

# Varför finns det skillnader i bifallsfrekvensen inom arbetsskadeförsäkringen?

**En studie om orsakerna till skillnader i bifall och avslag  
mellan kön, födelseland och var beslutet fattas**



Utgivare: Försäkringskassan  
Analys och prognos

Upplysningar: Karin Mattsson  
010-116 96 21  
karin.m.mattsson@forsakringskassan.se

Webbplats: [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

# Förord

Arbetskadeförsäkringen är en av de äldsta socialförsäkringarna. Den ska ge ekonomisk trygghet till dem som skadat sig i arbetet. Tidigare statistiska studier har visat att det finns skillnader i beviljande mellan kön, födelseland och var i landet beslutet är fattat

Denna studie grundar sig på en granskning av arbetsskadeärenden och intervjuer i syfte att se om det går att förklara vad skillnaderna beror på. Studien bekräftar att det finns skillnader. Möjliga förklaringar till skillnaderna identifieras i rapporten där den främsta är regelverkets konstruktion. Exempel på andra möjliga förklaringar är de föreställningar och attityder om manligt och kvinnligt som finns i samhället.

Försäkringskassan har påbörjat en rad åtgärder det senaste året i syfte att främja en likformig tillämpning och stärka kompetensen hos dem som arbetar med arbetskadeförsäkringen. Det är dock för tidigt att utläsa resultatet av åtgärderna.

Karin Mattsson har varit projektledare och skrivit rapporten. Jacob Stafstedt har bearbetat resultatet. Daniel Melén har genomfört och sammanställt fokusgruppsintervjuerna. Samtliga har bidragit till analysen. Övriga medverkande har varit Klas Berlin, Therese Borrman, Maria Frejd, Magdalena Kubien, Agneta Nilsson Engman, Britt Persson, Luis Rodriguez, Monica Svanholm och Anna Wallin.

Stockholm i oktober 2011

Magdalena Brasch  
Verksamhetsområdeschef  
Avdelningen för analys och prognos

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Inledning</b> .....	<b>9</b>
1.1 Bakgrund.....	9
1.2 Arbetskadeförsäkringen .....	10
1.3 Studiens syfte.....	10
1.4 Metod .....	10
1.4.1 Granskningen av ärenden.....	11
1.4.2 Urvalskriterier .....	11
1.4.3 Allmänt om studien.....	13
1.4.4 Fokusgruppsintervjuer.....	14
1.5 Rapportens upplägg – läsanvisning .....	15
<b>2 Medicinskt underlag</b> .....	<b>16</b>
2.1 Typ av medicinska underlag .....	16
2.1.1 Inga skillnader mellan kön och födelseland .....	16
2.1.2 Inga skillnader mellan NFC.....	17
2.2 Uppgifter i det medicinska underlaget.....	17
2.2.1 Innehållet i medicinska underlag – kön och födelseland .....	18
2.2.2 Skillnader i innehållet i det medicinska underlaget mellan NFC .....	19
<b>3 Exponering och exponeringsutredning</b> .....	<b>21</b>
3.1 Hur gör Försäkringskassan exponeringsutredningen .....	21
3.1.1 Inga skillnader mellan kön och födelseland .....	22
3.1.2 Skillnader mellan NFC .....	22
3.2 Vilka uppgifter finns i exponeringsutredningen .....	23
3.2.1 Skillnader mellan kön och födelseland.....	24
3.2.2 Skillnader mellan NFC .....	26
3.3 Uppgifter och konkurrerande skadeorsaker m.m.....	29
3.3.1 Inga skillnader mellan kön, födelseland eller NFC.....	29
3.4 Är omfattningen av exponering tillräcklig för att uppnå "sannolika skäl för skadlighet"? .....	29
3.4.1 Inga skillnader mellan kön, födelseland eller NFC.....	29
<b>4 Försäkringsmedicinskt yttrande</b> .....	<b>30</b>
4.1 Har FMR tillräcklig underlag för sitt yttrande.....	30
4.1.1 Inga skillnader i om FMR har tillräckligt underlag för sitt yttrande mellan kön och födelseland.....	31
4.1.2 Skillnader i om FMR har tillräckligt underlag för sitt yttrande mellan NFC .....	31
4.2 Innehåller det försäkringsmedicinska yttrandet tillräckliga uppgifter? .....	32
4.2.1 Få skillnader i försäkringsmedicinska yttranden mellan kön och födelseland.....	33
4.2.2 Inga skillnader i försäkringsmedicinska yttranden mellan NFC .....	33

<b>5</b>	<b>Besluten .....</b>	<b>33</b>
5.1	Är kriterierna för rätt till livränta uppfyllda?.....	33
5.1.1	Skillnader mellan kön och födelse-land.....	35
5.1.2	Skillnader mellan NFC .....	36
5.2	Bifall och avslag .....	37
5.2.1	Stor skillnad i tillräckligt underlag mellan bifall och avslag .....	37
5.2.2	Skillnader i tillräckliga uppgifter i exponeringsutredningen mellan bifall och avslag.....	38
5.2.3	Omfattning av exponering och "sannolika skäl för skadlig inverkan" för bifall och avslag.....	38
5.2.4	Skillnader i tillräckliga uppgifter i det försäkringsmedicinska yttrandet mellan bifall och avslag .....	40
5.2.5	Det försäkringsmedicinska yttrandets påverkan på beslutet .....	40
5.2.6	Skillnader mellan kön och födelse-land.....	41
5.2.7	Skillnader mellan NFC .....	42
<b>6</b>	<b>Yrke och diagnos – förklaringsfaktorer? .....</b>	<b>43</b>
6.1	Yrke .....	43
6.1.1	Stor variation i om tillräckliga uppgifter finns i exponeringsutredningen och omfattning av exponering .....	44
6.1.2	Skillnader mellan kön och födelse-land.....	46
6.2	Diagnos .....	48
6.2.1	Skillnader i diagnoser mellan kön och födelse-land .....	48
<b>7</b>	<b>Sammanfattande slutsatser och diskussion .....</b>	<b>49</b>
	<b>Tabellbilaga .....</b>	<b>57</b>

# Sammanfattning

Försäkringskassan redovisar i denna rapport resultatet av en egenutvärderad studie inom arbetsskadeområdet. Arbetsskadeförsäkringen är en av de äldsta socialförsäkringarna och har alltid haft till syfte att ge ekonomisk trygghet för skador som uppstått i arbetet. Tidigare statistiska studier har visat på skillnader mellan kön, födelseland och var beslutet är fattat, men det har inte varit möjligt att ta ställning till vad skillnaderna beror på samt om skillnaderna är sakliga eller inte.

Syftet med studien är att närmare undersöka om det finns skillnader i hur bifall och avslag fördelar sig dels mellan kön och födelseland, dels mellan de nationella försäkringscenter (NFC). Där skillnader finns undersöks vilka orsakerna kan vara till skillnaderna. Ett annat syfte är att få ytterligare underlag till arbetet med att ge dem som arbetar med arbetsskadeförsäkringen en bättre stöd i det dagliga arbetet.

För att uppnå syftet att undersöka skillnader är studien begränsad till ett område inom arbetsskadeförsäkringen – beslut om livränta på grund av skadlig inverkan. Det är det område som innehåller mest bedömningar.

Studien omfattar samtliga 400 beslut som fattades 2010 – både bifall och avslag – efter ansökan om livränta på grund av skadlig inverkan som uppfyller de kriterier som är uppsatta för studien. Kriterierna är att ärendet ska vara ett förstagångsbeslut enligt 2002 års lagstiftning som prövats i sak och har en diagnos som rör besvär i rörelseorganen. Kriterierna har utformats för att skapa en så bra grund som möjligt för att kunna göra jämförelser mellan kön och födelseland.

Studien omfattar både granskning av Försäkringskassans akter i arbetsskadeärenden (kvantitativ studie) och fokusgruppsintervjuer med arbetsskadehandläggare, specialister, föredragande, beslutsfattare och försäkringsmedicinska rådgivare (kvalitativ studie). Syftet med den kvantitativa studien är främst att undersöka om det finns skillnader i hur bifall och avslag fördelar sig. Den kvalitativa studien undersöker varför skillnader finns.

Resultatet visar att det finns skillnader i besluten och i underlagen för besluten mellan kön, födelseland och var i landet beslutet är fattat.

Resultatet pekar på att den främsta orsaken till att det finns skillnader mellan kön och födelseland ligger i regelverket. En fråga som också uppstår är om lagstiftningens intentioner med lagändringen 2002 fångas i regelverket. Studien ger inget svar på den frågan men studien pekar på att arbetsskadeförsäkringens konstruktion medför att kön och födelseland påverkar utfallet trots att lagen kan synas vara neutral. Vad är det då i arbetsskadeförsäkrings konstruktion som medför dessa skillnader? Troliga orsaker är den historiska bakgrunden, att det är arbete på den svenska arbetsmarknaden och att

grundläggande faktorer som till exempel hur *ofta*, hur *länge* och hur *mycket* den försäkrade i sitt arbete varit exponerad för skadliga faktorer som ligger till grund för ersättningen. Ytterligare en trolig orsak är att det ska finnas en vetenskapligt förankrad medicinsk grund för att bedöma skadlig inverkan i arbetet det vill säga att exponeringen har ett samband med de besvär den försäkrade har (vetenskaplig evidens). Forskningen utgår i hög grad från mannen, och de studier som finns är främst gjorda inom typiskt manliga yrken.

Fördelningen mellan bifalls- och avslagsbeslut är att 14,5 procent av besluten är bifall och 85,5 procent är avslag. Män födda inom EU27<sup>1</sup> + Norge har en betydligt högre andel bifall jämfört med män födda i övriga världen och kvinnor oberoende födelseland. En klar majoritet av gruppen födda inom EU är födda i Sverige. Gruppen män födda inom EU gynnas av arbetsskadeförsäkringens konstruktion eftersom de arbetar heltid i större utsträckning än kvinnor och flertalet har arbetat längre på den svenska arbetsmarknaden än vad både kvinnor och män födda i övriga världen med största sannolikhet har gjort.

Även samhällets generella föreställningar och attityder om manligt och kvinnligt samt etnicitet påverkar troligen utredningen och utfallet. Dessa föreställningar och attityder gynnar också män födda inom EU. Män förväntas oftare än kvinnor ha arbeten som anses vara tunga och det är typiskt manligt att arbeta så hårt att det uppstår skador. Denna bild verkar även finnas hos dem som arbetar med arbetsskadeförsäkringen på Försäkringskassan. Uttalandena i fokusgruppsintervjuerna tyder på att deltagarna inte är medvetna om att denna bild påverkar utredning och beslut.

Studien pekar på att yrke spelar en central roll i hur ärenden utreds och i förlängningen även för vilket beslut som fattas. I studien jämförs underlagen för beslut och besluten för tre yrkesgrupper: gruv-, bygg- och anläggningsarbete, process- och maskinoperatörer samt vård- och omsorgsarbete. I den första gruppen som är manligt dominerad, får hälften bifall, i mittengruppen som har en jämn fördelning mellan kön får under 10 procent bifall och i den tredje gruppen som är kvinnligt dominerad får mindre än en procent bifall. När det gäller beslutsunderlagen innehåller till exempel exponeringsutredningen tillräcklig information om hur ofta den försäkrade har varit exponerad i betydligt lägre grad för den tredje kvinnodominerade gruppen (40 %) jämfört med de två andra grupperna (70 %).

Den vetenskapliga evidensen upplevs som större för manligt dominerade yrken och yrke leder till att arbetsskadeutredarna ”genar” i utredningen, varför underlaget för beslutet inte alltid blir tillräckligt. Det som framkommer i både granskningen av akter och fokusgruppsintervjuerna tyder på att yrke är en viktig faktor för dem som arbetar med arbetsskadeförsäkringen.

---

<sup>1</sup> De 27 länder som ingår i EU. I fortsättningen kallas gruppen EU. Det är en stor spridning av vilket land de försäkrade som ingår i studien är födda i. För att kunna jämföra försäkrade har födelseland delats upp i två grupper, dels födda inom EU27 + Norge, dels födda i övriga världen. Detta innebär att födda i Sverige ingår i gruppen EU.

Denna syn verkar leda till att underlagen upplevs som tillräckliga trots att det enligt denna studie finns stora brister i dem.

Att det finns skillnader i beslut och beslutsunderlag mellan NFC som hanterar arbetsskadeförsäkringen samvarierar med skillnader i yrken och födelseland. Örebro som har högst andel bifall (27 procent) har högst andel sysselsatta inom yrkesgruppen gruv-, bygg- och anläggningsarbeten och en mycket låg andel födda i övriga världen. Malmö som har lägst andel bifall (8 procent) har en mycket stor andel födda i övriga världen. Inget NFC utmärker sig i vad som brister i beslutsunderlagen, utan det varierar mellan de olika delområden som ingår i studien.

Underlagen för besluten är, enligt granskarna, tillräckliga i 60 procent av ärendena. Det gäller oavsett kön och födelseland och NFC.

Av de 400 ärenden som ingår i studien innehåller 243 ärenden det underlag som behövs för att fatta beslut. I dessa ärenden har granskarna gjort en bedömning av om kriterierna för rätt till livränta är uppfyllda eller inte. Resultatet av bedömningen ska ses som en indikation på om kriterierna för livränta på grund av skadlig inverkan, som de definieras i denna undersökning, är uppfyllda eller inte. Att det i ett bifallsärende har bedömts att kriterierna för livränta inte är uppfyllda innebär att det finns en risk för felbedömning. I avslagsärenden gäller det motsatta det vill säga att om kriterierna anses vara uppfyllda är det risk för felbedömning. Andelen felbedömda ärenden är låg – två procent för både bifallsärenden och avslagsärenden. Det är ett bra resultat med tanke på att arbetsskadeförsäkringen i denna del innehåller en hög grad av bedömningar.

Försäkringskassan har ett flertal utvecklingsinsatser på gång inom arbetsskadeområdet som syftar till att ge stöd i det dagliga arbetet och i förlängningen höja kvaliteten i beslutsunderlagen och likabehandling av de försäkrade. Bland annat genomförs en utbildning i exponeringsutredning i samarbete med Arbets- och miljömedicinska kliniken vid Karolinska sjukhuset. Försäkringskassan har också precis startat en seminarierie för att stärka likabehandling med inriktning på olika diagnosområden. Stödet i det dagliga arbetet utvecklas också fortlöpande. Försäkringskassan kommer att följa utvecklingen framöver eftersom det är för tidigt för att kunna utläsa resultatet av insatserna i denna studie.



## 1 Inledning

### 1.1 Bakgrund

I och med lagen om arbetsskadeförsäkring 1977 infördes ett generellt arbetsskadebegrepp vilket betyder att i princip alla skador och sjukdomar som uppstått på grund av olycksfall eller annan skadlig inverkan i arbetet kan ge rätt till ersättning enligt arbetsskadeförsäkringen. Den mest förekommande ersättningen är livränta som ska ge kompensation för inkomstbortfall vid arbetsskada när arbetsförmågan är nedsatt varaktigt eller för minst ett år.

Reglerna för arbetsskadeförsäkringen har förändrats vid ett flertal tillfällen. Motiveringen till den senaste ändringen år 2002 var att tillämpningen av 1993 års lag hade varit alltför restriktiv och det ställdes för hårda krav för att en sjukdom skulle godkännas som arbetsskada. Detta gällde främst muskuloskeletal sjukdomar som drabbar kvinnor i större utsträckning än män. Reglerna som infördes 2002 var dock strängare än de regler som gällde före 1993. Vilken regel som ligger till grund för bedömningen beror på när skadan inträffade eller när sjukdomen visade sig.

Rapporten *Könsskillnader i ersättning vid arbetsskador? – en 10-årsuppföljning av arbetsskador 1994–2000* pekar på det motsatta det vill säga att det inte finns några könsrelaterade skillnader<sup>2</sup>. Studien som baseras på arbetsskadeanmälningar visar att män som anmäler arbetsskada oftare får en arbetsskadelivränta utbetald jämfört med kvinnor. Men när jämförelsen görs inom identiska grupper med avseende på yrke, orsak till arbetssjukdom, inkomst, och det län där arbetsplatsen är belägen framkommer inga tecken på att kvinnor diskrimineras. Författarna påpekar dock att materialets begränsningar gör att inga säkra slutsatser om diskriminering inom arbetsskadeförsäkringen kan dras.

Tidigare statistiska analyser har visat på skillnader mellan kön, födelseland och var i landet beslutet är fattat. Försäkringskassans arbetsskadestatistik för 2009–2010 indikerar att det fortfarande finns skillnader i bifallsfrekvensen mellan kön, födelseland och var beslutet fattas.

Under 2008 koncentrerade Försäkringskassan handläggningen av arbetsskador till fem nationella försäkringscentra (NFC) samt till utlandskontoret i Visby. Ett syfte med koncentrationen var att skapa bättre förutsättningar för en likformig bedömning av arbetsskador.

---

<sup>2</sup> Jan Weiner, Carina Bildt, Helena Ochterlony, Staffan Marklund & Monica Svanholm. Rapporten är publicerad i den vetenskapliga skriftserien *Arbete och hälsa* 2009;43 (2)

Mot denna bakgrund beslutade Försäkringskassan att göra en fördjupad studie med fokus på skillnader mellan kön, födelseland och NFC i Försäkringskassans handläggning och beslutsunderlag.

## 1.2 Arbetskadeförsäkringen

Ställningstagandet om en skada är en arbetsskada bygger på olika överväganden. För det första måste skadan eller sjukdomen ha något med arbetet att göra i det enskilda fallet. För det andra måste arbetets betydelse för uppkomsten av skadan eller sjukdomen vara av en viss styrka. För det tredje måste man ta ställning till om det kan finnas alternativa orsaker (konkurrerande skadeorsaker) till skadan eller sjukdomen. Förutom ovanstående krävs för rätt till livränta att förmågan att skaffa inkomst är nedsatt för minst ett år framåt och att inkomstförlusten är minst en femtondel.

För att få rätten till livränta prövad för arbetsskada måste den försäkrade ansöka om ersättning hos Försäkringskassan som gör en utredning för att kunna fatta ett beslut.

Beslut om rätten till livränta fattas av en särskilt utsedd beslutsfattare efter föredragning av en föredragande. Underlaget har en arbetsskadeutredare sammanställt. Underlaget innehåller medicinska uppgifter som beskriver besvären, dess varaktighet och omfattning, en exponeringsutredning som beskriver exponeringen för skadliga faktorer i arbetet, samt andra utredningar som rör inkomst och annat. Underlaget ska även innehålla uppgifter om den försäkrades fysiska och psykiska tillstånd och särskilda sårbarhet (befintligt skick). I de flesta ärenden finns även ett yttrande från en försäkringsmedicinsk rådgivare (FMR). Det sammanställda beslutsunderlaget kvalitetssäkras av en föredragande vilket innebär att om det finns brister i utredningen ombeds arbetsskadeutredaren att komplettera underlaget. Även FMR kan begära komplettering av underlaget om det saknas uppgifter om det som han eller hon ska yttra sig om.

## 1.3 Studiens syfte

Den fördjupade analysen av Försäkringskassans handläggning och beslut i arbetsskadeärenden har sin utgångspunkt i att arbetsskadeförsäkringen ska vara rättssäker och likformig. Det innebär att kön eller etnicitet inte ska ha någon påverkan på utfallet samt att beslutet ska bli det samma oavsett var i landet den försäkrade är bosatt.

Ett syfte med studien är också att Försäkringskassan ska få ytterligare underlag för de åtgärder som Försäkringskassan fortlöpande vidtar för att höja kvaliteten och rättssäkerheten i sin hantering av arbetsskadeförsäkringen.

## 1.4 Metod

I studien har både kvalitativa och kvantitativa metoder använts för att kunna göra en fördjupad analys av Försäkringskassans handläggning och beslutsunderlag. Dels har ärenden granskats, dels har fokusgruppsintervjuer med de yrkesgrupper som arbetar med arbetsskadeförsäkringen genomförts.

Studien omfattar samtliga ärenden som uppfyller de uppsatta kriterierna<sup>3</sup>.

### 1.4.1 Granskningen av ärenden

Två yrkesroller inom Försäkringskassan har medverkat i granskningen av Försäkringskassans handläggning och beslutsunderlag. Fyra föredragande/beslutsfattare inom arbetsskadeförsäkringen har granskat och värderat ärenden med fokus på Försäkringskassans handläggning och beslutsunderlag. Parallellt har sju FMR granskat och värderat samma ärenden utifrån ett medicinskt/försäkringsmedicinskt perspektiv.

Inför granskningen kalibrerades granskarna för att få en så lika bedömning som möjligt. Vid granskningen av ärendena använde granskarna frågeformulär som även innehöll hjälptexter till frågorna. Ingen av granskarna har granskat ärenden från det egna verksamhetsområdet. Granskningen bygger på de handlingar och den dokumentation som finns i Försäkringskassans handläggningssystem.

### 1.4.2 Urvalskriterier

För att kunna göra en jämförande studie där könstillhörighet, födelse- och beslutande NFC kan sättas i fokus är det nödvändigt att de ärenden som ska granskas har likartade förutsättningar i Försäkringskassans handläggnings- och beslutsprocess.

