

Välkomna till seminariet:

Jämställd sjukfrånvaro

- bedöms män och kvinnor likvärdigt i
sjukskrivningsprocessen?

Pathric Hägglund, revisionsdirektör Riksrevisionen

Följ och twittra på #afaseminarier

Jämställd sjukfrånvaro

– bedöms män och kvinnor likvärdigt i sjukskrivningsprocessen?

PATHRIC HÄGGLUND
KRISTINA KARLSSON

2019-09-24

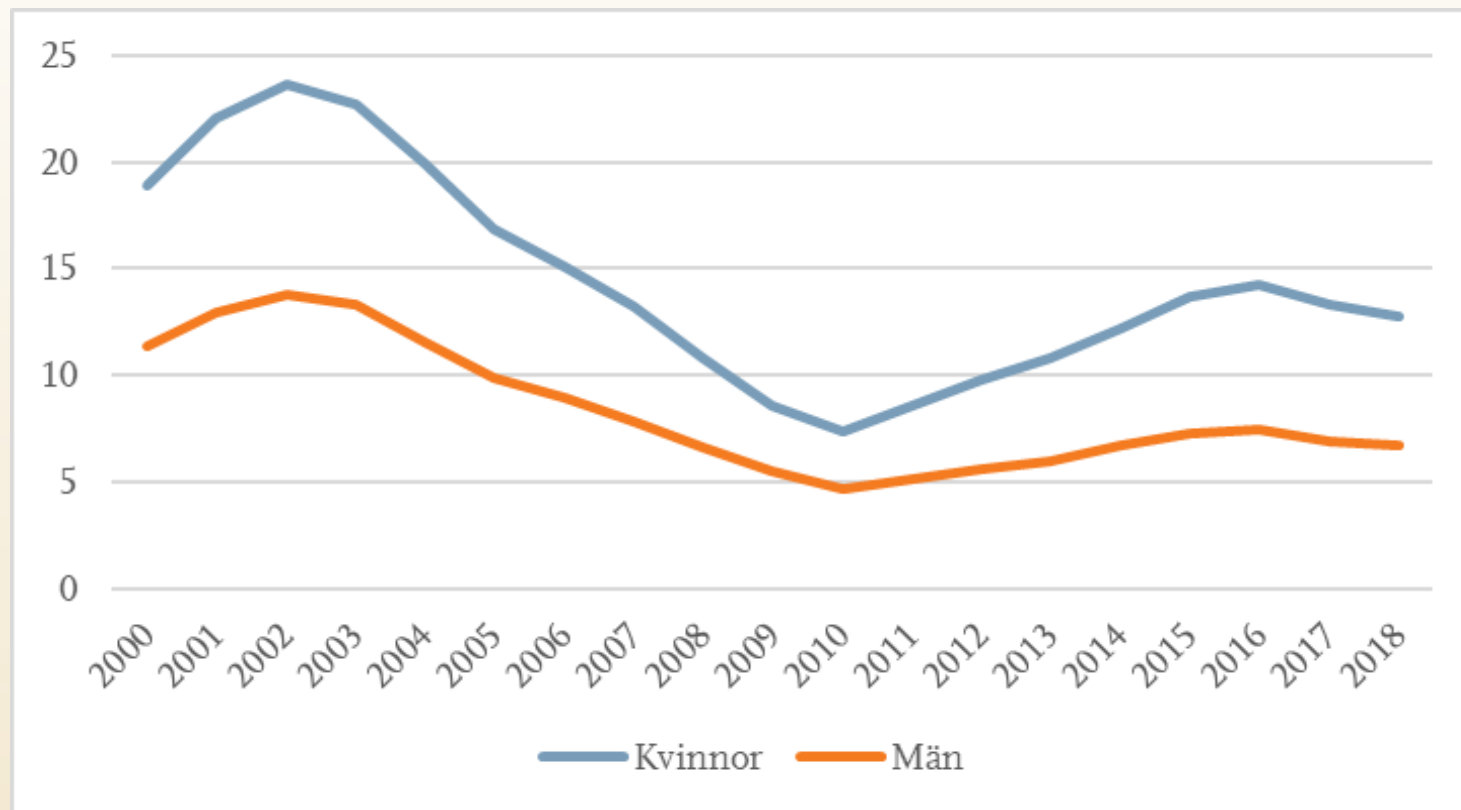


RIKSREVISIONEN

Kvalitetssäkrare/referees

- › Per Johansson, kvalitetssäkrare, professor statistik i Uppsala
- › Ingemar Petersson, kvalitetssäkrare, forskningschef vid Skånes universitetssjukhus och adj. professor försäkringsmedicin i Lund
- › Marcus Eliason, referee, doktor nationalekonomi Uppsala
- › Eva Vingård, referee, professor arbets- och miljömedicin Uppsala

