

Kvinnor och män i rehabilitering

Pär-Olov Sennvall

I de delar av socialförsäkringen som innehåller enskilda bedömningar har ett flertal studier visat att kvinnor och män tycks bedömas på systematiskt olika sätt. Så även inom rehabiliteringen. I denna artikel diskuterar författaren olika faktorer i socialförsäkringen och samhället i stort som påverkar att kvinnor och män får olikartade bedömningar inom detta gebit. Förutom beslutsstrukturens betydelse diskuteras balansen mellan schablonmässiga och individbaserade bedömningar, kvinnan och mannen som norm för samordningsåtgärder, och själva grundbulten i socialförsäkringen: den svenska välfärdsmodellen.

Pär-Olov Sennvall är statsvetare (Politices Magister vid Umeå universitet) och är verksam som specialist med inriktning på utvärdering och analys inom Försäkringskassan Stockholms län. Även om hans arbete spänner över vitt skilda ärendeslag inom socialförsäkringen har en stor del av uppmärksamheten ägnats åt ohälsan bland medborgarna, där den samordnade rehabiliteringen har en central roll. Parallellt med detta har han ägnat sig åt socialförsäkringens tillämpning ur ett genderperspektiv - bl.a. genom utförandet av en FoU-studie av bedömningar av kvinnor och män inom sjukförsäkringen (*Socialförsäkring, kön och agenda*) inom Försäkringskassan, Stockholms län.

Hårdare krav

I regeringens regleringsbrev för 2003 stipuleras att det övergripande målet för administrationen av socialförsäkringen är att den skall administreras rättssäkert och effektivt, samt lika för kvinnor och män, så att tilltron till försäkringen bevaras och stärks. Denna målformulering skiljer sig från 2002 års regleringsbrev, i vilket kravet på en likartad tillämpning av socialförsäkringen för kvinnor och män är frånvarande. Tillägget av en jämställd administration av socialförsäkringen är en tydlig markering av regeringen, och kan inte annat än tolkas som att regeringen är missnöjd med hur socialförsäkringen administreras i detta avseende.

Socialmedicinsk tidskrift nr 2/2003

Skillnader mellan könen

Regeringens krav på en mer jämställd administration av socialförsäkringen kommer inte helt osökt. I ett flertal studier har det framkommit att kvinnor bedöms på ett annat sätt än män, och då i synnerhet inom ärendeslag som präglas av enskilda bedömningar: Kvinnor har exempelvis visat sig vara överrepresenterade vid partiella pensionsförmåner (RFV 1998), och har dessutom en betydligt större andel partiella sjukskrivningsdagar (30%), jämfört med män (24%) (RFV STORE 2003-03-19). Skillnaderna i partiell sjukskrivning framträdde särskilt tydligt i en studie av 1085 sjukfall vid Försäkringskassan i Stockholms län (lokalkontorsområde

Södertälje), i vilken det framgick att sannolikheten att kvinnor hade minst en partiell sjukskrivningsdag i de undersökta sjukfallen var 2,1 (n=450) respektive 4,0 (n=173) gånger så stor jämfört med män inom diagnosgruppen ländryggsbesvär när övriga variabler kontrollerades. Vid nacke/axelbesvär var sannolikheten för minst en partiell sjukskrivningsdag så mycket som 5,8 (n=278) respektive 10,8 (n=133) gånger så stor jämfört med män. Förutom att dessa skillnader visade sig vara statistiskt signifikanta med god marginal (< 1%-nivå) framkom att kön hade den enskilt största betydelsen av alla undersökta variabler för förekomsten av partiell sjukskrivning (Sennvall, 2002a).

Även om skillnader mellan könen i dessa avseenden är nog så tankeväckande, för att inte säga besvärande, är det dock ingen uppenbar vinst för den enskilde medborgaren att beviljas hela pensionsförmåner eller sjukskrivningar när andra beviljas partiella förmåner. Vinsten ligger möjligen i att den enskildes önskemål uppfylls, vilket i och för sig kan upplevas som väl så värdefullt, men ekonomiskt är det oftast mindre gynnsamt. Undantaget är möjligen om hela pensionsförmåner kombineras med godkända arbetskadeföräntor (vilka garanterar all inkomstförlust vis-à-vis tidigare förvärsarbete), och där det enligt Riksförsäkringsverket finns en

I ett flertal studier har det framkommit att kvinnor bedöms på ett annat sätt än män, och då i synnerhet inom ärendeslag som präglas av enskilda bedömningar.

