessa områden har vi identifierat konkreta situationer som till exempel specifika aspekter av vilken roll den försäkrade och arbetsgivaren får i ett ärende. Områdena omfattar utifrån vår bedömning de mest betydelsefulla momenten i handläggningen där handläggarna omotiverat kan göra olika mellan individer. De teoretiska riskområden vi har identifierat är också just områden där handläggarna har stort bedömningsutrymme. Det stora bedömningsutrymmet är delvis en konsekvens av att handläggningen ska vara anpassad till individen.

Det första området där vi ser en teoretiskt hög risk för olikabehandling är *bedömningen av arbetsförmågan*. Det handlar om risken att handläggare tar olika beslut vad gäller rätten till ersättning för personer som tillhör olika grupper. Från individens perspektiv är detta den allvarligaste risken, eftersom det kan resultera i att nekas ersättning.

Utöver risk för olikabehandling i själva bedömningen av arbetsförmågan ser vi också risker i handläggningsprocessen av ärenden där personer beviljats sjukpenning. Det andra området där vi ser risk för olikabehandling är *den försäkrades roll* i sitt sjukpenningärende. Vi ser att det finns risker för att handläggare ger försäkrade olika roller när det gäller i vilken utsträckning de involveras, får göra sin röst hörd eller får en arbetsbörda av handläggaren.

Det tredje området där vi ser hög teoretisk risk för olikabehandling är *arbetsgivarens roll* i sjukpenningärendet. Vi ser att det finns risker för

att arbetsgivare involveras i olika utsträckning eller att Försäkringskassan ställer olika krav på arbetsgivare i olika ärenden.

Det fjärde riskområdet vi ser handlar om hur handläggaren hanterar *planering och utredning*. Vi ser att det finns risker för att handläggarna hanterar ärenden olika när det gäller hur de planerar för att den försäkrade ska kunna återgå till arbete. Vi ser också att det finns en risk för olikabehandling som beror på i vilken utsträckning det finns brister i handläggningen och om handläggaren på ett otillräckligt sätt anpassar handläggningen till den försäkrades förutsättningar. Vi ser även att det finns en risk för olikabehandling om handläggarna ställer olika krav på läkarintygen för olika grupper.

9.3 Vi finner flera tecken på olikabehandling och vissa grupper har större risk att drabbas

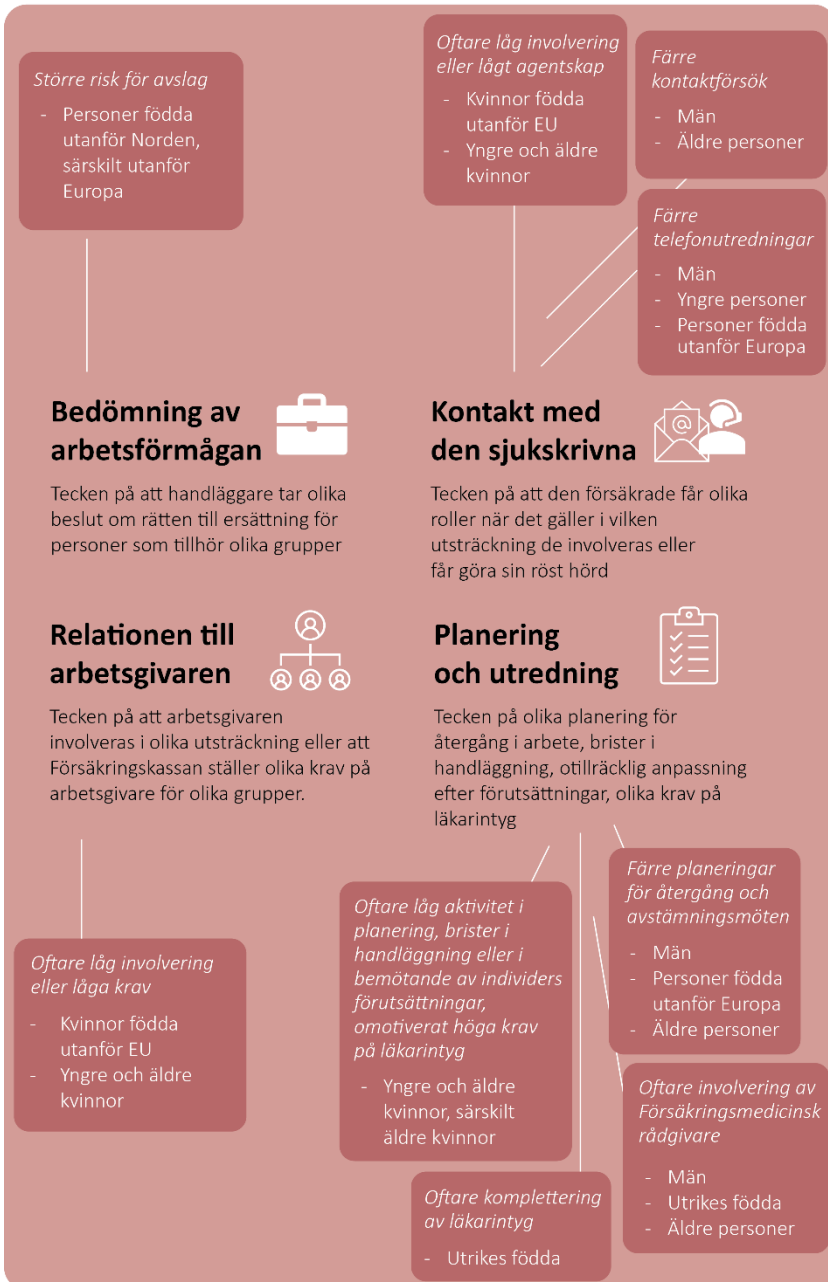
Med utgångspunkt i de identifierade teoretiska riskerna för olikabehandling har vi i granskningen funnit *tecken på olikabehandling*. Vi har funnit tydliga tecken på att vissa grupper i specifika situationer olikabehandlas i Försäkringskassans handläggning av sjukpenning. Vi tolkar detta som att dessa grupper har större risk att drabbas av olikabehandling.

Det finns utifrån tidigare studier om social ojämlikhet anledning att tro att vissa grupper kan vara mer utsatta för risken för olikabehandling. Det gäller till exempel kvinnor, utrikes födda och äldre personer. Det gäller särskilt för personer som tillhör flera potentiellt riskutsatta grupper samtidigt.¹⁴³ Men vi vet utifrån tidigare studier relativt lite om riskutsatta grupper i Försäkringskassans handläggning. I vår studie finner vi att det har betydelse för risken att olikabehandlas att vara kvinna, utrikes född eller ha en ålder som avviker från normen att vara medelålders. Vi ser också att risken är större om personen tillhör flera av dessa grupper samtidigt. Men vi finner även att män är en grupp som riskerar att drabbas av olikabehandling.

¹⁴³ Ragin CC. och Fiss PC, s. 11; Jämställdhetsmyndigheten, *Mellan tillit och misstro. Utrikes födda kvinnor om sina behov och hinder i relation till arbetsmarknadsetablering*. Rapport 2023:5.

När det gäller ursprung visar både våra fynd från de registerbaserade och de aktbaserade analyser som vi har gjort att de som är födda utanför EU eller Europa har större risk att drabbas av olikabehandling, även om det utifrån våra aktbaserade fynd endast gäller *kvinnor födda utanför EU* (figur 30). Ålder framkommer också som en riskfaktor i både våra registerbaserade och aktbaserade resultat. Utifrån våra registerbaserade resultat ökar risken att bli olikabehandlad i handläggningen av sjukpenning för personer som är yngre eller äldre, medan våra aktbaserade fynd återigen identifierar specifikt *yngre och äldre kvinnor* som en riskgrupp. Även kön har betydelse för risken att olikabehandlas. Våra aktbaserade fynd visar att specifika grupper av kvinnor har större risk att drabbas av olikabehandling i handläggningen på ett sätt som vi tydligt kan värdera som missgynnande. Samtidigt visar våra registerbaserade fynd att även män är en möjlig riskgrupp för olikabehandling i form av genomsnittligt lägre nivåer av specifika handläggningsmoment. Vi tolkar det som att de specifika grupperna av kvinnor är de som riskerar att drabbas mest av att det finns skillnader i handläggningen genom att de blir drabbade på ett tydligt negativt sätt. Män riskerar däremot att bli olikabehandlade på så sätt att de får mindre av vissa specifika handläggningsmoment, men det är inte lika tydligt att det handlar om en missgynnande behandling. Våra fynd illustrerar att olika mått, material och metoder ger delvis olika bilder, men uppmärksammar också att olikabehandling kan förekomma på olika sätt, i olika delar av handläggningsprocessen och att olikabehandling av en grupp inte utesluter att även en motsatt grupp olikabehandlas.

Figur 30 Tecken på olikabehandling utifrån riskutsatta grupper



Vi har funnit tecken på olikabehandling i nästan samtliga situationer i handläggningen som vi har studerat (figur 30). Det enda undantaget är en aspekt av den försäkrades roll, nämligen vilken arbetsbörda den försäkrade får under sjukpenningärendet när det gäller att komma in med information till Försäkringskassan, där vi inte finner några skillnader mellan grupper. Våra registerbaserade fynd visar tecken på olikabehandling i *bedömningen av arbetsförmågan*, det vill säga i bedömningen av rätten till ersättning. Vi har funnit tecken på olikabehandling i *vilken roll den försäkrade får* i sitt sjukpenningärende i både våra aktbaserade och registerbaserade analyser. De aktbaserade fynden visar tecken på olikabehandling när det gäller i vilken utsträckning myndigheten involverar personer som tillhör olika grupper eller vilket agentskap den försäkrade får i sitt ärende, det vill säga hur aktiv roll den försäkrade får. De registerbaserade fynden visar tecken på olikabehandling när det gäller specifika aspekter av den försäkrades involvering i sitt sjukpenningärende som rör i vilken utsträckning handläggaren har försökt att kontakta den försäkrade och om hen har fått en telefonutredning.

Vi har också funnit tecken på olikabehandling i handläggarens *planering och utredning* både i våra registerbaserade och aktbaserade analyser. Våra registerbaserade resultat visar att vissa grupper mindre ofta får en planering för återgång i arbete eller ett avstämningmöte. Våra aktbaserade fynd visar tecken på olikabehandling när det gäller hur aktiv handläggaren är med att planera för den försäkrades återgång i arbete och *vilken roll arbetsgivaren får*, men också om det förekommer brister i handläggningen eller i bemötande av individers förutsättningar och vilka krav som ställs på de medicinska underlagen för olika grupper. Våra registerbaserade resultat visar dessutom systematiska skillnader i hur handläggare involverar försäkringsmedicinska rådgivare och ber vården att komplettera läkarintyg för olika grupper, vilket kan tyda på olikabehandling.

9.3.1 Personer födda utanför EU har större risk att drabbas av olikabehandling

I våra registerbaserade analyser framkommer de tydligaste tecknen på olikabehandling för utrikes födda personer, särskilt personer födda utanför Europa. Detta resultat framkommer tydligt när det gäller olikabehandling i *bedömningen av arbetsförmågan*. Personer födda

utanför Europa har en högre risk att få avslag på sin ansökan om sjukpenning. Också när vi tittar på vilken roll den försäkrade får i sitt ärende och hur handläggaren planerar för den försäkrades återgång i arbete ser vi att utrikes födda i mindre utsträckning får en telefonutredning, ett avstämningsmöte och en planering för återgång jämfört med personer födda i Sverige. Våra aktbaserade fynd visar att specifikt kvinnor födda utanför EU har större risk att drabbas av olikabehandling när det gäller vilken roll den försäkrade får. Kvinnor födda utanför EU har oftare fått en begränsad roll i sitt sjukpenningärende i de fall vi har studerat.

Tecken på olikabehandling i bedömningen av arbetsförmågan för personer födda utanför Norden

Våra registerbaserade fynd visar tecken på olikabehandling i bedömningen av arbetsförmågan och därmed rätten till ersättning för *personer födda utanför Norden*, och särskilt för de födda utanför Europa. Våra resultat visar att personer födda utanför Europa har 2,3 procentenheters högre risk för avslag mellan dag 181 och 365 jämfört med inrikes födda. Om vi sätter det i relation till att inrikes födda i genomsnitt får avslag i 3 procent av alla ärenden som passerar dag 180 har personer födda utanför Europa 76 procent högre risk att få avslag. Skillnaden i avslag beror inte på de uppgifter i läkarintyget, arbetssituationen eller bakgrundsegenskaper som analysen har korrigerat för vilket är ett tecken på att det finns olikabehandling vid bedömning av arbetsförmågan mellan dessa grupper.

Det är framför allt män födda utanför Europa och personer födda utanför Europa med en sjukdom inom rörelseapparaten eller kroppsskador som har en större risk för avslag. Men även kvinnor födda utanför Europa och personer födda utanför Europa med en psykiatrisk diagnos har en större risk. Det talar för att tecken på olikabehandlingen inte enbart finns hos en specifik grupp av personer födda utanför Europa. Vår analys visar även att personer födda i Europa men utanför Norden har en större risk för avslag jämfört med inrikes födda och att det särskilt gäller personer födda i Europa men utanför Norden som får sjukpenning med en diagnos inom kroppsskador.

Våra resultat ligger i linje med tidigare studier som har visat att utrikes födda även tidigare haft en ökad risk att få avslag på sin

sjukpenning.¹⁴⁴ Vår analys bidrar med kunskapen att denna risk även finns under åren 2022–2023, en period där beviljande efter dag 180 har ökat¹⁴⁵. Vår analys visar att det finns högre risk att få avslag även efter att vi korrigerat för detaljerade uppgifter från den sökandes läkarintyg, något som inte gjorts i tidigare studier.

Vi har i analysen försökt korrigera för de faktorer som spelar roll för avslag och har inkluderat faktorer som aldrig har studerats tidigare. Men det kan ändå finnas andra tänkbara förklaringar som innebär att den oförklarade skillnaden inte enbart beror på olikabehandling. Ett sådant exempel är arbetsgivarens förhållningssätt gentemot den sjuk-skrivna. Om arbetsgivare generellt är mer angelägna och samarbetsvilliga i ärenden som handlar om inrikes födda än utrikes födda kan det vara deras olikabehandling som återspeglas i handläggningen och därmed förklarar en del av den kvarstående skillnaden mellan grupperna. En arbetsgivare som stöttar den försäkrade under sjuk-skrivningen och underlättar för återgång i arbete kan påverka handläggarens möjlighet att till exempel tillämpa bedömningsgrunden övervägande skäl. Alternativt skulle arbetsgivaren i stället kunna signalera saker i samtal med handläggaren som påverkar hans bedömning, vilket skulle kunna innebära att skillnaden i avslag resulterar från en kombination av olikabehandling från handläggare och arbetsgivare.

Personer födda utanför Europa riskerar att få en mer begränsad roll i sitt sjukpenningärende, särskilt kvinnor födda utanför EU

Resultaten från vår aktbaserade studie visar att *kvinnor födda utanför EU* betydligt oftare får en begränsad roll i sitt sjukpenningärende på så sätt att de ges litet eller inget agentskap eller involveras mycket lite eller inte alls i sitt sjukpenningärende. Eftersom en försäkrad bör involveras i sitt ärende i viss mån ser vi det som tecken på olika-behandling.

Utöver den samlade bilden av vilken roll den försäkrade får i sitt sjukpenningärende har vi också undersökt den specifika aspekten av

¹⁴⁴ ISF, *När sjukpenning nekas*. Rapport 2013:1; ISF, *Nekad sjukpenning för inrikes och utrikes födda*. Rapport 2016:5; ISF, *Ökning av antalet personer som får beslut om indragen sjukpenning*. Rapport. 2018:12; Försäkringskassan, *Sjukfrånvarons utveckling*. Delrapport 1 Socialförsäkringsrapport 2015:6.

¹⁴⁵ Riksrevisionen, *Undantaget som blev regel – Försäkringskassans användning av övervägande skäl vid 180 dagars sjukskrivning*. Rapport 2024:14.

involvering som rör om den försäkrade har fått en telefonutredning. Vår registerbaserade studie visar att en av grupperna som mindre ofta får en telefonutredning är *personer födda utanför Europa*. Vi menar att färre telefonutredningar är ett tecken på olikabehandling eftersom en telefonutredning är en betydelsefull form av involvering i sjukpenningärendet där den försäkrade har chans att delge sin syn på återgång i arbete och ta del av information som är viktig för den försäkrade, bland annat om de olika parternas skyldigheter och ansvar och hur rehabiliteringskedjan ser ut. En tidigare granskning av ISF har visat att handläggarna av sjukpenning tog färre initiativ till att kontakta försäkrade födda i Mellanöstern eller Nordafrika jämfört med inrikes födda.¹⁴⁶ I denna granskning finner vi inte att utrikes födda personer får just färre kontaktförsök, men däremot att personer födda utanför Europa i mindre utsträckning får en telefonutredning.

Personer födda utanför Europa riskerar att inte få en aktiv planering för återgång i arbete

De registerbaserade resultaten visar också att handläggare mindre ofta gör en planering för den försäkrades återgång i arbete och genomför avstämningsmöten med försäkrade *födda utanför Europa*. Ett avstämningsmöte är ett möte med den försäkrade och andra aktörer för att utreda behovet av samordning. Ett sådant möte medför en tydlig aktivitet i planering för återgång i arbete. Även om handläggaren kan bedöma att vissa ärenden kräver en mer aktiv planering än andra är det osannolikt att personer födda utanför Europa som grupp skulle ha mindre behov av planering för återgång än andra grupper. Vi ser det därför som ett tecken på olikabehandling att denna grupp i mindre utsträckning får en aktiv planering för återgång i arbete.

9.3.2 Äldre och yngre personer har större risk att drabbas av olikabehandling

Både att vara äldre och yngre ökar risken att bli olikabehandlad i handläggningen av sjukpenning. Yngre och äldre personer riskerar att få lägre involvering i sitt sjukpenningärende, särskilt yngre och äldre kvinnor. Vi finner också att äldre personer riskerar att inte få en aktiv planering för återgång i arbete. Våra aktbaserade fynd indikerar att

¹⁴⁶ ISF, Rapport 2016:5, s.44–45.

yngre och äldre kvinnor särskilt riskerar att drabbas av låg aktivitet i planering för återgång i arbete eller att drabbas av vissa andra brister i handläggningen.

Yngre och äldre personer riskerar att bli mindre involverade i sitt sjukpenningärende, särskilt yngre och äldre kvinnor

Våra registerbaserade fynd visar att både *yngre och äldre personer* riskerar att få lägre involvering i sitt sjukpenningärende. Yngre personer får färre telefonutredningar och äldre personer får färre kontaktförsök. I den mån yngre och äldre personer inte är systematiskt svårare för handläggaren att få tag på ser vi att båda fynden kan tyda på lägre involvering av denna grupp, och därmed tecken på olikabehandling. Vi kan inte utesluta att det upplevs som positivt av den försäkrade att inte kontaktas av Försäkringskassan, men vår utgångspunkt är att försäkrade i viss mån bör involveras i sitt sjukpenningärende för att kunna göra sin röst hörd och ta del av viktig information. Utifrån våra registerbaserade fynd vet vi inte om yngre och äldre personer får en *för* låg involvering, men vi ser att de genomsnittligt involveras mindre än medelålders personer. Att yngre och äldre personer involveras i mindre utsträckning innebär att handläggarna ser mindre behov av att kontakta yngre och äldre personer och genomföra telefonutredningar med dem. Vi kan inte säkert avgöra om det är en omotiverad skillnad, och därmed ett tecken på olikabehandling, men vi ser inga tydliga anledningar till att handläggarna skulle behöva mindre information i ärenden som rör yngre och äldre personer eller att informationen i ärenden som rör yngre och äldre personer i större utsträckning bör inhämtas på andra sätt än via den försäkrade.

Utifrån våra aktbaserade resultat, som visar vilka som har fått för låg involvering eller lågt agentskap, kan vi se att det rör sig om en specifik grupp av äldre och yngre personer som betydligt oftare får en begränsad roll i sitt sjukpenningärende, nämligen *yngre och äldre kvinnor*.

Äldre personer riskerar att inte få en aktiv planering för återgång i arbete, särskilt äldre kvinnor

Ytterligare en grupp, utöver personer födda utanför Europa, som enligt våra registerbaserade resultat riskerar att inte få en aktiv

planering för återgång i arbete är *äldre personer*. Äldre personer får i mindre utsträckning en planering för återgång i arbete eller ett avstämningsmöte jämfört med andra åldersgrupper.

När vi i den aktbaserade studien analyserar de sjukpenningfall som har fått en för låg aktivitet i planering för återgång i arbete finner vi en specifik grupp som delvis består av äldre personer. Det rör sig återigen om *kvinnor som är äldre och yngre*, och särskilt *äldre kvinnor*. De har oftare drabbats av en låg aktivitet i planering för återgång i arbete, eller brister i handläggningen, i bemötande av särskilda behov, eller omotiverat höga krav på läkarintygen. Vi har analyserat dessa aspekter av handläggningen gemensamt, men det vanligaste utfallet är låg aktivitet i planering för återgång i arbete.

Den första februari 2022 infördes nya regler för personer som är över 62 år i bedömningen av arbetsförmågan. Arbetsförmågan hos den som har en ålder då inkomstgrundad ålderspension tidigast kan tas ut bedöms sedan dess gentemot arbetet hos arbetsgivaren även efter dag 180, i stället för mot normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden.¹⁴⁷ Även om det är möjligt att denna regel avspeglas i den mindre aktiviteten hos handläggarna kan det likväl vara ett tecken på olikabehandling eftersom regeländringen inte innebär att alla äldre saknar behov av planering för återgång i arbete. I den aktbaserade studien har vi dragit gränsen för äldre vid 55 år. Det innebär att många som vi klassar som äldre inte berörs av den nya regeln. I den registerbaserade studien kan vi också se att skillnaderna inte är något som uppstår vid 62 år.

9.3.3 Män har större risk att bli mindre involverade och inte få en aktiv planering för återgång i arbete

En annan viktig grupp i våra registerbaserade fynd är *män*, som handläggarna har involverat mindre än kvinnor på så sätt att de har fått färre kontaktförsök och telefonutredningar. Vi kan inte med säkerhet avgöra om det är en omotiverad skillnad i handläggning att handläggarna ser mindre behov av att kontakta män än kvinnor. Men eftersom vi inte har någon anledning att tro att handläggarna har mindre utredningsbehov i ärenden som rör män eller att män

¹⁴⁷ 27 kap. 49 d § socialförsäkringsbalken (SFB).

som grupp är svårare att få tag på än kvinnor tyder vårt fynd på en genomsnittligt lägre involvering av män än kvinnor när det kommer till att få en telefonutredning, och därmed tecken på olikabehandling.

Vi finner också att män i genomsnitt mindre ofta har fått en planering för återgång eller ett avstämningsmöte än kvinnor. Dessa resultat står i viss kontrast till våra aktbaserade fynd som visar att specifika grupper av kvinnor är de som oftast har fått låg involvering, lågt agentskap eller låg aktivitet i planering för återgång i arbete. Utöver att de olika analyserna baseras på olika mått och olika material är en viktig förklaring till att vi delvis identifierar olika grupper med de olika metoderna att våra registerbaserade fynd visar hur grupper genomsnittligt skiljer sig ifrån varandra medan våra aktbaserade fynd visar de grupper som oftare har fått en missgynnande behandling i handläggningen.

Vi ser att specifika grupper av kvinnor – *yngre och äldre kvinnor* samt *kvinnor födda utanför EU* – oftare har fått en missgynnande behandling men för gruppen män är det inte lika tydligt att det handlar om en missgynnande behandling. Våra registerbaserade fynd tyder på att män riskerar att olikabehandlas på så sätt att de får färre kontaktförsök, färre telefonutredningar och mindre ofta en planering för återgång i arbete. Men våra aktbaserade fynd tyder på att det på ett övergripande plan är de specifika grupperna av kvinnor som riskerar att olikabehandlas genom att få en begränsad roll i sitt sjukpenningärende och en låg aktivitet i planering för återgång i arbete samt att arbetsgivaren får en begränsad roll.

Även om män framkommer som en möjlig riskgrupp enligt våra registerbaserade fynd bedömer vi att de specifika grupperna av kvinnor – yngre och äldre kvinnor samt kvinnor födda utanför EU – är de som riskerar att drabbas mest av att det finns skillnader i handläggningen. Vi har två huvudsakliga grunder för denna bedömning. För det första så ger fynden i vår aktbaserade studie en samlad bild av tecken på olikabehandling i *vilken roll den försäkrade får* i sitt sjukpenningärende, *viken roll arbetsgivaren får* och i handläggarens *planering och utredning*, till skillnad mot fynden i vår registerbaserade studie vars mått fångar upp specifika moment av handläggningen. För det andra är ytterligare en viktig skillnad att vi i våra kvalitativa mått har definierat en gräns för vad som är en betydelsefull skillnad i handläggning. Det innebär att vi kvalitativt har definierat vad som utgör en missgynnande behandling utifrån vad

som bör ske i handläggningen av ett sjukpenningärende. Grupperna vi finner i våra aktbaserade fynd är alltså de som har fått en tydligt ofördelaktig, otillräcklig eller svag handläggning. Våra registerbaserade fynd visar i stället hur grupper genomsnittligt skiljer sig ifrån varandra.

