

*isf*

INSPEKTIONEN FÖR  
SOCIALFÖRSÄKRINGEN

Rapport 2016:5

Nekad sjukpenning för  
inrikes och utrikes födda

*isf*

Rapport 2016:5

# Nekad sjukpenning för inrikes och utrikes födda

En rapport från Inspektionen för socialförsäkringen

Stockholm 2016

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

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

Publikationen kan läsas online, laddas ner och beställas på [www.inspsf.se](http://www.inspsf.se)

© Inspektionen för socialförsäkringen  
Tryckt av Elanders Sverige AB  
Stockholm 2016

ISBN: 978-91-88098-24-5

# Innehåll

Generaldirektörens förord .....	5
Sammanfattning .....	7
Summary .....	11
1 Inledning .....	15
1.1 Bakgrund.....	15
1.2 Syfte och frågor .....	16
1.3 Tillvägagångssätt .....	17
1.4 Avgränsningar.....	21
2 Tidigare studier .....	23
2.1 Större sannolikhet att utrikes födda nekas förmån.....	23
2.2 Arbetslöshet och arbetshistorik i Sverige förklarar delvis avslag i sjukpenning och arbetsskadelivränta.....	24
2.3 Utrikes födda upplever sämre bemötande.....	25
2.4 Skillnader i hälsa, arbetsvillkor och sjukskrivning mellan inrikes och utrikes födda .....	26
2.5 Tidigare studier kan inte förklara varför utrikes födda oftare nekas förmåner i socialförsäkringen.....	29
3 Avslag på ansökan om sjukpenning bland inrikes och utrikes födda .....	31
3.1 Sämre anknytning till arbetsmarknaden bland utrikes födda gör att de i mindre utsträckning omfattas av sjukförsäkringen.....	31
3.2 Vissa skillnader i andelen ansökningar om sjukpenning mellan inrikes födda och födda i andra regioner.....	33
3.3 Skillnader i andelen avslag mellan inrikes och utrikes födda .....	34
4 Försäkringskassans handläggning och beslutsunderlag .....	39

4.1	Många som får avslag har en svag anknytning till arbetsmarknaden .....	39
4.2	Försäkringskassan har särskild handläggning av intyg från vissa läkare .....	41
4.3	Födda i MENA har i högre grad än inrikes födda avslutat sjukskrivningen när rätten till sjukpenning prövas .....	42
4.4	Ansökan om sjukpenning och Försäkringskassans utredning .....	43
4.5	Inrikes födda har oftare läkarintyg baserade på telefonkontakt och Försäkringskassan ber inte läkaren om komplettering .....	47
4.6	För födda i MENA anger läkaren i större utsträckning en bidiagnos .....	50
4.7	Läkarens beskrivning av aktivitetsbegränsningen är likartad för inrikes födda och MENA-födda .....	52
5	Diskussion .....	55
	Referenser .....	65
	Bilaga 1 Urval och metod .....	71
	Bilaga 2 Resultat från registerstudien .....	81
	Bilaga 3 Resultat från aktstudien .....	87
	Bilaga 4 Resultat utan specifika läkare .....	89
	Bilaga 5 Frågorna i aktstudien .....	93
	Bilaga 6 Läkarintyget .....	95
	Figur och Tabellförteckning .....	99

## Generaldirektörens förord

Sjukpenning är en förmån som har stor ekonomisk betydelse för personer som får nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. De allra flesta som ansöker om sjukpenning beviljas förmånen, men personer som är utrikes födda får i större utsträckning avslag än inrikes födda. Försäkrade födda i Mellanöstern, Nordafrika och Turkiet (MENA) får i högst utsträckning avslag på ansökan om sjukpenning. Tidigare studier har även visat att utrikes födda, oftare än inrikes födda, nekas såväl sjukpenning som andra socialförsäkringsförmåner som de ansöker om. Det finns emellertid lite kunskap om vad existerande skillnader beror på.

Denna granskning har ökat kunskapen om vad skillnaderna i avslagsfrekvens kan bero på. Av studien framgår bland annat att personer som är utrikes födda har en högre avslagsfrekvens, oavsett sjukdomsdiagnos. Det är även tydligt att faktorer som exempelvis ålder, utbildning, yrke och inkomst endast i begränsad utsträckning kan förklara skillnaderna i avslagsfrekvens.

En bidragande orsak till skillnaderna i avslagsfrekvens kan vara att utrikes födda i högre utsträckning än inrikes födda är arbetslösa, eftersom tidigare studier har visat att arbetslösa är överrepresenterade bland dem som får avslag på ansökan om sjukpenning. Förklaringen till detta är sannolikt att arbetslösas arbetsförmåga – vid bedömning av rätten till sjukpenning – bedöms mot arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden och inte – vilket är fallet för anställda – mot specifika arbetsuppgifter.

I granskningen identifierades även att läkarintyg som har utfärdats av några specifika läkare förekommer i en stor andel av de ärenden avseende personer födda i MENA som får avslag. Om det finns läkare som inte gör en adekvat bedömning i läkarintyget och dessa läkarintyg ligger till grund för beslut om sjukpenning är det ett pro-

blem både för de försäkrade och för sjukförsäkringens trovärdighet. Det är också ett problem för Försäkringskassan, vars möjlighet att tillämpa sjukförsäkringen på ett rättsäkert sätt därmed reduceras.

En väl fungerande sjukskrivningsprocess inom hälso- och sjukvården ska utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet. Tillämpningen inom Försäkringskassan ska präglas av rättssäkerhet och likformighet, oavsett om den försäkrade är inrikes född eller född i en annan del av världen. Föreliggande studie indikerar att Försäkringskassan behöver förbättra sina utredningar för att säkra att så är fallet. En obligatorisk användning av förskrivarkod vid utfärdandet av läkarintyg skulle dessutom kunna bidra till att Försäkringskassan och hälso- och sjukvården får ett bättre underlag för att kunna följa upp läkares arbete och ha möjlighet att agera på ett mer kraftfullt sätt för likformighet och kvalitet i sjukskrivningsprocessen.

Rapporten har skrivits av Martin Söder (projektledare), Åsa Barat Ullenius, Ola Leijon, Malin Josephson och Niklas Österlund. Även Susanne Eriksson, Nina Karnehed och Jonas Thelander har bidragit till rapporten. Sara Sätterberg har deltagit i datainsamlingen.

Stockholm i april 2016

*Maria Hemström-Hemmingsson*

## Sammanfattning

De allra flesta som omfattas av den allmänna sjukförsäkringen och ansöker om sjukpenning beviljas förmånen. Det gäller både inrikes och utrikes födda. Andelen avslag på ansökan om sjukpenning är liten och har dessutom sjunkit kraftigt under de senaste åren. År 2010 fick omkring 2 respektive 4 procent av alla förvärvsarbetsande inrikes och utrikes födda avslag på sin ansökan. Fyra år senare hade de andelarna mer än halverats. Skillnaden i avslagsfrekvens mellan inrikes och utrikes födda har dock legat på ungefär samma nivå under åren 2010–2014. Avslagsfrekvensen skiljer sig mellan olika födelseregioner. Gruppen som är födda i Mellanöstern, Nordafrika och Turkiet (MENA) samt Afrika söder om Sahara har högst andel avslag på ansökan om sjukpenning. Lägst andel avslag har inrikes födda och födda i övriga Norden.

Syftet med granskningen är att öka förståelsen för och kunskapen om varför andelen avslag på ansökan om sjukpenning skiljer sig åt mellan försäkrade som är inrikes födda och försäkrade födda i andra delar av världen. Granskningen visar vikten av att Försäkringskassan utreder varje ärende som dess beskaffenhet kräver, både för inrikes födda och för födda i andra delar av världen.

Granskningen består av två delar. Den ena är en registerstudie av avslag på och bifall av ansökan om sjukpenning under perioden 2012–2014. Den andra är en studie av Försäkringskassans ärendakter för inrikes födda och personer födda inom MENA som ansökt om sjukpenning och fått antingen bifall eller avslag på sin ansökan. Anledningen till att personer som är födda i Sverige respektive MENA ingår i studien är att dessa grupper har lägst respektive högst avslagsfrekvens. De ärenden som ingår i granskningen av akter är avgränsad till sjukfall med en huvuddiagnos som anger ryggbesvär.



Analysen av registerdata visar att de skillnader som finns i avslagsfrekvens på ansökan om sjukpenning mellan inrikes födda som grupp och gruppen utrikes födda endast till liten del kan förklaras av faktorer som kön, ålder, utbildningsnivå, yrke, arbetsmarknadssektor, inkomst, boställningslän, huvuddiagnos, läkarintygets sjukskrivningslängd samt om den försäkrade har barn under sex år.

En separat analys av de utrikes födda som grupp visar att en person som bosatte sig i Sverige efter 30 års ålder har större sannolikhet att få avslag på ansökan om sjukpenning jämfört med en person som kom till Sverige före 10 års ålder, efter hänsyn tagen till observerade bakomliggande faktorer.

Granskningen av Försäkringskassans ärendeakter visar att arbetslöshet och en svag anknytning till arbetsmarknaden är vanligt förekommande för försäkrade som får avslag på sin ansökan om sjukpenning. MENA-födda har som grupp en högre arbetslöshet och en sämre förankring på arbetsmarknaden än inrikes födda. För arbetslösa och för de med behovs- eller timanställning bedöms arbetsförmågan inte mot specifika arbetsuppgifter utan mot arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Det har till följd att kraven för att beviljas sjukpenning för den som är arbetslös är högre än för den som har ett arbete. Det är också sedan tidigare känt att arbetslösa i större utsträckning nekats sjukpenning än försäkrade som har en anställning. Den högre arbetslösheten bland personer födda i MENA än bland inrikes födda leder sannolikt till att MENA-födda har en högre andel avslag på ansökan om sjukpenning än inrikes födda.

I granskningen av ärendeakter identifierades ytterligare faktorer som kan ge en ökad förståelse för orsaken till skillnaderna i andelen avslag. Läkarintyg som har utfärdats av vissa specifika läkare förekommer i en stor andel av ärendena gällande avslag för personer födda i MENA. Att ha ett läkarintyg från någon av dessa läkare ökar alltså sannolikheten att få avslag. Försäkringskassan har en särskild handläggning av ärenden i de fall då de försäkrade har läkarintyg från dessa läkare. Anledningen är att Försäkringskassan misstänker att läkarna inte har grundat läkarintygen på en korrekt bedömning. Det finns dock en risk för att besluten inte blir rättssäkra när ärenden handläggs utifrån ett kontrollperspektiv som enbart baseras på vilken läkare som har utfärdat läkarintyget.

Även i beslutsunderlag och Försäkringskassans handläggning finns det faktorer som kan ge en ökad förståelse för orsaken till skillnaderna i andelen avslag. Personer födda i MENA har i större utsträckning än inrikes födda ofullständiga ansökningar om sjukpenning. Försäkringskassan kompletterar inte dessa ärenden i tillräcklig utsträckning. Därtill erbjuder Försäkringskassan inte auktoriserad tolkhjälp när det finns ett tydligt behov av det.

Innehållet i de försäkrades läkarintyg är av stor betydelse när Försäkringskassan beslutar om rätten till sjukpenning. Tydligheten i läkarens beskrivning av hur den försäkrades sjukdom påverkar aktivitetsbegränsningen är särskilt viktig vid bedömningen av rätten till sjukpenning. Bland bifallsärendena tenderar inrikes födda att i högre utsträckning ha en tydlig beskrivning av hur sjukdomen sätter ner aktivitetsförmågan. I avslagsärendena är det däremot personer födda i MENA som oftare har en tydlig beskrivning av hur sjukdomen påverkar aktivitetsförmågan. Det visar att bristen på tydlighet inte kan förklara skillnaderna i avslagsfrekvensen mellan inrikes födda och födda i MENA som ansöker om sjukpenning på grund av ryggbesvär.

Inrikes födda remitteras, enligt läkarintygen, oftare till en röntgenundersökning än personer födda i MENA. Tydligare kliniska fynd som verifieras genom en objektiv undersökning för inrikes födda än för MENA-födda kan vara en bidragande orsak till att inrikes födda – jämfört med MENA-födda – oftare beviljas sjukpenning.

Inrikes födda har i större utsträckning än MENA-födda ett läkarintyg som baseras på telefonkontakt med patienten. Det gäller särskilt i de fall där Försäkringskassan beviljar inrikes födda sjukpenning. Läkarna frångår i det avseendet huvudregeln om att ett läkarintyg bör baseras på en undersökning av patienten. Försäkringskassan ber i mycket begränsad omfattning läkaren om en komplettering av läkarintyget. Det gäller särskilt för inrikes födda som beviljas sjukpenning.

Sammantaget visar granskningen av ärendeakter att en stor andel av de som får avslag på ansökan om sjukpenning har en svag förankring på arbetsmarknaden. Det gäller både inrikes födda och personer födda i MENA. Vidare visar granskningen att det finns vissa brister i Försäkringskassans utredningar i de fall som inrikes födda beviljas sjukpenning och har ett läkarintyg som baseras på en telefonkontakt med

läkaren. Granskningen visar också att det finns brister i utredningarna som avser MENA-födda som får avslag på ansökan om sjukpenning. Om Försäkringskassan i större utsträckning hade utrett varje ärende som dess beskaffenhet kräver, skulle sannolikheten för att besluten blir mer välgrundade öka. Att utreda varje ärende grundligt är emellertid resurskrävande. Det är därför angeläget att Försäkringskassan säkerställer att handläggarna har en rimlig mängd ärenden att handlägga.

## Summary

### Foreign born individuals are more often denied sickness benefits than native born individuals

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

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

#### *Background*

Most people in the labour force in Sweden who are covered by the governmental sickness insurance and applying for sickness benefits are granted the benefit. This applies to both native- and foreign born individuals. However, the rejection frequency differs between individuals born in different regions of the world. People who were born in the Middle East, North Africa and Turkey region (MENA) or sub-Saharan Africa have the highest proportion of refusals of sickness benefit. Swedish-born and born in other Nordic countries have the lowest proportion of refusals.

#### *Objectives*

The purpose of the study was to increase knowledge and understanding about why the rate of refusal of applications for

sickness benefits differ between native-born individuals and individuals born in other regions of the world.

### *Methods*

The report consists of two studies: a registry study of either rejected or granted applications for sickness benefits during the period 2012–2014, and a study of the Swedish Social Insurance Administration (SSIA) case files. The applications included in the scrutiny of case files were limited to 285 approved applications and 270 rejected applications for sickness benefits. The individuals were born in Sweden or in the MENA region and their diagnosis according to the medical certificate indicated back pain (M50-M54 according to ICD-10).

### *Findings*

Only a part of the differences in the rejection rate of applications for sickness benefits between groups of native-born and foreign-born individuals could be explained by factors such as the applicant's gender, age, education, occupation, employment sector, income, county of residence and main diagnosis and sick leave duration as indicated on the medical certificate.

The examination of SSIA records showed that rejection of applications, was more common when the individual's work ability was assessed in relation to work that is normally occurring in the labour market than assessed in relation to specific work tasks. This finding refers both to insured individuals born in the MENA region and native-born applicants for sickness benefits. According to the Sickness Insurance Act, the work ability of employees should be assessed against the person's usual work or other duties which their employer can offer. For people who are unemployed, work ability should be assessed against jobs that normally occur in the labour market. In all, the requirements for granting sickness benefits are higher for the unemployed than for those who have employment.

MENA-born individuals have, as a group, a higher unemployment rate and a weaker foothold in the labour market than native-born individuals. The results indicate that this can partly explain the higher

percentage of applications for sickness benefits that are denied for MENA-born individuals than for native-born individuals.

In the SSIA case files there are findings that can provide a greater understanding of the causes of the differences in the rejection rate of sickness benefit. Individuals born in the MENA region, the group of foreign-born individuals with the highest percentage of refusals, have to a greater extent incomplete applications for sickness benefits. The examination also shows that the SSIA fails to complete these cases adequately.

A further observation is that native born individuals, according to their medical certificate, more often than people born in the MENA region, was referred to radiology. Clearer clinical findings that are verified by radiology might be a contributing factor to that native born individuals more often are granted sickness benefits.

Native-born individuals have to a greater extent than individuals born in the MENA region a medical certificate based on telephone contact between the doctor and the patient. This is especially true in cases where the insurance agency grants sickness benefits. The doctors abandon the guidelines of the National Board of Health and Welfare, in that a medical certificate ordinarily should be based on an examination of the patient. Furthermore, the SSIA rarely asks doctors to supplement the medical certificate if required information is missing. This is especially true for those who were born in Sweden who are granted sickness benefits.

### *Conclusion*

In summary, the study found that there are some shortcomings in the SSIA's investigations for those born in Sweden who were granted sickness benefit and MENA-born who were rejected sickness benefit. If the SSIA had, to a higher degree, investigated every case as its character requires, it would have increased the probability of more informed decisions. To investigate each case thoroughly, however, demands a lot of resources. It is therefore important that the SSIA ensures that officers have a reasonable amount of cases to manage.

The study states the importance of that the SSIA should investigate every case as it requires, irrespective of their place of birth.



# 1 Inledning

## 1.1 Bakgrund

Sjukpenning är en förmån som har stor ekonomisk betydelse för personer som får nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. Utrikes födda får i större utsträckning avslag på ansökan om sjukpenning än inrikes födda.<sup>1</sup> Det är angeläget att öka kunskapen om vad denna skillnad kan bero på.

När den försäkrade ansöker om sjukpenning vid sjukfallets start bedömer Försäkringskassan arbetsförmågan för en anställd person i relation till befintliga arbetsuppgifter, medan arbetsförmågan hos en arbetslös bedöms i förhållande till arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Arbetslösa är överrepresenterade bland de som får avslag på ansökan om sjukpenning samt bland de som får sjukpenningen indragen.<sup>2</sup>

Läkarintyget är en central del av Försäkringskassans beslutsunderlag när rätten till sjukpenning bedöms. I läkarintyget ska läkaren bland annat ange patientens huvuddiagnos och de aktivitetsbegränsningar den medför. Försäkringskassan ska sedan – utifrån läkarintyget och andra underlag i ärendet – bedöma den försäkrades arbetsförmåga i förhållande till dennes normala arbetsuppgifter och normala arbetstid. Lagstiftningen lämnar ett bedömningsutrymme när arbetsförmågans nedsättning ska prövas.<sup>3</sup> Om Försäkringskassan bedömer att den försäkrades arbetsförmåga inte är nedsatt med minst en fjärdedel ska myndigheten besluta om avslag på ansökan om sjukpenning. För en arbetslös försäkrad görs motsvarande bedömning av personens

---

<sup>1</sup> Se till exempel Försäkringskassan (2015a). I kapitel 2 i rapporten ges en överblick över tidigare studier om avslagsfrekvens för inrikes och utrikes födda vid ansökan om sjukpenning.

<sup>2</sup> Försäkringskassan (2007) och Försäkringskassan (2010).

<sup>3</sup> Försäkringskassan (2014a) och (2014b).



tidigare normala arbetstid men i förhållande till arbetsuppgifter på hela arbetsmarknaden. Enligt en rapport från Försäkringskassan får arbetslösa personer oftare avslag än anställda på grund av att deras arbetsförmåga prövas mot arbeten på hela arbetsmarknaden.<sup>4</sup>

ISF har i tidigare granskningar noterat att det finns skillnader mellan inrikes och utrikes födda i sannolikheten att få avslag vid ansökan om sjukpenning<sup>5</sup> respektive arbetsskadeersättning.<sup>6</sup> Även Försäkringskassan har konstaterat att utrikes födda är överrepresenterade när det gäller avslag på ansökan om sjukpenning respektive indragning av sjukpenning.<sup>7</sup> Studierna har däremot inte mer ingående analyserat orsakerna till att utrikes födda i högre utsträckning än inrikes födda får avslag på en ansökan om eller indragning av en förmån i socialförsäkringen.

Den här granskningen består av två studier. Den ena är en registerstudie av avslag och bifall på ansökan om sjukpenning under perioden 2012–2014. Den andra är en studie av Försäkringskassans ärendakter för inrikes födda och personer födda i Mellanöstern, Nordafrika och Turkiet (MENA) som ansökt om sjukpenning och fått antingen bifall eller avslag på sin ansökan. En inledande analys visar att gruppen födda i MENA har högst avslagsfrekvens medan inrikes födda är den grupp som har lägst avslagsfrekvens.

## 1.2 Syfte och frågor

Syftet med granskningen är att öka förståelsen för och kunskapen om varför andelen avslag på ansökan om sjukpenning skiljer sig åt mellan försäkrade som är inrikes födda och försäkrade födda i andra delar av världen. Indragning av sjukpenning ingår inte i granskningen.

Studiens övergripande frågor är:

1. Kan faktorerna kön, ålder, utbildningsnivå, yrke, arbetsmarknadssektor, inkomst, bosättningslän, huvuddiagnos, sjukskrivningslängd i läkarintyget och förekomsten av barn under sex år förklara skillnaderna i avslagsfrekvens på ansökan om sjukpenning mellan inrikes och utrikes födda?