Urvalskriterierna för de granskade ärendena är följande:

- arbetsskadeersättning i form av livränta på grund av skadlig inverkan
- 2002 års lagstiftning
- diagnos inom det muskuloskeletala systemet (rörelseorganen)
- beslut fattade januari–december 2010
- förstagångsansökan
- ärenden som har prövats i sak

Motiveringen för urvalskriterierna är att ansökningar om livränta på grund av skadlig inverkan har ett stort inslag av bedömningar och skiljer sig därför från livränta på grund av olycksfall. Ju större inslag av bedömningar som beslutet kräver desto större är risken för regionala variationer i tillämpningen, men också utifrån förväntningar och attityder baserade på könstillhörighet och etnicitet. 2002 års lagstiftning hade bland annat till syfte att öka möjligheten för kvinnor att få ersättning för arbetsskada. Därför är det viktigt att utesluta alla ansökningar om livränta som rör tidigare lagstiftning i granskningen. Diagnosgrupperna inom det muskuloskeletala systemet är den vanligaste diagnosgruppen bland dem som ansöker om livränta. Diagnosgruppen låg också till grund för 2002 års lagändring eftersom kvinnor i hög grad har diagnoser inom den diagnosgruppen.

---

<sup>3</sup> Med reservation för ärenden som inte kunnat identifieras på grund av fel i den manuella registreringen i Försäkringskassans uppföljningssystem för arbetsskador.

Det är också viktigt för jämförelsen att det är första gången en person ansöker om livränta på denna grund så inte Försäkringskassans beslut påverkas av att det finns ett tidigare beslut. I studien definieras förstagsansökan som att den försäkrade inte redan har livränta för de besvär som prövats. Det innebär att följande beslut inte ingår i granskningen:

- ytterligare en period med egenlivränta
- efter omprövning
- efter dom i förvaltningsrätten och högre instans
- ändrad samordningsprocent

I studien ingår endast de ärenden som har prövats i sak. Det innebär att följande typer av ärenden inte ingår:

- avslag på grund av att arbetsförmågan inte är varaktigt nedsatt
- avslag på grund av att inkomstförlusten inte överstiger 1/15 del av inkomsten
- avslag på grund av att inkomstförlusten inte uppgår till minst ¼ prisbasbelopp
- avslag på grund av ”ej arbetsskada psyk undantag”<sup>4</sup>

Avvisade och makulerade ansökningar ingår inte heller i studien.

För arbetsskadeförsäkringen totalt fattade Försäkringskassan under 2010 knappt 13 000 beslut varav 8 510 rör bland annat ändrad samordningsprocent och 4 490 beslut är bifall eller avslag. Av dessa 4 490 ärenden uppfyllde 519 ärenden samtliga kriterier för denna studie.

I studien ingår 400 ärenden då 119 ärenden föll bort på grund av fel i registreringen i den manuella arbetsskadestatistiken. Felregistreringarna är slumpmässiga och det finns inga statistiskt signifikanta skillnader i felregistreringarna mellan kön, födelseland och NFC.

Felregistreringarna har lett till brister i arbetsskadestatistiken. Bristerna är störst vad gäller yrke och diagnos men de bristerna har inte påverkat studien eftersom de uppgifterna har hämtats från de granskade akterna. Anledningen till att 119 ärenden fallit bort är främst att vilken lagstiftning som ligger till grund för beslutet och att typ av beslut inte har registrerats korrekt.

Försäkringskassan har vidtagit åtgärder för att höja kvaliteten i registreringarna bland annat registreras uppgifterna in senare för att undvika att inaktuella uppgifter används. Alla berörda är nu väl medvetna om vikten av att registreringarna håller bra kvalitet för att säkerställa att statistiken är tillförlitlig framöver.

---

<sup>4</sup> Från det generella skadebegreppet har undantag gjorts för skador av psykisk eller psykosomatisk natur som har uppkommit till följd av en företagsnedläggelse, bristande uppskattning av den försäkrades arbetsinsatser, vantrivsel och arbetsuppgifter eller arbetskamrater eller därmed jämförliga förhållanden. En sådan skada utgör enligt 39 kap 5 § Socialförsäkringsbalken (SFB) inte en arbetsskada.

Insikten om att det finns kvalitetsproblemen i statistiken har även medfört att Socialförsäkringsrapporten 2008:3 *Köns- och länsskillnader inom arbets-skadeförsäkringen – Beslut om livränta 2005–2006* har dragits in. Kvalitetsproblemen innebär att det är alltför osäkert att dra slutsatser på detta underlag.

### 1.4.3 Allmänt om studien

Enligt den så kallade officialprincipen, som alla myndigheter omfattas av, ska ett ärende utredas som dess beskaffenhet kräver. Utredningen ska anpassas till förhållandena i det enskilda ärendet. Det innebär att ärenden som kräver omfattande och fördjupad utredning ska utredas omfattande och fördjupat. Ärenden som inte kräver en omfattande utredning ska inte heller utredas omfattande och fördjupat.

I granskningen gjordes bedömningar om den information som finns i ärendet är tillräcklig eller inte. Eftersom behovet av information utgår från det enskilda ärendet har i granskningen frågan besvarats med ”Ja” även när information inte finns i ärendet under förutsättning att det inte finns något behov av just den informationen.

I rapporten redovisas om ärendet innehåller de uppgifter om ett visst område som behövs för att utreda/bedöma/fatta beslut. Definitionen är, i studien, att samtliga delområden som ingår i bedömningen ska innehålla tillräcklig information det vill säga samtliga frågor om nödvändig information ska vara besvarade med ”Ja”. Saknas nödvändig information i ett eller flera delområden, innehåller inte beslutsunderlaget de uppgifter som behövs för att kunna utreda/bedöma/fatta beslut i ärendet.

Samtliga skillnader som presenteras i rapporten är statistiskt signifikanta om inte annat anges.

Det är en stor spridning av vilket land de försäkrade som ingår i studien är födda i. För att kunna jämföra försäkrade har födelseland delats upp i två grupper, dels födda inom EU27 + Norge, dels födda i övriga världen. I fortsättningen i rapporten kallas gruppen födda inom EU27 + Norge endast EU. Inom gruppen födda inom EU utgör personer födda inom Sverige en klar majoritet.

**Tabell 1 Fördelning mellan kön och födelseland**

	<b>Kvinnor</b>	<b>Män</b>	<b>Totalt</b>
EU	148	165	<b>313</b>
Övriga världen	49	38	<b>87</b>
<b>Totalt</b>	<b>197</b>	<b>203</b>	<b>400</b>

Till och med april 2010 hanterade fem NFC arbetsskadeärenden. I rapporten ingår de 21 ärenden som NFC Norrköping fattade beslut i till och med april 2010 i samtliga avsnitt utom i de avsnitt som beskriver skillnader mellan beslutande NFC. NFC Norrköping ingår inte i de avsnitten eftersom de bara

hanterade ärenden under första kvartalet till skillnad mot övriga fyra NFC som hanterat ärenden hela 2010.

**Tabell 2**      **Fördelning av ärenden mellan NFC**

	<b>Antal</b>	<b>Andel, %</b>
Göteborg Gårda	108	29
Malmö	124	33
Stockholm Sollentuna	84	22
Örebro	63	17
<b>Totalt</b>	<b>379</b>	<b>100</b>

De resultat och slutsatser som presenteras i rapporten gäller endast den typ av ärenden som uppfyller urvalskriterierna för studien, arbetsskadeersättning i form av livränta på grund av skadlig inverkan, 2002 års lagstiftning, diagnos inom det muskuloskeletala systemet (rörelseorganen), beslut fattade januari–december 2010 som prövats i sak och förstagångsansökan. Fördelningen av till exempel diagnoser och förstagångsbeslut kan se annorlunda ut för totala antalet arbetsskador.

Eftersom studien rör ett begränsat område går det inte att dra generella slutsatser om hela arbetsskadeförsäkringen. Därför finns inte heller några tidigare studier som är direkt jämförbara.

#### 1.4.4 Fokusgruppsintervjuer

Tio fokusgruppintervjuer har genomförts, fyra av dessa genomfördes med arbetsskadeutredare på de fyra NFC som handlägger arbetsskadeärenden, lika många genomfördes med föredragande/beslutsfattare tillsammans med specialister på samma NFC. Dessutom gjordes en fokusgruppintervju med försäkringsmedicinska rådgivare samt en separat intervju med två specialister från två olika NFC. De två sistnämnda intervjuerna genomfördes på Försäkringskassans huvudkontor, resterande på respektive NFC. Intervjuerna varade mellan en och en halv och tre timmar. Samtliga intervjuer bandades utom intervjun med FMR på grund av att en av intervjupersonerna inte godkände det.

Syftet med fokusgruppintervjuerna är att ta del av slumpmässigt utvalda personers upplevelser av orsaker till bifall av arbetsskadelivränta och utifrån detta skapa grund för att förstå varför vissa försäkrade beviljas arbetsskadeersättning och andra inte, särskilt med fokus på kön och födelseland. Intervjupersonerna är utvalda utifrån sina yrkesroller men är i övrigt slumpvis utvalda.

Intervjuerna har utgått från ett antal frågeområden. Tyngdpunkten i respektive intervju har legat på de områden som deltagarna har velat fokusera på varför ordningen i intervjuguiden inte alltid har följts. I de fall deltagarna har diskuterat en för dem viktig fråga under en längre tid har intervjuaren låtit detta ske. Deltagarna har som följd av detta i stor utsträckning styrt ordningen under intervjuerna, men intervjuaren har emellanåt ”styrt upp” ordningen genom att föra in deltagarna på ett nytt frågeområde, genom att

ställa en helt ny fråga, till skillnad från de följdfrågor som löpande sker under samtalen. Många av de förberedda frågorna har berörts på deltagarnas initiativ, varför intervjuaren inte har ställt samtliga förberedda frågor, medan andra frågor har ställts i samband med att någon deltagare har tagit upp en fråga inom samma område. En fördel med denna form av intervju är att intervjuaren minskar risken att ställa ledande frågor då deltagarna tillåts att mer spontant ta upp sådant som är relevanta för dem. Spontaniteten, eller åtminstone deltagarnas initiativtagande, har på detta sätt dragits nytta av<sup>5</sup>.

Fokusgrupper är inte bara ett samtal mellan en intervjuare och en intervju-person, utan bygger också på interaktion mellan deltagarna i gruppen. En fokusgrupp skiljer sig från en ”gruppintervju” genom att särskilt studera hur deltagarna diskuterar och reagerar på vad som sägs. Intervjuaren i en fokusgrupp observerar därför samtidigt vad som sker och hur saker sägs, varför intervjuaren lämpligen bandar samtalet så denne kan koncentrera sig på att observera och ställa följdfrågor. Det är sällan intervjuaren ställer en fråga, får ett svar från en deltagare, och sedan ställer samma, eller nästa, fråga till en annan deltagare. Oftare formas intervjun till ett samtal mellan deltagarna, där intervjuaren i långa stunder kan hålla sig passivt iakttagande och lyssnande, för att infoga relevanta följdfrågor<sup>6</sup>. I undantagsfall har intervjuaren i denna undersökning avbrutit en diskussion, med hänsyn till att tiden har varit begränsad för att ta upp andra frågor som ännu inte berörts. Det har också hänt att deltagarna har velat lämna ett frågeområde för att gå vidare i intervjun, vilket intervjuaren har låtit ske om denne inte velat fråga något särskilt inom området. Mot slutet av samtalen har intervjuaren frågat om deltagarna tycker att han har missat att ta upp något. Det har i vissa fall lyfts fram att deltagarna inte diskuterat en viss fråga särskilt ingående, och intervjuaren har då återgått till detta område.

## 1.5 Rapportens upplägg – läsanvisning

Rapporten inleds med en redovisning av resultatet från granskningen som föredragande/beslutsfattare och FMR har gjort samt fokusgruppsintervjuerna. Varje granskad del redovisas det vill säga medicinskt underlag som kommer från vården, exponering och exponeringsutredning som Försäkringskassan ansvarar för samt försäkringsmedicinskt yttrande som FMR lämnar när arbetsskadeutredaren har behov av det.

Alla resultat som redovisas följs av en specifik redovisning på kön, födelse-land och NFC. Efter redovisningen av underlagen följer en analys av beslut- en som Försäkringskassan fattat, liksom en redogörelse för hur bifall och avslag fördelas på kvinnor och män utifrån födelseland samt NFC. Därefter följer en genomgång av sambanden med yrke och diagnos som tänkbara förklaringsfaktorer till skillnader i kvinnors och mäns utfall. Rapporten avslutas med sammanfattande slutsatser och diskussion.

---

<sup>5</sup> Bryman, Alan. (2002). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber. Finch, Helen & Lewis, Jane (2003) ”Focus Groups” i Ritchie, Jane & Lewis, Jane *Qualitative research practice – a guide for Social Science Student and Researchers* s. 324-339.

<sup>6</sup> Bryman, Alan (2002) s. 324-339. Finch, Helen & Lewis, Jane (2003) s. 170-198.

## 2 Medicinskt underlag

För att Försäkringskassan ska kunna utreda och fatta beslut i ärenden om livränta på grund av skadlig inverkan behöver det finnas ett medicinskt underlag. Det finns inget krav på att det ska vara någon speciell typ av medicinskt underlag eller att en specialist har skrivit det medicinska underlaget. Fokus ligger i stället på om orsaken till den försäkrades besvär beror på att han eller hon i sitt arbete har varit utsatt för skadlig inverkan. Det finns inte heller något krav på vilka uppgifter som det medicinska underlaget måste innehålla. Däremot kan Försäkringskassan begära komplettering av det medicinska underlaget på olika sätt. Ett sätt kan vara att ställa frågor till behandlande läkare.

I granskningen har ingen bedömning gjorts av om underlaget innehåller de uppgifter som behövs i det enskilda ärendet. I stället är frågan om vissa uppgifter finns eller inte finns i det medicinska underlaget. Någon värdering av kvaliteten i de medicinska underlagen är alltså inte gjord.

### 2.1 Typ av medicinska underlag

Journalkopior är den typ av medicinskt underlag som oftast finns i ärendena (90 %). Anledningen till att journalkopior finns i nästan alla ärenden är att de bland annat innehåller uppgifter om när sjukdomen första gången visade sig, en uppgift som är viktig för att kunna utreda och fatta beslut i ärendet. Läkarutlåtande om hälsotillstånd, röntgenutlåtanden och medicinska underlag/särskilda medicinska underlag finns i cirka sjuttio procent av ärendena. De underlagen finns ofta redan hos Försäkringskassan i den försäkrades sjukförsäkringsärende. Försäkringsmedicinsk utredning eller utlåtande från specialist finns i cirka tjugo procent av ärendena.

Om det medicinska underlaget som kommit in i ärendet inte innehåller all den information som behövs för att kunna utreda och fatta beslut bör Försäkringskassan komplettera. Försäkringskassan har begärt komplettering i 293 av de 400 ärendena. I ytterligare 21 ärenden borde Försäkringskassan, enligt granskarna, ha begärt en komplettering. De två i särklass vanligaste medicinska underlagen som Försäkringskassan begär in är journalkopior (276) och röntgenutlåtande (129). Övriga typer av medicinska underlag har Försäkringskassan bara begärt in i enstaka ärenden.

#### 2.1.1 Inga skillnader mellan kön och födelseland

Det finns ingen skillnad mellan vilken typ av medicinskt underlag som finns i de granskade ärendena, varken utifrån de försäkrades könstillhörighet eller var de är födda. Det finns inte heller några skillnader mellan behovet av, eller i vilken omfattning Försäkringskassan begär in kompletterande medicinska uppgifter från vården för att bland annat få uppgifter om när sjukdomen först visade sig.



### 2.1.2 Inga skillnader mellan NFC

Det finns inga skillnader mellan vilken typ av medicinskt underlag som finns i de granskade ärendena mellan NFC. Behovet av att komplettera det medicinska underlaget är också lika för samtliga fyra NFC.

## 2.2 Uppgifter i det medicinska underlaget

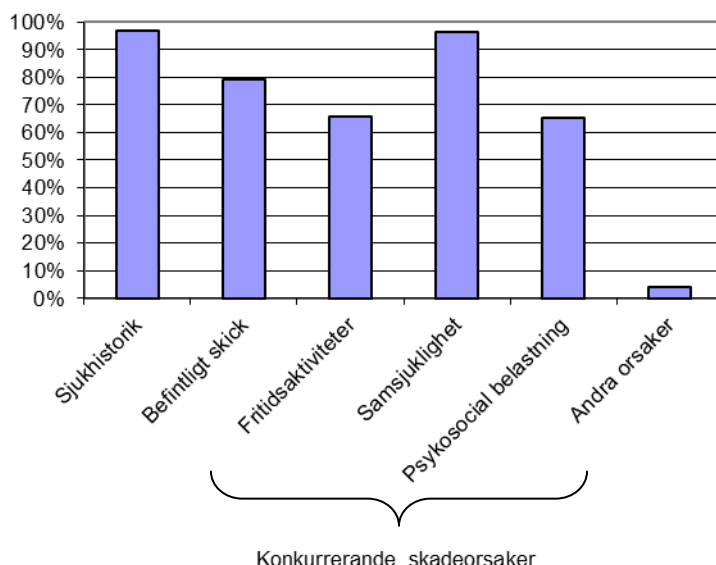
Då studien har fokus på skillnader i bifallsfrekvensen mellan kön, födelse-land och NFC är granskningen begränsad till några uppgifter i det medicinska underlaget som är särskilt intressanta att studera utifrån dessa aspekter. De uppgifter som ingår i granskningen är sjukhistorik, befintligt skick och konkurrerande skadeorsaker. Konkurrerande skadeorsaker är uppdelade i uppgifter om fritidsaktiviteter, samsjuklighet, psykosocial belastning och andra konkurrerande skadeorsaker.

Eftersom arbetsskadeprövningen ska göras på en väldefinierad diagnos används oftast medicinskt underlag i form av journalkopior som speglar sjukskrivningarna. I den verklighet som läkarkåren möter, är samsjuklighet och svårigheter att sortera olika typer av symtom i tydligt avgränsade diagnoser, vanliga. Individer söker exempelvis ofta vård för symptom som kan härledas till olika diagnoser. I sådana fall ska sjukskrivningsbedömningar göras på grundval av den diagnos som bedöms påverka funktionstillståndet mest. Om läkaren bedömer att samsjuklighet förvärrar nedsättningen ska läkaren anföra detta som argument för avsteg från rekommendationen. Om samsjuklighet leder till ett tillstånd där det är svårt eller irrelevant att utse någon huvuddiagnos ska detta anges i det medicinska underlaget.

Det är bara uppgifter om sjukhistorik som bör finnas i alla ärenden. Behovet av övriga uppgifter avgörs av vad som är nödvändigt att veta i det enskilda ärendet och vissa uppgifter kan lika väl finnas i andra underlag som finns i ärendet.

Diagrammet nedan visar att uppgifter om sjukhistorik och den konkurrerande skadeorsaken samsjuklighet finns i så gott som alla medicinska underlag medan uppgifter om befintligt skick finns i åtta av tio underlag. Uppgifter om de konkurrerande skadeorsakerna fritidsaktiviteter och psykosocialbelastning finns i drygt sex av tio medicinska underlag. Att det inte finns uppgifter i högre utsträckning om fritidsaktiviteter beror sannolikt på att de inte har betydelse för de besvär de försäkrade har sökt vård för.

**Diagram 1** Andel ärenden där uppgifter om sjukhistorik, befintligt skick och konkurrerande skadeorsaker finns i det medicinska underlaget

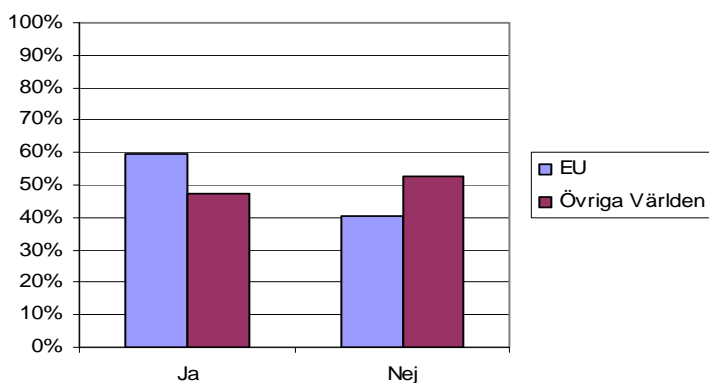


### 2.2.1 Innehållet i medicinska underlag – kön och födelseland

I de medicinska underlagen finns uppgifter om sjukhistorik, befintligt skick och de konkurrerande skadeorsakerna samsjuklighet och andra konkurrerande skadeorsaker i samma utsträckning för kvinnor och män, oberoende var de är födda.

Som framgår av diagrammet nedan är det vanligare att uppgifter om fritidsaktiviteter finns för män och kvinnor födda inom EU än för kvinnor och män födda i övriga världen. I knappt hälften av ärendena finns uppgifter om fritidsaktiviteter i det medicinska underlaget för födda i övriga världen jämfört med i sex ärenden av tio för födda inom EU.