9.3.4 Handläggare anser sig oftare behöva ställa krav på det medicinska underlaget för vissa grupper

Våra registerbaserade resultat visar också systematiska skillnader mellan olika grupper i hur handläggare involverar försäkringsmedicinska rådgivare och ber vården att komplettera läkarintyg. Att involvera en försäkringsmedicinsk rådgivare eller be vården att komplettera läkarintyg kan vara sätt för handläggaren att ställa krav på det medicinska underlaget. Vi finner att handläggare oftare involverar en försäkringsmedicinsk rådgivare för *män, utrikes födda personer* samt *äldre personer*. För *utrikes födda personer* begär handläggare också oftare att vården kompletterar läkarintyg.

Om handläggningen ställer olika krav på läkarintyg av liknande kvalitet innebär det att det krävs mer för vissa personer att få sin arbetsförmåga bedömd, medan det krävs mindre av andra för att handläggaren ska anse att läkarintyget visar på en nedsatt arbetsförmåga. Våra kvalitativa analyser av läkarintygens kvalitet tyder inte på några betydande skillnader i kvalitet mellan de grupper som har identifierats ovan, det vill säga mellan kvinnor och män, inrikes och utrikes födda personer eller mellan personer som tillhör olika åldersgrupper. Men vi kan inte utesluta att det kan vara så att vissa grupper systematiskt har otillräckliga läkarintyg. Tidigare studier har indikerat att det finns skillnader i läkarintyg mellan olika grupper när det gäller till exempel läkarintygens längd och olika aspekter som kan påverka läkarintygens kvalitet.¹⁴⁸ Vi ser därför fynden om systematiska skillnader i hur handläggare involverar försäkringsmedicinska rådgivare och kompletterar läkarintyg som tecken på olikabehandling, men vi kan inte avgöra om den har sitt ursprung i handläggningen eller inom vården.

¹⁴⁸ Riksrevisionen, *Jämställd sjukfrånvaro – bedöms män och kvinnor likvärdigt i sjukskrivningsprocessen?* Rapport 2019:19, s. 56–58; ISF, Rapport 2016:5 s. 48–51.

9.3.5 Kvinnor födda utanför EU samt yngre och äldre kvinnor riskerar att få en handläggning där arbetsgivaren har en begränsad roll

Vi har granskat två aspekter av arbetsgivarens roll: arbetsgivarens involvering och vilka krav som handläggaren ställer på arbetsgivaren. Våra aktbaserade fynd tyder på att Försäkringskassan över lag ställer låga krav på arbetsgivare och involverar dem i liten utsträckning, men vissa grupper drabbas mer av det. I nära hälften av ärendena vi har studerat har arbetsgivaren inte haft några krav på sig, i en femtedel av ärendena har arbetsgivaren inte alls eller knappt involverats. I den mån arbetsgivaren ska vara en viktig aktör i den försäkrades rehabilitering och återgång i arbete är våra resultat bekymmersamma. Resultaten är i linje med en tidigare studie som också har visat att arbetsgivare får en begränsad roll i många ärenden. Där visades att handläggare kontaktade arbetsgivaren i två tredjedelar av alla ärenden och att det i fyra av tio ärenden saknades en plan från arbetsgivaren för hur den försäkrade ska kunna återgå till arbetet.¹⁴⁹

De grupper som i vårt urval betydligt oftare har drabbats av att arbetsgivare inte alls blir eller blir väldigt lite involverad eller får inga eller låga krav på sig är *kvinnor födda utanför EU* samt *yngre och äldre kvinnor*. Vi ser det som tecken på olikabehandling när arbetsgivaren involveras i liten utsträckning eller får låga krav på sig eftersom det kan försämra den försäkrades möjlighet till återgång i arbete.

Våra resultat visar också att arbetsgivarens beteende påverkar om den involveras eller får krav på sig. Arbetsgivarens förhållningssätt har betydelse för specifika grupper, speciellt för *kvinnor med motarbetande arbetsgivare*. Ett motarbetande förhållningssätt innebär att arbetsgivaren inte skickar in en plan för återgång eller att det uppstår problem i relationen mellan den försäkrade och arbetsgivaren. Det finns flera grupper med motarbetande arbetsgivare vars arbetsgivare samtidigt fått låga krav på sig eller låg involvering i vårt urval. Men kvinnor med motarbetande arbetsgivare är den grupp som oftast fått låg involvering av eller låga krav på sina arbetsgivare. Detta är ett viktigt fynd inte enbart på grund av betydelsen av kön, utan också för att det ger viktiga kunskaper om förutsättningar för återgång i arbete

¹⁴⁹ Riksrevisionen, *Undantaget som blev regel – Försäkringskassans användning av övervägande skäl vid 180 dagars sjukskrivning*. Rapport 2024:14, s.30–31.

och arbetsgivarens roll i dessa förutsättningar. De med en arbetsgivare som motarbetar en effektiv återgång i arbete är de som sannolikt skulle behövt handläggarens krav på och involvering av arbetsgivaren. Men de är i stället de som har fått lägst involvering eller lägst krav.

9.3.6 Yngre och äldre kvinnor riskerar att få en handläggning med omfattande tecken på olikabehandling

Våra aktbaserade fynd tyder på att risken att bli olikabehandlad är större om personen tillhör flera potentiellt riskutsatta grupper samtidigt. Genom ett intersektionellt angreppssätt ser vi utifrån våra aktbaserade fynd ett mönster som tyder på kumulativt missgynnande för de som tillhör flera potentiellt riskutsatta grupper samtidigt. Den ena gruppen som oftare har fått en missgynnande behandling i handläggningen har den potentiellt riskutsatta egenskapen att vara född utanför EU, den andra att inte vara medelålders, och det de två grupperna har gemensamt är att de är specifika grupper av kvinnor. *Kvinnor födda utanför EU* och *yngre och äldre kvinnor* har enligt våra aktbaserade resultat större risk att drabbas av olikabehandling.

Våra resultat visar också att en grupp oftare har fått en handläggning med nästan samtliga tecken på olikabehandling som vi har identifierat. Det rör sig även här om *yngre och äldre kvinnor*. Bland dem är det 30 procent som fått all eller nästan all den typ av handläggning som har tecken på olikabehandling, jämfört med 17 procent i hela urvalet. Försäkringskassan har i uppdrag att handlägga ärenden enkelt, snabbt och kostnadseffektivt. Men vi ser ingen anledning till att just handläggningen av ärenden för yngre och äldre kvinnor skulle särskilja sig på så sätt att det finns något i kostnadseffektivitet som motiverar att de bör involveras mindre, få en mindre aktiv planering för återgång och att deras arbetsgivare inte bör involveras.

9.4 Olikabehandling kan vara ett övergripande problem i handläggningen av sjukpenning

Vi har funnit tecken på olikabehandling i ett antal olika situationer i Försäkringskassans handläggning av sjukpenning. Att vi ser tecken på olikabehandling i de flesta handläggningsmoment vi har studerat tyder på att olikabehandling kan vara ett övergripande problem i handläggningen av sjukpenning. Eftersom våra fynd rör sig om just tecken på olikabehandling kan vi inte avgöra hur utbrett problem olikabehandling är i termer av hur många som drabbas av det. Men det är allvarligt om olikabehandling är ett övergripande problem som förekommer i flera olika delar av handläggningen.

Det är speciellt allvarligt att individer som tillhör vissa grupper riskerar att bli olikabehandlade vid bedömningen av arbetsförmågan, eftersom det gör att dessa individer riskerar att inte få en sjukpenning de har rätt till. Eftersom alla har rätt att likabehandlas i Försäkringskassans handläggning är det också problematiskt att individer som tillhör vissa grupper riskerar att få en mer begränsad roll i sitt sjukpenningärende på så sätt att de blir lite eller inte alls involverade och går miste om möjligheten att göra sin röst hörd. Oavsett hur den begränsade rollen uppfattas av individen i ett enskilt ärende bör alla, utifrån ett likabehandlingsperspektiv, ha rätt att bli involverade och få möjlighet att göra sina röster hörda. Detsamma gäller arbetsgivarens roll. Att individer som tillhör vissa grupper riskerar att deras arbetsgivare ges en begränsad roll kan försämra deras möjligheter till återgång i arbete. Eftersom alla har rätt att få lika möjligheter att återgå i arbete är det på ett liknande sätt problematiskt om vissa grupper riskerar att inte få en planering eller få en betydligt mer passiv planering för återgång i arbete än andra.

De situationer vi har funnit tecken på olikabehandling i är handläggningsmoment som är avgörande för olika typer av beslut som handläggaren tar. Att den försäkrade eller arbetsgivaren får en begränsad roll kan påverka handläggares beslut inte bara när det gäller beslut om rätten till ersättning utan även till exempel beslut om vilket stöd för återgång i arbete individen får. Men oavsett om olikabehandlingen leder till felaktiga beslut som resulterar i rätts-säkerhetsproblem eller att individen drabbas på andra sätt är det ett problem om handläggningen inte är neutral när det kommer till att

behandla olika grupper lika. Respekt för allas lika rättigheter och möjligheter är centralt i likabehandlande myndighetsutövning.

9.4.1 Bristande likvärdighet kan vara ett större problem än olikabehandling

Att vi finner tecken på olikabehandling i de flesta handläggningsmoment vi har studerat tyder på att olikabehandling kan vara ett övergripande problem i handläggningen av sjukpenning. Men bristande likvärdighet i handläggningen, det vill säga omotiverade skillnader i handläggning som inte går att koppla till skillnader mellan grupper, kan vara ett mer omfattande problem än olikabehandling. I linje med tidigare studier visar våra resultat att skillnader i avslag mellan län och mellan diagnosgrupper är ännu större än vad de är för grupper med olika ursprung. Att skillnaderna mellan län är större än skillnaderna mellan grupper med olika ursprung indikerar att bristande likvärdighet i handläggningen kan vara ett mer omfattande problem än olikabehandling.

Våra aktbaserade fynd visar också en relativt stor variation i handläggningen för nästan samtliga aspekter vi har studerat, till exempel i vilken mån den försäkrade och arbetsgivaren involveras, och vilken nivå av aktivitet som finns i handläggarens planering för den försäkrades återgång i arbete.

9.5 Olikabehandling är ett utmanande problem som kräver stor medvetenhet om risksituationer

Olikabehandling är inte bara svårt att studera utan också svårt att helt undvika i mänskliga bedömningar, som ofrånkomligt behövs i Försäkringskassans handläggning. Dessutom är en förutsättning för likabehandling att handläggningen anpassas till individen, men det bidrar samtidigt till risk för olikabehandling. De riskområden vi har identifierat både teoretiskt och empiriskt är områden där handläggarna har stort bedömningsutrymme och möjlighet att anpassa handläggningen. Handläggarnas bedömningsutrymme och utrymme att anpassa handläggningen behövs, men öppnar upp för olikheter. Variationen vi ser i handläggning visar också att sjukpenningfall

behandlas olika, och inom dessa olikheter finns det risk för olika-behandling. Försäkringskassan är medveten om denna utmaning.¹⁵⁰ Myndigheten arbetar sedan 2016 på olika sätt med att motverka osakliga könsskillnader och olikabehandling i handläggningen.¹⁵¹ Vår granskning visar på vikten av att Försäkringskassan fortsätter detta arbete och då tar hänsyn till resultaten i den här granskningen, särskilt de risksituationer som vi har identifierat.

9.5.1 Olikabehandling är utmanande eftersom den kan vara omedveten

Att vi identifierar tecken på olikabehandling betyder inte att Försäkringskassan medvetet olikabehandlar vissa grupper. När en bedömning ska göras av människor finns en risk att den blir olika på grund av en mängd personliga och kontextuella omständigheter. De tecken vi ser på olikabehandling i handläggningen av sjukpenning kan bero på resursfrågor och prioriteringar i handläggningen. Men skillnaderna vi finner är likväl tecken på olikabehandling, eftersom våra resultat visar att vissa grupper riskerar att drabbas mer än andra. Själva kärnan i olikabehandling är att handläggaren låter personliga uppfattningar eller tidigare erfarenheter påverka hur hen tolkar ett enskilt fall, oavsett om det sker medvetet eller omedvetet.

Våra fynd att olika grupper inte behandlas lika är tydliga tecken på olikabehandling. Men vi kan utifrån våra båda metoder inte dra slutsatser om att det är gruppernas olika egenskaper av kön, ålder och ursprung som är orsaken till vilken handläggning den försäkrade har fått. Om vi hade kunnat det hade vi haft mer stöd för att det är partiskhet eller fördomar hos handläggare som ligger bakom skillnaderna. Men vi ser relevanta, tydliga och omotiverade skillnader i handläggningen av sjukpenningärenden mellan olika grupper, och därmed tydliga tecken på olikabehandling.

¹⁵⁰ Försäkringskassan, *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. Vägledning 2015:01, version 19, s. 204.

¹⁵¹ Försäkringskassan, *Kunskapsunderlag. Inför arbetet med att ta fram en metod för kartläggning av risker för osakliga könsskillnader och olika behandling i handläggning*. FK 2023/015518. s. 12.

9.5.2 Handläggarnas förutsättningar att likabehandla beror på deras möjligheter att bemöta olika individers behov

Att det förekommer variation i handläggningen motiveras delvis av att en behovsanpassad handläggning är en förutsättning för likabehandling. I vilken utsträckning handläggarna har möjlighet att bemöta olika gruppers behov och förutsättningar kan bero på resurser och styrning av myndigheten, men även på den rättsliga styrningen. Det kan finnas grupper som skulle behöva långtgående anpassningar som handläggarna inte har möjlighet att göra. Anpassad handläggning som en förutsättning för likabehandling i Försäkringskassans handläggning begränsas på så sätt till likabehandling inom ramen för de rättsliga, styrnings- och resursmässiga förutsättningar som finns för handläggningen.

I vissa fall är det enklare än i andra fall att avgöra vad som är en rimlig anpassning till individens behov. Exempelvis är att inte använda tolk när det behövs en otillräcklig anpassning till individens behov som går emot både förvaltningslagen (2017:900)¹⁵² och Försäkringskassans riktlinjer¹⁵³. Vi finner att tolk aldrig har använts i de sjukpenningärenden vi har granskat, och bedömer att det åtminstone hade behövts i några fall.

9.5.3 Försäkringskassan bör i sitt fortsatta likabehandlingsarbete fokusera på de situationer vi identifierat

Vi har identifierat specifika handläggningsmoment som utgör risk-situationer. Genom att tydligt identifiera de risker för olikabehandling som finns förbättras myndighetens möjligheter att förebygga olikabehandling i handläggningen. Även om olikabehandling är ett utmanande problem som saknar enkla lösningar är medvetenhet om riskerna en viktig förutsättning för att de inte ska förverkligas.

I Försäkringskassans fortsatta arbete med att skapa likabehandling i handläggningen visar våra fynd på vikten av att inte enbart koncentrera ansträngningarna gentemot specifika grupper. De tecken på olikabehandling vi finner ger en bild av riskprofiler för grupper

¹⁵² 13 § förvaltningslagen (2017:900).

¹⁵³ Försäkringskassan, Förvaltningsrätt i praktiken. Vägledning 2004:7, s. 39.

som har högre risk att drabbas av olikabehandling. De grupper som enligt våra fynd riskerar att drabbas mest av att det finns skillnader i handläggningen är *yngre och äldre kvinnor* och *kvinnor födda utanför EU*. Även om det går att ta hänsyn till att vissa grupper har större risk att drabbas av olikabehandling visar våra resultat också att olikabehandling kan ta sig olika uttryck för olika grupper.

Vårt viktigaste budskap är därför att Försäkringskassan i sitt lika-behandlingsarbete särskilt uppmärksammar de situationer i handläggningen som vi har identifierat. Våra indikationer om förekomst av olikabehandling inom dessa områden gör att Försäkringskassan behöver vara särskilt observant på dem när myndigheten utbildar sina medarbetare samt utvecklar och styr sin handläggning. Det är också viktigt att Försäkringskassan för interna diskussioner och dialoger på olika nivåer inom myndigheten i syfte att öka medvetenheten i frågan.

10 Referenser

Collins Hill P., Intersectionality's Definitional Dilemmas. *Annual Review of Sociology* 2015;41:1–20.

Davis K., Intersectionality as buzzword: A Sociology of Science Perspective on What Makes a Feminist Theory Successful. *Feminist Theory* 2008;9:67–85.

DiPrete Thomas A. och Eirich G M., Cumulative Advantage as a Mechanism for Inequality: A Review of Theoretical and Empirical Developments. *Annual Review of Sociology* 2006;32: 271–297.

Emirbayer M. och Mische A., What Is Agency? *American Journal of Sociology* 1998;103:4: 962–1023.

Falleti. och Lynch., Context and Causal Mechanisms in Political Analysis. *Comparative Political Studies* 2009:42.

Försäkringskassan, *Förvaltningsrätt i praktiken*. Vägledning 2004:7, version 16.

Försäkringskassan, *Sjukpenning, rehabilitering och Rehabiliteringsersättning*. Process 2009:07, version 19.

Försäkringskassan, *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. Vägledning 2015:1, version 19.

Försäkringskassan, *Sjukfrånvarons utveckling. Delrapport 1. Socialförsäkringsrapport* 2015:6.

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

Försäkringskassan och Socialstyrelsen, *Sjukskrivningsmönster och praxis Skillnader i vårdens arbete*. 2017.

Försäkringskassan, *Försäkringskassans årsredovisning 2021*.

Försäkringskassan, *Försäkringskassans årsredovisning 2022*.

Försäkringskassan, *Skillnader i avslag för sjukpenning mellan olika grupper – En registerstudie om avslagsbeslut på initial ansökan och efter dag 180 i rehabiliteringskedjan*. Socialförsäkringsrapport 2022:1.

Försäkringskassan, *Socialförsäkringslitteracitet Utveckling av ett nytt begrepp och mätinstrument*. Forskarrapport 2022:3.

Försäkringskassan, *Användarhandledning Sjukpenning*. Senast uppdaterad: 2022-12-21.

Försäkringskassan, *Analys av skillnader i nyttjandet av sjukförsäkringen*. Delrapport 1. FK 2023/002328.

Försäkringskassan, *Kunskapsunderlag. Inför arbetet med att ta fram en metod för kartläggning av risker för osakliga könsskillnader och olika behandling i handläggning*. FK 2023/015518.

Försäkringskassan, *Socialförsäkringen i siffror 2023*.

Försäkringskassan, webbplats: www.forsakringskassan.se, hämtad den 13 september 2024.

Försäkringskassan, *Skillnader i sjukfrånvaro En forskningsöversikt med fokus på könsskillnader 2024*.

IFAU – Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, *Vem får mer? Två enkätexperiment om arbetsförmedlares beslut i den dagliga kontakten med arbetssökande*. Rapport 2022:14.

IFAU – Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, *Utrikes födda och välfärdssystemen*. Rapport 2020:15.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Försäkringskassans hantering av underlag för beslut*. Rapport 2011:08.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *När sjukpenning nekas*. Rapport 2013:1.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Försäkringskassans handläggning av sjukpenning ur ett jämställdhetsperspektiv*. Rapport 2013:16.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Läkarintygens betydelse för sjukfrånvaron*. Rapport 2014:5.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Nekad sjukpenning för inrikes och utrikes födda*. Rapport 2016:5.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Läkares sjukskrivning av kvinnor och män*. Rapport 2016:13.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Ökning av antalet personer som får beslut om indragen sjukpenning*. Rapport 2018:12.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen, *Försäkringskassans utrednings-skyldighet*. Rapport 2021:3.

Jencks C. och Mayer SE., The Social Consequences of Growing Up in a Poor Neighborhood. *Inner-City Poverty in the United States* 1990, ed.

Jilke S. och Tummers L., Which Clients are Deserving of Help? A Theoretical Model and Experimental Test. *Journal of Public Administration Research and Theory* 2018;28:226–238.

Jämställdhetsmyndigheten, *Mellan tillit och misstro. Utrikes födda kvinnor om sina behov och hinder i relation till arbetsmarknadsetablering*. Rapport 2023:5.

Jämställdhetsmyndigheten, webbplats: www.jamstalldhetsmyndigheten.se, hämtad den 28 juni 2024.

Kaluza Johan., *Sjukskrivnas arbetsbörda – Arbetande medborgare möter en kundorienterad byråkrati*. Karlstad: Karlstad University Studies, 2018:37.

Lynn J. L. och McCreary M. G. H., National Academies, s. ; Brian N, och Whelan C T., *Loading the Dice? A Study of Cumulative Disadvantage*. Oak Tree Press, 1999.

Mello P., *Qualitative Comparative Analysis: Research Design and Application*. Washington, DC: Georgetown University Press 2021.

Merton Robert K., The Matthew Effect in Science: The reward and Communication Systems of Science Are Considered. *Science* 1968;159:56–63.

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

Muller C. J. och MacLehose R. F. Estimating predicted probabilities from logistic regression: Different methods correspond to different target populations. *International Journal of Epidemiology* 2014. 43(3), 962–970.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Omötvärdigt olik – Socio-ekonomiska och regionala skillnader i cancervården*. Rapport 2019:8.

Oana Ioana-Elena, Schneider Carsten Q. Thomann Eva., *Qualitative Comparative Analysis Using R. A beginner's guide*. Cambridge University Press, 2021.

Osika Friberg I., *Women's and men's health care utilisation from a cost perspective*. Göteborg 2018.

Ragin CC. och Fiss PC., *Intersectional inequality. Race, class, test scores & poverty*. The University of Chicago Press, 2016.

Regleringsbrev för budgetåret 2023 avseende Inspektionen för socialförsäkringen, S2022/04812.

Rihoux B och De Meur G., Crisp-Set Qualitative Comparative Analysis (csQCA). *Configurational Comparative Methods: Qualitative Comparative Analysis (QCA) and Related Techniques*. Redaktör: Rihoux B och Ragin C. SAGE Publications Inc 2009.

Riksrevisionen, *Jämställd sjukfrånvaro – bedöms män och kvinnor likvärdigt i sjukskrivningsprocessen?*. Rapport 2019:19.

Riksrevisionen, *Undantaget som blev regel – Försäkringskassans användning av övervägande skäl vid 180 dagars sjukskrivning*. Rapport 2024:14.

Schneider C. och Wagemann C., *Set-theoretic methods for the social sciences. A guide to Qualitative Comparative Analysis*. Cambridge University Press, 2012.

Schneider C. Vis B. och Kendra Koivu K., *Set-Analytic Approaches, Especially Qualitative Comparative Analysis (QCA)*. APSA Section for Qualitative and Multi-Method Research, Final Report of the Qualitative Transparency Deliberations Working Group III.4, 2019.

Skatteverket, *Jämställdhetsintegrering och bemötande i kontrollen*. Analysrapport. 2022 Dnr. 8–1030781.

SKL–Sveriges Kommuner och Landsting, *(O)jämställdhet i hälsa och vård. En sammanfattning*. 2019.

Vis B., The Comparative Advantages of fsQCA and Regression Analysis for Moderately Large-N Analyses. *Sociological Methods & Research* 2012;41 (1): 168–198.

Wagemann C. and Schneider C., Transparency Standards in Qualitative Comparative Analysis. *Qualitative & Multi-Method Research* 2015;13 (1): 38–42.

Bilaga 1 – Material i den registerbaserade delstudien

I den här bilagan beskriver vi de data som vi har använt oss av i våra registerbaserade kvantitativa analyser i kapitel 3 och 8, och som vi kortfattat beskriver i avsnitt 1.3.1. Huvudsakligen har vi använt registerdata från Försäkringskassan i analyserna, men vissa variabler har även hämtats från SCB. Samtliga ärenden som ingår i aktgranskningen ingår även i våra registerbaserade analyser.

B 1.1 Data från Försäkringskassan

Från Försäkringskassan har vi fått ett antal variabler som rör sjukpenningärenden, bland annat sjukfallens längd och omfattning, anledning till avslut, diagnoser som hör till sjukfallet, och eventuell begäran om omprövning av beslut om sjukpenning. Data som rör både ansökningar och pågående sjukfall sträcker sig till mitten av juni 2023. Därför har vissa av de senast påbörjade ärendena som förekommer i data inte avslutats.

Vi har fått information om de personer som har sökt sjukpenning under perioden, bland annat födelseår, kön, födelseland för den sökande och den sökandes föräldrar, sysselsättning, utbildningsnivå, boendeort, civilstånd, antal barn och pensionsgrundande inkomst (PGI). Dessutom har vi fått ut ett antal variabler som rör samtliga fall sedan 2004 av sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjuk- och aktivitetsersättning samt inskrivning på Arbetsförmedlingen.

