

*isf*

INSPEKTIONEN FÖR  
SOCIALFÖRSÄKRINGEN

Rapport 2011:15

Beslut om arbetsskada ur  
ett jämställdhetsperspektiv

Livränta till följd av sjukdom

*isf*

Rapport 2011:15

Beslut om arbetsskada ur  
ett jämställdhetsperspektiv

Livränta till följd av sjukdom

En rapport från Inspektionen för socialförsäkringen

Stockholm 2011

Rapporten kan beställas från Inspektionen för socialförsäkringen.

Beställningsadress:

Inspektionen för socialförsäkringen

Box 202

101 24 Stockholm

Telefon: 08-58 00 15 00

E-post: [registrator@inspsf.se](mailto:registrator@inspsf.se)

Rapporten kan laddas ner från

[www.inspsf.se](http://www.inspsf.se)

© Inspektionen för socialförsäkringen

Tryckt av E-print

Stockholm 2011

# Innehåll

Generaldirektörens förord .....	5
Sammanfattning .....	7
Summary .....	11
1 Inledning .....	15
1.1 Motiv för granskning .....	15
1.2 Tidigare granskningar .....	16
1.3 Syfte och frågor.....	17
1.4 Avgränsningar.....	18
1.5 Tillvägagångssätt .....	19
1.6 Rapportens disposition.....	22
2 Arbete, arbetsmiljörisker och hälsa.....	23
3 Arbetskadeförsäkringens utformning .....	27
3.1 Allmänt .....	27
3.2 2002 års bevisregel .....	27
3.3 Befintligt skick och konkurrerande skadeorsaker .....	29
3.4 Trygghetsförsäkring vid arbetssjukdom.....	31
3.5 Anmälda arbetsskador, ärenden om livränta och beviljanden .....	32
4 Handläggningen av ärenden .....	37
4.1 Utredning .....	37
4.2 De intervjuades syn på lagändringen år 2002 .....	42
4.3 Försäkringskassans åtgärder för att skapa lika behandling för kvinnor och män.....	43
5 Könsskillnad i beviljandegrad – bakomliggande faktorer.....	49

5.1 Beskrivning av förstagångsbeslut om arbetssjukdom under åren 2009-2010. ....	49
5.2 Sjukdomsdiagnoser .....	51
5.3 Yrken .....	51
5.4 Könsskillnaden i beviljandegrad kvarstår .....	52
6 Faktorer av betydelse för att beviljas livränta .....	55
6.1 Vetenskaplig evidens .....	55
6.2 Misstänkt orsak till sjukdomen .....	57
6.3 Underlag och utredning.....	58
6.4 Orsaker utanför arbetet .....	60
6.5 Aktgranskningen bekräftar registeruppgifter .....	61
6.6 Könsskillnaden i beviljandegrad kvarstår .....	62
7 Diskussion .....	65
8 Slutsatser .....	75
Referenser .....	77
Bilaga 1 .....	81
Bilaga 2 .....	83
Bilaga 3 .....	84
Bilaga 4 .....	86
Noter.....	93

# Generaldirektörens förord

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har till uppgift att genom systemtillsyn och effektivitetsgranskning värna rättssäkerheten och effektiviteten inom socialförsäkringsområdet. Med systemtillsyn avses granskning av om regelverket tillämpas korrekt och enhetligt. Med effektivitetsgranskning avses granskning av om en verksamhet fungerar effektivt med utgångspunkt i det statliga åtagandet.

Grundtanken bakom arbetsskadeförsäkringen är att den som råkar ut för skada eller sjukdom i arbetet inte ska drabbas ekonomiskt. Det är sedan länge känt att beviljandegraden för kvinnor inom arbetsskadeförsäkringen är lägre än den för män. Mot denna bakgrund har ISF fått regeringens uppdrag att undersöka om det finns osakliga skillnader i besluten eller i den process som leder fram till beslut. Föreliggande rapport redovisar uppdraget.

Granskningen visar att skillnaderna mellan män och kvinnor kvarstår. Orsakerna till detta finns både inom och utom Försäkringskassans ansvarsområde. Yrke är den viktigaste faktorn, men eftersom yrkesvalen är könssegregerade, får detta effekter på beviljandegraden för kvinnor och män. Trots 2002 års lagändring med sänkta krav på bevisning är förekomsten av medicinsk vetenskaplig evidens styrande för besluten, och de litteratursammanställningar som används av de försäkringsmedicinska rådgivarna i verksamheten bygger till största delen på forskning inom manligt dominerade yrken. Granskningen har också visat att utredningarna generellt sett är mindre väl genomförda vid avslag än vid beviljande och vid avslag i alltför hög utsträckning begränsar sig till yrkestitel och diagnos. De åtgärder som Försäkringskassan på regeringens uppmaning har vidtagit för att lösa problemet med skillnaden i beviljandegrad mellan kvinnor och män har sammanfattningsvis inte varit tillräckliga.

Rapporten har skrivits av Malin Josephson (projektledare), Katarina Alfredsson, Eshat Aydin, Susanne Eliasson, Ola Leijon, Erica

Lindahl, Toni Nastev och Anne Walfridsson. Kjell Torén och Eva Vingård har varit delaktiga i uppläggnings- och granskningen och i tolkningen av resultaten.

Stockholm i oktober 2011

*Per Molander*

# Sammanfattning

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har fått i uppdrag att granska beslut om arbetsskada ur ett jämställdhetsperspektiv. I denna rapport identifieras dels bakomliggande faktorer, dels faktorer i Försäkringskassans handläggning som påverkar sannolikheten att beviljas arbetsskadelivränta. Granskningen avser arbetsskadeförsäkringen enligt det regelverk som infördes år 2002 och begränsas till uppgiven arbetsskada till följd av sjukdom.

Grundtanken med arbetsskadeförsäkringen är att individer som får en skada eller sjukdom som har orsakats av arbetet inte ska drabbas ekonomiskt. Livränta är den vanligaste ersättningsformen. I de ärenden där Försäkringskassan under åren 2009-2010 prövade om sjukdom orsakats genom skadlig inverkan i arbetet bifölls 24 procent av ansökningarna från kvinnor och 39 procent av ansökningarna från män.

## *Försäkringskassans åtgärder för att skapa lika behandling för kvinnor och män*

Försäkringskassan har vidtagit en rad åtgärder för att säkerställa lika behandling för kvinnor och män inom arbetsskadeförsäkringen. Exempel på åtgärder är ett utvecklat metodstöd för exponeringsutredning, metodstöd för samarbete mellan handläggare och försäkringsmedicinsk rådgivare och vidareutbildning för försäkringsmedicinska rådgivare. Ytterligare åtgärder är att koncentrera handläggningen av arbetsskadeärenden till fem nationella försäkringscenter och att anställa en försäkringsmedicinsk koordinator. Trots vidtagna åtgärder kvarstår skillnaden i beviljandegrad mellan kvinnor och män.

## *Beviljandegraden är högre i mansdominerade yrken*

När hänsyn tas till födelseår, utbildningsnivå, yrke, om individen är född utanför Sverige, sjukdomsdiagnos och om individen har sjukersättning kvarstår en skillnad på endast 5 procentenheter mellan

kvinnor och män i sannolikheten att beviljas livränta. Skillnaden i beviljandegrad mellan yrken förklarar till största del skillnaden i beviljandegrad mellan kvinnor och män. Beviljandegraden är högre i mansdominerade yrken, för både män och för kvinnor.

### *Vetenskaplig evidens*

Den medicinska vetenskapliga evidensen styr beviljande eller avslag av livränta. Det leder till olika utfall för kvinnor och män i arbetsskadeförsäkringen. Yrkesarbetande män är i större utsträckning än kvinnor exponerade för faktorer där det enligt gängse litteratursammanställningar finns en vetenskaplig evidens för skadlig inverkan. Granskningen visar att yttrandet från den försäkringsmedicinska rådgivaren väger mycket tungt för utgången i ett arbetsskadeärende. De mest förekommande vetenskapliga referenserna i de försäkringsmedicinska utlåtandena avser litteratursammanställningar där flertalet studier är genomförda i mansdominerade yrken.

### *2002 års bevisregel*

Lagändringen som trädde i kraft år 2002 innebär en lättnad av beviskravet vid bedömning av arbetsskada. Lättnaden består i att beviskravet sänktes från att det tidigare krävdes hög grad av sannolikhet för att en faktor i arbetet kan ge upphov till en sådan skada som den försäkrade har, till att det nu är tillräckligt att övervägande skäl talar för att skadan orsakats av arbetet. I förarbetena till lagen uttalade regeringen att det sänkta beviskravet i förening med principen om befintligt skick, som innebär att den försäkrade ska bedömas utifrån sina fysiska och psykiska förutsättningar, torde leda till att kvinnor i högre utsträckning kan få sina skador godkända som arbetsskador. Bevisregeln innebär att det ska göras en helhetsbedömning vid arbetsskadeprövningen. Det betyder att det inte enbart är det vetenskapliga stödet som ska ligga till grund för bedömningen av om övervägande skäl talar för ett samband.

En väl utbredd uppfattning bland läkare som har relevanta specialiskunskaper ska kunna ligga till grund för att skadlig inverkan föreligger. Dessutom ska en helhetsbedömning innefatta en bedömning av den samlade utredningen i ärendet och inte bestå av enbart medicinska överväganden. ISF:s intervjuer med handläggare, specialister och försäkringsmedicinska rådgivare på Försäkringskassan och även granskningen av ärendeakter visar att detta inte har implementerats

fullt ut i handläggning och beslutsfattande. En sådan helhetsbedömning förutsätter att handläggarna ytterligare stärks i sin yrkesroll.

#### *Sämre utredningar vid avslag*

Bristfälliga underlag för beslut är vanligare vid avslag än vid bifall. I ärenden där det saknas vetenskaplig evidens för samband mellan yrke och sjukdom nöjer sig Försäkringskassan i allt för stor utsträckning med yrkestitel och sjukdomsdiagnos som underlag för beslut. Det får till konsekvens att det är vanligare med bristfälliga uppgifter om hur länge, hur ofta och hur intensiv exponeringen i arbetet har varit i yrken där majoriteten av de anställda är kvinnor jämfört med mansdominerade yrken. Den försäkrade individen saknar information om för vilka yrken och för vilka besvär det inte görs någon individuell bedömning. Därmed blir beslutet om livränta svårförutsägbart och rättsosäkert för den försäkrade.

#### *Det generella arbetsskadebegreppet*

I Sverige tillämpas ett generellt arbetsskadebegrepp. Det innebär att alla sjukdomar kan godkännas som arbetssjukdomar, om det kan påvisas att övervägande skäl talar för att en skada har uppkommit till följd av skadlig inverkan i arbetet. Ett generellt arbetsskadebegrepp ökar möjligheten till flexibilitet, men det ökar också risken för oförutsägbara beslut. Försäkringskassans utredningar och beslut är beroende av de sammanställningar av forskningen som görs och att de som utfärdar medicinska utlåtanden är insatta i aktuell forskning. En lista med godkända exponeringar och sjukdomar ger större möjligheter att styra vilka beviskrav som krävs för att livränta ska beviljas. Det innebär också att besluten blir förutsägbara. Det finns anledning att vidare utreda fördelar och nackdelar med att införa någon form av lista över godkända arbetssjukdomar och riskfyllda exponeringar.



## Summary

In 2010 the Swedish Social Insurance Inspectorate (ISF) was asked by the Swedish government to examine the occupational injury insurance from a gender perspective. This report identifies the underlying factors as well as elements of the handling of cases by the Swedish Social Insurance Agency that affect the likelihood of being granted a life annuity for permanent loss of income as a result of work-related injury. The report describes the occupational injury insurance, based on the current legislation implemented in 2002, and it is limited to work-related injury due to illness.

The basic idea behind the occupational injury insurance is that individuals who suffer a work-related injury or illness will be compensated financially. Annuities are the most common form of compensation. Between 2009 and 2010 24 per cent of female applicants and 39 per cent of male applicants were granted annuities for illnesses caused by harmful effects of their work.

### *The Swedish Social Insurance Agency's measures to create equality between men and women*

The Swedish Social Insurance Agency has taken steps to ensure a more equal handling of men and women in occupational injury insurance matters. For example, methods have been developed to assess exposure and for co-operation between administrative officers and insurance medical advisers. The Agency also offers supplementary training for insurance medical advisors and administrative officers. In addition, the handling of occupational injury cases has been concentrated in five national insurance centers. Despite the measures taken, differences remain in the grant rates for men and women.

### *Grant rates are higher in male-dominated occupations*

Taking into account additional factors that affect the likelihood of being granted an annuity, there still remains a difference of five percentage points between men and women. The following factors were taken into account in the analysis: year of birth, educational level, occupation, whether the individual was born outside Sweden, diagnosis of disease, and whether the individual had been granted permanent sickness compensation. The difference in grant rates for different occupations largely explains the difference in grant rates for men and women. Grant rates are higher in male-dominated occupations for both men and women.

### *Scientific evidence*

The medical scientific evidence determines whether a person's application for compensation will be granted or rejected, which is one major explanatory factor behind the different outcomes for men and women. According to the existing research, professional men are exposed to factors which can cause work-related illnesses to a greater extent than women. The report states that the statement of the insurance medical adviser weighs heavily in the outcome of a work-related injury case. The most common references in the statements of the insurance medical advisors are made to scientific reviews where most of the studies are conducted in male-dominated occupations.

### *The 2002 legislation*

The legal amendment regarding the occupational injury insurance resulted in a relaxation of the assessment of work-relatedness and causality. Since 2002 the assessments should be based on scientific evidence and the so-called "widespread knowledge" among physicians with relevant expertise in the field. The individual's physical and mental condition at the time of the injury should also be considered. In addition, the overall assessment should include both social insurance and medical considerations. The ISF's interviews with administrative officers, specialists and medical insurance advisors, and the examination of case files show that the legal requirements have not been implemented fully in the handling of injury cases. In order to conduct such assessments, administrative officers should be strengthened in their professional role.

### *Insufficient handling*

Inadequate grounds for decisions are more common for cases that are rejected compared with approved cases. Inadequate information about the duration, frequency and degree of exposure at work is also more common in occupations where the majority of employees are female compared to male-dominated occupations. This makes the process and the decision on the annuity unpredictable and legally uncertain for the insured person.

### *Generic work injury concept*

In Sweden a generic work injury concept is applied. This means that all kinds of illnesses can be recognized as work-related if there is enough evidence that the illness has occurred as a result of exposure at work. A generic work injury concept increases the possibility of flexibility, but it also increases the risk of unpredictable decisions. The Swedish Social Insurance Agency's investigations and decisions are dependent on occupational research and that those who issue the medical statement are familiar with current research. A list of approved exposure and illnesses offers more opportunities to control the standard of proof required for the annuity to be granted. There are grounds to further investigate the advantages and disadvantages of introducing some form of list of exposure and illnesses that may be classified as work-related illnesses.



# 1 Inledning

## 1.1 Motiv för granskning

I enlighet med regeringsbeslut i september 2010 har Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) granskat beslut om arbetsskada ur ett jämställdhetsperspektiv. Granskningen avser arbetsskadeförsäkringen enligt det regelverk som infördes år 2002 och uppgiven arbetsskada till följd av sjukdom. Reglerna om arbetsskada fanns tidigare i lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring men återfinns numera i socialförsäkringsbalken.

Grundtanken med arbetsskadeförsäkringen är att individer som får en skada eller sjukdom som har orsakats av arbetet inte ska drabbas ekonomiskt. Arbetsskadelivränta<sup>1</sup> är den vanligaste ersättningsformen. Vilka beviskrav som ska gälla för om en skada ska anses ha uppkommit på grund av skadlig inverkan i arbetet är ytterst beroende av en politisk bedömning, även om beslutet i det enskilda arbetsskadeärendet är en juridisk och medicinsk fråga.

Den lagändring som trädde ikraft den 1 juli 2002 innebär att en skada anses ha uppkommit av annan skadlig inverkan i arbetet (arbetssjukdom) om övervägande skäl talar för det. Avsikten med förändringen var bland annat att skillnaderna i beviljandegrad mellan kvinnor och män skulle minska.<sup>2</sup>

Likafullt visar Försäkringskassans sammanställning av arbetsskadeärenden under år 2009 att skillnaderna kvarstår. I de ärenden där det prövades om sjukdom orsakats genom skadlig inverkan bifölls 24 procent av ansökningarna från kvinnor och 40 procent av ansökningarna från män. Det var också något fler män än kvinnor som ansökte om livränta på grund av skadlig inverkan av arbetet, 2 317 män jämfört med 2 203 kvinnor.

## 1.2 Tidigare granskningar

Regeringen gav i regleringsbrevet för år 2007 Försäkringskassan i uppdrag att analysera skillnaderna i beviljandefrekvens vid beslut om livränta för kvinnor och män. I uppdraget ingick också att redovisa de åtgärder som vidtagits för att komma tillrätta med eventuella osakliga skillnader. I sitt svar till regeringen rapporterade Försäkringskassan att den har vidtagit och kommer att vidta åtgärder för en enhetligare handläggning och ökad kvalitet.<sup>3</sup>

Försäkringskassan publicerade även en Socialförsäkringsrapport<sup>4</sup> om könsskillnader i beviljande av ersättning. Dock har ovanstående rapport dragits tillbaka med motiveringen att det finns kvalitetsproblem i statistiken och att det därför är alltför osäkert att dra slutsatser utifrån underlaget.<sup>5</sup> ISF har ändå beslutat att referera till resultaten, eftersom det är en relevant utgångspunkt för föreliggande granskning. Försäkringskassans analys omfattade samtliga prövningar avseende livränta som ledde till beslut under åren 2005–2006. Skillnaderna i sannolikheten för beviljande av livränta mellan kvinnor och män minskade betydligt om analysmetoden tog hänsyn till yrke och diagnos. Likväl framkom att även om hänsyn togs till både yrke och diagnos, kvarstod en skillnad i beviljandegrad. Det går därför inte att utesluta att kvinnor och män behandlas olika i beslutsprocessen vid prövning av arbetsskada. Vidare framkom att kvinnor i mansdominerade yrken hade större möjligheter till ersättning än kvinnor i kvinnodominerade yrke. För män förelåg det motsatta, att män i kvinnodominerade yrken hade mindre möjligheter till ersättning än män i mansdominerade yrken. Försäkringskassan konstaterade också generellt bristande kvalitet i exponeringsutredningar och läkarutlåtanden.