---

<sup>4</sup> Försäkringskassan (2010).

<sup>5</sup> ISF (2013).

<sup>6</sup> ISF (2011a).

<sup>7</sup> Försäkringskassan (2015a).

2. Finns det, vid ansökan om sjukpenning, skillnader i Försäkringskassans handläggning eller i beslutsunderlagen mellan inrikes födda och personer födda i MENA?

Den första frågan besvaras genom registerstudien och den andra frågan genom aktstudien.

### 1.3 Tillvägagångssätt

I registerstudien analyseras skillnader mellan inrikes födda och utrikes födda samt mellan inrikes födda och födda i olika födelse-regioner. I de fall analysen avser utrikes födda så benämns denna grupp *utrikes födda som grupp* eller *gruppen utrikes födda*. I de fall inrikes födda jämförs med försäkrade födda i en viss födelse-region så anges födelse-regionen. I aktstudien jämförs inrikes födda med försäkrade födda i MENA. De som är födda i denna region benämns *född i MENA* eller *MENA-född*. Innan granskningens tillvägagångssätt redovisas så beskrivs de födelse-regioner som ingår i studien.

#### *Gruppering av födelseländer*

Att dela upp de försäkrade i enbart två grupper, det vill säga inrikes födda och utrikes födda, är en alltför grov klassificering. I granskningen har därför försäkrade som har ansökt om sjukpenning delats in i följande 10 grupper baserat på i vilket land eller i vilken del av världen de är födda: Sverige, Norden (utom Sverige), EU-28 (utom Norden), Övriga Europa, Afrika söder om Sahara, Mellanöstern och Nordafrika samt Turkiet (MENA), Asien (utom Mellanöstern), Nordamerika, Sydamerika samt Oceanien.

Det bör observeras att det kan finnas lika stora variationer mellan personer som är födda inom varje region som mellan olika regioner i indelningen. Det är naturligtvis också så att det finns stora skillnader mellan personer som är födda i Sverige när det till exempel gäller sysselsättning, utbildning och kön. Eftersom antalet försäkrade från en del länder är väldigt få är det dock nödvändigt att dela in de försäkrade i större grupper om det ska vara möjligt att genomföra en jämförande studie.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Se också Försäkringskassan (2005a).

### *Registerstudie*

Registerstudien avser att besvara den första frågan i granskningen. Den statistiska metoden som har använts är dekomponering, så kallad Blinder-Oaxaca uppdelning.<sup>9</sup> Metoden används ofta för att analysera skillnader mellan två grupper, exempelvis löneskillnader mellan kvinnor och män. I föreliggande granskning utgörs grupperna av inrikes födda och födda i andra delar av världen. Analysen visar hur stor del av skillnaderna som inte kan förklaras av de observerade faktorerna.<sup>10</sup>

De registerdata som studien utgår från omfattar knappt 29 000 förvärvsarbetande personer som fått avslag och samtliga drygt 1 250 000 förvärvsarbetande personer som har fått bifall på sin ansökan om sjukpenning under perioden 2010–2014. I registerstudien analyseras om skillnaderna i avslagsandel mellan inrikes och utrikes födda kan förklaras av faktorer som kön, ålder, utbildningsnivå, yrke, arbetsmarknadssektor, inkomst, bosättningslän, huvuddiagnos, sjukskrivningslängd i läkarintyget och förekomsten av barn under sex år. Dessutom undersöks antalet ansökningar avseende sjukpenning i förhållande till antalet försäkrade från respektive födelseregion eller land.

Data för samtliga försäkrade har inhämtats från Försäkringskassans databaser och register såsom MiDAS<sup>11</sup>, läkarintygsregistret och Försäkringskassans ärendehanteringssystem (ÄHS). Från MiDAS hämtades uppgifter om alla påbörjade sjukfall (bifall). Från ÄHS samlades uppgifter om försäkrade som har fått avslag och från läkarintygsregistret uppgifter om diagnos för försäkrade som har fått avslag på sin ansökan om sjukpenning. Dessutom har uppgifter från läkarintygsregistret även använts för att kontrollera diagnosuppgifter för de vars ansökan om sjukpenning har beviljats.

### *Aktstudie*

Aktstudien avser att besvara den andra frågan i granskningen och utgår från en jämförelse av ärenden som rör försäkrade från den födelseregion med störst respektive minst sannolikhet att få avslag på ansökan om sjukpenning. Personer födda i MENA har högst andel

---

<sup>9</sup> Blinder (1973), Oaxaca (1973) samt Konjunkturinstitutet (2012).

<sup>10</sup> Ibid.

<sup>11</sup> MiDAS står för mikrodata för analys av socialförsäkringen.

avslag på ansökan om sjukpenning. Lägst andel avslag har inrikes födda. Både avslags- och bifallsärenden ingår i urvalet.

Med utgångspunkt från registerstudiens analyser gjordes ett urval om 602 försäkrade som har ansökt om sjukpenning någon gång under åren 2012 och 2013 (se tabell 1) till aktstudien. Ett urvalskriterium var att de försäkrade skulle vara förvärvsarbetande. Urvalet är matchat så att grupperna av försäkrade är så lika varandra som möjligt när det gäller variablerna kön, egenföretagare, åldersgrupper, utbildningsnivå, yrke och om den försäkrade har barn under 6 år. I det här fallet har ett slumpmässigt urval dragits så att de inrikes födda som har fått avslag i dessa egenskaper *liknar* MENA-födda som fått avslag. Motsvarande procedur har sedan genomförts för de försäkrade som fått bifall på sin ansökan. Det innebär att resultatet för inrikes födda som antingen får avslag eller bifall inte kan generaliseras till att gälla samtliga inrikes födda som ansöker om sjukpenning.

För att de försäkrade ska vara så lika varandra som möjligt har ärenden granskats där de försäkrade hade en huvuddiagnos inom diagnosavsnittet *andra ryggsjukdomar* (M50–M54 enligt ICD-10-SE). Diagnosavsnittet innehåller diagnoser som innebär rygg- och nackbesvär. Det är ett av de vanligaste förekommande diagnosavsnitten såväl vid avslag som vid beviljande av sjukpenning.

Tabell 1. Urvalsram, urval och granskade ärenden i aktstudien

<i>Födelseregion</i>	<i>Urvalsram</i>	<i>Urval</i>	<i>Granskade</i>
Bifall inrikes födda	41 809	150	143
Avslag inrikes födda	708	151	136
Bifall MENA	3 454	150	142
Avslag MENA	181	151	134
Totalt	45 263	602	555

Totalt har 47 ärenden (8 procent) exkluderats från analyserna eftersom de inte uppfyllde villkoren för att ingå i urvalet (se Tabell B1.3 i bilaga 1). Det gör att sammanlagt 555 ärenden har analyserats.

Akterna innehåller den försäkrades ansökan om sjukpenning, medicinska underlag, Försäkringskassans ärendejournal och andra dokument i ärendet. Granskningen av akterna har utgått från strukturerade frågeformulär där uppgifter registreras i ett datorbaserat enkätverktyg. Aktstudien har delats upp i två delar.

Den första delen i aktstudien avsåg granskning av ärendets beslutsunderlag och Försäkringskassans handläggning. Frågeformuläret fokuserade bland annat på hur den försäkrade, i sin ansökan om sjukpenning, beskriver sina arbetsuppgifter och hur sjukdomen påverkar arbetsförmågan. I granskningen undersöktes även hur aktiv Försäkringskassan är när det gäller kontakt med de försäkrade samt hälso- och sjukvården.<sup>12</sup>

Den andra delen av aktstudien avsåg granskning av innehållet i läkarintygen. Det som granskades var bland annat hur väl läkaren har beskrivit diagnos- och funktionsnedsättning samt hur denna påverkade aktivitetsförmågan.<sup>13</sup>

Vid granskningen av läkarintygen har så kallad blindning delvis tillämpats, men på ett annat sätt än vid kliniska experiment. Blindningen har genomförts genom att de försäkrades namn har strukits över i syfte att minska granskarens förväntningar på innehållet i läkarintyget och därmed inte riskera att påverka hur frågorna besvarades. Granskarna kunde därmed i regel inte veta om läkarintyget tillhörde en inrikes född eller en person född i MENA. I de fall som det endast fanns ett läkarintyg så granskades detta. När det fanns två eller fler läkarintyg så granskades två av dessa. I avslagsärendena har de två sista läkarintygen i akten granskats. De första läkarintygen i en akt avser ofta sjuklöneperioden som arbetsgivaren finansierar. De två sista läkarintygen bedömdes också innehålla mer information än de två första. I bifallsärendena är det läkarintygen som ligger till grund för Försäkringskassans första bedömning av rätten till sjukpenning, det vill säga den period som den försäkrade ansöker om sjukpenning för.

---

<sup>12</sup> Aktgranskningens frågor redovisas i bilaga 5.

<sup>13</sup> Aktgranskningens frågor redovisas i bilaga 5.

## 1.4 Avgränsningar

Det sätt som studien är upplagd på ger möjlighet att öka förståelsen för orsakerna till att andelen avslag på ansökan om sjukpenning skiljer sig åt mellan inrikes födda och försäkrade födda i andra delar av världen. Däremot är det inte möjligt att utifrån studien dra slutsatser om utrikesfödda vid ansökan om sjukpenning behandlas annorlunda än inrikes födda på grund av sitt födelseland eller av andra orsaker som inte observeras i studien.



## 2 Tidigare studier

Tidigare studier har visat att det finns skillnader i avslagsfrekvens vid ansökan om sjukpenning mellan inrikes och utrikes födda. De flesta av dessa studier ger ingen förklaring till de observerade skillnaderna. Några få av dem beskriver emellertid delvis varför utrikes födda oftare får avslag än inrikes födda.

### 2.1 Större sannolikhet att utrikes födda nekas förmån

En tidigare granskning från ISF från år 2013 fann att en högre andel utrikes födda fick avslag på ansökan om sjukpenning (4,8 procent) jämfört med inrikes födda (2,8 procent). Andelen som fick sin sjukpenning indragen skilde sig också åt mellan utrikes födda (1,2 procent) och inrikes födda (0,7 procent).<sup>14</sup> En annan ISF-granskning fann att det finns skillnader mellan personer födda i Norden och personer födda utanför Norden gällande andelen avslag inom arbets-skadeförsäkringen.<sup>15</sup> En tredje granskning fann att personer som är utrikes födda hade en lägre sannolikhet att få bifall på överklagande i förvaltningsdomstol inom förmånerna sjukpenning, sjukersättning, aktivitetsersättning och arbetsskador.<sup>16</sup> En fjärde granskning visar att beviljandegraden för förmåner inom funktionshindersområdet är högre för sökande som är födda i Sverige.<sup>17</sup> En femte granskning fann att utrikes födda ansöker om graviditetspenning i lägre utsträckning än inrikes födda. Granskningen visade också att utrikes födda har en

---

<sup>14</sup> ISF (2013).

<sup>15</sup> ISF (2011a).

<sup>16</sup> ISF (2014a).

<sup>17</sup> ISF (2014b).



större sannolikhet att nekas graviditetspenning än inrikes födda.<sup>18</sup> Vidare rapporterade Försäkringskassan år 2015 att andelen avslag på ansökan om sjukpenning var högre för utrikes födda.<sup>19</sup>

I de nämnda granskningarna har dock inte orsakerna till att utrikes födda i högre utsträckning får avslag eller indragning av förmåner i socialförsäkringen analyserats mer ingående. I följande avsnitt redovisas däremot några studier där skillnader i avslag mellan inrikes och utrikes födda delvis förklaras.

## 2.2 Arbetslöshet och arbetshistorik i Sverige förklarar delvis avslag i sjukpenning och arbetsskadelivränta

Försäkringskassan konstaterade år 2007 att arbetslösa är överrepresenterade bland de som får avslag på ansökan om sjukpenning och bland de som får sjukpenningen indragen. De som varit sjukskrivna under de tre senaste åren före ansökan om sjukpenning var överrepresenterade bland avslagen och indragningarna. Försäkrade födda i MENA fick i högre grad sin ansökan om sjukpenning avslagen jämfört med inrikes födda. Det förklarades med att en högre andel i gruppen MENA är arbetslösa än i gruppen inrikes födda.<sup>20</sup> Försäkringskassan rapporterade också år 2010 att en högre andel försäkrade som är utrikes födda får sjukpenningen indragen än inrikes födda. Skillnaden i andelar bedömdes i rapporten som relativt stora. Försäkrade som var arbetslösa fick i högre grad än anställda indragen sjukpenning. Enligt Försäkringskassan berodde det på att arbetsförmågan hos arbetslösa prövas mot arbeten på hela arbetsmarknaden.<sup>21</sup>

Försäkringskassan genomförde år 2011 en studie om skillnader i avslagsfrekvensen inom arbetsskadeförsäkringen utifrån kön och födelseland. Studien visar att totalt 85 procent av de som ansökte om arbetsskadeersättning fick avslag på sin ansökan. Män som var födda inom EU samt Norge hade en betydligt högre andel bifall än män födda i övriga delar av världen och än kvinnor, oavsett födelseland. Studien visar också att Försäkringskassans beslutsunderlag

---

<sup>18</sup> ISF (2014c).

<sup>19</sup> Försäkringskassan (2015a).

<sup>20</sup> Försäkringskassan (2007).

<sup>21</sup> Försäkringskassan (2010).

skiljde sig mellan personer födda inom EU samt Norge och personer födda i övriga delar av världen. Exempelvis fanns det skillnader i medicinska underlag och exponeringsutredningar. I intervjuer med handläggare på Försäkringskassan framkom dessutom att handläggarna i vissa fall inte upplevde sig ha tillräcklig kompetens för att genomföra en bra exponeringsutredning. Det framkom också att generella föreställningar om etnicitet troligtvis påverkade utredningarna och utfallet. Enligt rapporten påverkar även den försäkrades arbetshistorik beslutet vilket medför att personer födda i övriga delar av världen riskerar att få avslag i högre grad. Det är förvärvsarbete på den svenska arbetsmarknaden som enligt lagen ska beaktas i beslutet. Även hur ofta, hur länge och hur mycket den försäkrade exponerats för skadliga faktorer i arbetet ska beaktas i beslutet. I intervjuer med handläggare på Försäkringskassan framkom att generella föreställningar om etnicitet troligtvis påverkade utredningarna och utfallet. Enligt rapporten särbehandlas emellertid inte personer som är utrikes födda på något medvetet sätt av Försäkringskassan.<sup>22</sup>

## 2.3 Utrikes födda upplever sämre bemötande

Försäkringskassan rapporterade redan år 2005 att personer som är födda utanför Norden i dubbelt så hög utsträckning som inrikes födda anser att både sjukvården och Försäkringskassan inte tar deras hälso-problem på allvar.<sup>23</sup> ISF och Karolinska Institutet har i en studie från år 2014 undersökt hur personer som hade nekats sjukpenning upplevde bemötandet från Försäkringskassan. Studien visade att det var vanligare att utrikes födda som nekades sjukpenning upplevde att de blivit dåligt bemötta av Försäkringskassan jämfört med inrikes födda.<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> Försäkringskassan (2011a).

<sup>23</sup> Försäkringskassan (2005a).

<sup>24</sup> ISF (2014d).

## 2.4 Skillnader i hälsa, arbetsvillkor och sjukskrivning mellan inrikes och utrikes födda

Den försäkrades arbetsmiljö, anställningsförhållande och hälsa kan ha inverkan på sjukskrivningen.

En norsk studie fann att personer från låginkomstländer har högre risk att få förtidspension än inrikes födda norrmän. Bland annat var sannolikheten för förtidspension tre gånger högre för män från MENA<sup>25</sup> med hänsyn tagen till ålder. Den troliga förklaringen var att utrikes födda i huvudsak är överrepresenterade i okvalificerade yrken. I gruppen med okvalificerade yrken var pensionsåldern låg även bland personer födda i Norge.<sup>26</sup> Samma norska forskargrupp fann i en studie från år 2009 en högre sannolikhet att få en förtidspension bland invandrare från utvecklingsländer och Östeuropa än bland personer födda i Norge.<sup>27</sup> Den högre sannolikheten för förtidspension bland utrikes födda kunde till stor del förklaras av faktorer relaterade till arbete och arbetsmarknadsposition, inkomstnivå samt psykisk ohälsa och sämre självrapporterad hälsa.<sup>28</sup>

En annan norsk studie har visat att utrikes födda kvinnor har högre sjukfrånvaro under graviditeten än kvinnor födda i Norge. Skillnaden kunde delvis förklaras av sämre hälsa före graviditeten, graviditetsrelaterat illamående samt språkförbistringar.<sup>29</sup> ISF har emellertid konstaterat att utrikesfödda kvinnor ansöker om graviditetspenning i lägre utsträckning än inrikes födda kvinnor.<sup>30</sup>

En svensk studie har funnit att personer som var arbetslösa år 1992 hade en förhöjd risk för minst två månaders sjukfrånvaro och förtidspension jämfört med personer som inte var arbetslösa. Risken för framtida sjukfrånvaro ökade med längden på arbetslösheten år 1992. En större del av de utrikes födda var arbetslösa år 1992 än infödda svenskar. Forskarnas slutsats var bland annat att arbetslöshet i tidig ålder kan påverka personers framtida hälsa.<sup>31</sup>

---

<sup>25</sup> I studien avses med MENA endast Mellanöstern och Nordafrika (inte Turkiet).

<sup>26</sup> Claussen m.fl. (2012).

<sup>27</sup> Claussen m.fl. (2009).

<sup>28</sup> Claussen m.fl. (2012).

<sup>29</sup> Brekke m.fl. (2013).

<sup>30</sup> ISF (2014c).

<sup>31</sup> Helgesson m.fl. (2013).

En svensk studie har undersökt allmän och arbetsrelaterad hälsa för personer som migrerar till Sverige. Studien fokuserar på hur förtidspensionering, förtidig död och sjukhusvård ser ut för migrerade personer jämfört med den infödda befolkningen. Nordiska invandrare hade ökade risker för förtidig död, förtidspensionering och sjukhusvård. Personer födda i Västeuropa, Nordamerika, Australien och Nya Zeeland hade lägst risk. Alla grupper, utom nordiska invandrare, hade en lägre risk för förtidig död än infödda svenskar. Däremot hade infödda svenskar en lägre risk för förtidspension än övriga utrikesfödda grupper. Arbetslösa män födda utanför Norden hade samma eller en lägre risk för förtidig död och sjukhusvård, men inte för förtidspension, jämfört med arbetslösa män födda i Sverige. Flera år efter invandringen till Sverige förbättrades hälsotillståndet hos män, medan det motsatta gällde för kvinnor. Forskarnas slutsats var att anställning och vistelsetid i landet är viktiga faktorer för hälsan. De fastslog också att de motsägelsefulla resultaten när det gäller låg risk för förtidig död och hög risk för förtidspension bland utrikes födda behöver uppmärksammas mer.<sup>32</sup>

Den svenska arbetsmarknaden bedöms vara segregerad i och med att utrikes födda personer har sämre anknytning till arbetsmarknaden än personer födda i Sverige. Det innebär i sin tur att utrikes födda har sämre tillgång till sjukpenningförsäkringen.<sup>33</sup> En rapport från Försäkringskassan har visat att sjukskrivna personer födda utanför Norden bedömer både sin nuvarande och framtida hälsa som avsevärt sämre än inrikes födda sjukskrivna. Detta gäller även när analyser tar hänsyn till inkomst, kön, diagnos, ålder, sjukskrivningslängd och arbetsmiljöfaktorer. En slutsats är, enligt Försäkringskassan, att personer födda utanför Norden i genomsnitt har en sämre hälsa än inrikes födda.<sup>34</sup>

En högre andel av de sjukskrivna som är födda utanför Norden uppger att de har dålig psykosocial arbetsmiljö än de sjukskrivna som är inrikes födda. Bland annat anger de att de har lågt socialt stöd på arbetsplatsen. Resultaten kan tyda på att utrikes födda i högre grad är sjukskrivna på grund av omständigheter på arbetet. Flera av de sjukskrivna som är utrikes födda menar att en förändrad arbets-situation skulle möjliggöra återgången till arbete. Det kan tyda på

---

<sup>32</sup> Johansson m.fl. (2012).

<sup>33</sup> Försäkringskassan (2008).