B 1.1.1 Läkarintyg

Från Försäkringskassan har vi fått ut hela innehållet i läkarintyg kopplade till ansökningar om sjukpenning under den studerade perioden (undantaget den sökandes namn och personnummer samt

läkares namn). Vi har då fått allt från information om vårdgivare till diagnoser och läkares prognos för återgång till arbete. Intyget innehåller utöver ett antal flervalssfält också flera fritextfält, där bland annat funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och medicinsk behandling beskrivs. Dessutom har vi fått information om läkares specialistkompetens och befattning.

B 1.1.2 Handläggares journalanteckningar

Från Försäkringskassan har vi även fått ut samtliga journalanteckningar som handläggare har gjort under handläggningen av de ansökningar som har gjorts under den undersökta perioden. Där framgår vilken handläggare som har gjort varje anteckning samt en rubrik till anteckningen. Bland anteckningarna ingår även ett stort antal anteckningar som har gjorts automatiskt av Försäkringskassans it-system, till exempel när nya handlingar har kommit in.

B 1.2 Data från SCB

Från SCB har vi fått data från arbetsgivarintyg för personerna i studiepopulationen. De innehåller data som beskriver personernas arbetsställe och arbetsgivare utifrån bransch, sektor samt antal anställda. Vi har även fått information om de sökandes inkomst.

Bilaga 2 – Metod i den registerbaserade delstudien

I analysen i kapitel 3 har vi undersökt om det finns skillnader mellan olika grupper i risken att få avslag vid ansökan om sjukpenning mellan dag 181 och 365 i sjukperioden. Vi har utgått från Försäkringskassans ärendehanteringssystem, och inkluderat ärenden som har startat under 2022 i vår analys. Vissa ärenden är sammanläggningsärenden. Det innebär att den försäkrade har haft en sjukperiod inom 90 dagar när hen ansöker om sjukpenning igen, i sådana fall sammanfaller inte sjukpenningen med dag 1 i rehabiliteringskedjan. För personer som inte startar vid dag 1 i rehabiliteringskedjan så har vi räknat sjukpenningperioden från den första dagen i rehabiliteringskedjan och inte första dagen i sjukpenningärendet. Vi har gjort följande urval:

- Vi har inkluderat
 - ärenden där personen har fått sjukpenning minst fram till dag 180 i rehabiliteringskedjan och vars ärende vi har kunnat följa i minst 365 dagar i rehabiliteringskedjan
 - personer som är mellan 18 och 62 år vid sjukfallens start.
- Vi har exkluderat
 - ärenden för arbetslösa och föräldralediga
 - ärenden som inte har ett läkarintyg som sträcker sig över dag 180
 - Ärenden där första dag i rehabiliteringskedjan är okänd
 - ärenden där personen inte har någon registrerad utbetalning inom 21 dagar från ärendets första dag i Försäkringskassans ärendehanteringssystem

- ärenden där personen har sin huvudsakliga diagnos inom O-diagnoser vid sjukfallets start och vid det läkarintyg som sträcker sig över dag 180.

Totalt har vi inkluderat 32 434 ärenden i analysen. För att undersöka risken att få avslag använder vi en logistisk regressionsmodell. Den skattade skillnaden i risk som vi redovisar i kapitel 3 har tagits fram med standardisering (*marginal standardization*) som lämpar sig väl när man är intresserad av att skatta skillnader i risk vid binära utfall¹⁵⁴. Modellen korrigerar för att grupperna skiljer sig åt i vissa bakgrundsvARIABLER som också påverkar risken att få avslag eller inte. Vi ser att det finns skillnader mellan män och kvinnor mellan födelse-regioner och mellan åldersgrupper i bakgrundsegenskaper (tabell B1), i arbetssituationen (tabell B2) och diagnoser (tabell B3).

Vi har undersökt vilka bakgrundsegenskaper som skiljer sig åt mellan grupper och som har störst påverkan på risken att få avslag. Dessa egenskaper kan röra den sökandes ansökan, arbetssituation och från det läkarintyg som sträcker sig över dag 180 i rehabiliteringskedjan. De bakgrundsegenskaper som den slutliga modellen korrigerar för redovisas i tabell B4.

Tabell B1 Genomsnittliga skillnader i bakgrundsegenskaper mellan grupper bland sökande personer (mätt i andelar)

	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Inrikes född</i>	<i>Utrikes född</i>	<i>18–33 år</i>	<i>34–54 år</i>	<i>55–65 år</i>
Kvinnor	1,00	0,00	0,66	0,60	0,65	0,68	0,60
Män	0,00	1,00	0,34	0,40	0,35	0,32	0,40
Sverige	0,82	0,78	1,00	0,00	0,85	0,79	0,82
Norden utom Sverige	0,02	0,02	0,00	0,11	0,01	0,02	0,04
EU utom Norden	0,03	0,03	0,00	0,17	0,03	0,04	0,03
Europa utanför EU	0,03	0,04	0,00	0,17	0,02	0,03	0,03
Utanför Europa	0,10	0,13	0,00	0,56	0,09	0,12	0,08

¹⁵⁴ Muller C. J. och MacLehose R. F. Estimating predicted probabilities from logistic regression: Different methods correspond to different target populations. *International Journal of Epidemiology* 2014. 43(3), 962–970.

Bilaga 2 – Metod i den registerbaserade delstudien

	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Inrikes född</i>	<i>Utrikes född</i>	<i>18–33 år</i>	<i>34–54 år</i>	<i>55–65 år</i>
18–33 år	0,17	0,17	0,18	0,13	1,00	0,00	0,00
34–54 år	0,57	0,50	0,53	0,61	0,00	1,00	0,00
55–65 år	0,26	0,32	0,29	0,26	0,00	0,00	1,00
Gift/registrerad partner	0,41	0,41	0,39	0,51	0,15	0,46	0,49
Ej gift	0,59	0,59	0,61	0,49	0,85	0,54	0,51
Fler än tre barn	0,07	0,07	0,06	0,11	0,01	0,07	0,09
Ett till tre barn	0,72	0,62	0,69	0,66	0,33	0,75	0,77
Inga barn	0,22	0,31	0,25	0,23	0,66	0,18	0,14
Förgymnasial utbildning	0,07	0,16	0,08	0,19	0,11	0,09	0,11
Gymnasial utbildning	0,51	0,63	0,57	0,48	0,58	0,51	0,62
Eftergymnasial utbildning	0,42	0,22	0,35	0,34	0,31	0,40	0,27
Lägre lön (lägsta kvartilen)	0,28	0,20	0,24	0,30	0,42	0,22	0,20
Lön inom andra och tredje kvartilen	0,51	0,48	0,50	0,50	0,46	0,49	0,53
Högre lön (högsta kvartilen)	0,21	0,32	0,26	0,20	0,12	0,28	0,26
Landsbygd/ Mindre tätort	0,18	0,18	0,20	0,11	0,16	0,18	0,20
Pendlingskommun	0,39	0,41	0,41	0,37	0,37	0,40	0,41
Större stad	0,42	0,41	0,40	0,52	0,47	0,42	0,39
Blekinge län	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,02
Dalarnas län	0,03	0,03	0,03	0,02	0,03	0,03	0,04
Gotlands län	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01
Gävleborgs län	0,03	0,03	0,04	0,02	0,03	0,03	0,04
Hallands län	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Jämtlands län	0,02	0,01	0,02	0,01	0,01	0,02	0,02
Jönköpings län	0,03	0,04	0,03	0,04	0,04	0,03	0,04

	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Inrikes född</i>	<i>Utrikes född</i>	<i>18–33 år</i>	<i>34–54 år</i>	<i>55–65 år</i>
Kalmar län	0,02	0,02	0,02	0,01	0,02	0,02	0,02
Kronobergs län	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
Norrbottnens län	0,03	0,02	0,03	0,01	0,02	0,02	0,03
Saknas/Felaktigt	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01
Skåne län	0,10	0,11	0,10	0,12	0,10	0,10	0,11
Stockholms län	0,22	0,21	0,19	0,32	0,21	0,23	0,20
Södermanlands län	0,03	0,02	0,03	0,02	0,02	0,03	0,02
Uppsala län	0,04	0,04	0,04	0,04	0,05	0,04	0,04
Värmlands län	0,03	0,03	0,03	0,02	0,03	0,03	0,03
Västerbottens län	0,03	0,03	0,03	0,02	0,03	0,03	0,03
Västernorrlands län	0,03	0,03	0,03	0,01	0,03	0,03	0,03
Västmanlands län	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Västra Götalands län	0,18	0,19	0,18	0,18	0,20	0,18	0,18
Örebro län	0,03	0,03	0,03	0,03	0,04	0,03	0,03
Östergötlands län	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04

Tabell B2 Genomsnittliga skillnader i arbetssituation mellan grupper bland sökande personer (mätt i andelar)

	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Inrikes född</i>	<i>Utrikes född</i>	<i>18–33 år</i>	<i>34–54 år</i>	<i>55–65 år</i>
Arbetar inte kvar hos samma arbets- givare vid dag 180	0,02	0,05	0,03	0,05	0,04	0,03	0,03
Anställd	0,98	0,96	0,97	0,96	0,98	0,97	0,96
Egenföretagare eller kombinatör	0,02	0,04	0,03	0,04	0,02	0,03	0,04
Okänt yrke	0,03	0,07	0,04	0,08	0,05	0,04	0,04
Chefsyrken	0,04	0,05	0,05	0,03	0,02	0,05	0,05

	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Inrikes född</i>	<i>Utrikes född</i>	<i>18–33 år</i>	<i>34–54 år</i>	<i>55–65 år</i>
Service-, omsorgs- och försäljningsyrken	0,35	0,14	0,27	0,31	0,31	0,26	0,29
Yrken inom administration och kundtjänst	0,09	0,07	0,09	0,07	0,10	0,08	0,08
Yrken inom byggverksamhet och tillverkning	0,01	0,20	0,08	0,08	0,09	0,07	0,09
Yrken inom lantbruk, trädgård, skogsbruk och fiske	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Yrken inom maskinell tillverkning och transport m.m.	0,03	0,14	0,06	0,08	0,07	0,05	0,08
Yrken med krav på fördjupad högskolekompetens	0,28	0,14	0,25	0,16	0,20	0,26	0,19
Yrken med krav på högskolekompetens eller motsvarande	0,11	0,12	0,12	0,07	0,11	0,12	0,10
Yrken med krav på kortare utbildning eller introduktion	0,06	0,06	0,04	0,12	0,05	0,06	0,07
Okänd sektor	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01
Offentlig sektor eller organisationer	0,60	0,25	0,49	0,42	0,39	0,49	0,51
Privat sektor	0,39	0,74	0,50	0,56	0,59	0,50	0,48
Okänd storlek på företag	0,02	0,05	0,03	0,04	0,03	0,03	0,03
Små företag (färre än 50 anställda)	0,13	0,30	0,19	0,20	0,18	0,19	0,19
Större företag	0,85	0,65	0,78	0,75	0,78	0,78	0,77
Annan serviceverksamhet	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03
Byggverksamhet	0,01	0,15	0,06	0,05	0,07	0,06	0,06

	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Inrikes född</i>	<i>Utrikes född</i>	<i>18–33 år</i>	<i>34–54 år</i>	<i>55–65 år</i>
Fastighetsverksamhet	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Finans- och försäkringsverksamhet	0,02	0,01	0,02	0,01	0,02	0,02	0,01
Försörjning av el, gas, värme och kyla	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01
Handel: reparation av motorfordon och motorcyklar	0,08	0,12	0,10	0,09	0,13	0,09	0,08
Hotell- och restaurangverksamhet	0,02	0,02	0,01	0,04	0,02	0,02	0,01
Informations- och kommunikationsverksamhet	0,02	0,04	0,03	0,02	0,04	0,03	0,01
Jordbruk, skogsbruk och fiske	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01
Kultur, nöje och fritid	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Offentlig förvaltning och försvar: obligatorisk socialförsäkring	0,04	0,03	0,04	0,03	0,03	0,05	0,04
Tillverkning	0,05	0,18	0,10	0,10	0,09	0,09	0,11
Transport och magasinering	0,02	0,08	0,04	0,06	0,04	0,04	0,05
Utbildning	0,14	0,05	0,11	0,12	0,09	0,11	0,11
Uthyrning, fastighetservice, resetjänster och andra stödtjänster	0,05	0,07	0,05	0,10	0,08	0,06	0,06
Vård och omsorg: sociala tjänster	0,44	0,12	0,34	0,29	0,29	0,33	0,35
Vattenförsörjning: avloppsrening, avfallshantering och sanering	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Inrikes född</i>	<i>Utrikes född</i>	<i>18–33 år</i>	<i>34–54 år</i>	<i>55–65 år</i>
Verksamhet inom juridik, ekonomi, vetenskap och teknik	0,04	0,05	0,05	0,03	0,05	0,05	0,03
Okänd bransch	0,02	0,05	0,03	0,04	0,03	0,03	0,03

Tabell B3 Genomsnittliga skillnader i Diagnos och ansökan mellan grupper bland sökande personer (mätt i andelar)

	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Inrikes född</i>	<i>Utrikes född</i>	<i>18–33 år</i>	<i>34–54 år</i>	<i>55–65 år</i>
Inte börjat på dag 1 i rehabiliteringskedjan	0,21	0,19	0,20	0,23	0,22	0,20	0,22
Omfattning på mer än en fjärdedel	0,96	0,97	0,96	0,97	0,96	0,96	0,96
Omfattning på en fjärdedel	0,04	0,03	0,04	0,03	0,04	0,04	0,04
Diagnos inom C	0,06	0,05	0,06	0,06	0,01	0,05	0,09
Diagnos inom F	0,52	0,37	0,50	0,35	0,63	0,51	0,29
Diagnos inom J	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Diagnos inom L	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Diagnos inom M	0,17	0,22	0,17	0,26	0,11	0,16	0,28
Diagnos inom S	0,05	0,10	0,06	0,10	0,07	0,06	0,08
Övriga diagnoser	0,19	0,23	0,20	0,21	0,16	0,20	0,24

Tabell B4 Variabler som korrigeras för i rapporten

<i>Variabel</i>	<i>Förklaring</i>	<i>Hämtat från</i>
Kön	Om den sökande är man eller kvinna.	Försäkringskassan
Födelseregion	Om den sökande är född i Sverige, Norden utom Sverige, EU utom Norden, Europa utanför EU, Utanför Europa.	Försäkringskassan

<i>Variabel</i>	<i>Förklaring</i>	<i>Hämtat från</i>
Åldersgrupp	Om den sökande är yngre än 34 år, 34–54 år eller äldre än 54 år vid den månad som är första dag i sjukpenningperioden.	Försäkringskassan
Län	Vilket län den sökande bor i under första dagen i sjukpenningperioden.	Försäkringskassan
Löneinkomst 2021	Logariterad pensionsgrundande inkomst (PGI) under år 2021 för den sökande. Utan tak.	Försäkringskassan
Yrkesgrupp	Om den sökande arbetar i ett yrke som kräver högskolekompetens eller ett chefsyrke jämfört med andra yrken. Hämtat från vad den sökande arbetade med i november 2021.	Försäkringskassan
Sektor	Om den sökande arbetar inom privat sektor. Hämtat från var den sökande arbetade november 2021.	Försäkringskassan
Storlek på arbetsplats	Om företaget har mindre än 50 anställda.	AGI
Diagnosgrupp	Om den sökande har en diagnos inom C, F, G, J, L, M, R, S eller övriga.	Läkarintygsregistret
Bidiagnos inom M	Om den sökande har en bidiagnos inom M.	Läkarintygsregistret
Omfattning vid sjukfallets start	Om den sökande påbörjar sin sjukpenningperiod med fjärdedels omfattning eller inte.	MIDAS
Inte arbetar kvar hos samma arbetsgivare	Om den arbetsgivare som fyllt i AGI inte gör det längre vid dag 180.	AGI
Upptäckning i arbete	Om läkaren fyller i en minskad omfattning i sjukpenning i läkarintyget.	Läkarintygsregistret
Prognos kring återgång	Om läkaren fyller i att den sökande med stor sannolikhet kommer återvända till arbete efter sista dag i läkarintyget eller om läkaren fyller i en specifik tid som den sökande kommer återgå i arbete.	Läkarintygsregistret
Intygets längd	Hur lång tid i dagar som läkarintyget är.	Läkarintygsregistret
Åtgärd: söka nytt arbete	Om läkaren rekommenderar åtgärden att den sökande letar efter ett annat arbete.	Läkarintygsregistret

Bilaga 2 – Metod i den registerbaserade delstudien

<i>Variabel</i>	<i>Förklaring</i>	<i>Hämtat från</i>
Beskrivning om arbetslivet	Om läkaren fyllt i någon information i fritextfältet som beskriver arbetslivet.	Läkarintygsregistret

Bilaga 3 – Urval i den aktbaserade delstudien

I aktstudien har vi gjort ett antal avgränsningar som har styrt urvalet av akter. Dessa gäller vilka olika grupper som vi har velat säkerställa att de är tillräckligt representerade, typ av ärenden, de sökandes diagnoser och undersökningens tidsperiod.

B 3.1 Vi har studerat längre sjukskrivningar

Vi har granskat ärenden som har pågått mellan 180 och 365 dagar. Anledningen till detta är att vi ville granska ärenden där handläggarna har behövt göra ett antal bedömningar och haft möjlighet att vidta olika utrednings- och samordningsinsatser. Granskningens tidsperiod sträcker sig från 1 maj 2022 och cirka ett år framåt. Ansökningsdatum i akterna är mellan maj och november 2022.

Vi har exkluderat så kallade sammanläggningsärenden. De är ärenden där den försäkrade har haft en sjukperiod inom 90 dagar när hen ansöker om sjukpenning igen. En av anledningarna till att vi har exkluderat sammanläggningsärenden är att en viktig del i vår analys har varit att undersöka när olika aktiviteter i handläggningen har vidtagits. Sammanläggningsärenden kan få ett annat tidsförlopp, eftersom de inte startar på dag 1 i rehabiliteringskedjan när den senaste ansökan kom in.

B 3.2 Vårt urval inkluderade lika delar inrikes och utrikes födda kvinnor och män

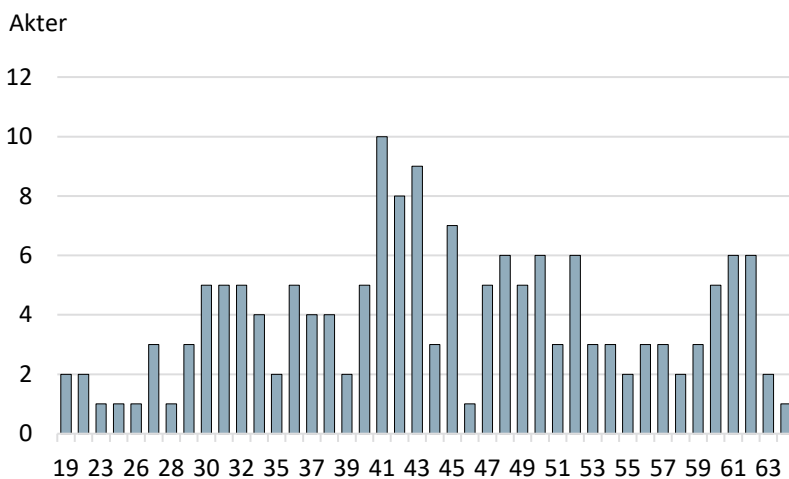
De grupper vi ville kunna studera är kvinnor och män och inrikes och utrikes födda. För att säkerställa god representation har vi sett till att respektive grupp har utgjort en fjärdedel av urvalet. Vi har låtit

resterande gruppkaraktärstika så som olika ålders- och yrkespositioner falla ut slumpmässigt.

Detta urval resulterade i att cirka hälften (49 procent) av individerna i våra studerade akter är utrikes födda. 36 procent (59 individer) är födda utanför EU. 18 procent (29 individer) är födda inom Afrika söder om Sahara, Nordafrika, Mellanöstern och Turkiet.

Personerna i våra studerade akter är mellan 19 och 64 år. Medelåldern är 43 år (figur B1).

Figur B1 Åldersfördelning bland granskade akter



Majoriteten, 133, av våra akter berör personer som är anställda. Men 30 akter (18 procent) berör personer som inte är anställda. De flesta av dessa var eller blev arbetslösa under sjukskrivningen. Ett fåtal var egenföretagare, studenter, eller föräldralediga.

B 3.3 Vi har inkluderat sjukdomstillstånden psykiska sjukdomar och rygg-, skulderleds- och smärtproblematik

Vi har gjort avgränsningar gällande diagnoser. De sjukdomstillstånd som ingår i studien är psykisk ohälsa samt diagnoser för sjukdom i rörelseapparaten. Diagnoskoderna redovisas nedan. Avgränsningarna

syftar till att omfatta de diagnoser som är vanligast och undvika diagnosgrupper med få fall.

Urvalet har utgått från huvuddiagnosen i det första läkarintyget. I vissa fall har diagnoserna ändrats under ärendets gång, men det vanligaste är då att den ändras till en annan diagnos inom samma diagnosgrupp. I ärenden finns ibland flera diagnoskoder som inte är huvuddiagnos, och dessa har vi inte tagit hänsyn till.

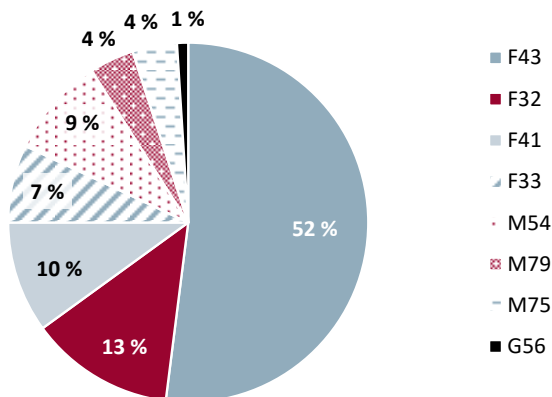
Urval av diagnoskoder:

- F32 Depressiv episod
- F33 Recidiverande depression
- F41 Andra ångestsyndrom
- F43 Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress
- M54 Ryggvärk
- M75 Sjukdomstillstånd i skulderled
- M79 Andra sjukdomstillstånd i mjukvävnader som en klassificeras på annan plats.

Vårt slumpmässiga urval av diagnos resulterade i att de psykiatriska diagnoserna (F-diagnos) står för 83 procent och diagnoser för sjukdom i rörelseapparaten (M-diagnoserna), står för resterande 17 procent (se figur B2). Denna fördelning reflekterar hur det ser ut i populationen av sjukskrivna med dessa två diagnoser. Bland sjukskrivna kvinnor är 15 procent sjukskrivna för en diagnos för sjukdom i rörelseapparaten. Bland män är motsvarande andel 20 procent.¹⁵⁵

¹⁵⁵ Försäkringskassan, *Socialförsäkringen i siffror 2023*, s. 57.

Figur B2 Fördelning mellan de olika diagnoskoderna bland granskade akter



Anm.: F43 Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress, F32 Depressiv episod, F41 Andra ångestsyndrom, F33 Recidiverande depression, M54 Ryggvärk, M79 Andra sjukdomstillstånd i mjukvävnader som en klassificeras på annan plats, M75 Sjukdomstillstånd i skulderled, G56 Karpaltunnelsyndrom.

B 3.4 Vi har studerat både heltids- och deltidssjukskrivna

Vi har inte gjort något urval när det gäller hel eller partiell sjukpenning. Att den försäkrade får sjukpenning på heltid eller deltid kan vara en effekt av olikabehandling och vi valde därför att låta det falla ut slumpmässigt. Det resulterade i en majoritet av personer som under hela eller delar av sin sjukperiod var deltidssjukskrivna. Det följer av att det i en majoritet av akterna sker en av förändring i sjukskrivningsgraden över tid. 24 procent (40 akter) har en sjukskrivning på 100 procent under hela perioden som akten sträcker sig. En person är sjukskriven på 25 procent över hela perioden.

B 3.5 Vi har studerat år 2022 och 2023

Sjukfallen har påbörjats tidigast 1 maj 2022. Anledningen till detta är att de ska nå dag 180 efter den 1 september 2022, eftersom en regeländring som påverkar handläggarnas bedömning av arbetsförmåga trädde i kraft då.