Kön hade den enskilt största betydelsen av alla undersökta variabler för förekomsten av partiell sjukskrivning.

”oförklarad skillnad i kön gällande godkännandefrekvensen”, där en betydligt större andel av mäns ersättningsanspråk godkänns, jämfört med kvinnors (RFV 2001b).

Olika även i arbetslivsinriktad rehabilitering

Större betydelse får skillnader i bedömningar mellan könen vid rehabiliteringen av sjukskrivna. Att beviljas arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder i form av påkostade utbildningar kan innebära radikalt förbättrade förutsättningar att kunna försörja sig och förverkliga sina livsprojekt, vilket naturligtvis även är avsikten. Problem riskerar dock att tillstöta eftersom rehabiliteringen i hög grad präglas av enskilda bedömningar, och att de förbättrade förutsättningarna därmed riskerar att fördelas asymmetriskt för olika individer och samhällsgrupper.

Flertalet studier tyder på att detta även är fallet. I RFV Redovisar 2001:5 påpekas att kvinnor och män visserligen är föremål för arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder i lika stor omfattning, men att kvinnor tenderar att beviljas kortare rehabiliteringsperioder, samt mindre kostsamma åtgärder, än män (RFV 1998 och Alexandersson 2000). Riksförsäkringsverket har dessutom påtalat att det finns skillnader mellan könen beträffande vilka rehabiliteringsåtgärder som kvinnor och män erbjuds: Kvinnor får oftare arbetsträning, och män får i högre grad ut-

Att beviljas arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder i form av påkostade utbildningar kan innebära radikalt förbättrade förutsättningar att kunna försörja sig och förverkliga sina livsprojekt.

bildningar, vilket anses vara den mest ambitiösa rehabiliteringsåtgärden (RFV 2001a).

Ett liknande mönster framträdde i en studie av 126 sjukfall som varit föremål för arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser inom Försäkringskassan Stockholms län (lokalkontorsområde Södertälje). Även om kvinnor och män beviljades arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder i lika stor omfattning i förhållande till antalet sjukskrivna, och att kvinnor och män genomgick en liknande proportion av arbetsträning och utbildning, framkom skillnader mellan könen som visserligen var mer eller mindre påfallande men mycket entydiga: Kvinnor beviljades kortare perioder av såväl arbetsträning som utbildning jämfört med män. Kostnaderna för kvinnors utbildningar uppgick i genomsnitt till mindre än en tredjedel av männens, och kvinnor beviljades såväl arbetsträning som utbildning senare in i sjukfallen jämfört med män. Sammantaget konstaterades att skillnaderna i bedömningarna mellan könen var så konsekventa att det tycktes finnas strukturer i samhället och i socialförsäkringen som bidrog till dessa skillnader (Sennvall 2002a).

Beslutsstrukturens betydelse

En sådan struktur förefaller vara beslutsstrukturen i socialförsäkringen, där tidiga individuella beslut i beslutsprocessen tenderar att konsolidera och låsa fast följande beslutsmönster (se exempelvis Paul 1985 och Wilsford 1994 för en mer ingående redovisning av *path dependency*). Detta tycks särskilt tydligt gälla i samband med bedömningar av rätten till sjukpenning, men har sannolikt även ett förklaringsvärde i rehabiliteringen. Detta antagande finner ett visst stöd i en uppföljning av 118 st. köp av tjänster inom Försäkringskassan Stockholms län (lokalkontorsområde Södertälje) under 2001. I denna uppföljning framkom dels, i likhet med tidigare studier, att män var kraftigt överrepresenterade vid köp av dyra utbildningar. Vid en närmare granskning av beslutsprocessen som föregick köpen framkom att Försäkringskassans handläggare initierade de flesta köpen, men att handläggarna inte i något fall hade initierat köp av utbildningar. Initiativen till dessa köp kunde istället härledas till aktörer utanför Försäkringskassan, och i huvudsak privata utredningsföretag som Försäkringskassan eller arbetsgivaren hade anlitat, eller utbildningsföretaget själv, som föreslog köp av sina egna produkter (Sennvall 2002b).

Att beslutsstrukturen genom tidiga individuella beslut i beslutsprocessen, vare sig

Tidiga individuella beslut i beslutsprocessen tenderar att konsolidera och låsa fast följande beslutsmönster.