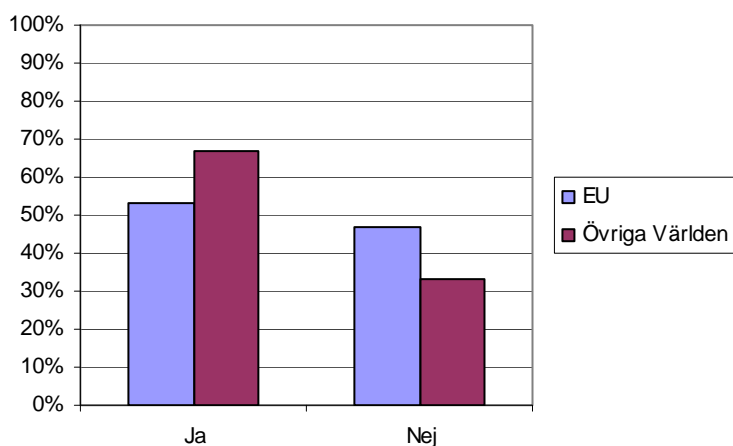
**Diagram 2** Finns uppgifter om fritidsaktiviteter i det medicinska underlaget, fördelat på födelseland



En annan framträdande skillnad utifrån födelse land, som gäller kvinnor såväl som män, är att de medicinska underlagen innehåller uppgifter om psykosocial belastning i nästan två tredjedelar för personer födda i övriga världen och i drygt hälften för personer födda inom EU, se diagrammet nedan.

I flertalet fokusgruppsintervjuer framkommer att deltagarna uppfattar att utlandsfödda oftare har en konkurrerande skadeorsak i form av psykosocial belastning, som följd av sin bakgrund. Många födda i övriga världen, kommer från krigsdrabbade länder och har en psykosocial belastning som normalt inte har med deras tidigare arbete att göra.

**Diagram 3 Finns uppgifter om psykosocial belastning i det medicinska underlaget, fördelat på födelse land**



Sammanfattningsvis kan sägas att kvinnor och män födda inom EU verkar ha fritidsaktiviteter som läkaren anser ha bäring på den hälsoproblematik som personen sökt vård för och som därför omnämns i de medicinska underlagen. För kvinnor och män födda i övriga världen noterar däremot behandlande läkare oftare psykosocial situation i det medicinska underlaget. Eftersom ingen textanalys av de medicinska underlagen har gjorts i studien finns ingen information om vilka fritidsaktiviteter eller psykosociala faktorer som omnämns.

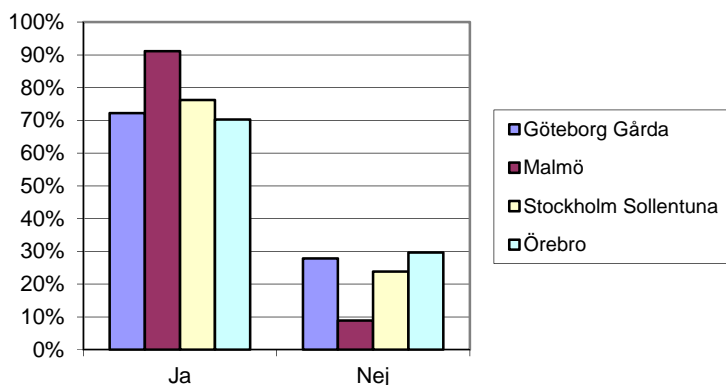
### 2.2.2 Skillnader i innehållet i det medicinska underlaget mellan NFC

De medicinska underlagen innehåller uppgifter om sjukhistorik och fritidsaktiviteter i samma omfattning för alla fyra NFC. När det gäller uppgifter om befintligt skick och de konkurrerande skadeorsakerna samsjuklighet och psykosocialbelastning finns däremot skillnader mellan NFC.

Uppgifter om befintligt skick finns i de medicinska underlagen i närmare åtta av tio ärenden för riket. Av diagrammet nedan framgår spridningen mellan NFC. Högst andel ärenden med uppgifter om befintligt skick i det medicinska underlaget har NFC Malmö. Där finns uppgifterna i nio av tio

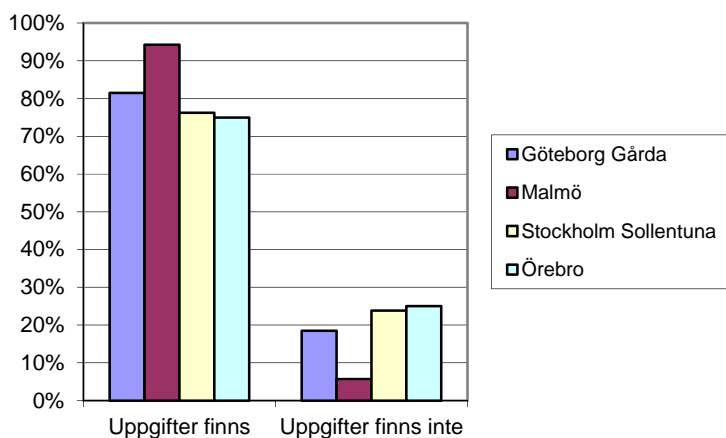
ärenden. Lägst andel har NFC Göteborg Gårda och Örebro där uppgiften finns i sju av tio ärenden.

**Diagram 4 Finns uppgifter om befintligt skick i det medicinska underlaget, fördelat på NFC**



Uppgifter om den konkurrerande skadeorsaken samsjuklighet finns i de medicinska underlagen i närmare hälften av ärendena för riket. Som framgår av diagrammet nedan har NFC Malmö högst andel med uppgifter om samsjuklighet. Där finns uppgiften i fler än nio av tio ärenden. Lägst andel har NFC Stockholm Sollentuna och NFC Örebro där uppgiften finns i drygt sju av tio ärenden.

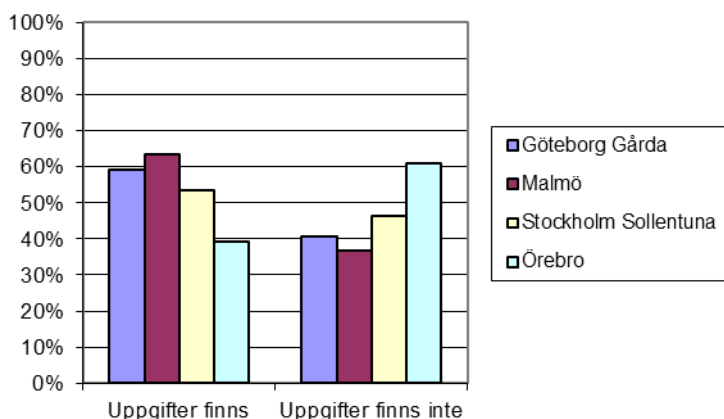
**Diagram 5 Finns uppgifter om samsjuklighet i det medicinska underlaget, fördelat på NFC**



Uppgifter om den konkurrerande skadeorsaken psykosocial belastning finns i drygt sex av tio ärenden för riket totalt. Det indikerar att drygt hälften av de försäkrade som ansöker om livränta i samtal med vården diskuterat eller lämnat information om sin livssituation i stort. Av diagrammet nedan framgår att NFC Malmö och NFC Göteborg Gårda har högst andel ärenden med medicinskt underlag som innehåller information om psykosocial

belastning. Där finns uppgifterna i cirka sex av tio ärenden. NFC Örebro har klart lägst andel med uppgifter i knappt fyra av tio ärenden.

**Diagram 6 Finns uppgifter om psykosocial belastning i det medicinska underlaget, fördelat på NFC**



Sammanfattningsvis så har NFC Malmö medicinska underlag som i högre grad än övriga tre NFC innehåller uppgifter om befintligt skick och de två konkurrerande skadeorsakerna samsjuklighet och psykosocial belastning. Det motsatta gäller för NFC Örebro som har en lägre andel än övriga NFC. Som tidigare nämnts behöver inte alla uppgifter finnas i alla ärenden och i detta avsnitt har ingen värdering gjorts av om uppgifterna behövs eller inte i det enskilda ärendet. Därför kan inte heller några slutsatser dras om hur respektive NFC hanterar uppgifterna.

### 3 Exponering och exponeringsutredning

Exponeringsutredning kallas den utredning som beskriver den försäkrades arbetsförhållanden och arbetsuppgifter med tyngdpunkt på den utpekade skadliga inverkan, till exempel olämpliga arbetsställningar och tunga lyft. Av utredningen ska bland annat framgå hur *länge*, hur *ofta* och hur *mycket* den försäkrade i sitt arbete har varit exponerad för skadliga faktorer. Utredningen ska även ge svar på i vilken omfattning det finns konkurrerande skadeorsaker och rent individuella förhållanden (befintligt skick). En exponeringsutredning ska i princip finnas i samtliga ärenden. I studien finns det en utredning i 92 procent av alla ärenden.

#### 3.1 Hur gör Försäkringskassan exponeringsutredningen

Underlaget till exponeringsutredningen kommer i första hand från den försäkrade. Exponeringsutredningen ska, utom i undantagsfall, göras genom muntlig kontakt med den försäkrade. Anledningen är, förutom att göra den försäkrade delaktig i utredningen, att ett muntligt samtal ger möjlighet att

ställa följdfrågor eller helt andra frågor än de planerade för att exponeringsutredningen ska bli tillräcklig som beslutsunderlag. Innan utredningssamtalet ska den försäkrade ha kontaktats och förberetts på samtalet.

Granskningen visar att Försäkringskassan har muntlig kontakt med den försäkrade i flertalet ärenden men i 22 procent av ärendena baseras exponeringsutredningen enbart på skriftligt underlag.

Den försäkrade kan även lämna uppgifter skriftligt som kan innehålla utredningar/uppgifter från arbetsgivaren, företagshälsovården, arbetsplatsombud, facklig förtroendeman med flera. Försäkringskassan kan också begära in uppgifter. I vart tredje ärende finns uppgifter från andra personer/funktioner. Vanligast är att uppgifter från arbetsgivaren finns men det förekommer också att det finns uppgifter från arbetsplatsombud/facklig förtroendeman, företagshälsovården, arbetsmiljömedicinsk klinik (AMM) eller andra personer/funktioner.

### 3.1.1 Inga skillnader mellan kön och födelseland

Exponeringsutredningarna baseras på enbart skriftliga, enbart muntliga underlag eller både och i samma omfattning för kvinnor och män födda inom EU och i övriga världen.

Även andel ärenden som innehåller en exponeringsutredningen är lika för kvinnor och män oberoende födelseland.

### 3.1.2 Skillnader mellan NFC

Exponeringsutredning finns för riket totalt i 367 av de 400 ärenden som ingår i granskningen. Det finns dock skillnader mellan de fyra NFC.

I Stockholm Sollentuna finns en utredning om exponering i samtliga 84 ärenden (100 %). I Örebro finns utredningen i 60 av 63 ärenden (95 %). I Malmö finns utredningen i 115 av 124 ärenden (93 %) och i Göteborg Gårda i 99 av 108 ärenden (92 %).

Det varierar också mellan de fyra NFC i vilken grad enbart skriftliga uppgifter ligger till grund för exponeringsutredningen. Högst andel exponeringsutredningar med bara skriftligt underlag har NFC Stockholm Sollentuna. Där finns enbart skriftligt underlag i 33 procent av ärendena medan hos övriga NFC finns enbart skriftligt underlag i mellan 15 och 22 procent av ärendena.

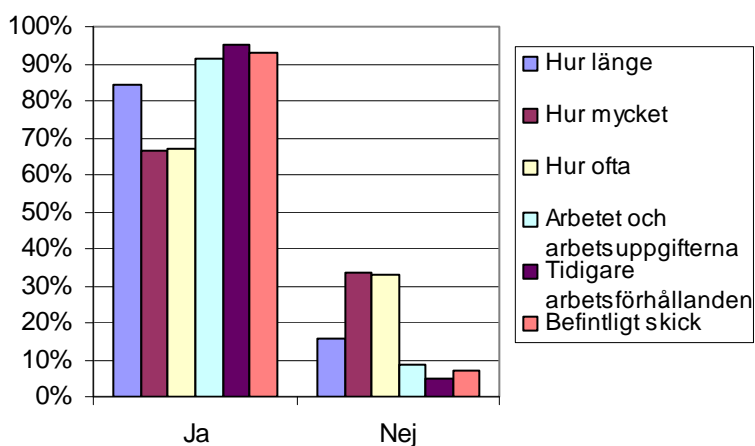
### 3.2 Vilka uppgifter finns i exponeringsutredningen

För att kunna utreda och bedöma om den försäkrade i sitt arbete varit utsatt för skadlig inverkan behöver exponeringsutredningen innehålla tillräcklig information. I granskningen har följande områden i exponeringsutredningen värderats utifrån officialprincipen:

- hur *ofta* den försäkrade har varit exponerad för skadliga faktorer
- hur *mycket* den försäkrade har varit exponerad för skadliga faktorer
- hur *länge* den försäkrade har varit exponerad för skadliga faktorer
- den försäkrades arbete och arbetsuppgifternas innehåll
- den försäkrades tidigare arbetsförhållanden
- befintligt skick

Som framgår av diagrammet nedan varierar andelen ärenden med tillräcklig information i exponeringsutredningen mellan de sex ovanstående områdena. Andelen exponeringsutredningar med tillräcklig information om arbetet och arbetsuppgifterna, tidigare arbetsförhållanden och befintligt skick är hög. För de tre områdena finns tillräcklig information i drygt nio av tio ärenden. Tillräcklig information om hur länge (varaktighet) den försäkrade i sitt arbete har varit exponerad finns i fler än åtta av tio ärenden. Lägst andel tillräcklig information i exponeringsutredningen har de två områdena hur ofta (intensitet) och hur mycket (omfattning) den försäkrade i sitt arbete varit exponerad för skadliga faktorer. För de två områdena är informationen tillräcklig i knappt sju av tio ärenden.

**Diagram 7 Finns tillräcklig information i exponeringsutredningen för att utreda skadlig inverkan?**



Totalt innehåller exponeringsutredningarna de uppgifter som behövs för att utreda skadlig inverkan i sex av tio ärenden. I enlighet med officialprincipen ska det finnas tillräcklig information i samtliga ärenden det vill säga den information som behövs i det enskilda ärendet, varken mer eller mindre. Definitionen av att exponeringsutredningen innehåller de uppgifter som behövs för att utreda skadlig inverkan är, i studien, att samtliga sex ovanstående områden innehåller tillräcklig information.

I fokusgrupperna framkommer några förklaringar till att bara sex av tio ärenden innehåller samtliga uppgifter som behövs för att kunna utreda skadlig inverkan. I intervjuerna säger arbetsskadeutredarna att det är svårt att göra bra exponeringsutredningar och en utredare nämner att ”jag gör exponeringsutredningar så sällan alltså, om man säger kvalificerade, så att jag blir liksom aldrig riktigt duktig på det”. Anledningen till bristfälliga exponeringsutredningar, som framkom i intervjuerna, är att alla arbetsskadeutredare inte upplever sig ha den kompetens som behövs för att göra bra utredningar.

I intervjuerna framkommer också att arbetsskadeutredarna upplever att det kan vara svårt för den försäkrade att förklara hur arbetet och arbetsuppgifterna som gett besvären ser ut. Beskrivningen och utredarnas förståelse av den, försvåras av att exponeringsutredningen ska göras per telefon och inte vid personligt möte. I telefon kan de försäkrade ha svårt att beskriva sina rörelser och kan inte visa hur de arbetar.

Det framkommer också att exponeringsutredningen är en arbetsuppgift som arbetsskadeutredaren ibland ”genar” med i en pressad arbetssituation. Yttre orsaker som diagnos, yrke och arbetsskadeutredarens syn på om beslutet kommer att bli bifall eller avslag nämns som faktorer som medverkar till hur mycket tid arbetsskadeutredaren lägger på exponeringsutredningen.

Att inte samma tid läggs på alla exponeringsutredningar följer officialprincipen det vill säga att varje ärende ska utredas utifrån dess beskaffenhet. Det är alltså inget som strider mot hur utredningar ska göras. Resultatet av granskningen visar dock att inte alla ärenden utreds tillräckligt och att exponeringsutredningen inte innehåller samtliga de uppgifter som behövs för att fatta beslut.

Sammantaget visar granskningen att innehållet i exponeringsutredningarna är tillräckligt i varierande grad. Uppgifter om hur mycket och hur ofta den försäkrade i sitt arbete har exponerats för skadliga faktorer finns i betydligt lägre omfattning och uppgifter om hur länge i lägre omfattning än uppgifter om arbetet och arbetsuppgifternas innehåll, tidigare arbetsförhållanden och befintligt skick. Totalt är exponeringsutredningen tillräcklig som underlag för att utreda eller bedöma skadlig inverkan i sex av tio ärenden. Bristerna i exponeringsutredningarna beror troligen på att officialprincipen inte följs eftersom inte alla arbetsskadeutredare upplever sig ha varken tillräckligt med tid eller tillräcklig kompetens för att utreda alla typer av ärenden.

### 3.2.1 Skillnader mellan kön och födelseland

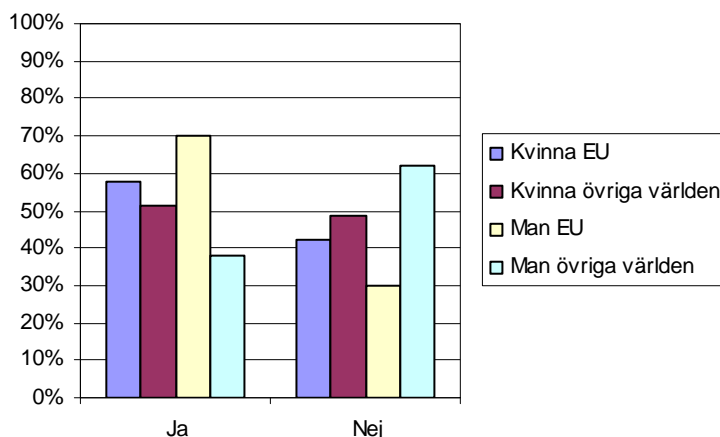
Vid en fördjupad analys av exponeringsutredningarna utifrån variablerna kön och födelseland syns stora variationer. Könstillhörigheten och var den försäkrade är född tycks ha olika betydelse för kvinnor och för män när det handlar om att utreda om arbetet har haft en skadlig inverkan på den försäkrades hälsa och arbetsförmåga.

Diagrammet nedan visar att exponeringsutredningarna har brister i sex av tio ärenden för män födda i övriga världen i jämförelse med i tre av tio för män födda inom EU. Skillnaderna är inte lika stora mellan kvinnor födda inom



EU och i övriga världen – tillräckliga uppgifter finns i nästan sex av tio ärenden respektive i fem av tio ärenden. Däremot är exponeringsutredningarna för kvinnor generellt sämre än för män födda inom EU men väsentligt bättre än för män födda i övriga världen.

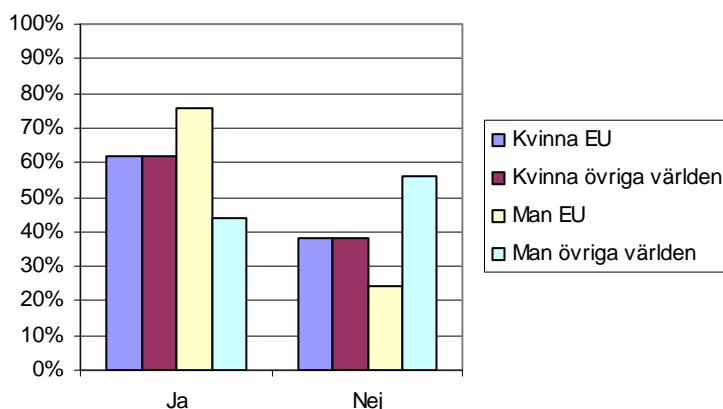
**Diagram 8** Innehåller exponeringsutredningen de uppgifter som behövs för att ta ställning till skadlig inverkan, fördelat på kön och födelse land



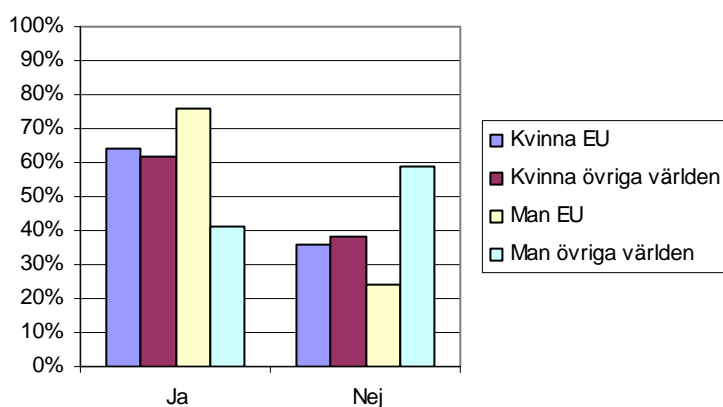
I fokusgruppsintervjuerna förs fram att den bakgrund utrikes födda har med sig kan vara en orsak till bristfälliga exponeringsutredningar. Om arbets-skadeutredaren förväntar sig ett avslag verkar även det leda till en otillräcklig exponeringsutredning. En deltagare förklarar det så här: ”Sedan är ju en viktig orsak också, att de flesta invandrare har ju inte varit i Sverige i så många år, så de har inte hunnit jobba så lång tid. Många utav de här diagnoserna som då godkänns som skadlig inverkan, det krävs ju att man har arbetat under lång tid med vissa arbetsuppgifter för att de ska kunna uppstå. Så det är ju väldigt sällan som en invandrare uppfyller de kraven, för det första. Och sedan kommer ju dessutom det här då, med de här psykiska belastningarna.”