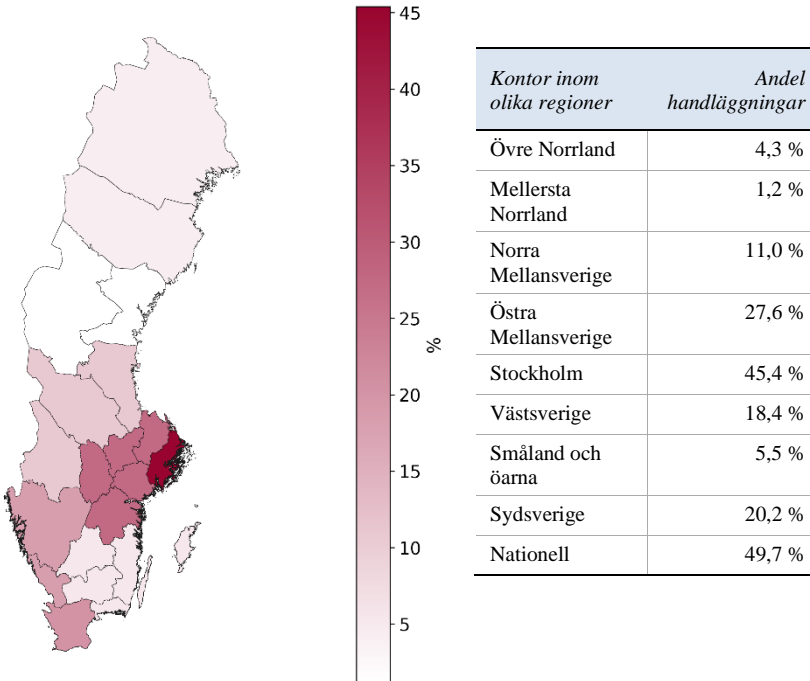
Vi övervägde att sätta en tidsgräns för när ärenden senast skulle ha påbörjats, men valde att inte göra det av två anledningar. För det första ville vi sprida ärendena under olika säsonger. För det andra ville vi genom att inte sätta slutdatum tidsmässigt komma så nära handläggningen som möjligt vid granskningens redovisning.

Det finns både pågående och avslutade ärenden i urvalet. När det gäller de avslutade ärendena har vi inte gjort något urval utifrån anledning till avslut. Anledningen till avslut kan vara en del av handläggarens bedömning. Vi ville därför inte på förhand sortera bort vissa anledningar till avslut.

B 3.6 Geografisk spridning

Vi har en god geografisk spridning bland de kontor där akterna har handlagts. Vi gjorde inget urval baserat på geografi, men det är ändå stor spridning mellan olika kontor (figur B3).

Figur B3 Andel handläggningar på de olika kontoren (indelade på åtta regioner och nationell) där reserverade handläggare arbetar över alla granskade akter



Anm.: Kartan illustrerar siffrorna i tabellen. Färgskalan sträcker sig från vitt (få handläggningar) till rött (många handläggningar). Kartdatan är baserad på: <https://gadm.org/data.html>.

Bilaga 4 – Metod i den aktbaserade delstudien

I den här bilagan går vi igenom hur vi har skapat de mått som vi använder i den aktbaserade kvalitativa delstudien. Sedan beskriver vi hur vi har kategoriserat de individuella egenskaperna och de kontextuella faktorerna som vi använt i vår analys. Bilagan avslutas med en metodbakgrund till den analysteknik som vi har använt. Vi motiverar varför vi använt en analysteknik inspirerad av kvalitativ komparativ analys (Qualitative Comparative Analysis, QCA) och förklarar vilka anpassningar som har krävts givet vårt datamaterial och granskningens syfte.

B 4.1 Hur vi har skapat mått baserat på data från aktstudien

Vårt granskningsformulär bestod totalt av drygt 140 frågor. När alla akter hade granskats delade vi in frågorna och svarsalternativen i olika mått, både utfallsmått och mått på faktorer som kan och i vissa fall bör påverka handläggningen. Vi tilldelade svarsalternativen olika värden utifrån hur viktiga vi bedömde att de är för det specifika måttet. Svarsalternativen kunde också vara villkorade för att ge värde på ett mått. Frågorna angående kontakter med arbetsgivaren är till exempel villkorade att inte ge något värde om personen saknar arbetsgivare.

Vi har också manuellt kunna addera till eller dra av från värdena för varje enskild akt utifrån vad som de som har svarat har skrivit i öppna svar. De öppna svaren har använts till att fånga upp ärendets kontext och annan information som inte fångas upp av fasta svarsalternativ. Vi har kvalitativt analyserat informationen i de öppna svaren.

Eftersom det finns tolkningsutrymme kopplat till vissa frågor i vårt aktgranskningsformulär behövde alla utredare som var involverade

i aktgranskningen kalibrera sig så att de tolkade frågorna på samma sätt och svarade så lika som möjligt. Detta gjordes genom att vi granskade tillsammans och diskuterade akterna med varandra. Vi hade även ett dokument där vi dokumenterade hur tolkningar skulle göras och vad vi kom fram till i våra diskussioner. Efter att aktgranskningen hade genomförts analyserade vi hur samtliga granskare hade svarat på frågorna och kunde på så sätt se om någon granskare oftare hade låga eller höga värden på vissa frågor. För de svar som vi då ansåg avvek gick vi igenom akterna en andra gång för att säkerställa att tolkningen var korrekt. Detsamma gäller för de akter som har fått närvaro av något av utfallen som fångar upp de potentiella tecknen på olikabehandling. Även dessa akter gick vi igenom igen för att säkerställa att bedömningarna inte berodde på enbart en granskare, utan låg i linje med vår kalibrering.

Nedan beskriver vi de mått som vi har skapat. Måtten består av olika antal frågor. Det minst omfattande har bara 2 frågor och det mest omfattande består av 19 frågor.

B 4.1.1 Den försäkrades roll: agentskap, involvering, arbetsbörda

Det tre första måtten handlar om den försäkrades roll.

Vi har mätt vilket agentskap som den försäkrade får

Vårt mått på agentskap fångar upp i vilken utsträckning den försäkrade ges utrymme att vara en agent i processen eller om handläggaren endast ger den försäkrade rollen att vara en passiv mottagare. Vi har mätt agentskap genom 16 olika frågor som berör:

- Om handläggaren använder individens uppfattning som motivering vid initial bedömning eller bedömningen inför dag 180. Om handläggaren motiverar sin bedömning utifrån individens uppfattning ser vi det som att sätta individen i centrum och ta dess uppfattning på allvar. Vi har också undersökt hur handläggaren värdesätter den försäkrades beskrivning jämfört med läkarens i de fall de skiljer sig åt.
- Om handläggaren tar in individens perspektiv vid planering och till exempel ger den försäkrade utrymme att ge sin syn på

sin prognos eller återgång i arbete. Vi ser det som sätt att ge agentskap.

- Om handläggaren vänder sig till den försäkrade för att hämta in information, snarare än till arbetsgivaren eller vården. Genom att lämna information blir den försäkrade en aktör i ärendet.
- Om handläggaren har valt att informera den försäkrade om utredningens gång. Vi anser att personen har möjlighet att agera i sitt ärende genom att vara välinformerad.
- Om handläggaren tar kontakt på telefon. Vi anser att skriftlig kontakt ger personen mindre möjlighet att uttrycka sitt perspektiv och förstå vad som händer i ärendet.
- Hur handläggaren bemöter en eventuell felaktighet eller misstag från den försäkrade. Om handläggaren svarar med ett kontrollerande bemötande visar det att handläggaren inte litar på den försäkrade, vilket inte är att ge agentskap.

Vi har mätt den försäkrades involvering i sitt ärende

Involvering mäter hur mycket den försäkrade ges möjlighet att vara delaktig i sitt ärende. Vi har undersökt både faktisk involvering och handläggarens försök till involvering, det vill säga hur mycket den försäkrade har haft *möjlighet* att involveras. Vi har mätt involvering genom nio olika frågor som berör:

- Hur många kontakter som tas samt när och hur. Det gäller till exempel om kontakter tas skriftligt eller via telefon. Det gäller också hur mycket handläggaren anstränger sig för att ta kontakt om den försäkrade inte svarar samt om det sker ett möte. Eftersom involvering berör den försäkrades kontakt med handläggaren ger dessa frågor tillsammans en bild av involveringen.
- Om telefonutredning görs. Telefonutredningen är en betydelsefull form av involvering då det är ett tillfälle för den försäkrade att beskriva sin situation för handläggaren.
- Om handläggaren vidtar samordningsåtgärder. En samordningsåtgärd innebär en större involvering av individen.

Vi har mätt den försäkrades arbetsbörda

Vi har undersökt hur mycket handläggaren begär av den försäkrade, främst när det gäller att komma in med information, vilket fångar upp en typ av arbetsbörda för den försäkrade. Vi har mätt detta i tre huvudsakliga frågor, men de tre frågorna är också villkorade utifrån andra frågor.

- Vid initial bedömning har vi undersökt om det saknas en beskrivning av arbetsförmågan eller arbetsuppgifter från ansökan. Om informationen saknas och inte kompletteras resulterar det inte i någon arbetsbörda för den försäkrade. Om informationen finns men ändå kompletteras med den försäkrade resulterar detta i vad som kan beskrivas som en arbetsbörda, i jämförelse med situationen där handläggaren inte ställer samma krav när det saknas information.
- I bedömningen inför dag 180 har vi inte på samma sätt kunnat jämföra handläggarens efterfrågade komplettering med specifik information som redan finns i ärendet. Men vi vet att handläggaren har haft information sedan tidigare, eftersom ärendet har pågått närmare sex månader, som hen i detta läge inte tycker är bra nog. Här har vi därför bedömt att en arbetsbörda förekommer om handläggaren har begärt en komplettering med den försäkrade som rör uppgifter kring hur sjukdomen påverkar arbetsförmågan, kring arbetsuppgifter, planering på arbetsplatsen, eller uppgifter kring medicinsk prognos.
- Utöver frågorna om kompletteringar med den försäkrade har vi även en fråga som gäller om handläggaren har lagt över arbete på den försäkrade i något annat sammanhang.

B 4.1.2 Arbetsgivarens roll: involvering och krav

Arbetsgivarens roll rör både i vilken utsträckning som arbetsgivaren involveras och vilken möjlighet till medverkan som handläggaren ger arbetsgivaren.

Involvering av arbetsgivaren

Måttet involvering av arbetsgivaren baseras på nio frågor som berör:

- Om kontakt sker med arbetsgivaren, hur många och när. Muntliga kontakter värderas som mer involvering än skriftlig kontakt som vi anser innebär mindre involvering.
- Om handläggaren motiverar ställningstaganden baserat på arbetsgivarens planering, om handläggaren baserar sin planering på uppgifter från arbetsgivaren och om handläggaren följer upp planeringen med arbetsgivaren. Vi anser att arbetsgivaren involveras om handläggaren använder sig av uppgifter från arbetsgivaren.
- Om något utreds med arbetsgivaren. Att vända sig till arbetsgivaren är att involvera den.

Krav på arbetsgivaren

Vi har också undersökt vilka krav som ställs på arbetsgivaren i termer av information och underlag som efterfrågas från arbetsgivaren. Det har vi mätt med nio frågor som berör:

- Om handläggaren väljer att be arbetsgivaren om kompletterande information inför bedömningar och hur omfattande kompletteringen är. Vi anser att det är att ställa krav att be arbetsgivaren komma in med information.
- Om handläggaren frågar arbetsgivaren om en plan för återgång i arbete och i så fall när, samt om planen följs upp med arbetsgivaren. Vi ser det som låga krav om en plan inte efterfrågas eller efterfrågas sent.
- Om den försäkrades arbetsuppgifter och eventuella anpassningar utreds med arbetsgivaren. Detta bör utredas med arbetsgivaren, och om det inte har utretts har handläggaren ställt låga krav gentemot arbetsgivaren.

B 4.1.3 Planering och utredning: planering för återgång, brister i hantering eller otillräcklig anpassning, och krav på läkarintyg

Vi har mätt handläggarnas arbete med planering för återgång

Vi har mätt nivån av aktivitet i planering för återgång i arbete genom frågor som handlar om olika aspekter av planering, både handläggarens egen planering och hur handläggaren förhåller sig till arbetsgivarens planering för återgång i arbete. Vi har mätt planering genom 14 olika frågor om följande saker:

- När handläggaren gör den första planeringen och hur omfattande den är, vilken typ av uppgifter planeringen baseras på, och hur den följs upp, samt om handläggaren utreder den försäkrades arbetsuppgifter eller eventuellt nya arbetsuppgifter med arbetsgivaren. Nivån av aktivitet i planering reflekteras i om handläggaren gör en planering inom rimlig tid. Denna plan ska baseras på flera aktörers uppgifter och följas upp.
- När första ställningstagande till samordningsbehov görs och hur många gånger det görs, hur ställningstagandena till samordningsbehov motiveras, samt om en samordningsåtgärd har genomförts. Att handläggaren inte gör ställningstaganden till samordningsbehov eller inte motiverar dessa reflekterar en lägre nivå av aktivitet i planering. En samordningsåtgärd reflekterar däremot en högre nivå av aktivitet i planering för återgång i arbete.
- Om handläggaren på eget initiativ ser till att arbetsgivaren upprättar en plan för återgång i arbete, samt hur handläggaren använder planen för återgång och om den följs upp. Det är en viktig del i handläggarens planering att arbetsgivaren gör sin plan och planen är något handläggaren ska använda sig av i sitt arbete. Det reflekterar en högre nivå av aktivitet i planering om handläggaren på eget initiativ ser till att arbetsgivaren upprättar en plan för återgång i arbete.

Vi har mätt brister i handläggningen

Vi har undersökt om det finns brister i hur handläggaren hanterar ärendet, till exempel genom att avstå från att utreda vissa saker eller göra aktiviteter eller bedömningar senare för vissa individer. Här har vi undersökt tio frågor som alla mäter olika typer av brister i handläggningen:

- Handläggaren vidtar inte utredningsåtgärder under tiden en utredning om försäkringstillhörighet eller sjukpenninggrundande inkomst pågår. Utredningen behöver pågå mer än en månad för att måttet ska ge ett värde.
- Handläggaren dokumenterar inte motiveringar i sina ställningstaganden.
- Den försäkrade informeras inte vid till exempel en komplettering med vården.
- Något relevant för ärendet sker sent.
- Det finns bristande information om sysselsättningen.
- Utredningen av arbetstidens förläggning har brister.
- Handläggaren har inte rätt ut misstag som den försäkrade har begått.
- Handläggaren har inte återkopplat på en kontaktförfrågan från läkare.
- Handläggaren har inte hörsammat en uppmaning att kontakta arbetsgivaren.

Anpassningar till försäkrades förutsättningar

Vi har också undersökt om det finns individuella förutsättningar som det vore rimligt för handläggaren att bemöta på något sätt. Måttet består av 19 frågor som berör två aspekter:

- Om det förekommer kommunikationssvårigheter och hur dessa bemöts. En kommunikationssvårighet utgör ett behov hos personen som handläggaren kan behöva bemöta för att anpassa handläggningen till den försäkrades förutsättningar.

- Om det förekommer förutsättningar som påverkar den försäkrades återgång i arbete eller andra förutsättningar kopplade till personen eller personens grupptillhörighet och hur dessa har bemötts av handläggaren.

B 4.1.4 Vi har mätt kravet som handläggarna ställer på det medicinska underlaget i olika ärenden

Vi har undersökt läkarintygens kvalitet

Vi har mätt kvaliteten på intygen med tolv frågor.

- Om funktionsnedsättningen är konkret och aktivitetsbegränsningen är beskriven med en tydlig koppling till vad personen kan göra. Detta är en del i DFA-kedjan (se stycke 7.1.3) och därmed en viktig del i handläggarnas bedömning av läkarintygen.
- På vilket sätt läkaren beskriver den försäkrades besvär. Vi ser det som en högre kvalitet om läkaren beskriver sina egna iakttagelser eller undersökningsfynd, snarare än enbart återger vad patienten uppger. Kvaliteten höjs ytterligare om även patientens perspektiv beskrivs. Vi utgår ifrån att det gör det lättare för handläggaren att bedöma ärendet.
- Om det finns en pågående eller planerad behandling. Att det finns en behandling ger viktig information till handläggaren. Kvaliteten stärks om det även framkommer ett syfte med behandlingen.
- Om den sammantagna bilden från alla läkarintyg ger upphov till kompletteringsbehov. Det kan vara oproblematiskt att något förekommer bara en gång men bli ett problem när det upprepas. När vi har uppskattat den övergripande kvaliteten på läkarintygen över tid har vi tagit hänsyn till om läkarintygen inte baseras på en undersökning under lång tid, om det saknas en pågående eller planerad behandling under lång tid, eller om prognosen är otydlig under lång tid. Vi har också tagit hänsyn till om läkaren återanvänder samma formuleringar i flera intyg och därmed inte kommer in med någon ny information till handläggaren.

Hur vi har mätt kraven som handläggarna ställer på det medicinska underlaget

Vi har mätt kraven handläggarna ställer på det medicinska underlaget genom sju frågor som berör:

- Antal kompletteringar till vården och dess omfattningar. Att begära komplettering är ett tydligt krav som ställs från handläggaren.
- Om handläggaren vid otillräckligt eller uteblivet svar ifrån vården inte följde upp det tyder på låga krav från handläggarens sida.
- Om handläggaren involverar en försäkringsmedicinskrådgivare ökar kraven på läkarintyget. Försäkringsmedicinskrådgivare är en läkare som är anställd av Försäkringskassan för att hjälpa utredaren förstå och värdera medicinsk information i ärenden.

För att uppskatta handläggarens krav på det medicinska underlaget har vi tagit hänsyn till läkarintygens kvalitet.

B 4.1.5 Hur vi har mätt faktorer som kan påverka handläggningen

Arbetsgivarens förhållningssätt och förutsättningar på arbetet

Vi har skapat ett mått för att fånga upp arbetsgivarens förhållningssätt, och kategoriserat förhållningssättet utifrån om arbetsgivaren varit stöttande, passiv eller motarbetande. Måttet består av sju frågor:

- Om arbetsgivaren kommer in med en plan för återgång i arbete och när. Om arbetsgivaren upprättar planen på eget initiativ tyder det på en stöttande arbetsgivare. Om arbetsgivaren inte på eget initiativ upprättar en plan för återgång ser vi det som att arbetsgivaren är passiv. Om planen kommer in mycket sent eller uteblir utan motivering ser vi arbetsgivaren som motarbetande.
- Om arbetsgivaren beskriver arbetet som orsaken till sjukskrivningen ser vi det som stöttande, eftersom arbetsgivaren uppmärksammar eller erkänner problem på arbetsplatsen.

- Om det uppkommer problem i kontakten mellan arbetsgivaren och handläggaren eller mellan arbetsgivaren och den försäkrade. Problem i kontakten ser vi som tecken på en motarbetande arbetsgivare.

Förutsättningar kopplade till arbetet

Vi har mätt förutsättningar som är kopplade till arbetet genom att se vad i arbetet som påverkar återgången för den försäkrade. Måttet består av två frågor:

- Om det finns anpassningar på arbetsplatsen. Vi ser alla typer av anpassningar som indikation på goda förutsättningar kopplade till arbetet.
- Om arbetet varit orsak till sjukdomen ser vi det som en försvårande förutsättning för återgång i arbete.

Hur vården driver ärendet

Vi har mätt hur aktivt vården engagerar sig och driver den försäkrades fall. Måttet omfattar tio frågor:

- Om åtgärder och planer vidtas på vårdens initiativ eller om läkaren föreslår åtgärder i läkarintyget menar vi att vården driver fallet.
- Om handläggaren måste påminna läkaren om att komma in med kompletteringar tyder det på att vården inte driver fallet.
- Om en rehabiliteringskoordinator är involverad ser vi det som att vården driver ärendet.
- Om läkaren beskriver arbetsuppgifterna mer utförligt än den försäkrade gör, eller om läkaren beskriver att arbetet orsakat sjukfallet. Även om läkaren beskriver patientens oförmåga att genomföra aktiviteter. Bra beskrivningar är en del i att vården driver ärendet.
- Om läkaren önskar kontakt med handläggaren ser vi som ett tecken på att läkaren driver ärendet.
- Om läkaren motiverar att förlägga arbetstiden på något annat sätt än standardregeln ser vi som ett sätt för läkaren att driva

ärendet. Detta följer av att det är ovanligt och kräver mer från läkarens sida att skriva en sådan motivering än att inte göra det.

Hur den försäkrade driver sitt fall

Vi har också mätt hur aktiv den försäkrade är i att driva sitt fall. Att driva sitt fall kan både vara att fortsätta få sjukpenning och att gå tillbaka till arbete beroende på situation. Vi gör ingen skillnad mellan dessa utan har tagit hänsyn till de aspekter som fångas upp i följande 13 frågor:

- Hur mycket information den försäkrade lämnar i sin ansökan. Genom att lämna omfattande information gör den försäkrade en insats som vi bedömer syftar till att driva ärendet framåt.
- Om den försäkrade tar initiativ till att upprätta en plan och följa upp planeringen anser vi att hen driver ärendet.
- Om den försäkrade tar kontakt med handläggaren eller Försäkringskassan och i vilka syften kontakten tas. Att ta kontakt anser vi är att driva ärendet, speciellt för att informera om återgången i arbete.
- Om den försäkrade ger intryck av att känna till vad som förväntas av hen i relation till regelverket. Vi utgår ifrån att en välinformerad försäkrad har bättre möjlighet att driva sitt ärende på ett framgångsrikt sätt.
- Om den försäkrade har missuppfattat något eller gjort något felaktigt. Att något har blivit fel anser vi inte bidrar till att driva ärendet framåt.

Förutsättningar kopplade till handläggningen

I aktgranskningen kan vi se att det i genomsnitt finns 4 handläggare i varje ärende och som mest 14 handläggare. Som minst har enbart 1 handläggare utrett ärendet.

I genomsnitt är 2 läkare involverade i ett ärende, med ett minimum på 1 och ett maximum på 9 läkare. Dessa läkare har utfärdat mellan 1 och 19 intyg per ärende. I genomsnitt finns det 6 läkarintyg i varje ärende.

B 4.2 Kategorisering av individuella egenskaper och kontextuella faktorer

Vi har analyserat vårt material för att hitta olika grupper som oftare får våra utfall. Utifrån antaganden om vilka grupper som potentiellt är utsatta för högre risk för olikabehandling har vi kategoriserat faktorerna som representerar *individuella egenskaper*, och därmed *grupptillhörigheter*, på följande sätt:

<i>Närvaro av egenskap, 1</i>	<i>Frånvaro av egenskap, 0</i>
att vara kvinna (1)	man (0)
att vara äldre än 54 år (1)	resterande (0)
att vara yngre än 34 år (1)	resterande (0)
att inte vara medelålders (äldre än 54 år eller yngre än 34 år) (1)	medelålders (0)
att vara född utanför EU (1)	född inom EU (0)
att ha en psykiatrisk diagnos (1)	Diagnos för sjukdom i rörelseapparaten (0)
Att befinna sig i chefsposition eller inte ha högskolekompetens (1)	chefsposition eller högskolekompetens (0)
att i liten utsträckning driva sitt fall (1)	i större utsträckning driva sitt fall (0)

Vilka grupper som har tilldelats en etta eller nolla påverkar inte analysen utan görs enbart i syfte för lättare kunna tolka resultatet.

Efter att ha utforskat vår data och med hjälp av insikter från vår registerbaserade delstudie har vi sett att det kan finnas viktiga skillnader mellan yngre och äldre samt olika födelseregioner. Därför har vi valt att skapa vissa specifika grupper. Vi har behövt ta hänsyn till att respektive grupp behöver motsvara minst cirka 20 procent för att kunna analysera den på ett meningsfullt sätt. Med dessa utgångspunkter valde vi att skapa följande åldersgrupper:

- de som är yngre än 34 år, som får representera yngre personer
- de som är äldre än 54 år, som får representera äldre personer
- de som är medelålders, det vill säga mellan 34 år och 54 år.

Vi har grupperat ursprung utifrån om födelselandet ligger inom eller utanför EU. Våra registerbaserade analyser visar att en grupp som

skiljer ut sig när det gäller olika aspekter i handläggningen är de som är födda i Afrika söder om Sahara, Nordafrika, Mellanöstern och Turkiet. Denna grupp är relativt liten i vårt aktbaserade urval och vi finner inte heller att den särskiljer sig på ett betydande sätt från andra grupper födda utanför EU. Vi har därför valt att gruppera utifrån att vara född inom och utanför EU. En mycket stor andel (80 procent) av personerna som är födda inom EU är födda i Sverige.