Risken för otillbörliga skillnader i bedömningar mellan könen infinner sig först om beslutstrukturerna verkar i en kontext där kvinnor och män har olika förutsättningar.

dessa initieras av handläggare, läkare, arbetsgivare eller vinstdrivande utredningsföretag, låser fast följande beslutsmonster behöver naturligtvis inte innebära omutiverade skillnader i bedömningar mellan könen. Risken infinner sig först om beslutsstrukturerna verkar i en kontext där kvinnor och män har olika förutsättningar. Och i det avseendet tycks den svenska arbetsmarknaden erbjuda en särskilt god jordmån: Med en av världens mest könssegregerade arbetsmarknader, bestående av en mansdominerad privat sektor med relativt resursstarka arbetsgivare, och en kvinnodominerad offentlig sektor ställd under hårda sparkrav, är det huvudsakligen arbetsgivare med manliga anställda som har resurser att knyta till sig konsulter och utredningsföretag, vilka regelmässigt tar fram och presenterar förslag på rehabiliteringsåtgärder för Försäkringskassans samordningshandläggare. Och eftersom de senare har en sådan arbetsbörda att de svårligen kan initiera åtgärder själva ligger det nära till hands att bevilja de föreslagna åtgärderna. Analogt med detta är det företrädesvis mansdominerade privata företag som har tillräckligt med resurser att själva bekosta aktiva rehabiliteringsåtgärder i form av omskolningar till sjukskrivna anställda som inte kan omplaceras eller erbjudas anpassade arbetsuppgifter hos arbetsgivaren - men då inte sällan tillsammans med mer eller mindre uttalade förväntningar och till

och med krav att Försäkringskassan betalar rehabiliteringsersättning under tiden för åtgärderna. Även i detta fall kan det vara svårt för Försäkringskassans samordningshandläggare att motstå arbetsgivarnas erbjudanden om ett snabbt avslut av sjukfallet och bevilja detta, även om det innebär ett avsteg från den lagstiftning som rätten till sjukpenning grundar sig på.

Självförstärkande strukturer

Andra förklaringar till skillnaden i bedömningar mellan kvinnor och män vad gäller rehabiliteringsåtgärder torde vara de upphandlingar av ramavtal som varje försäkringskassa gör, och är styrande för de köp av rehabiliteringsåtgärder som Försäkringskassans handläggare får köpa. Vid en granskning av ramavtalen för utbildningar vid Försäkringskassan Stockholms län, framgår att en överväldigande del av dessa, och i synnerhet de mest kostsamma, består av yrkesinriktade utbildningar vars branscher är starkt mansdominerade, såsom fastighetsteknikerutbildning, yrkeschaufförutbildning, el- och industriteknikerutbildning, svetsutbildning, och en stor flora av IT-utbildningar.

Sammantaget innebär dessa faktorer att kvinnor tenderar att missgynnas. Risken att

Risken att kvinnor missgynnas är särskilt påtaglig eftersom flera av de faktorer som tenderar att vara till kvinnors nackdel ofta är ömsesidigt självförstärkande.

Att bevilja schablonmässiga samordningsåtgärder står i skarp kontrast till att samordningsinsatser bör vara individ- och situationsanpassade för att kunna resultera i önskvärda utfall.

detta sker är särskilt påtaglig eftersom faktorerna ofta är ömsesidigt självförstärkande, det vill säga att det oftare tas fram och presenteras förslag på rehabiliteringsåtgärder till män, och att dessa förslag ofta består av köp av utbildningar som företrädesvis mansdominerade arbetsgivare har resurser att bekosta, eller att utbildningarna kan köpas av Försäkringskassan eftersom de omfattas av Försäkringskassans ramavtal, vars utbildningar främst riktar sig till traditionellt manliga branscher.

Utöver detta finns naturligtvis en mängd andra strukturella faktorer som på ett svåröverskådligt och ömsesidigt självförstärkande sätt bidrar till att kvinnor missgynnas inom rehabiliteringen (och för all del även i de flesta andra områden i samhället). Lika säkert är att skillnaderna mellan könen inom rehabiliteringen inte endast kan härledas till strukturella faktorer, utan även till mer aktörsbetingade sådana. Kanske finns skillnader mellan sjukskrivna kvinnor och män i hur tydligt och med vilken emfas man framför behov av, och önskemål om, rehabiliteringsåtgärder?