Sjukpenningtalet för kvinnor och män



Bakgrund och motiv till granskning

- › Sjukfrånvaroskillnaden mellan män och kvinnor har vuxit sedan 1980-talet. I dag är kvinnor sjukskrivna i nästan dubbelt så hög utsträckning som män
- › Läkare första grindvakt i sjukförsäkringen, ska beskriva hur sjukdomen påverkar arbetsförmågan och ange hur länge och i vilken omfattning patienten behöver vara sjukskriven
- › Komplicerat arbete
 - Arbetsförmåga inte objektivt mätbart
 - Krävs detaljerad kunskap om kraven i olika delar av arbetslivet
 - Bedömningen extra svår vid psykisk ohälsa där de objektiva undersökningsfynden är få





Syfte

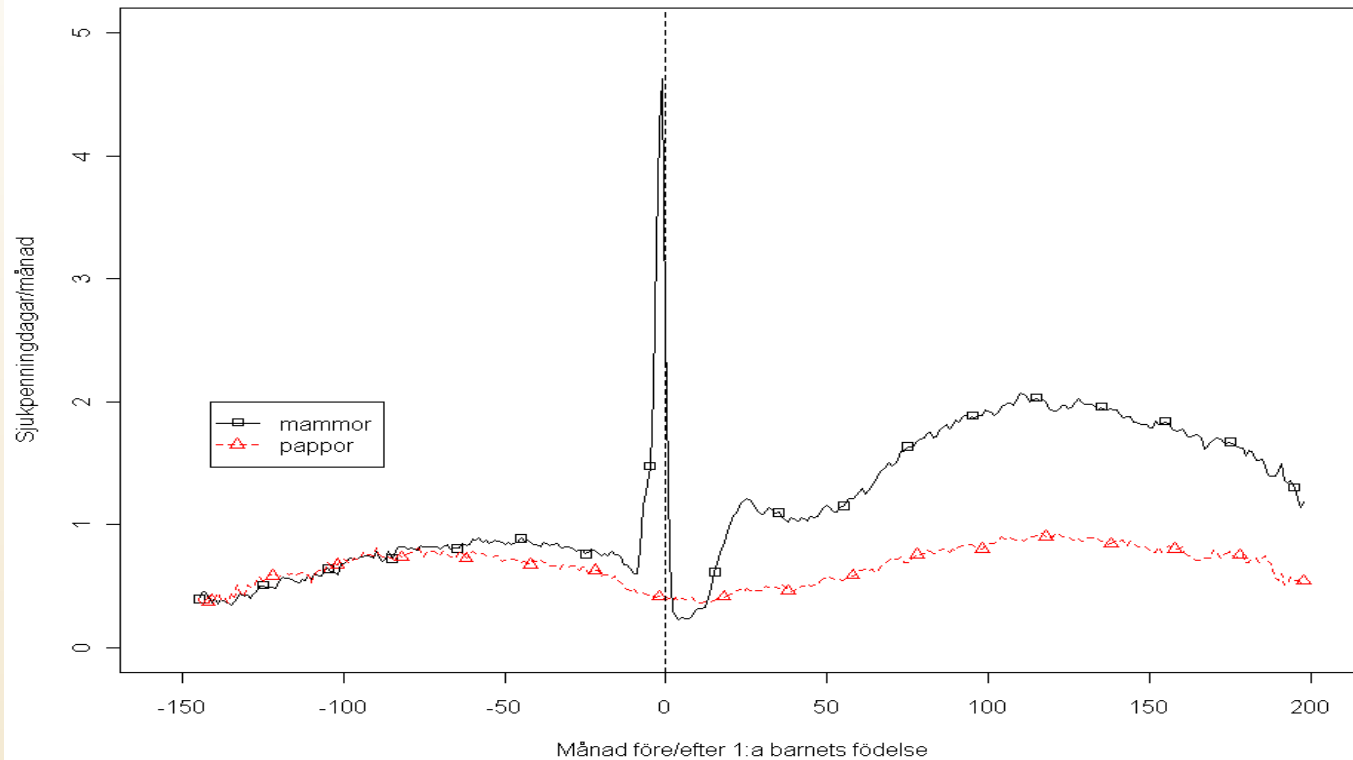
- › Analysera i vad mån det finns tecken på brister i sjukförsäkringssystemets förmåga att åstadkomma en likformig bedömning av de försäkrades rätt till ersättning, detta med utgångspunkt i hälso- och sjukvårdens bedömningar av mäns och kvinnors arbetsförmåga