<sup>34</sup> Försäkringskassan (2005b).

att många i denna grupp ”fastnar” på en arbetsplats eller i ett yrke som inte passar dem och som därmed skapar en inlåsnings effekt. Om personer blir kvar i arbeten som de av arbetsmiljöskäl borde lämna, kan det leda till sjukskrivning. Enligt Försäkringskassan kan den höga arbetslösheten och låga rörligheten på arbetsmarknaden minska möjligheterna att förändra arbetssituationen.<sup>35</sup> Utrikes födda har dessutom ofta svårare att hitta ett arbete som motsvarar deras utbildning och arbetslivserfarenhet.<sup>36</sup> Ytterligare en försvårande faktor är att utrikes födda i genomsnitt har ett sämre kontaktnät på arbetsmarknaden jämfört med inrikes födda.<sup>37</sup> Det ska emellertid beaktas att arbetsmarknadssituationen kan variera mycket beroende på när personen kom till Sverige. Två viktiga anledningar till att personer födda utanför Norden i genomsnitt har en högre sjukfrånvaro än inrikes födda tycks vara att de både har en svårare situation på arbetsmarknaden och sämre hälsa. Detta är samtidigt två aspekter som kan hänga ihop med varandra. Arbetslöshet kan påverka hälsan negativt och dålig hälsa kan göra det svårare att etablera sig i arbetslivet. Skillnaderna i självrapporterad hälsa kan bero på personens bakgrund i födelselandet liksom på situationen i det nya landet.<sup>38</sup>

Andelen arbetslösa bland sjukskrivna födda utanför Norden är dubbelt så hög som bland sjukskrivna födda i Sverige (12 respektive 6 procent). Personer födda utanför Norden anger i stor utsträckning att stöd från Arbetsförmedlingen är betydelsefullt för återgång till arbete. En högre andel av de sjukskrivna som är födda utanför Norden anser att de behöver stöd från myndigheter och andra aktörer för att kunna återgå i arbete. Vidare anser sjukskrivna födda utanför Norden oftare att de själva är aktiva i att vidta rehabiliteringsåtgärder för att möjliggöra återgången till arbete. Dessa personer har även i större utsträckning kontakt med Försäkringskassan för att få en utredning av sjukskrivningssituationen, något som de ofta själva har initierat.<sup>39</sup>

Det finns även skillnader i arbetsmiljö mellan inrikes och utrikes födda. En studie av Rosenqvist Hedler visar att enformigt arbete är betydligt vanligare bland utrikes födda än bland inrikes födda

---

<sup>35</sup> Försäkringskassan (2005b).

<sup>36</sup> Rooth & Åslund (2006).

<sup>37</sup> SOU (2005), s.283 f.

<sup>38</sup> Försäkringskassan (2005b).

<sup>39</sup> Ibid.

och att fler utrikes födda upplever problem med arbetsmiljön. En mindre andel av de utrikes födda har deltagit i en kurs på arbetstid och de är dessutom kraftigt överrepresenterade bland icke fackutbildade arbetare. Personer födda utanför Norden har även oftare tidsbegränsade anställningar.<sup>40</sup>

## 2.5 Tidigare studier kan inte förklara varför utrikes födda oftare nekas förmåner i socialförsäkringen

Litteraturgenomgången visar att kunskapen om varför avslagsfrekvensen skiljer sig mellan inrikes och utrikes födda är bristfällig. Det är därför angeläget att öka förståelsen för och kunskapen om varför andelen avslag på ansökan om sjukpenning skiljer sig åt mellan inrikes födda och försäkrade födda i andra länder. Granskningen syftar till att undersöka i vilken utsträckning skillnaderna i avslagsfrekvens mellan inrikes födda och utrikes födda kan förklaras av:

- andel som ansöker om sjukpenning
- kön
- ålder
- utbildningsnivå
- yrke
- arbetsmarknadssektor
- inkomst
- huvuddiagnos
- sjukskrivningslängd i läkarintyget
- om den försäkrade har barn under 6 år
- den försäkrades bosättning (län)

---

<sup>40</sup> Rosenqvist Hedler (2000).



### 3 Avslag på ansökan om sjukpenning bland inrikes och utrikes födda

I det här kapitlet redovisas utvecklingen av andelen avslag på ansökan om sjukpenning. Avsikten är att besvara den första frågan i granskningen: Kan kön, ålder, utbildningsnivå, yrke, arbetsmarknadssektor, inkomst, bosättningslän, huvuddiagnos, sjukskrivningslängd i läkarintyget och om den försäkrade har barn under sex år förklara skillnaderna i avslagsfrekvens på ansökan om sjukpenning mellan inrikes födda och utrikes födda?

I kapitlet beskrivs först vilka som har en förvärvsinkomst och därför bedöms omfattas av sjukförsäkringen och vilka det är som ansöker om sjukpenning. Därefter beskrivs skillnaderna i andelen avslag.

#### 3.1 Sämre anknytning till arbetsmarknaden bland utrikes födda gör att de i mindre utsträckning omfattas av sjukförsäkringen

Sjukpenning är en arbetsbaserad ersättning som ges till personer som har ett arbete eller, under vissa omständigheter, har haft ett arbete. Innan rätten till ersättning bedöms för en person som ansöker om sjukpenning måste en så kallad *sjukpenninggrundande inkomst* (SGI) fastställas. SGI är den årliga inkomst som en försäkrad kan antas komma att få tills vidare för eget arbete.<sup>41</sup> Ersättningen baseras med andra ord på ett antagande om vilka inkomster personen skulle ha om hen inte blivit sjuk. Den som har en inkomst under 24 procent av prisbasbeloppet, det vill säga cirka 10 700 kronor år 2016, kan inte bevil-

---

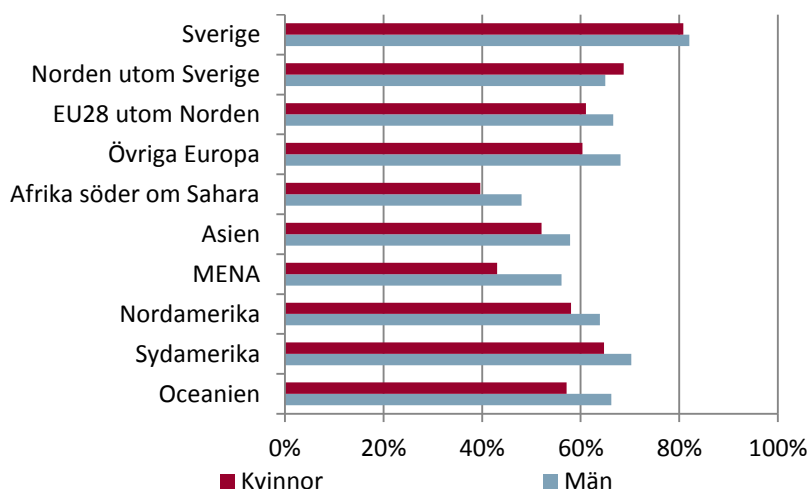
<sup>41</sup> 25 kap. socialförsäkringsbalken.



jas sjukpenning. Om en person ansöker om sjukpenning och får en SGI fastställd till noll kronor, utreds inte vidare om arbetsförmågan är nedsatt eftersom sjukpenning ändå inte kan betalas ut. Något avslag på ansökan om sjukpenning ska därmed inte registreras i Försäkringskassans ärendehanteringssystem.

I figur 1 redovisas andelen förvärvsarbetande i befolkningen. Detta är den population som genomgående används i analysen. Andelen förvärvsarbetande uppgår till 81 respektive 82 procent bland inrikes födda kvinnor och män, och 55 respektive 61 procent bland utrikes födda kvinnor och män. Som framgår av figuren är variationen inom gruppen utrikes födda stor. Lägst andel förvärvsarbetande har kvinnor och män födda i Afrika söder om Sahara och i MENA.

Figur 1. Andel förvärvsarbetande 2014 i befolkningen 20–64 år, fördelad efter födelseregion och kön



Anm.: Avser befolkningen den 1 januari 2014 och förvärvsarbete mäts i november 2013.

Källa: Försäkringskassan (MiDAS), ISF:s bearbetningar.

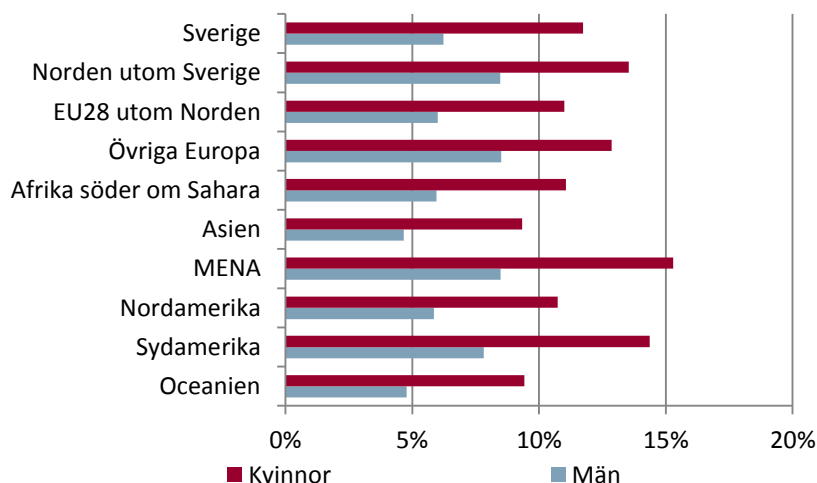
Den lägre andelen förvärvsarbetande bland utrikes födda medför att de i mindre utsträckning än inrikes födda kan förväntas omfattas av sjukpenningförsäkringen. Att så är fallet har även Försäkringskassan konstaterat år 2015.<sup>42</sup>

<sup>42</sup> Försäkringskassan (2015c).

### 3.2 Vissa skillnader i andelen ansökningar om sjukpenning mellan inrikes födda och födda i andra regioner

I Figur 2 redovisas andelen ansökningar om sjukpenning under år 2014 bland de som var förvärvsarbetande i november året innan.<sup>43</sup> Av figuren framgår att det finns skillnader i andelen ansökningar mellan födelseregionerna. Personer födda i Asien, Nordamerika samt EU utom Norden ansöker om sjukpenning i *mindre* utsträckning än inrikes födda.

Figur 2. Andel ansökningar om sjukpenning under 2014, fördelat efter födelseregion och kön



Källa: Försäkringskassan (Midas), ISF:s bearbetningar.

Att försäkrade födda i MENA, Norden utom Sverige och Sydamerika ansöker om sjukpenning i högre utsträckning än inrikes födda kan till viss del förklaras av faktorer som ålder, utbildning, yrke med mera. Dessa faktorer kan emellertid inte förklara hela skillnaden. Att försäkrade födda i Asien ansöker om sjukpenning i betydligt *lägre* utsträckning än inrikes födda kan inte heller förklaras av dessa bakomliggande faktorer (se tabell B2.1 i bilaga 2).

<sup>43</sup> Andelen förvärvsarbetande bland inrikes och utrikes födda redovisas i figur B2.1 i bilaga 2.

### 3.3 Skillnader i andelen avslag mellan inrikes och utrikes födda

*Markant minskning i andelen som nekats sjukpenning under den studerade perioden*

Andelen avslag på ansökan om sjukpenning har sjunkit kraftigt under de senaste åren. År 2010 fick omkring 2 respektive 4 procent av alla inrikes och utrikes födda avslag på sin ansökan. Fyra år senare hade de andelarna mer än halverats (se Tabell 2). Skillnaden i avslagsfrekvens mellan inrikes och utrikes födda har legat på ungefär samma nivå under den studerade perioden.

Tabell 2. Andel avslag (procent) på ansökan om sjukpenning bland förvärvsarbetande åren 2010–2014

	Inrikes födda			Utrikes födda		
	Kvinnor	Män	Samtliga	Kvinnor	Män	Samtliga
2010	2,4	1,8	2,2	3,5	3,7	3,6
2011	2,0	1,5	1,8	3,1	3,0	3,1
2012	1,4	1,2	1,3	2,2	2,4	2,3
2013	1,1	1,0	1,0	1,8	2,0	1,9
2014	0,8	0,7	0,7	1,3	1,6	1,4

*Källa:* Försäkringskassan (MiDAS, Store), ISF:s bearbetningar.

Tabellen visar också att andelen avslag är något högre för kvinnor än för män bland inrikes födda, medan andelen avslag överlag är högre för män än för kvinnor bland utrikes födda.

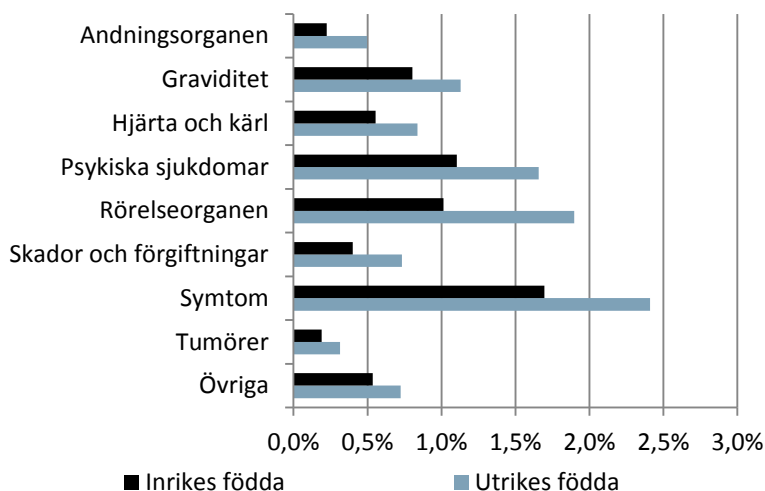
*Utrikes födda har en högre avslagsfrekvens än inrikes födda inom samtliga diagnoskapitel*

ICD-10 är en internationell klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem, där sjukdomar med gemensamma egenskaper är grupperade i olika kapitel.<sup>44</sup> Dessa kapitel benämns diagnoskapitel.

<sup>44</sup> Se beskrivning på Socialstyrelsens webbplats: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).

Det finns en påtaglig skillnad i andelen avslag beroende på vilken diagnos den sjukskrivne har (se Figur 3). Avslag på ansökan om sjukpenning är vanligast förekommande för personer som är sjukskrivna för symtom, sjukdomar i rörelseorganen och psykiska sjukdomar. Personer som är sjukskrivna för sjukdomar i andningsorganen och till följd av tumörer får sällan avslag. Tydligt är dock att andelen avslag är högre för utrikes födda än för inrikes födda i samtliga diagnoskapitel.

Figur 3. Andel avslag på ansökan om sjukpenning bland förvärvsarbetande år 2012–2014, per diagnoskapitel

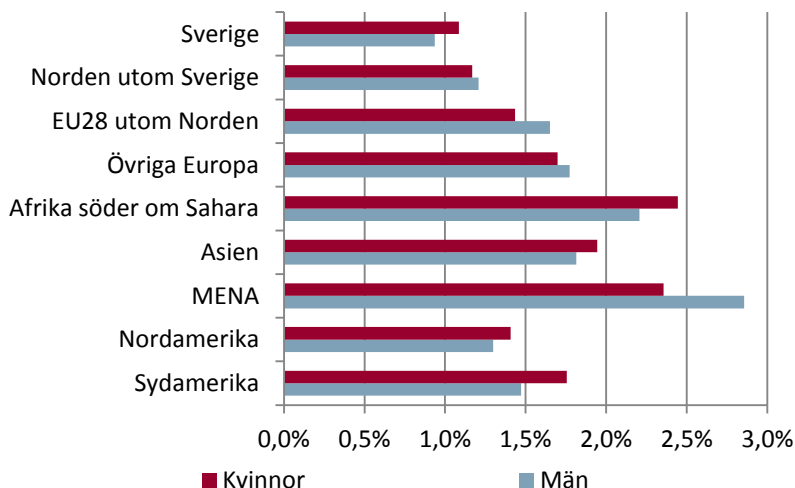


Källa: Försäkringskassan (MiDAS, Store), ISF:s bearbetningar.

#### *Störst avslagsfrekvens för personer från Mellanöstern, Nordafrika och Turkiet*

Gruppen utrikes födda är en heterogen grupp. Vid redovisningen av avslagsfrekvens för personer från olika delar av världen framkommer att det finns stora skillnader även i detta avseende (se Figur 4). I linje med vad tidigare studier har visat, har gruppen som är födda i MENA samt Afrika söder om Sahara högst andel avslag på ansökan om sjukpenning. Män från MENA har tre gånger så hög andel avslag som inrikes födda män.

Figur 4. Andel avslag på ansökan om sjukpenning år 2012–2014 utifrån födelseregion



Källa: Försäkringskassan (MiDAS, Store), ISF:s bearbetningar.

*En liten del av skillnaderna i avslagsfrekvens kan förklaras*

Skillnaderna i avslagsfrekvens skulle kunna förklaras av skillnader i bakomliggande faktorer såsom ålder, yrke och diagnos. Därför har en analys genomförts där hänsyn har tagits till sådana bakomliggande faktorer.<sup>45</sup> De observerade skillnaderna i de vänstra spalterna i Tabell 3 är desamma som i Figur 3, det vill säga skillnaden mellan respektive födelseregion och Sverige. De oförklarade skillnaderna i de högra spalterna visar hur stor del av denna skillnad som kvarstår efter att hänsyn tagits till dessa bakomliggande faktorer.<sup>46</sup>

Resultatet är tydligt – endast en liten del av skillnaderna kan förklaras. Män från MENA hade 1,98 procentenheter högre andel avslag under åren 2012–2014 jämfört med inrikes födda män. Endast 0,50 procentenheter av denna skillnad kan förklaras av bakomliggande faktorer såsom ålder, yrke och utbildning. Det innebär att 1,48 procentenheter förblir oförklarade.

<sup>45</sup> Samtliga förklarande variabler listas i Tabell B1.1 i bilaga 1.

<sup>46</sup> Skattningsarna från hela modellen av skillnaden mellan inrikes och utrikes födda redovisas i tabell B2.2 i bilaga 2.

Tabell 3. Skillnad i andel avslag (procentenheter) mellan utrikes födda och inrikes födda (jämförelsegrupp) under åren 2012–2014, fördelad efter födelseregion

	<i>Kvinnor</i>		<i>Män</i>	
	<i>Skillnad</i>	<i>Oförklarad skillnad</i>	<i>Skillnad</i>	<i>Oförklarad skillnad</i>
Sverige	ref		ref	
Norden utom Sverige	0,04	0,04	0,23*	0,17
EU28 utom Norden	0,35***	0,29**	0,53***	0,32**
Övriga Europa	0,56***	0,54***	0,80***	0,67***
Afrika söder om Sahara	1,28***	1,05***	1,10***	0,80**
Asien	0,73***	0,59***	0,98***	0,62**
MENA	1,22***	0,95***	1,98***	1,48***
Nordamerika	0,37	0,31	0,19	0,08
Sydamerika	0,74***	0,61***	0,31	0,14
Utrikes födda	0,62***	0,48***	0,99***	0,7***

Anm.: \*\*\*, \*\* och \* anger signifikans på 0,1-, 1- respektive 5-procentsnivån. Inrikes födda utgör referenspunkt i analysen. De signifikanta skillnader som beskrivs innebär därför att skillnaden i avslagsandel jämförs med inrikes födda.

Källa: Försäkringskassan (MiDAS, Store), ISF:s bearbetningar.

### *Större sannolikhet att få avslag för personer som bosatt sig i Sverige efter att de fyllt 30 år*

En separat analys visar att det finns skillnader inom gruppen utrikes födda beroende på den tid som personen varit bosatt i Sverige. En person som bosatte sig i Sverige efter 30 års ålder har större sannolikhet att få avslag på ansökan om sjukpenning jämfört med en person som kom till Sverige före 10 års ålder, efter hänsyn tagen till observerade bakomliggande faktorer (se tabell B2.3. i bilaga 2).

### *Slutsats*

Analysen visar sammantaget att svaret på den första frågan i granskningen är *nej*. Faktorer som kön, ålder, utbildningsnivå, yrke, arbetsmarknadssektor, inkomst, bosättningslän, huvuddiagnos, sjukskrivningslängd i läkarintyget och förekomsten av barn under 6 år endast till en liten del kan förklara skillnaderna i avslagsfrekvens på ansökan om sjukpenning mellan inrikes och utrikes födda.

## 4 Försäkringskassans handläggning och beslutsunderlag

Av registerstudien som redovisas i kapitel 3 framgår att det är högst sannolikhet att få avslag för personer födda i MENA och lägst sannolikhet för avslag för inrikes födda. I detta kapitel besvaras den andra frågan i granskningen: Finns det, vid ansökan om sjukpenning, skillnader i Försäkringskassans handläggning eller i beslutsunderlagen mellan inrikes födda och för födda i MENA?

Resultatet baseras på totalt 555 ärenden fördelat på två urval med två strata (indelningar) vardera: avslagsärenden för inrikes födda och födda i MENA respektive bifallsärenden för inrikes födda och födda i MENA. Endast ärenden där den försäkrade har en sjukdom inom diagnosavsnittet *Andra ryggsjukdomar* (M50–M54) ingår i urvalet. Urvalsförfarandet gör att det är möjligt att jämföra handläggning och beslutsunderlag i ärenden som gäller personer som är födda i MENA och som fått avslag med ärenden som gäller inrikes födda som fått avslag. Det ger även en möjlighet att jämföra handläggning och beslutsunderlag i bifallsärenden avseende MENA-födda och inrikes födda. För en mer utförlig förklaring av urvalsförfarandet, se bilaga 1.

### 4.1 Många som får avslag har en svag anknytning till arbetsmarknaden

I avslagsärenden är det vanligare att arbetsförmågan bedöms gentemot arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden än mot specifika arbetsuppgifter. Det rör sig om cirka 60 procent och gäller såväl inrikes födda som födda i MENA (Tabell 4).