I flertalet fall är det dock knappast fråga om renodlade strukturella eller aktörsbetingade faktorer, utan en kombination av dessa. I Försäkringskassans journaler kan ibland utläsas att sjukskrivna män mer eller mindre

tydligt förutsätts vara familjeförsörjare, och att det exempelvis uttalas sympati för män som har dyra amorteringar på huslån, och att de därefter erbjuds påkostade samordningsåtgärder som IT-utbildningar - trots att de enligt lagen inte hade rätt att genomgå åtgärden, utan borde hänvisas till ett vanligt, om än lägre betalt, arbete på den öppna arbetsmarknaden utan åtgärder.

Konflikt mellan schablonmässiga och individanpassade bedömningar?

Frågan som naturligtvis inställer sig är, givet att kvinnor missgynnas i rehabiliteringen, på vilket sätt en mer likartad tillämpning kan åstadkommas? Ett sätt att motverka olika bedömningar av kvinnor och män är att bevilja schablonmässiga och fyrkantiga åtgärder. Det oundvikliga problemet med denna lösning är att den står i skarp kontrast till det rimliga antagandet att rehabiliteringsinsatser bör vara individ- och situationsanpassade för att kunna resultera i önskvärda utfall. (Se exempelvis Ekblad 2002 för en utmärkt genomgång av denna motsättning.)

Hur denna avvägning - mellan helt schablonmässiga bedömningar på den ena sidan av skalan, och alltigenom individ- och situationsanpassade bedömningar på den andra sidan av skalan - för närvarande görs inom rehabiliteringen är svårt att fastställa på ett tillförlitligt sätt, och varierar säkerligen mellan olika arbetsplatser och mellan olika

Att hitta en ideal avvägning måste betecknas som tämligen utmanande, för att inte säga närmast utopiskt.

Handlingsutrymmet för att åstadkomma en individ- och situationsanpassad samordnad rehabilitering, där både kvinnor och män erbjuds likartade villkor, förefaller vara snävt.

handläggare vid Försäkringskassan. Att hitta en ideal avvägning måste betecknas som tämligen utmanande, för att inte säga närmast utopiskt. För närvarande saknas inte exempel på hur individer har upplevt sig bli bristfälligt bemötta, och inte upplevt sig ha erbjudits de åtgärder som de önskat, vilket indikerar att rehabiliteringen har varit alltför schablonmässig. Å andra sidan har studie efter studie visat att individ- och situationsanpassade rehabiliteringsinsatser systematiskt tenderar att gynna vissa grupper i samhället, som exempelvis män framför kvinnor. Handlingsutrymmet för att åstadkomma en individ- och situationsanpassad rehabilitering, i vilken både kvinnor och män erbjuds likartade villkor, förefaller således vara förhållandevis snävt.

Betydelsen av välfärdsmodellen?

Om det visar sig vara svårt att åstadkomma en rehabilitering, där både kvinnor och män erbjuds likartade villkor, måste kanske sökandet till sist riktas mot själva fundamentet i hela socialförsäkringen: den svenska välfärdsmodellen. Kanske erbjuder den svenska välfärdsmodellen helt enkelt ofullkomliga förutsättningar för att kvinnor och män skall få likartade bedömningar inom socialförsäkringen och dess rehabilitering?

En medveten policy med skapandet av ett starkt svenskt välfärdssystem har dels varit att medborgarna skulle komma att åtnjuta ett finmaskigt socialt trygghetssystem, men även att de svenska kvinnorna skulle slussas ut på arbetsmarknaden (Esping-Andersen 1990). Detta har dock bidragit till en könssegregation mellan dels offentlig och privat sektor, men även mellan olika branscher. Följden har blivit att män i regel arbetar hos mer resursstarka arbetsgivare, som kan erbjuda högre löner och bättre möjligheter att utreda och bekosta samordningsåtgärder. Till yttermera visso har löneskillnaderna mellan könen bidragit till att män lättare kan ses som familjeförsörjare, och därmed vara i behov av mer påkostade åtgärder.

En annan karaktäristika för den svenska välfärdsmodellen är att den präglas av en relativt hög grad av vad som Gösta Esping-Andersen betecknar som de-kommodifiering, det vill säga att individerna på arbetsmarknaden är förhållandevis oberoende av marknadskrafterna (Esping-Andersen 1990). Svenska faktiska/presumtiva arbetstagare är inte föremål för samma påverkan av utbud och efterfrågan som andra produktionsfaktorer i samhället. Detta till skillnad från exempelvis anglosaxiska arbetsmarknader, i vilka medborgarna är betydligt mer kommodifierade, det vill säga beroende av mark-

Kanske erbjuder den svenska välfärdsmodellen ofullkomliga förutsättningar för att kvinnor och män skall få likartade bedömningar inom socialförsäkringen och dess samordnade rehabilitering?