Vad säger forskningen?

- › Arbetsmiljöenkäter (Arbetsmiljöverket 2016, 2018) visar att kvinnor upplever en sämre psykosocial arbetsmiljö än män, med högre arbetsbelastning och med större psykiska påfrestningar. Män rapporterar sämre fysisk arbetsmiljö, med mer buller och föroreningar
- › Vanskligt tolka undersökningar som bygger på subjektiva upplevelser
- › Kvinnor upplever sin hälsa som sämre än män vid olika mått på den faktiska hälsan (ESO, 2016).
- › Kvinnor konsumerar mer vård och läkemedel än män, och är sjukskrivna mer, trots att de lever längre – *morbiditets-mortalitetsparadoxen*
- › Avdic och Johansson (2013) visar att kvinnors sjukfrånvaro ökade mer än mäns efter sjukhusinläggning samtidigt som deras generella hälsa var bättre. Författarna drar slutsatsen att merparten av skillnaden i sjukfrånvaro mellan män och kvinnor kan härledas till skilda riskpreferenser där kvinnor är mer rädda om sin hälsa och därmed agerar mer förebyggande



Genomsnittligt antal dagar med sjukpenning per månad före och efter första barnets födelse, där barnets födelse = 0. (Angelov m.fl., 2013)



Vad säger forskningen? forts....

- › Kunskapen om "grindvakternas" betydelse för könsskillnaderna i sjukfrånvaro mycket begränsad
- › Svårt säkerställa jämförbara populationer. Uppgifter från register om patientens yrke, utbildning, inkomst, familjesituation och hälsa inte tillräckligt. Krävs information från mötet mellan patient och läkare

Genomförande

- › Enkät- och registerdata från Region Skåne
- › Vårdgivaren – frågor om funktionsnedsättning/aktivitetsbegränsning (ICF-formulär, 5-gradig skala)
 - Sömnfunktioner / Smärtförmåelse
 - Högre kognitiva funktioner / Tolerans för fysiskt arbete
 - Hantera stress och andra psykologiska krav / Rörlighet i leder
- › Patienterna – EQ5D-enkät, 3-gradig skala
 - Rörlighet
 - Hygien
 - Huvudsakliga aktiviteter
 - Smärtor och besvär
 - Oro och nedstämdhet

Analytisk ansats

- › Relatera vårdgivarens bedömning av patientens arbetsförmåga till efterföljande sjukskrivning. Om män och kvinnor bedöms lika ska inga skillnader i sjukfrånvaro finnas givet den bedömda arbetsförmågan
- › Känslighetsanalyser
 - Kontrollera för bakomliggande faktorer som bl.a. yrke, bransch, inkomster och familjesituation, trots att dessa faktorer inte ska behöva beaktas
 - Jämför skillnader i sjukfrånvaro med skillnader i andra hälsomått som antalet besök inom primärvård respektive hos specialist, läkemedelsförskrivning, antal dagar inom slutenvård och mortalitet

Studiepopulation

- › Patienter i Skånes län som mellan 2010 och 2016 träffade en läkare och då diagnosticerades med antingen en lätt eller medelsvår psykisk sjukdom, eller med en muskuloskeletal sjukdom. De ska ha också ha remitterats antingen KBT (F-diagnos), eller multimodal rehabilitering, MMR (M-diagnos)
- › 57 909 patienter, varav 90 procent med en F-diagnos
- › Resultaten torde vara representativa för patienter i hela landet med dessa diagnoser. Utgör 15 procent av påbörjade och 20 procent av alla pågående sjukpenningärenden under ett år