För anställda bedöms arbetsförmågan under de första 90 dagarna i ett sjukfall gentemot det vanliga arbetet eller mot arbetsuppgifter som arbetsgivaren tillfälligt kan erbjuda.<sup>47</sup> För arbetslösa bedöms arbetsförmågan alltid mot förvärsarbeten som normalt förekommer på arbetsmarknaden.<sup>48</sup> Enligt Försäkringskassans riktlinjer ska arbetsförmågan hos behovsanställda bedömas utifrån hur anställningsavtalet ser ut. Det innebär att de som inte har några arbetspass inbokade bedöms som arbetslösa.<sup>49</sup> Om en arbetslös eller behovsanställd försäkrad bedöms ha arbetsförmåga i ett arbete som är normalt förekommande så har hen inte rätt till sjukpenning. Försäkrade som är arbetslösa eller har en osäker anställning löper därför en större risk att få avslag på en ansökan om sjukpenning, jämfört med anställda för vilka arbetsförmågan bedöms gentemot specifika arbetsuppgifter.

Ett kriterium för att ingå i urvalet i aktstudien är att de försäkrade ska ha varit förvärsarbetande i november året före påbörjad sjukskrivning eller ansökan om sjukpenning.<sup>50</sup> Detta kriterium användes för att de försäkrades arbetsmarknadsstatus inte skulle skilja sig mellan grupperna inrikes födda och födda i MENA. Trots kriteriet för urvalet till aktstudien är det i avslagsärendena endast drygt hälften som har en anställning eller är egenföretagare när beslutet om sjukpenning fattas. I en hög andel av avslagsärendena är den försäkrade arbetslös eller har en osäker anställning.<sup>51</sup> Det gäller för både inrikes födda och födda i MENA.

I bifallsärenden har så gott som samtliga inrikes födda och samtliga födda i MENA en anställning eller är egenföretagare vid tiden för beslut om sjukpenning. Det beror sannolikt på att registerdata fångar de försäkrades sysselsättning vid sjukfallets start för de som får bifall. Denna uppgift saknas för de som får avslag. Nedan redovisas andelen förvärsarbetande i urvalen och mot vilken bedömningsgrund rätten till sjukpenning prövas.

---

<sup>47</sup> 27 kap 46 § socialförsäkringsbalken.

<sup>48</sup> Prop. 2007/2008:136, s.59.

<sup>49</sup> Försäkringskassan (2014b).

<sup>50</sup> Det är de mest aktuella data som finns att tillgå. Ärenden från år 2012 och 2013 ingår i aktstudien. Det betyder att personerna var förvärsarbetande i november 2011 eller november 2012.

<sup>51</sup> Med osäker anställning avses att den försäkrade på heltid eller deltid har en behovsanställning, timanställning eller ett vikariat.

Tabell 4. Andel med anställning, egenföretagare och bedömningsgrund vid beslutet om sjukpenning

	<i>Avslag inrikes</i>	<i>Avslag MENA</i>	<i>Bifall inrikes</i>	<i>Bifall MENA</i>
	n=136	n=134	n=143	n=142
Anställd/egen företagare <sup>1</sup>	54 % (73)	54 % (73)	100 % (143)	96 % (137)
FK bedömer mot arbetsuppgifter hos arbetsgivare	34 % (46)	38 % (51)	98 % (140)	96 % (136)
FK bedömer mot normalt förekommande arbeten <sup>2</sup>	63 % (86)	56 % (75)	1 % (2)	3,5 % (5)

<sup>1</sup> I denna grupp inkluderas även personer med deltidsanställning. På den del som personerna inte arbetar kan de vara arbetslösa, ha sjukersättning eller vara ej arbetssökande. Totalt bedöms funktionsförmågan i 8 av de granskade ärendena (1,4 procent) i relation till att vårda barn. De som har föräldrapenning kan vid sjukdom ansöka om sjukpenning. Det förutsätter att någon annan vårdar barnet. Uppgifterna baseras på de försäkrades ansökan och Försäkringskassans utredning.

<sup>2</sup> Raderna *FK bedömer mot arbetsuppgifter hos arbetsgivare* och *FK bedömer mot normalt förekommande arbeten* summerar inte till 100 procent. Det beror på att några försäkrade befinner sig på dag 180 eller senare i rehabiliteringskedjan och att deras arbetsförmåga därför bedöms mot normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden. Det beror också på att arbetsförmågan hos vissa försäkrade prövas gentemot att vårda barn och att andelarna avrundas till hela procent.

## 4.2 Försäkringskassan har särskild handläggning av intyg från vissa läkare

Granskningen av akter visar att det finns två läkare vars patienter får avslag i hög utsträckning. Bland avslagen för MENA-födda är läkarintyget utfärdat av någon av de två läkarna i 25 av 134 fall (18,7 procent). Motsvarande antal bland inrikes födda som får avslag är ett av 134 fall (0,7 procent).

Av MENA-födda som får bifall har 6 av 142 (4,2 procent) intyg från någon av dessa två läkare. Bland inrikes födda som får bifall hade ingen läkarintyg från någon av de två läkarna.

Att gå till dessa läkare och få ett läkarintyg som ligger till grund för Försäkringskassans beslut ökar alltså sannolikheten att få avslag.

Under den tidsperiod som de granskade ärendena handlades hade Försäkringskassan en intensifierad kontroll av läkarintyg utfärdade av dessa läkare. Anledningen till Försäkringskassans intensifierade kontroll var en misstanke om att läkarintygen inte grundades på en korrekt bedömning av patientens arbetsförmåga. Inom ramen för den intensifierade kontrollen bedömde Försäkringskassans kontrollutredare eller särskilt utsedda handläggare rätten till sjukpenning i de ärenden där försäkrade hade läkarintyg från någon av dessa läkare.<sup>52</sup>

Resultatet från aktstudien har även analyserats utifrån att försäkrade med intyg från de två läkarna exkluderades. Denna analys visar att resultatet inte skiljer sig nämnvärt när dessa ärenden exkluderats. Slutsatserna av Försäkringskassans handläggning och beslutsunderlag blir desamma oavsett om ärenden med läkarintyg från läkarna exkluderades eller inte. I Bilaga 4 redovisas detta resultat.

### 4.3 Födda i MENA har i högre grad än inrikes födda avslutat sjukskrivningen när rätten till sjukpenning prövas

I en tidspressad arbetssituation kan ett sätt att hantera arbetsbelastningen vara att handläggaren i avslutade sjukfall, där den försäkrade redan är tillbaka i arbete, beviljar ansökan om sjukpenning även om beslutsunderlaget inte är heltäckande.<sup>53</sup> I aktstudien undersöktes därför om de försäkrade hade avslutat sin sjukskrivning före Försäkringskassans beslut om rätten till sjukpenning.

Bland de som får avslag tenderar personer födda i MENA i högre grad än inrikes födda ha avslutat sjukskrivningen när beslutet om sjukpenning fattas. I bifallsärenden finns det en ännu tydligare skillnad. Försäkrade födda i MENA som beviljas sjukpenning har i högre grad än inrikes födda som beviljas sjukpenning avslutat sjukskrivningen när rätten till sjukpenning prövas. Det visar att den högre andelen avslag på ansökan om sjukpenning för födda i MENA än för inrikes födda inte förklaras av att MENA-födda i högre utsträckning skulle ha en pågående sjukskrivning när beslutet om sjukpenning tas.

---

<sup>52</sup> Försäkringskassan (2015c) och information från ärendeakterna.

<sup>53</sup> Försäkringskassan (2013).

Tabell 5. Andel (%) försäkrade som är åter i arbete eller inskrivna på Arbetsförmedlingen vid tillfället för bedömningen av rätten till sjukpenning

	Avslag inrikes	Avslag MENA	Bifall inrikes	Bifall MENA
	n=136	n=134	n=143	n=142
Avslutat sjuk-skrivningen	21 % (29)	31 % (42) <sup>1</sup>	38 % (55)	55 % (78) <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Födda i MENA har bland avslagsärendena i större utsträckning avslutat sjukskrivningen vid beslutstillfället jämfört med inrikes födda. Skillnaden är signifikant på 10-procentsnivån.

<sup>2</sup> Födda i MENA har bland bifallsärendena i större utsträckning avslutat sjukskrivningen vid beslutstillfället jämfört med inrikes födda. Skillnaden är signifikant på 1-procentsnivån.

#### 4.4 Ansökan om sjukpenning och Försäkringskassans utredning

Den som ansöker om sjukpenning ska bland annat beskriva sina arbetsuppgifter och hur sjukdomen påverkar förmågan att utföra dessa. Arbetslösa ska ange hur sjukdomen påverkar förmågan att klara ett sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Beskrivningen är en väsentlig del av underlaget för Försäkringskassans prövning av rätten till sjukpenning. I aktgranskningen undersöktes hur *tydligt* de försäkrade beskriver sina arbetsuppgifter och hur sjukdomen påverkar förmågan att utföra dessa. För att en beskrivning skulle klassas som tydlig krävdes att specifika arbetsuppgifter angavs och att det fanns en redogörelse för hur sjukdomen påverkade möjligheten att utföra dessa. För att illustrera vad som bedöms vara en tydlig respektive otydlig beskrivning ges nedan exempel på hur försäkrade redogör för vilka arbetsuppgifter de har och hur sjukdomen påverkar förmågan att utföra dessa. Frågorna är kopierade från Försäkringskassans blankett för ansökan om sjukpenning. Svaren är exempel och avser inte en specifik försäkrad.

*Exempel på en tydlig beskrivning i ansökan om sjukpenning*

Beskriv dina arbetsuppgifter:

*Jag jobbar 90 % som undersköterska på ett äldreboende. Arbetet går ut på att hjälpa gamla människor i sin vardag. T.ex. duscha*

*dom, borsta tänderna, hjälpa till vid toalettbesök, klä på dom, flytta dom i sängen (vissa väger mycket). Arbetet innehåller många tunga lyft av brukare varje dag. Jobbet kräver att jag måste vrida ryggen också.*

Beskriv hur din sjukdom eller diagnos har påverkat din förmåga att arbeta:

*Jag har ett diskbråck som inte läker ut och tendinit i axeln. Det gör att jag har kraftig smärta när jag förflyttar brukare. Jag kan inte böja mig eller arbeta med min högerarm utan att kraftig smärta uppstår. Att hjälpa brukare från säng till rullstol är omöjligt och deras toalettbesök kan jag inte hjälpa till med eftersom det kräver styrka i rygg och armar. Vi är underbemannade så det finns inte tid att vila eller tänka på hur man lyfter på bästa sätt. Voltaren hjälper inte.*

*Exempel på en otydlig beskrivning i ansökan om sjukpenning*

Beskriv dina arbetsuppgifter:

*Undersköterska*

Beskriv hur din sjukdom eller diagnos har påverkat din förmåga att arbeta:

*Smärta, ont i ryggen, trött.*

Av de som får avslag är det en större andel av de inrikes födda än födda i MENA som i ansökan på ett tydligt sätt beskriver sina arbetsuppgifter (Tabell 6). Samma tendens återfinns för bifallen – andelen som ger en tydlig beskrivning av arbetsuppgifterna är större bland inrikes födda än födda i MENA. Dessutom finns samma mönster, men inga signifikanta skillnader, för hur stor andel som på ett tydligt sätt beskriver hur sjukdomen påverkar förmågan att arbeta – detta gäller både avslag och bifall.

*Försäkringskassan utreder inte MENA-föddas avslag i tillräcklig utsträckning*

Försäkringskassan ska se till att varje ärende blir utrett i den omfattning som ärendets beskaffenhet kräver.<sup>54</sup> Utredningsskyldigheten sträcker sig längre i ärenden som går den försäkrade emot, exempelvis när myndigheten överväger att neka den försäkrade ersättning.<sup>55</sup> Högsta förvaltningsdomstolen (HFD) har konstaterat att kravet på Försäkringskassans utredning i sjukpenningärenden kan variera beroende på ärendets karaktär och den försäkrades möjligheter att ta till vara sina intressen.<sup>56</sup>

Med anledning av detta undersöktes hur aktiv Försäkringskassan är i utredningsarbetet när det gäller att få ett så fullständigt beslutsunderlag som möjligt. Det som undersöktes var om Försäkringskassan begärde skriftlig komplettering av ansökan eller om myndigheten kontaktade den försäkrade för att utreda den försäkrades arbetsförmåga.

I avslagsärenden tar Försäkringskassan färre initiativ till komplettering av ansökan eller till att ringa den försäkrade för att utreda arbetsförmågan för MENA-födda än för inrikes födda. En vidare analys visar att detta även gäller i de avslagsärenden där det finns en otydlig beskrivning av arbetsuppgifterna och hur sjukdomen påverkar förmågan att utföra dessa.

I aktstudien undersöktes även i vilken utsträckning Försäkringskassan har haft kontakt med de försäkrades arbetsgivare, fackförbund, anhängliga, ombud etcetera i syfte att utreda rätten till sjukpenning. Här fanns det inga skillnader mellan inrikes födda och födda i MENA – varken i avslagsärendena eller i bifallsärendena.

---

<sup>54</sup> 110 kap. 13 § socialförsäkringsbalken.

<sup>55</sup> Prop. 2008/09:200, s. 554 f.

<sup>56</sup> RÅ 2010 ref. 120.

Tabell 6. Ansökan om sjukpenning och Försäkringskassans utredning

	<i>Avslag inrikes</i>	<i>Avslag MENA</i>	<i>Bifall inrikes</i>	<i>Bifall MENA</i>
	n=136	n=134	n=143	n=142
Tydlig beskrivning av arbetsuppgifter <sup>1</sup>	89 % (41)	73 % (37) <sup>2</sup>	81 % (113)	71 % (97) <sup>3</sup>
Tydlig beskrivning av hur sjukdomen påverkar arbetsförmågan	63 % (85)	57 % (76)	71 % (102)	64 % (90)
Komplettering/kontakt med den försäkrade har skett oavsett initiativtagare till kontakten	49 % (66)	43 % (57)	40 % (57)	46 % (65)
Komplettering/kontakt med den försäkrade har skett på <i>FK:s initiativ</i>	38 % (52)	19 % (26) <sup>4</sup>	27 % (39)	36 % (51)
Kontakt med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen, m.m.	23 % (31)	25 % (33)	12 % (17)	13 % (19)

<sup>1</sup>Andel av de som har ett arbete. Anledningen till att antalet är färre i avslagsurvalen jämfört med bifallsurvalen är att färre är förvärsarbetande och därmed inte har några arbetsuppgifter att beskriva.

<sup>2</sup>Bland avslagsärendena beskriver MENA-födda oftare sina arbetsuppgifter otydligt jämfört med inrikes födda. Skillnaden är signifikant på 5-procentsnivån.

<sup>3</sup>Bland bifallsärendena beskriver MENA-födda oftare sina arbetsuppgifter otydligt jämfört med inrikes födda. Skillnaden är signifikant på 10-procentsnivån.

<sup>4</sup>Försäkringskassan tar bland avslagsärendena i lägre grad initiativ till utredning med MENA-födda jämfört med inrikes födda. Skillnaden är signifikant på 1-procentsnivån.

Försäkrade födda i MENA kontaktar Försäkringskassan i större utsträckning än inrikes födda. Med anledning av detta undersöktes om Försäkringskassan i dessa ärenden tog tillfället i akt och utredde den försäkrades arbetsförmåga och rätt till sjukpenning. Genomgången av dessa ärenden visar att så inte var fallet. Försäkringskassan var snarare mer aktiv i utredningen i de ärenden där inrikes födda kontaktade handläggaren jämfört med ärenden där födda i MENA kontaktade Försäkringskassan.

Det bör noteras att det i 17 procent (23 fall) av avslagsärendena för födda i MENA framgår att den försäkrade har språksvårigheter.<sup>57</sup> I 17 av de 23 fallen har en anhörig hjälpt till med tolkningen. I inget av fallen har Försäkringskassan erbjudit den försäkrade tolk-hjälp.

#### 4.5 Inrikes födda har oftare läkarintyg baserade på telefonkontakt och Försäkringskassan ber inte läkaren om komplettering

Läkarintyget är ett viktigt underlag för Försäkringskassans beslut om rätten till sjukpenning. Den försäkrade ska styrka sin nedsättning av arbetsförmåga på grund av sjukdom genom att lämna in ett läkarintyg till Försäkringskassan. Men ett läkarintyg ger inte automatiskt rätt till ersättning, utan är ett av flera underlag som Försäkringskassan använder för att bedöma rätten till sjukpenning. I läkarintyget ska läkaren bland annat ange personens sjukdomsdiagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Läkaren ska beskriva aktivitetsbegränsningen så att det är möjligt att förstå att den är en följd av personens sjukdomsdiagnos, medicinska status och den beskrivna funktionsnedsättningen. Om läkarintyget inte innehåller tillräckligt med information kan Försäkringskassan begära att läkaren kompletterar intyget. Granskningen visar sammantaget att i de ärenden där det finns ett första och ett andra läkarintyg i sjukfallet så skiljer sig inte innehållet i läkarintygen nämnvärt. I de fall som det finns relevanta skillnader mellan det första och andra läkarintyget så redovisas dessa i texten och tabellerna.

Om ett intyg inte grundas på en personlig undersökning ska läkaren, enligt Socialstyrelsens föreskrifter, ange skälet till detta i intyget.<sup>58</sup> Läkarens undersökning av patienten är grunden för att hen ska kunna bedöma patientens tillstånd. Eftersom läkaren inte objektivt kan konstatera förbättringar eller försämringar i patientens tillstånd vid en telefonkontakt kan konsekvensen bli att funktionsnedsättningen inte är tillräckligt beskriven i ett intyg som är utfärdat efter en telefon-

---

<sup>57</sup> Med det avses att det i Försäkringskassans journal är noterat att språkförbistring föreligger. De fall där en försäkrad har en skriftlig språkförbistring som kan synas i exempelvis ansökan avses inte här.

<sup>58</sup> 10 kap. 1 § andra stycket Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården.



kontakt.<sup>59</sup> Enligt Socialstyrelsens övergripande principer för sjukskrivning ska sjukskrivning endast i undantagsfall baseras på en telefonkontakt. Vid en förnyad bedömning av arbetsförmågan (under pågående sjukskrivning) måste bedömningsunderlaget vara ännu tydligare.<sup>60</sup>

I det första granskade läkarintyget i sjukfallet är det i avslagsärenden ungefär en lika stor andel av intygen för födda i MENA som för inrikes födda som baseras på en *telefonkontakt*. I bifallsärenden har inrikes födda i betydligt högre grad än födda i MENA ett läkarintyg som baseras på en telefonkontakt. När det finns ett andra läkarintyg i sjukfallet baseras det på telefonkontakt i en större andel av ärendena för inrikes födda än för födda i MENA. Det gäller både bifallsärenden och avslagsärenden. När det gäller inrikes födda frångår alltså läkarna ofta huvudregeln om att läkarintyget ska baseras på en undersökning av patienten (Tabell 7).

Retroaktivt utfärdade läkarintyg är vanligt förekommande i både avslags- och bifallsärenden, trots att läkaren enligt Socialstyrelsens övergripande principer för sjukskrivning endast i undantagsfall ska sjukskriva patienten retroaktivt.<sup>61</sup> I avslagsärenden har inrikes födda i betydligt större utsträckning än MENA-födda ett retroaktivt utfärdat läkarintyg. I bifallsärendena är det lika vanligt med retroaktiva läkarintyg bland de inrikes födda som bland de som är födda i MENA. Det andra läkarintyget redovisas inte eftersom det inte ger mer information än det första läkarintyget när det gäller retroaktivitet.

Försäkringskassan kan begära att läkaren ska komplettera läkarintyget i de fall intyget inte ger tillräcklig information för att myndigheten ska kunna bedöma rätten till sjukpenning. I avslagsärenden finns det ingen signifikant skillnad mellan inrikes födda och födda i MENA avseende andelen ärenden där Försäkringskassan begär en komplettering av läkarintyget. Däremot är det i bifallsärendena vanligare att läkarintyget kompletteras för födda i MENA än för inrikes födda. För inrikes födda begärdes komplettering i 6 procent av bifallsärendena medan andelen för födda i MENA var 13 procent, trots att läkarintyg för inrikes födda bland bifallsärendena utfärdats via telefonkontakt i 15 procent i det första läkarintyget och i 33 procent av det andra

---

<sup>59</sup> Försäkringskassan (2014b).

<sup>60</sup> Socialstyrelsen (2012).

<sup>61</sup> Socialstyrelsen (2012).

läkarintyget. För inrikes födda som beviljats sjukpenning var andelen kompletterade läkarintyg låg i förhållande till andelen läkarintyg som hade utfärdats via telefonkontakt, trots att Socialstyrelsens principer och Försäkringskassans riktlinjer för sjukskrivning är tydliga när det gäller att läkarintyget ska baseras på en undersökning av patienten.