Diagrammen nedan visar att exponeringsutredningarna framför allt saknar uppgifter om hur ofta och hur mycket de försäkrade i sitt arbete har varit exponerad för skadliga faktorer. Fyra av tio exponeringsutredningar har tillräcklig information om båda dessa områden i gruppen män födda i övriga världen, att jämföra med närmare åtta av tio i gruppen män födda inom EU. I cirka sex av tio ärenden finns tillräcklig information när det gäller kvinnor oberoende var de är födda.

**Diagram 9 Finns tillräcklig information i exponeringsutredningen om hur ofta den försäkrade i sitt arbete har exponerats för skadliga faktorer, fördelat på kön och födelseland**



**Diagram 10 Finns tillräcklig information i exponeringsutredningen om hur mycket den försäkrade i sitt arbete har exponerats för skadliga faktorer, fördelat på kön och födelseland**



Sammantaget är bristerna i exponeringsutredningarna särskilt framträdande för gruppen män födda i övriga världen. Men exponeringsutredningarna för gruppen kvinnor oberoende födelseland är också sämre än de som görs för gruppen män födda inom EU. Detta innebär att resultatet för riket inte är representativt för någon grupp utifrån kön eller födelseland. Andelen exponeringsutredningar som innehåller tillräcklig information, i enlighet med officialprincipen, för att utreda skadlig inverkan ökar markant för män födda inom EU. På motsvarande sätt minskar andelen för kvinnor oberoende födelseland och män födda i övriga världen i jämförelse med riket. Sannolikt förklaras detta till stor del av regelverkets utformning och att arbets-skadehandläggarens agerande styrs av sin uppfattning om beslutet kommer att bli bifall eller avslag.

### 3.2.2 Skillnader mellan NFC

Om exponeringsutredningen innehåller tillräckliga uppgifter för att utreda skadlig inverkan skiljer sig åt mellan de fyra NFC. Av tabellen nedan

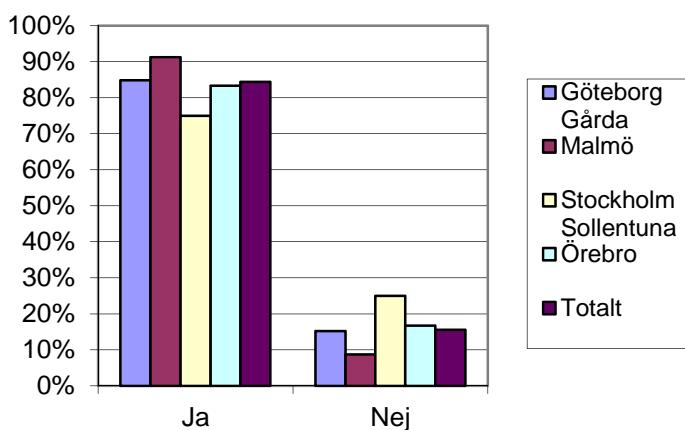
framgår att högst andel ärenden med tillräckligt underlag för att utreda skadlig inverkan har NFC Malmö. Lägst andel har NFC Göteborg Gårda och NFC Örebro.

**Tabell 3 Andel och antal ärenden med tillräcklig information i exponeringsutredning för att utreda skadlig inverkan, fördelat på NFC**

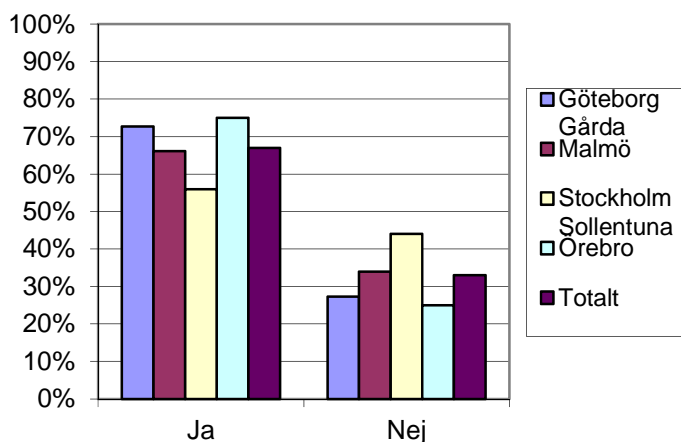
Exponeringsutredning	Göteborg Gårda		Malmö		Stockholm Sollentuna		Örebro		Totalt
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Andel
Ja	69	64 %	98	80 %	63	75 %	41	66 %	<b>72 %</b>
Nej	39	36 %	25	20 %	21	25 %	21	34 %	<b>28 %</b>
<b>Totalt antal per NFC</b>	<b>108</b>		<b>124</b>		<b>84</b>		<b>63</b>		<b>379</b>

I exponeringsutredningen ingår som tidigare nämnts områdena hur *mycket*, hur *länge* och hur *ofta* den försäkrade i sitt arbete har exponerats för skadliga faktorer, arbetet och arbetsuppgifternas innehåll, tidigare arbetsförhållanden och befintligt skick. Som framgår nedan av diagram 11–14 finns tillräckliga uppgifter för fyra av de sex områdena i olika omfattning för de fyra NFC. För områdena hur ofta den försäkrade varit exponerad för skadliga faktorer i sitt arbete och befintligt skick finns inga signifikanta skillnader. Vilket NFC som har högst och lägst andel tillräcklig information varierar.

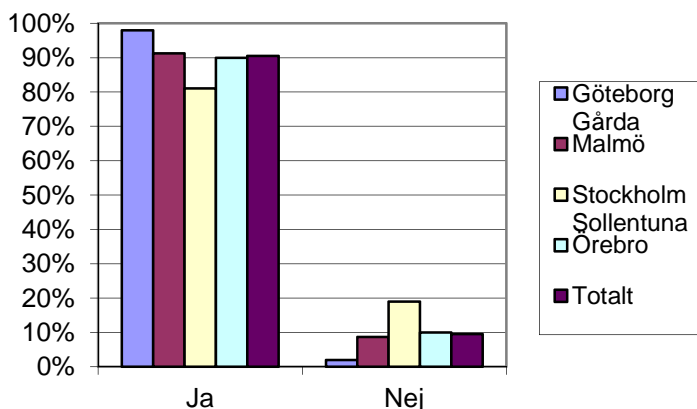
**Diagram 11 Finns tillräckliga uppgifter i exponeringsutredningen om hur länge den försäkrade i sitt arbete har exponerats för skadliga faktorer, fördelat på NFC**



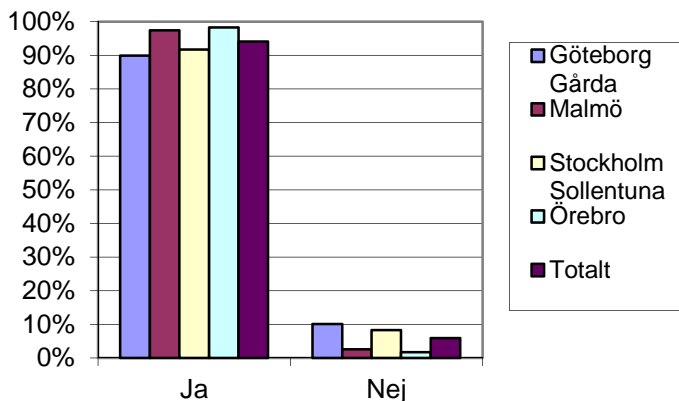
**Diagram 12 Finns tillräckliga uppgifter i exponeringsutredningen om hur mycket den försäkrade i sitt arbete har exponerats för skadliga faktorer, fördelat på NFC**



**Diagram 13 Finns tillräckliga uppgifter om arbetsuppgifternas innehåll i exponeringsutredningen, fördelat på NFC**



**Diagram 14 Finns tillräckliga uppgifter om Tidigare arbetsuppgifter i exponeringsutredningen, fördelat på NFC**



Sammanfattningsvis kan konstateras att det är stor variation mellan de fyra NFC i om tillräcklig information finns om hur länge och hur mycket den försäkrade i sitt arbete har varit exponerad för skadliga faktorer. Variationen

är betydligt lägre när det gäller arbetet och arbetets innehåll samt uppgifter om tidigare arbetsförhållanden. Orsaken till att det finns skillnader mellan NFC inom dessa fyra områden beror på att de också har flest brister totalt.

### 3.3 Uppgifter och konkurrerande skadeorsaker m.m.

Uppgifter om konkurrerande skadeorsaker och så kallade basuppgifter behöver också finnas i ärendet men det är inget krav att de ska ingå i exponeringsutredningen. Konkurrerande skadeorsaker har i denna del delats upp i fritidsaktiviteter, psykosocialbelastning och andra konkurrerande skadeorsaker. I basuppgifter ingår uppgifter om bland annat familjeförhållanden, utbildningsnivå och övrig sysselsättning. Tillräcklig information om basuppgifter och konkurrerande skadeorsaker finns i hög grad i alla ärenden.

#### 3.3.1 Inga skillnader mellan kön, födelseland eller NFC

Det finns inga skillnader mellan kön, födelseland eller NFC varken vad gäller konkurrerande skadeorsaker eller basuppgifter.

### 3.4 Är omfattningen av exponering tillräcklig för att uppnå ”sannolika skäl för skadlighet”?

För att en skada ska kunna anses ha uppkommit till följd av skadlig inverkan i arbetet måste det framstå som sannolikt att det är så. För att övervägande skäl ska tala för att det är en arbetsskada ska de skäl som talar för väga tyngre än de skäl som talar mot. Vid en bedömning om skälen väger tyngst är utgångspunkten om den skadliga inverkan är den mest väsentliga orsaken till den försäkrades besvär.

Vid bedömningen på individnivå räcker det inte att det förekommit en eller flera skadliga faktorer i den försäkrades arbetsmiljö. De skadliga faktorerna måste värderas i termer av deras omfattning, varaktighet och intensitet, det vill säga dos och exponeringstid.

I de 286 ärenden som innehåller tillräckliga uppgifter för att bedöma i vilken omfattning den försäkrade i sitt arbete har varit exponerad för skadliga faktorer har granskarna även bedömt om exponeringen är tillräcklig för att uppnå ”sannolika skäl för skadlighet”.

Granskningen visar att den försäkrade har varit exponerad för skadliga faktorer i ingen eller liten omfattning i 172, det vill säga i drygt sex av tio av de 286 ärenden som innehåller tillräckliga uppgifter för att göra denna bedömning. I knappt fyra av tio ärenden har den försäkrade i sitt arbete varit exponerad för skadliga faktorer i måttlig eller stor omfattning. Exponeringen för skadliga faktorer är tillräcklig för att uppnå ”sannolika skäl för skadlighet” i drygt åtta av tio bifallsbeslut. För avslagsbesluten är exponeringen tillräcklig för att uppnå ”sannolikhet för skadlighet” i färre än i vart tionde avslagsbeslut.

#### 3.4.1 Inga skillnader mellan kön, födelseland eller NFC

Det finns inga skillnader mellan kön, födelseland eller NFC i denna del.

## 4 Försäkringsmedicinskt yttrande

Om arbetsskadeutredaren bedömer att det finns frågor som kräver ett försäkringsmedicinskt yttrande begär han eller hon ett sådant av FMR. Yttrandet är rådgivande. Normalt ställs frågor om medicinsk bedömning av den försäkrades sjukdom, skada, funktion och förmåga. De yttranden, som ingår i granskningen, innehåller också en bedömning av om övervägande skäl talar för eller emot ett samband mellan den försäkrades besvär och de skadliga faktorer som han eller hon i sitt arbete varit exponerad för. Bedömningen grundas på det medicinska underlag och den utredning som finns i ärendet. Yttrandet bör också innehålla en bedömning av om det finns en vetenskapligt förankrad medicinsk grund för att bedöma skadlig inverkan i arbetet. FMR ska även hänvisa till vilka källor som han eller hon har använt för sin bedömning.

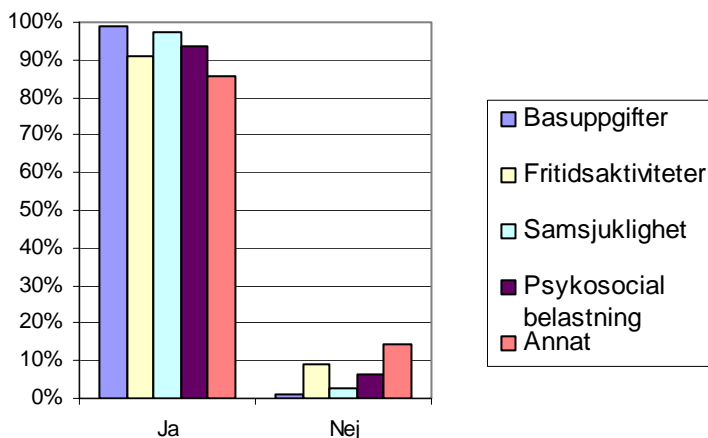
Arbetskadeförsäkringen har ett stort inslag av medicinska uppgifter och vetenskaplig kunskap. Det finns därför ett behov av ett försäkringsmedicinskt yttrande i de flesta ärenden. Av de 400 granskade ärendena finns ett försäkringsmedicinskt yttrande i samtliga utom i tre.

### 4.1 Har FMR tillräcklig underlag för sitt yttrande

I granskningen har en värdering gjorts av om FMR har tillräckligt underlag för sitt yttrande. Uppgifterna ska finnas i den försäkrades elektroniska akt som FMR har tillgång till. De uppgifter som ingår i värderingen är bland annat familjeförhållanden, utbildningsnivå och övrig sysselsättning (basuppgifter), fritidsaktiviteter, samsjuklighet och psykosocial belastning (konkurrerande skadeorsaker). Förutom dessa uppgifter finns i akten bland annat exponeringsutredning och medicinskt underlag som är grunden för yttrandet.

Som framgår av diagrammet nedan har FMR i flertalet ärenden tillgång till dessa uppgifter. Tillräcklig information om basuppgifter finns i nästan alla ärenden. Tillräcklig information om de konkurrerande skadeorsakerna fritidsaktiviteter, samsjuklighet och psykosocialbelastning finns i minst nio av tio ärenden. Om andra konkurrerande skadeorsaker finns tillräcklig information i nästan nio av tio ärenden.

**Diagram 15 Finns de basuppgifter och uppgifter om konkurrerande skadeorsaker som FMR behöver för att kunna yttra sig?**



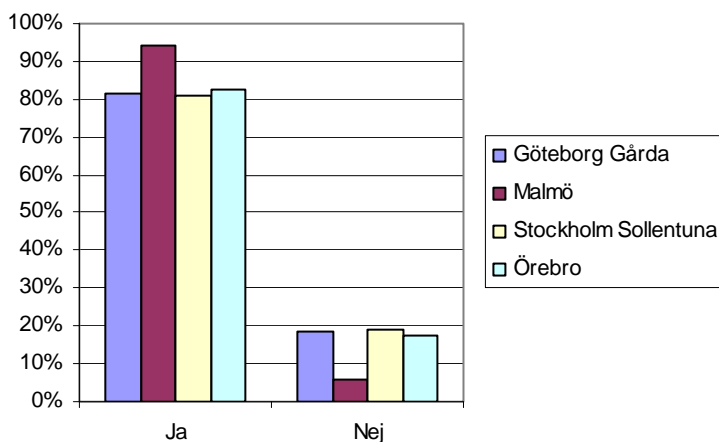
#### 4.1.1 Inga skillnader i om FMR har tillräckligt underlag för sitt yttrande mellan kön och födelseland

Det finns inga skillnader mellan kvinnor och män oberoende av födelseland när det gäller om FMR har tillräckligt underlag för sitt yttrande.

#### 4.1.2 Skillnader i om FMR har tillräckligt underlag för sitt yttrande mellan NFC

Det finns skillnader mellan de fyra NFC när det gäller om FMR har tillräcklig information om samtliga fyra konkurrerande skadeorsaker. På NFC Malmö finns uppgifterna i drygt nio av tio ärenden. På övriga tre NFC har FMR uppgifterna i omkring åtta av tio ärenden.

**Diagram 16 Har FMR tillräcklig information om konkurrerande skadeorsaker för att yttra sig, fördelat på NFC?**



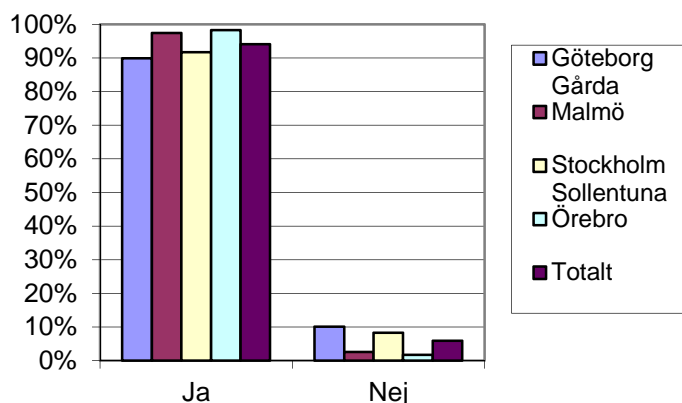
## 4.2 Innehåller det försäkringsmedicinska yttrandet tillräckliga uppgifter?

När det finns behov av ett försäkringsmedicinskt yttrande, som ett av flera underlag, för att kunna fatta beslut i ett ärende måste yttrandet innehålla vissa uppgifter. Bland annat ska det i yttrandet alltid finnas en individuell bedömning. I granskningen har förutom om det finns en individuell bedömning, en värdering gjorts av om tillräcklig information finns om följande områden:

- om den försäkrade i sitt arbete varit utsatt för skadlig inverkan
- om att det finns en vetenskapligt förankrad grund för att bedöma skadlig inverkan i arbetet
- konkurrerande skadeorsaker
- befintligt skick

Som framgår av diagrammet nedan är andelen ärenden med tillräcklig information hög. Tillräcklig information finns i minst nio av tio ärenden för varje område. Eftersom behovet av information utgår från varje enskilt ärende har frågan om tillräcklig information finns besvarats med ”Ja” även när informationen inte finns i ärendet, under förutsättning att det inte finns något behov av just den informationen.

**Diagram 17 Innehåller det försäkringsmedicinska yttrandet tillräcklig information om de fyra områdena**



Det försäkringsmedicinska yttrandet innehåller de uppgifter som är nödvändiga för att kunna fatta beslut i sju av tio ärenden. Att den andelen är betydligt lägre än andelen tillräcklig information för vart och ett av områdena beror på att definitionen av nödvändiga uppgifter för att kunna fatta beslut är att samtliga fyra områden ska innehålla tillräcklig information i enlighet med officialprincipen. Alla fyra områdena är lika viktiga vilket innebär att om tillräcklig information saknas i ett område kan det inte uppvägas av att nödvändig information finns i ett eller flera av de andra områdena.

Utredningen i ett arbetsskadeärende ska alltid utgå från den försäkrade som ansöker om ersättning. Det innebär bland annat att yttrandet från FMR ska



innehålla en individuell bedömning. En individuell bedömning finns i nästan åtta av tio ärenden.

#### 4.2.1 Få skillnader i försäkringsmedicinska yttranden mellan kön och födelse-land

Analysen visar inte på några skillnader mellan kvinnor och män, oberoende av födelse-land, i andelen ärenden där det försäkringsmedicinska yttrandet totalt innehåller tillräckliga uppgifter och en individuell bedömning. En skillnad finns dock – andelen ärenden som innehåller information om konkurrerande skadeorsaker finns i högre grad för kvinnor (95 %) än för män (89 %) oberoende födelse-land.

#### 4.2.2 Inga skillnader i försäkringsmedicinska yttranden mellan NFC

Analysen visar inga skillnader mellan de fyra NFC när det gäller andelen ärenden som innehåller samtliga de uppgifter som behövs för att fatta beslut i ärendet eller om det finns en individuell bedömning.

## 5 Besluten

### 5.1 Är kriterierna för rätt till livränta uppfyllda?

För att kunna bedöma om kriterierna för rätt till livränta är uppfyllda eller inte behöver vissa uppgifter finnas i beslutsunderlaget. I studien har granskarna bedömt om underlaget innehåller tillräcklig information om följande fem områden:

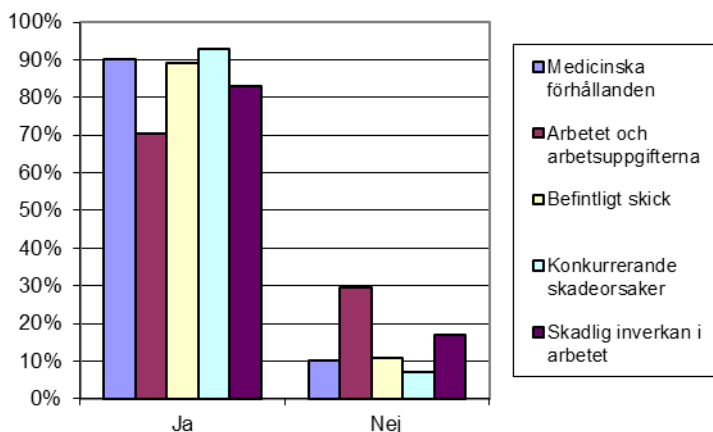
- medicinska förhållandena
- arbetet och arbetsuppgifterna
- befintligt skick
- konkurrerande skadeorsaker
- om det finns en bedömning av om arbetet har en skadlig inverkan på den försäkrades hälsa eller funktion

Bedömning av om underlaget för beslutet innehåller nödvändiga uppgifter för att kunna fatta beslut baserades på granskarens tidigare svar i enkäten det vill säga de tre delarna medicinskt underlag, exponering och exponeringsutredning samt försäkringsmedicinskt yttrande (avsnitt 2–4). Uppgifter om medicinska förhållanden finns främst i det medicinska underlaget men finns även i det försäkringsmedicinska yttrandet. Uppgifter om arbetet och arbetsuppgifterna finns i exponeringsutredningen och omfattar även hur *ofta*, hur *mycket* och hur *länge* den försäkrade i sitt arbete varit exponerad för skadlig inverkan. Uppgifter om befintligt skick och konkurrerande skadeorsaker finns i exponeringsutredningen, i det medicinska underlaget och i det försäkringsmedicinska yttrandet. Bedömningen av om arbetet har en skadlig

inverkan på den försäkrades hälsa eller funktion finns i det försäkringsmedicinska yttrandet.