Antal sjukskrivningsdagar (medelvärde) i olika delpopulationer under mätperioden (1 år), fördelat på kön

| | Män | Kvinnor | t-värde |
|---|-------------|--------------|---------|
| Genomsnitt | | | |
| Ålder (median=37 år) | | | |
| ≤ median | 20,5 (65,1) | 31,3 (78,1) | -11,6 |
| > median | 42,2 (95,2) | 59,5 (110,3) | -12,9 |
| Född utrikes | | | |
| Utbildningsnivå | | | |
| ≤ Gymnasium | 37,4 (88,8) | 50,8 (101,8) | -11,1 |
| Eftergymnasial | 23,5 (72,1) | 40,3 (91,1) | -15,0 |
| Anställning (anställd eller egenföretagare) | 31,6 (80,6) | 48,0 (97,2) | -17,2 |
| Annat | 29,6 (86,0) | 36,6 (93,2) | -4,3 |
| Inkomster | | | |
| ≤ median | 21,5 (71,5) | 34,9 (89,9) | -12,3 |
| > median | 38,5 (88,5) | 56,6 (104,8) | -14,9 |

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



Nivåer och könsskillnader i hälsomått givet vårdgivarens bedömning av patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, kvinnor (Panel A), män (Panel B) samt könsskillnader (Panel C) 15

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



Kvinnors sjukfrånvaro i förhållande till mäns, givet bedömningen av patientens 16 funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Olika delpopulationer, procent

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

Möjliga förklaringar

- › Skillnader i preferenser för sjukfrånvaro
 - Kvinnor kanske i genomsnitt är mer öppna inför att vara sjukskriven, och män kanske föredrar annan behandling (läkemedel). Forskning visar att kvinnor i genomsnitt har ett mer preventivt hälsobeteende än män

- › Normer bland läkare
 - Läkare kanske är mer benägna att sjukskriva kvinnor än män

- › Läkare underskattar mäns funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning
 - Läkare kanske är sämre på att fånga upp mäns psykiska ohälsa (Socialstyrelsen, 2013)



Rekommendation 1

- › *Regeringen bör ge Försäkringskassan i uppdrag att återkommande följa upp läkarintygsskrivande för män och kvinnor på olika vårdgivarenheter*
 - Med en bättre uppföljning och analys av läkarintygen skulle systematiska skillnader mellan läkares utfärdande av läkarintyg, exempelvis med avseende på kön och olika diagnoser, lättare kunna upptäckas

Rekommendation 2

› Riksrevisionen anser att regeringen bör tillsätta en utredning i syfte att föreslå:

- 1) *hur incitamentsstrukturen inom hälso- och sjukvården kan utvecklas för att minska utrymmet för osakliga könsskillnader i sjukfrånvaro att uppstå*

Kvaliteten i läkarintygen och omfattningen av osakliga könsskillnader torde gå att påverka genom utformningen av hälso- och sjukvårdens incitament att agera i enlighet med sjukförsäkringens syfte. En utredning bör därför lämna förslag på hur hälso- och sjukvårdens incitament i sjukskrivningsprocessen ytterligare kan stärkas.

Rekommendation 2

2) *hur kvaliteten och enhetligheten i läkarintygen kan öka för att minska förekomsten av osakliga skillnader*