Tabell 7. Andel läkarintyg utfärdade via telefonkontakt, retroaktiva läkarintyg och Försäkringskassans begäran om komplettering av dem

	<i>Avslag inrikes</i>	<i>Avslag MENA</i>	<i>Bifall inrikes</i>	<i>Bifall MENA</i>
	n=136	n=134	n=143	n=142
Via telefon första läkarintyget	10 % (13)	7 % (10)	15 % (22) <sup>1</sup>	6 % (9)
Via telefon andra läkarintyget <sup>2</sup>	21 % (16) <sup>3</sup>	6 % (4)	33 % (27) <sup>4</sup>	15 % (10)
Retroaktivt första läkarintyget	37 % (50) <sup>5</sup>	22 % (30)	29 % (42)	30 % (42)
Försäkringskassan ber läkaren komplettera intyget	36 % (49)	31 % (42)	6 % (8)	13 % (19) <sup>6</sup>

<sup>1</sup> I bifallsärenden har inrikes födda i större utsträckning än MENA-födda ett läkarintyg som baseras på telefonkontakt. Skillnaden är signifikant på 5-procentsnivån.

<sup>2</sup> Det är färre observationer för *Läkarintyg 2* eftersom det endast är drygt hälften som har fler än ett läkarintyg. Totalt rör det sig om 293 fall.

<sup>3</sup> I avslagsärenden har inrikes födda i större utsträckning än MENA-födda ett läkarintyg som baseras på telefonkontakt. Skillnaden är signifikant på 1-procentsnivån.

<sup>4</sup> I bifallsärendena har inrikes födda i större utsträckning än MENA-födda ett läkarintyg som baseras på telefonkontakt. Skillnaden är signifikant på 1-procentsnivån.

<sup>5</sup> I avslagsärenden har inrikes födda i större utsträckning än MENA-födda ett läkarintyg som är retroaktivt utfärdat. Skillnaden är signifikant på 1-procentsnivån.

<sup>6</sup> Bland bifallen ber Försäkringskassan läkaren om komplettering i högre grad för personer födda i MENA jämfört med inrikes födda. Skillnaden är signifikant på 5-procentsnivån.

## 4.6 För födda i MENA anger läkaren i större utsträckning en bidiagnos

De som ingår i studien har huvuddiagnosen M50–M54 (andra rygg-sjukdomar) men det är vanligt att de försäkrade enligt läkarintygen även har en bidiagnos.

Av läkarintygen framgår att MENA-födda har en bidiagnos i högre grad än inrikes födda, vilket gäller både avslagsärenden och bifallsärenden, se Tabell 8. Den vanligaste bidiagnosen är annan sjukdom i diagnoskapitlet muskuloskeletala systemet och bindväven (M). Den näst vanligaste bidiagnosen är psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (F).

Läkaren ska i läkarintyget beskriva sjukdomshistorik (anamnes).<sup>62</sup> Det finns inga nämnvärda skillnader i läkarintygens beskrivning av sjukdomshistoriken mellan inrikes födda och födda i MENA.

---

<sup>62</sup> Försäkringskassan (2012b).

Tabell 8. Andel med bidiagnos och beskrivning av sjukdomens förhistoria

	<i>Avslag inrikes</i>	<i>Avslag MENA</i>	<i>Bifall inrikes</i>	<i>Bifall MENA</i>
	n=136	n=134	n=143	n=142
Bidiagnos i det första läkarintyget	30 % (41)	49 % (65) <sup>1</sup>	10 % (15)	22 % (31) <sup>2</sup>
Sjukdomshistorik i första läkarintyget	81 % (110)	83 % (111)	91 % (130)	89 % (127)
Röntgenerbjudande	26 % (36) <sup>3</sup>	16 % (22)	29 % (42) <sup>4</sup>	18 % (26)

<sup>1</sup> MENA-födda har bland avslagsärendena i större utsträckning än inrikes födda minst en bidiagnos. Skillnaden är signifikant på 1-procentsnivån.

<sup>2</sup> MENA-födda har bland bifallsärendena i större utsträckning än inrikes födda minst en bidiagnos. Skillnaden är signifikant på 1-procentsnivån.

<sup>3</sup> Inrikes födda erbjuds oftare röntgen än MENA-födda bland avslagsärendena. Skillnaden är signifikant på 5-procentsnivån.

<sup>4</sup> Inrikes födda erbjuds oftare röntgen än MENA-födda bland bifallsärendena. Skillnaden är signifikant på 5-procentsnivån.

Läkarintyget ska även innefatta en redovisning av vilka undersökningar och observationer som ligger till grund för läkarens bedömning. Granskningen av intygen visar att en högre andel av försäkrade som är inrikes födda både remitteras till och genomgår en röntgenundersökning än försäkrade som är födda i MENA. Det gäller både bifallsärenden och avslagsärenden.

Läkarens användning av manuella test undersöktes också. Ett manuellt test av om det finns någon påverkan på nervroten (diskbråck), och en manuell undersökning som innefattar palpation, är vanligare i avslagsärendena för födda i MENA än för inrikes födda. För andra manuella test, och andelen ärenden där det i läkarintyget står beskrivet att den försäkrade har skattat intensiteten i smärtan, finns inga signifikanta skillnader mellan födda i MENA och inrikes födda.<sup>63</sup>

<sup>63</sup> Se tabell B3.1. i bilaga 3 för detaljerade resultat.

## 4.7 Läkarens beskrivning av aktivitetsbegränsningen är likartad för inrikes födda och MENA-födda

Av Tabell 9 framgår att det i avslagsärendena är vanligt att Försäkringskassan bedömer arbetsförmågan i förhållande till normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden medan behandlande läkare har bedömt arbetsförmågan mot specifika arbetsuppgifter. Det gäller både för inrikes födda och födda i MENA. En förklaring till skillnaden i bedömning kan vara att de som var arbetslösa vid läkarbesöket beskriver de arbetsuppgifter som utfördes hos den senaste arbetsgivaren. Det kan också bero på att Försäkringskassan betraktar försäkrade med osäker anställning som arbetslösa och därmed bedömer arbetsförmågan i förhållande till normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden.

En viktig del i Försäkringskassans beslutsunderlag är den del av läkarintyget där läkaren ska beskriva på vilket sätt *diagnosen* sätter ned *funktionsförmågan* och hur nedsättningen begränsar *aktivitetsförmågan* (DFA-kedjan).<sup>64</sup> I de försäkrades första läkarintyg är andelen med en god beskrivning av aktivitetsbegränsningen bland avslagsärendena i stort sett densamma för inrikes födda och födda i MENA (Tabell 9). I bifallsärendena är en god beskrivning av aktivitetsbegränsningen i det första läkarintyget vanligare för inrikes födda än för födda i MENA. I det andra läkarintyget finns det oftare en tydligare beskrivning i ärenden för MENA-födda än för inrikes födda bland avslagsärendena. I bifallsärendena finns inga skillnader i det andra läkarintyget mellan inrikes födda och födda i MENA.

---

<sup>64</sup> DFA-kedjan är också ett stöd för handläggaren när hen beslutar om rätten till sjukpenning. Det finns emellertid inget juridiskt krav på att DFA-kedjan ska tillämpas.

Tabell 9. Läkarens beskrivning av aktivitetsbegränsningen

	<i>Avslag inrikes</i>	<i>Avslag MENA</i>	<i>Bifall inrikes</i>	<i>Bifall MENA</i>
	n=136	n=134	n=143	n=142
Tydlig beskrivning av aktivitetsbegränsningen i första läkarintyget	50 % (68)	52 % (70)	69 % (98) <sup>1</sup>	59 % (84)
Tydlig beskrivning av aktivitetsbegränsningen i andra läkarintyget	41 % (31)	60 % (42) <sup>2</sup>	76 % (63)	72 % (47)

<sup>1</sup> Inrikes födda har i högre grad en tydlig beskrivning av hur sjukdomen sätter ned arbetsförmågan. Skillnaden är signifikant på 10-procentsnivån.

<sup>2</sup> Personer födda i MENA har en i högre grad en tydlig beskrivning av hur sjukdomen sätter ned arbetsförmågan i det andra läkarintyget. Skillnaden är signifikant på 5-procentsnivån.



## 5 Diskussion

De allra flesta som omfattas av den allmänna sjukförsäkringen och ansöker om sjukpenning beviljas förmånen. Det gäller både inrikes och utrikes födda. Avslagsfrekvensen skiljer sig emellertid åt mellan olika födelseregioner. Grupperna som är födda i Mellanöstern, Nordafrika och Turkiet (MENA) eller Afrika söder om Sahara har högst andel avslag på ansökan om sjukpenning. Lägst andel avslag har inrikes födda och födda i övriga Norden. Granskningen visar att de skillnader som finns mellan grupperna inrikes födda och utrikes födda i fråga om avslagsfrekvens, endast till liten del kan förklaras av faktorer som kön, ålder, utbildningsnivå, yrke, arbetsmarknadssektor, inkomst, bosättningslän, huvuddiagnos, sjukskrivningslängd i läkarintyget och förekomsten av barn under sex år.

Aktstudiens granskning av sjukpenningärendena visar att det, i avslagsärenden, är vanligare att arbetsförmågan bedöms gentemot normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden än mot specifika arbetsuppgifter. Det gäller både MENA-födda och inrikes födda som ansöker om sjukpenning. Enligt lagstiftningen ska arbetsförmågan för anställda under de första 90 dagarna i ett sjukfall bedömas gentemot det vanliga arbetet eller mot arbetsuppgifter som arbetsgivaren tillfälligt kan erbjuda. För arbetslösa ska arbetsförmågan bedömas mot arbeten som normalt förekommer på arbetsmarknaden. Det har till följd att kraven för att beviljas sjukpenning för den som är arbetslös är högre än för den som har ett arbete. Det är sedan tidigare känt att arbetslösa i större utsträckning nekats sjukpenning än försäkrade som har en anställning.

Den högre arbetslösheten bland personer födda i MENA än bland inrikes födda leder sannolikt till att MENA-födda i högre utsträckning får avslag på ansökan om sjukpenning än inrikes födda.



Även i beslutsunderlag och Försäkringskassans handläggning finns det mönster som kan ge en ökad förståelse för orsaken till skillnaderna i avslagsfrekvens. Personer födda i MENA, det vill säga den grupp utrikes födda med högst andel avslag, har i större utsträckning ofullständiga ansökningar om sjukpenning. Granskningen visar också att Försäkringskassan inte kompletterar dessa ärenden i tillräcklig utsträckning. En ytterligare observation är att läkarintyg som har utfärdats av två specifika läkare är vanligt förekommande bland MENA-födda som får avslag. Försäkringskassan hade en särskild handläggning av ärenden med läkarintyg från dessa läkare.<sup>65</sup>

I bifallsärendena framgår att inrikes födda oftare än MENA-födda har ett läkarintyg som baseras på en telefonkontakt med läkaren. Läkarna har i dessa fall frångått huvudregeln enligt Socialstyrelsens föreskrifter om att läkarintyget ska baseras på en undersökning av patienten. Resultatet visar också att Försäkringskassan begär komplettering av läkarintygen i mycket begränsad omfattning för inrikes födda som beviljas sjukpenning, trots att intygen relativt ofta har utfärdats efter en telefonkontakt. Detta kan öka förståelsen för den lägre förekomsten av avslag för inrikes födda.

*Bakgrundsfaktorer kan endast delvis förklara skillnader i hur vanligt det är att ansöka om sjukpenning*

Av registerstudien framgår att det finns skillnader i andelen ansökningar mellan grupper som är födda i olika delar av världen. Personer födda i Norden utom Sverige, MENA och Sydamerika ansöker om sjukpenning i något högre utsträckning än inrikes födda. Personer födda i EU utom Norden, Asien och Nordamerika ansöker om sjukpenning i mindre utsträckning än inrikes födda. Skillnaderna kan till viss del förklaras av bakgrundsfaktorer så som ålder, utbildning, yrke, arbetsmarknadssektor, inkomst, bosättningslän, huvuddiagnos och sjukskrivningslängd i läkarintyget. Men dessa faktorer kan inte förklara hela skillnaden. Resultaten ger inte något stöd för att en positiv hälsoselektion kan förklara skillnader mellan grupper från olika födelseregioner, det vill säga att de som får arbete i en grupp med låg förvärvsfrekvens är en positivt selekterad grupp avseende hälsa och därför inte skulle ansöka om sjukpenning. Grupper med en låg

---

<sup>65</sup> Det är dock viktigt att notera att aktstudien har avgränsats till försäkrade som ansökt om sjukpenning för ryggbesvär.

förvärvsfrekvens har en låg andel som ansöker om sjukpenning, till exempel personer som är födda i Asien. Samtidigt har andra grupper med en låg förvärvsfrekvens, exempelvis födda i MENA, en relativt hög andel som ansöker om sjukpenning.

Andra möjliga förklaringar till skillnaderna i andelen som ansöker om sjukpenning kan vara olikheter i arbetsmiljö, anställningsförhållanden och hälsa. Detta har inte undersökts i denna granskning. Även benägenheten att ansöka om sjukpenning för sjukdom som påverkar arbetsförmågan kan se olika ut i olika grupper.

*Sämre förankring på arbetsmarknaden kan delvis förklara skillnader i avlagsfrekvens mellan inrikes födda och födda i MENA*

Granskningen visar att det är vanligt förekommande att de försäkrade som får avslag har en så pass svag förankring på arbetsmarknaden att arbetsförmågan prövas mot arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Detta trots att urvalet till granskningen gjordes med utgångspunkten att försäkrade som hade förvärvsinkomst i november det ena året även året därpå var anställda vid tidpunkten för ansökan om sjukpenning. Granskningen av ärendeakter visar därför att arbetslöshet och en dålig förankring på arbetsmarknaden vid ansökan om sjukpenning endast delvis kan fångas i registerdata. Att de försäkrades förankring på arbetsmarknaden har betydelse för vilket beslut som fattas vid ansökan om sjukpenning är något som Försäkringskassan konstaterade redan år 2007 (se avsnitt 2.2).

Generellt sett har utrikes födda en sämre anknytning till arbetsmarknaden än inrikes födda. En högre andel är arbetslösa eller tidsbegränsat anställda.<sup>66</sup> Arbetslösheten är särskilt hög bland personer som är födda utanför Europa.<sup>67</sup> Arbetslösheten kan påverkas av flera faktorer. Det finns studier som visar att namnet på den person som söker arbete har betydelse för sannolikheten att kallas till en anställningsintervju. Dessa studier visar att personer med namn som är vanliga i Mellanöstern och i icke västliga länder särbehandlas i anställningsprocessen. Bland annat har forskare undersökt detta genom en experimentell metod och då skickat identiska påhittade ansökningar till faktiskt utannonserade arbeten. Det var endast namnen på de sökande som skiljde ansökningarna åt. Fiktiva arbetssökande med

<sup>66</sup> SCB (2014a) och (2014b).

<sup>67</sup> Prop. 2012/13:100, s.195 f.

typiskt svenska namn hade 50 procents större sannolikhet att kallas till en anställningsintervju jämfört med fiktiva jobbsökande med namn som är vanliga i Mellanöstern.<sup>68</sup> Detta kan möjligtvis påverka arbetslösheten för personer med namn som härrör från Mellanöstern. Arbetslöshet kan i sin tur påverka möjligheten att få sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom, eftersom kraven för att beviljas sjukpenning för den som är arbetslös är högre än för den som har ett arbete.

*Försäkringskassan har en särskild handläggning av ärenden med läkarintyg från vissa läkare*

Försäkringskassan har en särskild handläggning av ärenden där de försäkrade har läkarintyg från vissa specifika läkare. Anledningen till den särskilda handläggningen är enligt uppgift från Försäkringskassan misstanke om att en del läkare inte anger en korrekt bedömning i läkarintyget. Inom ramen för den särskilda handläggningen bedömde Försäkringskassans kontrollutredare eller utsedda handläggare rätten till sjukpenning i de ärenden där försäkrade har läkarintyg från någon av dessa läkare.<sup>69</sup> Ärendena i den särskilda handläggningen är koncentrerade till Stockholmsområdet. Det är till största delen personer födda i MENA som har intyg utfärdade av någon av de aktuella läkarna. Att ha ett läkarintyg från någon av dessa läkare till grund för Försäkringskassans beslut ökar sannolikheten att få avslag. Det är emellertid inte de försäkrades födelseland som är avgörande för att deras ärenden har en särskild handläggning. Om det finns läkare som inte gör en korrekt bedömning i läkarintyget och dessa läkarintyg ligger till grund för beslut om sjukpenning är det ett problem för Försäkringskassan vid prövningen av rätten till förmån i socialförsäkringen. Målet med Försäkringskassans kontrollutredningsverksamhet är att identifiera misstänkta bidragsbrott.<sup>70</sup> Det finns dock en risk för att besluten inte blir rättssäkra när ärendena handläggs utifrån ett kontrollperspektiv som enbart baseras på vilken läkare som har utfärdat läkarintyget.

---

<sup>68</sup> Arai m.fl. (1999), Rooth, (2002), Arai & Vilhelmsson (2004), Rydgren, J (2004), Rooth (2007), ILO (2006), Rooth & Carlsson (2006), Nordström & Åslund (2007), Behtoui & Neergaard (2009), Carlsson (2009), Eriksson m.fl. (2012).

<sup>69</sup> Försäkringskassan (2015c) och information från ärendeakterna.

<sup>70</sup> Försäkringskassan (2014d).

Enligt 3 kap. 9 § Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2009:13) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit måste läkare som skriver ut recept till sina patienter ange sin personliga förskrivarkod för att receptet ska expedieras på apotek. En sådan förskrivarkod är inte obligatorisk när läkarintyg utfärdas, men en obligatorisk användning av förskrivarkod vid utfärdandet av läkarintyg skulle öka möjligheterna att kartlägga eventuella mönster vad avser läkares ordination av sjukskrivning.

Ett annat sätt att undersöka läkarnas sjukskrivningsmönster lyfts fram i en nyligen publicerad rapport av Hägglund och Johansson. I rapporten redovisas ett förslag med syfte att få läkarkåren att ta större ansvar för sjukskrivningar. Enligt förslaget skulle Försäkringskassan sätta upp kvalitetskrav för vårdgivare som skriver ut läkarintyg, följa upp sjukskrivningsmönster hos olika vårdgivare och vid upprepade anmärkningar ha rätt att dra in läkares rätt att utfärda läkarintyg.<sup>71</sup>

#### *Det behövs en mer aktiv handläggning hos Försäkringskassan*

Aktstudien visar att försäkrade födda i MENA oftare har ofullständiga ansökningar om sjukpenning än inrikes födda. Ju sämre beskrivning av hur sjukdomen påverkar arbetsförmågan, desto färre omständigheter och uppgifter är det som talar för att den försäkrade kan beviljas sjukpenning. Utifrån den utredningsskyldighet som Försäkringskassan har, borde detta leda till att myndigheten är mer aktiv i handläggningen gentemot de som är födda i MENA, när det gäller att få in uppgifter om den försäkrades arbetsförmåga. Utredningsskyldigheten är dessutom mer vidsträckt i de ärenden där Försäkringskassan överväger att fatta ett negativt beslut och i de fall personen har svårigheter att ta tillvara sina intressen. Resultatet från aktstudien visar emellertid att Försäkringskassan inte tar initiativ till att säkerställa att det finns tillräckliga uppgifter om den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga. Detta kan vara en delförklaring till den högre avslagsfrekvensen för MENA-födda jämfört med inrikes födda.

Aktstudien visar också att Försäkringskassan inte erbjuder en auktoriserad tolk när det finns ett tydligt behov av detta, vilket ökar risken att relevant information inte når fram till handläggaren. Det är ofta en

---

<sup>71</sup> Hägglund & Johansson (2016).

anhörig till den försäkrade som har agerat som tolk per telefon. Detta förfaringssätt går emot såväl 8 § förvaltningslagen som Försäkringskassans riktlinjer, där det framgår att myndigheten vid behov ska anlita tolk. Enligt Försäkringskassans riktlinjer är det olämpligt att en anhörig agerar som tolk. Anledningen till detta är, enligt Försäkringskassan, att känsliga uppgifter behandlas och att den försäkrade inte kan tala obehindrat. I sådana fall bör en auktoriserad tolk användas.<sup>72</sup> På Försäkringskassans webbplats framgår det att försäkrade kan få tala med en handläggare på ”sitt eget” språk, men det framgår inte i något av sjukfallen i aktstudien att denna tjänst har använts.

*Läkarens beskrivning av de försäkrades aktivitetsbegränsning förklarar inte skillnaderna i avslagsfrekvens*

Läkares tydlighet i beskrivningen av hur sjukdomen påverkar aktivitetsförmågan kan inte förklara skillnaderna i avslagsfrekvens mellan inrikes födda och MENA-födda som ansöker om sjukpenning på grund av ryggbesvär. Läkarens beskrivning av hur den försäkrades sjukdom påverkar aktivitetsförmågan är viktig när Försäkringskassan ska bedöma rätten till sjukpenning. I bifallsärendena är det en större andel inrikes födda än MENA-födda som har en tydlig beskrivning av aktivitetsbegränsningen i läkarintyget. I avslagsärendena är det däremot en större andel av MENA-födda som har en tydlig motsvarande beskrivning.