De *kontextuella faktorer*, eller *omständigheter i ärendet*, vi har undersökt har kategoriserats på följande sätt:

<i>Närvaro av kontext/omständighet</i>	<i>Frånvaro av kontext/omständighet</i>
ärenden med 6 eller fler handläggare (1)	ärenden med färre än 6 handläggare (0)
ärenden med 8 eller fler läkarintyg (1)	ärenden med färre än 8 läkarintyg (0)
ärenden med 4 eller fler läkare (1)	ärenden med färre än 4 läkare (0)
ärenden med genomsnittlig låg kvalitet på läkarintyg (1)	ärenden med genomsnittlig högre kvalitet på läkarintyg (0)
ärenden där vården driver fallet i liten utsträckning (1)	ärenden där vården driver fallet i större utsträckning (0)
försvårande förutsättningar för återgång kopplade till arbetet (1)	frånvaro av försvårande förutsättningar kopplade till arbetet (0)
arbetsgivare med motarbetande förhållningssätt (1)	arbetsgivare med passivt eller stöttande förhållningssätt (0)

B 4.3 Vi har använt en analysteknik inspirerad av Qualitative Comparative Analysis

För att undersöka om det finns något mönster bland de fall som har handlagts på ett sätt som innebär att de kan visa tecken på olika-behandling har vi använt oss av en analysteknik inspirerad av kvalitativ komparativ analys (Qualitative Comparative Analysis, QCA). QCA är en analysmetod som utvecklades för att förstå vilka kvalitativa faktorer som i kombination med varandra påverkar ett utfall.¹⁵⁶ Men vi uttalar oss inte om orsaker i våra slutsatser. I stället använder denna analysteknik för att systematiskt kunna jämföra information från ett stort antal fallstudier, det vill säga våra akter.

B 4.3.1 QCA kan fånga kausal konjunktion och ekvifinalitet

Fokus i QCA är att synliggöra kausalt komplexa mönster med utgångspunkt i *kausal konjunktion*.¹⁵⁷ Kausal konjunktion innebär att en kombination av faktorer tillsammans bidrar till att ett utfall förekommer.¹⁵⁸ Det är inte troligt att enskilda faktorer på egen hand men i närvaro av varandra är det som gör att olikabehandling uppstår. Att QCA har förmåga att fånga kausal konjunktion gör metoden lämpad för vår granskning, eftersom en undersökning av flera grupp-tillhörigheter snarare än av enskilda grupper har bättre förutsättningar att synliggöra olikabehandling. Vi drar i våra analyser inga slutsatser om att vissa grupp-tillhörigheter har orsakat specifika utfall, men synliggör om det finns sammansättningar av grupper som oftare har fått ett utfall. Det kan till exempel vara äldre, inrikes födda kvinnor.

QCA tar hänsyn till att olika faktorer kan producera samma utfall, eller olika utfall i olika kontexter. Det kallas för *ekvifinalitet*.¹⁵⁹ Även detta gör metoden lämpad för vårt ändamål. Det gör att vi har möjlighet att identifiera grupper som oftare har fått till exempel låg aktivitet i planering för återgång i arbete, men som framstår som diametralt olika. Ett exempel är gruppen medelålders, inrikes födda män som verkar vara diametralt olika gruppen yngre, utrikes födda kvinnor. Det är sannolikt olika mekanismer i handläggningen som har

¹⁵⁶ Mello P., s. 2.

¹⁵⁷ Schneider C. Q. och Wagemann C., s. 8.

¹⁵⁸ Schneider C. Q. och Wagemann C., s. 6.

¹⁵⁹ Mello P., s. 176.

lett till utfallen för de båda grupperna, men vi kan med denna analysteknik ändå identifiera båda grupperna.

B 4.3.2 Vi har behövt definiera kriterier för att kunna dra slutsatser eftersom syftet med vår analys skiljer sig från traditionell QCA

En aspekt av QCA gör den mindre lämpad, nämligen att målet med metoden är att dra slutsatser om faktorer som är tillräckliga eller nödvändiga för att ett utfall ska uppstå. Det är ovanligt med nödvändiga villkor för sociala fenomen, och i praktiken handlar QCA ofta om att identifiera en sammansättning av faktorer som är tillräckliga för att utfallet ska uppstå. I syfte att identifiera sammansättningar av faktorer som är tillräckliga för att ett utfall ska förekomma går det att bygga en modell som kan *förklara* förekomsten av utfallet. Men det matchar dåligt vad vi vet om hur olikabehandling fungerar. Vi kan inte förvänta oss att de faktorer och grupptillhörigheter som vi har haft möjlighet att undersöka kan förklara de skillnader i handläggning som vi har identifierat.

En slutsats som kan dras av QCA är att när en viss kombination av faktorer är närvarande uppstår utfallet.¹⁶⁰ Men fenomenet olikabehandling handlar snarare om att vissa grupper kan ha en förhöjd risk för att olikabehandlas, men det betyder inte att samtliga eller ens de flesta inom en viss grupp kommer att olikabehandlas. Vi har i våra analyser inte heller funnit några sammansättningar av faktorer som är tillräckliga för något av de utfall vi studerar. Vi har därför inte tillämpat traditionell QCA, utan snarare låtit våra analyser inspireras av de tekniker som metoden erbjuder.

En viktig anledning till att traditionell QCA inte lämpar sig på vårt datamaterial är att det sannolikt finns andra faktorer som påverkar om ett utfall förekommer eller inte som vi inte har haft möjlighet att inkludera i vår analys. En annan anledning är att de flesta av våra utfall är snedfördelade. Det innebär att det inte är jämnstora grupper som har utfallet och som inte har det. Om grupperna skulle vara jämnstora skulle hälften av sjukpenningfallen ha tecken på olikabehandling och det har vi inte förväntat oss att finna. Även om den relativt låga förekomsten av utfallen i vårt urval har konsekvenser för

¹⁶⁰ Mello P., s. 64–71.

hur vi kan analysera våra utfall är det motiverat att analysera urvalet, eftersom vi studerar ett fenomen som sannolikt inte är mer utbrett. För att kunna lära oss mer om hur ofta de skillnader i handläggning som vi har identifierat förekommer och bedöma om det rör sig om tecken på olikabehandling har vi därför använt ett alternativt tillvägagångssätt och alternativa kriterier för att kunna dra slutsatser.

Syftet med våra analyser har varit att leta efter de grupper som har en högre förekomst av utfallen, snarare än att leta efter gruppsammansättningar som kan *förklara* förekomsten av utfallen. Den typ av slutsats som vi drar handlar inte om att gruppstillhörigheterna är orsaker till skillnaderna i handläggning, utan om vissa grupper är mer drabbade än andra. Därför räcker det med lägre satta kriterier för att kunna dra slutsatser än de standardriktlinjer som finns för QCA. För att dra slutsatsen om att de grupper som formas utifrån de individuella egenskaperna utgör en sammansättning av tillräckliga faktorer för att få en viss typ av handläggning och att de bidrar till utfallet skulle vi ha behövt identifiera grupper med en förekomst av utfallet på minst 75 procent, och de grupper vi identifierar skulle behöva motsvara minst 60 procent av samtliga som har fått utfallet.¹⁶¹ Men utifrån vad vi vet om hur olikabehandling och handläggning fungerar kan vi inte förvänta oss att en majoritet av sjukpenningfallen med utfallet ska kunna identifieras utifrån grupper som formas av de individuella egenskaperna. Vi kan inte heller förvänta oss en så hög förekomst av utfallen inom grupperna.

Vi vill se om vissa grupper oftare har fått den typ av handläggning som kan ha tecken på olikabehandling. Därför är dessa kriterier inte tillämpbara och inte heller relevanta för vårt syfte. När det gäller hur stor andel gruppen utgör av samtliga fall som har fått ett utfall väljer vi att inte använda detta som ett kriterium för att kunna dra slutsatser. Det avgörande för våra slutsatser är i stället hur olika grupper jämför sig med varandra när det gäller hur stor andel av individerna inom de respektive grupperna som har fått ett utfall och vilket förhållande som finns bland individerna inom gruppen när det gäller hur många av dem som har fått ett utfall. I kapitel 4 går vi igenom vilka kriterier vi

¹⁶¹ Mello P., s. 104; Rihoux B. och De Meur G., *Crisp-Set Qualitative Comparative Analysis (csQCA). Configurational Comparative Methods: Qualitative Comparative Analysis (QCA) and Related Techniques*. Redaktör: Rihoux B. och Ragin C. SAGE Publications Inc 2009, s. 33–68.

använder i stället för de parametrar och standardriktlinjer som används i traditionell QCA.

B 4.3.3 Vi har använt ett program som är utvecklat för QCA

För att jämföra fallen på ett systematiskt och replikerbart sätt har vi använt analysprogrammet fsQCA. Programmet baseras på standardiserade algoritmer som används för att genomföra olika typer av analyser som grundar sig i formell logik.¹⁶² För att finna mönster mellan faktorerna och utfallet används principer om logisk minimering. Logisk minimering innebär i detta sammanhang en process där den empiriska informationen uttrycks på ett mer sparsamt men logiskt likvärdigt sätt genom att söka efter likheter och olikheter bland fall som delar samma utfall.¹⁶³

QCA handlar om att identifiera de sammansättningar av faktorer som gör en skillnad för utfallet. Om en faktor finns både i sammansättningar som är kopplade till utfallet och sammansättningar som inte är kopplade till utfallet gör faktorn ingen skillnad. Det gör att programmet kan förenkla de sammansättningar som samvarierar med utfallet. På så sätt synliggör programmet om det finns några underliggande mönster mellan faktorerna och utfallet.¹⁶⁴

Analysmetoden är iterativ och explorativ. Vi har i analyserna undersökt alla tänkbara kombinationer av faktorer för att identifiera om det finns några underliggande mönster mellan dem och våra utfall. När vi har byggt olika analysmodeller har vi stegvis lagt till enskilda faktorer för att se hur de påverkar modellen.

¹⁶² Schneider, C. Q. och Wagemann, C., s. 11.

¹⁶³ Schneider, C. Q. och Wagemann, C., s. 8–9.

¹⁶⁴ Mello, P., s. 127–128.

Bilaga 5 – Resultat i den aktbaserade delstudien

I den här bilagan redovisar vi mer detaljerade resultat från våra analyser av de sjukpenningärenden som har pågått mellan 180 och 365 dagar, och som ligger till grund för våra slutsatser i den aktbaserade delstudien.

Våra aktbaserade resultatkapitel är indelade i tre områden: den försäkrades roll, arbetsgivarens roll, och handläggarens planering och utredning (kapitel 5–7). Vi har totalt undersökt fyra utfallsmått i våra aktbaserade resultatkapitel: 1) om den försäkrade fått lågt agentskap eller låg involvering, 2) om den försäkrade fått en arbetsbörda, 3) om arbetsgivaren fått låg involvering eller låga krav, och 4) om det förekommer låg aktivitet i planering för den försäkrades återgång i arbete, brister i handläggningen eller otillräckliga anpassningar till individens förutsättningar, eller omotiverat höga krav på läkarintygen. Bilagan presenterar resultaten från samtliga analyser som ligger till grund för våra slutsatser. För respektive utfallsmått har vi strukturerat innehållet i bilagan enligt följande ordning:

- enskilda faktorerers samvariation med utfallet
- analys av grupsammansättningar utifrån kön, ursprung och flera åldersgrupper
- analys av betydelsen av andra individuella egenskaper än kön, ålder och ursprung
- analys av betydelsen av kontextuella faktorer för utfallet
- analys av skillnader i medelvärden mellan enskilda grupper.

B 5.1 Analyser som ligger till grund för slutsatser kring den försäkrades roll

Nedan redovisar vi de mer djupgående analyserna av betydelsen av individuella och kontextuella faktorer för om försäkrade får lågt agentskap eller låg involvering, eller en arbetsbörda. Vi redovisar först utfallet som rör lågt agentskap eller låg involvering, därefter utfallet som rör närvaro av en arbetsbörda. För varje utfall börjar vi med analysen av hur enskilda faktorer samvarierar med utfallet, sedan de mer ingående analyserna av samspelet mellan flera individuella och kontextuella faktorer. Vi avslutar med analysen av skillnader i medelvärden.

B 5.1.1 Enskilda faktors samvariation med lågt agentskap eller låg involvering

Här redovisar vi om enskilda faktorer visar på skillnader i förekomst av lågt agentskap eller låg involvering.

Tabell B5.1 Förekomst av lågt agentskap eller låg involvering baserat på egenskaper och faktorer

<i>Individuella egenskaper</i>		<i>% av fall med lågt agentskap eller låg involvering</i>
Kön	Kvinna	24 %
	Man	19 %
Ursprung	Utanför EU	27 %
	Inom EU	18 %
Ålder	Yngre än 34 år eller äldre än 54 år	27 %
	Medelålders, 34–54 år	18 %
	Yngre än 34 år	27 %
	Äldre än 33 år	20 %
	Äldre än 54 år	27 %
	Yngre än 55 år	20 %
Diagnos	Psykiatrisk diagnos	20 %

<i>Individuella egenskaper</i>		<i>% av fall med lågt agentskap eller låg involvering</i>
	Diagnos för sjukdom i rörelseapparaten	28 %
Yrkesposition	Ej chefsposition, ej högskolekompetens	24 %
	Chefsposition eller högskolekompetens	16 %
Hur den försäkrade driver sitt ärende	Driver i liten utsträckningen	19 %
	Driver i större utsträckning	22 %

<i>Kontextuella faktorer</i>		<i>% av fall med lågt agentskap eller låg involvering</i>
Läkarintygens kvalitet	Låg kvalitet	22 %
	Högre kvalitet	21 %
Hur vården driver ärendet	Driver i liten utsträckningen	21 %
	Driver i större utsträckning	21 %
Antal läkarintyg	8 eller fler	14 %
	Färre än 8	24 %
Antal läkare	4 eller fler	19 %
	Färre än 4	22 %
Antal handläggare	6 eller fler	17 %
	Färre än 6	23 %

B 5.1.2 Analys av gruppammansättningar utifrån kön, ursprung, samt flera åldersgrupper visar att ålder har betydelse

Ålder är en av aspekterna som har betydelse för de grupper som får lågt agentskap eller låg involvering. Både att vara äldre eller yngre kan spela roll. Analysen visar tre grupper med högre förekomst av lågt agentskap eller låg involvering. I två av dessa tre grupper har ålder betydelse. För att visa på en mer nyanserad bild av vilka

specifika grupper det handlar om som oftare har fått lågt agenskap eller låg involvering har vi undersökt yngre och äldre separat i relation till kön och ursprung. Genom att inkludera två faktorer som har med ålder att göra riskerar ålder dessutom att framstå som viktigare än andra grupptillhörigheter. Vi gör det här för att just se skillnader mellan åldersgrupper.

När vi tar hänsyn till om det finns skillnader mellan yngre och äldre, och inte enbart mellan medelålders och inte medelålders, bekräftar resultaten att ålder är en av aspekterna som har betydelse för de grupper som får lågt agenskap eller låg involvering. Resultaten visar också att både att vara äldre eller yngre kan spela roll (tabell B5.2).

Gruppen med högst förekomst av lågt agenskap eller låg involvering är *individer som är äldre än 54 år födda utanför EU*. Bland dem har 45 procent fått lågt agenskap eller låg involvering, jämfört med 21 procent bland samtliga i urvalet. Men gruppen består endast av ett fåtal individer.

Resterande tre grupper är *kvinnor yngre än 54 år födda utanför EU*, *individer yngre än 34 år födda inom EU*, och *kvinnor äldre än 54 år*. De har också en relativt hög förekomst av lågt agenskap eller låg involvering jämfört med genomsnittet, mellan 29 och 32 procent jämfört med 21 procent. Men även dessa grupper består av relativt få individer.

Tabell B5.2 Samtliga grupper med högre förekomst av lågt agenskap eller låg involvering utifrån kön, yngre, äldre, och ursprung

<i>Grupp</i>	<i>Andel fall inom gruppen som har lågt agenskap eller låg involvering</i>	<i>Antal fall inom gruppen som har lågt agenskap eller låg involvering</i>	<i>Gruppens andel av alla studerade fall som har lågt agenskap eller låg involvering</i>
Individer äldre än 54 år, födda utanför EU	45 %	5 av 11	14 %
Kvinnor yngre än 54 år, födda utanför EU	32 %	8 av 25	23 %
Individer yngre än 34 år, födda inom EU	29 %	7 av 24	20 %

<i>Grupp</i>	<i>Andel fall inom gruppen som har lågt agenskap eller låg involvering</i>	<i>Antal fall inom gruppen som har lågt agenskap eller låg involvering</i>	<i>Gruppens andel av alla studerade fall som har lågt agenskap eller låg involvering</i>
Kvinnor äldre än 54 år	29 %	4 av 14	11 %
Alla studerade sjukpenningfall	21 %	35 av 163	-

Anm.: Dessa grupper utgör 66 procent av alla sjukpenningfall som har fått lågt agenskap eller låg involvering. Ett enskilt fall kan tillhöra mer än en grupp.

B 5.1.3 Vi kan inte identifiera några mer specifika grupper som oftare får lågt agenskap eller låg involvering

Vi har undersökt om andra individuella egenskaper kan hjälpa oss att identifiera vilka grupper av försäkrade som har högre förekomst av lågt agenskap eller låg involvering i vårt urval. Dessa egenskaper fångar upp yrkesposition utifrån om personen är eller inte är i en chefsposition eller har högskolekompetens. De fångar också upp diagnos utifrån om personen är sjukskriven för en psykisk diagnos eller en diagnos kopplad till rörelseorgan. Vi har även undersökt om det gör någon skillnad för förekomst av lågt agenskap eller låg involvering i vilken utsträckning personen har drivit sitt sjukpenning-ärende i förhållande till Försäkringskassan.

Vi kan inte identifiera några mer specifika grupper som oftare har fått lågt agenskap eller låg involvering än vad vi redan kunde utifrån gruppansamlingar baserade på kön, ålder och ursprung. Men vi finner att i de flesta av grupperna är det att inte befinna sig i chefsposition eller inte ha högskolekompetens som är kopplat till högre förekomst av lågt agenskap eller låg involvering. Diagnos och yrkesposition gör var för sig ingen betydelsefull skillnad, men när vi inkluderar dem båda kan vi identifiera en större andel fall bland de som har fått lågt agenskap eller låg involvering, 79 procent jämfört med 63 procent när vi endast tar hänsyn till kön, ålder och ursprung. Vi finner att hur personen driver sitt fall inte verkar göra någon nämnvärd skillnad för om en person har fått lågt agenskap eller låg involvering.

Syftet med analysen är att undersöka om diagnos, yrkesposition, eller hur personen driver sitt fall är av betydelse för om försäkrade får lågt agentskap eller låg involvering, och om vi med dessa individuella egenskaper kan identifiera några mer specifika grupper som oftare får lågt agentskap eller låg involvering. Med ”betydelse för” menar vi att faktorn gör en skillnad för om utfallet är närvarande i ett fall. Syftet med analysen är inte att dra slutsatser om tecken på olikabehandling. Det följer av att vi med mycket stor sannolikhet endast finner små grupper när vi inkluderar så många faktorer som vi gör i denna analys. Det beror också på att närvaro och frånvaro av utfallet är relativt snedfördelat i vårt urval (vi har totalt endast 35 av 163 sjukpenningfall som har fått lågt agentskap eller låg involvering). Men en viktigare anledning är att det finns betydelsefulla faktorer för förekomst av lågt agentskap eller låg involvering som vi inte har haft möjlighet att inkludera i vår analys.

Att ej vara i chefsposition eller ej ha högskolekompetens är för vissa grupper av betydelse för lågt agentskap eller låg involvering

Att inkludera flera faktorer gör att flera grupsammansättningar är möjliga, vilket minskar andelen fall som tillhör dem. Eftersom hur individen driver sitt fall inte verkar göra någon skillnad har vi inte inkluderat den faktorn i vår modell som undersöker om det finns något underliggande mönster mellan de fem individuella egenskaperna kön, ålder, ursprung, diagnos, och yrkesposition och att få lågt agentskap eller låg involvering. De fem faktorerna kan potentiellt leda till 32 olika grupsammansättningar.

Vi kan inte identifiera några mer specifika grupper som oftare har fått lågt agentskap eller låg involvering än vad vi redan kunde utifrån grupsammansättningar baserade på kön, ålder och ursprung. Vi finner 11 olika grupper som oftare har fått lågt agentskap eller låg involvering. Detta tyder på att det inte finns något enkelt underliggande mönster mellan våra faktorer och lågt agentskap eller låg involvering. Det innebär att vi identifierar ett stort antal grupper, men att de var för sig består av få individer.

7 av de 11 grupperna har en betydligt högre förekomst av utfallet än genomsnittet i hela urvalet som är 21 procent (tabell B5.3). Men samtliga grupper är små eftersom de består av ett fåtal individer.

Vi drar därför utifrån denna analys inga slutsatser om tecken på olikabehandling.

Vi kan se att i 5 av de 7 grupperna som betydligt oftare har fått lågt agentskap eller låg involvering än genomsnittet är det att vara född utanför EU som har betydelse. Vi kan också se att i 6 av de 7 grupperna har yrkesposition betydelse. I 5 av dessa är det att ej befinna sig i chefsposition eller ha högskolekompetens som är kopplat till högre förekomst av lågt agentskap eller låg involvering. I 6 av de 7 grupperna som betydligt oftare fått lågt agentskap eller låg involvering än genomsnittet har diagnosgrupp betydelse. Men i 3 av dem är det att ha psykiatrisk diagnos som är sammankopplat med lågt agentskap eller låg involvering och i 3 av dem är det i stället en diagnos för sjukdom i rörelseapparaten. Det innebär att vi inte kan dra någon meningsfull slutsats om betydelsen av diagnos för risken att få lågt agentskap eller låg involvering.

Tabell B5.3 Samtliga grupper med högre förekomst av lågt agentskap eller låg involvering utifrån kön, ålder, ursprung, diagnos och yrkesposition

Faktorer	Grupp										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Kvinna	0	1	-	-	0	1	0	1	1	1	0
Född utanför EU	1	1	1	1	1	0	0	-	1	0	0
Psykiatrisk diagnos	1	1	1	0	0	-	0	1	1	1	1
Ej chef, ej högskolekompetens	-	1	1	1	1	1	0	1	-	-	1
Yngre än 34 eller äldre än 54	1	-	1	0	-	1	1	1	0	1	0
% av fall i gruppen som har lågt agentskap eller låg involvering	36	36	31	33	40	38	50	29	29	26	23
Gruppens andel av alla studerade fall som har lågt agentskap eller låg involvering (antal)	12 (4)	12 (4)	12 (4)	9 (3)	6 (2)	18 (6)	3 (1)	15 (5)	15 (5)	18 (6)	9 (3)

Anm.: Den sista raden i tabellen redovisar andelen av fall med utfallet som tillhör de respektive grupperna. Ett enskilt fall kan tillhöra mer än en grupp. Grupperna med en högre förekomst av utfallet än genomsnittet är fetmarkerade i tabellen.

1 – faktorn är närvarande

0 – faktorn är frånvarande

En tom ruta innebär att faktorn inte har en betydelse i gruppen.

B 5.1.4 Vi finner inga specifika omständigheter som har betydelse för om den försäkrade får lågt agentskap eller låg involvering

Här presenterar vi vår analys av om några av de kontextuella faktorer som vi har haft möjlighet att fånga upp har betydelse för utfallet och om vi med dem kan identifiera några specifika omständigheter bland de grupper som oftare har fått lågt agentskap eller låg involvering. Dessa kontextuella faktorer är kopplade till handläggningens kontext (antal handläggare) och till vårdgivaren och läkarintygen (antal läkare och läkarintyg, läkarintygens kvalitet), och i vilken utsträckning vården har drivit den försäkrades fall i förhållande till Försäkringskassan.

Vi finner inga specifika omständigheter som i kombination med varandra och de individuella egenskaperna kön, ålder och ursprung oftare leder till lågt agentskap eller låg involvering. Ingen av de kontextuella faktorerna bidrar nämnvärt till att identifiera grupper med högre förekomst av utfallet eller en större andel av samtliga sjukpenningfall som har fått det.

Utifrån enskilda kontextuella faktorer visar antalet läkarintyg i ärendet störst skillnad. De försäkrade som har många läkarintyg (8 eller fler) fick mindre ofta lågt agentskap eller låg involvering än genomsnittet, 14 procent jämfört med 21 procent. De med färre än 8 intyg hade liknande förekomst av lågt agentskap som genomsnittet, 24 procent. Att ha högre antal läkare, högre antal handläggare, lägre kvalitet på läkarintyg, eller att vården driver fallet i större utsträckning visar i analyserna av enskilda kontextuella faktorer inte på några skillnader i förekomst av lågt agentskap eller låg involvering jämfört med genomsnittet.

Att inkludera samtliga faktorer i analysen skulle leda till så många gruppansättningar att resultatet inte blir meningsfullt. För att avgöra vilken eller vilka faktorer som har betydelse har vi utforskat i vilken utsträckning de bidrar till att identifiera grupper med högre förekomst av utfallet och hur stor andel av samtliga sjukpenningfall med utfallet som omfattas av de grupper som vi identifierar. Vi finner att de faktorer som har störst betydelse i samspel med övriga faktorer är antalet läkare, antalet handläggare och i vilken utsträckning vården driver fallet. Antalet handläggare och i vilken utsträckning vården driver fallet skulle teoretiskt kunna påverka det agentskap eller den

involvering som den försäkrade får och därför valde vi i den fortsatta analysen att fokusera på betydelsen av antalet handläggare och hur vården driver fallet.