Frågan är om inte tillämpningen av socialförsäkringen i Sverige visar tendenser att kvinnor har en mer kommodifierad position på arbetsmarknaden än män, där kvinnor förväntas stå till arbetsmarknadens förfogande i högre grad än män?

nadskrafterna.

Frågan är om inte tillämpningen av socialförsäkringen i Sverige visar tendenser som tyder på att kvinnor har en mer kommodifierad position på arbetsmarknaden än män, där kvinnor förväntas stå till arbetsmarknadens förfogande i högre grad än män? Kvinnor bedöms exempelvis, som inledningsvis nämndes, ha en större restarbetsförmåga än män under pågående sjukskrivningar, och beviljas en större andel partiella pensionsförmåner jämfört med män, och får mindre ambitiösa arbetslivsriktade rehabiliteringsåtgärder än män, samt beviljas arbetskadeliivränta i mindre utsträckning än män. Kanske skulle en ökad kommodifiering av hela svenska arbetsmarknaden innebära en nivellering av kvinnors och mäns villkor och bedömningar eftersom lägre ersättningsnivåer i socialförsäkringssystemet skulle minska incitamenten för män att exempelvis göra anspråk på hela socialförsäkringsförmåner? Eller omvänt: kanske skulle en ökad de-kommodifiering på den svenska arbetsmarknaden, som i sin yttersta form skulle kunna vara medborgarlön, bidra till mer jämbördiga villkor för kvinnor och män eftersom behovsbedömningar per definition

skulle vara frånvarande i ett sådant system. Möjligen är den nivå av de-kommodifiering som för närvarande föreligger i det svenska samhället relativt ogynnsam ur jämställdhetssynpunkt?

En ökad kommodifiering eller de-kommodifiering skulle dock få betydande följder för rehabiliteringen: Både en kommodifiering och de-kommodifiering skulle med all sannolikhet minska rehabiliteringen, eftersom en sådan verksamhet skulle te sig överambitiös både på en väsentligt kommodifierad arbetsmarknad, eftersom det då är den enskildes ansvar att vinnlägga sig om en bättre situation på arbetsmarknaden, men även på en arbetsmarknad som är så de-kommodifierad att medborgarlön finns, eftersom den enskilde ändå har en garanterad försörjningsnivå.

Hur förhindra olika bedömningar?

Som tidigare nämndes tycks det vara svårt att hitta en ideal avvägning mellan schablonmässiga och individ- och situationsanpassade bedömningar av åtgärder utan att människor upplever sig ha blivit inträngda i mallar, eller att kvinnor och män systematiskt bedöms olika.

Ett sätt att åtminstone närma sig en sådan ideal avvägning är möjligen att Försäkringskassan på ett bättre sätt än tidigare förmår att

Samtidigt kan det knappast vara Försäkringskassans uppdrag att acceptera och även konsolidera mönster och strukturer där kvinnor och män bedöms olika.

För att upprätthålla ett socialförsäkringssystem och företa samordnade rehabiliteringsåtgärder i vilka kvinnor och män bedöms på ett likartat sätt krävs en medvetenhet av allt från regering till enskilda handläggare.

sätta dagordningen i rehabiliteringsprocessen, och inte, som är alltför vanligt i dag, företrädesvis agerar reaktivt på andras, inte sällan resursstarka aktörers, initiativ. Att på ett bättre sätt än i dag aktivt visa både kvinnor och män vilka rehabiliteringsmöjligheter som finns att tillgå, men även aktivt visa vilka ramar som rehabiliteringen trots allt måste hålla sig inom, skulle förhoppningsvis innebära att olika grupper i samhället skulle få en lika god information om utbudet av åtgärder, och skapa en större förståelse bland arbetsgivare och konsulter om vilka ramar som rehabiliteringen måste verka inom. Detta skulle sannolikt skapa bättre förutsättningar för mer likartade bedömningar mellan kvinnor och män.