I september 2011 publicerade Försäkringskassan ytterligare en granskning om orsaker till skillnader i bifallsfrekvens mellan kvinnor och män.<sup>6</sup> Ärenden som innefattas i analyserna är förstagsbeslut om livränta på grund av skadlig inverkan och där individen har en diagnos som inbegrep besvär i rörelseorganen. Granskningen omfattar samtliga beslut som fattades under år 2010 enligt 2002 års lagstiftning. Resultaten visar att det finns skillnader i besluten och i underlag för besluten mellan kvinnor och män. De försäkrades yrke har stor betydelse för hur ärendena utreds och i sin tur för vilka beslut som fattas. Underlagen för beslut i ärenden där den sökande arbetade i vård- och omsorgsarbete är betydligt oftare bristfälliga än ärenden som gäller gruv- bygg- och anläggningsarbete. Studien visar även att

det är vanligare med brister i beslutsunderlagen vid avslag än vid bifall och att besluten i så gott som alla ärenden är samstämmiga med den försäkringsmedicinska rådgivarens utlåtande.

Weiner m.fl. genomförde en studie av alla arbetsskador som anmäldes år 1994.<sup>7</sup> Syftet var att undersöka om det fanns skillnader mellan kvinnor och män i andelen anmälda arbetssjukdomar som leder till utbetalning av livränta. Studien visar i likhet med Försäkringskassans granskning att både kvinnor och män som arbetar inom mansdominerade yrken har större sannolikhet att beviljas livränta än kvinnor och män som arbetar i kvinnodominerade yrken. När det görs en jämförelse mellan kvinnor och män med hänsyn till yrke, ålder, misstänkt orsak till sjukdomen, inkomst och det län där arbetsplatsen är belägen, framkommer inget som pekar på könsdiskriminering. En begränsning i analysen är att personer som har gjort upprepade arbetsskadeanmälningar, vilket är vanligt förekommande, har utslutits ur studien. En ytterligare begränsning är att arbetsskadorna som ingår prövades enligt tidigare bevisregler, vilket innebär att resultaten inte helt kan överföras till att gälla nuvarande lagstiftning. Det bör även poängteras att i studiepopulationen ingick alla som anmält en arbetsskada, vilket är betydligt fler än de ärenden som prövas avseende livränta.

I den granskning av arbetsskadeförsäkringen som Riksrevisionen publicerade år 2007 konstateras att det saknas forskning om sambandet mellan arbete och sjukdom, speciellt inom kvinnodominerade yrken, och att ny forskning inte används i tillräcklig utsträckning i Försäkringskassans utredningar.<sup>8</sup>

### 1.3 Syfte och frågor

Syftet med föreliggande granskning är att utreda om det finns osakliga skillnader mellan kvinnor och män, dels i den process som leder fram till beslut om arbetsskada, dels i beviljandet.

Som ett första steg i granskningen identifieras faktorer som påverkar sannolikheten att beviljas livränta. I nästa steg analyseras om identifierade faktorer kan förklara skillnaden i beviljandegrad mellan kvinnor och män. De faktorer som granskas har bestämts med utgångspunkt från tidigare rapporter och dessutom utifrån vad som enligt arbetsskadeförsäkringens intentioner ska beaktas vid beslut om arbetsskada. Granskningen innefattar vilka exponeringar och besvär som utreds, det underlag som ligger till grund för beslut och Försäk-

ringskassans handläggning och resonemang i utredningsprocessen. I analyserna tas även hänsyn till sjukpenninguttag och sjukersättning under åren före anmälan om arbetsskada och fram till beslut om livränta. Detta gör det möjligt att granska om det finns någon skillnad i nedsättning av arbetsförmåga mellan kvinnor och män innan arbetsskadan och om det uppstår skillnader under processen från ansökan till beslut.

Granskningen har inriktats på följande frågor:

- Finns det skillnader i sannolikheten för kvinnor och män att beviljas livränta på grund av arbetssjukdom när hänsyn tas till ålder, diagnos, yrke, födelseland och tidigare uttag av sjukpenning och sjukersättning?
- Påverkar omfattningen och kvaliteten på beslutsunderlag sannolikheten att beviljas livränta, och förklarar det i så fall könskillnaden i beviljandegrad?
- Behandlas kvinnor och män olika i den handläggning och beslutsprocess som Försäkringskassan har ansvar för vid prövning av arbetsskada?
- Vilka åtgärder har Försäkringskassan vidtagit i syfte att skapa en enhetligare handläggning och kvalitet inom arbetsskadeförsäkringen?

## 1.4 Avgränsningar

Granskningen avser arbetsskadeförsäkringen enligt det regelverk som infördes år 2002 och begränsas till uppgiven arbetsskada till följd av sjukdom.

Granskningen innefattar Försäkringskassans beviljandegrad för det första beslutet i ett ärende om livränta. Beslut vid omprövningar eller vid överklagande till högre instans omfattas inte av granskningen.

Granskningen innefattar skillnaden i beviljandegrad mellan kvinnor och män men är inte en granskning av arbetsskadeförsäkringen som sådan.

Granskningen innefattar inte beslut om förlängd sjukpenning på fortsättningsnivå på grund av arbetsskada.

Regeringen har uppdragit åt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) att ta fram systematiska kunskapssammanställningar om arbetsmiljöns betydelse för uppkomst av sjukdom. Följaktligen ingår det inte i ISF:s granskning att bedöma den vetenskapliga evidensen för skadlig inverkan av arbete.

## 1.5 Tillvägagångssätt

Granskningen baseras på analys av tillgängliga register, Försäkringskassans ärendeakter, intervjuer och på tidigare publicerade studier och granskningar av arbetsskadeförsäkringen. Brister i tillgängliga registeruppgifter har begränsat granskningen. Det är inte möjligt att följa hela processen från en anmälan till ansökan och till beslut om ekonomisk ersättning. Det finns också tveksamheter om tillförlitligheten i Försäkringskassans register.

Urvalsbasen för granskningen är förstagångsbeslut om livränta på grund av arbetssjukdom enligt 2002 års regler. Beslut under år 2009 och 2010 ingår i registeranalyserna, medan aktgranskningen endast omfattar beslut under år 2010.

Tidigare bevisregler var tillämpliga för cirka ett av tre beslut om livränta som fattades under åren 2009-2010. Förnyade prövningar av tidsbegränsade livräntor var också vanligt förekommande. Av samtliga beslut som fattades, både enligt tidigare och nuvarande bevisregel, var cirka en tredjedel ärenden om fortsatt livränta. Ytterligare ärenden som inte inkluderas i granskningen är omprövningar. I cirka 4 procent av förstagångsbesluten ändras besluten efter omprövning.<sup>9</sup>

### *Register*

Ärendena är registrerade i Försäkringskassans databas ULLA.<sup>10</sup> ISF har även inhämtat uppgifter om sjukpenning och sjukersättning under åren före anmälan om arbetsskada och fram till beslut om livränta. Dessutom finns uppgifter om processen: visandedag för skadan, ansökningsdag och datum för beslut. Uppgifter om yrke har inhämtats från yrkesregistret för år 2008.<sup>11</sup> Det innebär att individen kan ha haft ett annat yrke när anmälan gjordes och även att arbetssjukdomen kan ha prövats mot ett annat yrke. Enligt uppgifterna i de ärendeakter som ISF granskat hade 7 procent av de försäkrade annat yrke år 2008 än det yrke som arbetsskadan prövades emot. Ingen skillnad mellan män och kvinnor observerades.

Genom statistiska beräkningar, bland annat med olika regressionsmodeller, undersöks könsskillnaden i beviljandegrad. I analyserna tas hänsyn till ålder, födelseland, diagnos, yrke och tidigare inkomst och uttag av sjukpenning och sjukersättning. Dessa variabler gör det möjligt att kontrollera för statistiska och observerbara skillnader mellan kvinnor och män som finns när Försäkringskassan fattar beslut.

### *Ärendeakter*

Aktgranskningen baseras på samtliga ärenden, varav 19 gällde kvinnor och 80 män, som genom förstagångsbeslut beviljades livränta på grund av godkänd arbetsskada till följd av sjukdom under år 2010. Dessutom granskades ett slumpmässigt urval av 118 ansökningar som avslogs. I bilaga 1 finns en utförligare beskrivning av urvalet.

I ett första steg identifieras faktorer som påverkar sannolikheten att beviljas livränta, i nästa steg analyseras om de identifierade faktorerna kan förklara skillnaden i beviljandegrad mellan kvinnor och män. Förutom statistiska analyser förs ett resonemang utifrån innehållet i anmälningar, utredningar och utlåtanden.

ISF har granskat innehållet i beslutsmeddelandet och i föredragningsmissivet och vilka källor som använts till de uppgifter som finns redovisade. I handläggningen av en arbetsskada används ett föredragningsmissiv som underlag vid kvalitetssäkring och vid föredragning för beslutsfattaren. Föredragningsmissivet ska innehålla det som behövs för att kunna fatta beslut.<sup>12</sup>

ISF har även granskat innehållet i den försäkringsmedicinska rådgivarens yttrande i ärendena; vilka resonemang som förs och vilka vetenskapliga referenser och andra källor som det hänvisas till.

Regionala etikprövningsnämnden har godkänt att ISF i granskningen har tagit del av och även kopplat samman uppgifter från register och ärendeakter.<sup>13</sup>

### *Intervjuer*

Intervjuerna har genomförts vid de nationella försäkringscentren (NFC) i Sollentuna, Göteborg, Malmö och Örebro med handläggare, föredragande och specialister. Intervjuer har även genomförts med försäkringsmedicinska rådgivare i Sollentuna och Örebro. Därutöver har också verksamhetsansvarig, försäkringsamordnare och försäkringsmedicinsk koordinator intervjuats. Inför intervjuerna har ISF gått

igenom vägledning och metodstöd.<sup>14</sup> Intervjuernas fokus har varit att få en bild av hur handläggningen av arbetsskadeärenden går till i praktiken samt om och hur Försäkringskassan använder metodstöden, som tagits fram för att skapa lika behandling för kvinnor och män inom arbetsskadeförsäkringen.

Urvalet av de handläggare som har intervjuats har gjorts av Försäkringskassan efter ISF:s önskemål om en blandning av handläggare som varit anställda längre respektive kortare tid, handläggare utan akademisk bakgrund respektive med akademisk bakgrund samt både kvinnor och män i varierande åldrar.

Vid varje kontor har gruppintervjuer hållits med handläggare respektive föredragande och specialister. Sammanlagt har 37 personer intervjuats: 20 handläggare och 17 föredragande och specialister.

Två utredare från ISF har genomfört intervjuerna. De frågor som ställts har varit öppna i syfte att få de intervjuade att själva fritt berätta om hur handläggningen går till i praktiken, vilka svårigheter de stöter på, vilka handlägningsstöd de har till sin hjälp, relationen till försäkringsmedicinsk rådgivare samt deras reflektioner över om, och i så fall varför, det finns osakliga skillnader i processen som leder fram till beslut.

Samtliga intervjuer har bandats och transkriberats av en extern skrivbyrå. Därefter har de utredare som genomfört intervjuerna analyserat intervjumaterialet. Analyserna har syftat till att ta fram huvudpunkterna i intervjuerna för att på så sätt kunna besvara ovanstående frågeteman.

### *Övriga källor*

Granskningen innefattar även en översikt av de vetenskapliga sammanställningarna som det mest frekvent hänvisas till i försäkringsmedicinska utlåtanden. Syftet har varit att visa hur många av de vetenskapliga studierna som genomförts i kvinno- respektive mansdominerade yrken.

Dessutom har ISF haft kontakt med arbetsgivarorganisationer, fackliga organisationer, företagshälsovården, AFA försäkring, LO-TCO rättsskydd, SBU, Arbetsstadekommissionen, Arbetsmiljöverket och arbets- och miljömedicinska kliniker för att kunna belysa arbetsskadeförsäkringen ur ett jämställdhetsperspektiv.

## 1.6 Rapportens disposition

I kapitel 2 beskrivs kvinnors och mäns yrkesarbete, risker i arbetsmiljön och förekomsten av besvär i rörelseorganen och lättare psykisk ohälsa. I kapitel 3 presenteras syftet och reglerna inom arbetsskadeförsäkringen och övergripande information om antalet anmälningar och beviljade livräntor. Kapitel 4 bygger till största delen på intervjuer med anställda inom Försäkringskassan och beskriver handläggningen av ärenden. Därpå följer en sammanställning av de åtgärder som Försäkringskassan genomfört för att höja enhetligheten och kvaliteten i handläggningen. Kapitel 5 och 6 visar resultatet av registeranalyser och granskning av ärendeakter. Syftet med analyserna har varit att identifiera faktorer som kan förklara att andelen beviljade ansökningar om livränta är större för män än kvinnor. Kapitel 6 innefattar också en presentation av de litteratursammanställningar av vetenskapliga studier som det oftast refereras till i Försäkringskassans utredningar. Kapitel 7 inleds med en kort sammanfattning av de viktigaste resultaten. Därpå följer ett resonemang om tillgänglig vetenskaplig evidens och faktorer som påverkar utredningar och beslut om arbetsskada. Vidare följer ett avsnitt om det generella arbetsskadebegreppet ur ett jämställdhetsperspektiv. I kapitel 8 presenteras ISF:s slutsatser av den genomförda granskningen.

## 2 Arbete, arbetsmiljörisker och hälsa

För de allra flesta är yrkesarbete bra för både den fysiska och den mentala hälsan. Yrkesarbete ger ekonomisk försörjning och är betydelsefullt för vår identitet, vårt deltagande i samhällslivet och våra sociala kontakter. Samtidigt finns det arbetsmiljöer och arbets-situationer som ökar risken för hälsoproblem.<sup>15</sup>

### *Kvinnor och mäns arbetsmiljö*

Kvinnor och män verkar till stor del inom olika yrkesområden och sektorer av den svenska arbetsmarknaden (se bilaga 2). Det innebär att det finns en horisontell segregering av arbetsmarknaden mellan könen. De största yrkesgrupperna i riket är vård- och omsorgs-personal: undersköterskor, sjukvårdsbiträden och vårdbiträden, personliga assistenter med flera. I dessa yrkesgrupper arbetade 311 000 personer år 2009, varav nästan nio av tio (88 procent) var kvinnor.<sup>16</sup> En horisontell segregering innebär att kvinnor och män utsätts för olika arbetsmiljöer, arbetsförhållanden och risker i arbetet. Det finns både kvalitativa och kvantitativa skillnader.

Män har i större utsträckning fysiskt tunga arbeten och utsätts oftare för buller och vibrationer från verktyg eller fordon. Kvinnor å sin sida har oftare ett ensidigt upprepat arbete, arbetar oftare vid dator under en stor del av sin arbetstid och har oftare hudkontakt med vatten flera gånger i timmen. Dessutom har kvinnor oftare sämre möjlighet att vara delaktiga i planeringen av hur arbetet ska läggas upp. Det är också fler kvinnor än män som rapporterar att de har alldeles för mycket att göra på arbetet. Däremot är obekväma och belastande arbetsställningar och mobbning från kollegor eller chefer i stort sett lika vanligt förekommande bland kvinnor och män.<sup>17</sup>

Kvinnor finns oftare i socialt krävande arbeten med intensiva kontakter med kunder, klienter eller patienter, och i organisationer där de har ansvar gentemot flera chefer och arbetsledare. Dessa riskfaktorer kan

var och en bidra till en ökad risk för ohälsa. Om flera riskfaktorer förekommer samtidigt, kan de genom synergieffekter bidra till en avsevärd ökning av risken för värk. En svensk studie har visat att det är vanligare med sjukskrivning på grund av värk i nacke, skuldror eller nedre delen av ryggen i könssegregerade yrken än i yrken med en jämn könsfördelning.<sup>18</sup> Detta är särskilt tydligt i kvinnodominerade yrken och i mycket starkt könssegregerade yrken.

Den uppdelade arbetsmarknaden kan även beskrivas med termen vertikal segregering, det vill säga skillnader i arbetstagares status, position och inkomst. I Sverige är ledningsarbete betydligt vanligare bland män än kvinnor, och två av tre chefer är män (se bilaga 2). Arbeten med låg status innebär oftare lägre inflytande över den egna arbetssituationen, sämre möjligheter att förändra dåliga arbetsförhållanden, sämre utvecklingsmöjligheter och lägre rörlighet till andra typer av arbeten.