Vi finner inget tydligt mönster när vi också tar hänsyn till de potentiellt viktiga delarna av kontexten av ett sjukpenningärende som rör antal handläggare och i vilken utsträckning som vården driver fallet. När vi tillsammans med de individuella egenskaperna kön, ålder, ursprung, diagnos, och yrkesposition tar hänsyn till antal handläggare och hur vården driver fallet framträder ett komplext mönster mellan de sju faktorerna och utfallet. Vi kan då inte identifiera några mer specifika grupper som har en högre förekomst av lågt agentskap eller låg involvering.

Grupperna som framkommer när vi tillsammans med de individuella egenskaperna tar hänsyn till antal handläggare och hur vården driver har en betydligt högre förekomst av lågt agentskap och låg involvering (44 procent) än genomsnittet (21 procent). Förekomsten är också högre än den genomsnittliga förekomst som finns bland de grupper som bara har med individuella egenskaper att göra (32 procent). Men de sju faktorerna som vi har tagit hänsyn till – kön, ålder, ursprung, diagnos, yrkesposition, antal handläggare, och vårdens drivning – leder till många potentiella grupsammansättningar. Totalt är 128 olika grupsammansättningar möjliga utifrån dessa faktorer. Vi finner att 21 av dem har en högre förekomst av lågt agentskap eller låg involvering än genomsnittet. När vi har analyserat om några av grupsammansättningarna är överflödiga när det gäller att identifiera motsvarande andel fall som har fått lågt agentskap eller låg involvering finner vi i stället 18 grupper. Även om 85 procent av alla sjukpenningfall som har fått lågt agentskap eller låg involvering tillhör någon av dessa 18 grupper tyder det höga antalet grupper på att det inte heller finns något enkelt underliggande mönster mellan de kontextuella faktorerna och utfallet.

Alla utom en av de 18 grupperna har en betydligt högre förekomst av lågt agentskap eller låg involvering än genomsnittet. Men grupperna är så detaljerade i termer av egenskaper och omständigheter att de består av så få individer att vi inte kan dra några slutsatser utifrån enskilda grupper. När vi i stället undersöker om vi kan se något mönster bland de 17 grupperna som betydligt oftare har fått lågt agentskap eller låg involvering än genomsnittet kan vi se att antalet handläggare spelar roll i 16 av dessa, och att det i 12 av dem är ett

lägre antal handläggare (färre än 6) som har betydelse för högre förekomst av lågt agentskap eller låg involvering. Hur vården driver den försäkrades fall i förhållande till Försäkringskassan spelar också roll i 16 av grupperna. I 10 av dem är det när vården i större utsträckning driver fallet som är av betydelse för individerna i grupperna som betydligt oftare har fått lågt agentskap eller låg involvering än genomsnittet.

Resultaten indikerar att antalet handläggare och hur vården driver fallet kan ha viss betydelse för den försäkrades agentskap. Men vår huvudsakliga slutsats utifrån dessa resultat är att ingen av de specifika omständigheter i handläggningens kontext som vi har haft möjlighet att mäta är kopplad till om den försäkrade får lågt agentskap eller låg involvering. Det beror för det första på att ingen av faktorerna gör att vi kan identifiera en avsevärt större andel av samtliga sjukpenningfall som har fått lågt agentskap eller låg involvering än vi kunde enbart utifrån den försäkrades individuella egenskaper. Det beror för det andra på att mönstret mellan faktorerna och utfallet är mycket komplext.

B 5.1.5 Enskilda faktorerers samvariation med att ha fått en arbetsbörda

Här redovisar vi om enskilda faktorer visar på skillnader i förekomst av att ha fått en arbetsbörda.

Tabell B5.4 Förekomst av arbetsbörda baserat på egenskaper och faktorer

<i>Individuella egenskaper</i>		<i>% av fall med en arbetsbörda</i>
Kön	Kvinna	29 %
	Man	34 %
Ursprung	Utanför EU	34 %
	Inom EU	30 %
Ålder	Yngre än 34 år eller äldre än 54 år	26 %
	Medelålders, 34–54 år	35 %
	Yngre än 34 år	15 %

<i>Individuella egenskaper</i>		<i>% av fall med en arbetsbörda</i>
	Äldre än 33 år	35 %
	Äldre än 54 år	36 %
	Yngre än 55 år	30 %
Diagnos	Psykiatrisk diagnos	34 %
	Diagnos för sjukdom i rörelseapparaten	17 %
Yrkesposition	Ej chefsposition, ej högskolekompetens	28 %
	Chefsposition eller högskolekompetens	37 %
Hur den försäkrade driver sitt ärende	Driver i liten utsträckningen	29 %
	Driver i större utsträckning	32 %

<i>Kontextuella faktorer</i>		<i>% av fall med en arbetsbörda</i>
Läkarintygens kvalitet	Låg kvalitet	31 %
	Högre kvalitet	31 %
Hur vården driver ärendet	Driver i liten utsträckningen	32 %
	Driver i större utsträckning	31 %
Antal läkarintyg	8 eller fler	27 %
	Färre än 8	33 %
Antal läkare	4 eller fler	33 %
	Färre än 4	31 %
Antal handläggare	6 eller fler	29 %
	Färre än 6	32 %

B 5.1.6 Analys av grupsammansättningar utifrån kön, ålder och ursprung visar inga tecken på olikabehandling i den försäkrades arbetsbörda

Vi har analyserat om det finns grupper som oftare fick en arbetsbörda än genomsnittet bland samtliga studerade fall. Vi finner inga grupper som oftare har fått en arbetsbörda, och därmed inga tecken på olikabehandling när det gäller att få en arbetsbörda under sitt

sjukpenningärende. Vi finner däremot två grupper som mindre ofta får en arbetsbördan än genomsnittet: *medelålders kvinnor* samt *yngra och äldre personer födda inom EU*.

Vi presenterar här huvudresultaten från våra analyser i steg fyra av vår analysmetod. Vi börjar med de gruppstillhörigheter som kan vara avgörande för om närvaro av en arbetsbördan är ett tecken på olika behandling. Vi fokuserar därför på de individuella egenskaperna som har att göra med kön, ålder och ursprung, men vi undersöker även om andra individuella egenskaper som rör diagnos, yrkesposition och i vilken utsträckning individen driver sitt sjukpenningärende kan bidra till att identifiera grupper som oftare fått en arbetsbördan. Vi avslutar med analysen av om de kontextuella faktorer vi haft möjlighet att mäta har betydelse för om försäkrade har fått en arbetsbördan, till exempel om det gör en skillnad om personen i stor eller liten utsträckning driver sitt ärende i förhållande till Försäkringskassan.

Analys av enskilda individuella egenskaper indikerar skillnader baserat på ålder och diagnos

Vi har först undersökt om enskilda faktorer visar på skillnader i hur ofta en person har fått en arbetsbördan. Vi finner störst skillnad när det gäller ålder, och då mellan de personer som är yngre än 34 år och övriga. De som är yngre än 34 år får i betydligt mindre utsträckning en arbetsbördan än resten, 15 procent jämfört med genomsnittet på 31 procent. Bland de som är medelålders och äldre får 35 procent en arbetsbördan. Vi finner även en skillnad mellan diagnosgrupperna, där de med diagnoser för sjukdom i rörelseapparaten har en lägre förekomst av att ha fått en arbetsbördan, 17 procent jämfört med 34 procent bland dem med psykiatrisk diagnos. Vi finner viss skillnad när det gäller yrkesposition. De i chefsposition eller med högskolekompetens har något oftare fått en arbetsbördan (37 procent) än de som inte är i chefsposition eller har högskolekompetens (28 procent). Vi finner endast mycket små skillnader när det gäller de individuella egenskaperna kön, ursprung och i vilken utsträckning individen driver sitt fall. Vi redovisar samtliga resultat i avsnittet ovan, bilaga 5.1.5.

Analys av två individuella egenskaper visar att medelålders män oftare får en arbetsbörda än medelålders kvinnor, men inte oftare än genomsnittet

Ålder är den enskilda individuella egenskap som verkar ha betydelse för om en försäkrad har fått en arbetsbörda. Men för att kunna dra någon slutsats behöver vi se hur ålder samspelar med andra egenskaper. Vi kan identifiera framför allt två grupper som något oftare har fått en arbetsbörda – medelålders män (38 procent) och män födda utanför EU (37 procent). Men de har inte fått det avsevärt oftare än genomsnittet i urvalet (31 procent). Vi finner när vi tar hänsyn till två individuella egenskaper inga tecken på olikabehandling när det gäller om försäkrade får en arbetsbörda eller inte.

Vi ser inga skillnader vad gäller grupper som oftare har fått en arbetsbörda utifrån kön och ålder. Medelålders män har visserligen betydligt oftare fått en arbetsbörda än kvinnor som inte är medelålders, 38 procent jämfört med 24 procent. Men de har inte fått en arbetsbörda betydligt oftare än genomsnittet som är 31 procent (tabell B5.5).

Tabell B5.5 Förekomst av att ha fått en arbetsbörda utifrån kön och ålder

<i>Kvinna</i>	<i>Yngre än 34 år eller äldre än 54 år</i>	<i>Antal fall i gruppen som har fått en arbetsbörda</i>	<i>% av fall med en arbetsbörda</i>
1	1	8 av 33	24 %
0	1	9 av 33	27 %
1	0	15 av 47	32 %
0	0	19 av 50	38 %

Anm.: Siffran 1 indikerar närvaro av en egenskap, siffran 0 frånvaro av en egenskap (det vill säga att vara man, eller medelålders).

Vi finner inte heller någon grupp med tydligt högre förekomst av att ha fått en arbetsbörda än genomsnittet utifrån ursprung och ålder. Vi finner däremot även här en grupp som mindre ofta har fått en arbetsbörda: yngre och äldre personer födda inom EU. De har lika sällan fått en arbetsbörda som yngre och äldre kvinnor, 24 procent (tabell B5.6).

Tabell B5.6 Förekomst av att ha fått en arbetsbörda utifrån ålder och ursprung

<i>Född utanför EU</i>	<i>Yngre än 34 år eller äldre än 54 år</i>	<i>Antal fall i gruppen som har fått en arbetsbörda</i>	<i>% av fall med en arbetsbörda</i>
1	1	6 av 20	30 %
0	1	11 av 46	24 %
1	0	14 av 39	36 %
0	0	20 av 58	35 %

Anm.: Siffran 1 indikerar närvaro av en egenskap, siffran 0 frånvaro av en egenskap (det vill säga att vara född inom EU, eller medelålders).

Vi finner endast små skillnader mellan grupper utifrån kön och ursprung, och ingen grupp har betydligt högre förekomst av att ha fått en arbetsbörda. Män födda utanför EU har något oftare fått en arbetsbörda än övriga grupper och än genomsnittet i vårt urval, 37 procent jämfört med 31 procent. Kvinnor födda inom EU har minst ofta fått det, 27 procent. Kvinnor födda utanför EU och män födda inom EU har en motsvarande förekomst som genomsnittet (tabell B5.7).

Tabell B5.7 Förekomst av att ha fått en arbetsbörda utifrån kön och ursprung

<i>Kvinna</i>	<i>Född utanför EU</i>	<i>Antal fall i gruppen som har fått en arbetsbörda</i>	<i>% av fall med en arbetsbörda</i>
1	1	9 av 29	31 %
0	1	11 av 30	37 %
1	0	14 av 51	27 %
0	0	17 av 53	32 %

Anm.: Siffran 1 indikerar närvaro av en egenskap, siffran 0 frånvaro av en egenskap (det vill säga att vara man, eller född inom EU).

Vidare analyser av kön, ursprung och flera åldersgrupper visar inte heller tecken på olikabehandling när det gäller den försäkrades arbetsbörda

Även om resultaten inte visar på några tecken på olikabehandling när det gäller den del av handläggningen som har att göra med om den försäkrade får en arbetsbörda eller inte behöver vi se om bilden förändras när de individuella egenskaperna samspelar med varandra. Vi har därför analyserat de tre individuella egenskaperna kön, ålder och ursprung tillsammans.

Våra resultat bekräftar att det inte finns tecken på olikabehandling av olika grupper när det gäller om den försäkrade får en arbetsbörda eller inte. Vi finner endast en grupp med högre förekomst av att ha fått en arbetsbörda: medelålders individer. De flesta som har fått en arbetsbörda tillhör gruppen medelålders individer (67 procent), men de har endast marginellt oftare fått en arbetsbörda än genomsnittet, 35 procent jämfört med 31 procent. Därför anser vi inte att det handlar om tecken på olikabehandling.

För att nyansera bilden och säkerställa resultatet har vi också tagit hänsyn till om det har en betydelse att vara yngre eller äldre. Inte heller när vi tar hänsyn till om det har en betydelse att vara yngre eller äldre kan vi identifiera någon grupp som betydligt oftare fått en arbetsbörda än genomsnittet i urvalet. Utifrån kön, ursprung och att vara yngre än 34 år, medelålders, eller äldre än 54 år framträder tre grupper som oftare har fått en arbetsbörda än genomsnittet i urvalet. Men ingen av dem har en tydligt högre förekomst av att ha fått en arbetsbörda än genomsnittet.

Den grupp som oftast har fått en arbetsbörda är män som är äldre än 33 år. Bland dem har 38 procent fått en arbetsbörda, jämfört med 31 procent bland samtliga i urvalet (tabell B5.8). Det motsvarar den förekomst av att ha fått en arbetsbörda som vi finner bland medelålders män när vi enbart tar hänsyn till kön och ålder, och ger därför ingen betydelsefull ny insikt.

Den andra gruppen som framträder har endast marginellt oftare fått en arbetsbörda än genomsnittet. Det rör sig om individer som är äldre än 33 år och födda inom EU. Den sista gruppen som framträder är kvinnor som är yngre än 55 år och födda utanför EU. Men gruppen har nästan samma förekomst av arbetsbörda som genomsnittet och är dessutom relativt liten.

Tabell B5.8 Samtliga grupper med högre förekomst av arbetsbörda utifrån kön, ålder, och ursprung

<i>Grupp</i>	<i>Andel fall inom gruppen som har arbetsbörda</i>	<i>Antal fall inom gruppen som har arbetsbörda</i>	<i>Gruppens andel av alla studerade fall som har arbetsbörda</i>
Män äldre än 33 år	38 %	26 av 69	51 %
Individer äldre än 33 år födda inom EU	35 %	28 av 80	55 %
Kvinnor yngre än 55 år födda utanför EU	32 %	8 av 25	16 %
Alla studerade sjukpenningfall	31 %	51 av 163	-

Anm.: Dessa grupper utgör 90 procent av alla sjukpenningfall som har fått arbetsbörda. Ett enskilt fall kan tillhöra mer än en grupp.

Sammantaget har de grupper som vi kan identifiera utifrån kön, ålder och ursprung endast en något högre förekomst av att ha fått en arbetsbörda än genomsnittet, 36 procent jämfört med 31 procent. Nästan alla sjukpenningfall som har fått en arbetsbörda – 90 procent – tillhör någon av de tre grupperna, framför allt någon av de två första. Eftersom det endast krävs tre grupper för att identifiera nästan alla som fått en arbetsbörda finns det ett relativt enkelt mönster mellan de tre individuella egenskaperna och utfallet. Men vi finner inte någon grupp med betydligt högre förekomst av att ha fått en arbetsbörda och därför drar vi ändå slutsatsen att vi inte finner tecken på olika-behandling utifrån kön, ursprung eller ålder.

B 5.1.7 Flera grupper med psykiatrisk diagnos har oftare fått en arbetsbörda, men vi ser det inte som tecken på olikabehandling

Våra analyser av enskilda faktorer visar på vissa skillnader mellan grupper utifrån diagnos och yrkesposition. Därför har vi även undersökt om dessa individuella egenskaper har någon betydelse i samspel med kön, ålder och ursprung.

Tillsammans bidrar diagnos och yrkesposition till att identifiera grupper med en högre förekomst av att ha fått en arbetsbörda. Men fynden stärker trots det vår tidigare slutsats om frånvaro av tecken på olikabehandling. Våra resultat visar att personer som tillhör grupper som innefattar att vara medelålders och ha en psykiatrisk diagnos får en arbetsbörda betydligt oftare än genomsnittet. Vi kan därför säga att risken att få en arbetsbörda ökar om den försäkrade är medelålders och har en psykiatrisk diagnos, men att handläggaren ber om kompletterande information i sjukpenningfall som rör psykiatriska diagnoser kan vara motiverat och vi ser det därför inte som tecken på olikabehandling. Handläggaren kan behöva mer information för att bedöma arbetsförmågan hos personer med psykiatriska diagnoser. Yrkesposition har en varierad betydelse i olika grupper. Vår slutsats är att yrkesposition har liten betydelse för om den försäkrade fått en arbetsbörda.

När vi tillsammans med kön, ålder och ursprung även tar hänsyn till diagnos och yrkesposition finner vi nio grupper med en högre förekomst av att ha fått en arbetsbörda. Det rör sig om många grupper, men tre av dem uppfyller trots det våra kriterier för att kunna dra slutsatser. För samtliga tre grupper som betydligt oftare har fått en arbetsbörda och som består av ett tillräckligt antal individer för att vi ska se grupperna som tydliga är det av betydelse att ha en psykiatrisk diagnos och att vara medelålders. Vi drar trots detta slutsatsen att vi inte finner tecken på olikabehandling när det gäller att få eller inte få en arbetsbörda under sitt sjukpenningärende. Vi kan inte utesluta att det rör sig om ett tecken på olikabehandling, men den sammantagna bilden och att det rör sig om just psykiatrisk diagnos gör att fynden är för svaga för att vi ska dra slutsatsen att det rör sig om ett tecken på olikabehandling.

Att handläggarna oftare begär kompletterande information ifrån individer i grupper som har gemensamt att de har en psykiatrisk diagnos kan vara motiverat utifrån diagnosen. Handläggaren kan behöva mer information för att bedöma arbetsförmågan hos personer med psykiatriska diagnoser. Vi väljer därför att lyfta detta som ett fynd som visar på att grupper med psykiatrisk diagnos oftare får en arbetsbörda, men vi väljer att inte tolka det som ett tecken på olikabehandling. Det följer av att diagnosen i sig kan utgöra en omständighet i ärendet som motiverar att handläggaren i större utsträckning ber de som är sjukskrivna för en psykiatrisk diagnos om kompletterande

information som rör arbetsförmåga, arbetsuppgifter, medicinsk prognos eller planering på arbetsplatsen.

En bidragande orsak till vår tolkning är att de utmärkande egenskaperna bland de tre grupperna som betydligt oftare har fått en arbetsbörda är mycket vanliga i vårt urval. 82 procent av individerna i vårt urval har en psykiatrisk diagnos och 60 procent är medelålders. Att vi finner dessa egenskaper som utmärkande tyder på att de grupper som vi har identifierat i viss mån representerar urvalet i stort. Även detta gör att vi ser det som svaga fynd i termer av tecken på olikabehandling.

Våra analyser av enbart kön, ålder och ursprung indikerar att vara medelålders, och särskilt medelålders man, kan ha betydelse för att få en arbetsbörda under sitt sjukpenningärende. Men varken medelålders personer eller medelålders män har tillräckligt mycket högre förekomst av att ha fått en arbetsbörda än genomsnittet i urvalet för att vi ska se fynden som tecken på olikabehandling. Men när vi också tar hänsyn till diagnos förändras bilden. Samspelet mellan ålder och diagnosgrupp, tillsammans med övriga individuella egenskaper (kön, ursprung, yrkesposition), gör att vi kan identifiera grupper som betydligt oftare har fått en arbetsbörda och som består av ett tillräckligt antal individer.

Tre av de nio grupper som har högre förekomst av utfallet uppfyller båda våra kriterier för att kunna dra slutsatser (tabell B5.9). I samtliga tre grupper har det betydelse att ha en psykiatrisk diagnos och att vara medelålders. De övriga egenskaperna skiljer sig åt mellan grupperna. De tre specifika grupperna som betydligt oftare har fått en arbetsbörda än genomsnittet och som består av ett tillräckligt antal individer för att vi ska se dem som tydliga är:

- medelålders individer med psykiatrisk diagnos, födda utanför EU och som befinner sig i chefsposition eller har högskolekompetens
- medelålders individer med psykiatrisk diagnos, födda inom EU och som ej är i chefsposition eller ej har högskolekompetens
- medelålders män med psykiatrisk diagnos.

Tabell B5.9 Samtliga grupper med högre förekomst av arbetsbörda utifrån kön, ålder, ursprung, diagnos och yrkesposition

Faktorer	Grupp								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kvinna	-	-	0	0	0	1	0	1	1
Född utanför EU	1	0	-	1	0	0	0	-	1
Psykiatrisk diagnos	1	1	1	1	1	1	0	0	-
Ej chef, ej högskolekompetens	0	1	-	1	1	0	0	1	1
Yngre än 34 eller äldre än 54	0	0	0	-	-	1	1	1	1
% av fall i gruppen som har arbetsbörda	56	42	41	63	39	33	50	40	33
Gruppens andel av alla studerade fall som har arbetsbörda (antal)	18 (9)	20 (10)	35 (18)	10 (5)	14 (7)	6 (3)	2 (1)	4 (2)	4 (2)

Anm.: Den sista raden i tabellen redovisar andelen av fall med utfallet som tillhör de respektive grupperna. Ett enskilt fall kan tillhöra mer än en grupp. Grupperna med en högre förekomst av utfallet än genomsnittet är fetmarkerade i tabellen.

1 – faktorn är närvarande

0 – faktorn är frånvarande

En tom ruta innebär att faktorn inte har en betydelse i gruppen.

Jämfört med analysen som bara inkluderar kön, ålder och ursprung kan vi med tillägg av diagnos och yrkesposition identifiera 75 procent av alla sjukpenningfall som har haft en arbetsbörda. Diagnos bidrar inte på egen hand till att identifiera grupper med högre förekomst av arbetsbörda, men gör att grupperna vi identifierar omfattar en större andel av samtliga fall med utfallet. En bidragande orsak till detta är sannolikt diagnoserna är något snedfördelade, med en klar majoritet av psykiatriska diagnoser. Även detta bidrar till vår slutsats om frånvaro av tecken på olikabehandling när det gäller den försäkrades arbetsbörda.

Yrkesposition bidrar å andra sidan till att identifiera grupper med något högre förekomst av arbetsbörda. Men när vi ser på samspelet mellan samtliga fem individuella egenskaper – kön, ålder, ursprung,

diagnos, och yrkesposition –är det diagnos som är mer betydelsefull, eftersom den återfinns i de tre grupperna som uppfyller våra kriterier för att kunna dra slutsatser. Betydelsen av yrkesposition varierar i olika grupper. Ibland är det att inte befinna sig i chefsposition eller inte ha högskolekompetens som är kopplat till högre förekomst av att ha fått en arbetsbörda, ibland tvärtom. Det gör att vi inte kan dra någon entydig slutsats om vilken yrkesposition som möjligen ökar risken att få en arbetsbörda och bidrar till slutsatsen att yrkesposition har liten betydelse.

Hur individen driver sitt fall har liten betydelse för om den försäkrade får en arbetsbörda

Vi har också analyserat betydelsen av om individen i liten eller stor utsträckning driver sitt fall i förhållande till Försäkringskassan. Vi finner att inte heller i relation till att ha fått en arbetsbörda har hur individen driver sitt fall någon stor betydelse. Men det bidrar till att identifiera grupper med något högre genomsnittlig förekomst av att ha fått en arbetsbörda än när vi inte inkluderar den (49 procent jämfört med 43 procent). Att inkludera denna faktor gör att det krävs 11 i stället för 9 grupper för att identifiera samma andel sjukpenningfall med utfallet som om vi enbart inkluderar diagnos och yrkesposition. Hur individen driver sitt fall spelar roll i 10 av de 11 grupperna, varav 7 av dem har en betydligt högre förekomst av utfallet än genomsnittet. Men samtliga består av ett litet antal individer. I 5 av de 7 grupperna är det när personen i större utsträckning driver sitt fall som samvarierar med att ha fått en arbetsbörda. Vi ser inte heller detta som ett möjligt tecken på olikabehandling, eftersom det sannolikt snarare reflekterar ett mer aktivt utbyte mellan handläggaren och den försäkrade.

Arbetslösa får mindre ofta en arbetsbörda

Vi har även undersökt skillnader i sysselsättningsstatus. Förekomsten av att ha fått en arbetsbörda är något högre bland anställda än genomsnittet, 36 procent jämfört med 31 procent. Bland arbetslösa finner vi en betydligt lägre förekomst av arbetsbörda, endast 13 procent. Arbetslösa har alltså mer sällan fått en arbetsbörda i vårt urval. Men det rör det sig alltså om en liten grupp och vi har inte möjlighet att dra

slutsatser om att sysselsättningsstatus har betydelse i samspel med andra faktorer.