Ett annan, mindre ambitiös, lösning skulle kunna vara att låta sig vägledas av ett parakriterium, det vill säga att anamma individ- och situationsanpassade bedömningar av rehabiliteringsåtgärder, och att acceptera skillnader i bedömningar mellan könen förutsatt att ingen får det sämre.

Samtidigt kan det svårligen vara Försäkringskassans uppdrag att inte bara acceptera utan även konsolidera mönster och strukturer där kvinnor och män bedöms olika. Detta gäller såväl vid rehabilitering som vid uttag

av föräldraledighet, där frånvaron av en individuellt baserad försäkring med all säkerhet inte bara har befäst utan även förstärkt skillnaderna i inkomst- och karriärmöjligheter mellan könen.

Det huvudsakliga argumentet för mäns sparsamma uttag av föräldraledighet är att män förlorar mer pengar på att vara föräldralediga, det vill säga att män i den meningen är mer kommodifierade. Lösningen på detta tycks vara att höja taket i föräldraförsäkringen (regeringens avsikt), och att somliga arbetsgivare kompenserar de arbetstagare som tjänar mer än ersättningstaket i föräldraförsäkringen, det vill säga att de-kommodifiera män. Även om dessa höjningar är neutrala så till vida att samtliga över en viss inkomst åtnjuter förmånen, är det företrädesvis män, tack vare högre inkomster, som reformerna kommer till gagn.

Analogt med detta skulle lösningen att minska skillnaderna mellan kvinnor och män i bedömningar av rehabiliteringsåtgärder kunna vara att genomföra åtgärder som de-kommodifierar kvinnor. Ett sätt är att göra upphandlingar av åtgärder som kvinnor efterfrågar, eller erbjuda högre rehabiliteringsersättningsnivåer, fler yrkesinriktade utbildningar, eller allmänt tidigare åtgärder för partiellt sjukskrivna eller deltidanställda, vilket, liksom föräldraförsäkringen, är neutralt i sin utformning, men i praktiken slår olika för kvinnor och män.

För att upprätthålla ett socialförsäkringssystem och företa rehabiliteringsåtgärder i vilka kvinnor och män bedöms på ett likartat sätt krävs, avslutningsvis, en medvetenhet på olika plan och av olika aktörer - allt från regering till enskilda handläggare. Bland annat krävs kunskap om välfärdsmodellens inverkan i förhållande till målet att kvinnor och män skall bedömas likartat, men även betydelsen av individ- och situationsanpas-

sade vis-á-vis schablonmässiga bedömningar för att uppnå detta, samt inte minst: en medvetenhet om följderna av att ett specifikt kön ses som norm. Därtill krävs en medvetenhet om hur dessa olika faktorer bör prioriteras, både inbördes och i förhållande till målet att kvinnor och män skall bedömas likartat.

2001 års köp av tjänst, Försäkringskassan Stockholms län.
Wilsford, David, 1994, "Path Dependency, or Why History Makes It Difficult but Not Impossible to Reform Health Care Systems in a Big Way", *Journal of Public Policy*, nr. 14, s. 251-283.

Referenser

Alexandersson, Kristina, 2000, *Kön och ohälsa*, Forskarseminarium, 19-20/1 2000, Umeå.

Ekblad, Susanne, 2002, *Rehabilitering - från tyst kunskap till profession*, FoU-rapport nr. 39, Försäkringskassan Stockholms län.

Esping-Andersen, Gøsta, 1990, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity Press.

Paul, A. David, 1985, "Clio and the Economics of QWERTY" i *The American Economic Review* vol. 75, No. 2, s. 332-337.

Riksförsäkringsverket, 1998, *En socialförsäkring för kvinnor och män - en kartläggning ur ett genderperspektiv*. RFV Redovisar, 1998:1, RFV.

Riksförsäkringsverket, 2001a, *Kvinnor, män och sjukfrånvaro - om könsskillnader i sjukskrivning, förtidspensionering och rehabilitering*. RFV Redovisar 2001:5, Stockholm, RFV.

Riksförsäkringsverket, 2001b, *Riksförsäkringsverket analyserar arbetsskadeförsäkringen (särtryck ur RFV analyserar 2001:4)*, RFV.

Sennvall, Pär-Olov, 2002a, *Socialförsäkring, kön och agenda - formella och reella beslut vid kvinnors och mäns ohälsa*, FoU-rapport nr. 37, Försäkringskassan Stockholms län.

Sennvall, Pär-Olov, 2002b, *Utvärdering av*