Som framgår av diagrammet nedan varierar andelen ärenden med tillräcklig information mellan de fem områdena. För tre av områdena, medicinska förhållanden, befintligt skick och konkurrerande skadeorsaker finns tillräcklig information i nio av tio ärenden. Tillräcklig information om skadlig inverkan i arbetet finns i drygt åtta av tio ärenden. Lägst andel tillräcklig information har området arbetet och arbetsuppgifterna. För det området finns tillräcklig information i sju av tio ärenden. Eftersom behovet av information utgår från varje enskilt ärende har frågan om tillräcklig information finns besvarats med ”Ja” även när informationen inte finns i ärendet, under förutsättning att det inte finns något behov av just den informationen.

**Diagram 18 Innehåller beslutsunderlaget de uppgifter som behövs för att fatta beslut i ärendet?**



Beslutsunderlaget innehåller de uppgifter som behövs för att fatta beslut i sex av tio ärenden. Att den andelen är lägre än andelen med tillräcklig information om vart och ett av områdena beror på att definitionen av tillräckliga uppgifter för att kunna fatta beslut, i studien är att samtliga fem områden ska innehålla tillräcklig information i enlighet med officialprincipen. Alla fem områden är lika viktiga vilket innebär att om tillräcklig information saknas i ett område kan det inte uppvägas av att tillräcklig information finns i ett eller flera av de andra områdena.

I de totalt 243 ärenden som innehåller det underlag som behövs för att fatta beslut har en bedömning gjorts av om kriterierna för rätt till livränta är uppfyllda eller inte. Resultatet av bedömningen ska ses som en indikation på om kriterierna för livränta på grund av skadlig inverkan, som de definieras i denna undersökning, är uppfyllda eller inte. Att det i ett bifallsärende har bedömts att kriterierna för livränta inte är uppfyllda innebär att det finns en risk för felbedömning. I avslagsärenden gäller det motsatta dvs. att om kriterierna anses vara uppfyllda är det risk för felbedömning. Andelen felbedömda ärenden, är låg – två procent för både bifallsärenden och avslagsärenden.

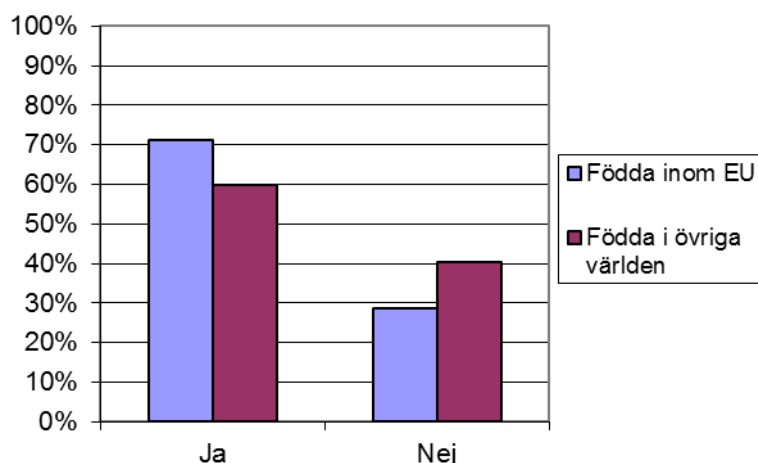
### 5.1.1 Skillnader mellan kön och födelse land

Analysen visar att det inte finns några skillnader mellan kvinnor och män oberoende födelse land i andelen ärenden som totalt har det underlag som behövs för att fatta beslut i ärendet.

Det finns däremot skillnader mellan kön och födelse land när det gäller de två delområdena arbetet och arbetsuppgifterna samt konkurrerande skadeorsaker. Områdena ingår i den information som ligger till grund för bedömningen av om underlaget är tillräckligt för att fatta beslut i ärendet.

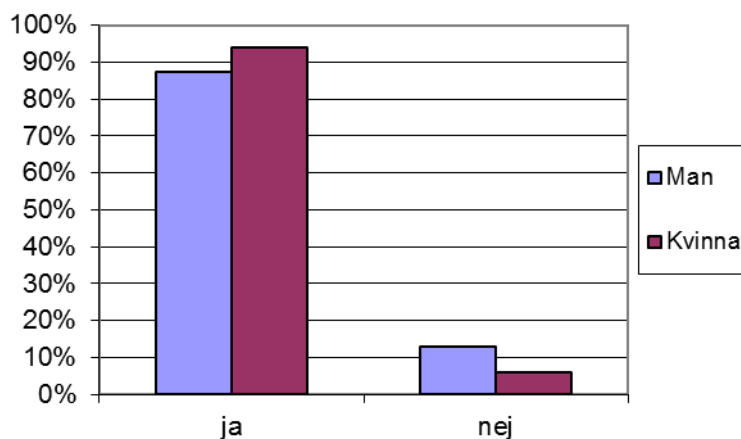
Som framgår av diagrammet nedan finns tillräcklig information om arbetet och arbetsuppgifterna i större utsträckning för kvinnor och män födda inom EU jämfört med kvinnor och män födda i övriga världen.

**Diagram 19** Innehåller underlaget för beslut tillräcklig information om arbetet och arbetsuppgifterna, fördelat på födelse land?



Diagrammet nedan visar att det finns tillräcklig information om konkurrerande skadeorsaker oftare för kvinnor än för män oberoende av födelse land.

**Diagram 20** Innehåller underlaget för beslut tillräcklig information om konkurrerande skadeorsaker, fördelat på kön?



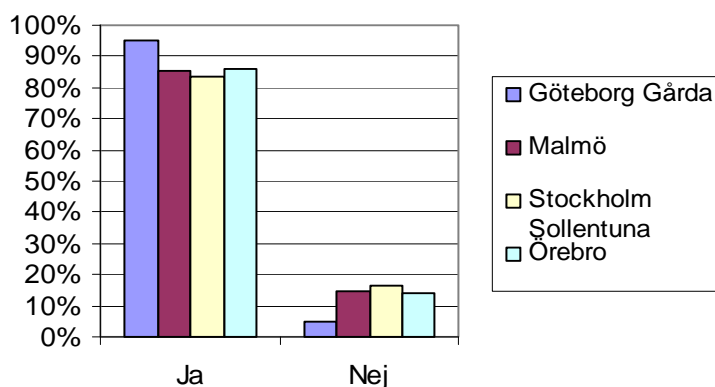
Sammanfattningsvis kan konstateras att det för kvinnor och män födda i övriga världen oftare saknas tillräckliga uppgifter om arbetet och arbetsuppgifterna. Det kan bland annat bero på, som framkommer i fokusgruppsintervjuerna, att det finns en osäkerhet om Försäkringskassans utredningsskyldighet sträcker sig även till tidigare arbete utanför Sverige. I kvinnors ärenden finns det oftare uppgifter om konkurrerande skadeorsaker vilket kan bero på, som framkommer hos alla yrkesgrupper i fokusgruppsintervjuerna, att kvinnor oftare talar om sitt privatliv med läkaren och Försäkringskassan och att läkaren och Försäkringskassan oftare tar upp privatlivet med kvinnor.

## 5.1.2 Skillnader mellan NFC

Analysen visar att andelen ärenden som totalt har det underlag som behövs för att fatta beslut i ärendet är lika för samtliga NFC.

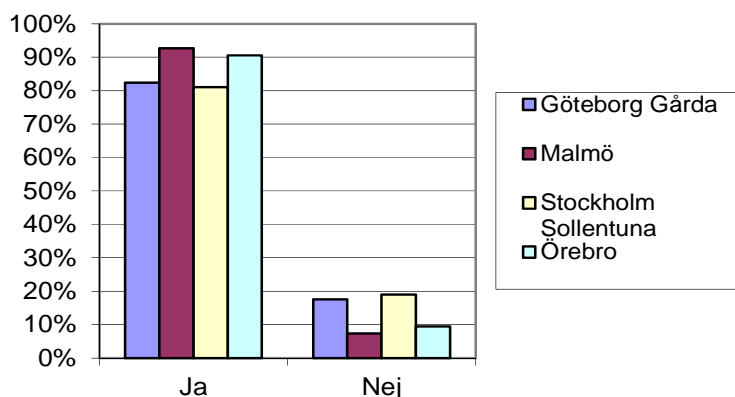
Däremot finns det även för NFC skillnader för vissa delområden i om den information som ligger till grund för beslutet är tillräcklig eller inte. Av diagrammet nedan framgår att NFC Göteborg Gårda har tillräcklig information om medicinska förhållanden i mycket hög grad. Övriga tre NFC har informationen i hög grad men i omkring 10 procent färre ärenden än NFC Göteborg Gårda.

**Diagram 21 Innehåller underlaget för beslut tillräcklig information om medicinska förhållanden, fördelat på NFC?**



Även andelen ärenden med tillräcklig information om befintligt skick skiljer sig mellan NFC. NFC Malmö och NFC Örebro har tillräcklig information i minst nio av tio ärenden. NFC Göteborg Gårda och NFC Stockholm Sollenluna har informationen i åtta av tio ärenden.

**Diagram 22** Innehåller underlaget för beslut tillräcklig information om befintligt skick, fördelat på NFC?



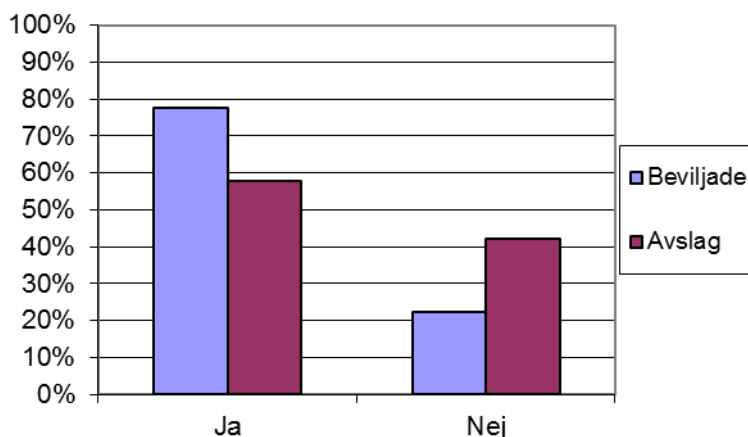
## 5.2 Bifall och avslag

Av de 400 ärenden som ingår i studien är 58 (14,5 %) bifallsbeslut och 342 (85,5 %) avslagsbeslut. För bifallen är det vanligare med helt bifall jämfört med delvis bifall, 43 respektive 15 ärenden.

### 5.2.1 Stor skillnad i tillräckligt underlag mellan bifall och avslag

Andelen ärenden där underlaget innehåller tillräckliga uppgifter är betydligt högre i bifallen jämfört med avslagen. Totalt innehåller sex av tio ärenden de uppgifter som behövs för att fatta beslut. I bifallen innehåller underlaget de uppgifter som behövs i nästan åtta av tio ärenden. I avslagen innehåller underlagen uppgifterna i knappt sex av tio ärenden.

**Diagram 23** Är underlaget tillräckligt för att fatta beslut, fördelat på bifall och avslag?



I fokusgruppsintervjuerna framkommer att det finns en osäkerhet om hur långt Försäkringskassans utredningsskyldighet sträcker sig speciellt i de ärenden som arbetsskadeutredaren bedömer har liten sannolikhet att leda till

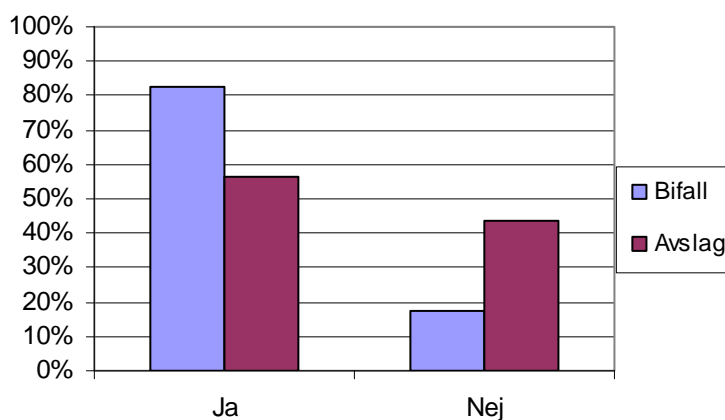
ett bifall. Ett exempel som nämns är att diagnosen fibromyalgi inte kan leda till ett bifall. Det stämmer överens med att det inte finns vetenskapligt stöd för att besvären kan orsakas av förvärvsarbete men det innebär i sin tur att om fibromyalgi är den enda diagnosen och officialprincipen följs bör det vara lätt att få ett tillräckligt underlag i de ärendena. Det är inte troligt att det är de ärendena som saknar tillräckligt underlag för beslut.

I intervjuerna säger utredarna att om de bedömer att ett ärende troligen kan leda till bifall lägger han eller hon sannolikt mer tid på utredningen. Det stämmer väl med resultatet av granskningen där tillräckligt underlag finns i nästan 80 procent av bifallsärendena.

### 5.2.2 Skillnader i tillräckliga uppgifter i exponeringsutredningen mellan bifall och avslag

Även i exponeringsutredningarna finns tillräckliga uppgifter i högre grad i bifallen. Som framgår av diagrammet nedan finns i bifallen tillräckliga uppgifter om exponering i drygt åtta av tio ärenden. I avslagsärenden finns uppgifterna i betydligt färre ärenden, i knappt sex av tio ärenden. Förklaringen ligger sannolikt i det utredarna säger i fokusgruppsintervjuerna det vill säga att ett troligt bifallsärende utreds mer grundligt än ett troligt avslagsärende.

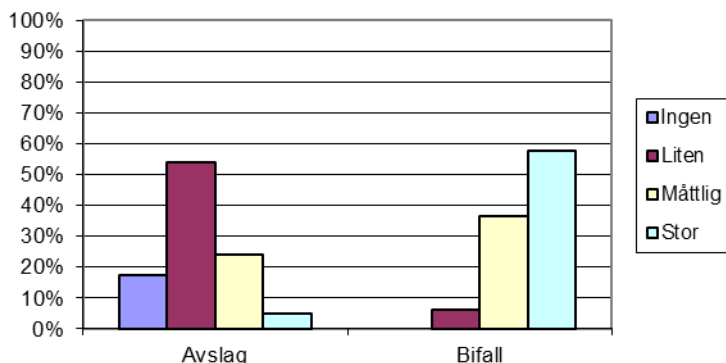
**Diagram 24** Innehåller exponeringsutredningen tillräckliga uppgifter för att utreda skadlig inverkan, fördelat på bifall och avslag?



### 5.2.3 Omfattning av exponering och "sannolika skäl för skadlig inverkan" för bifall och avslag

I 274 av de 367 ärenden där det finns en exponeringsutredning, finns tillräckliga uppgifter för att FMR ska kunna bedöma i vilken omfattning den försäkrade i sitt arbete har varit exponerad för skadliga faktorer och om exponeringen är tillräcklig för att uppnå "sannolika skäl för skadlighet". Tillräckliga uppgifter finns i samma omfattning i både bifalls- och avslagsärenden. Av diagrammet nedan framgår fördelningen av omfattningen av exponeringen mellan bifalls- och avslagsärenden.

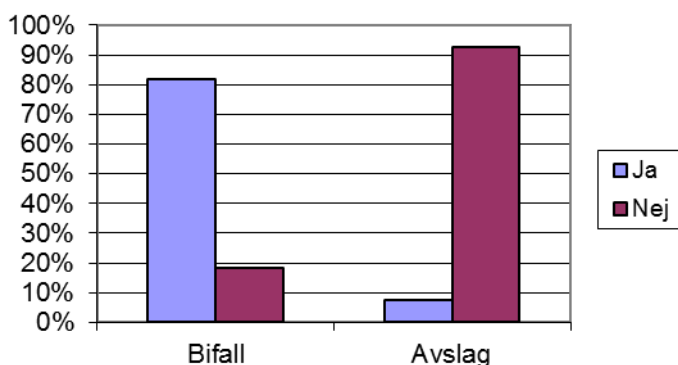
**Diagram 25 I vilken omfattning har den försäkrade i sitt arbete varit exponerad för skadliga faktorer, fördelat på bifall och avslag**



Fördelningen av omfattning mellan bifalls- och avslagsärenden stämmer väl med den förväntade fördelningen utifrån lagstiftningen. Ingen eller låg exponering bör inte leda till bifall. Att det ändå förekommer i två ärenden kan bero på att arbetsskadeförsäkringen i denna del innehåller ett stort mått av bedömning där bland annat befintligt skick vägs in och blir utslagsgivande.

Av diagrammet nedan framgår att i bifallsärendena är exponeringen i närmare 20 procent av ärendena inte tillräcklig för att uppnå ”sannolika skäl för skadlig inverkan”. Det innebär antingen att beslutet i stället borde varit avslag men troligen oftare att befintligt skick har vägts in i bedömningen vilket då kan leda till ett bifall. I avslagsärendena är i knappt 10 procent av ärendena exponeringen tillräcklig för att uppnå ”sannolika skäl för skadlig inverkan”. Det innebär antingen att beslutet i stället borde ha varit bifall men troligen oftare att befintligt skick och/eller konkurrerande skadeorsaker har vägts in i bedömningen vilket då kan leda till ett avslag.

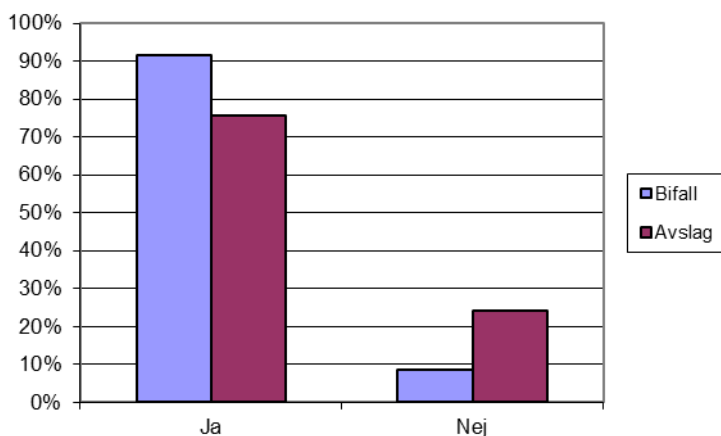
**Diagram 26 Är exponeringen i ärendet tillräcklig för att uppnå ”sannolika skäl för skadlighet”, fördelat på bifall och avslag?**



### 5.2.4 Skillnader i tillräckliga uppgifter i det försäkringsmedicinska yttrandet mellan bifall och avslag

I de 397 ärenden där det finns ett försäkringsmedicinskt yttrande finns i fler än nio av tio bifallsärenden en individuell bedömning. I avslagsbesluten finns en individuell bedömning i knappt åtta av tio ärenden, se diagrammet nedan.

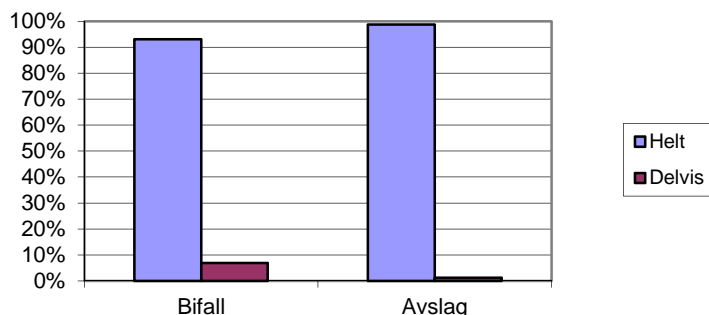
**Diagram 27 Innehåller yttrandet från FMR en individuell bedömning, fördelat på bifalls- och avslagsbeslut?**



### 5.2.5 Det försäkringsmedicinska yttrandets påverkan på beslutet

Det försäkringsmedicinska yttrandet är rådgivande men som framgår av diagrammet nedan följer samtliga beslut det försäkringsmedicinska yttrandet men i några ärenden, främst bifall bara delvis.

**Diagram 28 I vilken omfattning följer beslutet det försäkringsmedicinska yttrandet, fördelat på bifall och avslag**



Som tidigare nämnts innehåller det försäkringsmedicinska yttrandet de uppgifter som behövs, för att kunna fatta beslut, i sju av tio ärenden. Det innebär att beslut fattas i tre av tio ärenden trots att yttrandet inte innehåller all den information som yttrandet ska innehålla. Observera att det inte



innebär att ”fel” beslut har fattats eftersom det inte är möjligt att bedöma riktigheten i beslutet när underlaget är bristfälligt.