#### *Arbetsrelaterade besvär och sjukfrånvaro*

Var femte yrkesverksam kvinna och ungefär var sjunde yrkesverksam man uppger att de har besvär till följd av arbetet. Det är således fler kvinnor än män som rapporterar hälsobesvär till följd av arbetet och som har svårigheter att utföra yrkesarbete och hemarbete. Det är också en större andel kvinnor än män som uppger att de har varit sjukskrivna under en längre period på grund av sina besvär: drygt 2 procent av de yrkesverksamma kvinnorna, jämfört med drygt 1 procent av de yrkesverksamma männen.<sup>19</sup>

Kvinnor har högre sjukfrånvaro än män i så gott som samtliga yrken, oavsett om hälsobesvären upplevs som arbetsrelaterade eller inte. I detta sammanhang är det viktigt att komma ihåg att sjuklighet och hälsobesvär inte nödvändigtvis leder till sjukfrånvaro. De flesta som är sjuka har inte en nedsatt arbetsförmåga och klarar av att arbeta. Förklaringsmodeller av skillnaden i kvinnors och mäns sjukfrånvaro innefattar sjuklighet men även andra orsaker. Sjukfrånvaron påverkas till exempel av arbets- och livsvillkor, hälsorelaterade beteenden, individens inställning till yrkesarbete, resurser inom sjukvården, hur sjukförsäkringen är uppbyggd och hur Försäkringskassan agerar.<sup>20</sup>

Genomsnittliga antalet sjukdagar per anställd skiljer sig åt mellan olika yrken. Skillnaderna i sjukskrivningsdagar mellan yrken kan bero på olika arbetsmiljö, arbetsuppgifter och anpassningsmöjligheter i arbetet men också på en selektion, som innebär att individer med

sämre hälsa arbetar i yrken med lägre krav på utbildning. Det finns generellt en samvariation mellan krav på utbildning i ett yrke och antal sjukskrivningsdagar: ju lägre krav på utbildning desto fler sjukskrivningsdagar per anställd. Anställda i serviceyrken som inte ställer krav på särskild yrkesutbildning har i genomsnitt flest sjukskrivningsdagar.<sup>21</sup>

Psykisk ohälsa och värk i rörelseorganen står för de största andelarna av kostnaderna inom sjukförsäkringen. För kvinnor och män står dessa två diagnosområden för sammanlagt 72 procent respektive 65 procent av kostnaderna inom sjukförsäkringen.<sup>22</sup>

### *Värk i rörelseorganen*

Många vetenskapliga studier har visat att det är vanligare med värk i rörelseorganen bland kvinnor än bland män. Värk i nacken är 1,4 gånger vanligare, värk i skuldrorna 1,3 gånger vanligare och värk i den nedre delen av ryggen 1,2 gånger vanligare bland kvinnor än bland män.<sup>23</sup> Studier har visat att kvinnor signifikant oftare har värk i nacken, skuldrorna och armarna oavsett om förekomsten av värk mäts genom självrapportering i frågeformulär, arbetsskadestatistik eller genom medicinska undersökningar, och när analysen tagit hänsyn till faktorer som kan påverka sambanden.<sup>24</sup>

Förklaringen till att kvinnor oftare har värk i rörelseorganen är dock inte klarlagd. En del forskare menar att vara kvinna är en riskfaktor i sig självt och baserar detta antagande på att förekomsten av värk är högre bland kvinnor. Andra forskare är starkt kritiska till detta synsätt och menar att ojämlika villkor mellan män och kvinnor kan vara associerade med eller till och med kan orsaka skillnader i hälsa mellan kvinnor och män. Tre förklaringsmodeller som diskuteras i litteraturen avseende könsskillnader i förekomst av värk i rörelseorganen är: biologiska och genetiska skillnader, skillnader i arbetsvillkor och arbetsbelastning, och skillnader i villkor i den privata sfären.

### *Psykisk ohälsa*

Lättare psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp för depression, ångest och stressrelaterad psykisk ohälsa. Ibland används även termen förstämningssyndrom. Begreppen inkluderar inte psykotiska tillstånd med hallucinationer och vanföreställningar. Lättare psykisk ohälsa är vanligt i befolkningen oavsett arbete och vanligare bland kvinnor än män.<sup>25</sup>

Depression drabbar ungefär en av fem personer under deras livstid. För att diagnosen depression ska ställas krävs en kombination av olika symtom. Ångest, nedstämdhet, koncentrationssvårigheter och sömnproblem är vanliga symtom vid depression.<sup>26</sup> Riskfaktorer för att utveckla depression är: ärftlighet, personlighetsfaktorer, låg utbildningsnivå, livshändelser som skilsmässa eller andra svåra förluster, svaga sociala nätverk, ensamboende och ekonomiska svårigheter.<sup>27</sup> En möjlig ytterligare orsak till depression är påfrestande psykosociala arbetsförhållanden. Det finns ett visst stöd i den vetenskapliga litteraturen för att bristande socialt stöd och alltför höga psykiska krav i arbetet, speciellt i kombination med bristande beslutsutrymme, kan bidra till depressions- och ångesttillstånd.<sup>28</sup> Det finns en relativt omfattande vetenskaplig litteratur om mobbning, trakasserier på arbetsplatser och psykisk ohälsa. De flesta studier om mobbning på arbetsplatser som publicerats på senare år är gjorda inom vård- och omsorgsykten.<sup>29</sup>

## 3 Arbetsskadeförsäkringens utformning

### 3.1 Allmänt

Grundtanken med arbetsskadeförsäkringen är att den som skadas eller blir sjuk av sitt arbete inte ska drabbas ekonomiskt. Med arbetsskada avses en skada till följd av olycksfall eller annan skadlig inverkan i arbetet. En skada ska anses ha uppkommit av sådan orsak, om övervägande skäl talar för det. Olycksfall vid färd till eller från arbetsstället räknas som olycksfall i arbetet, om färden föranleddes av och stod i nära samband med arbetet. Som arbetsskada anses inte en skada av psykisk eller psykosomatisk natur som är en följd av företagsnedläggelse, bristande uppskattning av den försäkrades arbetsinsatser, vantrivsel med arbetsuppgifter eller arbetskamrater eller därmed jämförliga förhållanden.<sup>30</sup>

Rätt till livränta har en försäkrad som till följd av arbetsskada har fått sin förmåga att skaffa sig inkomst genom arbete nedsatt med minst en femtondel, under förutsättning att nedsättningen kan antas bestå under minst ett år och inkomstförlusten för år räknat uppgår till minst en fjärdedel av prisbasbeloppet för det år när livräntan ska börja lämnas.<sup>31</sup> Livräntan kompenserar för skillnaden mellan vad den försäkrade skulle haft i inkomst om inte skadan hade inträffat (livränteunderlag) och inkomsten efter skadan. Högsta livränteunderlaget är 7,5 prisbasbelopp per år.<sup>32</sup> Arbetsskadeförsäkringen ersätter även nödvändiga kostnader för tandvård, särskilda hjälpmedel och sjukvård utomlands, som orsakats av arbetet. Vid dödsfall orsakade av arbetet utgår ersättning för begravningskostnader och till efterlevande.<sup>33</sup>

### 3.2 2002 års bevisregel

Den lagändring som trädde i kraft den 1 juli 2002 innebar att den tidigare uppdelningen av arbetsskadeprövningen i två led, skadlig-

hetsbedömning (hög grad av sannolikhet) och sambandsbedömning (övervägande skäl) ersattes av en helhetsbedömning med ett enhetligt beviskrav vid arbetsskadeprövningen.<sup>34</sup> Vid helhetsbedömningen ska en skada anses ha uppkommit av annan skadlig inverkan i arbetet (arbetsjukdom) om övervägande skäl talar för det.<sup>35</sup> För att en skada över huvud taget ska kunna anses ha uppkommit till följd av olycksfall eller annan skadlig inverkan i arbetet måste det dock i sig framstå som sannolikt att så är fallet.<sup>36</sup> Den nya bevisregeln gäller för skador som uppkommit efter den 1 juli 2002. För tid före detta datum gäller äldre bestämmelser.

I det lagförslag som lagrådsremissen innehöll angavs i ett andra stycke till ovan nämnda bestämmelse att fyra omständigheter skulle beaktas särskilt vid en bedömning av om en arbetsskada förelåg.<sup>37</sup> Dessa, som inte ansågs ha någon inbördes rangordning, skulle enligt lagrådsremissens förslag vara:

- om det i den försäkrades arbetsmiljö har funnits någon faktor som kan ge upphov till en sådan skada som han eller hon har,
- hur länge, hur ofta och hur intensivt den försäkrade har varit utsatt för skadlig inverkan i arbetet,
- om den försäkrade med hänsyn till sitt fysiska och psykiska tillstånd har varit sårbar för den skadliga inverkan, samt
- om och i vilken mån den försäkrade utom arbetet har varit utsatt för skadliga faktorer som kan ge upphov till en sådan skada som han eller hon har.

Dessa omständigheter infördes dock inte i lagen. Regeringen ansåg mot bakgrund av Lagrådets uppfattning att en reglering av vilka omständigheter som särskilt ska beaktas vid arbetsskadeprövningar hade så starka lagtekniska svagheter att den inte borde godtas. Med beaktande av att angivandet av dessa omständigheter i lagtexten inte var avsett att utgöra annat än hjälpregler baserade på dåvarande praxis borde inte någon sådan reglering ske. Lagrådets kritik mot att ange de nämnda punkterna i lagtexten gick också bland annat ut på att dessa omständigheter avser förhållanden som tämligen självklart kan aktualiseras och i förekommande fall också lär göra det vid en konkret arbetsskadeprövning.

Försäkringskassan har i sin vägledning angett att ovan nämnda omständigheter är sådana omständigheter som bör beaktas vid prövningen av en arbetsskada.<sup>38</sup>

I förarbetena till 2002 års reglering uttalades att det tidigare kravet på att en arbetsmiljöfaktor med hög grad av sannolikhet måste kunna ge upphov till en skada medförde en risk för att arbetsskadebegreppet i realiteten skulle komma att bli statiskt, då det kan uppfattas som ett krav på full medicinsk vetenskaplig bevisning för en faktors skadlighet. Det borde därför enligt regeringens mening göras en viss uppmjukning i kraven på visad skadlighet. Det ska enligt regeringen finnas en vetenskaplig förankrad medicinsk grund för bedömningen om skadlighet i arbetet. Det bör dock inte krävas ”full vetenskaplig bevisning” för att så är fallet. Syftet med lättningen i beviskravet var att även skador som på goda medicinska grunder kan antas ha sitt ursprung i faktorer i arbetsmiljön ska kunna omfattas av arbetsskade-försäkringen. En väl utbredd uppfattning bland läkare som har relevanta specialistkunskaper bör kunna läggas till grund för att en sådan skadlighet föreligger, även om det inte finns fullständig enighet inom läkarkåren som helhet.<sup>39</sup>

Prövning av om det föreligger arbetsskada är dock inte beroende enbart av den medicinska bedömningen. Utöver den medicinska bedömningen ska det även göras en försäkringsmässig bedömning, som ska grundas på den samlade utredningen i ärendet.<sup>40</sup>

I förarbetena angavs vidare att de föreslagna regelförändringarna med ett sänkt beviskrav för skadlighetsbedömningen i förening med den princip som enligt fast praxis gäller, nämligen att den försäkrade ska bedömas utifrån sina fysiska och psykiska förutsättningar, torde leda till att kvinnor i högre utsträckning skulle kunna få sina skador godkända som arbetsskador.<sup>41</sup>

### 3.3 Befintligt skick och konkurrerande skadeorsaker

Arbetsskade-försäkringen omfattar en försäkrad i så kallat befintligt skick, vilket bland annat innebär att det vid bedömning av om det föreligger en arbetsskada ska tas hänsyn till att individers förmåga att tåla påfrestningar av olika slag kan skilja sig åt.<sup>42</sup> Hänsyn till den försäkrades befintliga skick ska i första hand avse dennes individuella förhållanden och inte bedömas utifrån någon ”normalperson”. Han eller hon ska således bedömas utifrån sina egna förutsättningar och inte utifrån att kvinnor som grupp kan ha sämre förutsättningar att tåla fysisk belastning än vad män som grupp anses ha. Exempel på

egenskaper som ska beaktas vid arbetsskadeprövningen är särskild känslighet för vissa ämnen, sjukdomsanlag och funktionshinder.

Vid bedömningen av om en sjukdom orsakats av skadlig inverkan i arbetet ska även hänsyn tas till förekomsten av eventuella konkurrerande skadeorsaker utanför arbetet. När faktorer i och utanför arbetet samverkar till uppkomsten av en sjukdom ska bedömningen göras utifrån vilken faktor som kan anses vara den väsentligaste sjukdomsorsaken. Kan inte faktorerna i arbetet anses vara mer väsentliga för sjukdomen än de utanför arbetet, kan övervägande skäl inte anses tala för att skadan har uppkommit till följd av skadlig inverkan i arbetet. Vid bedömningen av konkurrerande skadeorsaker ska inte vardagslivets normala påfrestningar i allmänhet kunna bedömas som sådana orsaker.<sup>43</sup>

Följande exempel från praxis visar att det kan vara svårt att avgöra om en omständighet är en konkurrerande skadeorsak eller hänger samman med den försäkrades befintliga skick.

Högsta förvaltningsdomstolen har i ett mål prövat principen om att den enskilde är försäkrad befintligt skick inom arbetsskade försäkringen. Frågan i målet var om den försäkrades tandstatus utgjorde skäl till att frångå principen om befintligt skick. Målet gällde visserligen ett olycksfall, men bedömningen är densamma som vid prövningen av om en arbetsskada orsakats av annan skadlig inverkan i arbetet. Försäkringskassan avslog begäran om tandvårdsersättning från arbetsskade försäkringen med motiveringen att de frakturerade tänderna redan vid olyckstillfället varit mycket dåliga på grund av omfattande kariesangrepp och att det därför fanns ett vårdbehov redan före olycksfallet.

Högsta förvaltningsdomstolen framhöll att det faktum att den försäkrade hade kariesangrepp och saknade frisk tandsubstans under de frakturerade tänderna måste anses vara sådana individuella svagheter som kan godtas vid en prövning om arbetsskade ersättning. Domstolen konstaterade vidare att även om dessa individuella svagheter innebar att ett vårdbehov fanns redan före olycksfallet eller att det, oavsett olycksfallet, skulle komma att uppstå inom överskådlig tid, fanns ändå inte tillräckliga skäl för att bortse från principen om befintligt skick. Högsta förvaltningsdomstolen förklarade därför att den försäkrade var berättigad till arbetsskade ersättning för nödvändiga tandvårdskostnader med anledning av olycksfallet.<sup>44</sup>

Frågan om den försäkrades ålder ska anses vara en konkurrerande skadefaktor eller utgöra den försäkrades befintliga skick kan också vara svår att avgöra. Samtidigt som åldrande kan hänföras till befintligt skick kan åldersrelaterade förändringar vara orsak till besvär. Vetenskapliga studier har visat att långvarigt fysiskt tungt arbete kan medföra nedsättning av muskulär styrka och kapacitet bland medelålders och äldre arbetstagare<sup>45</sup> och även ökad risk för arbetsskada. Dessa studier har dessutom visat att det inte är ovanligt att arbetstagare som har haft långvarigt fysiskt tunga arbeten till och med har sämre muskulär styrka och kapacitet än arbetstagare som har haft långvariga fysiskt lätta arbeten. Principen om att man är försäkrad i befintligt skick gör det möjligt att godta att till exempel åldrande, tidigare skador eller sjukdomar kan leda till att läkningstiden blir längre än normalt eller att skadan blir svårare än vad som annars hade blivit fallet. Det är dock sällan möjligt att med medicinska undersökningar avgöra om en skada i rörelseorganen, som ofta har utvecklats under lång tid, beror på långvarig hög belastning eller om det är en normal åldersbetingad degenerativ förändring. Åldrande kan alltså för en bedömare hänföras till befintligt skick och tala för ett samband mellan arbetsmiljöfaktorer och arbetsskada, medan det för en annan bedömare betraktas som en konkurrerande sjukdomsorsak och tala emot ett samband.

### 3.4 Trygghetsförsäkring vid arbetssjukdom

Genom kollektivavtal mellan parterna på arbetsmarknaden finns även en trygghetsförsäkring vid arbetssjukdom. Försäkringen fungerar som ett komplement till den lagstadgade arbetsskadeförsäkring som handläggs av Försäkringskassan. Kompletterande försäkring vid arbetsskada ingår i kollektivavtalen inom samtliga avtalsområden på den svenska arbetsmarknaden. Från försäkringarna kan ersättning lämnas under arbetsskadans akuta sjukdomstid, vid bestående invaliditet och vid dödsfall. AFA försäkring administrerar trygghetsförsäkringen och den omfattar i stort alla anställda. För att en arbetssjukdom ska ge ersättning från trygghetsförsäkringen ska den vara godkänd av Försäkringskassan eller finnas med i den så kallade ILO-förteckningen över arbetssjukdomar.<sup>46</sup> I förteckningen finns bland annat hörselnedsättning orsakad av buller, eksem, astma, sjukdomar orsakade av vissa farliga ämnen och smittsamma sjukdomar. Trygghetsförsäkringen kan lämna ersättning för sveda och värk, ersätta kostnader för

sjukvård och rehabilitering, förhöjda levnadskostnader och kompensation för inkomstförluster.