Försäkringskassan rapporterade år 2012 att försäkrade födda i MENA hade sämre kvalitet i läkarintyget jämfört med inrikes födda. Skillnaden i resultat mellan Försäkringskassans studie och föreliggande granskning kan möjligtvis förklaras av olika studiedesign. I Försäkringskassans studie hade läkarintygen inte ”blindats”, och därför var uppgifter om den försäkrades namn och andra uppgifter som kunde härledas till födelseland tillgängliga för granskaren. En annan förklaring till skillnaderna kan vara att inte exakt samma frågor ställdes i aktstudien som i Försäkringskassans studie. En ytterligare förklaring kan vara att ISF:s aktstudie enbart inkluderar försäkrade som ansöker om sjukpenning för ryggbesvär.

---

<sup>72</sup> Försäkringskassan (2014a).

*För inrikes födda erbjuder läkaren oftare en röntgenundersökning och utfärdar oftare läkarintyg som baseras på telefonkontakt*

Inrikes födda personer remitteras oftare till en röntgenundersökning än personer födda i MENA. Det är möjligt att Försäkringskassan tar det medicinska sjukdomstillståndet på större allvar om det är verifierat genom en röntgenundersökning. Det kan möjligtvis vara en bidragande orsak till att födda i MENA oftare nekas sjukpenning. Tidigare studier har visat att utrikes födda får sämre vård än inrikes födda<sup>73</sup> men det finns inga tidigare studier som har undersökt om det finns skillnader mellan inrikes födda och utrikes födda i att erbjudas en röntgenundersökning.

Det är betydligt vanligare att inrikes födda som beviljas sjukpenning har ett läkarintyg som baseras på en telefonkontakt med läkaren jämfört med födda i MENA som beviljas sjukpenning. Läkarintygen har utfärdats via telefonkontakt i 15 procent av de första läkarintygen och i 33 procent av de andra läkarintygen i ärenden som avser inrikes födda som beviljats sjukpenning. Motsvarande andelar för MENA-födda är 6 respektive 15 procent. Att läkarna utfärdar läkarintyg via en telefonkontakt i så stor utsträckning för inrikes födda är inte förenligt med Socialstyrelsens övergripande principer för sjukskrivning som anger att sjukskrivning endast i undantagsfall ska baseras på telefonkontakt.<sup>74</sup> För inrikes födda som beviljas sjukpenning har läkarna i dessa fall frångått Socialstyrelsens principer för sjukskrivning när det gäller att läkarintyget ska baseras på en *undersökning* av patienten. Det kan emellertid vara så att läkarintyg som utfärdats via en telefonkontakt har en bra beskrivning av aktivitetsförmågans nedsättning. Frågan är dock hur träffsäker läkarens bedömning är, när hen inte har genomfört en personlig undersökning av patienten.

*Försäkringskassan ber sällan läkaren om komplettering av läkarintyget*

Det är angeläget att belysa hur aktiv Försäkringskassan är i att begära komplettering av läkarintygen eftersom en relativt hög andel av dessa baseras på en telefonkontakt. Av Försäkringskassans riktlinjer framgår att en undersökning av patienten är grunden för att läkaren ska kunna bedöma patientens sjukdomstillstånd och sjukdomens conse-

<sup>73</sup> Socialstyrelsen (2007), Socialstyrelsen (2011) och Läkartidningen (2015).

<sup>74</sup> Socialstyrelsen (2012).

kvenser. Eftersom läkaren inte objektivt kan konstatera förbättringar eller försämringar i patientens tillstånd vid en telefonkontakt kan konsekvensen, enligt Försäkringskassan, bli att funktionsnedsättningen inte är tillräckligt beskriven i ett intyg som är utfärdat efter en sådan kontakt.<sup>75</sup> Trots det visar aktstudien att Försäkringskassan ber läkaren om en komplettering av läkarintyget i endast 6 procent av fallen där inrikes födda beviljas sjukpenning. Motsvarande andel för MENA-födda som beviljas sjukpenning är 13 procent. Även tidigare granskningar har visat att Försäkringskassan i mycket begränsad omfattning kompletterar läkarintyg, trots att läkarintygets kvalitet inte var tillräcklig. I de fallen berodde inte kvalitetsbristen på att läkarintygen baserades på telefonkontakt utan oftast på att läkarens beskrivning av patientens aktivitetsbegränsning inte var tillräckligt bra.<sup>76</sup> Även år 2015 rapporterade Försäkringskassan att det fanns brister i läkares beskrivningar av patienters aktivitetsbegränsningar.<sup>77</sup>

*Handläggarnas arbetsbelastning och Försäkringskassans styrning bidrar sannolikt till att ärenden inte blir tillräckligt utredda*

Sammantaget visar granskningen att det finns vissa brister i Försäkringskassans utredningar av rätten till sjukpenning för inrikes födda som beviljas sjukpenning och födda i MENA som får avslag. Det är troligt att handläggarna skulle förhålla sig mer kritiskt till läkarintyg som baseras på telefonkontakt om Försäkringskassan i större utsträckning följer sina egna riktlinjer när det gäller att läkarintyg endast i undantagsfall får vara utfärdade genom telefonkontakt. Om Försäkringskassan utreder sådana ärenden mer grundligt ökar sannolikheten att besluten blir mer välgrundade. Som tidigare nämnts består bristerna i utredningarna av MENA-födda som får avslag i att Försäkringskassan inte tar initiativ till att säkerställa att det finns tillräckliga uppgifter i ärendet som ger en tydlig bild av den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga.

Att utreda varje ärende som dess beskaffenhet kräver förutsätter att varje handläggare har en rimlig mängd ärenden att handlägga. Att begära komplettering av läkarintyg och att anlita en auktoriserad tolk är tidskrävande. Enligt Försäkringskassans medarbetarundersökning

---

<sup>75</sup> Försäkringskassan (2014b).

<sup>76</sup> Riksrevisionen (2009), Försäkringskassan (2011b) & (2012a), ISF (2011b).

<sup>77</sup> Försäkringskassan (2015b).

år 2014 för de som handlägger sjukpenningärenden<sup>78</sup> framgår att endast 23 procent av medarbetarna anser sig ha en rimlig arbetsbörda.<sup>79</sup> Försäkringskassan har intervjuat handläggare och i den aktuella studien framgick det att de intervjuade upplevde att det var alltför många ärenden per handläggare, vilket gjorde att de inte alltid hann göra det som krävdes i varje enskilt ärende. Av intervjuerna framgick också att handläggarna hade lärt sig att ta genvägar för att handläggningen skulle gå snabbare. Ett sätt var att bevilja sjukpenning i tveksamma fall istället för att begära en komplettering av läkarintyget.<sup>80</sup> Försäkringskassan konstaterade år 2015 i den fördjupade rättsliga uppföljningen att arbetsförmågan inte var nedsatt i 30 procent hos långtidssjuksjukskrivna personer.

En väl fungerande sjukskrivningsprocess ska präglas av likformighet och rättssäkerhet. Föreliggande granskning och Försäkringskassans studier visar sammantaget att det inte är säkerställt att så är fallet. För att uppnå det krävs det att Försäkringskassan utreder varje ärende som dess beskaffenhet kräver i de fall myndigheten överväger att bevilja eller avslå ansökan om sjukpenning, oavsett om den försäkrade är inrikes född eller född i en annan del av världen.

---

<sup>78</sup> I statistiken ingår även de som handlägger förmåner såsom smittbärrarpenning och närstående-penning. De flesta medarbetare som arbetar i den del av organisationen som enkäten riktades till är emellertid sjukpenninghandläggare.

<sup>79</sup> Försäkringskassan (2014c).

<sup>80</sup> Försäkringskassan (2013).





## Referenser

- Arai M, Regnér H, Schröder, L. (1999): *Är arbetsmarknaden öppen för alla?* Bilaga 6 till Långtidsutredningen 1999.
- Arai M, Vilhelmsson R. (2004): "Unemployment-Risk Differentials Between Immigrant and Native Workers in Sweden." *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*. Volume 43, Issue 3.
- Behtoui A, Neergaard A. (2009): "Perception of discrimination in recruitment and place of work." *Journal of Immigrant and Refugee Studies* 7:374-369.
- Blinder, A. (1973): *Wage Discrimination: Reduced Form and Structural Estimates*, *Journal of Human Resources*, volym 8.
- Brekke I, Berg JE, Sletner L, Jenum AK. (2013): "Doctor-certified sickness absence in first and second trimesters of pregnancy among native and immigrant women in Norway." *Scandinavian Journal of Public Health* 4:166–173.
- Carlsson M. (2009): *Essays on discrimination in hiring*. Linnéuniversitetet.
- Claussen B, Dalgard OS, Bruusgaard D. (2009): "Disability pensioning: Can ethnic divides be explained by occupation, income, mental distress, or health?" *Scandinavian Journal of Public Health* 37.
- Claussen B, Smeby L, Bruusgaard D. (2012): "Disability pension rates among immigrants in Norway." *Journal of Immigrant and Minority Health* 14.
- Eriksson S, Johansson P, Langenskiöld, S. (2012): *Vad är rätt profil för att få ett jobb? En experimentell studie av rekryteringsprocessen*. Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering. IFAU-rapport 2012:13, Uppsala.

Försäkringskassan (2005a): *Socialförsäkringsboken 2005. På gränsen till trygghet.*

- (2005b): *Utrikesfödd och sjukskriven – en framtid med förhinder.* Analyserar 2005:24.
- (2007): *Nej till sjukpenning. Vad hände sen?* Försäkringskassan analyserar 2007:1.
- (2008): *Deltidssjukskrivning – en registerstudie av utvecklingen 1995–2006.* Socialförsäkringsrapport 2008:12.
- (2010): *Delredovisning – Uppföljning av rehabiliteringskedjan m.m.* Promemoria, dnr 050194-2010.
- (2011a): *Varför finns det skillnader i bifallsfrekvensen inom arbetsskadeförsäkringen? En studie om orsakerna till skillnader i bifall och avslag mellan kön, födelseland och var beslut fattas.* Socialförsäkringsrapport 2011:16.
- (2011b): *Kvalitetsgranskning av läkarintyg. En del av Sjukskrivningsmiljarden.* Socialförsäkringsrapport 2011:12.
- (2012a): *Kvalitetsgranskning av läkarintyg. En del av Sjukskrivningsmiljarden 2011.* Socialförsäkringsrapport 2012:13.
- (2012b): *Vad ska ett läkarintyg innehålla?* FK 40349. 2012-08-21.
- (2013): *Handläggarnas upplevelse av sin arbetssituation. En kvalitativ studie genomförd med hjälp av djupintervjuer.* 2013-08-22.
- (2014a): *Förvaltningsrätt i praktiken. Vägledning 2004:7 version 10.*
- (2014b): *Vägledning sjukpenning och samordnad rehabilitering.* 2004:2, version 21.
- (2014c): *Medarbetarundersökning Tertial 1 – 2014.*
- (2014d): *Försäkringskassans kontrollutredningar-Andra tertialen 2014.* Dnr 042912-2014-GF.
- (2015a): *Sjukfrånvarons utveckling. Delrapport 1 2015.* Socialförsäkringsrapport 2015:6.

- (2015b): *Försäkringskassans årsredovisning 2014*.
- (2015c): *Fördjupad kvalitetsgranskning av läkarintyg*. 2015-02-09. Dnr. 15247-2013.

Helgesson M, Johansson B, Nordqvist T, Lundberg I, Vingård E. (2013): “Unemployment at a young age and later sickness absence, disability pension and death in native Swedes and immigrants.” *European Journal of Public Health* 23:606–610.

Hägglund P, Johansson P. (2016): *Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. 2016:2.

ILO (2006): *Discrimination against Native Swedes of Immigrant origin in access to Employment*. International Labour organization, Genève.

ISF – Inspektionen för socialförsäkringen (2011a): *Beslut om arbets-skada ur ett jämställdhetsperspektiv-livränta till följd av sjukdom*. ISF rapport 2011:15.

- (2011b): *Försäkringskassans hantering av underlag för beslut om sjukpenning*. ISF-rapport 2011:8.
- (2013): *När sjukpenning nekas*. ISF-rapport 2013:1.
- (2014a): *Socialförsäkringsmål i förvaltningsdomstolarna*. ISF rapport 2014:18.
- (2014b): *Produktivitet och kvalitet vid Försäkringskassans lokala försäkringscenter*. ISF-rapport 2014:24.
- (2014c): *Försäkringskassans tillämpning av lagstiftningen om graviditetspenning*. ISF-rapport 2014:25.
- (2014d): *Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande. Från Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*. ISF-rapport 2014:9.
- (2014e): *Läkarintygens betydelse för sjukfrånvaron. En registerstudie av till Försäkringskassan inkomna läkarintyg*. ISF-rapport 2014:5.

Jann B. (2008): “The Blinder-Oaxaca decomposition for linear regression models”. *The Stata Journal* 8(4), p. 453-479.

Johansson B, Helgesson M, Lundberg I, Nordqvist T, Leijon O, Lindberg P, Vingård E. (2012): "Work and health among immigrants and native Swedes 1990–2008: a register-based study on hospitalization for common potentially work-related disorders, disability pension and mortality." *BMC Public Health* 12:845.

Konjunkturinstitutet (2012): *Detaljerad Dekomponering: Alternativa lösningsmetoder för Invariansproblemet*, Fördjupnings-pm nummer 11.

Läkartidningen (2015): "Utrikes födda rapporterar mer problem efter total höftprotos än svenskfödda." 2015;112:DH 36.

Nordström Skans O, Åslund O.(2007): *Leder anonyma jobbansökningar till lika möjligheter?* Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering. IFAU-rapport 2007:28, Uppsala.

Oaxaca R. (1973): "Male-female Wage Differentials in Urban Labor Markets." *International Economic Review*, volym 14, s. 693–709.

Parsons, K S. (2001): *Reducing Bias in a Propensity Score Matched-Pair Sample Using Greedy Matching Techniques*. Paper 214-26. Ovation Research Group, Seattle, WA.

Prop. 2007/2008:136. *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete*.

Prop. 2008/09:200. *Socialförsäkringsbalk*.

Prop. 2012/13:100. *En uppföljning av sysselsättningspolitiken*.

Riksrevisionen (2009): *Beslut om sjukpenning- har Försäkringskassan tillräckliga underlag?* RiR 2009:07.

Rosenqvist Hedler K. (2000): *Ohälsa och olycksfall bland arbetstagare med utländsk bakgrund som kan bero på olika villkor i arbetslivet*. Arbetarskyddsstyrelsens rapport till regeringen om Arbetarskyddsverkets erfarenheter på området, Arbetarskyddsstyrelsen.

Rooth D. (2002): "Adopted Children in the Labour Market – Discrimination or Unobserved Characteristics?" *International Migration* 40.

Rooth D, Åslund O. (2006): *Utbildning och kunskaper i svenska: Framgångsfaktorer för invandrade?*, SNS förlag, Stockholm.

- Rooth D, Carlsson M. (2006): "Evidence of Ethnic Discrimination in the Swedish Labor Market Using Experimental Data." IZA DP No. 2281.
- Rooth D. (2007): "Implicit Discrimination in Hiring: Real World Evidence." IZA discussion Paper, 2764.
- Rothman K.J, Greenland S, Lash T.L. (2008): *Modern Epidemiology*.
- Rydgren J. (2004): "Mechanism of Exclusion: Ethnic Discrimination in the Swedish Labour Market." Journal of Ethnic and Migration Studies Vol. 30.
- SBU (2016): <http://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap--praxis/vetenskap-och-praxis/undvik-fallgropar-nar-forskningen-sammanfattas>. 2016-03-09.
- SCB (2014a): *Arbetsmarknadssituationen för hela befolkningen 15–74 år, AKU Första kvartalet 2014*. Sveriges officiella statistik. Statistiska meddelanden. AM 110 SM 1403.
- SCB (2014b): *Utvecklingen av tidsbegränsat anställda*. Sveriges officiella statistik. Statistiska meddelanden. AM 110 SM 1501.
- SCB (2014c): *Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS) 2013*, Beskrivning av statistiken, AM 0207.
- SCB – Statistiska centralbyråns webbplats: [www.scb.se](http://www.scb.se).
- Socialstyrelsen (2007): *Lägesrapport hälso- och sjukvård 2007*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
- Socialstyrelsen (2011): *Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso-och sjukvården*. Artikelnummer 2011-12-30.
- Socialstyrelsen (2012): <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutssod/overgripandeprinciperforsjukskrivning>.
- Socialstyrelsen (2015): *Socialstyrelsens föreskrifter om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m.* SOSFS 2015:23.
- SOU (2005). *Det blågula glashuset- strukturell diskriminering i Sverige*. SOU 2005:56.



## Bilaga 1 Urval och metod

### Registerstudie

Baserat på registerdata från Försäkringskassan redovisas i rapporten deskriptiv statistik över andelen i en population som dels ansöker om sjukpenning, dels får avslag på sin ansökan om sjukpenning. Avgränsning har gjorts till förvärvsarbetande enligt definitionen i SCB:s registerbaserade arbetsmarknadsstatistik (RAMS), som avser novembermätningar varje år.<sup>81</sup> Eftersom sysselsättningsuppgifter endast finns på årsbasis har ansökningar om sjukpenning under ett år matchats mot sysselsättningsstatus i november året innan. Det kan därmed finnas både en övertäckning genom att personer som vid ansökningstillfället inte längre är förvärvsarbetande är inkluderade, och en undertäckning genom att personer som blivit förvärvsarbetande sedan november året innan är exkluderade. Det bedöms dock inte påverka resultatet.

En så kallad *Blinder-Oaxaca dekomponering* har genomförts för att undersöka hur stor del av de observerade skillnaderna i avslagsfrekvens mellan inrikes födda och personer födda i andra delar av världen som kan förklaras av skillnader i sammansättning av observerbara faktorer.<sup>82</sup> I Blinder-Oaxaca dekomponering delas skillnader i en variabel mellan två grupper upp i en del som kan förklaras av skillnader i sammansättning av observerbara variabler och i en del som beror på faktorer som är okända eller icke observerbara i registren.

Utfallsvariabeln i den aktuella tillämpningen av modellen är en binär variabel som anger 1 för avslag och 0 för bifall på ansökan om sjukpenning. De förklarande variablerna i modellen redovisas i tabellen nedan.

---

<sup>81</sup> SCB (2014c).

<sup>82</sup> Se Blinder (1973) och Oaxaca (1973).



Tabell B1.1. Förklarande variabler

<i>Variabel</i>	<i>Kategorier</i>
Födelseregion	Sverige, Norden utom Sverige, EU28 utom Norden, Övriga Europa, Afrika söder om Sahara, Asien, Mellanöstern och Nordafrika inklusive Turkiet (MENA), Nordamerika, Sydamerika och Oceanien
Ålder	20–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60–64
Utbildningsnivå	Förgymnasial, gymnasial, eftergymnasial
Län	Samtliga 21 län
Inkomstgrupp	0–100, 100–200, 200–300, 300–400, 400– tkr
Sektor	Kommun, Landsting, Stat, Statliga och kommunala bolag, Privata företag, Övriga organisationer
Yrkesställning	Anställd m.m., egenföretagare, företagare med eget aktiebolag
Yrke	Klassificering enligt SSYK1
Barn 0-6 år	Ja/nej
Diagnos*	Gruppering av ICD-10: Tumörer, Psykiska sjukdomar, Hjärta och kärl, Andningsorganen, Rörelseorganen, Graviditet, Skador och förgiftningar, Symtom, Övriga, Saknas/okänd
Sjukskrivningstid första läkarintyg	Antal veckor (kontinuerlig)

I den här studien har en så kallad poolad regression i enlighet med Jann (2008) använts, där koefficienterna för inrikes och utrikes födda skattas tillsammans. Denna metod användes även i ISF-rapporten Socialförsäkringsmål i förvaltningsdomstolarna.<sup>83</sup>

För att underlätta tolkningen av resultatet har skattningarna av modellen genomförts med linjär sannolikhetsmodell (OLS). Detta gör att de förklarade och oförklarade skillnaderna i avslagsfrekvens mellan inrikes och utrikes födda kan uttryckas i procentenheter. En känslighetsanalys har dock genomförts (redovisas inte) som visar att skattningar med logistisk regression, logit, ger liknande resultat och inte påverkar slutsatserna.

<sup>83</sup> ISF (2014a). För en utförligare beskrivning av metoden, se metodbilagan i den rapporten.

## Aktstudie

### *Urvalsram*

De data som har använts i registerstudien har också använts för att göra urvalet till aktgranskningen. För att ingå i urvalsramen behöver samtliga av följande kriterier vara uppfyllda:

1. Född i Sverige eller MENA
2. Ansökan om sjukpenning någon gång under åren 2012 och 2013
3. Uppgift om diagnos från ett intyg i läkarintygsregistret<sup>84</sup>
4. Huvuddiagnos inom avsnittet M50–M54 (andra ryggsjukdomar)
5. Förvärvsarbetande november året före ansökan om sjukpenning
6. Anställd eller egenföretagare vid sjukanmälan (gäller endast bifallsärenden)

Personer födda i MENA har valts med anledning av att det är den födelseregion med högst avslagsfrekvens under den studerade perioden. En tvåårsperiod har använts för att få tillräckligt stort urval av avslag. Tidsperioden har vidare begränsats något av tillgången till sysselsättningsdata vid urvalstillfället.