I fokusgruppsintervjuerna nämns att det är ett stort inslag av medicinska bedömningar i arbetsskadeförsäkringen. Dessa bedömningar kräver den kompetens som FMR har och kan samtidigt ses som en förklaring till att det försäkringsmedicinska yttrandet har en stark påverkan på beslutet. Arbets-skadeutredare, specialister, föredragande och beslutsfattare upplever att det är svårt att ”gå emot” den bedömning som FMR gör utifrån sin medicinska kunskap. Samtidigt framkommer att det är en förändring på gång, genom en förbättrad dialog mellan yrkesrollerna.

Sammanfattningsvis har bifallsärenden ett tillräckligt underlag i betydligt högre grad än vad avslagsbesluten har. Kvaliteten i exponeringsutredningen har stor påverkan på om underlaget för beslutet är tillräckligt eller inte. Det är därför naturligt att skillnaden mellan bifall och avslag är lika stor som skillnaden i om underlaget innehåller de uppgifter som behövs för att fatta beslut. Yttrandet från FMR är också en viktig del i beslutsunderlaget och även det har en stor påverkan på om beslutet blir bifall eller avslag.

### 5.2.6 Skillnader mellan kön och födelseland

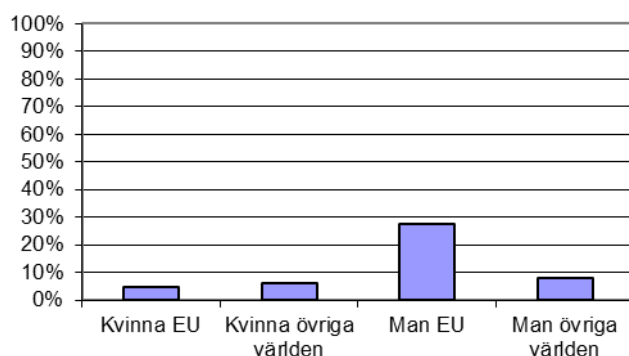
Av tabellen nedan framgår att skillnaden i andelen bifall och avslag skiljer sig mycket åt beroende på kön och födelseland.

**Tabell 4**      **Kön och födelseland, fördelat på bifall och avslag**

	Bifall		Avslag		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Kvinna född inom EU	7	5 %	141	95 %	148	100 %
Kvinna född i övriga världen	3	6 %	46	94 %	49	100 %
Man född inom EU	45	27 %	120	73 %	165	100 %
Man född i övriga världen	3	8 %	35	92 %	38	100 %
<b>Totalt</b>	<b>58</b>	<b>14,5 %</b>	<b>342</b>	<b>85,5 %</b>	<b>400</b>	

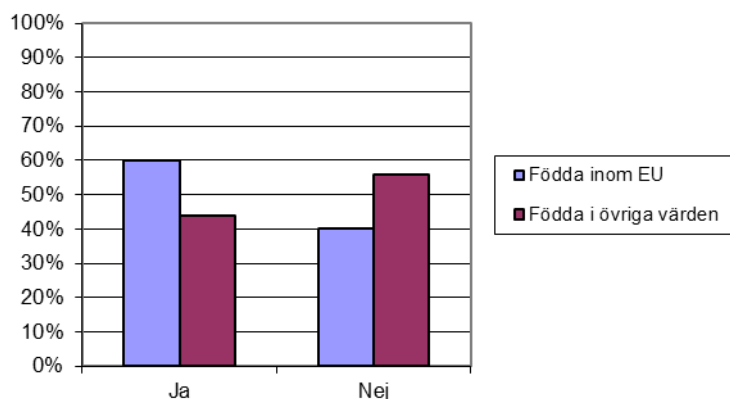
Som framgår av diagrammet nedan får män födda inom EU bifall i betydligt högre grad än övriga grupper. Män födda inom EU står för mer än hälften av alla bifall. Det är få individer i de övriga grupperna vilket innebär att det inte går att jämföra de tre grupperna, män födda i övriga världen och kvinnor oberoende av födelseland, med varandra.

**Diagram 29 Andelen bifall fördelat på kön och födelseland**



En fördjupad analys av de 321 avslagsbeslut där det finns en exponeringsutredning visar att inga skillnader finns mellan kön i andelen ärenden som innehåller de uppgifter som behövs för att utreda skadlig inverkan. Däremot finns det skillnader mellan försäkrade födda inom EU och födda i övriga världen. Som framgår av diagrammet nedan finns tillräckliga uppgifter i sex av tio ärenden för försäkrade födda inom EU. För försäkrade födda i övriga världen finns uppgifterna i drygt fyra av tio ärenden.

**Diagram 30 Finns de uppgifter i exponeringsutredningen som behövs för att utreda skadlig inverkan i avslagsbesluten, fördelat på födelseland?**



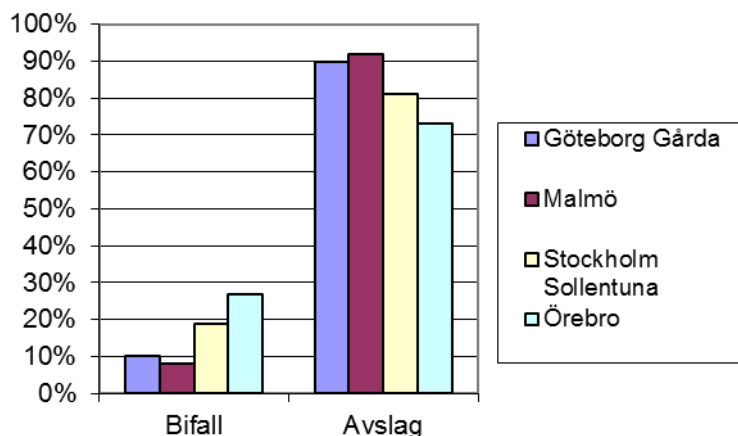
Även skillnaderna mellan utrikes- och inrikes föddas exponeringsutredningar och dess koppling till bifallsfrekvens berörs i fokusgrupperna. Deltagarna diskuterar särskilt den bakgrund, med jobb utomlands, som utrikes födda har som orsak till bristfälliga exponeringsutredningar. De känner sig osäkra på hur mycket som behöver utredas om tidigare arbete utanför Sverige.

### 5.2.7 Skillnader mellan NFC

Underlaget för beslutet är i riket totalt tillräckligt i 243 ärenden det vill säga i sex av tio ärenden. I 157 ärenden det vill säga i fyra av tio ärenden är underlaget otillräckligt.

Som framgår av tabellen nedan varierar bifallsfrekvensen mellan 8 och 27 procent för de fyra NFC. Flest bifallsbeslut har NFC Örebro (17) därefter följer NFC Stockholm Sollentuna (16). Näst minst bifallsbeslut har NFC Göteborg Gårda (11) och minst bifallsbeslut har NFC Malmö (10).

**Diagram 31 Bifall och avslag, fördelat på NFC**



I de avslagsärenden som innehåller tillräcklig information om exponering och exponeringsutredning finns inga skillnader mellan beslutande NFC.

Sammanfattningsvis kan konstateras att granskningen visar att det finns skillnader i bifallsfrekvensen i den nya organisationen med fyra NFC som handlägger arbetsskadeärenden. I Försäkringskassans tidigare organisation med länsindelning fanns skillnader i bifallsfrekvens mellan de 21 länen. Resultatet av studien visar att det finns regionala skillnader även i den nya organisationen. Om skillnaderna är större eller mindre analyseras inte i denna studie.

## 6 Yrke och diagnos – förklaringsfaktorer?

För yrke och diagnos har inga analyser gjorts för NFC. Det beror på att det är så få ärenden att det inte är möjligt att dra några säkra slutsatser av resultatet.

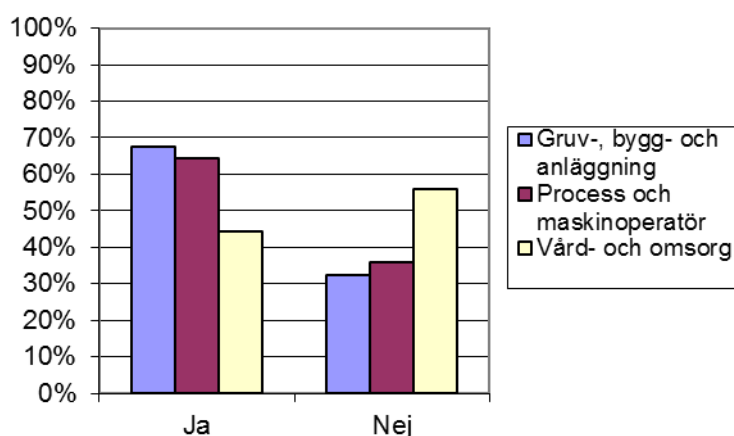
### 6.1 Yrke

För att kunna studera vilken påverkan yrke har på bifallsfrekvensen har, av de 400 ärendena som ingår i studien, 186 ärenden kategoriserats in i tre grova kategorier: 1) gruv-, bygg- och anläggningsarbete 2) process- och maskinoperatörer 3) vård- och omsorgsarbete. I de övriga 214 ärenden har de försäkrade vitt spridda yrken som inte går att sortera i några större grupper. De klassificerades därför som en övriggrupp som inte ingår i analysen.

### 6.1.1 Stor variation i om tillräckliga uppgifter finns i exponeringsutredningen och omfattning av exponering

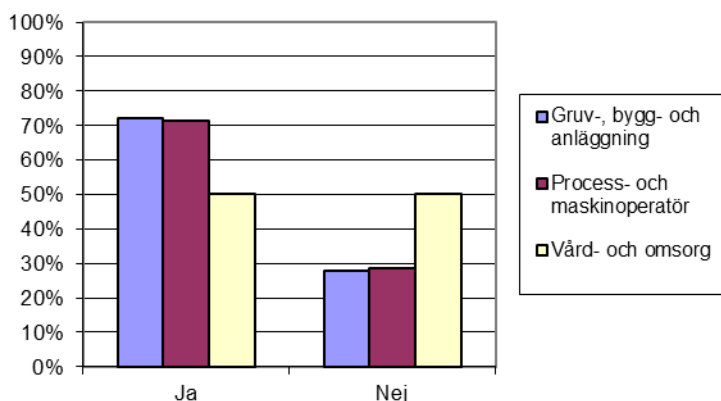
Som framgår av diagrammet nedan finns stora variationer mellan de tre yrkesgrupperna angående om exponeringsutredningen innehåller tillräckliga uppgifter för att utreda skadlig inverkan. Högst andel tillräckliga uppgifter har yrkesgrupperna gruv-, bygg- och anläggningsarbete samt process- och maskinoperatörer. För de två grupperna finns tillräckliga uppgifter i sex till sju av tio ärenden. Yrkesgruppen vård- och omsorg har tillräcklig information i betydligt färre ärenden. För den gruppen finns informationen bara i drygt fyra av tio ärenden.

**Diagram 32 Finns de uppgifter i exponeringsutredningen som behövs för att utreda skadlig inverkan, fördelat på yrke?**

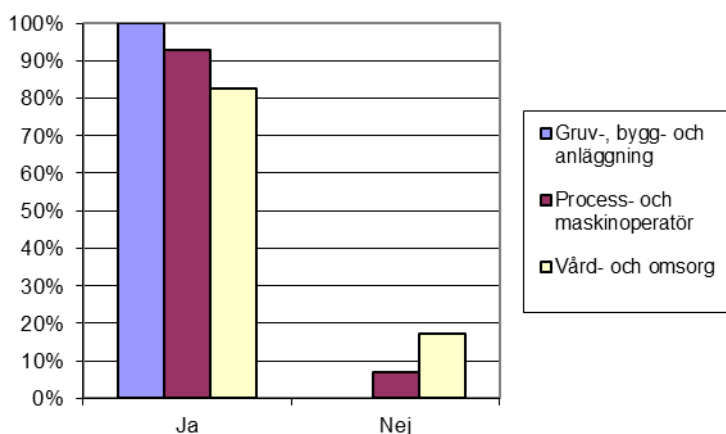


Av diagram 33 och 34 framgår att det finns skillnader mellan yrkesgrupperna för områdena hur ofta den försäkrade har varit utsatt för exponering i sitt arbete och befintligt skick. Skillnaderna följer samma mönster som skillnaden totalt mellan yrkesgrupperna.

**Diagram 33** Innehåller exponeringsutredningen tillräcklig information om hur ofta den försäkrade har varit utsatt för exponering i sitt arbete, fördelat på yrke?

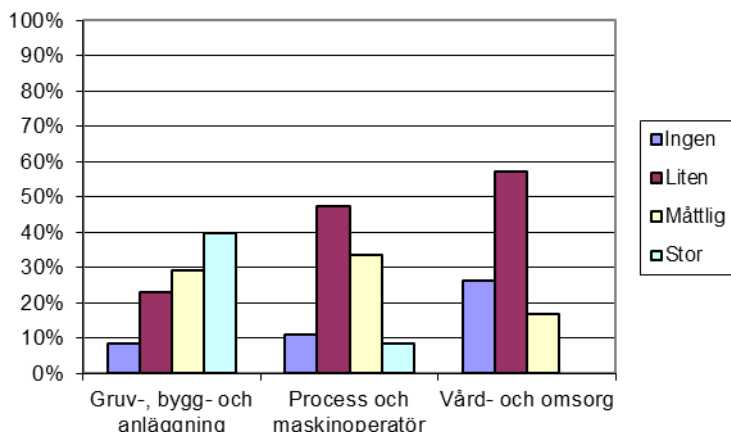


**Diagram 34** Innehåller exponeringsutredningen tillräcklig information om befintligt skick, fördelat på yrke?



Diagrammet nedan visar att bedömningen av i vilken omfattning den försäkrade har varit utsatt för skadlig inverkan varierar stort mellan de tre yrkesgrupperna. Inom gruv-, bygg- och anläggningsarbete dominerar exponering i måttlig och stor omfattning. I den andra gruppen, process- och maskinoperatör, dominerar liten och måttlig exponering. I den tredje gruppen, vård- och omsorg, är andelen med ingen eller liten exponering hög och stor exponering finns inte i något ärende.

**Diagram 35 I vilken omfattning har den försäkrade i sitt arbete varit exponerad för skadliga faktorer, fördelat på yrke**



I fokusgruppsintervjuerna framförs att det är stora skillnader mellan yrken om det finns vetenskaplig evidens för att arbetet kan orsaka skadlig inverkan. Deltagarna säger att inom vissa yrken finns vetenskapligt belagda samband mellan exponering och skadlig inverkan som inte finns inom andra yrken. Deltagarna menar vidare att när vetenskaplig evidens saknas utgår utredningen ofta från en schablonmässig syn på yrken i stället från en individuell bedömning. Som exempel nämns att eftersom det inte har gjorts studier som belägger samband mellan exponering för skadliga faktorer och arbeten inom vård- och omsorg och den sjukdom som den försäkrade har, utreds inte denna typ av ärenden i samma omfattning som där sådana samband finns belagda. Några av deltagarna uttrycker det som att inom vården har man inte mätt hur tunga lyft är och hur ofta de görs, medan det inom byggnadssektorn finns sådana mätningar.

Det finns inget i Försäkringskassans metodstöd som ger grund för att frångå officialpricipen och utgå från till exempel föreställningen att vissa yrken inte innehåller exponering för skadliga faktorer. Varje ärende ska utredas som dess beskaffenhet kräver det vill säga samtliga delar i till exempel exponeringsutredningen ska utredas.

Sammanfattningsvis visar fokusgruppsintervjuerna att när det saknas vetenskaplig evidens görs oftare en bristfällig exponeringsutredning än när evidens finns. Bristfälliga exponeringsutredningar sker oftast i de ärenden som arbetsskadeutredaren bedömer har liten sannolikhet att leda till ett bifall det vill säga att utredaren, utifrån sin erfarenhet, anser att utredningen är tillräcklig.

## 6.1.2 Skillnader mellan kön och födelseland

Hur påverkar kvinnors och mäns yrkestillhörighet utfallet? Tabellen nedan visar att män dominerar inom gruv-, bygg- och anläggningsarbete och kvinnor dominerar inom vård- och omsorgsarbete. Könsfördelningen inom process- och maskinoperatörer är relativt jämn.

Andel bifall och avslag skiljer sig markant åt mellan de olika yrkesgrupperna. I gruppen gruv-, bygg- och anläggningsarbete är bifallsfrekvensen hög. I gruppen vård- och omsorgspersonal är bifallsfrekvensen låg. I gruppen process- och maskinoperatörsarbete är andelen bifall lika mellan män och kvinnor. Det innebär att yrken kan vara en förklaring till skillnaderna i bifall och avslag mellan kvinnor och män.

**Tabell 5 Yrke fördelat på typ av beslut och kön**

Yrke	Gruv-, bygg- och anläggningsarbete		Process- och maskinoperatör		Vård- och omsorgspersonal	
	Bifall	Avslag	Bifall	Avslag	Bifall	Avslag
<b>Kön (antal)</b>						
Kvinna	0	3	2	25	1	53
Man	25	44	3	28	0	2

En möjlig förklaring till skillnaden mellan kvinnor och män framkommer i fokusgruppsintervjuerna med arbetsskadeutredare, specialister, föredragande och beslutsfattare. Deltagarna har en samstämmig syn på att arbetsmarknaden är könssegregerad och att detta är en orsak till att bifallsfrekvensen skiljer sig mellan män och kvinnor. Deltagarna pratar om att ”kvinnoyrken”, särskilt inom vården, sällan leder till bifall eftersom det inte finns vetenskapliga belägg för att lyft inom vården kan leda till skadlig inverkan. Inom ”kvinnoyrken”, menar deltagarna, är sällan arbetsuppgifterna av det slaget att de anses kunna leda till bifall. Män arbetar oftare inom yrken som deltagarna anser kunna leda till skadlig inverkan.

I intervjuerna framkommer också att flertalet deltagare tycker att de känner till ”kvinnoyrken” bättre än ”mansyrken”. De har träffat personal inom vård, skola och omsorg samt butikspersonal i sitt privatliv, medan färre har besökt byggarbetsplatser. Detta gör att ”kvinnoyrken” tas för givna, och inte behöver utredas lika mycket. Samtliga yrkesgrupper ”vet” således hur yrken inom vård- och omsorg ser ut, medan ”mansyrken” kräver mer utredning. I intervjuerna framfördes också att arbetstid och bransch kan påverka graden av exponering. Kvinnor inom vården, arbetar oftare deltid och anses i dessa fall ha mer tid för återhämtning mellan arbetspassen och blir därför inte exponerade för skadliga faktorer i lika stor omfattning som män. Män arbetar dessutom på ackord inom vissa yrken vilket i stället ökar exponeringen.

Samtidigt nämner arbetsskadeutredare, specialister, föredragande och beslutsfattare att byggbranschen inte längre är så tung som den en gång har varit, utan att här har skett framsteg med hjälp av hjälpmedel som det inte alltid tas hänsyn till i bedömningar. Den uppmätta exponeringen, menar deltagarna, bygger visserligen på vetenskapliga mätningar, men inte alltid på helt färsk sådana. Vidare anser de att kvinnodominerade yrken däremot inte har genomgått en liknande förändring i riktning mot mindre tunga arbetsuppgifter. Dessa yrken saknar också, enligt deltagarna, en koppling till en grundläggande orsak till den högre bifallsfrekvens inom ”mansyrken”,

nämigen en stark anknytning till fackliga organisationer, som av deltagarna anses ha bidragit till att just byggbranschen har en högre bifallsfrekvens.

Sammanfattningsvis kan konstateras att yrke har en stor påverkan på ärenden. Bristen på vetenskaplig evidens nämns i fokusgrupperna som något som har betydelse. Deltagarna ger uttryck för att detta styr utredningarna. Eftersom arbetsmarknaden är könssegregerad får yrke en stor betydelse för hur mäns och kvinnors ärenden utreds och om beslutet har ett tillräckligt underlag eller inte.

## 6.2 Diagnos

De 400 ärenden som ingår i studien tillhör samtliga muskuloskeletala systemet (ICD10-kod M00–M99)<sup>7</sup>. För att kunna analysera materialet har diagnoserna delats in i tre grupper utifrån: 1) specifika diagnoser 2) ospecifika diagnoser 3) blandning av specifika och ospecifika diagnoser. Analysen visar inga skillnader i bifallsfrekvensen mellan de tre diagnosgrupperna.

Vilka diagnoser är vanligast i bifallsärenden? Här är det tydligt att diagnoser inom området ”andra sjukdomar i mjukvävnader” M70–M79 är den vanligaste diagnostypen. Diagnoser inom detta område förekommer i 138 av de 400 ärendena. I de 58 bifallsärendena finns en diagnos inom området ”andra sjukdomar i mjukvävnader” i 38 ärenden. Eftersom det i de flesta ärenden finns mer än en diagnos går det inte med säkerhet att avgöra om det är just denna diagnos som ligger till grund för bifallsbeslutet.

I diagnoser inom området ”andra sjukdomar i mjukvävnader” (M70–M79) ingår bland annat skulderledens sjukdomar och ospecifik muskelsmärk (myalgi). För vissa av dessa tillstånd finns ett relativt gott vetenskapligt stöd för att de kan orsakas av arbetsrelaterade exponeringar. Dessutom är kunskapen om att det är så relativt utbredd. Det finns alltså en utbredd uppfattning att det är fullt möjligt att den här typen av besvär kan orsakas av arbetet, och att det därför kan finnas anledning att anmäla arbetsskada och ansöka om ersättning från Försäkringskassan.