Enligt de kontakter ISF haft med arbetsmarknadens parter är det AFA försäkrings årliga rapport över arbetsolyckor, arbetssjukdomar och långvariga sjukfall bland kvinnor och män i olika yrkesgrupper som till stor del används för att kunna följa olika risker i arbetslivet. I årsrapporten för år 2010 redovisas antalet godkända arbetssjukdomar där sjukdomen visade sig åren 2007-2008. Av de som fick en godkänd arbetssjukdom var 17 procent kvinnor. Det var ett fåtal, 6 kvinnor och 52 män, som fick godkänd arbetssjukdom på grund av besvär i rörelseorganen.<sup>47</sup>

### 3.5 Anmälda arbetsskador, ärenden om livränta och beviljanden

Enligt socialförsäkringsbalken finns det en skyldighet att anmäla till Försäkringskassan om en arbetsskada har inträffat.<sup>48</sup> När arbetsskada uppkommit till följd av annan skadlig inverkan i arbetet, används fortsättningsvis benämningen arbetssjukdom. Under åren 2009-2010 gjordes över 71 000 anmälningar om arbetsskada, och 17 802 av dessa gällde arbetssjukdom.<sup>49</sup>

Försäkringskassan vidarebefordrar anmälan till Arbetsmiljöverket. Anmälda arbetsskador utgör underlag för inriktningen av Arbetsmiljöverkets arbete och ger ett underlag för tillsyn av arbetsmiljön. Kunskap om risker i arbetsmiljön som identifieras genom anmälda arbetsskador ska förhoppningsvis leda till preventiva insatser på arbetsplatserna.<sup>50</sup>

Flest anmälningar av arbetssjukdom bland kvinnor görs av vård- och omsorgspersonal (undersköterskor, vårdbiträden, personliga assistenter, skötare och vårdare). De utgör cirka 13 procent av de yrkesverksamma kvinnorna men står för cirka var tredje anmälan om arbetssjukdom. För vård- och omsorgspersonal är besvär i rörelseorganen och psykisk ohälsa ungefär lika vanliga som orsak till anmälan. Bland männen är det poliser, militärer och fordonsmontörer som anmäler flest arbetssjukdomar per 1000 anställda. Besvär i rörelseorganen är den vanligaste orsaken till anmälan.<sup>51</sup>

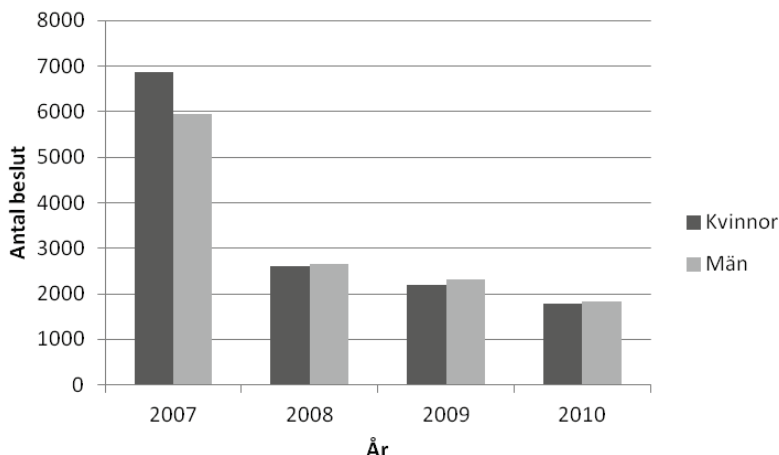
### *Beslut om livränta*

För att Försäkringskassan ska besluta om rätten till livränta krävs en ansökan från den försäkrade.<sup>52</sup> Det är betydligt fler som gör en anmälan om arbetsskada än som ansöker om livränta. Under åren 2009-2010 fattade Försäkringskassan 17 977 beslut om livränta. Av dessa gällde 8133 ärenden livränta på grund av arbetssjukdom. I 5 272 av dessa ärenden gjordes en prövning av om övervägande skäl talar för skadlig inverkan i arbetet. I övriga ärenden gjorde Försäkringskassan bedömningen att arbetsskadan inte skulle prövas på grund av att övriga förutsättningar för rätt till livränta saknades.

Kostnaden för handläggningen per arbetsskadeärende är relativt hög. Det är en genomsnittlig kostnad för Försäkringskassan på 19 842 kronor för varje beslut om livränta. Andelen ärenden som hade en handläggningstid kortare än 120 dagar var 90 procent. Detta kan jämföras med beslut om sjukersättning, där kostnaden per ärende i genomsnitt var 11 626 kronor och 79 procent handlades inom 120 dagar.<sup>53</sup>

### *Minskning av antalet ärenden*

Figur 3.1. visar att antalet beslut om livränta på grund av sjukdom har minskat mer än 70 procent sedan år 2007. Minskningen är något större för kvinnor än män. Till en del kan minskningen förklaras av att år 2007 var det år då de så kallade avarbetningsenheternas verksamhet på Försäkringskassan var som mest omfattande. År 2008 började Försäkringskassan från noll igen utan några gamla arbetsskadeärenden. Det innebär att en ganska stor del av minskningen i antalet beslut mellan dessa år beror på just detta. Men trenden med ett minskande antal ärenden har fortsatt.

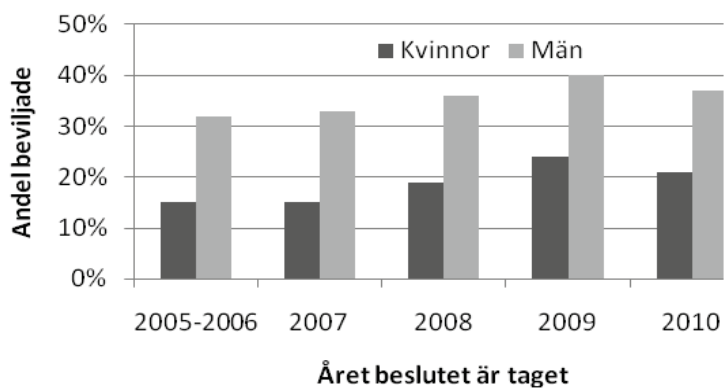


*Figur 3.1.* Antal beslut i ärenden om livränta på grund av arbetssjukdom. Källa: Försäkringskassans databas ULLA

*Skillnaden i beviljande mellan kvinnor och män är stabil*

Försäkringskassan beviljade livränta på grund av arbetssjukdom för 569 kvinnor och 1 063 män under åren 2009-2010. I de ärenden där det prövades om sjukdom orsakats genom skadlig inverkan bifölls 24 procent av ansökningarna från kvinnor och 39 procent av ansökningarna från män.

I stort är skillnaden i beviljandegrad<sup>54</sup> mellan kvinnor och män stabil. Figur 3.2. visar att andelen beviljade ansökningar om livränta på grund av arbetssjukdom under åren 2005-2010 var 15-24 procent för kvinnor och 32-40 procent för män. I ovanstående beräkningar av antal beslut och andel beviljade livräntor ingår alla ärenden om arbetssjukdom: förstagångsbeslut, omprövningar, förnyade prövningar av tidsbegränsade livräntor och prövningar enligt nuvarande och äldre bevisregler.



*Figur 3.2.* Andel beviljade arbetsskadelivräntor av samtliga ärenden om livränta där det prövades om sjukdom orsakats genom skadlig inverkan, uppdelat på kvinnor och män. Källa: För år 2005-2006 Socialförsäkringsrapporten 2008:3, för år 2007-2010 Försäkringskassans databas ULLA



## 4 Handläggningen av ärenden

I detta kapitel presenteras vad som framkommit i intervjuer med handläggare, föredragande, specialister och försäkringsmedicinska rådgivare. Syftet med beskrivningen är inte att ge en fullständig bild av hur handläggningen går till utan snarare att lyfta fram de delar i handläggningsprocessen där eventuella osakliga skillnader skulle kunna uppkomma.

### 4.1 Utredning

Hantering av arbetsskadeärenden styrs av en så kallad Ensa-process.<sup>55</sup> Lite förenklat kan processen delas in i tre faser, trots att den i praktiken är en detaljbeskrivning av varje steg som ska genomföras i handläggningen. De tre faserna utgörs av ärendets start, där ansökan kommer in och genomgår en så kallad tidig bedömning, en utredningsfas, där exponeringsutredningen är det centrala inslaget, och den avslutande fasen med förslag till beslut. Syftet med processen är att skapa förutsättningar för en enhetlig handläggning oavsett av vem eller var inom organisationen ärendet handläggs.

#### *Ett ärende startar*

Det första steget i handläggningsprocessen är att göra en så kallad tidig bedömning. I tidig bedömning reder handläggaren ut ersättningsanspråket, hämtar relevant information som finns i Försäkringskassans system samt typ- och tidsbestämmer ärendet. Det senare betyder att ärendet kategoriseras efter vilken typ av ärende det rör sig om. Det finns fem olika typärenden uppdelade efter bland annat om villkoren för ersättning är uppfyllda, omfattningen av handläggningsmoment och diagnos. Varje typärende har också en genomströmningstid angiven i Ensa-processen. När den tidiga bedömningen är

gjord, fördelas ärendet vanligtvis på en ny handläggare som ska genomföra själva utredningen.

Nästa moment är att börja skriva föredragningsmissivet. Detta ska ge en helhetsbild av ärendet och utgöra underlag för föredragande och beslutsfattare, som snabbt ska kunna sätta sig in i ärendet. Missivet ska endast innehålla den information som beslutsfattaren behöver för att kunna fatta beslut. När handläggaren har satt sig in i ärendet och påbörjat missivet, ska också ställning tas till om ärendet innehåller tillräcklig information för att beslut ska kunna fattas eller om ärendet behöver kompletteras med till exempel medicinskt underlag.

### *Exponeringsutredning*

Exponeringsutredningen är en central del i handläggningen. Den har till syfte att beskriva den försäkrades arbetsmiljö och de arbetsuppgifter som kan ha haft betydelse för hur sjukdomen uppkommit.

Inför en exponeringsutredning kontaktar handläggaren den försäkrade för att informera om hur handläggningen kommer att gå till, vilka frågor som behöver utredas, boka en tid för själva utredningen samt upplysa vederbörande om när beslut kan väntas. Det förekommer även att relevanta frågor i förväg skickas till den försäkrade för att vederbörande ska ha möjlighet att förbereda sig och avsätta den tid som behövs. Utredningen sker via telefon och ska enligt Ensa-processen i regel ta en timme. I vissa fall kan handläggaren också skicka utredningen till den försäkrade för att kontrollera att allt har uppfattats rätt. Arbetsgivare, fackföreningar och andra berörda kan kontaktas för en kompletterande bild.

Enligt de intervjuade är exponeringsutredningen den mest komplicerade delen av utredningen. En svårighet enligt handläggarna är att ställa relevanta frågor till den försäkrade. Detta är en utmaning såväl när det rör sig om en för handläggaren obekant bransch som en bransch där handläggaren har en egen bild av hur arbetet utförs. Under intervjuerna med försäkringsmedicinska rådgivare exemplifieras detta genom beskrivningen av skillnader i belastning för ett cateringbiträde respektive en matros på ett handelsfartyg. Den gängse bilden är att en matros klättrar, bär och kryper vilket måste vara belastande, medan cateringbiträdet däremot inte alls uppfattas ha samma betungande uppgifter utan står bakom disk. I själva verket kan det vara så att matrosen hanterar en joystick, medan cateringbiträdet får släpa kartonger i trånga utrymmen, lyfta och bära. Detta kan vara

en indikation på att den fysiska belastningen i kvinnliga yrken undervärderas.

En annan försvårande omständighet som nämns i intervjuerna är att tiden för utredning är alltför snävt satt i Ensa-processen. Den begränsade tiden tillåter till exempel inte alltid mera utförliga kompletteringar i fall där detta behövs. Intervjuade handläggare anser att detta får konsekvenser för kvaliteten i den utförda exponeringsutredningen.

I intervjuerna förs det även fram att kvinnor ofta har svårare att i en exponeringsutredning beskriva hur många gånger de utför ett visst moment i arbetet än männen. Detta kan, enligt de intervjuade, ha sin grund i att män i större utsträckning står vid en maskin, vilket gör det lättare att räkna ut hur många gånger ett visst moment utförs. Det är svårare att fånga upp och i exponeringsutredningen beskriva de många lyft en kvinna utför inom till exempel vården eller handeln. Kvinnors arbeten kan alltså framstå som lättare, men kanske ändå är tyngre. Detta påpekas även av de försäkringsmedicinska rådgivarna, som också uppger att det kan hända att de undervärderar belastningen i kvinnors arbete.

#### *Försäkringsmedicinsk rådgivares roll*

När ett arbetsskadeärende påbörjas, men även under den fortsatta utredningsfasen, finns numera möjlighet för handläggaren att vända sig till en försäkringsmedicinsk rådgivare i olika frågor utan att begära yttrande. Frågorna kan röra sig om allt från huruvida underlagen är tillräckliga eller inte, eventuella behov av kompletteringar till diskussioner kring omfattningen på exponeringsutredningen och vilka frågor som är viktiga att ställa för att kunna identifiera riskfaktorerna. Dialogen mellan handläggaren och försäkringsmedicinska rådgivare vid ärendestarten bidrar till att utredningen kommer igång snabbare och inte behöver kompletteras i samma omfattning som tidigare.

I nästa steg sammanställer handläggaren all information i ärendet i Försäkringskassans elektroniska ärendehanteringssystem (ÄHS) och formulerar frågor till försäkringsmedicinsk rådgivare. Frågorna infogas i den elektroniska akten tillsammans med journaler, läkarutlåtande, exponeringsutredning och annat som ska ligga till grund för beslutet, varefter den försäkringsmedicinska rådgivaren får lämna ett yttrande. Det finns inget krav på att handläggaren ska vända sig till en försäkringsmedicinsk rådgivare med en viss specialitet, utan numera

ska samtliga kunna uttala sig i alla ärenden. Undantaget är psykiska sjukdomar, där det finns ett uttalat krav på särskild specialistkunskap.

När handläggarna lämnar ärendet för yttrande till försäkringsmedicinsk rådgivare, ställer de så gott som alltid frågan om övervägande skäl talar för ett samband. Det förs en diskussion bland handläggare, föredragande och specialister om att försäkringsmedicinska rådgivare borde begränsa sig till att lyfta fram det som talar för respektive emot utifrån det underlag som finns i ärendet. Ett ställningstagande avseende övervägande skäl borde komma från handläggaren som lämnar förslaget till beslut. I annat fall, det vill säga som det i praktiken fungerar nu, är det försäkringsmedicinska rådgivare som lämnar förslag till beslut.

Försäkringsmedicinska rådgivare är rådgivande och har ett nära samarbete med handläggare, föredragande och beslutsfattare. Emellertid har rollen förändrats från att ha varit ensamarbete, som det ofta var på 90-talet, till att bli mer av en del i teamet som utreder arbetsskadeärendet. Rollen innebär, enligt de intervjuade själva, att ge besked om det föreligger ett samband överhuvudtaget mellan skadlig inverkan och sjukdom eller inte. I konkreta handläggningssammanhang uppger intervjuade försäkringsmedicinska rådgivare att de har uppmanats att endast svara på de frågor som handläggarna ställer. Anser de att frågorna inte är ställda på ett bra sätt, har de dock möjligheten att vända sig till handläggaren direkt. De försäkringsmedicinska rådgivarna uppfattar att det från Försäkringskassan finns ett krav på att ett samband mellan arbete och skada alltid ska kunna styrkas med vetenskapliga studier. De uppger sig samtidigt sakna diskussioner mellan specialister för att nå samstämmighet ifråga om helhetsbedömningen. När det enskilda ärendet ska bedömas och det inte finns vetenskapliga studier, ser bedömningarna ofta ut som för 1993 års bevisregel.

I intervjuerna med försäkringsmedicinska rådgivare framkommer att det förekommer att de inte kräver någon detaljerad information om exponeringen om bedömningen blir att det saknas vetenskaplig evidens för skadlig inverkan. Även i de fall där utredningsunderlaget är bristfälligt, begär inte den försäkringsmedicinska rådgivaren alltid kompletteringar av underlaget.

I intervjuerna med försäkringsmedicinska rådgivare framkommer också att de själva erfar att de inte alltid tar tillräcklig hänsyn till att kvinnor kan ha sämre möjligheter att klara vissa belastningar och att det kan leda till att det krävs alltför omfattande exponering för att

godkänna ett samband. Flera försäkringsmedicinska rådgivare framhåller också att de måste omvärdera kvinnors exponering inom exempelvis vården, där framförallt lyft av patienter är ett stort problem. Det framkommer också att de inte alltid värderar frågan om befintligt skick i förhållande till konkurrerande skadeorsaker på det sätt som borde göras.

Det är också försäkringsmedicinska rådgivares uppgift att hålla sig själva, handläggarna och föredraganden informerade om det vetenskapliga stödet på det medicinska området. Föredragande efterlyser fler diskussioner och mer information kring ny forskning. Detta behövs för att kunna ta ställning till om nya medicinska rön är tillräckliga som grund för beslut. Såsom framkommer i intervjuerna är det en svår balansgång att inte fastna i gammal kunskap utan hålla sig informerad om ny forskning, samtidigt som den nya kunskapen måste vara etablerad och inte endast vara åsikter framförda av ett fåtal.

#### *Kvalitetssäkring och samordning*

När handläggaren är klar med sin utredning, lämnas den till en föredragande för kvalitetssäkring. Föredraganden går igenom ärendet för att se att allt underlag som behövs i ärendet finns med och att ärendet är korrekt handlagt. Saknas något i utredningen, lämnas det tillbaka för komplettering eller fortsatt utredning. Utöver rollen som kvalitetssäkrare arbetar föredraganden med råd och stöd till handläggaren i olika frågor under hela utredningen. Däremot arbetar föredraganden inte med den praktiska handläggningen.

Specialisten har en samordnande funktion och är ett stöd för handläggarna, föredraganden och den lokala ledningen. Det är specialisten som ansvarar för kontakten med huvudkontoret och som deltar i olika forum<sup>56</sup> för diskussioner rörande komplicerade frågor som uppkommer inom föredragandegruppen. Vidare arbetar specialisten med att skapa förutsättningar för en mer lika tillämpning. Detta sker bland annat genom att de håller sig informerade om domar och återkopplar dessa till handläggare och föredragande samt genom utbildning.

#### *Handläggningsstöd*

Ensa-processen och vägledningen<sup>57</sup> beskrivs i intervjuerna som huvudsakliga stöd i handläggningen. Vägledningen har under senare år kompletterats med metodstöd för exponeringsutredningar. Enligt handläggarna innehåller metodstödet inte några nyheter, utan de utför

sitt arbete på samma sätt som tidigare. De tycker dock att det är bra med ett skriftligt metodstöd som alla handläggare har tillgång till, eftersom det bidrar till en mer likartad bedömning.

Trots att vägledningen med tiden har blivit alltmer omfattande, påpekar både handläggare och föredraganden att det återstår områden som skulle kunna utvecklas i vägledningen. Detta gäller bland annat de typexempel som finns där, vilka vanligtvis uppfattas som enkla och sällan ger vägledning i mer komplicerade frågor. Vidare anser föredragandena att det behövs mer stöd och diskussion kring tillämpningen och tolkning av 2002 års laglydelse.

Finner handläggarna inte stöd i vägledningen förs diskussioner med kollegor och föredragande. Nästa steg är att vända sig till specialisten. I frågor som rör medicinska bedömningar vänder sig handläggaren till försäkringsmedicinsk rådgivare. Ställs föredraganden inför svåra frågor diskuteras dessa vanligtvis i så kallade föredragarteam som sammanträder regelbundet. I dessa möten kan även specialisten delta vid behov.

Specialisterna och verksamhetsutvecklaren har regelbundna telefonmöten för att lösa såväl försäkringsfrågor som frågor rörande handläggningen. Det finns också ett webbaserat system, ARS, som specialisten kan använda för att ställa frågor av mer principiell art till huvudkontoret.