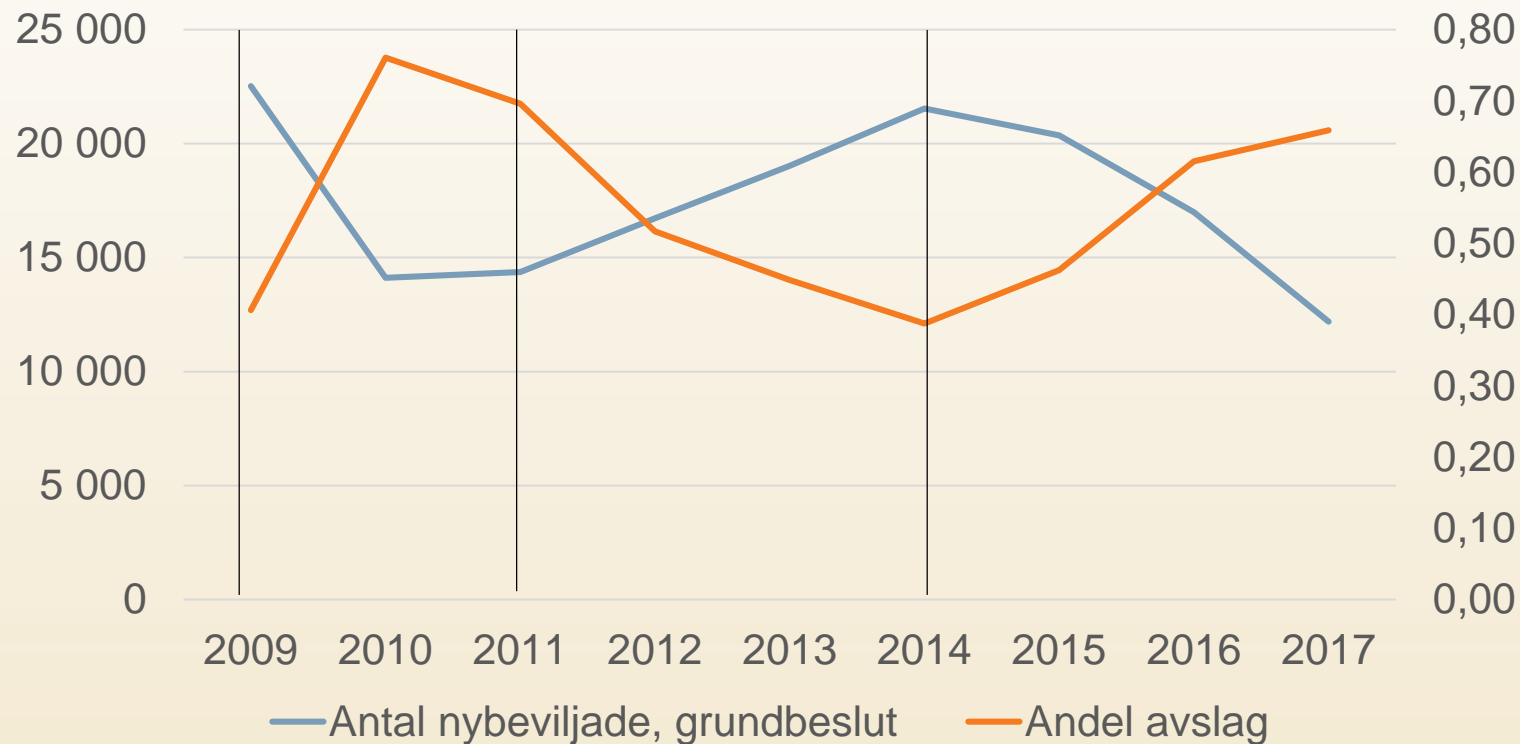
En utredning bör undersöka förutsättningarna för en regel som innebär att beslut om förlängningar av sjukskrivningar som pågått under en längre tid alltid ska fattas på basis av underlag från läkare eller läkarteam med särskild försäkringsmedicinsk kompetens, alternativt på basis av särskilda arbetsförmåeutredningar

3) *hur läkarnas kunskaper om patientens arbetssituation ska kunna förbättras för att minska osäkerheten i bedömningen av arbetsförmågan*