För andra diagnoser inom M00–M99 saknas medicinskt vetenskapligt stöd för ett samband med arbetsrelaterade exponeringar då forskningen inte lyckats påvisa några sådana.

### 6.2.1 Skillnader i diagnoser mellan kön och födelseland

Hur påverkar kvinnor och mäns diagnoser utfallet? Resultatet visar att bland kvinnor och män är alla tre diagnosgrupper lika vanliga. Bland födda i övriga världen är diagnosgruppen ospecifika diagnoser vanligast. Det finns dock inga skillnader i bifall och avslag i relation till de tre diagnosgrupperna mellan födda inom EU och födda i övriga världen. Det innebär i sin tur att diagnosgrupp inte kan förklara varför kvinnor generellt och män från övriga

---

<sup>7</sup> Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (KSH97) version 2009. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997, Systematisk förteckning Socialstyrelsen



världen får avslag i högre grad än män födda inom EU. Inte heller antalet diagnoser påverkar beslutet.

Vid en jämförelse mellan diagnoser inom området ”andra sjukdomar i mjukvävnader” och samtliga övriga diagnoser finns skillnader mellan kön. I 42 procent av kvinnors ärenden finns en diagnos inom området M70–M79. Motsvarande andel för män är 31 procent. Övriga diagnoser betyder att det inte finns någon diagnos inom området M70–M79 i ärendet.

Inom området ”andra sjukdomar i mjukvävnader” är det en skillnad i vilka diagnoser kvinnor och män har. Män har oftare än kvinnor diagnosen impingement (M754) som kan bero på arbete ovan skulderhöjd med samtidigt användande av verktyg. Av de 21 män med diagnosen har 12 fått bifall. Av de 11 kvinnorna har en fått bifall. Kvinnor har oftare än män diagnosen nackmyalgi (M791), en diagnos som tills nyligen saknade vetenskapligt stöd för samband. Av de 18 kvinnor med diagnosen har tre fått bifall och av de sju männen har ingen fått bifall. En annan diagnos inom området är fibromyalgi (M797) som kvinnor oftare har än män. Av de sju kvinnor och en man med diagnosen har ingen fått bifall. Fibromyalgi saknar helt vetenskapligt stöd för samband mellan besvären och skadlig inverkan.

Sammanfattningsvis kan sägas att diagnos har en relativt liten påverkan när det gäller skillnader mellan kön och födelseland. En möjlig förklaring är att kvinnor och män har olika typer av diagnoser som i sin tur har olika vetenskapligt stöd för skadlig inverkan i arbetet.

## 7 Sammanfattande slutsatser och diskussion

Vad innebär egentligen resultatet som presenteras i avsnitt 2–6? Det är viktigt att tänka på syftet med studien inte är att redovisa kvaliteten i Försäkringskassans utredningar och beslut i arbetsskadeärenden. Syftet är att undersöka om det finns skillnader i hur bifall och avslag fördelar sig dels mellan kön och födelseland, dels mellan NFC och där skillnader finns – vilka är orsakerna till skillnaderna. Genom att vi i studien använder både kvantitativa och kvalitativa metoder och den senare ger en förklaring till den förra ger studien svar på frågan varför det ser ut som det gör. Det ger ett bra underlag för det andra syftet med studien – att få ytterligare underlag till Försäkringskassans arbete med att ge de som arbetar med arbetsskade försäkringen bättre stöd i det dagliga arbetet.

Som framgår av rapporten finns det skillnader framför allt när det gäller kön och födelseland. Det är också anledningen till att kvaliteten som presenteras inte speglar det generella utan mer ett ”genomsnitt”. Utan att ta hänsyn till att män födda inom EU avviker genom att underlagen är tillräckliga i betydligt högre grad och att de också får bifall i högre grad kan inte rätt åtgärder vidtas för att komma tillrätta med de skillnader som inte har saklig grund. Män födda i övriga världen och kvinnor oberoende födelseland utreds inte tillräckligt och de får bifall i betydligt lägre grad.

Det är allvarligt att endast 60 procent av ärendena i studien har bedömts ha ett tillräckligt underlag för beslutet. Positivt är att risken för felbedömning, i dessa ärenden, bara är två procent – det är ett stort inslag av bedömning i arbetsskadeförsäkringen vilket i sig inte gör det möjligt att nå upp till 100 procents lika bedömning. Det största problemet med de 40 procent av ärendena som saknar tillräckligt underlag är att det inte går att bedöma om beslutet är riktigt eller inte. Observera att det inte innebär att ”fel” beslut har fattats i 40 procent av ärendena.

Det finns en rad tänkbara förklaringar till att det finns skillnader. Frågan är om det är rimligt att skillnaderna är så stora.

Är det hur Försäkringskassan utreder och beslutar i ärendena som leder till skillnader mellan kön och födelseland? Vilken betydelse har regelverkets utformning för utfallet i arbetsskadeförsäkringen? Hur ser samhällets normer ut när det gäller kön och etnicitet och vilken påverkan har det?

Vad påverkar externt?

Lagstiftningen är grunden för tillämpningen. Är arbetsskadeförsäkringens syfte att alla försäkrade ska ha samma möjlighet att få sina besvär godkända som arbetsskada? Fångas lagstiftarens intentioner i regelverket? Att alla ska behandlas lika oavsett var i landet de bor och att lagen ska tillämpas lika är helt klart.

Lagstiftningens konstruktion – att endast arbete i Sverige kan ge ersättning och att det är hur *mycket*, hur *ofta* och hur *länge* som är utgångspunkten kan bidra till att framför allt män födda inom EU oftare får livränta beviljad. Den som inte har arbetat heltid på den svenska arbetsmarknaden större delen av sitt yrkesverksamma liv har svårare att få en sjukdom godkänd som arbetsskada, på samma sätt som den som inte har arbetat i Sverige merparten av sitt liv.

Män arbetar i väsentligt större utsträckning heltid hela sitt yrkesverksamma liv medan kvinnor oftare arbetar deltid och med långa uppehåll för föräldraledighet. Det leder sannolikt till att fler män än kvinnor uppfyller kriterierna för att få en arbetsskada godkänd. Personer födda i övriga världen har sannolikt i stor utsträckning en kortare vistelsetid i Sverige och har svårare att visa att deras sjukdom har uppstått i samband med arbetet i Sverige. Givet dessa två faktorer är det framför allt gruppen män födda inom EU som utifrån regelverket har störst förutsättningar att få sin sjukdom godkänd som arbetsskada och bli beviljad livränta av Försäkringskassan. Det bekräftas också av resultaten i denna studie. I praktiken verkar det finnas en problematik i konstruktionen av arbetsskadeförsäkringen som missgynnar kvinnor och utrikes födda, trots det till synes neutralt utformade regelverket.

Det finns flera oklarheter i regelverket. Ett exempel är begreppen konkurrerande skadeorsaker och befintligt skick som de flesta som arbetar med arbetsskadeförsäkringen tycker är svåra att förstå och tillämpa. Försäkringskassan har arbetat med dessa begrepp under lång tid och kan inte själv komma så mycket längre i sin normering. Om ambitionen är, som kan utläsas av förarbetena till 2002 års lagändring, att fler kvinnor ska kunna

beviljas arbetsskadeersättning i form av livränta på grund av skadlig inverkan behöver lagen ses över och utvecklas i takt med att yrkeslivet förändras. Försäkringskassan kommer ta upp frågan om eventuellt behov av lagändring i dialog med Socialdepartementet.

De personer som bara befunnit sig på den svenska arbetsmarknaden en kort tid under sitt yrkesliv uppfyller sällan kriterierna för att få en arbetsskada godkänd. Resultaten i denna studie visar också att utomeuropeiska män har tillräckliga utredningar i tre fall av tio. Det kan indikera att det är svårt att få in verifierbara uppgifter om arbetssituationen innan de kom till Sverige. Det kan också innebära att arbetsskadeutredarna inte prioriterar att utreda den nuvarande arbetssituationen i Sverige eftersom den inte varit särskilt långvarig.

Arbetstidens omfattning spelar naturligtvis roll när det gäller omfattningen av vissa rörelser, belastningar med mera. Ju färre timmar i veckan man exponeras för vissa rörelser, belastningar med mera, desto mindre sannolikhet att arbetet ensamt är orsak till skadan. Skadan måste också utredas i förhållande till vad personen gör på sin övriga tid som inte är arbetstid, för att bedöma om skadan är arbetsrelaterad eller inte. Denna studie visar att kvinnor, oavsett födelseland, utreds tillräckligt av Försäkringskassan i ungefär hälften av alla fall. Framför allt är det utredningen av arbetet och arbetsuppgifterna som inte utreds tillräckligt. Studien visar att Försäkringskassans utredningar som gott som alltid (93 procent för kvinnor och 89 procent för män) är tillräckliga när det handlar om förekomsten av konkurrerande skadefaktorer, det vill säga faktorer utanför förvärvsarbetet som kan ha påverkat sjukdomens uppkomst.

Utifrån hur arbetsmarknaden är organiserad med många deltidstjänster inom den kvinnodominerade sektorn, så är det större sannolikhet att gruppen kvinnor inte utreds tillräckligt av Försäkringskassan innan beslut tas. Detta bekräftas också i denna studie.

Trots att kvinnor och mäns deltagande i arbetskraften i Sverige ligger i nivå med varandra är de verksamma inom strikt skilda yrken, branscher och samhällssektorer. Att kvinnor och män dominerar olika delar av arbetsmarknaden är en förklaring till könsskillnader i lönesättning, anställningsformer och anställningsvillkor generellt. Sannolikt är det också en del av förklaringen till könsskillnaderna i arbetsskadeförsäkringens utfall.

Försäkringskassan kommer att starta ett arbete med målet att minska skillnaden i utredningar, bedömningar och beslut vad gäller kvinnor, män och födelseland i arbetsskadeförsäkringen. Eftersom hela samhället präglas av denna syn är det viktigt att även ha denna kunskap i fokus vad gäller de underlag som andra intressenter och samarbetspartners förser Försäkringskassan med.

### Kön och födelseland

Det är viktigt att påpeka att inget i studien tyder på att Försäkringskassan medvetet särbehandlar män födda i övriga världen och kvinnor oberoende födelseland.

I de medicinska underlagen finns för kvinnor och män födda inom EU oftare uppgifter om fritidsaktiviteter jämfört med kvinnor och män födda i övriga världen. För den senare gruppen är det i stället vanligare med uppgifter om den psykosociala situationen. Det kan bero på vad den försäkrade själv väljer att ta upp med läkaren men också vad läkaren, utifrån en omedveten syn på vad som är utmärkande för personer som är födda i olika länder, väljer att ta upp.

Bristerna i exponeringsutredningen är särskilt stora för män födda i övriga världen. Bristerna är stora även för kvinnor oberoende av födelseland. Det innebär att Försäkringskassans exponeringsutredningar är otillräckliga i hög grad för dessa grupper. Det finns brister även för män födda inom EU men i betydligt lägre grad.

I det försäkringsmedicinska yttrandet finns bara en skillnad – uppgifter om konkurrerande skadeorsaker finns i något högre grad för kvinnor oberoende födelseland jämfört med män oberoende födelseland.

Andelen bifall skiljer sig mycket mellan kön och födelseland. Totalt är 14,5 procent av ärendena bifall men för män födda inom EU är motsvarande siffra 27 procent, för män födda i övriga världen 8 procent, kvinnor födda i övriga världen 6 procent och för kvinnor födda inom EU 5 procent. Det är endast 58 bifallsärenden vilket gör att det endast är män födda inom EU som säkert kan sägas ha en högre bifallsfrekvens jämfört med de övriga.

Bifallsärendena är generellt bättre utredda det vill säga de har ett tillräckligt underlag för besluten i betydligt högre grad än vad avslagsbesluten har. Tillräckligt beslutsunderlag finns i sex av tio ärenden för försäkrade födda inom EU jämfört med i fyra av tio ärenden för försäkrade födda i övriga världen.

Vilka svar ger studien kring de stora skillnaderna mellan kön och födelseland? Det som tydligast framträder är yrke. Yrke verkar i hög grad styra utredningen. Män arbetar oftare i yrken som har beforskats och där det finns bättre kunskap om skadlighet. I yrken där både kvinnor och män arbetar är det inga större skillnader i bifallsfrekvensen. Det finns dock ett problem med detta som framkommer i fokusgruppsintervjuerna. Saknas vetenskaplig evidens för skadlig inverkan för ett yrke eller arbetsuppgifter utgår bedömningen ofta från en schablonmässig syn på yrket. Dessa generella föreställningar är inte riktiga – det är inte yrket som ska styra vad som utreds i ärendet och i förlängningen beslutet, utan hur *ofta*, hur *mycket* och hur *länge* den försäkrade har varit exponerad för skadliga faktorer. Är det samma typ och grad av exponering i två olika yrken ska ärendena bedömas på samma sätt. Här finns ett område som Försäkringskassan kommer att satsa på ytterligare det vill säga att göra tillräckliga exponeringsutredningar i samtliga ärenden. Som framgår nedan har en utbildning tagits fram i samarbete med Karolinska institutet men samtliga arbetsskadeutredare har ännu inte genomgått utbildningen och övriga har gått den så nyligen att effekten av utbildningen inte kan avläsas i denna studie.

## NFC

Varför finns det skillnader mellan de fyra NFC? Det ges få förklaringar till det i granskningen och fokusgruppsintervjuerna.

Uppgifterna i de medicinska underlagen, det vill säga vad vården omnämnt i journaler och utlåtanden skiljer sig åt. De medicinska underlag NFC Malmö har innehåller oftare uppgifter om befintligt skick och samsjuklighet än de övriga tre NFC:s underlag. NFC Örebro har å andra sidan uppgifter om psykosocial belastning i betydligt lägre grad än övriga NFC. En förklaring kan vara skillnaden i födelseland. NFC Malmö har i denna studie högst andel personer födda i övriga världen medan Örebro har en betydligt lägre andel födda i övriga världen – bara några enstaka personer. Som framgår av rapporten verkar vården fokusera på olika delar av de försäkrades liv, till exempel på fritidsaktiviteter respektive psykosocialbelastning beroende på födelseland och det kan vara en del av förklaringen till de skillnader som finns.

Det finns även skillnader i andelen tillräckliga exponeringsutredningar för att kunna utreda skadlig inverkan. Största variationen finns i hur länge och hur mycket den försäkrade i sitt arbete varit exponerad för skadliga faktorer men även i arbetet, arbetsuppgifterna och tidigare arbetsuppgifter. Det är inget NFC som utmärker sig utan det varierar i de olika delarna vilket NFC som har högst respektive lägst andel tillräcklig information. Det är svårt att se någon orsak till varför bristerna inom ett område är mer vanligt förekommande än inom ett annat område på de fyra NFC.

De försäkringsmedicinska yttrandena har få skillnader mellan NFC. Det kan bero på att FMR inte bara yttrar sig i ärenden som tillhör det NFC de tillhör utan vid behov yttrar sig i ärenden som beslutas på övriga NFC. Den skillnad som finns är att i NFC Malmös ärenden har FMR oftare än på övriga NFC tillräckligt underlag för sitt yttrande.

Bifallen varierar mycket mellan de fyra NFC. NFC Örebro bifaller ansökan i 27 procent av ärendena medan NFC Malmö bifaller i åtta procent. En anledning till att NFC Örebro har så hög andel bifall kan vara att de har få försäkrade som är födda i övriga världen och stor andel män födda inom EU. I de medicinska underlagen finns också uppgifter om konkurrerande skadeorsaker i betydligt lägre grad än övriga tre NFC, något som också kan påverka resultatet. Männerna arbetar i betydligt högre grad än för de tre övriga NFC inom gruv-, bygg- och anläggning det yrkesområde som har högst andel bifall och som anses vara ett yrkesområde med hög grad av exponering för skadliga faktorer. Som framgår av rapporten finns det rent faktamässigt anledning att ifrågasätta hur tunga dessa arbeten är i dag. Men troligen är det största problemet att vissa yrken anses ha liten grad av exponering för skadliga faktorer trots att det inte finns vetenskapligt stöd för att dra den slutsatsen.

Enda sättet att få en likformighet är att alla ärenden utreds enligt officialprincipen, som numera skrivits in i 110 kap. 13 § socialförsäkringsbalken, så att synen på yrke som en grundläggande faktor i utredningen upphör att påverka arbetsskadeutredarnas arbete. Det arbetet har startat under våren och kommer att fortsätta på bred front under hösten då de så kallade Lika-

ärendena tas upp. Utgångspunkten för dessa ärenden är att det inte går att ta ställning utan att tillräcklig information, enligt officialprincipen, finns i det enskilda ärendet.

### Vad gör Försäkringskassan inom arbetsskadeförsäkringen?

Under de senaste åren har Försäkringskassan arbetat med att ge de som arbetar inom arbetsskadeområdet bättre förutsättningar att utföra sitt arbete. Grundkompetens och kompetenshöjande åtgärder har hög prioritet inom verksamheten.

Försäkringskassans interna grundutbildning för arbetsskadeutredare har utvecklat efter önskemål från de fyra arbetsskadeenheterna. Utbildningen, som i grunden är webbaserad, innehåller numera även lärarledda pass som både arbetsskadeutredaren och dennes handledare gemensamt deltar i.

Kompetensbehovet kan inte helt tillgodoses av intern utbildning och Försäkringskassan samarbetar därför med externa aktörer. Samtliga arbetsskadeutredare ska gå en endagarsutbildning i exponeringsutredning. I utbildningen belyses bland annat skillnaden mellan kvinnor och män. Utbildningen, som påbörjats nyligen, genomförs av Arbets- och miljömedicinska kliniken vid Karolinska sjukhuset i Solna. Utbildningen är även öppen för övriga yrkesroller som arbetar med arbetsskadeförsäkringen. Genom ett nära samarbete med Arbets- och miljömedicinska kliniken på Sahlgrenska akademien genomförs fortlöpande utbildningar i arbetsmedicin (7,5 poäng). Det grundläggande syftet är att genom fördjupad kunskap få en mer lika och rättssäker bedömning. Utbildning fokuserar på sambandet mellan arbete och hälsa samt män och kvinnors olika känslighet för exponeringar. Målet är att samtliga arbetsskadeutredare ska ha denna utbildning.

På uppdrag av Försäkringskassan startar under hösten 2011 två utbildningar (22,5 poäng) i försäkringsmedicin vid Karolinska institutet och Sahlgrenska akademien. Syftet är att FMR ska få en bred kompetens i ämnet, med möjlighet till fördjupning inom olika delar av socialförsäkringen. I samband med detta har ett etiskt och professionellt förhållningssätt för FMR formulerats.

Under 2009 genomfördes en endagarsutbildning om psykisk arbetsskada eftersom det kom en ny kunskapssammanställning om psykisk arbetsskada. Försäkringskassan bad därför landets arbets- och miljömedicinska kliniker att ta fram och genomföra en gemensam utbildning till landets alla arbetsskadeenheter samt övriga intresserade om vad sammanställningen förmedlar.

Försäkringskassan har i år startat en serie seminarier med så kallade Lika-ärenden. Ärendena har tagits fram i grupp med kompetens inom alla delar i arbetsskadeförsäkringen. Seminarieledare har utbildats innan sommaren och nu har seminarieserien startat med lika-ärenden för tio diagnosområden. Seminarier kommer att hållas regelbundet under många år framöver och fler diagnosområden kommer att tillkomma.

Stödet i det dagliga arbetet är en annan viktig del som Försäkringskassan prioriterar och har utökat under senare tid. Försäkringskassan har tagit fram en rad metodstöd under de senaste åren för att stödja arbetsskadeutredarna

med flera i hur de ska utföra sitt arbete. Bland annat har ett metodstöd för exponeringsutredning tagits fram i samarbete med arbets- och miljömedicinska kliniker för att få med den ämneskunskap som de besitter.

I september inför Försäkringskassan en ny handlägningsprocess för arbetsskador. Syftet är att alla yrkesroller ska få ett bättre stöd för handläggningen. Däremot kan ett ärendeslag som innehåller så stort bedömningsutrymme som arbetsskadeförsäkringen gör, inte få stöd för de individuella bedömningarna som kräver ett stort mått av yrkesskicklighet. I den nya processen har bland annat mer tid avsatts för exponeringsutredningen.

Även inom det försäkringsmedicinska området har en rad åtgärder vidtagits. Sedan 2008 är Försäkringskassans organisation för FMR ny. Försäkringskassan har nu en koordinator som arbetar med kompetensutveckling av den nya yrkesrollen för de FMR som yttrar sig i arbetsskadeärenden. Koordinatören har ett nära samarbete med de som arbetar med försäkringsstyrningen och deltar bland annat även i arbetet med Lika-ärenden.

Koordinatören har även skapat en referensgrupp med FMR från varje NFC i syfte att genom kompetensutveckling skapa samma informationsunderlag till alla FMR. Även försäkringsmedicinska temadagar genomförs i syfte att utveckla FMR-rollen. Varje NFC har ett medicinskt bibliotek med tillgång till litteratur, databaser m.m. Syftet med tillgång till modern och uppdaterad kunskap är att skapa förutsättningar för en lika och rättssäker tillämpning inom arbetsskadeområdet.