Återkoppling av relevanta domar varierar mellan olika NFC. På vissa NFC sker en genomgång av domar på arbetsmöten, vilket uppfattas som värdefullt. Andra NFC anser däremot att de får dålig återkoppling vad gäller prejudicerande domar.

## 4.2 De intervjuades syn på lagändringen år 2002

Den lagändring som genomfördes år 2002 syftade till att fler skulle beviljas livränta. De har inte fått det genomslag som var tänkt. Bland vissa av de intervjuade råder uppfattningen att nuvarande bestämmelser tillämpas på ungefär samma sätt som 1993 års bestämmelser. I praktiken innebär detta att de sänkta beviskraven som följde av lagändringen inte har ökat beviljandegraden av arbetssjukdomar.

I intervjuerna tar försäkringsmedicinska rådgivare upp att lagändringen innebär att det ska göras en helhetsbedömning i enskilda ärenden. Med andra ord ska inte enbart det vetenskapliga stödet ligga till grund

för bedömningen av om övervägande skäl talar för ett samband. Det krävs inte full vetenskaplig bevisning för en faktors skadlighet, utan det är tillräckligt om det finns en samstämmighet hos medicinska företrädare med specialistkunskaper om att det finns en skadlig inverkan. Samtidigt uppfattar försäkringsmedicinska rådgivare att Försäkringskassan fortfarande arbetar utifrån att det måste finnas fullt vetenskapligt stöd.

Uppfattningen är även att det var lättare att göra exponeringsutredningar utifrån 1993 års bestämmelser än med nuvarande. Enligt de tidigare bestämmelserna var ribban för skadlighet så högt satt att det i princip bara omfattade traditionellt manliga yrken och skador som uppkommer i dessa, exempelvis vibrationsskador, asbestlunga och hörselnedsättning. I övrigt var det inte många sjukdomar för vilka slutsatsen kunde dras att det förelåg en hög grad av sannolikhet för skadlighet. Begreppen konkurrerande faktor och befintligt skick beskrivs också som problematiska att tillämpa. Vissa händelser i livet, som skilsmässor, kan ibland tas upp som konkurrerande faktorer. Enligt de intervjuade förekommer det i större utsträckning för kvinnor, för vilka även graviditet och barn ofta bedöms som konkurrerande faktorer.

### 4.3 Försäkringskassans åtgärder för att skapa lika behandling för kvinnor och män

Försäkringskassan fick i regleringsbrevet för år 2007 bland annat i uppdrag att redovisa åtgärder som vidtagits i syfte att skapa lika behandling för kvinnor och män inom arbetsskadeförsäkringen. I svaret till regeringen den 18 januari 2008 redovisade Försäkringskassan att följande åtgärder har genomförts:

- metodstöd för exponeringsutredning
- metodstöd för samarbete mellan handläggare och försäkringsmedicinsk rådgivare<sup>58</sup>
- vidareutbildning för försäkringsmedicinska rådgivare
- omorganisation med fem NFC
- initiativtagande till att kunskapssammanställningar tas fram om sambandet mellan arbete och sjukdom

Vidare framgick av Försäkringskassans svar till regeringen att det under år 2008 skulle vidtas olika åtgärder som skulle öka kvaliteten och bidra till en mer likformig behandling av ärenden.

Under 2008 koncentrerades successivt handläggningen av arbetsskadeärenden till fem NFC: Sollentuna, Göteborg, Malmö, Örebro och Norrköping. Detta var fullt genomfört under år 2009. Ett stort antal personer behövde anställas i samband med att handläggningen av arbetsskadeärenden koncentrerades till fem orter. Numera handlägger NFC i Norrköping omprövnings- och återkravsärenden. Dessutom finns NFC i Visby, som handlägger utlandsärenden.

I december 2008 infördes metodstödet för exponeringsutredningar i vägledningen, och detsamma gällde metodstödet för de försäkringsmedicinska och försäkringsodontologiska yttrandena. En reviderad version av metodstödet kom i november 2009 och ytterligare en revidering är planerad.

Av intervjuerna framgår att vägledning och metodstöd är ett av de främsta hjälpmedlen för handläggarna i utredningen av ett arbetsskadeärende. Enligt handläggarna innehåller metodstödet inte några nyheter; de utför sitt arbete på samma sätt som tidigare. De tycker dock att det är bra med ett skriftligt metodstöd som alla handläggare har tillgång till, vilket de anser bidrar till en mer likartad bedömning. Trots detta är exponeringsutredningen den mest komplicerade delen av utredningen enligt de allra flesta handläggarna. Handläggarna har ibland svårt att begränsa sina frågor och ställer därför samtliga frågor i metodstödet.

Under senare år har nyanställda handläggare erbjudits grundläggande utbildning i tre steg. Grundutbildningens två inledande steg är dels webbaserade och dels lärarledda, medan nivå tre är helt och hållet lärarledd. Därutöver finns även webbaserade utbildningar på olika områden som exempelvis förvaltningsrätt. Inledande steg med fokus på lagstiftning och tillämpning följs av fördjupningskurser i arbetsskadeförsäkringens mera komplicerade delar. Introduktionsutbildningen kompletteras med olika temadagar där aktuella frågor diskuteras. Nyheter inom ärendeslaget förmedlas numera via webbaserade utbildningar. Nya handläggare får också kontinuerlig handledning av mera erfarna handläggare. Därutöver finns möjligheten för handläggare att delta i utbildningar i epidemiologi och arbetsmedicin. Sedan våren 2011 finns även en utbildning i exponeringsutredning som har upphandlats externt och hålls vid de olika lokalkontoren. Lokala variationer i utbildningen förekommer dock. Detta illustreras till

exempel av att kursen i arbetsmiljömedicin är obligatorisk för samtliga handläggare på vissa orter, medan så inte är fallet på andra.

Beträffande föredragande och specialister erbjuder Försäkringskassan ingen specifik utbildning för respektive funktion. Lärandet sker i form av handledning av erfarna kollegor. Föredraganden har ofta börjat som handläggare och genom erfarenhet och internt förvärvat kunskap kvalificerat sig för rollen. Från huvudkontoret, avdelning försäkringsprocesser, påpekas dock att utbildningar har genomförts i samband med att den särskilda beslutsordningen infördes den 1 januari 2008. Därefter har det genomförts temadagar med målgruppen i samband med förändringar i metoden för kvalitetssäkring. Inför 2012 kommer det också att genomföras utbildningar om beslutsordningen förändras igen, något som Försäkringskassan utgår från kommer att ske.

Under hösten 2011 har även en reviderad Ensa-process kommit. Under intervjuerna med handläggarna har det framkommit att det är tänkt att erfarenheter från "likaseminarier" ska införlivas i den nya processbeskrivningen, att kvalitetssäkring kommer att göras av utredaren och inte av föredraganden som sker nu samt att utredarens roll kommer att stärkas. Vidare kommer mindre fokus att läggas på vilket yrke den försäkrade har eller har haft och i stället att ligga på hur arbetsuppgifterna har utförts. Dessutom kommer utredaren få utökad tid att lägga på exponeringsutredningen.

Ett av syftena med den granskning av beslut om livränta som Försäkringskassan nyligen publicerat (se avsnitt 1.2) var att få underlag till myndighetens pågående arbete med att ge arbetsskadehandläggarna ett förbättrat stöd i hanteringen av ärenden.<sup>59</sup>

#### *Försäkringsmedicinsk koordinator*

I augusti 2008 anställdes en försäkringsmedicinsk koordinator med uppgift att ha ett övergripande medicinskt ansvar för arbetsskade försäkringen och se till att arbetsskade försäkringen fick en rättssäker bedömning och likartat arbetssätt. Tidigare sköttes detta länsvis av försäkringsöverläkare, som inte bara ansvarade för arbetsskador utan även för andra delar inom socialförsäkringen. Arbetsskade försäkringen är ett komplicerat område och kräver att försäkringsmedicinska rådgivare specialiserar sig, i synnerhet eftersom de flesta endast tjänstgör en till två dagar i veckan.

Vidare innebar omorganisationen att de tidigare försäkringsläkarna, numera försäkringsmedicinska rådgivare, blev anställda av Försäkringskassan och inte som tidigare att en del av dem arbetade som konsulter. Denna nya ordning medförde att ett antal läkare valde att sluta sitt uppdrag åt Försäkringskassan och inte fortsätta som anställda. Detta resulterade i en underbemanning av försäkringsmedicinska rådgivare inledningsvis. Den försäkringsmedicinske koordinatören har därför behövt avsätta en stor del av sin tid till att få ihop organisationen och för att anställa nya försäkringsmedicinska rådgivare. Sedan hösten 2009 är den nya organisationen på plats, men behovet av att rekrytera är stort.

Ett flertal specialistkompetenser är representerade bland försäkringsmedicinska rådgivare; bland annat allmän medicin, arbets- och miljömedicin, företagshälsovård, ortopedi och psykiatri. Det är vanligt att försäkringsmedicinska rådgivare inom arbetsskadeförsäkringen har genomgått forskarutbildning och är disputerade.

Enligt den sammanställning som ISF har tagit del av är medelåldern 60 år, och anställda försäkringsmedicinska rådgivare inom arbetsskadeförsäkringen utgörs av 3 kvinnor och 26 män. I intervjuerna framför Försäkringskassan att det vore en fördel med en större spridning i åldrar och en bättre balans mellan män och kvinnor. Samtidigt poängteras fördelen av att rekrytera försäkringsmedicinska rådgivare med lång erfarenhet inom läkaryrket.

När en ny försäkringsmedicinska rådgivare anställs, får denne delta i ett introduktionsprogram, får en försäkringskunnig mentor och stöd av en erfaren kollega som kan försäkringsmedicin och som den nyanställda kan diskutera ärenden med. Det finns också webbutbildningar och abonnemang på databaser med bland annat evidensbaserade kunskapssammanställningar samt litteratur. Alla försäkringsmedicinska rådgivare uppmanas av den försäkringsmedicinske koordinatören att läsa boken "Arbetsskadebegreppet"<sup>60</sup>. Boken innefattar en presentation av arbetsskadebegreppet i tidigare och nuvarande lagstiftning. I texten betonas att grunden i beslutsunderlaget i de allra flesta fall är en medicinsk bedömning och att den medicinska bedömningen i många fall är avgörande. Det tas också upp att det inte ska krävas "full vetenskaplig bevisning" utan att specialistläkares uppfattningar om orsakssamband ska få ett stort bevisvärde. Samtidigt noteras att beslutet ska grundas på en helhetsbedömning, där läkarutlåtandet endast är en del av beslutsunderlaget.

Enligt intervjun med den försäkringsmedicinske koordinatören är försäkringsmedicinska rådgivare idag en tydligare definierad yrkesroll inom Försäkringskassan. Den interna styrningen har också förbättrats i och med att de numera är anställda av Försäkringskassan. Detta i sin tur har resulterat i att försäkringsmedicinska rådgivare är mer lättillgängliga för handläggarna. Det är också lättare att få till en enhetlig bedömning av ärendena.

Enligt den försäkringsmedicinske koordinatören har bland annat så kallade "likaseminarier" bidragit till en mer enhetlig bedömning av ärendena. Likaseminarier är en metod för kompetensutveckling och vardagligt lärande i arbetet. Syftet med seminarier är att skapa ökad likformighet i tillämpningen av försäkringen och identifiera områden där tillämpningen skiljer sig åt mellan de olika arbetsrollerna, det vill säga mellan arbetsskadeutredare, försäkringsmedicinska rådgivare, föredragande, beslutsfattare och specialister inom arbetsskador. Seminarier innebär att ärenden med olika diagnoser diskuteras, med tyngdpunkt på att identifiera vilka riskfaktorer som är aktuella i ärendet och sedan beskriva exponeringen i termer av dess varaktighet, omfattning och intensitet. Därefter förs diskussioner om vad som talar för respektive emot att det är en arbetsskada. Varje NFC har personer som fungerar som seminarieledare på sina respektive NFC.



## 5 Könsskillnad i beviljandegrad – bakomliggande faktorer

Detta kapitel utgår från registeruppgifter och börjar med en deskriptiv analys av beslut i livränteärenden och bakgrundsfaktorer uppdelat på beslutsutfall och kön. Därefter presenteras resultaten från olika regressionsmodeller som tar hänsyn till flera bakomliggande faktorer. Syftet är att granska om könsskillnaden i beviljandegrad kan förklaras av att kvinnor och män skiljer sig åt när det gäller diagnoser, yrke, ålder, födelseland, inkomst, av antalet dagar med sjukpenning och sjukersättning.

### 5.1 Beskrivning av förstagångsbeslut om arbetssjukdom under åren 2009-2010

Enligt registeruppgifter fattades under åren 2009 och 2010 förstagångsbeslut för 4 200 personer på deras ansökan om livränta på grund av arbetssjukdom grundat på 2002 års bevisregel. Hälften av ansökningarna avslogs på grund av att arbetsförmågan inte bedömdes vara varaktigt nedsatt (längre än ett år) eller att den försäkrade inte gjorde någon inkomstförlust.<sup>61</sup> Andelen kvinnor som inte fick sin ansökan prövad, det vill säga ingen prövning av om det förelåg en arbetssjukdom, var något större än motsvarande andel för män, vilket framgår av tabell 5.1. Beviljandegraden, som visar andelen beviljade ansökningar av alla ansökningar där arbetsskadan prövas, är mer än dubbelt så hög bland män som bland kvinnor. Analyserna utgår från de ärenden där arbetssjukdom prövas.

Tabell 5.1. Antal förstagångsbeslut om livränta på grund av sjukdom under 2009 och 2010 för kvinnor och män uppdelat på olika avslutsanledningar\*

	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>
Antal	2 147	2 053
Beslut		
1. Bifall antal	94	279
2. Ej varaktighets- eller inkomstvillkoren uppfyllda	1084	963
3. Ej godkänd arbetsskada**	969	811
Beviljandegrad (Antal Bifall / Antal Bifall + Ej godkänd arbetsskada) inom respektive kön i procent	9 %	26 %

\* Prövade enligt 2002 års bevisregel. \*\* Ingår 29 kvinnor och 9 män som bedömdes ha psykisk eller psykosomatisk skada av sådan natur som inte innefattas av arbetsskadeförsäkringen.

Genomsnittsåldern för de som ansöker om livränta på grund av sjukdom är 53 år för kvinnor och 54 år för män. Bland både kvinnor och män är de som beviljas i genomsnitt ett år äldre.

De flesta som ansöker om och beviljas livränta har en utbildning motsvarande gymnasienivå. Det är något större andel kvinnor som har en eftergymnasial utbildning. Bland kvinnorna är det en större andel av bifallen som endast har grundskola. Samma skillnad finns för män men i betydligt mindre grad. Avseende födelseland är 27 procent av kvinnorna och 24 procent av männen födda utanför Sverige. Andelen svenskfödda är högre bland bifallen än bland avslagen, särskilt bland männen.

Genomgående har kvinnor som beviljas livränta i högre grad sjukpenning och/eller sjukersättning än män. Året innan visandedagen är 30-40 procent av kvinnorna sjukskrivna åtminstone en dag med sjukpenning. Bland männen är motsvarande andel drygt 20 procent. Mellan visandedag och beslut har drygt 70 procent av kvinnorna och 60 procent av männen sjukersättning. Från tidpunkten för visandedagen för sjukdomen<sup>62</sup> till tidpunkten för Försäkringskassans beslut går det i genomsnitt ungefär 3 år.

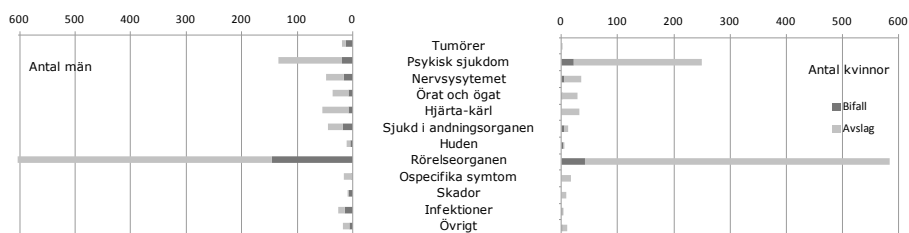
I bilaga 3 finns en utförligare presentation av deskriptiva data.

## 5.2 Sjukdomsdiagnoser

Figur 5.1. visar antal ansökningar och beviljandegrad fördelade efter diagnoskapitel och uppdelat på kvinnor och män.

Besvär i rörelseorganen är den vanligaste orsaken till ansökan om livränta. Andelen med en sjukdomsdiagnos i rörelseorganen är 55 procent, för både kvinnor och män. Bland kvinnor beviljas 7 procent och för män 24 procent av ansökningarna.

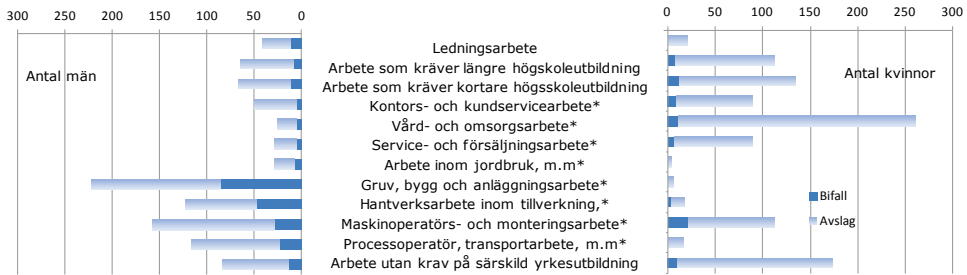
Andelen ansökningar med sjukdomsdiagnos gällande psykisk ohälsa är 24 procent för kvinnor och 12 procent för män. Beviljandegraden är 8 procent respektive 14 procent.