B 5.1.8 Vi finner inga specifika omständigheter som har betydelse för om den försäkrade får en arbetsbörd

Som ett sista steg har vi också undersökt om det finns några kontextuella faktorer som har betydelse för förekomsten av att ha fått en arbetsbörd. De kontextuella faktorerna är kopplade till handläggningens kontext (antal handläggare) och till vårdgivaren och läkarintygen (antal läkare och läkarintyg, läkarintygens kvalitet och i vilken utsträckning vården drivit den försäkrades fall i förhållande till Försäkringskassan). Vi finner inga specifika omständigheter som har betydelse för om den försäkrade får en arbetsbörd eller inte.

Vi ser inte några skillnader i förekomst av att ha fått en arbetsbörd utifrån de enskilda faktorerna att ha högre antal läkare, högre antal handläggare, lägre kvalitet på läkarintyg, eller att vården driver fallet i mindre utsträckning. Men i samspel med de individuella egenskaperna bidrar antalet läkarintyg till att identifiera grupper med högre förekomst av att ha fått en arbetsbörd.

När vi tillsammans med de individuella egenskaperna tar hänsyn till antalet läkarintyg identifierar vi grupper som har en högre förekomst av arbetsbörd (44 procent) än genomsnittet (31 procent) och än den förekomst som finns bland de grupper som bara har med individuella egenskaper att göra (36 procent). Men det rör sig om många olika grupper som har fått en högre arbetsbörd. Våra resultat tyder på att sjukpenningärenden med ett mindre antal läkarintyg kan vara kopplat till att den försäkrade får en arbetsbörd. Men vi kan inte dra någon entydig slutsats kring betydelsen av antal läkarintyg och helhetsbilden tyder på att det inte finns några specifika omständigheter som har betydelse för om den försäkrade får en arbetsbörd.

De flesta av de 11 grupperna som oftare har fått en arbetsbörd när vi tar hänsyn till kön, ursprung, diagnos, yrkesposition och antal läkarintyg är mycket små, men 2 av grupperna uppfyller våra kriterier för att kunna dra slutsatser (tabell B5.10). Det rör sig om mycket specifika grupper. Antal läkarintyg har betydelse i en av dem, och det är att ha ett mindre antal läkarintyg som är kopplat till att ha fått en

arbetsbörda. Det skulle kunna handla om att vid färre antal läkarintyg kan handläggaren ha större behov av att efterfråga kompletterande information från den försäkrade.

Men vi kan inte dra någon meningsfull slutsats om att antalet läkarintyg är en specifik omständighet som gör att vissa grupper har en högre förekomst av att ha fått en arbetsbörda. Totalt spelar antalet läkarintyg roll i 8 av de 11 grupperna som oftare har fått en arbetsbörda, och i 5 av dem är det färre läkarintyg som har betydelse för om den försäkrade får en arbetsbörda. Men i 3 av grupperna är det ett högre antal intyg som samvarierar med att få en arbetsbörda. Dessa grupper är mycket små. Men trots att det är svårt att utröna betydelsen av antal läkarintyg bidrar det ändå till vår slutsats att vi inte finner några specifika omständigheter som har betydelse för om den försäkrade får en arbetsbörda.

När vi ser till det övergripande mönstret kan vi återigen se att psykiatrisk diagnos har betydelse för många av grupperna. I 8 av de 11 grupperna som oftare har fått en arbetsbörda är psykiatrisk diagnos av betydelse. Att vara medelålders och att vara man har också betydelse för att få en arbetsbörda i flera av dessa grupper.

Tabell B5.10 Samtliga grupper med högre förekomst av arbetsbörda utifrån kön, ålder, ursprung, diagnos, yrkesposition och antal läkarintyg

Faktorer	Grupp										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Kvinna	-	0	0	1	-	1	1	0	0	0	1
Född utanför EU	0		0	0	1	1	-	-	0	1	-
Psykiatrisk diagnos	1	1	1	1	1	1	1	1	0	-	0
Ej chef, ej högskolekompetens	1	-	-	0	1	0	0	0	-	1	1
Yngre än 34 år eller äldre än 55 år	0	0	-	1	-	0	0	1	1	0	1
8 eller fler läkarintyg	-	0	1	-	0	-	1	1	0	0	0
% av fall i gruppen som har arbetsbörda	42	41	67	33	38	56	44	67	40	38	50
Gruppens andel av alla studerade fall som har arbetsbörda (antal)	20 (10)	31 (16)	8 (4)	6 (3)	16 (8)	10 (5)	8 (4)	4 (2)	4 (2)	6 (3)	4 (2)

Anm.: Den sista raden i tabellen redovisar andelen av fall med utfallet som tillhör de respektive grupperna. Ett enskilt fall kan tillhöra mer än en grupp. De grupper som uppfyller våra kriterier för att kunna dra slutsatser är fetmarkerade i tabellen.

1 – faktorn är närvarande

0 – faktorn är frånvarande

En tom ruta innebär att faktorn inte har en betydelse i gruppen.

Vi kan identifiera grupper som nästan alla som har fått en arbetsbörd tillhör med hjälp av de individuella egenskaperna kön, ålder, ursprung, diagnos och yrkesposition samt sjukpenningfallets kontext i termer av antal läkarintyg. 92 procent av alla som fått en arbetsbörd tillhör någon av de 11 grupper vi identifierar med dessa sex faktorer. Men att rör sig om så många som 11 grupper innebär att mönstret mellan faktorerna och utfallet är komplext. Vi har inte funnit något specifikt i handläggningen som på ett entydigt sätt kan visa på en omständighet under vilken den försäkrade får en arbetsbörd.

B 5.1.9 Analys av skillnader i medelvärde för agentskap, involvering och arbetsbörd

Vi har analyserat skillnader i medelvärden för agentskap, involvering och arbetsbörd mellan enskilda grupper. Våra resultat visar att det endast finns små genomsnittliga skillnader i vilken nivå av agentskap, involvering och arbetsbörd enskilda grupper får. Det gäller när vi jämför till exempel kvinnor och män, eller födda inom och utanför EU. Personer födda utanför EU och äldre personer får ett något lägre agentskap än sina respektive jämförelsegrupper. Yngre involveras i något lägre grad än andra, och yngre och personer med en sjukdom i rörelseorganen får en något lägre arbetsbörd.

De olika grupperna som har analyserats är inte jämnt fördelade och vissa grupper är små.

Eftersom urvalet är litet kan vi bara i begränsad utsträckning uttala oss om skillnaderna är slumpmässiga eller inte. Syftet med analysen är att beskriva de skillnader, eller avsaknad av skillnader, som finns i vårt urval.

Utrikes födda och äldre får något lägre agentskap, men över lag små nivåskillnader mellan enskilda grupper

Vår analys av olika gruppers medelvärde av agentskap visar att det finns vissa små skillnader i vilket agentskap som handläggare ger till personer som tillhör olika grupper. Av alla de aspekter av handläggningen som vi har mätt är agentskap det utfallsmått som visar tydligast skillnader i medelvärden. Men skillnaderna mellan de flesta grupperna är små. Den grupp som tydligast sticker ut är gruppen som är född i Afrika, mellanöstern och Turkiet. De har ett tydligt lägre

medelvärde, och därmed en lägre nivå av agentskap, än de som är födda någon annanstans. Det är också skillnad mellan de som är födda inom EU och de som är födda utanför EU och mellan de inrikes födda och utrikes födda, men inte lika stor. De äldsta i vårt urval har också en lägre nivå av agentskap än övriga åldersgrupper.

Måtten befinner sig på olika skalor och har olika högsta och lägsta värde. Samma värde kan därför innebära olika stora skillnader beroende på vilket mått som vi studerar. Måttet agentskap har en skala mellan -0,2 och 1,0.

Tabell B5.11 Medelvärdesskillnader i agentskap

<i>Grupper och faktorer</i>	<i>Grupper (antal)</i>	<i>Medelvärde agentskap</i>	<i>Skillnad i procent</i>
Kön	Kvinnor (80)	0,4	+8 %
	Män (83)	0,3	-8 %
Ursprung	Inrikes födda (83)	0,4	+8 %
	Utrikes födda (80)	0,3	-8 %
Ursprung	Född inom EU (104)	0,4	+8 %
	Född utanför EU (59)	0,3	-8 %
Ursprung	Födda utanför MENA och Afrika söder om Sahara (29)	0,4	+16 %
	Födda i MENA och Afrika söder om Sahara (134)	0,2	-16 %
Unga	Yngre, lägsta 20% (33)	0,3	0 %
	Övriga åldrar (130)	0,3	0 %
Äldre	Äldsta, högsta 20% (33)	0,3	-8 %
	Övriga åldrar (130)	0,4	+8 %
Diagnos	Diagnos för sjukdom i rörelseapparaten (27)	0,3	-8 %
	Psykiatrisk diagnos (134)	0,4	+8 %
Yrke och utbildning	Chefer och högt utbildade (79)	0,4	+8 %
	Övriga yrken och utbildningsnivåer (84)	0,3	-8 %
	Stöttande (68)	0,3	-8 %

<i>Grupper och faktorer</i>	<i>Grupper (antal)</i>	<i>Medelvärde agentskap</i>	<i>Skillnad i procent</i>
Arbetsgivarens förhållningssätt	Motarbetande (95)	0,4	+8 %
Arbetsgivarens förutsättning till anpassning	Bra (115)	0,3	-8 %
	Dålig (48)	0,4	+8 %
Antal läkarintyg	Fler än sju (60)	0,4	+8 %
	Färre än sju (103)	0,3	-8 %
Antal handläggare	Fler än sju (24)	0,4	+8 %
	Färre än sju (139)	0,3	-8 %

Anm.: Måttets värde varierar mellan -0,2 och 1,0. N = 163 akter. Antalet akter i varje grupp redovisas i tabellerna inom parentes.

Yngre involveras i något lägre grad, och det finns viss skillnad i hur kontakter sker mellan handläggarna och kvinnor respektive män

Vi finner endast skillnader baserat på ålder när det gäller genomsnittliga nivåer av involvering. De yngsta i våra akter involveras i något lägre grad än övriga. Trots den relativt stora spridningen i vilken utsträckning som olika individer involveras i sitt ärende finner vi inte några skillnader i genomsnittlig involvering mellan kvinnor och män, och inte heller mellan inrikes och utrikes födda. Vi finner inte heller någon skillnad mellan de försäkrade som själva är aktiva i att driva sitt fall jämfört med de som inte driver sitt fall.

När vi tittar på specifika aspekter av involvering finner vi däremot vissa skillnader. När det gäller hur handläggaren första gången har försökt att ta kontakt med den försäkrade kan vi se att handläggarna har ringt till 95 procent av alla kvinnor, men bara till 78 procent av männen. Män kontaktar de i stället oftare via brev, mejl eller SMS. Kvinnor får i vårt urval sin telefonutredning något senare än män men det är endast en mycket liten skillnad. 15 procent av våra akter har aldrig fått en telefonutredning.

Måttet involvering har en skala mellan -0,4 och 0,6.

Tabell B5.12 Medelvärdesskillnader i involvering

<i>Grupper och faktorer</i>	<i>Grupper (antal)</i>	<i>Medelvärde involvering</i>	<i>Skillnad i procent</i>
Kön	Kvinnor (80)	0,2	0 %
	Män (83)	0,2	0 %
Ursprung	Inrikes födda (83)	0,2	0 %
	Utrikes födda (80)	0,2	0 %
Ursprung	Född inom EU (104)	0,2	0 %
	Född utanför EU (59)	0,2	0 %
Ursprung	Födda utanför MENA och Afrika söder om Sahara (29)	0,2	0 %
	Födda i MENA och Afrika söder om Sahara (134)	0,2	0 %
Unga	Yngre, lägsta 20% (33)	0,1	-10 %
	Övriga åldrar (130)	0,2	+10 %
Äldre	Äldsta, högsta 20% (33)	0,2	0 %
	Övriga åldrar (130)	0,2	0 %
Diagnos	Diagnos för sjukdom i rörelseapparaten (27)	0,2	0 %
	Psykiatrisk diagnos (134)	0,2	0 %
Yrke och utbildning	Chefer och högt utbildade (79)	0,2	0 %
	Övriga yrken och utbildningsnivåer (84)	0,2	0 %
Arbetsgivarens förhållningssätt	Stöttande (68)	0,2	0 %
	Motarbetande (95)	0,2	0 %
Arbetsgivarens förutsättning till anpassning	Bra (115)	0,2	0 %
	Dålig (48)	0,2	0 %
Antal läkarintyg	Fler än sju (60)	0,2	0 %
	Färre än sju (103)	0,2	0 %
Antal handläggare	Fler än sju (24)	0,2	0 %
	Färre än sju (139)	0,2	0 %

Anm.: Måttet varierar mellan -0,4 och 0,6. N = 163 akter. Antalet akter i varje grupp redovisas i tabellerna inom parentes.

Vi finner inga skillnader i nivå av arbetsbörda mellan enskilda grupper

Vår analys av medelvärden mellan olika grupper i vilken arbetsbörda som läggs på den försäkrade visar endast mycket små skillnader. Vi ser skillnaderna som så små att vi tolkar dem som avsaknad av skillnader mellan enskilda grupper i nivå av arbetsbörda.

Mättet arbetsbörda har en skala mellan -0,2 och 0,3.

Tabell B5.13 Medelvärdesskillnader i arbetsbörda

<i>Grupper och faktorer</i>	<i>Grupper (antal)</i>	<i>Medelvärde arbetsbörda</i>	<i>Skillnad i procent</i>
Kön	Kvinnor (80)	0,02	0 %
	Män (83)	0,02	0 %
Ursprung	Inrikes födda (83)	0,03	+5 %
	Utrikes födda (80)	0,004	-5 %
Ursprung	Född inom EU (104)	0,02	+2 %
	Född utanför EU (59)	0,01	-2 %
Ursprung	Födda utanför MENA och Afrika söder om Sahara (29)	0,02	+6 %
	Födda i MENA och Afrika söder om Sahara (134)	-0,009	-6 %
Unga	Yngre, lägsta 20% (33)	0,02	+5 %
	Övriga åldrar (130)	-0,006	-5 %
Äldre	Äldsta, högsta 20% (33)	0,02	0 %
	Övriga åldrar (130)	0,02	0 %
Diagnos	Diagnos för sjukdom i rörelseapparaten (27)	-0,01	-6 %
	Psykiatrisk diagnos (134)	0,02	+6 %
Yrke och utbildning	Chefer och högt utbildade (79)	0,009	-4 %
	Övriga yrken och utbildningsnivåer (84)	0,03	+4 %
Arbetsgivarens förhållningssätt	Stöttande (68)	0,007	-2,5 %
	Motarbetande (95)	0,02	+2,5 %

<i>Grupper och faktorer</i>	<i>Grupper (antal)</i>	<i>Medelvärde arbetsbörda</i>	<i>Skillnad i procent</i>
Arbetsgivarens förutsättning till anpassning	Bra (115)	0,01	-6 %
	Dålig (48)	0,04	+6 %
Antal läkarintyg	Fler än sju (60)	0,02	+2 %
	Färre än sju (103)	0,01	-2 %
Antal handläggare	Fler än sju (24)	0,008	-2,5 %
	Färre än sju (139)	0,02	+2,5 %

Anm.: Måttet varierar mellan -0,2 och 0,3. N = 163 akter. Antalet akter i varje grupp redovisas i tabellerna inom parentes.

B 5.2 Analyser som ligger till grund för slutsatser kring arbetsgivarens roll

Nedan redovisar vi de mer djupgående analyserna av betydelsen av individuella och kontextuella faktorer för arbetsgivarens roll i de sjukpenningärenden som vi har studerat. Vi redovisar först analysen av enskilda faktorer samvariation med låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren, sedan de mer ingående analyserna av samspellet mellan flera individuella och kontextuella faktorer. Vi avslutar med analysen av skillnader i medelvärden.

B 5.2.1 Enskilda faktorer samvariation med låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren

Här redovisar vi om enskilda faktorer visar på skillnader i förekomst av låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren.

Tabell B5.14 Förekomst av låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren baserat på egenskaper och faktorer

	<i>Individuella egenskaper</i>	<i>% av fall med låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren</i>
Kön	Kvinna	57 %
	Man	40 %
Ursprung	Utanför EU	51 %
	Inom EU	47 %
Ålder	Yngre än 34 år eller äldre än 54 år	52 %
	Medelålders, 34–54 år	46 %
	Yngre än 34 år	54 %
	Äldre än 33 år	47 %
	Äldre än 54 år	48 %
	Yngre än 55 år	50 %
Diagnos	Psykiatrisk diagnos	47 %
	Diagnos för sjukdom i rörelseapparaten	52 %
Yrkesposition	Ej chefsposition, ej högskolekompetens	54 %

<i>Individuella egenskaper</i>		<i>% av fall med låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren</i>
	Chefsposition eller högskolekompetens	42 %
Hur den försäkrade driver sitt ärende	Driver i liten utsträckningen	43 %
	Driver i större utsträckning	49 %

<i>Kontextuella faktorer</i>		<i>% av fall med låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren</i>
Läkarintygens kvalitet	Låg kvalitet	55 %
	Högre kvalitet	44 %
Hur vården driver ärendet	Driver i liten utsträckningen	53 %
	Driver i större utsträckning	46 %
Antal läkarintyg	8 eller fler	51 %
	Färre än 8	47 %
Antal läkare	4 eller fler	48 %
	Färre än 4	50 %
Antal handläggare	6 eller fler	34 %
	Färre än 6	53 %
Arbetsgivarens förhållningssätt	Motarbetande	66 %
	Stöttande	38 %
Förutsättningar kopplade till arbetet	Dåliga förutsättningar för återgång	44 %
	Bättre förutsättningar för återgång	51 %

B 5.2.2 Kvinnor som är yngre än 34 år födda inom EU är de som har minst involvering av arbetsgivaren

Ålder har betydelse för den ena av de två grupperna som får låg involvering eller låga krav på sina arbetsgivare. Eftersom det kan spela roll både att vara äldre eller yngre har vi separerat yngre och

äldre i relation till kön och ursprung. Genom att inkludera två faktorer som har med ålder att göra riskerar ålder att framstå som viktigare än andra gruppstillhörigheter. Men vi gör det ändå här för att just se skillnader mellan åldersgrupper.

De mer specifika grupperna som vi kan identifiera visar att för kvinnor födda inom EU är det att vara ung som spelar roll, medan för kvinnor födda utanför EU är det att inte vara ung som spelar roll (tabell B5.15).

Gruppen som oftast har fått låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren är *kvinnor som är yngre än 34 år födda inom EU*. Bland dem har hela 77 procent fått låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren, jämfört med 48 procent bland samtliga i urvalet. Gruppen är tillräckligt stor för att vi ska kunna dra slutsatsen att det rör sig om tecken på olikabehandling.

Gruppen med näst högst förekomst är *kvinnor äldre än 33 år födda utanför EU*. Bland dem fick 68 procent låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren. Även denna grupp uppfyller våra kriterier för att kunna dra slutsatsen att det rör sig om olikabehandling. Det följer av att förekomsten av utfallet inom gruppen är betydligt högre än i genomsnittet, och att gruppen består av ett tillräckligt antal individer.

Den tredje gruppen som framträder är kvinnor som är äldre än 54 år. De har ofta fått låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren, 58 procent. Men gruppen är både mindre och har lägre förekomst av utfallet än de föregående två grupperna. Den gruppen är därför mindre viktig för våra slutsatser.

Tabell B5.15 Samtliga grupper med högre förekomst av låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren utifrån kön, ålder, och ursprung

<i>Grupp</i>	<i>Andel fall inom gruppen som har låg involvering eller låga krav</i>	<i>Antal fall inom gruppen som har låg involvering eller låga krav</i>	<i>Gruppens andel av alla studerade fall som har låg involvering eller låga krav</i>
Kvinnor yngre än 34 år födda inom EU	77 %	10 av 13	16 %
Kvinnor äldre än 33 år födda utanför EU	68 %	13 av 19	20 %
Kvinnor äldre än 54 år	58 %	7 av 12	11 %
Alla studerade sjukpenningfall	48 %	64 av 133	-

Anm.: Dessa grupper utgör 44 procent av alla sjukpenningfall som har fått låg involvering eller låga krav. Ett enskilt fall kan tillhöra mer än en grupp. De fetmarkerade grupperna uppfyller våra kriterier för att dra slutsatser om tecken på olikabehandling.

B 5.2.3 Yrkesposition gör skillnad för arbetsgivarens roll men inte diagnos

Vi har undersökt de individuella egenskaper som har att göra med den försäkrades diagnosgrupp och yrkesposition för att se om vi kan identifiera några mer specifika grupper av försäkrade som har högre förekomst av låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren i vårt urval. Faktorerna fångar upp om personen är i en chefsposition eller har högskolekompetens och om personen har en psykiatrisk diagnos eller en diagnos för sjukdom i rörelseapparaten. Detta urval omfattar endast anställda personer och vi har inte haft möjlighet att undersöka betydelsen av i vilken utsträckning den försäkrade har drivit sitt sjukpenningärende i förhållande till Försäkringskassan. Det följer av att andelen som drivit sitt ärende i liten utsträckning är för liten (knappt 16 procent).

Vi finner att yrkesposition i samspel med kön, ålder och ursprung bidrar till att identifiera grupper med en högre förekomst av låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren och en större andel av

fallen med utfallet. Diagnos gör däremot, i samspel med övriga faktorer, ingen skillnad för om personen har fått låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren.

När vi tar hänsyn till kön, ålder, ursprung och yrkesposition identifierar vi sex grupper med högre förekomst av låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren. Alla sex grupper har en betydligt högre förekomst av utfallet än genomsnittet i urvalet. Personerna i de sex grupperna har mellan 16 procent och 23 procent högre förekomst av låg involvering eller låga krav på arbetsgivaren (tabell B5.16).

Bland de sex grupperna som vi identifierar finner vi åtminstone två gemensamma egenskaper. Att vara kvinna och att inte vara chef eller inte ha högskolekompetens har betydelse i fyra av de sex grupperna. Vi fokuserar här på att redovisa betydelsen av yrkesposition.

I fyra av de sex grupperna finner vi att yrkesposition spelar roll, och tre av dessa grupper uppfyller våra kriterier för att kunna dra slutsatser. Dessa grupper har både en betydligt högre förekomst av utfallet än genomsnittet och består av ett tillräckligt antal individer. I samtliga grupper där yrkesposition gör en skillnad för om personen fått låg involvering av eller låga krav på sin arbetsgivare är det att inte vara chef eller inte ha högskolekompetens som har betydelse.

Den grupp som utgör störst andel – en fjärdedel – av samtliga som fått låg involvering eller låga krav på sina arbetsgivare består av *yngre och äldre individer födda inom EU som ej är i chefsposition eller ej har högskolekompetens*. 70 procent av personerna i denna grupp fick låg involvering eller låga krav på sina arbetsgivare.

Ytterligare en grupp där yrkesposition spelar roll har i stort sett lika ofta fått låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren. Det rör sig om *yngre och äldre kvinnor som ej är i chefsposition eller ej har högskolekompetens*, det vill säga en mer specifik undergrupp till föregående grupp. Bland dem fick 71 procent låg involvering av eller låga krav på sina arbetsgivare.

Den tredje större gruppen där yrkesposition spelar roll består av *medelålders individer födda utanför EU som ej är i chefsposition eller ej har högskolekompetens*. Bland dem fick 67 procent låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren.

Det är tre mycket specifika grupper, men de består trots det av ett tillräckligt antal individer för att vi ska kunna dra slutsatsen att det är

tydliga grupper. Även om det rör sig mycket specifika grupper ger det oss en insikt om att det i vårt urval har gjort en skillnad för arbetsgivarens roll om den försäkrade är chef eller har högskolekompetens.

Tabell B5.16 Samtliga grupper med högre förekomst av låg involvering av eller låga krav på arbetsgivaren utifrån kön, ålder, ursprung, och yrkesposition

Faktorer	Grupp					
	1	2	3	4	5	6
Kvinna	1	-	-	1	1	1
Född utanför EU		0	1	1	0	1
Ej chef, ej högskolekompetens	1	1	1	1	-	-
Yngre än 34 eller äldre än 54	1	1	0		1	0
% av fall i gruppen som har låg involvering eller låga krav	71	70	67	64	68	69
Gruppens andel av alla studerade fall som har låg involvering eller låga krav (antal)	19 (12)	25 (16)	16 (10)	11 (7)	23 (15)	17 (11)

Anm.: Den sista raden i tabellen redovisar andelen av fall med utfallet som tillhör de respektive grupperna. Ett enskilt fall kan tillhöra mer än en grupp. Vi har i tabellen gjort en gruppering utifrån yrkesposition för att tydliggöra i vilka grupper yrkesposition har en betydelse. Grupperna som uppfyller våra kriterier för slutsatsdragning och där yrkesposition spelar roll är fetmarkerade i tabellen.