Anledning till valt diagnosavsnitt är att diagnosavsnittet

1. ska vara vanligt förekommande i sjukförsäkringen,
2. ska ha en hög andel avslag på ansökan om sjukpenning, och
3. ska ha en väsentlig skillnad i andel avslag mellan inrikes och utrikes födda.

Diagnoskapitlet sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven (M00–M99) uppfyller samtliga kriterier ovan. I likhet med övriga diagnoskapitel skiljer sig diagnoserna åt även inom detta diagnoskapitel avseende hur de påverkar arbetsförmågan. Det är därför angeläget att förfina vilka diagnoser som ska ingå i aktstudien.

---

<sup>84</sup> Se ISF (2014f) för beskrivning av registret.

Annars finns risken att försäkrade med väsentligt skilda medicinska tillstånd jämförs. För att jämförelsen ska bli så ändamålsenlig som möjligt granskas ärenden där de försäkrades huvuddiagnos är andra ryggsjukdomar (M50-M54). Det är därför logiskt att göra en komparativ analys av avslag och bifall för inrikes födda och personer födda inom en specifik region med diagnoserna M50-M54. Det finns tillräckligt många försäkrade med diagnos M50-M54, vilket gör att det finns en säkerhet i datamaterialet. Dessa diagnoskapitel är också generellt överrepresenterade i avslagsstatistiken (bra power).

### *Propensity-score urval*

Gruppen inrikes födda och födda i MENA skiljer sig en del åt vad gäller fördelning av kön, ålder, utbildningsnivå med mera (se Tabell B1.2). Exempelvis är andelen kvinnor i urvalsramen betydligt högre för inrikes födda än för personer födda i MENA, både bland bifallen och avslagen. Personer från MENA är vidare i genomsnitt yngre och mer högutbildade än de inrikes födda i urvalsramen. Andelen egenföretagare och småbarnsföräldrar är också högre bland MENA-födda.

Med anledning av detta har urvalet dragits med hjälp av en metod som kallas för *propensity score* i enlighet med Parsons<sup>85</sup>. Metoden syftar i det här fallet till att de inrikes födda i urvalet ska vara så jämförbara som möjligt med de MENA-födda i urvalet. Detta görs genom att de inrikes födda som ingår i urvalsramen matchas mot en slags slumpmässig tvilling i MENA-gruppen baserat på specifika egenskaper (propensity score). Matchningen har gjorts utifrån kön, ålder, utbildningsnivå, yrkesställning, yrke och om de har barn under 6 år i enlighet med grupperingen i tabell B1.2. Det finns en begränsning i hur många variabler och kategorier som kan användas i matchningen, då en ökad detaljnivå förutom förbättrad precision medför ett ökat bortfall.

Eftersom fokus för frågeställningen är skillnader i beslutsunderlagen mellan inrikes och utrikes födda har matchningen gjorts separat för bifallen och avslagen. Det gör att beslutsunderlagen för inrikes födda och MENA-födda som får avslag kan jämföras med varandra, och

---

<sup>85</sup> Parsons (2011).

motsvarande gäller för bifallen. Detta tillvägagångssätt innebär dock att beslutsunderlagen inte kan jämföras mellan dem som får avslag med dem som får bifall.

Tabell B1.2. Beskrivning av urvalsram och urval för aktgranskning

	Avslag				Bifall			
	Urvalsram		Urval		Urvalsram		Urval	
	Sverige	MENA	Sverige	MENA	Sverige	MENA	Sverige	MENA
<b>Antal</b>	708	181	151	151	41 809	3 454	150	150
<i>Kön</i>								
Kvinnor	62 %	36 %	43 %	44 %	58 %	40 %	40 %	40 %
Män	38 %	64 %	57 %	56 %	42 %	60 %	60 %	60 %
<i>Ålder</i>								
20-29	15 %	12 %	15 %	13 %	11 %	11 %	11 %	11 %
30-39	19 %	23 %	21 %	21 %	19 %	28 %	23 %	23 %
40-49	27 %	34 %	33 %	35 %	29 %	33 %	32 %	32 %
50-59	29 %	28 %	26 %	27 %	29 %	24 %	31 %	31 %
60-64	11 %	3 %	5 %	4 %	12 %	4 %	3 %	3 %
<i>Utbildningsnivå</i>								
Förgymnasial	17 %	27 %	31 %	27 %	16 %	28 %	27 %	25 %
Gymnasial	66 %	42 %	51 %	50 %	63 %	44 %	49 %	50 %
Eftergymnasial	18 %	31 %	18 %	23 %	21 %	28 %	24 %	25 %
<i>Yrkesställning</i>								
Anställd	93 %	83 %	87 %	85 %	97 %	90 %	88 %	89 %
Egenföretagare	7 %	17 %	13 %	15 %	3 %	10 %	12 %	11 %
<i>Yrke (SSYK1)</i>								
Kvalificerade yrken (0-3)	19 %	7 %	7 %	8 %	23 %	11 %	13 %	13 %
Service (4-5)	43 %	35 %	42 %	41 %	37 %	33 %	32 %	32 %
Jordbruk och industri (6-8)	21 %	21 %	15 %	18 %	27 %	23 %	24 %	23 %
Lågkvalificerade yrken (9)	9 %	15 %	15 %	12 %	9 %	19 %	17 %	17 %
Saknas/okänd	8 %	22 %	22 %	21 %	4 %	14 %	15 %	15 %
<i>Barn 0-6 år</i>								
Ja	18 %	29 %	21 %	26 %	16 %	31 %	22 %	23 %
Nej	82 %	71 %	79 %	74 %	84 %	69 %	78 %	77 %

Anm.: Varje kolumn summeras till 100 % inom respektive kategori.

Källa: Försäkringskassan (Läkarintygsregistret, Midas), ISF:s bearbetningar.

Det finns ett litet bortfall i urvalet av personer från MENA som inte kunnat matchas mot en tvilling. Bortfallet är cirka 17 procent bland avslagen och 2 procent bland bifallen. Det innebär att av de 181 personerna från MENA i urvalsramen med avslag, så ingår 151 i urvalet. Bland bifallen har 150 par dragits genom ett obundet slumpmässigt urval efter genomförd matchning.

#### *Bortfall i aktgranskningen*

Alla 302 akter som ingått i urvalet har inte kunnat granskas, med anledning av att de inte uppfyllde villkoren för att ingå i urvalet. Det finns dock ingen systematik i bortfallet som påverkar analysen av resultatet. Det enda som utmärker sig är att 10 fall bland inrikes födda som var registrerade som avslag visade sig vara bifall.

Tabell B1.3. Orsaker till bortfall

	<i>Avslag inrikes</i>	<i>Avslag MENA</i>	<i>Bifall inrikes</i>	<i>Bifall MENA</i>	<i>Totalt</i>
<i>Orsak till bortfall, antal</i>					
Ej avslag	10	0	0	0	10
Diagnos ej M50- M54	1	3	2	3	9
Utanför urvals- perioden	3	2	1	0	6
Felaktig ansökan	1	2	1	0	4
SGI 0	0	3	0	1	4
Indragning av sjukpenning	0	1	1	1	3
Kort sjukfall och sjuklön betalas av arbetsgivaren	0	1	0	0	1
Läkarintyg saknas	0	1	0	0	1
Övrigt	0	4	2	3	9
<i>Andel och antal totalt</i>	10 % (15)	11 % (17)	5 % (7)	5 % (8)	8 % (47)

### *Delvis blindade akter*

Blindning innebär att man hemlighåller vilka försökspersoner som får den ena eller den andra av de testade behandlingsformerna. I idealfallet ska gruppindelningen vara hemlig för försökspersoner, försöksledare och för de som värderar resultatet. Blindningen syftar till att skydda mot observationsfel. Med det avses att de förväntningar som kan påverka behandlingsresultatet ska förhindras.<sup>86</sup> Rothman med flera menar att blindning ska tillämpas när det är möjligt vid kliniska experiment och försök. De som är involverade i experimentet ska inte ha kännedom om vilken typ av medicinsk behandling som ges. Det viktigaste är att den som analyserar och bedömer resultatet är ovetandes om vilken behandlingsgrupp personen tillhör.<sup>87</sup>

I föreliggande studie har blindning delvis tillämpats, men på ett annat sätt än vid kliniska experiment. Akter granskades med hjälp av frågor som baserades på olika hypoteser till varför MENA-födda i större utsträckning får avslag. En av hypoteserna var att försäkrade födda i MENA har sämre kvalitet i sina läkarintyg. I syfte att minska granskarens förväntningar på innehållet i läkarintyget och därmed hur frågorna besvarades ströks de försäkrades namn över. Granskaren kunde därmed i regel inte veta om läkarintyget handlade om en inrikes född eller en MENA-född. Detta förfarande var dock inte möjligt att genomföra i den delen av aktstudien där beslutsunderlaget och Försäkringskassans handläggning granskades i stort, vilket beror på att den försäkrades ursprung framgick på flera ställen i akten. Om det exempelvis av ansökan framgick att den försäkrades skriftliga svenska är bristfällig så kunde granskaren förstå att den försäkrade var född i MENA.

### *Fördelar och nackdelar med aktstudie och registerstudie som metod*

Fördelen med registerstudien är att den ger en omfattande beskrivning av hur avslagsandelarna ser ut fördelat på tidsperiod, diagnoskapitel, kön, etcetera. I registerstudien går det också att analysera om bakomliggande variabler kan förklara avslagsskillnaderna, till exempel variabler som utbildning och yrke. Nackdelen är att analysen begränsas till den information som är tillgänglig i register.

---

<sup>86</sup> Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2016).

<sup>87</sup> Rothman, m.fl. (2008).

Aktstudien möjliggör granskning av vissa icke observerbara faktorer som inte kan fångas i registerstudien, eftersom informationen i akterna är mer djuplodande jämfört med registerdata. Det finns emellertid även i aktstudien icke observerbara faktorer som inte kan studeras. En akt ska innehålla allt som har betydelse för beslutet, men det är ändå inte möjligt att få en fullständig beskrivning av handläggningen. Det beror bland annat på att allt inte noteras i journalen, till exempel informella samtal med kollegor om vilka åtgärder som ska göras i ett ärende. Dessutom återges samtalen med de försäkrade endast som sammanfattningar av samtalets innehåll, vilket gör att en del uppgifter som har påverkat handläggningen kan ha sållats bort. Därtill fångar inte aktstudien den ”intuition” eller ”känsla” som handläggaren har efter kontakt med den försäkrade och andra relevanta aktörer.

Fördelen i föreliggande granskning är att metoderna kombineras och kompletterar varandra. Det som framgår av registerstudien kan analyseras djupare i aktstudien och det som framkommer av akterna kan öka förståelsen av resultatet i registerstudien.

Aktstudiens resultat har analyserats i programmet Stata. Skillnaderna mellan MENA-födda som fått avslag och inrikes födda som fått avslag har testats med hjälp av chi2 test. På samma sätt har skillnader mellan MENA-födda och inrikes födda som fått bifall analyserats.





## Bilaga 2 Resultat från registerstudien

Tabell B2.1. Skillnad i andel ansökningar (procentenheter) mellan inrikes födda och andra födelseregioner under åren 2012 – 2014

	<i>Kvinnor</i>		<i>Män</i>	
	<i>Skillnad</i>	<i>Oförklarad skillnad</i>	<i>Skillnad</i>	<i>Oförklarad skillnad</i>
Sverige	ref		ref	
Norden utom Sverige	1,8***	0,9***	2,2***	0,9***
EU28 utom Norden	-0,7***	-0,2	-0,2*	-0,2
Övriga Europa	1,1***	0,0	2,3***	1,2***
Afrika söder om Sahara	-0,7**	-2,9***	0,3	1,4***
Asien	-2,4***	-3,2***	-1,6***	-1,4***
MENA	3,6***	2,4***	2,3***	1,5***
Nordamerika	-1,0**	-0,1	-0,4	0,1
Sydamerika	2,6***	1,2***	1,6***	0,6**
Oceanien	-2,3*	-0,8	-1,4**	-0,1
Utrikes födda	0,7***	0,0	1,0***	0,5***

*Anm.:* \*\*\*, \*\* och \* anger signifikans på 0,1-, 1- respektive 5-procentsnivån. Inrikes födda utgör referenspunkt i analysen.

*Källa:* Försäkringskassan (MiDAS, Store), ISF:s bearbetningar.

Tabell B2.2. Sannolikheten att få avslag på ansökan om sjukpenning

	<i>Kvinnor</i>		<i>Män</i>	
	<i>Skattning</i>	<i>Konfidensintervall</i>	<i>Skattning</i>	<i>Konfidensintervall</i>
Konstant	0,0045***	(0,003; 0,0059)	0,006***	(0,0041; 0,008)
<i>Födelseland</i>				
Inrikes född	ref		ref	
Utrikes född	0,0048***	(0,0041; 0,0056)	0,007***	(0,006; 0,008)
<i>År</i>				
2012	ref		ref	
2013	-0,0033***	(-0,004; -0,0027)	-0,0016***	(-0,0025; -0,0008)
2014	-0,0067***	(-0,0074; -0,006)	-0,0041***	(-0,005; -0,0033)
<i>Ålder</i>				
20-29	0	(-0,0009; 0,001)	-0,0031***	(-0,0043; -0,0019)
30-39	-0,0005	(-0,0013; 0,0004)	-0,0016**	(-0,0027; -0,0005)
40-49	ref		ref	
50-59	-0,0011**	(-0,0018; -0,0003)	0	(-0,001; 0,0009)
60-	-0,0021***	(-0,0031; -0,001)	-0,0016*	(-0,0028; -0,0003)
<i>Län/landsting</i>				
01 Stockholm	0,0065***	(0,0056; 0,0074)	0,0062***	(0,0051; 0,0074)
03 Uppsala	0,0032***	(0,0017; 0,0047)	0,0016	(-0,0004; 0,0035)
04 Södermanland	0,002*	(0,0004; 0,0036)	0,0022*	(0,0002; 0,0042)
05 Östergötland	0,0012	(-0,0003; 0,0026)	0,0001	(-0,0016; 0,0019)
06 Jönköping	0,0042***	(0,0026; 0,0058)	0,0038***	(0,0019; 0,0057)
07 Kronoberg	0,0047***	(0,0027; 0,0067)	0,0033**	(0,0008; 0,0057)
08 Kalmar	0,0036***	(0,0018; 0,0055)	0,0038***	(0,0016; 0,0061)
09 Gotland	0,0068***	(0,0029; 0,0107)	0,0027	(-0,0021; 0,0076)
10 Blekinge	0,0056***	(0,0034; 0,0077)	0,0048***	(0,0021; 0,0075)
12 Skåne	0,0038***	(0,0028; 0,0048)	0,0044***	(0,0031; 0,0056)
13 Halland	0,0005	(-0,0012; 0,0021)	0,0001	(-0,0019; 0,0021)
14 Västra Götaland	ref		ref	
17 Värmland	0,001	(-0,001; 0,0029)	0,0002	(-0,0022; 0,0026)
18 Örebro	0,0021*	(0,0003; 0,0039)	0,0018	(-0,0006; 0,0041)
19 Västmanland	0,007***	(0,0052; 0,0088)	0,0044***	(0,0022; 0,0066)
20 Dalarna	0,0057***	(0,0041; 0,0074)	0,0045***	(0,0024; 0,0066)
21 Gävleborg	0,0073***	(0,0057; 0,0089)	0,0044***	(0,0024; 0,0064)
22 Västernorrland	0,0061***	(0,0044; 0,0078)	0,0044***	(0,0022; 0,0065)
23 Jämtland	0,0058***	(0,0036; 0,0081)	0,0037*	(0,0008; 0,0065)
24 Västerbotten	0,0084***	(0,0068; 0,01)	0,0055***	(0,0035; 0,0076)
25 Norrbotten	0,0076***	(0,006; 0,0093)	0,0057***	(0,0036; 0,0078)

<i>Utbildningsnivå</i>				
Förgymnasial	0,0024***	(0,0014; 0,0033)	0,0014**	(0,0005; 0,0023)
Gymnasial	ref		ref	
Eftergymnasial	0	(-0,0008; 0,0007)	-0,0001	(-0,0012; 0,0009)
<i>Sektor året innan</i>				
Stat	-0,0018***	(-0,0025; -0,0011)	-0,0022***	(-0,0036; -0,0009)
Landsting	-0,004***	(-0,0053; -0,0026)	-0,0032***	(-0,0051; -0,0013)
Kommun	-0,0033***	(-0,0043; -0,0023)	-0,0034**	(-0,0058; -0,001)
Statliga och kommunala bolag	-0,0046***	(-0,006; -0,0033)	-0,0045***	(-0,006; -0,0031)
Privata företag	ref		ref	
Övriga organisationer	-0,001	(-0,0024; 0,0004)	-0,0016	(-0,0036; 0,0005)
<i>Yrkesställning</i>				
Anställd m.m.	ref		ref	
Egenföretagare	0,0009	(-0,0012; 0,003)	0,0001	(-0,0016; 0,0018)
Företagare med eget aktiebolag	0,0019	(-0,0012; 0,005)	-0,0018	(-0,0037; 0,0002)
<i>Yrke året innan (SSYK1)</i>				
1 Ledningsarbete	-0,0029**	(-0,0048; -0,001)	-0,002	(-0,0042; 0,0002)
2 Arbete som kräver teoretisk specialistkompetens	-0,0004	(-0,0015; 0,0007)	-0,0009	(-0,0026; 0,0009)
3 Arbete som kräver kortare högskoleutbildning	-0,0019***	(-0,0028; -0,001)	-0,0026***	(-0,0041; -0,001)
4 Kontors- och kundservicearbete	-0,0019***	(-0,0029; -0,0008)	-0,0036***	(-0,0054; -0,0017)
5 Service-, omsorgs- och försäljningsarbete	ref		ref	
6 Arbete inom jordbruk, trädgård, skogsbruk och fiske	-0,0019	(-0,0057; 0,002)	-0,0014	(-0,0041; 0,0013)
7 Hantverksarbete inom byggverksamhet och tillverkning	-0,0028*	(-0,0054; -0,0001)	-0,0025***	(-0,0038; -0,0011)
8 Process- och maskinoperatörsarbete, transportarbete m.m.	-0,0022**	(-0,0037; -0,0006)	-0,0029***	(-0,0043; -0,0015)
9 Arbete utan krav på särskild yrkesutbildning	-0,0014*	(-0,0025; -0,0002)	-0,0023**	(-0,004; -0,0006)
Saknas/okänd	0,0042***	(0,0025; 0,0058)	0,0002	(-0,0017; 0,0021)

Bilaga 2 Resultat från registerstudien

<i>Inkomst året innan (tkr)</i>				
-100	0,0219***	(0,0199; 0,024)	0,0257***	(0,023; 0,0283)
100-200	0,0112***	(0,0103; 0,0122)	0,0158***	(0,0144; 0,0172)
200-300	0,0023***	(0,0016; 0,003)	0,0058***	(0,005; 0,0067)
300-400	ref		ref	
400-	-0,0007	(-0,0019; 0,0004)	-0,0015**	(-0,0025; -0,0005)
<i>Barn 0-6 år</i>				
Ja	-0,0009*	(-0,0017; -0,0001)	0,001	(0; 0,002)
Nej	ref		ref	
<i>Tidigare avslag</i>				
Ja	0,1593***	(0,1559; 0,1627)	0,1728***	(0,168; 0,1775)
Nej				
<i>Huvuddiagnos</i>				
C00-D48 Tumörer	-0,0151***	(-0,0166; -0,0137)	-0,0139***	(-0,0159; -0,012)
F00-F99 Psykiska sjukdomar	0,0007	(-0,0001; 0,0015)	0,0009	(-0,0002; 0,0019)
I00-I99 Hjärta och kärl	-0,0063***	(-0,0082; -0,0044)	-0,0094***	(-0,011; -0,0078)
J00-J99 Andningsorganen	-0,0055***	(-0,0068; -0,0041)	-0,0063***	(-0,0081; -0,0045)
M00-M99 Rörelseorganen	ref		ref	
O00-O99 Gravitet	-0,0063***	(-0,0075; -0,0051)		
R00-R99 Symtom och sjukdomstecken	0,0099***	(0,0085; 0,0113)	0,0072***	(0,0053; 0,0092)
S00-T98 Skador och förgiftningar	-0,0088***	(-0,0099; -0,0077)	-0,0099***	(-0,011; -0,0089)
Övriga sjukdomar	-0,0054***	(-0,0062; -0,0045)	-0,0063***	(-0,0073; -0,0052)
Okänd	-0,014	(-0,0424; 0,0143)	-0,0242	(-0,0838; 0,0354)
<i>Sjukskrivningstid första läkarintyg (kontinuerlig)</i>				
Veckor	0,00076***	(0,00054; 0,00097)	0,00044***	(0,00018; 0,0007)
Veckor^2	0,00012***	(0,0001; 0,00013)	0,00008***	(0,00006; 0,00009)

Anm.: \*\*\*, \*\* och \* anger signifikans på 0,1-, 1- respektive 5-procentsnivån.