Bristen på lättillgängligt material om vilket vetenskapligt stöd som finns om vad som kan medföra skadlig inverkan i arbetet har funnits länge. Redan 2007 beställde Försäkringskassan tillsammans med AFA försäkring en kunskapssammanställning från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) om skadlighet i arbete beträffande rörelseapparaten + whiplash. För att få detta kontinuerligt har Försäkringskassan tillsammans med SBU i en skrivelse till regeringen uppmärksammat på behovet av kontinuerliga kunskapssammanställningar. SBU har nu fått ett uppdrag att kontinuerligt ta fram kunskapssammanställningar vilket framöver kommer att underlätta Försäkringskassans arbete väsentligt.

När det gäller bristerna i statistiken har, utöver att den manuella registreringen ska ske senare i ärendet när uppgifterna är säkrare, kontroller införts i syfte att säkerställa att de registrerade uppgifterna överensstämmer med uppgifterna i Försäkringskassans elektroniska akt för arbetsskadan.

## Slutord

Rent generellt har Försäkringskassan haft en god framförhållning och aktivt arbetat med att förbättra sin hantering av arbetsskadeförsäkringen. Denna rapport bekräftar att de åtgärder som vidtagits under senare tid eller kommer att vidtas från och med i höst är helt i linje med de brister som framkommer i studien. Det som behöver arbetas ytterligare med är att få bort de skillnader som verkar sakna saklig grund. Det gäller såväl skillnader mellan kön, födelseland som mellan NFC. En rättssäker och likformig tillämpning är en förutsättning för att ge legitimitet åt Försäkringskassans arbete med arbets-

skadeförsäkringen. Det finns mycket som ligger utanför det som Försäkringskassan ansvarar för – synen på kön och födelseland är en aspekt. Det påverkar vilka områden forskare inom arbetsmiljöområdet väljer att undersöka, det påverkar vilka arbeten som anses innehålla skadliga faktorer och inte minst hur de som arbetar inom Försäkringskassan omedvetet stödjer sina utredningar och bedömningar på. Försäkringskassan kommer därför att fortsätta sitt samarbete med externa parter och i det arbetet speciellt fokusera på åtgärder som syftar till att ta bort de osakliga skillnader som verkar finnas inom tillämpningen av arbetsskadeförsäkringen.



# Tabellbilaga

**Tabell B1: Antal och andel personer som har specifika, ospecifika samt övriga diagnoser fördelat på kön och födelseland**

Kön och födelseland	Enbart specifika		Enbart ospecifika		Övrigt <sup>1</sup>	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Kvinna, EU27	60	40,5	30	20,3	58	39,2
Kvinna, övriga världen	9	18,4	15	30,6	25	51,0
Man, EU27	74	44,8	29	17,6	62	37,6
Man, övriga världen	12	31,6	7	18,4	19	50,0

<sup>1</sup> Kategorin övrigt inkluderar kombinationer av specifika, ospecifika diagnoser och/eller diagnoser som inte avser M-diagnoser

**Tabell B2: Bifallsfrekvenser för personer med specifika, ospecifika och övriga diagnoser**

Diagnostyp	Bifall		Avslag	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Enbart specifika	24	15,5	131	84,5
Enbart ospecifika	12	14,8	69	85,2
Övrigt <sup>1</sup>	23	14,0	141	86,0

<sup>1</sup> Kategorin övrigt inkluderar kombinationer av specifika, ospecifika diagnoser och/eller diagnoser som inte avser M-diagnoser

**Tabell B3: Specificerad uppdelning av antal och andel personer med olika födelseland för grupperna EU27 och övriga världen**

Födelseland	Antal	Andel (%)
<b>EU27</b>		
Sverige	278	69,5
Norden utom Sverige	20	5,0
EU27 <sup>1</sup> utom Norden	11	2,8
<b>Övriga världen</b>		
MENA <sup>2</sup> + Turkiet	24	6,0
Sydamerika	9	2,3
Övriga Europa	53	13,3
Asien utan Mellanöstern eller Afrika söder om Sahara	5	1,3

<sup>1</sup> EU27 inkluderar de 27 medlemsländerna i EU: Österrike, Belgien, Bulgarien, Cypern, Tjeckien, Danmark, Estland, Finland, Frankrike, Tyskland, Grekland, Ungern, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Nederländerna, Polen, Portugal, Rumänien, Slovakien, Slovenien, Spanien, Sverige och Storbritannien.

<sup>2</sup> MENA står för Mellanöstern och Nordafrika.

**Tabell B4: Bifallsfrekvenser för olika yrkesgrupper**

Yrkesgrupper	Antal	Antal bifall	Andel bifall (%)
Arbete inom jordbruk, skog, trädgård	13	5	38,5
Försäljare, kassapersonal	17	1	5,9
Gruv-, bygg- och anläggningsarbete	72	24	33,3
Köks- och restaurangarbete	27	4	14,8
Lagerarbetare, handpacketerare, godshanterare, brevbärare	37	3	8,1
Metallhantverk, reparatörsarbete och montörer	57	11	19,3
Process- och maskinoperatörsarbete	58	5	8,6
Städare, fönsterputsare	29	1	3,4
Transport- och maskinförararbete	24	1	4,2
Vård- och omsorgspersonal	56	1	1,8
Övrig	10	2	20,0

Not: Yrkesgrupperna baseras på SSYK men grupperingarna har justerats något för att bättre spegla liknande arbetsuppgifter och exponering

## Yrkesindelning

Yrkesindelningen baseras på SSYK men grupperingarna har justerats något för att bättre spegla liknande arbetsuppgifter och exponering.

### **Arbete inom jordbruk, skog, trädgård, slaktare**

Skogsbrukare

Slaktare, styckare m.fl.

Trädgårdsanläggare m.fl.

Trädgårdsodlare

Växtodlare och djuruppfödare, blandad drift

### **Försäljare, kassapersonal**

Butikskassörer, biljettförsäljare m.fl.

Försäljare, dagligvaror

Försäljare, fackhandel

Företagssäljare

### **Gruv-, bygg- och anläggningsarbete**

Betongarbetare

Byggnadsträarbetare, inredningssnickare m.fl.

Golvläggare

Gruv- och bergarbetare

Installationselektriker

Lackerare

Murare m.fl.

Målare

Skorstensfejare och saneringsarbetare

Takmontörer

VVS-montörer m.fl.

Övriga byggnads- och anläggningsarbetare

Anläggningsarbetare

Grovarbetare inom bygg och anläggning

Smeder

Stålkonstruktionsmontörer och golvplåtslagare

**Kök- och restaurangarbetare**

Bagare och konditorer  
Hovmästare, servitörer och bartendrar  
Kockar och kokerskor  
Köks- och restaurangbiträden

**Lagerarbetare, handpakterare, godshanterare, brevbärare**

Brevbärare m.fl.  
Godshanterare och expressbud  
Handpakterare och andra fabriksarbetare  
Lagerassistenter m.fl.  
Tidningsdistributörer m.fl.  
Övriga servicearbetare

**Metallhantverk, reparatörsarbete och montörer**

Distributionselektriker  
Elmontörer och elreparatörer  
Fordonsmontörer m.fl.  
Garvare och skinnberedare  
Maskinmekaniker, maskinmontörer och maskinreparatörer  
Montörer, el- och teleutrustning  
Montörer, metall-, gummi- och plastprodukter  
Montörer, papp- och textilprodukter m.m.  
Montörer, träprodukter m.m.  
Motorfordonsmekaniker och motorfordonsreparatörer  
Skräddare, modister och ateljésömmerskor  
Slipare m.fl.  
Fastighetsskötare  
Svetsare och gasskärare  
Tele- och elektronikreparatörer m.fl.  
Tunnplåtslagare

**Process- och maskinoperatörsarbete**

Maskinoperatörer, bageri och konfektyrindustri  
Maskinoperatörer, blekning, färgning och tvättning  
Maskinoperatörer, bryggeri m.m.  
Maskinoperatörer, gummiindustri  
Maskinoperatörer, kött- och fiskberedning  
Maskinoperatörer, läkemedels- och hygienisk industri  
Maskinoperatörer, pappersvaruindustri  
Maskinoperatörer, plastindustri  
Maskinoperatörer, sten-, cement-, och betongvaror  
Maskinoperatörer, tryckeri  
Maskinoperatörer, trävaruindustri  
Maskinoperatörer, vävning och stickning  
Maskinoperatörer, ytbehandling  
Processoperatörer, glas och keramiska produkter  
Processoperatörer, kemisk basindustri  
Processoperatörer, papper  
Symaskinoperatörer  
Sågverksoperatörer  
Verktygsmaskinoperatörer  
Övriga maskinoperatörer och montörer

**Städare, fönsterputsare**

Fönsterputsare  
Hotell- och kontorsstädare m.fl.

**Transport- och maskinförararbete**

Anläggningsmaskinförare m.fl.  
Bil- och taxiförare  
Buss- och spårvagnsförare  
Förare av jordbruks- och skogsmaskiner  
Kranförare m.fl.  
Lastbils- och långtradarförare  
Truckförare

**Vård- och omsorgspersonal**

Akutsjuksköterskor m.fl.  
Barnmorskor  
Barnskötare m.fl.  
Röntgensjuksköterskor  
Sjuksköterskor, medicin/kirurgi  
Undersköterskor, sjukvårdsbiträden m.fl.  
Vårdbiträden, personliga assistenter m.fl.  
Skötare och vårdare  
Tandläkare  
Frisörer, hudterapeuter m.fl.  
Sjukgymnaster  
Tandsköterskor

**Övrigt**

Poliser  
Väktare och ordningsvakter  
Dataregistrerare  
Kontorssekreterare, läkarsekreterare  
Socialförsäkringstjänstemän  
Telefonister  
Värderare och auktionister  
Läkare

## Diagnoser

Listan nedan visar de diagnoser (ICD-10) som förekom i beslutsunderlaget. De olika personerna i undersökningen har generellt flera av dessa diagnoser och varje person har minst en M-diagnos.

Kod	Diagnosbeskrivning
D64.9	Anemi, ospecificerad
E10	Insulinberoende diabetes
E21.0	Primär hyperparatyreoidism
E66.0	Fetma orsakad av kaloriöverskott
E78	Rubbning i omsättningen av lipoprotein och andra lipidemier
F06	Andra psykiska störningar orsakade av hjärnskada, cerebral dysfunktion eller kroppslig sjukdom
F10.2	Alkoholberoende

Kod	Diagnosbeskrivning
F31.9	Bipolär sjukdom, ospecificerad
F32	Depressiv episod
F32.1	Medelsvår depressiv episod
F32.9	Depressiv episod, ospecificerad
F33	Recidiverande depressioner
F33.1	Recidiverande depression, medelsvår episod
F33.9	Recidiverande depression, ospecificerad
F34.1	Dystymi
F34.9	Kroniskt förstämningssyndrom, ospecificerat
F41	Andra ångestsyndrom
F41.1	Generaliserat ångestsyndrom
F41.2	Blandade ångest- och depressionstillstånd
F41.9	Ångestillstånd, ospecificerat
F43.1	Posttraumatiskt stressyndrom
F43.8	Andra specificerade reaktioner på svår stress
F43.9	Reaktion på svår stress, ospecificerad
F45.1	Odifferentierat somatoformt syndrom
F45.4	Kroniskt somatoformt smärtsyndrom
F53.1	Svåra psykiska störningar och beteendestörningar sammanhängande med barnsängstiden, vilka ej klassificeras annorstädes
F60.6	Ängslig personlighetsstörning
G25.9	Basalgangliesjukdom och rörelserubbning, ospecificerad
G43.9	Migrän, ospecificerad
G44.2	Spänningshuvudvärk
G46.0	Arteria cerebri media-syndrom
G51.9	Sjukdom i facialisnerven, ospecificerad
G54.0	Sjukdom i brakialplexus
G55.1	Kompression av nervrötter och nervplexus vid sjukdomar i mellankotskivorna
G56.0	Karpaltunnelsyndrom
G62.9	Polyneuropati, ospecificerad
G99.2	Myelopati vid sjukdomar som klassificeras annorstädes
H90.3	Sensorineural hörselnedsättning, dubbelsidig
H91.2	Plötslig idiopatisk hörselnedsättning
H91.9	Hörselnedsättning, ospecificerad
H93.1	Tinnitus
I11.9	Hypertensiv hjärtsjukdom utan hjärtsvikt
I15.9	Sekundär hypertoni, ospecificerad
I20	Anginösa bröstsmärtor (kärlkramp i bröstet)
I25	Kronisk ischemisk hjärtsjukdom
I35.0	Aortastenosis
I48	Förmaksflimmer och förmaksfladder
I73.0	Raynauds syndrom
I73.9	Perifer vaskulär sjukdom, ospecificerad
I89	Andra icke infektiösa sjukdomar i lymfkärlen och lymfkörtlarna
J30.4	Allergisk rinit, ospecificerad
J98.4	Andra lungsjukdomar
K21.0	Gastroesofagal refluxsjukdom med esofagit
K58.0	Irritabel tarm med diarré
L40.9	Psoriasis, ospecificerad
L71.9	Rosacea, ospecificerad

Kod	Diagnosbeskrivning
M05.3	Reumatoid artrit med engagemang av andra organ och organsystem
M05.9	Seropositiv reumatoid artrit, ospecificerad
M06	Annan reumatoid artrit
M15	Polyartros
M15.0	Primär generaliserad artros och osteoartros
M15.1	Heberdens knutor (med artropati)
M15.2	Bouchards knutor (med artropati)
M15.8	Annan specificerad polyartros
M15.9	Polyartros, ospecificerad
M16	Höftledsartros
M16.0	Primär koxartros, dubbelsidig
M16.1	Annan primär koxartros
M16.2	Koxartros orsakad av dysplasi, dubbelsidig
M16.7	Annan sekundär koxartros
M16.9	Koxartros, ospecificerad
M17	Knäartros
M17.0	Primär gonartros, dubbelsidig
M17.1	Annan primär gonartros
M17.2	Posttraumatisk gonartros, dubbelsidig
M17.3	Annan posttraumatisk gonartros
M17.5	Annan sekundär gonartros
M17.9	Gonartros, ospecificerad
M18	Artros i första karpometakarpalleden
M18.0	Primär artros i första karpometakarpalleden, dubbelsidig
M18.1	Primär artros i första karpometakarpalleden, ensidig eller UNS
M18.5	Annan sekundär artros i första karpometakarpalleden, ensidig eller UNS
M18.9	Artros i första karpometakarpalleden, ospecificerad
M19	Andra artroser
M19.0	Primär artros i andra leder
M19.1	Posttraumatisk artros i andra leder
M19.2	Annan sekundär artros i andra leder
M19.8	Annan specificerad artros
M19.9	Artros, ospecificerad
M20.2	Hallux rigidus
M21.6	Andra förvärvade deformiteter av vrist och fot
M22.2	Sjukdomar i femuropatellarleden
M23.2	Förändring i menisken orsakad av gammal ruptur eller skada
M25.5	Ledvärk
M32.1	Systemisk lupus erythematosus med engagemang av organ och organsystem
M35.0	Siccasyndromet
M35.9	Inflammatorisk systemsjukdom, ospecificerad
M41.2	Annan idiopatisk skolios
M43	Andra deformerande ryggsjukdomar
M43.1	Spondylolistes
M46.2	Osteomyelit i kota
M47	Spondylos
M47.1	Annan spondylos med myelopati
M47.2	Annan spondylos med radikulopati
M47.8	Annan specificerad spondylos
M47.9	Spondylos, ospecificerad

Kod	Diagnosbeskrivning
M48	Andra spondylopatier
M48.0	Spinal stenosis
M48.1	Ankyloserande hyperostosis
M48.8	Andra specificerade spondylopatier
M49.0	Tuberkulos i kotpelaren
M49.5	Kotkompression vid sjukdomar som klassificeras annorstädes
M50	Sjukdomar i halskotpelarens mellankotskivor
M50.0	Disksjukdom i halskotpelaren med myelopati
M50.1	Disksjukdom i halskotpelaren med radikulopati
M50.2	Annan diskdislokation i halskotpelaren
M50.9	Disksjukdom i halskotpelaren, ospecificerad
M51	Andra sjukdomar i mellankotskivorna
M51.0	Disksjukdomar i lumbalregionen och andra regioner med myelopati
M51.1	Disksjukdomar i lumbalregionen och andra regioner med radikulopati
M51.2	Annan specificerad dislokation av intervertebraldisk
M51.3	Annan specificerad intervertebraldiskdegeneration
M51.9	Intervertebraldisksjukdom, ospecificerad
M53	Andra ryggsjukdomar som ej klassificeras annorstädes
M53.0	Cervikokranialt syndrom
M53.1	Cervikobrakialt syndrom
M53.8	Andra specificerade ryggsjukdomar
M53.9	Ryggsjukdom, ospecificerad
M54	Ryggvärk
M54.2	Cervikalgi
M54.3	Ischias
M54.4	Lumbago med ischias
M54.5	Lumbago
M54.6	Smärtor i brösttryggen
M54.9	Ryggvärk, ospecificerad
M65	Synovit och tenosynovit (inflammation i ledhinnor och senor)
M65.3	Trigger finger
M65.9	Synovit och tenosynovit, ospecificerad
M67	Andra sjukdomar i ledhinna och sena
M70.6	Trokanterbursit
M70.9	Icke specificerat sjukdomstillstånd i mjukvävnader som har samband med användning, överansträngning och tryck
M75	Sjukdomstillstånd i skulderled
M75.0	Adhesiv kapsulit i skulderled
M75.1	Rotator cuff-syndrom i skulderled
M75.2	Bicepstendinit
M75.3	Tendinit med förkalkning i skulderled
M75.4	Impingement syndrome i skulderled
M75.8	Andra specificerade sjukdomstillstånd i skulderled
M75.9	Sjukdomstillstånd i skulderled, ospecificerad
M76.6	Akillestendinit
M77	Andra entesopatier (sjukdomar i perifera ligament- och muskelfästen)
M77.0	Medial epikondylit
M77.1	Lateral epikondylit
M77.3	Kalkaneussporre
M77.5	Annan entesopati i fot
M77.9	Entesopati, ospecificerad
M79	Andra sjukdomstillstånd i mjukvävnader som ej klassificeras annorstädes

<b>Kod</b>	<b>Diagnosbeskrivning</b>
M79.0	Reumatism UNS
M79.1	Myalgi
M79.2	Icke specificerad neuralgi och neurit
M79.3	Pannikulit, ospecificerad
M79.6	Smärtor i extremitet
M79.7	Fibromyalgi
M80	Osteoporos med patologiska frakturer
M81	Osteoporos utan patologisk fraktur
M94	Andra brosksjukdomar
M99	Biomekanisk dysfunktion som ej klassificeras annorstädes
M99.0	Segmentell dysfunktion
M99.1	Subluxationskomplex i kotpelaren
R20.2	Parestesi
R42.9	Yrsel och svindel
R52	Smärta och värk som ej klassificeras annorstädes
R52.1	Kronisk behandlingsresistent smärta
R53	Sjukdomskänsla och trötthet
S32	Fraktur på ländkotpelaren och bäckenet
S64.1	Skada på nervus medianus på handleds- och handnivå
T75.2	Effekter av vibration
T91.8	Sena besvär av andra specificerade skador på halsen och bålen
Z57.7	Yrkesmässig exponering för vibration
Z72	Problem som har samband med livsstil
Z96.6	Förekomst av ortopediska ledimplantat



**I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2011:**

- 2011:1 Intygskrav inom tillfällig föräldrapenning. En utvärdering av införd reform 1 juli 2008
- 2011:2 Analys av kvaliteten i rapporteringen till Försäkringskassan inom det statliga tandvårdsstödet
- 2011:3 Mellan arbete och sjukdom. Rapport från forskarseminariet i Umeå 19–20 januari 2011
- 2011:4 Vad kostar olika sjukdomar i sjukförsäkringen? Kostnader för sjukpenning i sjukskrivningar (över 14 dagar) samt sjukersättning och aktivitetsersättning år 2009 fördelat på diagnos
- 2011:5 Särlevande föräldrar och deras barns boende och underhåll
- 2011:6 Nya ohälsomått inom sjukförsäkringen. En introduktion till det nya sjukpenningtalet samt nybeviljade sjukersättningar eller aktivitetsersättningar per 1000 registrerade försäkrade
- 2011:7 Försäkringsmedicinska beslutsstödet. En långtidsuppföljning av förändringar i sjukskrivningsmönster
- 2011:8 Försäkringskassans samarbetspartners kännedom om de nya reglerna i sjukförsäkringen. Resultat från en undersökning hösten 2010
- 2011:9 Nyttjande av det statliga tandvårdsstöd som infördes 1 juli 2008. Analys utifrån ett demografiskt och socioekonomiskt perspektiv
- 2011:10 Undersökning av i vilken utsträckning information om det statliga tandvårdsstödet nått befolkningen
- 2011:11 Socialförsäkringstaket och föräldralön – ekonomi vid föräldraledighet
- 2011:12 Kvalitetsgranskning av läkarintyg. En del av sjukskrivningsmiljarden
- 2011:13 Föräldrapenning. Båda föräldrarnas försäkring?
- 2011:14 Utvärdering av prognosverktyget
- 2011:15 En utvärdering av sjukskrivningsprocessen efter införandet av de nya sjukförsäkringsreglerna 2008-07-01
- 2011:16 Varför finns det skillnader i bifallsfrekvensen inom arbetsskade-försäkringen? En studie om orsakerna till skillnader i bifall och avslag mellan kön, födelseland och var beslutet fattas