Figur 5.1. Antal ansökningar uppdelat på beviljade och avslag i olika diagnoskapitel för män och kvinnor under åren 2009 och 2010<sup>63</sup>

## 5.3 Yrken

Figur 5.2. visar antal ansökningar och beviljandegrad fördelade efter yrke och uppdelat på kvinnor och män. Kön fördelningen av antalet ansökningar speglar könssegregeringen på arbetsmarknaden. De yrkesgrupper som dominerar bland kvinnor är vård och omsorgsarbete medan män domineras av personer inom bygg- och anläggningsarbete. Beviljandegraden är högre för både kvinnor och män inom mansdominerande yrken. För 112 kvinnor med maskinoperatörs- eller montörsarbete beviljades 20 procent livränta, medan för 260 kvinnor inom vård- och omsorgsyrken var andelen 5 procent.



Figur 5.2. Antal ansökningar uppdelat på beviljade och avslag i olika yrkesområden för män och kvinnor, under åren 2009 och 2010<sup>64</sup>

\* Yrke som kräver gymnasiekompetens

## 5.4 Könsskillnaden i beviljandegrad kvarstår

Skillnaden mellan könen i sannolikheten att beviljas livränta är 17 procentenheter. I den statistiska analys som presenteras i tabell 5.2. granskas om könsskillnaden i beviljandegrad kan förklaras av att kvinnor och män skiljer sig åt när det gäller diagnoser, yrke, ålder, födelseland, inkomst och av antal dagar med sjukpenning och sjukersättning. När analysen tar hänsyn till födelseår, utbildningsnivå och om personen är född utanför Sverige respektive utanför EU, påverkas skillnaden mellan könen i beviljandegrad endast marginellt. När hänsyn även tas till de sökandes inkomst och sjukdomsdiagnos, minskar skillnaden mellan könen men fortfarande kvarstår en skillnad på 13 procentenheter. När uppgifter om de sökandes yrke tas med i beräkningarna, kvarstår en skillnad mellan kvinnor och män på 5 procentenheter i sannolikheten att beviljas livränta. Det betyder att det finns stora skillnader mellan yrken i sannolikheten att beviljas livränta och att en stor del av skillnaden i beviljandegrad beror på att kvinnors och mäns representation inom olika yrken skiljer sig åt. När uppgifter om antal dagar med sjukpenning eller sjuk- eller aktivitetsersättning vid beslut tas med i regressionsanalysen, minskar skillnaden mellan kvinnor och män något. Fortfarande kvarstår dock en skillnad på 5 procentenheter mellan kvinnor och män.

Tabell 5.2. Den skattade sannolikheten att beviljas livränta i olika regressionsmodeller med stegvis kontroll för fler faktorer\*

	1	2	3	4	5	6
<i>Kvinnor</i>	-0,167	-0,155	-0,148	-0,13	-0,0506	-0,0491
<i>Standardfel</i>	0,0159	0,0162	0,0165	0,0165	0,0214	0,0214
<i>Övriga faktorer som det tas hänsyn till i analysen:</i>						
<i>Födelseår, utbildningsnivå och om född utanför Sverige respektive EU</i>		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
<i>Inkomst 2 år innan skadeåret (log)</i>			Ja	Ja	Ja	Ja
<i>Diagnoskategori (Första bokstaven i ICD-koden)</i>				Ja	Ja	Ja
<i>Yrke (tre ställig SSYK3)</i>					Ja	Ja
<i>Om och hur många SP-dagar och SA-dagar året innan skadedatum och mellan skadedatum och beslut</i>						Ja
<i>Constant</i>	0,256	0,232	0,142	-0,0112	0,13	0,151
	-0,0112	-0,369	-0,377	-0,521	-0,371	-0,371
<i>Observations</i>	2 151	2 151	2 151	2 151	2 151	2 151
<i>R-squared</i>	0,049	0,083	0,086	0,129	0,197	0,198

\* Alla skattningar bygger på avslutsanledning bifall och ej godkänd Inkomst och utbildning är mätt 2 år innan visandedagen för sjukdomen. I de fall uppgift saknas har individen fått uppgift 0 och istället en indikator (=1) på att uppgift om variabeln i fråga saknas.



## 6 Faktorer av betydelse för att beviljas livränta

Resultaten i detta avsnitt grundar sig på ISF:s granskning av akter av förstagångsbeslut under år 2010. Faktorer som påverkar sannolikheten att beviljas livränta identifieras, och i nästa steg analyseras om det identifierade faktorerna kan förklara skillnaden i beviljandegrad mellan kvinnor och män. Det bör poängteras att analyserna visar på sannolikheten att få livränta för den grupp som gör en ansökan om livränta. Utöver statistiska beräkningar beskrivs innehållet i anmälningar, utredningar och utlåtanden. I bilaga 4 finns en mer detaljerad presentation av granskade faktorer och hur sannolikheten för att beviljas livränta har beräknats.

### 6.1 Vetenskaplig evidens

I så gott som alla ärenden som avslås står explicit i det försäkringsmedicinska utlåtandet att det inte finns övervägande skäl som talar för en skadlig inverkan i arbetet. Resonemangen i utlåtandena bygger till allra största grad på vad som enligt försäkringsmedicinska rådgivare är vetenskapligt visat. De flesta avslagen grundas på att det inte finns tillräckligt med vetenskaplig evidens för att exponeringen i den försäkrades arbetsmiljö kan ge upphov till de angivna besvären. Utlåtanden bygger i olika stor grad på de referenser som det hänvisas till. Granskningen visar inget samband mellan beslut om livränta och om det hänvisas till vetenskapliga studier, sammanställningar av studier eller om referenserna är från de senaste 5 åren.

#### *Fler vetenskapliga studier i mansdominerade yrken*

De mest förekommande referenserna är till litteratursammanställningar publicerade i tidskriften *Arbete & Hälsa*. I knappt var tredje bifall är den enda referensen en litteratursammanställning i *Arbete &*

*Hälsa* publicerad år 2001, 2002 eller 2008.<sup>65</sup> En granskning av litteratursammanställningarna i *Arbete & Hälsa* visar att merparten av studierna ifråga är genomförda i yrken där de flesta anställda är män.

*Arbete & Hälsa 2001:12* är en sammanställning av vetenskapliga artiklar om besvär i rörelseorganen - nacke, skuldror, rygg, höfter och knän - och skadlig inverkan från arbetet. Sammantaget presenteras 48 studier som enligt författarna har en hög vetenskaplig kvalitet. De flesta studierna är gjorda på specifika yrkesgrupper eller inom en bransch.

Endast två studier med hög kvalitet är utförda inom vård och omsorg jämfört med 23 studier inom industriarbeten, byggsektorn och av fordonförare. Studierna i vården innefattar både män och kvinnor och undersöker nack- och skulderbesvär och exponeringar i arbetet som tandläkare. Övriga studier om vårdarbete och ryggbesvär bedöms ha låg vetenskaplig kvalitet och slutsatsen är att ”endast begränsad vetenskaplig evidens finns för ett samband mellan patientlyft och förekomst av ryggbesvär”.<sup>66</sup> Samtidigt hävdas att det finns stark vetenskaplig evidens för en riskökning vid tunga lyft (15-20 kg) som är frekvent förekommande.<sup>67</sup> Detta illustrerar att vetenskapliga referenser kan tolkas på olika sätt. Den försäkringsmedicinska rådgivarens egen inställning och kunskap får en stor betydelse för bedömningen om det föreligger vetenskaplig evidens för skadlig inverkan från arbetet eller inte.

Den systematiska översikt över vetenskaplig litteratur om depressions- och ångesttillstånd som arbetssjukdom som presenteras i *Arbete & Hälsa 2008:1* består av färre studier. I översikten ingår 12 studier som bedöms vara av hög vetenskaplig kvalitet. I nio av dessa ingår både kvinnor och män, medan en studie innefattar endast kvinnor och 2 studier endast män. Tre studier var gjorda på sjukhusanställda.

Syftet med *Arbete & Hälsa 2002:15* är att summera om det finns tillräckligt med vetenskaplig evidens och en väl utbredd medicinsk grund för att kunna hävda skadlig inverkan av olika exponeringar. Nervsystemets sjukdomar, lungsjukdom, olika former av cancer, hjärt- och kärlsjukdom, hudsjukdomar, hörselskador och skadlig inverkan av handhållna vibrerande verktyg är de områden som tas upp. De flesta studier som redovisas, till exempel exponering för lösningsmedel och svetsrök, är genomförda inom mansdominerade yrken. I kapitlet om hudsjukdomar redovisas risker vid olika exponeringar separat för kvinnor och män och i kapitlet om skador av

buller förs ett resonemang om kvinnor och män är olika känsliga för exponering. Kvinnliga cancerformer tas upp separat, men det konstateras att det inte finns tillräcklig med kunskap för att kunna fastslå skadlig inverkan. I övriga kapitel särredovisas inte kvinnor och mäns exponeringar eller sjuklighet.

## 6.2 Misstänkt orsak till sjukdomen

I försäkringsakten finns så gott som alltid en arbetsskadeanmälan. Där framgår vad den försäkrade individen tror är orsaken till besvären som har medfört en nedsatt arbetsförmåga. Misstänkt orsak till sjukdomen och sjukdomsdiagnos är intimt förknippade. Fysisk belastning är relaterat till besvär i rörelseorganen och psykosociala och organisatoriska förhållanden till psykisk ohälsa. I tabell 6.1. presenteras misstänkt orsak till sjukdomen för dem som beviljas livränta och dem som får avslag på sin ansökan om livränta.

Fysikaliska belastningar är vanligare bland män än kvinnor. Framförallt gäller det arbete med vibrerande verktyg. I tabell 6.1. framkommer också att det är mer vanligt förekommande med fysikalisk exponering bland dem som beviljas livränta än dem som får avslag. Fysikaliska exponeringar är till exempel buller, vibrerande verktyg eller kemiska ämnen. Av dem som beviljades livränta var 6 av 19 kvinnor och 32 av 80 män utsatta för en fysikalisk belastning på arbetet.

Fysiska belastningar är den vanligaste misstänkta orsaken till sjukdomen och den nedsatta arbetsförmågan, både för kvinnor och för män och både för dem som beviljas livränta och där ansökan avslås. Exponeringen kan vara tunga lyft men även obekväma arbetsställningar och ensidigt upprepade rörelser.

Sociala och organisatoriska faktorer som misstänkt orsak till sjukdomen är vanligare bland dem som får avslag än för dem som beviljas livränta. Det gäller både kvinnor och män. Exponeringen kan vara orimliga och otydliga krav i arbetet men också brister i information och bemötande. En större del av kvinnors än mäns ansökningar gäller sociala och organisatoriska faktorer.

Granskningen visar att det innebär en högre sannolikhet att beviljas livränta om den misstänkta orsaken till sjukdomen är fysikalisk exponering i arbetet än om misstänkt orsak är fysisk belastning eller psykosociala förhållanden.

Tabell 6.1. Misstänkt orsak till sjukdomen för dem som beviljas livränta och dem som får avslag på sin ansökan om livränta uppdelat på kvinnor och män\*

Misstänkt orsak	Kvinnor		Män	
	Andel av beviljade ansökningar	Andel av avslagna ansökningar	Andel av beviljade ansökningar	Andel av avslagna ansökningar
Vibrerande handhållna verktyg	5 %	2 %	17 %	4 %
Buller	5 %	3 %	4 %	2 %
Övriga fysikaliska faktorer, t ex kemiska ämnen	21 %	5 %	19 %	16 %
Fysisk belastning	53 %	60 %	52 %	62 %
Sociala och organisatoriska faktorer	16 %	31 %	9 %	16 %

\* Baserat på ett urval av ärenden som avslogs och samtliga beviljade ärenden. Se bilaga 1 för närmare information om urvalet.

### 6.3 Underlag och utredning

Granskningen visar även på en ökad sannolikhet att beviljas livränta om underlaget för beslut innefattar uppgifter om exponering i arbetet förutom yrkestitel. I ett av fyra avslagsärenden, både för män och kvinnor, finns inga tydliga uppgifter varken om hur länge, hur ofta eller hur intensiv exponeringen i arbetet har varit, utan beslutet grundas på yrkestitel och sjukdomsdiagnos.

I de granskade akterna ingår 42 ärenden där den försäkrade arbetar i ett kvinnodominerat yrke och får avslag på sin ansökan. I 33 procent av ärendena finns inga tydliga uppgifter i utredningen vare sig om hur länge, hur ofta eller hur intensiv exponeringen i arbetet har varit. För de försäkrade som arbetar i mansdominerade yrken och får avslag på sin ansökan, 55 ärenden, är motsvarande andel 16 procent.<sup>68</sup>

När det tydligt framgår i utredningen hur lång tid och hur ofta exponeringen har pågått, innebär det en ökad sannolikhet för ett beviljande. Vid avslag, när försäkringsmedicinska rådgivare bedömt att det inte finns vetenskapligt stöd för att den beskrivna exponeringen kan ge upphov till de angivna besvaren, är exponeringen sämre beskriven. Det är också färre dokument, framförallt journaler och medicinska

utlåtanden, som ligger till grund för ärenden som avslås än när livränta beviljas.

#### *Utredning på arbets- och miljömedicinsk klinik*

Det framgår av granskningen att det finns en ökad sannolikhet att beviljas livränta om det i underlaget för beslut finns en utredning från arbets- och miljömedicinsk klinik.

I cirka var fjärde beviljad ansökan, både för kvinnor och män, har den försäkrade utretts på en arbets- och miljömedicinsk klinik. Utredningen finns med som underlag för beslut, men det är inte en utredning som Försäkringskassan beställt. En utredning innefattar ett läkarbesök där sjukhistorien, nuvarande och tidigare arbeten går igenom och sjukdomsdiagnosen verifieras. En exponeringsutredning utförd av en ergonom, yrkeshygieniker eller psykolog beroende på exponeringar och sjukdomsdiagnos finns med som underlag i utredningen. Ofta har det gjorts ett arbetsplatsbesök för att komplettera uppgifter om arbetsmiljö. Uppgifter om skyddsutrustning, produktblad för kemiska produkter och information om arbetsorganisation och hjälpmedel i arbetet brukar ha inhämtats. Exponeringars varaktighet, omfattning och intensitet dokumenteras och sammanfattas. Utredningarna resulterar i ett utlåtande om det finns ett samband mellan exponeringar i arbetet och patientens hälsoproblem. Frågan om övervägande skäl talar för att exponeringar i arbetet är orsaken till hälsoproblem besvaras inte i utredningar från arbets- och miljömedicinska kliniker.

#### *Företagshälsovård och fackförbund*

Att Försäkringskassans utredning innehåller medicinska journaler från företagshälsovården är vanligt förekommande. Det är mindre vanligt att uppgifter från företagshälsovården om exponering finns med i Försäkringskassans utredning. Detta förekommer i 10 procent av de ärenden som beviljas livränta och i 4 procent av avslagen.

Uppgifter från arbetsgivaren om exponering är snarast relaterade till avslag. Förklaringen är förmodligen att det förekommer mest i ärenden om psykisk ohälsa. Uppgifter från fackförbund förekommer i begränsad omfattning och visar inget samband med om beslutet blir ett beviljande eller avslag. Vanligast förekommande är att uppgifterna i exponeringsutredning kommer endast från den försäkrade.

## 6.4 Orsaker utanför arbetet

Det innebär en lägre sannolikhet att beviljas livränta om försäkringsmedicinska rådgivare bedömer att det finns en orsak (helt/delvis) utanför arbetet till sjukdomen. Försäkringsmedicinska rådgivare bedömer i cirka ett av fyra bifall och tre av fyra avslag att det finns orsaker till besvären som ligger utanför arbetet. Mest förekommande är åldersdegenerativa förändringar, ärftlighet och tidigare sjukdomar. Det är mycket sällan som exponeringar i hemmet eller på fritiden bedöms vara orsak till besvären eller tas upp i det försäkringsmedicinska utlåtandet. Detsamma gäller för föredragningsmissivet och för beslutsmeddelandet i ärendeakten. I mindre än var tionde ärende tas sociala förhållanden, fritidsaktiviteter eller motionsvanor upp.

Ett resonemang om konkurrerande skadeorsaker i det försäkringsmedicinska utlåtandet påverkar inte sannolikheten för ett beviljande. Om det däremot tas upp i föredragningsmissivet eller i beslutsmeddelandet är det förknippat med ett avslag. Mönstret är att i det försäkringsmedicinska utlåtandet förs ett resonemang medan det bara tas upp föredragningsmissiv eller beslutsmeddelande när det är avgörande för ett avslag.

Det ska poängteras att det i mindre än hälften av alla ärenden resoneras om konkurrerande skadeorsaker i det försäkringsmedicinska utlåtandet och betydligt mer sällan i föredragningsmissivet eller i beslutsmeddelandet. När åldersdegenerativa förändringar bedöms som orsaken till den försäkrades sjukdom, tas det inte alltid upp som en konkurrerande skadeorsak utan är mer av ett konstaterande; ålder orsakar den försäkrades besvär. Ålder ses inte heller som befintligt skick, det vill säga att individen är försäkrad i det tillstånd som hon eller han är.

Frågan om den försäkrades befintliga skick har påverkat den skadliga inverkan tas upp i mindre än var tionde ärende. För kvinnor som beviljas livränta finns ett resonemang om befintligt skick i 6 av 19 utlåtanden från försäkringsmedicinska rådgivare. I avslagsärenden tas befintligt skick upp i endast 6 av 63 ärenden. Det tyder på att ett resonemang om befintligt skick gynnar ett beviljande. Samma mönster kan inte observeras när det gäller män. Mest förekommande är att det förs ett resonemang om den försäkrade individens längd, vikt och om tidigare sjukdomar. I ärenden som berör psykisk ohälsa tas även upp livshändelser som ligger utanför arbetet och som kan ha påverkat den mentala hälsan.

## 6.5 Aktgranskningen bekräftar registeruppgifter

Ett syfte med granskningen av ärendeakter har varit att se om resultaten är samstämmiga med resultaten från registeranalyser. Som tidigare påpekas i rapporten är inte registeruppgifterna alltid tillförlitliga. Diagnoskapitel, skadeart och yrke kan skilja mellan register och akt. Aktgranskningen bekräftar resultaten från registeranalysen. Yrke, ålder, födelseland, typ av besvär och om den sökande har sjukersättning påverkar sannolikheten att beviljas livränta. Det förklarar där emot endast till en del skillnaden i beviljandegrad mellan kvinnor och män. En detaljerad presentation av analysen finns i bilaga 4.