Källa: Försäkringskassan (MiDAS, Store), ISF:s bearbetningar.

Tabell B2.3. Sannolikheten att få avslag på ansökan om sjukpenning beroende på ålder vid bosättning i Sverige

Ålder vid bosättning i Sverige	Kvinnor		Män	
	Skillnad	Oförklarad skillnad	Skillnad	Oförklarad skillnad
Född i Sverige	ref		ref	
0–9 år	0,0017*	0,0010	0,0040***	0,0025*
10–19 år	0,0060***	0,0052***	0,0077***	0,0058***
20–29 år	0,0065***	0,0049***	0,0099***	0,0068***
30+ år	0,0096***	0,0079***	0,0145***	0,0104***
Okänd	0,0002	–0,0001	0,0032	0,0017

Anm.: \*\*\*, \*\* och \* anger signifikans på 0,1-, 1- respektive 5-procentsnivån. För övrigt samma förklarande variabler som i tabell B2.2.

Källa: Försäkringskassan (MiDAS, Store), ISF:s bearbetningar.



## Bilaga 3 Resultat från aktstudien

Tabell B3.1. Undersökningar och observationer som ligger till grund för läkarens bedömning i läkarintyget

<i>Typ av åtgärd eller undersökning</i>	<i>Avslag inrikes</i>	<i>Avslag MENA</i>	<i>Bifall inrikes</i>	<i>Bifall MENA</i>
	n=136	n=134	n=143	n=142
Beskrivning av patientens rörelsemönster	28 % (38)	34 % (46)	29 % (42)	35 % (49)
Läkarens undersökning av patienten	67 % (91)	78 % (105) <sup>1</sup>	62 % (88)	65 % (93)
Smärtskattning	15 % (20)	9 % (12)	10 % (15)	11 % (16)
Laséguetest	18 % (25)	28 % (37) <sup>2</sup>	23 % (33)	25 % (36)
Test av reflex, känsel, styrka	27 % (37)	29 % (39)	28 % (40)	36 % (51)
Röntgen (slät, MR,CT)				
Antingen i det första eller andra läkarintyget.	26 % (36) <sup>3</sup>	16 % (22)	29 % (42) <sup>4</sup>	18 % (26)

<sup>1</sup> MENA-födda har oftare än inrikes födda läkarens undersökning som grund. Skillnaden är signifikant på 5-procentsnivån.

<sup>2</sup> Undersökningen baseras oftare på laséguetest för MENA-födda än inrikes födda. Skillnaden är signifikant på 10-procentsnivån.

<sup>3</sup> Inrikes födda erbjuds oftare röntgen än MENA-födda bland avslagsärendena. Skillnaden är signifikant på 5-procentsnivån.

<sup>4</sup> Inrikes födda erbjuds oftare röntgen än MENA-födda bland bifallsärendena. Skillnaden är signifikant på 5-procentsnivån.





## Bilaga 4 Resultat utan specifika läkare

Tabell B4.1. Andel (%) med anställning, egen företagare och bedömningsgrund vid beslutet om sjukpenning

	<i>Avslag inrikes</i>	<i>Avslag MENA</i>	<i>Bifall inrikes</i>	<i>Bifall MENA</i>
	n=135	n=109	n=143	n=136
Anställd/egen företagare <sup>1</sup>	53 % (72)	49 % (53)	100 % (143)	96 % (131)
FK bedömer mot arbetsuppgifter hos arbetsgivare	33 % (45)	29 % (32)	98 % (140)	96 % (130)
FK bedömer mot normalt förekommande arbeten <sup>2</sup>	64 % (86)	64 % (70)	1,4 % (2)	3,7 % (5)

I denna grupp inkluderas även personer med deltidsanställning. Personerna kan på den delen de inte arbetar vara arbetslösa, ha sjukersättning eller vara ej arbetssökande. Totalt bedöms funktionsförmågan i 7 av de granskade ärendena (1,3 %) gentemot att vårda barn. De som har föräldrapenning kan vid sjukdom ansöka om sjukpenning. Det förutsätter att någon annan vårdar barnet.

<sup>2</sup> Kolumnerna *FK bedömer mot arbetsuppgifter hos arbetsgivare* och *FK bedömer mot normalt förekommande arbeten* summerar inte till 100 procent. Det beror på att några försäkrade befinner sig på dag 180 eller senare i rehabiliteringskedjan och att deras arbetsförmåga därför bedöms mot normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden. Det beror också på att arbetsförmågan hos vissa försäkrade provas gentemot att vårda barn och att andelarna avrundas till hela procent.

Tabell B4.2. Andel (%) försäkrade som är åter i arbete eller inskriven på Arbetsförmedlingen vid tillfället för bedömning av rätten till sjukpenning

	<i>Avslag inrikes</i>	<i>Avslag MENA</i>	<i>Bifall inrikes</i>	<i>Bifall MENA</i>
	n=135	n=109	n=143	n=136
Avslutat sjukskrivningen	21 % (29)	28 % (30)	38 % (55)	54 % (73) <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Födda i MENA har bland bifallsärendena i större utsträckning avslutat sjukskrivningen vid beslutstillfället jämfört med inrikes födda. Skillnaden är signifikant på 5-procentsnivån.

Tabell B4.3. Ansökan om sjukpenning och Försäkringskassans utredning

	<i>Avslag inrikes</i>	<i>Avslag MENA</i>	<i>Bifall inrikes</i>	<i>Bifall MENA</i>
	n=135	n=109	n=143	n=136
Tydlig beskrivning av arbetsuppgifter <sup>1</sup>	89 % (40)	72 % (23) <sup>2</sup>	81 % (113)	72 % (94)
Tydlig beskrivning av hur sjukdomen påverkar arbetsförmågan	63 % (85)	60 % (65)	71 % (102)	64 % (90)
Komplettering/kontakt med den försäkrade har skett	49 % (66)	42 % (46)	40 % (57)	46 % (62)
Komplettering/kontakt med den försäkrade har skett på FK:s initiativ	39 % (52)	18 % (20) <sup>3</sup>	27 % (39)	35 % (48)
Kontakt med arbetsgivare/ Arbetsförmedlingen m.m.	23 % (31)	25 % (27)	12 % (17)	13 % (17)

<sup>1</sup>Andel av de som har ett arbete. Anledningen till att antalet är färre i avslagsurvalen jämfört med bifallsurvalen är att färre är förvärvsarbetande och därmed inte har specifika arbetsuppgifter att beskriva.

<sup>2</sup>Bland avslagsärendena beskriver MENA-födda sina arbetsuppgifter i större utsträckning tydligt jämfört med inrikes födda. Skillnaden är signifikant på 10-procentsnivån.

<sup>3</sup>Försäkringskassan tar bland avslagsärendena i lägre grad initiativ till utredning med MENA-födda jämfört med inrikes födda. Skillnaden är signifikant på 1-procentsnivån.

Tabell B4.4. Andel läkarintyg utfärdade via telefonkontakt, retroaktiva läkarintyg och Försäkringskassans begäran om komplettering av dem

	<i>Avslag inrikes</i>	<i>Avslag MENA</i>	<i>Bifall inrikes</i>	<i>Bifall MENA</i>
	n=135	n=109	n=143	n=136
Via telefon första läkarintyget	10 % (13)	9 % (10)	15 % (22) <sup>1</sup>	6 % (9)
Via telefon andra läkarintyget <sup>2</sup>	22 % (16) <sup>3</sup>	7 % (4)	33 % (27) <sup>4</sup>	16 % (10)
Retroaktivt första läkarintyget	37 % (50) <sup>5</sup>	25 % (27)	29 % (42)	31 % (42)
Försäkringskassan ber läkaren komplettera intyget	36 % (49)	36 % (39)	6 % (8)	13 % (18) <sup>6</sup>

<sup>1</sup> I bifallsärenden har inrikes födda i större utsträckning än MENA-födda ett läkarintyg som baseras på telefonkontakt. Skillnaden är signifikant på 5-procentsnivån.

<sup>2</sup> Det är färre observationer för *Läkarintyg 2* eftersom det är endast cirka hälften som har fler än 1 läkarintyg. Totalt rör det sig om 279 fall.

<sup>3</sup> I avslagsärenden har inrikes födda i större utsträckning än MENA-födda ett läkarintyg som baseras på telefonkontakt. Skillnaden är signifikant på 5-procentsnivån.

<sup>4</sup> I bifallsärendena har inrikes födda i större utsträckning än MENA-födda ett läkarintyg som baseras på telefonkontakt. Skillnaden är signifikant på 5-procentsnivån.

<sup>5</sup> I avslagsärenden har inrikes födda i större utsträckning än MENA-födda ett läkarintyg som är retroaktivt utfärdat. Skillnaden är signifikant på 5-procentsnivån.

<sup>6</sup> Bland bifallen ber Försäkringskassan läkaren om komplettering i högre grad för personer födda i MENA jämfört med inrikes födda. Skillnaden är signifikant på 5-procentsnivån.

Tabell B4.5. Andel med bidiagnos och beskrivning av sjukdomens förhistoria

	<i>Avslag inrikes</i>	<i>Avslag MENA</i>	<i>Bifall inrikes</i>	<i>Bifall MENA</i>
	n=135	n=109	n=143	n=136
Bidiagnos i det första läkarintyget	29 % (40)	41 % (45) <sup>1</sup>	10 % (15)	18 % (25) <sup>2</sup>
Sjukdomshistorik i första läkarintyget	81 % (109)	84 % (92)	91 % (130)	89 % (121)
Röntgenererbjudande	27 % (36)	20 % (22)	29 % (42) <sup>3</sup>	19 % (26)

<sup>1</sup> MENA-födda har bland avslagsärendena i större utsträckning än inrikes födda minst en bidiagnos. Skillnaden är signifikant på 10-procentsnivån.

<sup>2</sup> MENA-födda har bland bifallsärendena i större utsträckning än inrikes födda minst en bidiagnos. Skillnaden är signifikant på 10-procentsnivån.

<sup>3</sup> Inrikes födda erbjuds oftare röntgen än MENA-födda bland bifallsärendena. Skillnaden är signifikant på 5-procentsnivån.

Tabell B4.6. Läkarens beskrivning av aktivitetsbegränsningen

	<i>Avslag inrikes</i>	<i>Avslag MENA</i>	<i>Bifall inrikes</i>	<i>Bifall MENA</i>
	n=135	n=109	n=143	n=136
Tydlig beskrivning av aktivitetsbegränsningen i första läkarintyget	50 % (67)	50 % (55)	69 % (98) <sup>1</sup>	59 % (80)
Tydlig beskrivning av aktivitetsbegränsningen i andra läkarintyget	41 % (30)	57 % (33) <sup>2</sup>	76 % (63)	72 % (46)

<sup>1</sup> Inrikes födda har i högre grad en tydlig beskrivning av hur sjukdomen sätter ned arbetsförmågan. Skillnaden är signifikant på 10-procentsnivån.

<sup>2</sup> Personer födda i MENA har i högre grad en tydlig beskrivning av hur sjukdomen sätter ned aktivitetsförmågan i det andra läkarintyget. Skillnaden är signifikant på 10-procentsnivån.

## Bilaga 5 Frågorna i aktstudien

För urvalet beställdes fullständiga sjukpenningärendeakter från Försäkringskassan inklusive ärendejournal och aktens innehållsförteckning. Utredare på ISF granskade enskilt ärendeakterna och läkarintygen. De uppgifter som granskades och registrerades omfattade huvudsakligen följande.

### *Uppgifter från ärendeakt*

- vilken sjukskrivningsgrad som gällde
- om ett annat pågående ärende fanns och om Försäkringskassan hämtat in relevant information från det ärendet till det aktuella
- vilket arbetsmarknadsstatus som fanns vid sjukfallets start, mot vilken sysselsättning Försäkringskassan gjort sin bedömning och hur sjukdomen enligt läkarintyg påverkat förmågan att arbeta
- om skriftlig komplettering hade skett
- vem som hade tagit initiativ till kontakt som syftar till att utreda rätten till sjukpenning, till exempel om det var Försäkringskassan eller den försäkrade
- om arbetsgivare, fackförbund eller Arbetsförmedlingen hade involverats i utredningen
- om tolk hade erbjudits och om denna i så fall var auktoriserad eller om det var en anhörig eller vän

- om det försäkringsmedicinska beslutsstödet hade använts i kommunikationen med den försäkrade
- om försäkringsmedicinsk rådgivare hade varit involverad och på vilket sätt, genom gruppkonsultation eller enskilt yttrande i det aktuella ärendet
- om den försäkrade hade ansökt om sjukpenning för tid före anmälan, det vill säga gjort en delvis retroaktiv ansökan, och om Försäkringskassans hade kommunicerat avslag om detta

#### *Uppgifter från läkarintyg i ärendeakt*

- när läkarintyget utfärdades, om det var retroaktivt utfärdat, om det var kopierat från annan akt och om intyget hänvisar till annat underlag eller tidigare intyg
- vad läkarintyget har baserats på, om status och objektiva undersökningsfynd på organnivå är beskrivna – även uppgift om hur läkaren beskriver den försäkrades besvär, om det är en upprepning av vad den försäkrade uppger eller baserat på läkarens egen bedömning
- vilken ordination eller rekommendation läkaren har gett den försäkrade, till exempel sjukgymnastik, träning, vila, röntgen, undvika belastning
- vilken arbetsförmågebedömning läkaren har gjort och utifrån vilken sysselsättning såsom nuvarande arbete, arbetslös
- om läkaren i förekommande fall har motiverat varför tiden i beslutsstödet har överskridits

## Bilaga 6 Läkarintyget



 **Försäkringskassan**  
0771-524 524  
www.forsakringskassan.se

**Läkarintyg**  
enligt 27 kap. 26 § socialförsäkringsbalken  
Patientens namn

1 (2)

Personnummer

Sändes till  
Försäkringskassans inlämningscentral  
839 88 Östersund

Om patienten inte är känd ska han eller hon styrka sin identitet genom legitimation med foto (SOSFS 2005:28)

**1**  Avstängning enligt smittskyddslagen på grund av smitta (fortsätt till fält 6 b)

**2** Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga Diagnoskod enligt ICD-10 (Huvuddiagnos)  
Minst tre positioner

**3** Aktuellt sjukdomsförlopp

**4** Funktionsnedsättning - observationer, undersökningsfynd och utredningsresultat Intyget baseras på Datum

min undersökning av patienten \_\_\_\_\_

min telefonkontakt med patienten \_\_\_\_\_

journaluppgifter \_\_\_\_\_

annat (ange vad i fält 13) \_\_\_\_\_

**5** Aktivitetsbegränsning relaterat till diagnos (fält 2) och funktionsnedsättning (fält 4)

**6 a** Rekommendationer

kontakt med Arbetsförmedlingen

kontakt med företagshälsovården

Övrigt (ange vad) \_\_\_\_\_

**6 b** Planerad eller pågående behandling eller åtgärd

inom sjukvården (ange vilken) \_\_\_\_\_

annan åtgärd (ange vilken) \_\_\_\_\_

FK 72631104 Fördjupad i Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen 2010-04-13

72631104

Personnummer

2 (2)

**7** Är arbetslivsriktad rehabilitering aktuell?

Ja  Nej  Går inte att bedöma

**8 a** Patientens arbetsförmåga bedöms i förhållande till

- nuvarande arbete - ange aktuella arbetsuppgifter \_\_\_\_\_
- arbetslöshet - att utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden
- föräldraledighet med föräldrapenning - att vårda sitt barn

**8 b** Jag bedömer att patientens arbetsförmåga är

<input type="checkbox"/> nedsatt med 1/4	från och med (år, månad, dag)	längst till och med (år, månad, dag)
<input type="checkbox"/> nedsatt med hälften	från och med (år, månad, dag)	längst till och med (år, månad, dag)
<input type="checkbox"/> nedsatt med 3/4	från och med (år, månad, dag)	längst till och med (år, månad, dag)
<input type="checkbox"/> helt nedsatt	från och med (år, månad, dag)	längst till och med (år, månad, dag)

**9** Patientens arbetsförmåga bedöms nedsatt längre tid än den som det försäkringsmedicinska beslutsstödet anger, därför att:

\_\_\_\_\_

72631204

**10** Prognos - kommer patienten att få tillbaka sin arbetsförmåga i nuvarande arbete? (Gäller inte arbetslösa)

Ja  Ja, delvis  Nej  Går inte att bedöma (Förtydliga i fält 13)

**11** Kan resor till och från arbetet med annat färdstöd än normalt göra det möjligt för patienten att återgå i arbete?

Ja  Nej

**12** Kontakt önskas med Försäkringskassan

Ja

**13** Övriga upplysningar och förtydliganden

\_\_\_\_\_

**Ovanstående uppgifter och bedömningar bekräftas**

**14** Datum

\_\_\_\_\_

**15** Namnförtydligande, mottagningens adress och telefon

\_\_\_\_\_

**16** Läkarens namnteckning

\_\_\_\_\_

**17** Förskrivarkod och arbetsplatskod

\_\_\_\_\_

PK 7233 (cc F, Dn) Fästställe av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen 2019-04-03



## Figur och Tabellförteckning

Figur 1.	Andel förvärvsarbetande 2014 i befolkningen 20–64 år, fördelad efter födelseregion och kön .....	32
Figur 2.	Andel ansökningar om sjukpenning under 2014, fördelat efter födelseregion och kön.....	33
Figur 3.	Andel avslag på ansökan om sjukpenning bland förvärvsarbetande år 2012–2014, per diagnoskapitel ....	35
Figur 4.	Andel avslag på ansökan om sjukpenning år 2012–2014 utifrån födelseregion .....	36
Tabell 1.	Urvalsram, urval och granskade ärenden i aktstudien ...	19
Tabell 2.	Andel avslag (procent) på ansökan om sjukpenning bland förvärvsarbetande åren 2010–2014.....	34
Tabell 3.	Skillnad i andel avslag (procentenheter) mellan utrikes födda och inrikes födda (jämförelsegrupp) under åren 2012–2014, fördelad efter födelseregion .....	37
Tabell 4.	Andel med anställning, egenföretagare och bedömningsgrund vid beslutet om sjukpenning .....	41
Tabell 5.	Andel (%) försäkrade som är åter i arbete eller inskrivna på Arbetsförmedlingen vid tillfället för bedömningen av rätten till sjukpenning .....	43
Tabell 6.	Ansökan om sjukpenning och Försäkringskassans utredning .....	46
Tabell 7.	Andel läkarintyg utfärdade via telefonkontakt, retroaktiva läkarintyg och Försäkringskassans begäran om komplettering av dem .....	49

Tabell 8.	Andel med bidiagnos och beskrivning av sjukdomens förhistoria.....	51
Tabell 9.	Läkarens beskrivning av aktivitetsbegränsningen .....	53
Tabell B1.1.	Förklarande variabler.....	72
Tabell B1.2.	Beskrivning av urvalsram och urval för aktgranskning. ....	76
Tabell B1.3.	Orsaker till bortfall .....	77
Tabell B2.1.	Skillnad i andel ansökningar (procentenheter) mellan inrikes födda och andra födelseregioner under åren 2012 – 2014 .....	81
Tabell B2.2.	Sannolikheten att få avslag på ansökan om sjukpenning.....	82
Tabell B2.3.	Sannolikheten att få avslag på ansökan om sjukpenning beroende på ålder vid bosättning i Sverige.....	85
Tabell B3.1.	Undersökningar och observationer som ligger till grund för läkarens bedömning i läkarintyget.....	87
Tabell B4.1.	Andel (%) med anställning, egen företagare och bedömningsgrund vid beslutet om sjukpenning .....	89
Tabell B4.2.	Andel (%) försäkrade som är åter i arbete eller inskriven på Arbetsförmedlingen vid tillfället för bedömning av rätten till sjukpenning .....	90
Tabell B4.3.	Ansökan om sjukpenning och Försäkringskassans utredning.....	90
Tabell B4.4.	Andel läkarintyg utfärdade via telefonkontakt, retroaktiva läkarintyg och Försäkringskassans begäran om komplettering av dem .....	91
Tabell B4.5.	Andel med bidiagnos och beskrivning av sjukdomens förhistoria.....	92

*isf*  
INSPEKTIONEN FÖR  
SOCIALFÖRSÄKRINGEN

*adress* Box 202, 101 24 Stockholm *besöksadress* Fleminggatan 7  
*telefon* 08 58 00 15 00 *fax* 08 58 00 15 90 *e-post* [registrator@inspsf.se](mailto:registrator@inspsf.se) *webb* [www.inspsf.se](http://www.inspsf.se)

ISBN 978-91-88098-24-5