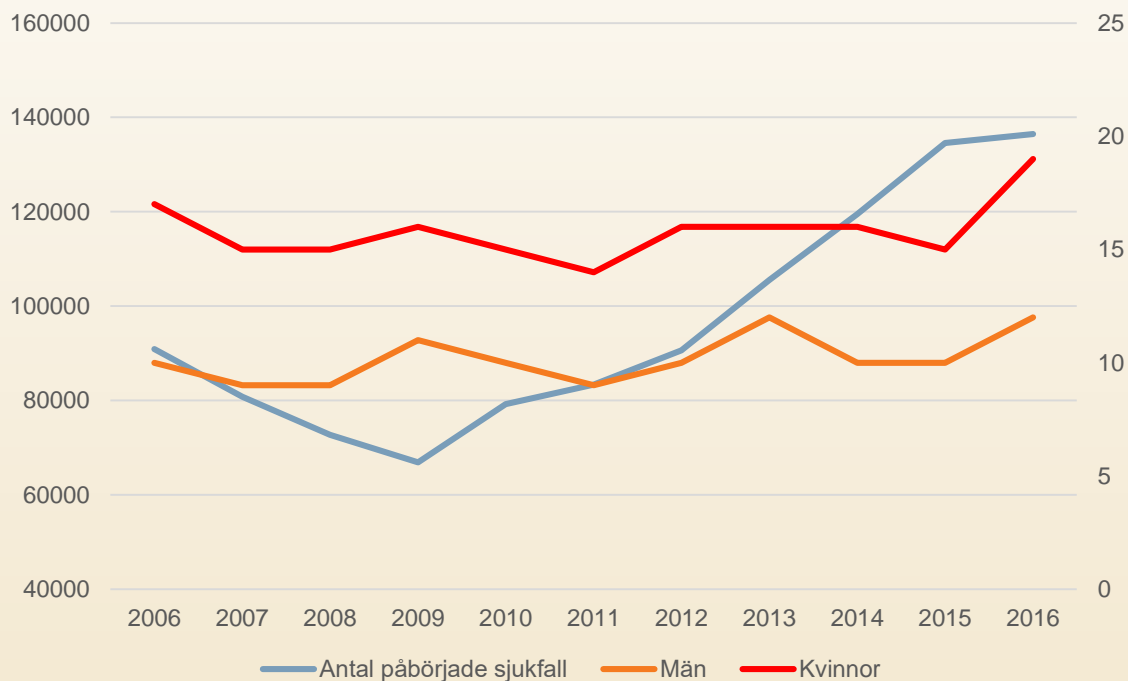
Mycket talar för att läkares kunskaper om kraven i olika delar av arbetslivet är begränsad. En utredning bör lämna förslag på hur läkarna ska ges bättre förutsättningar att bedöma kraven i det arbete patienten ska utföra för att på så vis förbättra kvaliteten och minska godtyckligheten i bedömningen av arbetsförmåga



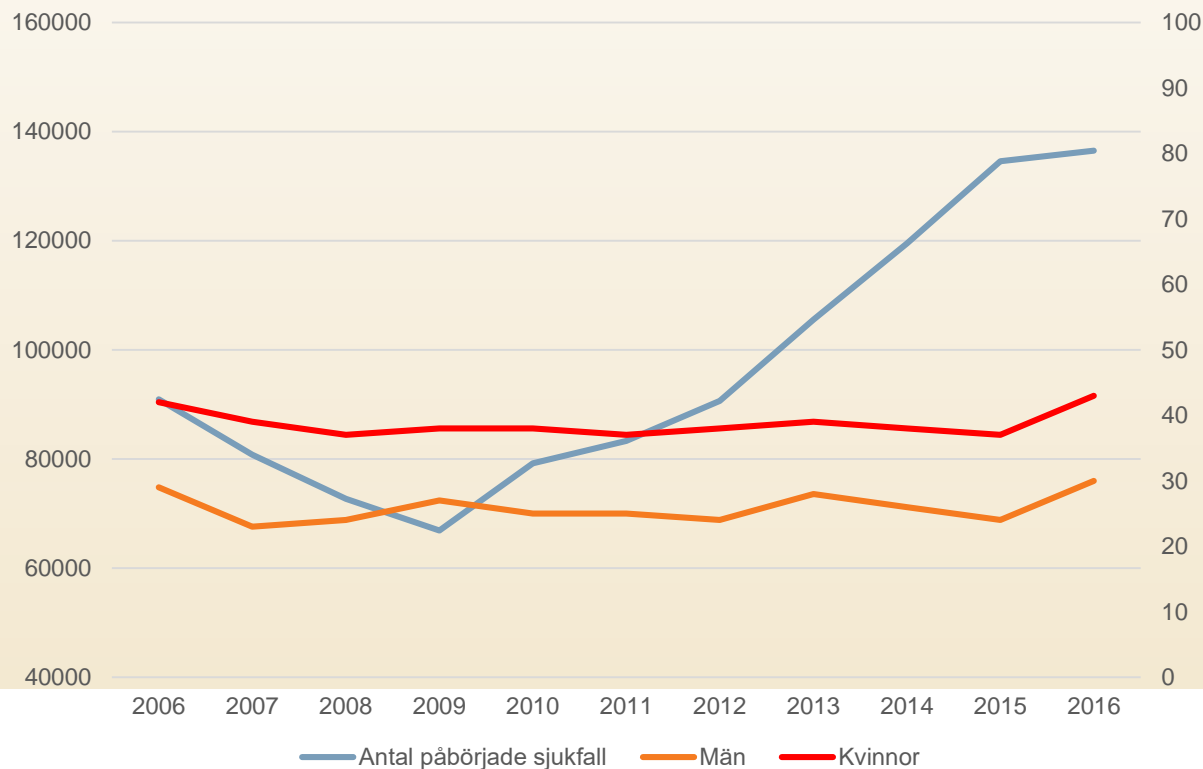
Utveckling av antal nybeviljanden och andel avslag för sjuk- och aktivitetsersättning 2009–2017