### *Yrke*

Tidigare granskningar, analysen av registeruppgifter och även aktgranskningen visar att yrke har stor betydelse för sannolikheten att beviljas livränta. Det var 19 kvinnor som beviljades livränta. Sex av dem arbetade inom montör eller process- och maskinoperatörsarbete. Nio av kvinnorna hade arbetat i mer än 20 år i det yrke som orsakat sjukdomen.

De flesta av männen som beviljades livränta, 57 av 80, hade arbetat i mer än 20 år i det yrke som orsakat skadan. I 60 av deras 80 bifall arbetade männen i yrken där det finns få kvinnor, det vill säga att minst 90 procent av de som arbetar i yrket är män.<sup>69</sup>

### *Sjukdomsdiagnoser*

Kvinnor med besvär i rörelseorganen, kvinnor med psykisk ohälsa och kvinnor med övriga besvär har en lägre grad av beviljande än män med motsvarande besvär.

De flesta som ansöker om livränta har mer än en konstaterad sjukdom som påverkar arbetsförmågan. Det framgår av de medicinska journaler som begärs in av Försäkringskassan. I mer än hälften av utredningarna som ligger till grund för beslut tas flera olika sjukdomsdiagnoser upp i föredragningsmissivet. För kvinnor är det förknippat med avslag när olika typer av besvär, till exempel både besvär i rörelseorganen och psykisk ohälsa, finns med i utredningen. Bland de kvinnor som beviljades livränta togs olika diagnoser i olika diagnoskapitel upp i föredragningsmissivet i 16 procent av ärendena. För dem som fick avslag var motsvarande andel 35 procent. Samma mönster

observeras inte för män. Motsvarande andelar för männen var 33 procent i beviljade ansökningar och 24 procent för dem som fick avslag. En ytterligare observation är att ingen kvinna med diagnosen ryggvärk, en diagnos som bygger helt på symtom, beviljades livränta. Inte heller någon kvinna där det var olika diagnosregistreringar i ärendedakt och register, en indikation på att diagnosen inte var klart definierad redan i ansökan, beviljades livränta. Däremot förekom bland manliga sökande att livränta beviljades även när diagnosen var ryggvärk eller diagnosen i registret inte överensstämde med uppgiften i akten.

## 6.6 Könsskillnaden i beviljandegrad kvarstår

Misstänkt orsak till sjukdomen, en gedigen exponeringsutredning, att det finns bidragande orsaker till sjukdomen utanför arbete och att det finns fler dokument än tio som utgör grunden för beslut påverkar sannolikheten att beviljas livränta. Men det förklarar till liten del att andelen beviljade ansökningar är större för män än kvinnor.

Analysen i tabell 6.2. visar en högre sannolikhet för män än för kvinnor att beviljas livränta. Modell 1 inkluderar bara om individen är man eller kvinna, modell 2 tar hänsyn till om individen arbetar inom ett bygg-, anläggnings-, eller tillverkningsarbete och modell 3 tar samtidigt hänsyn till samtliga faktorer som presenteras i tabellen. När hänsyn tas till om individen arbetar inom bygg- anläggnings- eller tillverkningsarbete sker en markant minskning av skillnaden i sannolikhet för män jämfört med kvinnor att beviljas livränta. När de andra faktorerna i tabellen tas med i beräkningsmodellen, är minskningen av skillnaden mellan män och kvinnor marginell. Det visar att dessa faktorer inte förklarar skillnaderna i beviljandegrad mellan kvinnor och män.

Det 95 procentiga konfidensintervallet (95 % KI) som presenteras i tabellen visar precisionen i skattningen. ISF har granskat akter för år 2010, och det var endast 19 kvinnor och 80 män som beviljades livränta under året. Det innebär en stor osäkerhet i till hur stor grad olika faktorer påverkar sannolikheten för ett beviljande.

Det bör också återigen påpekas att analyserna visar på sannolikheten att få livränta för den grupp som gör en ansökan. Det går inte att uttala sig om sannolikheten att beviljas livränta bland kvinnor och män som endast gör en anmälan om arbetsskada men inte ansöker om livränta.

Tabell 6.2. Sannolikheten för män jämfört med kvinnor att beviljas livränta.\* En oddskvot större än 1 visar en högre sannolikhet för män än kvinnor att beviljas livränta

	<i>Modell 1</i>	<i>Modell 2</i>	<i>Modell 3</i>
	<i>Oddskvot</i>	<i>Oddskvot</i>	<i>Oddskvot</i>
	<i>(95% KI)</i>	<i>(95% KI)</i>	<i>(95% KI)</i>
Man	4,82 (2,60-8,94)	2,75 (1,36-5,54)	2,66 (1,13-6,24)
<i>Kvinna(ref)</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
Övriga faktorer som det tas hänsyn till i analysen:			
Hantverksarbete inom byggverksamhet eller arbete inom tillverkningsindustrin		Ja	Ja
Misstänkt orsak är fysikalisk exponering			Ja
Diagnosen är inte besvär i rörelseorganen eller psykisk ohälsa			Ja
Exponeringsutredning från arbets- och miljömedicinsk klinik			Ja
Det anges hur ofta och hur länge exponeringen pågått			Ja
Försäkringsmedicinsk rådgivare bedömer att det finns en orsak (helt/delvis) utanför arbetet till sjukdomen			Ja
10 eller fler dokument anges som underlag för beslut			Ja

\* Baserat på ett urval av ärenden som avsågs och samtliga beviljade ärenden. Se bilaga 1 för närmare information om urvalet.



## 7 Diskussion

### *Sammanfattning av resultat*

Granskningen visar att yttrandet från försäkringsmedicinska rådgivare väger mycket tungt för utgången i ett arbetsskadeärende. I så gott som alla ärenden som avslås står explicit i det försäkringsmedicinska utlåtandet att det inte finns övervägande skäl som talar för en skadlig inverkan i arbetet. Resonemangen i utlåtandena bygger till största del på vad som enligt försäkringsmedicinska rådgivare är vetenskapligt bevisat. De flesta avslagen grundas på att det inte finns tillräckligt med vetenskaplig evidens för att exponeringen kan ge upphov till de angivna besvärerna. De mest förekommande vetenskapliga referenserna i försäkringsmedicinska utlåtanden är till litteratursammanställningar där flertalet studier är genomförda i mansdominerade yrken.

Beviljandegraden är högre i mansdominerade yrken, både för män och för kvinnor. Övriga observerade faktorer som har betydelse för om livränta beviljas eller inte är exponering och misstänkt orsak till sjukdomen, sjukdomsdiagnos, ålder, födelseland, om den sökande får sjukersättning, omfattningen på utredningen och om Försäkringskassan bedömer att det finns bidragande orsaker till sjukdomen utanför arbetet. Dock förklarar detta endast i viss utsträckning skillnaden i beviljandegrad mellan män och kvinnor. När hänsyn tas till födelseår, utbildningsnivå, om individen är född utanför Sverige, sjukdomsdiagnos och yrke, kvarstår en skillnad mellan kvinnor och män på 5 procentenheter i sannolikheten att beviljas livränta.

Granskningen visar att bristfälliga underlag är vanligare vid avslag än vid bifall. Information från ärendeakter och intervjuer tyder på att i fall där det saknas vetenskaplig evidens för samband mellan yrke och de besvär som den försäkrade drabbats av nöjer sig Försäkringskassan i stort sett med yrkestitel och sjukdomsdiagnos som underlag för beslut. Det kan inte uteslutas att det får till konsekvens att det finns osakliga skillnader mellan mans- och kvinnodominerade yrken i Försäkringskassans utredning. Däremot observeras inte några systema-

tiska skillnader i handläggningen av ärenden utifrån om den sökande är man eller kvinna.

Försäkringskassan har vidtagit åtgärder och har ett pågående arbete för att skapa en mer enhetlig handläggning. Metodstödet för handläggningen har utvecklats och Försäkringskassan har genomfört internutbildningar och seminarier, centraliserat handläggningen, anställt de medicinska rådgivarna och även anställt en försäkringsmedicinsk samordnare.

#### *Vanligt förekommande besvär och vetenskaplig evidens*

Besvär på grund av vibrationsexponering har en högre beviljandegrad än besvär i rörelseorganen eller psykisk ohälsa. De skador som arbete med vibrerande verktyg ger är inte allmänt förekommande i befolkningen. Exponeringen är oftast väl avgränsad till arbetet, den är möjlig att kvantifiera med teknisk mätutrustning och den ger specifika skador. Vibrationsskador förekommer betydligt oftare i mansdominerade yrken. Psykisk ohälsa och besvär i rörelseorganen är vanligt förekommande i befolkningen, oavsett arbetsmiljö. Det gör det svårt att med vetenskaplig evidens visa att just arbetsförhållandena har varit skadeorsaken.

De flesta kvinnor som ansöker om livränta har vanligt förekommande besvär, och de arbetar inom vård och omsorg. Den största yrkesgruppen för kvinnor i Sverige är vård- och omsorgspersonal, och det är också en yrkesgrupp som är överrepresenterad i antal anmälda arbetssjukdomar i förhållande till antalet anställda. Samtidigt är det färre kvinnor med vård- och omsorgs arbete som beviljas livränta än kvinnor i industriarbete.

Att dokumentera vilken belastning det utgör att till exempel förflytta en patient inom sjukvården är mer komplext än att beräkna tyngden i ett lyft av ett föremål. Belastningen är beroende av hur mycket patienten hjälper till, om det finns lyfthjälpmedel som används, om det är möjligt att planera hur förflyttningen ska gå till och om det finns vana kollegor att samarbeta med. Komplexiteten medför att det är svårt att fastställa exponeringen och att genomföra högkvalitativa studier. Svårigheter att beskriva exponering och att kvinnors besvär ofta är vanligt förekommande bidrar till den lägre beviljandefrekvensen för kvinnor än för män.

### *Helhetsbedömning saknas*

Regeringen uttalade i förarbetena till 2002 års reglering att det sänkta beviskravet i förening med principen om befintligt skick, som innebär att den försäkrade ska bedömas utifrån sina fysiska och psykiska förutsättningar, torde leda till att kvinnor i högre utsträckning kan få sina skador godkända som arbetsskador.<sup>70</sup> Bevisregeln innebär att det ska göras en helhetsbedömning vid arbetsskadeprövningen.<sup>71</sup> Det betyder att det inte enbart är det vetenskapliga stödet som ska ligga till grund för bedömningen av om övervägande skäl talar för ett samband. Granskningen indikerar att Försäkringskassan vid arbetsskadeprövningen inte gör en helhetsbedömning. Konsekvensen av detta blir att Försäkringskassan i sin slutliga bedömning närmast kräver full vetenskaplig bevisning för en faktors skadlighet. Dessutom uttalar sig försäkringsmedicinska rådgivare om det befintliga skicket i väldigt få ärenden. Frågan om samstämmighet, att medicinska företrädare anser att det finns samband alternativt att det är allmänt känt eller att en specialist kommer med relevant kunskap, är inget som det refereras till i utlåtandena.

Följande exempel från ett avgörande från Högsta förvaltningsdomstolen tydliggör den komplexa bedömning som Försäkringskassan ska genomföra vid arbetsskadeprövningen, vad gäller samstämmighet bland läkare. Domen illustrerar också innebörden av beviskravet övervägande skäl och innebörden av att det inte krävs ”full vetenskaplig bevisning” för att en skada ska anses vara orsakad av faktorer i arbetet.

Målet gällde en elektriker med skulderbesvär och frågan var om övervägande skäl talade för samband mellan arbetet och skulderbesvären. Frågan var också i vilken mån en arbetsrelaterad händelse i december 2001 inverkade i besvärsutvecklingen. I målet hade ett stort antal läkare yttrat sig om den försäkrades besvär kan anses ha orsakats av faktorer i arbetet.

Högsta förvaltningsdomstolen konstaterade att det inte med säkerhet gick att slå fast att det fanns ett samband mellan den försäkrades arbete och hans besvär. Enligt domstolen krävdes heller inte detta mot bakgrund av beviskravets styrka som i lagen uttrycks med begreppet ”övervägande skäl”. Domstolen hänvisade vidare till förarbetesut-talanden där det sägs att det inte krävs ”full vetenskaplig bevisning”.

De medicinska experterna hade alla hög kompetens och de hade alla tillgång till samma underlag för sin bedömning, och alla redovisade ingående argument för sin uppfattning.

De specialister som redovisade uppfattningen att något samband mellan den försäkrades skulderbesvär och hans arbete inte kunnat styrkas åberopade bland annat en vetenskaplig uppsats enligt vilken de bevis som finns för samband mellan elektrikeryrket och ospecifika skulderbesvär är begränsade och måttliga. Dessa specialister hänvisade dessutom till den relativt korta exponeringstiden samt till att arbetet var varierande.

De specialister som däremot ansåg sambandet klarlagt fäste särskild vikt vid händelsen som inträffat i december 2001. Enligt utlåtandena från dessa specialister kunde händelsen ha utgjort en utlösande faktor som tillsammans med ett repetitivt och statiskt arbete i tiden därefter orsakat besvärerna. Specialisterna ansåg att den försäkrades beskrivning av besvärens utveckling efter december 2001 framstod som sannolik, vilket betydde att det skulle finnas ett tidsmässigt samband mellan arbetet och besvärerna.

Högsta förvaltningsdomstolen fann mot bakgrund av de senare specialisternas uppfattning och med hänsyn till att Försäkringskassan inte hade anfört att det fanns konkurrerande eller samverkande skadeorsaker att övervägande skäl talade för samband mellan den försäkrades arbete och hans skulderbesvär. Två justitieråd var dock skiljaktiga och menade bland annat att det var svårt att tillmäta händelsen i december 2001 någon särskild betydelse för bedömningen och därför ansågs inte övervägande skäl tala för samband mellan arbetet och skulderbesvärerna.<sup>72</sup>

### *Handläggningen*

Förutsättningen för en godkänd arbetsjukdom är påvisandet av övervägande skäl för att skadan har uppkommit av skadlig inverkan i arbetet. I sammanhanget ska hänsyn tas till den medicinska utvecklingen. Detta innebär att utredningar och beslut ytterst är beroende av tillgänglig medicinsk forskning. Det är de försäkringsmedicinska rådgivarna som ska garantera att den medicinska forskning som beaktas i arbetsskadeärenden är aktuell och relevant. Därvid får de en roll och betydelse för utgången i arbetsskadeärenden som är avgörande. Den försäkringsmedicinska rådgivaren väljer ut vilka referenser som ska ligga till grund för utlåtandet, och det finns inget krav på att det alltid ska tas hänsyn till specifika vetenskapliga publikationer. Uppfattningar om vilka referenser som är adekvata är varierande. Det finns utrymme för den försäkringsmedicinska rådgivaren att välja referenser som stödjer ett avslag respektive ett bifall. De försäkrings-

medicinska rådgivarnas benägenhet och förmåga att följa den medicinska forskningen samt att ta till sig och vidareförmedla relevanta nyheter på området styr i allt väsentligt utvecklingen inom försäkringsområdet.

I samtliga intervjuer framkommer att yttrandet från försäkringsmedicinska rådgivare väger mycket tungt. Handläggaren lämnar sällan ett förslag till beslut som går emot det försäkringsmedicinska yttrandet. Detta förhållande motiveras med att försäkringsmedicinska rådgivare äger den medicinska sakkunskapen och att handläggaren inte kan avgöra vilka detaljer i journalerna som är viktiga. Försäkringsmedicinska rådgivares roll beskrivs i Försäkringskassans officiella dokument<sup>73</sup> och i redogörelser av handläggare, föredragande och specialister som endast rådgivande. Konkret har försäkringsmedicinska rådgivare till uppgift att värdera medicinska underlag och ställa dem i relation till aktuellt kunskapsläge. Den teoretiska bilden av försäkringsmedicinska rådgivare som rådgivande strider dock mot den bild som framträder i genomförda intervjuer med såväl handläggare som föredragande och specialister.

#### *Exponeringsutredningens betydelse*

Under intervjuerna är det exponeringsutredningen som har beskrivits som den mest komplicerade och tidskrävande delen i utredningen. Mot den bakgrunden upplever handläggare, föredragande och specialister att den för exponeringsutredning avsatta tiden i Ensa-processen är snålt tilltagen och lämnar för litet utrymme för en tillräcklig utredning och beskrivning av exponeringen. Tidsbristen bidrar i stället till en benägenhet hos utredaren, men också hos försäkringsmedicinska rådgivare som ska bygga sin bedömning på exponeringsutredningen, att fylla på eventuella luckor i utredningen med egna antaganden om till exempel vilka moment som ingår i en viss arbetsuppgift. Sådana, inte sällan felaktiga, föreställningar om yrken och arbetsmoment som enligt de intervjuade kan verka till nackdel för kvinnor utgör då grund för beslut i ärenden.

ISF:s granskning visar att ärenden där det finns en utredning från arbets- och miljömedicinsk klinik har en högre beviljandegrad. De ärendena utgör en selekterad grupp där antagligen både remitterande läkare och specialisterna inom arbets- och miljömedicin har misstänkt ett samband mellan arbete och sjukdom. Men det är också troligt att den omfattande utredningen ökar förutsättningarna för att få livränta beviljad. Vid utredningar på arbets- och miljömedicinsk klinik görs

omfattande exponeringsutredningar som inte bygger på antaganden om belastningen i ett visst yrke, utan på den faktiska exponeringen.