1 – faktorn är närvarande

0 – faktorn är frånvarande

En tom ruta innebär att faktorn inte har en betydelse i gruppen.

B 5.2.4 Analys av skillnader i medelvärde för arbetsgivarens involvering och krav på arbetsgivaren

Vi har analyserat skillnader i medelvärden för arbetsgivarens involvering och krav på arbetsgivaren mellan enskilda grupper. Vi finner knappt några skillnader i genomsnittliga nivåer av involvering av arbetsgivaren mellan enskilda grupper och endast mycket små

skillnader i genomsnittliga nivåer av vilka krav som handläggaren ställer på arbetsgivaren.

De olika grupperna som har analyserats är inte jämnt fördelade och vissa grupper är små. Eftersom urvalet är litet kan vi bara i begränsad utsträckning uttala oss om skillnaderna är slumpmässiga eller inte. Syftet med analysen är att beskriva de skillnader, eller avsaknad av skillnader, som finns i vårt urval.

Eftersom inte alla har en arbetsgivare är det färre akter som ingår i vår analys här (n = 133).

Mycket små genomsnittliga skillnader i involvering av arbetsgivare mellan enskilda grupper

Vår undersökning av medelvärden visar att inrikes födda har en något lägre involvering av arbetsgivaren än utrikes födda. Det stämmer överens med bilden av att utrikesfödda har fått mindre agentskap, och tyder på att handläggaren kanske i högre grad hämtar in uppgifter från andra aktörer, så som arbetsgivaren. Men vi kan utifrån vårt material inte avgöra om så är fallet och resultatet för de som är födda inom och utom EU verkar heller inte tyda på det. Mellan dem ser vi nämligen skillnader i den försäkrades agentskap men vi ser inga skillnader när det gäller involvering av arbetsgivaren. I akterna där den försäkrade har en diagnos för sjukdom i rörelseapparaten involveras också arbetsgivaren något mindre än i akterna där den försäkrade har en psykiatrisk diagnos.

Måtten befinner sig på olika skalor och har olika högsta och lägsta värde. Samma värde kan därför innebära olika stora skillnader beroende på vilket mått som studeras. Måttet varierar mellan -0,2 och 0,8.

Tabell B 5.17 Medelvårdesskillnader i involvering av arbetsgivaren

<i>Grupper och faktorer</i>	<i>Grupper (antal)</i>	<i>Medelvärde involvering arbetsgivare</i>	<i>Skillnad i procent</i>
Kön	Kvinnor (66)	0,2	0 %
	Män (67)	0,2	0 %
Ursprung	Inrikes födda (72)	0,15	-7 %
	Utrikes födda (61)	0,22	+7 %
Ursprung	Född inom EU (91)	0,2	0 %
	Född utanför EU (42)	0,2	0 %
Ursprung	Födda utanför MENA och Afrika söder om Sahara (20)	0,2	0 %
	Födda i MENA och Afrika söder om Sahara (113)	0,2	0 %
Unga	Yngre, lägsta 20% (25)	0,2	0 %
	Övriga åldrar (108)	0,2	0 %
Äldre	Äldsta, högsta 20% (25)	0,2	0 %
	Övriga åldrar (108)	0,2	0 %
Diagnos	Diagnos för sjukdom i rörelseapparaten (21)	0,1	-10 %
	Psykiatrisk diagnos (111)	0,2	+10 %
Yrke och utbildning	Chefer och högt utbildade (62)	0,2	0 %
	Övriga yrken och utbildningsnivåer (71)	0,2	0 %
Arbetsgivarens förhållningssätt	Stöttande (40)	0,3	+20 %
	Motarbetande (93)	0,1	-20 %
Arbetsgivarens förutsättning till anpassning	Bra (86)	0,2	0 %
	Dålig (47)	0,2	0 %
Antal läkarintyg	Fler än sju (50)	0,2	0 %
	Färre än sju (83)	0,2	0 %
Antal handläggare	Fler än sju (19)	0,2	0 %
	Färre än sju (114)	0,2	0 %

Anm.: Måttet varierar mellan -0,2 och 0,8. N = 133 akter. Antalet akter i varje grupp redovisas i tabellerna inom parentes.

Mycket små genomsnittliga skillnader i krav på arbetsgivare för olika diagnosgrupper

Vi finner endast mycket små skillnader i genomsnittliga nivåer av vilka krav som handläggaren ställer på arbetsgivaren när vi jämför enskilda grupper. När det gäller benägenheten att begära in arbetsgivarens plan för återgång i arbete vet vi att det tidigare har funnits skillnader mellan diagnosgrupper, men hur det ser ut idag vet vi inte. Tidigare begärde handläggarna sällan in en sådan plan när det gäller tumörsjukdomar, medan de oftare begärde in en när det gäller sjukdomar i rörelseorganen.¹⁶⁵ Vi finner i vårt urval små genomsnittliga skillnader mellan psykiatriska diagnoser och diagnos för sjukdom i rörelseapparaten i vilka krav som ställs på arbetsgivaren. I de fall den försäkrade har en psykiatrisk diagnos är medelvärdet högre än för de som har en diagnos för sjukdom i rörelseapparaten. Det är på många sätt rimligt eftersom det kan finnas större behov att planera för återgång i arbetet när det gäller personer med psykiatriska diagnoser. Om vi tittar på specifika frågor kan vi se att handläggaren oftare får in en plan för återgång från arbetsgivaren när personen har en psykiatrisk diagnos än när de har en diagnos för sjukdom i rörelseapparaten. Vi vet inte om det beror på hur arbetsgivaren agerar eller på hur handläggaren agerar.

När det gäller krav på arbetsgivaren varierar måttet mellan -0,3 och 0,2.

Tabell B5.18 Medelvärdesskillnader i krav på arbetsgivaren

<i>Grupper och faktorer</i>	<i>Grupper (antal)</i>	<i>Medelvärde krav arbetsgivare</i>	<i>Skillnad i procent</i>
Kön	Kvinnor (65)	-0,02	+4 %
	Män (67)	-0,04	-4 %
Ursprung	Inrikes födda (72)	-0,03	0 %
	Utrikes födda (60)	-0,03	0 %
Ursprung	Född inom EU (91)	-0,03	+2 %
	Född utanför EU (41)	-0,04	-2 %
Ursprung	Födda utanför MENA och Afrika söder om Sahara (19)	-0,04	-2 %

¹⁶⁵ ISF Försäkringskassans hantering av underlag för beslut Rapport 2011:08 s. 49–50.

<i>Grupper och faktorer</i>	<i>Grupper (antal)</i>	<i>Medelvärde krav arbetsgivare</i>	<i>Skillnad i procent</i>
	Födda i MENA och Afrika söder om Sahara (113)	-0,03	+2 %
Unga	Yngre, lägsta 20% (24)	-0,04	-2 %
	Övriga åldrar (108)	-0,03	+2 %
Äldre	Äldsta, högsta 20% (25)	-0,03	0 %
	Övriga åldrar (107)	-0,03	0 %
Diagnos	Diagnos för sjukdom i rörelseapparaten (20)	-0,1	-14 %
	Psykiatrisk diagnos (111)	-0,03	+14 %
Yrke och utbildning	Chefer och högt utbildade (62)	-0,03	0 %
	Övriga yrken och utbildningsnivåer (70)	-0,03	0 %
Arbetsgivarens förhållningssätt	Stöttande (39)	0,05	+30 %
	Motarbetande (93)	-0,1	-30 %
Arbetsgivarens förutsättning till anpassning	Bra (86)	-0,04	-4 %
	Dålig (45)	-0,02	+4 %
Antal läkarintyg	Fler än sju (48)	-0,04	-2 %
	Färre än sju (84)	-0,03	+2 %
Antal handläggare	Fler än sju (18)	-0,02	+2 %
	Färre än sju (114)	-0,03	-2 %

Anm.: Måttet varierar mellan -0,3 och 0,2. N = 132 akter. Antalet akter i varje grupp redovisas i tabellerna inom parentes.

B 5.3 Analyser som ligger till grund för slutsatser kring planering och utredning

Nedan redovisar vi de mer djupgående analyserna av betydelsen av individuella och kontextuella faktorer för om försäkrade får låg aktivitet i sin planering, brister i handläggningen eller otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg. Vi redovisar först analysen av enskilda faktorer samvariation med utfallet, sedan de mer ingående analyserna av samspelet mellan flera individuella och kontextuella faktorer. Vi avslutar med analysen av skillnader i medelvärden.

B 5.3.1 Enskilda faktorer samvariation med utfallen

Här redovisar vi om enskilda faktorer visar på skillnader i förekomst av låg aktivitet i planering för återgång i arbete, brister i handläggningen eller otillräcklig anpassning till individens förutsättningar, eller omotiverat höga krav på läkarintyg.

Tabell B5.19 Förekomst av låg planering och utredning baserat på egenskaper och faktorer

<i>Individuella egenskaper</i>		<i>% av fall med låg aktivitet i planering, brister i handläggningen eller otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg</i>
Kön	Kvinna	39 %
	Man	37 %
Ursprung	Utanför EU	37 %
	Inom EU	38 %
Ålder	Yngre än 34 år eller äldre än 54 år	42 %
	Medelålders, 34–54 år	35 %
	Yngre än 34 år	36 %
	Äldre än 33 år	38 %
	Äldre än 54 år	48 %
	Yngre än 55 år	35 %
Diagnos	Psykiatrisk diagnos	36 %

<i>Individuella egenskaper</i>		<i>% av fall med låg aktivitet i planering, brister i handläggningen eller otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg</i>
	Diagnos för sjukdom i rörelseapparaten	48 %
Yrkesposition	Ej chefsposition, ej högskolekompetens	39 %
	Chefsposition eller högskolekompetens	34 %
Hur den försäkrade driver sitt ärende	Driver i liten utsträckningen	55 %
	Driver i större utsträckning	34 %
<i>Kontextuella faktorer</i>		<i>% av fall med låg aktivitet i planering, brister i handläggningen eller otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg</i>
Hur vården driver ärendet	Driver i liten utsträckningen	49 %
	Driver i större utsträckning	34 %
Antal läkarintyg	8 eller fler	36 %
	Färre än 8	39 %
Antal läkare	4 eller fler	33 %
	Färre än 4	39 %
Antal handläggare	6 eller fler	34 %
	Färre än 6	39 %

<i>Kontextuella faktorer bland anställda</i>		<i>% av fall med låg aktivitet i planering, brister i handläggningen eller otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg</i>
Arbetsgivarens förhållningssätt	Motarbetande	45 %
	Stöttande	29 %
Förutsättningar kopplade till arbetet	Dåliga förutsättningar för återgång	35 %
	Bättre förutsättningar för återgång	34 %

B 5.3.2 Analys utifrån kön, ursprung, samt flera åldersgrupper visar att äldre kvinnor oftare får låg aktivitet i planering eller vissa brister i handläggningen

Ålder är en av aspekterna som har betydelse för den grupp som får låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg.

När vi tar hänsyn till om det finns skillnader mellan yngre och äldre, och inte enbart mellan medelålders och inte medelålders, framträder en grupp som har en mycket hög förekomst av att ha fått låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg. Det rör sig om *kvinnor äldre än 54 år*. Bland dem har 71 procent fått låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg, jämfört med 38 procent bland samtliga i urvalet. Gruppen består av ett tillräckligt antal individer för att vi ska kunna dra slutsatsen att det rör sig om ett tecken på olikabehandling.

Det är endast en grupp – *kvinnor äldre än 54 år* – som har en tydligt högre förekomst av utfallet än genomsnittet i vårt urval. Resterande två grupper med en högre förekomst av utfallet än genomsnittet är *män som är äldre än 33 år och födda utanför EU*, samt *män som är yngre än 55 år födda inom EU* (tabell B5.20). Men de båda grupperna har endast en marginellt högre förekomst av låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg än genomsnittet, 42 procent och 41 procent

jämfört med 38 procent bland samtliga i urvalet. Vi identifierar dem därför inte som grupper som har fått tecken på olikabehandling i sin handläggning.

Tabell B5.20 Samtliga grupper med högre förekomst av låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg utifrån kön, åldersgrupper, och ursprung

<i>Grupp</i>	<i>Andel fall inom gruppen som har låg aktivitet i planering, brister i hantering eller i bemötande, eller omotiverat höga krav på sina läkarintyg</i>	<i>Antal fall inom gruppen som har låg aktivitet i planering brister i hantering eller i bemötande, eller omotiverat höga krav på sina läkarintyg</i>	<i>Gruppens andel av alla studerade fall som har låg aktivitet i planering brister i hantering eller i bemötande, eller omotiverat höga krav på sina läkarintyg</i>
Kvinnor äldre än 54 år	71 %	10 av 14	16 %
Män äldre än 33 år födda utanför EU	42 %	10 av 24	16 %
Män yngre än 55 år födda inom EU	41 %	17 av 41	27 %
Alla studerade sjukpenningfall	38 %	62 av 163	-

Anm. Dessa grupper utgör 60 procent av alla sjukpenningfall som har fått låg aktivitet i planering brister i hantering eller i bemötande, eller omotiverat höga krav på sina läkarintyg. Ett enskilt fall kan tillhöra mer än en grupp. Den fetmarkerade gruppen uppfyller våra kriterier för att dra slutsatser om tecken på olikabehandling.

B 5.3.3 Diagnos, yrkesposition och hur individen driver sitt ärende visar inte på några mer specifika grupper som oftare har fått låg aktivitet i planering eller vissa brister i handläggningen

Vi har undersökt om andra individuella egenskaper kan hjälpa oss att identifiera vilka grupper av försäkrade som har högre förekomst av låg aktivitet i planering, brister i handläggningen eller otillräcklig

anpassning, eller omotiverat höga krav på sina läkarintyg i vårt urval. Dessa faktorer fångar upp om personen är i en chefsposition eller har högskolekompetens, om personen har en psykiatrisk diagnos eller en diagnos för sjukdom i rörelseapparaten, och i vilken utsträckning personen har drivit sitt sjukpenningärende i förhållande till Försäkringskassan.

Att inkludera diagnos och yrkesposition gör att vi kan identifiera grupper med en något högre förekomst av låg aktivitet i planering, brister i handläggningen eller otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på sina läkarintyg än om vi enbart tar hänsyn till kön, åldersgrupper och ursprung (52 procent jämfört med 47 procent). Men det bidrar inte alls till att identifiera en större andel av samtliga fall med utfallet (59 procent jämfört med 60 procent). Vi har också analyserat betydelsen av om individen i liten eller stor utsträckning driver sitt fall i förhållande till Försäkringskassan. Vi finner att inte heller detta har någon nämnvärd betydelse för utfallen.

De fem faktorerna kön, ålder, ursprung, diagnos, och yrkesposition kan potentiellt leda till 32 olika grupsammansättningar. Vi finner 5 olika grupsammansättningar som har en högre förekomst av utfallet. Det tyder på ett visst underliggande mönster, men mönstret är bara kopplat till 60 procent av alla sjukpenningfall som har utfallet. När vi tittar närmare på vad mönstret består i finns det relativt få gemensamma egenskaper som grupperna delar med varandra.

Två grupper av fem som har högre förekomst av låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg när vi tar hänsyn till kön, ålder, ursprung, diagnos och yrkesposition uppfyller våra kriterier för att dra slutsatser om tecken på olikabehandling. De har nämligen båda en betydligt högre förekomst av utfallet än genomsnittet och består av ett tillräckligt antal individer. I tre av grupperna har det betydelse att inte vara i chefsposition eller inte ha högskolekompetens. I tre av grupperna har det betydelse att vara äldre eller yngre (tabell B5.21). Men den övergripande bilden är spretig i termer av vilka egenskaper som gör en skillnad för om den försäkrade har fått låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg.

Samtliga fem grupper har en betydligt högre förekomst av låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning,

eller omotiverat höga krav på läkarintyg än genomsnittet. Men det är endast två grupper som består av ett tillräckligt antal individer för att vi ska se dem som tydliga. Det rör sig om *medelålders män som ej är i chefsposition eller ej har högskolekompetens* (grupp 1) och *yngre och äldre individer med psykiatrisk diagnos födda inom EU* (grupp 4). Det rör sig om två mycket specifika grupper och fynden ger oss en indikation om att såväl diagnos som yrkesposition kan spela roll. Men vi drar ändå utifrån våra sammantagna fynd slutsatsen att diagnos och yrkesposition inte utgör två betydande faktorer när det kommer till att identifiera grupper som oftare fått låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg. Slutsatsen grundar sig på att det övergripande mönstret är spretigt när vi tar hänsyn till samspelet mellan kön, ålder, ursprung, diagnos och yrkesposition samt att de två sistnämnda faktorerna inte gör att vi kan identifiera en större andel av samtliga sjukpenningfall som har fått utfallet.

Tabell B5.21 Samtliga grupper med högre förekomst av låg aktivitet i planering, brister i handläggningen, otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på läkarintyg utifrån kön, ålder, ursprung, diagnos och yrkesposition

Faktorer	Grupp				
	1	2	3	4	5
Kvinna	0	-	1	-	0
Född utanför EU	-	1	0	0	1
Psykiatrisk diagnos	-	0	-	1	0
Ej chef, ej högskolekompetens	1	1	1	-	-
Yngre än 34 eller äldre än 54	0	0	1	1	1
% av fall i gruppen som har låg aktivitet i planering, brister i handläggningen eller otillräcklig anpassning, eller omotiverat höga krav på sina läkarintyg	50	56	50	47	100
% av alla som har utfallet som ingår i gruppen (antal)	20 (12)	8 (5)	14 (8)	27 (16)	3 (2)

Anm.: Den sista raden i tabellen redovisar andelen av fall med utfallet som tillhör de respektive grupperna. Ett enskilt fall kan tillhöra mer än en grupp. De fetmarkerade grupperna uppfyller våra kriterier för att dra slutsatser om tecken på olikabehandling. 1 – faktorn är närvarande, 0 – faktorn är frånvarande, en tom ruta innebär att faktorn inte har en betydelse i gruppen.

B 5.3.4 Analys av skillnader i medelvärde för mått som rör planering och utredning

Här redovisar vi skillnader i medelvärden för två av måtten som rör planering och utredning. Vi har analyserat skillnader i medelvärden för aktivitet i planering och brister i handläggningen mellan enskilda grupper. Våra resultat visar endast mycket små skillnader i nivå av aktivitet i planering mellan enskilda grupper. Vi kan se att de med en diagnos för sjukdom i rörelseapparaten har en något lägre aktivitet i planering än de med psykiatriska diagnoser. När det gäller brister i handläggningen finner vi inga skillnader mellan enskilda grupper.

De olika grupperna som vi har analyserat är inte jämnt fördelade och vissa grupper är små. Eftersom urvalet är litet kan vi bara i begränsad utsträckning uttala oss om skillnaderna är slumpmässiga eller inte. Syftet med analysen är att beskriva de skillnader, eller avsaknad av skillnader, som finns i vårt urval.

Vi finner mycket små genomsnittliga skillnader i nivå av aktivitet i planering mellan enskilda grupper

Vi ser endast mycket små skillnader i medelvärden av aktivitet i planering mellan enskilda grupper. Skillnaderna är tydligast mellan diagnosgrupper. De med en diagnos för sjukdom i rörelseapparaten har en lägre aktivitet i planering än de med psykiatriska diagnoser. Vid en diagnos för sjukdom i rörelseapparaten är det vanligare att planeringen enbart baseras på läkarintyg och det är ovanligt att den baseras på uppgifter från flera olika aktörer. Slutligen ser vi även en skillnad i aktivitet i planering när många handläggare är involverade i ett ärende. När antalet handläggare är fler än sju finns det en högre aktivitet i planering än när det är färre handläggare.

Vi kan se att det finns skillnader mellan grupper med olika ursprung när det gäller om samordningsåtgärder har vidtagits eller inte. Det är vanligare att samordningsåtgärder vidtas för personer födda utanför EU. Bland dem har det skett 25 procent av gångerna medan det endast har skett 10 procent av gångerna för de födda inom EU.

Måtten befinner sig på olika skalor och har olika högsta och lägsta värde. Samma värde kan därför innebära olika stora skillnader beroende på vilket mått som studeras. Måttets skala går mellan -0,6 och 1,2. Det är därmed en större skala än tidigare mått och de

skillnader vi ser ligger alla på 0,1. Det innebär en skillnad på 5,5 procent.

Tabell B5.22 Medelvärdeskillnader i nivå av planering

<i>Grupper och faktorer</i>	<i>Grupper (antal)</i>	<i>Medelvärde planering</i>	<i>Skillnad i procent</i>
Kön	Kvinnor (80)	0,2	+5,5 %
	Män (83)	0,1	-5,5 %
Ursprung	Inrikes födda (83)	0,2	0 %
	Utrikesfödda (80)	0,2	0 %
Ursprung	Född inom EU (104)	0,2	0 %
	Född utanför EU (59)	0,2	0 %
Ursprung	Födda utanför MENA och Afrika söder om Sahara (29)	0,2	0 %
	Födda i MENA och Afrika söder om Sahara (134)	0,2	0 %
Unga	Yngre, lägsta 20% (33)	0,2	0 %
	Övriga åldrar (130)	0,2	0 %
Äldre	Äldsta, högsta 20% (33)	0,1	-5,5 %
	Övriga åldrar (130)	0,2	+5,5 %
Diagnos	Diagnos för sjukdom i rörelseapparaten (27)	0,1	-5,5 %
	Psykiatrisk diagnos (134)	0,2	+5,5 %
Yrke och utbildning	Chefer och högt utbildade (67)	0,2	0 %
	Övriga yrken och utbildningsnivåer (93)	0,2	0 %
Arbetsgivarens förhållningssätt	Stöttande (70)	0,2	+5,5 %
	Motarbetande (93)	0,1	-5,5 %
Arbetsgivarens förutsättning till anpassning	Bra (115)	0,2	+5,5 %
	Dålig (48)	0,1	-5,5 %
Antal läkarintyg	Fler än sju (60)	0,2	+5,5 %
	Färre än sju (103)	0,1	-5,5 %
	Fler än sju (24)	0,3	+5,5 %

<i>Grupper och faktorer</i>	<i>Grupper (antal)</i>	<i>Medelvärde planering</i>	<i>Skillnad i procent</i>
Antal handläggare	Färre än sju (139)	0,2	-5,5 %

Anm.: Måttet varierar mellan -0,6 och 1,2. N = 163 akter. Antalet akter i varje grupp redovisas i tabellerna inom parentes.

Brister i handläggningen

Här redovisar vi medelvärden för förekomsten av brister i handläggningen. Skillnaderna i medelvärden är så små att vi väljer att tolka det som att inga skillnader finns mellan vare sig grupper eller på grund av andra faktorer.

Måttet på brister i handläggningen varierar mellan 0 och 0,8.

Tabell B5.23 Medelvärdesskillnader i brister i handläggningen

<i>Grupper och faktorer</i>	<i>Grupper</i>	<i>Medelvärde</i>	<i>Skillnad i procent</i>
Kön	Kvinnor (80)	0,02	+1 %
	Män (83)	0,01	-1 %
Ursprung	Inrikes födda (83)	0,02	+1,5 %
	Utrikesfödda (80)	0,008	-1,5 %
Ursprung	Född inom EU (104)	0,02	+2 %
	Född utanför EU (59)	0,005	-2 %
Ursprung	Födda utanför MENA och Afrika söder om Sahara (29)	0,01	0 %
	Födda i MENA och Afrika söder om Sahara (134)	0,01	0 %
Unga	Yngre, lägsta 20% (33)	0,04	+4 %
	Övriga åldrar (130)	0,008	-4 %
Äldre	Äldsta, högsta 20% (33)	0,2	+2 %
	Övriga åldrar (130)	0,005	-2 %
Diagnos	Diagnos för sjukdom i rörelseapparaten (27)	0,01	0 %

<i>Grupper och faktorer</i>	<i>Grupper</i>	<i>Medelvärde</i>	<i>Skillnad i procent</i>
	Psykiatrisk diagnos (134)	0,01	0 %
Yrke och utbildning	Chefer och högt utbildade (67)	0,02	+1,5 %
	Övriga yrken och utbildningsnivåer (93)	0,008	-1,5 %
Arbetsgivarens förhållningssätt	Stöttande (70)	0,009	-1 %
	Motarbetande (93)	0,02	+1 %
Arbetsgivarens förutsättning till anpassning	Bra (115)	0,02	+1,5 %
	Dålig (48)	0,008	-1,5 %
Antal läkarintyg	Fler än sju (60)	0,02	+1 %
	Färre än sju (103)	0,009	-1 %
Antal handläggare	Fler än sju (24)	0,03	+2,5 %
	Färre än sju (139)	0,01	-2,5 %

Anm.: Måttet varierar mellan 0 och 0,8. N = 163 akter. Antalet akter i varje grupp redovisas i tabellerna inom parentes.