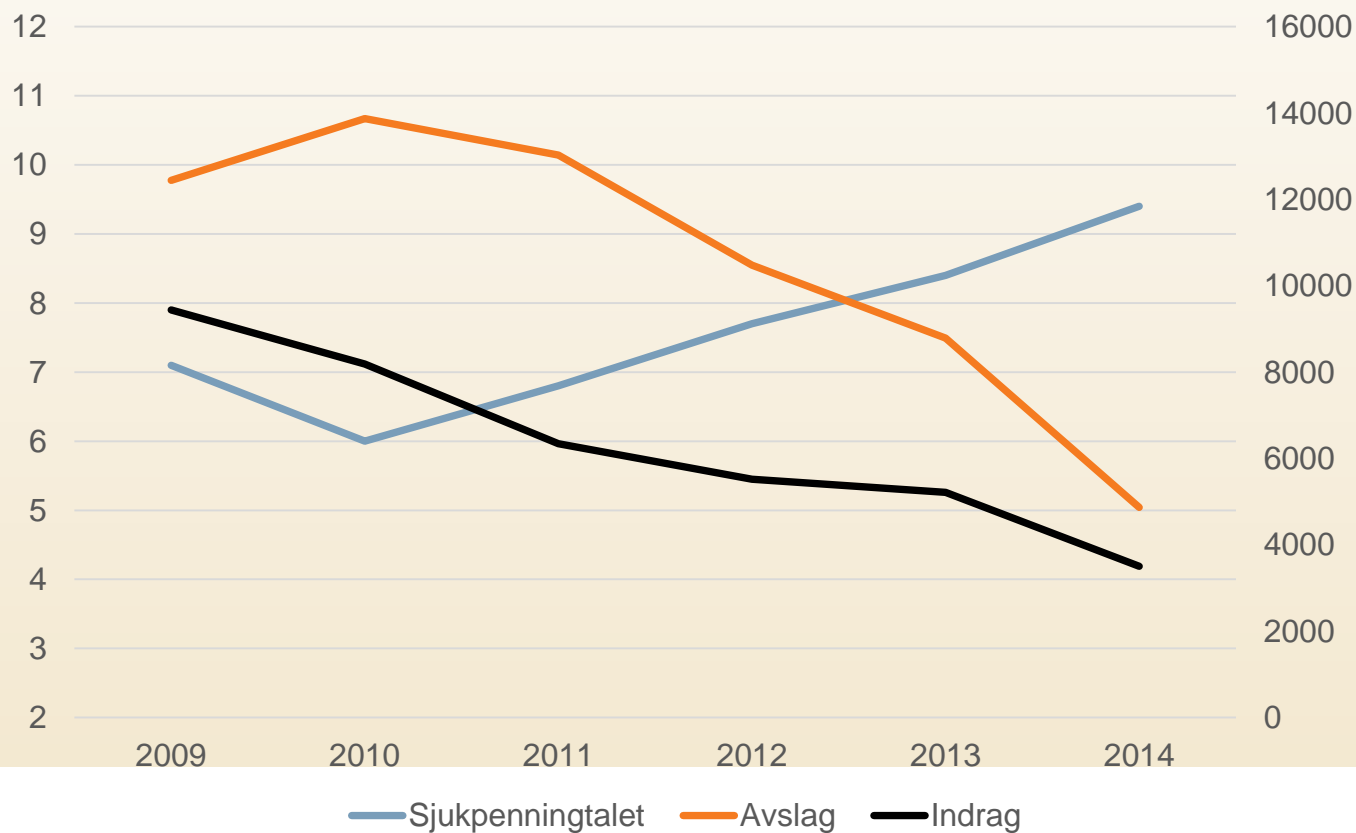
Andelen invånare i åldern 16–84 år som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande (procent)



Andel (procent) individer i åldern 16–84 år som uppgav lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest under perioden 2006–2016



Avslag och indrag 2009 – 2014



90/180-dagarsprövningar 2009 – 2014