Hur arbetslivet och den omgivande miljön påverkar människor är arbets- och miljömedicins specialitetsområde inom medicinen. Traditionellt har arbetsmedicin (som tidigare benämndes yrkesmedicin) mest sysslat med kemiska, fysikaliska och biologiska hälsorisker. Under 1970-talet utvidgades disciplinen med expertkunskaper även på fysisk belastning. Sedan cirka 20 år innefattas också den psykiska och sociala belastningen inom det arbetsmedicinska området.<sup>74</sup>

De flesta patienterna på arbets- och miljömedicinska kliniker är män. Cirka var tredje patient är kvinna. Vanligast är att patienterna utreds för luftvägsbesvär och exponeringar för kemiska ämnen. För männen är det också vanligt att sambandet mellan arbete med vibrerande verktyg och besvär utreds.<sup>75</sup> Patienterna kommer till största delen på remiss från primärvård, specialistläkare i öppenvården eller företagshälsovården. Skulle alla som ansöker om livränta utredas på en arbets- och miljömedicinsk klinik, skulle verksamheten behöva utvidgas. Om Försäkringskassans utredningar skulle vara lika omfattande som de vid arbets- och miljömedicinska kliniker, skulle krävas utökade resurser och fördjupad kompetens för handläggningen av arbetsskadeärenden. Det kan ifrågasättas om något av de två ovanstående alternativen är ett realistiskt eller önskvärt tillvägagångssätt för att höja kvaliteten i handläggningen.

### *Fackförbundens roll*

I de flesta exponeringsutredningar som Försäkringskassan gör inhämtas uppgifter om exponering i arbete endast från den försäkrade individen. Fackförbundens eventuella bidrag med underlag till anmälan och ansökan har ingen större betydelse för utfallet i förstagångsbeslut.

I de ärenden om livränta som prövas i förvaltningsdomstol är det betydligt vanligare med stöd från fackförbunden, detta enligt den information ISF fått både från Försäkringskassan, fackförbunden och LO-TCO rättsskydd. Antalet ärenden om arbetssjukdom som LO-TCO rättsskydd driver har minskat betydligt under senare år. Rättsskyddets egen uppfattning är att huvudorsaken till minskningen av ärenden är uppgivenhet hos de skadade. Mot bakgrund av att det anses som svårt, på gränsen till omöjligt, att få en skada godkänd underlåter man helt enkelt att ansöka om livränta. Det var också den förklaring som flertalet fackförbund uppgav i en enkät år 2009.<sup>76</sup>

### *Generellt arbetsskadebegrepp eller lista*

I Sverige tillämpas ett generellt arbetsskadebegrepp. Det innebär att alla sjukdomar kan godkännas som arbetssjukdomar om det kan påvisas att övervägande skäl talar för att skada har uppkommit till följd av skadlig inverkan i arbetet. Ett återkommande argument mot det generella arbetsskadebegreppet är risken för rättsosäkerhet. Ett generellt arbetsskadebegrepp ökar möjligheten till flexibilitet, men det ökar också risken för oförutsägbara beslut. Försäkringskassans utredningar och beslut är beroende av de sammanställningar av forskningen som görs och att de som utfärdar de medicinska underlagen är insatta i aktuell forskning.

De flesta europeiska länder har listor över sjukdomar som kan bli godkända som arbetssjukdomar. Förutom listan är det brukligt att det finns en möjlighet att även andra sjukdomar tas upp till prövning. Listorna utarbetas vanligtvis av en myndighet som motsvaras av Arbetsmiljöverket i Sverige. Det finns organ med experter som arbetar med att hålla listorna uppdaterade och aktuella mot nya forskningsresultat. Det förekommer också att arbetsmarknadens parter är med och utarbetar listan över godkända arbetssjukdomar.<sup>77</sup>

Vilka arbetssjukdomar som finns upptagna på listorna grundas inte enbart på vetenskaplig evidens. Det görs även politiska överväganden. Ett övervägande kan vara att den vetenskapliga evidens som krävs inte behöver vara densamma i alla yrkesgrupper. Det är till exempel möjligt att ta hänsyn till att det finns färre studier om exponeringar i kvinnodominerade vårdarbeten. Även om en sådan positiv särbehandling av kvinnor kan diskuteras, visar exemplet på möjligheterna att styra arbetsskadeförsäkringen. En lista med godkända exponeringar och sjukdomar ger större möjligheter att politiskt styra beviskraven för godkännande av arbetsskada.

### *De nordiska länderna*

Skillnaden mellan kvinnor och män i andelen beviljade ansökningar för ersättning från arbetsskadeförsäkringen är inte unik för Sverige utan finns också i länder som använder sig av en lista över godkända arbetssjukdomar.

De danska arbetssjukdomarna är upptecknade på en lista. Till varje sjukdom finns knutet en beskrivning över riskfyllda exponeringar i arbetslivet. År 2009 stod kvinnorna för 55 procent av drygt 18 000 anmälningar om arbetssjukdom. För kvinnorna godkändes 11 procent

som arbetssjukdomar, för männen var andelen 23 procent. Av de godkända arbetssjukdomarna tillerkändes inte alla ekonomisk ersättning. Förklaringen är att till exempel hörselskador inte alltid ger en så påtaglig nedsättning av arbetsförmågan att ekonomisk ersättning beviljas. Av dem som beviljades ekonomisk ersättning var 43 procent kvinnor.<sup>78</sup>

I Norge är det, till skillnad från Sverige, färre kvinnor än män som ansöker om ekonomisk ersättning för sjukdom. Under åren 2004-2007 stod kvinnorna i genomsnitt för 17 procent av alla ansökningar om ersättning. Det var också en större andel av männen som beviljades ersättning; kvinnorna stod för 12 procent av de ärenden som godkändes som arbetssjukdom. Av ansökningarna om permanent ersättning från arbetsskadeförsäkringen (likvärdigt med livränta) på grund av sjukdom godkändes 42 procent av kvinnornas och 55 procent av männens ansökningar. Siffrorna gäller för år 2007.<sup>79</sup> I Norge finns en lista på arbetssjukdomar men också en möjlighet att pröva andra sjukdomstillstånd. Belastningsskador och skador som är orsakade av psykiska krav i arbetet är i Norge undantagna från försäkringen.<sup>80</sup>

I Finland är mönstret detsamma. Under år 2008 stod kvinnorna för 36 procent av ansökningarna om ersättning och 25 procent av bifallen från arbetsskadeförsäkringen på grund av sjukdom. Sammantaget var det 2 949 godkända arbetssjukdomar.<sup>81</sup> Vanligast är asbestrelaterade sjukdomar bland männen och hudsjukdomar bland kvinnorna. Psykosociala och organisatoriska exponeringar är undantagna från den finska arbetsskadeförsäkringen. Finland har ett generellt arbetsskadebegrepp men i praktiken finns det en lista över de sjukdomar och exponeringar där det finns vetenskaplig evidens för en skuldig inverkan.<sup>82</sup>

#### *Avsaknad av tillförlitliga register*

Avsaknaden av tillförlitliga register begränsar granskningen. Det är inte möjligt att följa hela processen från en anmälan till ansökan och till beslut om ekonomisk ersättning. Arbetsmiljöverkets register över anmälda arbetsskador är inte kopplade till Försäkringskassans registeringar över beviljande av ersättningar.

År 2004 gav regering Riksförsäkringsverket i uppdrag att inom ramen för befintliga statistiksystem vidta åtgärder för att kunna följa förändringar i arbetsskadeförsäkringens ersättningsmönster och för att

kunna mäta försäkringens effekter för kvinnor och män.<sup>83</sup> Försäkringskassans byggde då upp ett separat statistiksystem för utfall i lagen om arbetsskadeförsäkring (ULLA).

Uppgifterna i ULLA är inte tillförlitliga. Den erfarenheten har både ISF och Försäkringskassan. Att ett olycksfall registreras som sjukdom och vice versa, eller att det är olika diagnoser och olika avslutningsanledningar i akt och register är exempel på felaktiga registreringar. Enligt Försäkringskassan håller yrkeskodningen så pass låg kvalitet i ULLA att det inte kan användas i analyser.

I februari 2011 gick ett informationsmeddelande ut inom Försäkringskassan som underströk vikten av registerdata och att registreringarna ska göras när ärendet avslutas.<sup>84</sup> Tidigare gjordes vissa delar av registreringen när ansökan inkom, och vid det tillfället är uppgifterna om diagnos, skadetyper och vilken laglydelse som ska tillämpas osäkra.

Genom att sammanföra data från Arbetsmiljöverket, Försäkringskassan och SCB skulle det vara möjligt att studera olika gruppers risk att drabbas av arbetsskador och varaktig nedsättning av arbetsförmågan.<sup>85</sup> För att kunna beskriva samhällets och individers kostnader för arbetsskador behövs emellertid förbättrade register som omfattar fler uppgifter än vad som finns idag. Arbetsskador medför kostnader för medicinsk vård och rehabilitering samt produktionsbortfall, men även för olika socialförsäkringsförmåner. Kostnader uppkommer för såväl den som drabbas som för arbetsgivare. Ersättningen från arbetsskadeförsäkringen utgår som ett komplement till sjukpenning, rehabiliteringspenning och sjukersättning. Försäkringskassan särredovisar inte utbetalningar som gäller arbetsskador. Detta innebär svårigheter att se den egentliga kostnaden för socialförsäkringen även för de arbetsskador som beviljats ersättning enligt arbetsskadeförsäkringen.<sup>86</sup>



## 8 Slutsatser

- Den vetenskapliga evidensen är avgörande för om livränta ska beviljas eller avslås. Det leder fram till olika utfall för kvinnor och män i arbetsskadeförsäkringen. Yrkesarbetande män är i större utsträckning än kvinnor exponerade för faktorer där det enligt gängse litteratursammanställningar finns en vetenskaplig evidens för skadlig inverkan. En väl utbredd uppfattning bland läkare som har relevanta specialistkunskaper ska kunna ligga till grund för att skadlig inverkan föreligger. Dessutom ska en helhetsbedömning innefatta en bedömning av den samlade utredningen i ärendet och inte bestå av enbart medicinska överväganden. ISF:s intervjuer med handläggare, specialister och försäkringsmedicinska rådgivare och även granskningen av ärendeakter visar att detta inte har implementerats fullt ut i handläggning och beslutsfattande.
- Det förekommer att yrkestitel och diagnos är avgörande för rätten till livränta. Den försäkrade individen saknar information om för vilka yrken och besvär det inte görs någon individuell bedömning. Därmed blir beslutet om livränta oförutsägbart och rättsosäkert för den försäkrade. En lista med godkända exponeringar och sjukdomar som utgångspunkt för Försäkringskassans bedömningar ger större möjligheter att styra vilka beviskrav som krävs för att livränta ska beviljas. Det innebär också att besluten blir förutsägbara. Även effektiviteten i handläggningen kan förväntas öka, om inte varje ärende kräver att den försäkringsmedicinska rådgivaren gör en litteraturgenomgång och en sammanfattning av om det i den försäkrades arbetsmiljö har funnits någon faktor som kan ge upphov till den aktuella sjukdomen. Det finns anledning att vidare utreda fördelar och nackdelar med att införa någon form av lista över godkända arbetssjukdomar och riskfyllda exponeringar.

- Oavsett om ett generellt arbetsskadebegrepp eller om en lista är utgångspunkten för beslut i arbetsskadeärenden bör en bedömning av den samlade utredningen i ärendet göras. En sådan helhetsbedömning förutsätter att handläggarna ytterligare stärks i sin yrkesroll.
- Uppgifterna i Försäkringskassans register är inte tillförlitliga, vilket innebär begränsningar i möjligheterna att följa förändringar i arbetsskadeförsäkringens ersättningsmönster och för att kunna mäta försäkringens effekter för kvinnor och män. Ytterligare resurser bör avsättas för att säkerställa kvaliteten i dessa register.
- Antalet individer som ansöker om och beviljas livränta på grund av arbetssjukdom har minskat markant sedan år 2007. Det har genomförts stora förändringar i sjukförsäkringen, men inte i arbetsskadeförsäkringen. Det är angeläget att granska hur förändringarna i sjukförsäkringen har påverkat både ansökningar om ersättning och handläggning av arbetsskadeförsäkringen.

## Referenser

Alexanderson, K., Marklund, S., m.fl. (2011): *Studier om kvinnors och män sjukfrånvaro*. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, Stockholm.

AFA försäkring (2011): *Allvarliga arbetsskador och långvarig sjukfrånvaro*.

Angelov, N., Johansson, P., m.fl. (2011): *Kvinnors och mäns sjukfrånvaro*. IFAU-rapport 2011:2, Uppsala.

Arbetsmiljöverket (2011): *Arbetsskador 2010*. Arbetsmiljöstatistisk rapport 2011:1.

Arbetsmiljöverket (2010): *Arbetsorsakade besvär 2010*. Arbetsmiljöstatistisk rapport 2010:4.

Arbejdsskadestyrelsen (2010): *Forskelle på mænds og kvinders anmeldelser, anerkendelsesprocenter og erstatninger*.  
[www.ask.dk/statistik/](http://www.ask.dk/statistik/)

Brown, G.W., Harris, T. (1978): *Social Origins of Depression*. Cambridge: University Printing House, Great Britain.

Edling C, Nordberg, G m.fl. (2010): *Arbets- och miljömedicin - begrepp och trender. Kapitel 1 i Arbets- och miljömedicin – en lärobok om hälsa och miljö*. Red Edling, G Nordberg, M Albin och M Nordberg, tredje upplagan, Studentlitteratur.

Försäkringskassan (2008): *Köns- och länsskillnader inom arbetsskadeförsäkringen*. Socialförsäkringsrapport 2008:3.

Försäkringskassan (2008): *Skillnader i beviljandefrekvens vid beslut om arbetsskadelivränta för kvinnor respektive män*. Svar på regeringsuppdrag, dnr 52460-2007.

- Försäkringskassan (2010): *Sjukskrivning i olika yrken Antal ersatta sjukskrivningsdagar från Försäkringskassan per anställd år 2008*. Socialförsäkringsrapport 2010:17.
- Försäkringskassan (2011): *Varför finns det skillnader i bifallsfrekvens inom arbetsskadeförsäkringen? En studie om orsakerna till skillnader i bifall och avslag mellan kön, födelseland och var beslutet fattas*. Dnr 080269-2010.
- Försäkringskassan (2011): *Vad kostar olika sjukdomar i sjukförsäkringen?* Socialförsäkringsrapport 2011:4.
- Hansson, T., Westerholm, P., red. (2001): *Arbete och besvär i rörelseorganen. En vetenskaplig värdering av frågor om samband*. *Arbete & Hälsa* 2001:12.
- Isekskog, T. (2002): *Arbetskadebegreppet*. Aktuell juridik, Nordstedts Juridik AB.
- Johnson SL. (2009): International perspectives on workplace bullying among nurses: a review. *International Nursing Review* 56(1):34–40.
- Leijon, M., m.fl. (2004): Sickness absence due to musculoskeletal diagnoses: association with occupational gender segregation. *Scandinavian Journal of Public Health* 32:94–101.
- Lindqvist, G., Wadensjö, E. (2010): *Samhällsekonomiska kostnader för arbetsmiljöproblem*. Rapport 2010:2, Arbetsmiljöverket.
- NOU 2008:11 (2008) *Yrkessjukdommer, Yrkessjukdomsutvalgets utredning av hvilke sjukdommer som bør kunne godkjennes som yrkessjukdom*.
- Nygård, C.H., Suurnäkki T, m.fl. (1987): Musculoskeletal capacity of employees aged 44 to 58 years in physical, mental and mixed types of work. *European Journal of Applied Physiology and Occupational Physiology* 56 (5):555–561.
- Nygård, C.H., Luopajarvi T., m.fl. (1988): Musculoskeletal capacity of middle-aged women and men in physical, mental and mixed occupations: a 3.5-year follow-up. *European Journal of Applied Physiology and Occupational Physiology* 57 (2):181–188.
- Proposition 2001/02:81 (2001): *Vissa arbetsskadefrågor m.m.* Socialdepartementet.
- Punnett, L., Herbert, R. (2000): *Work-related musculoskeletal disorders: is there a gender differential, and if so, what does it mean?*

- I: Goldman, MB., Hatch, MC. (red.). *Women and health*. San Diego, CA: Academic Press, s. 474–492.
- Riksrevisionen (2007): *Försäkringskassans hantering av arbets-skadeförsäkringen*. 2007:32.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2004): *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt*.
- Sjögren Lindqvist, G., Wadensjö, E. (2010): *Samhällsekonomiska kostnader för arbetsmiljöproblem*. Arbetsmiljöverket Rapport 2010:2.
- Socialstyrelsen (1997): *Klassifikation av sjukdomar och hälso-problem 1997 (KSH97) Systematisk förteckning*. Svensk version av ICD-10.
- SOU 1998:37 (1998): *Den framtida arbetsskadeförsäkringen*.
- SOU 2003:1 (2003): *Att samla och sprida kunskap om skadlig inverkan och framgångsrik rehabilitering*.
- SOU 2011:15 (2011): *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande*.
- Torén, K. (2010): Arbetsskadeförsäkringen – en historia om sambandet mellan arbete och sjukdom. *Arbete & Hälsa* 2010;44(1).
- Treaster, D., Burr, D. (2004): Gender differences in prevalence of upper extremity musculoskeletal disorders. *Ergonomics* 47:495–526.
- Waddell, G., Burton A.K. (2006): *Is work good for your health and well-being?* The Stationary Office (TSO), United Kingdom.
- Weiner, J., m.fl. (2009): Könsskillnader i ersättning vid arbetsskador? *Arbete & Hälsa* 2009;43(2).
- Westerholm, P. red. (2002): Arbetssjukdom – skadlig inverkan - samband med arbete Ett vetenskapligt underlag för försäkringsmedicinska bedömningar (sju skadeområden). *Arbete & Hälsa* 2002:15.
- Westerholm, P. red. (2008): Psykisk arbetsskada. *Arbete & Hälsa* 2008;42:1.



## Bilaga 1

I denna bilaga presenteras urvalet inför aktgranskningen. Urvalet inför aktgranskningen består av sammanlagt 286 akter: samtliga 134 bifall under år 2010 och ett slumpmässigt urval av 152 avslagsärenden under samma år. Ett av bifallsärenden har tagits bort från granskningen, eftersom det klassades som bifall av Försäkringskassan medan beslutet i själva verket var ett avslag. De granskade ärendena gäller skadlig inverkan avseende förstagångsbeslut där beslutet har fattats under år 2010 enligt 2002 års lagstiftning.

Det förekommer att samma individ ansöker om livränta vid upprepade tillfällen. Orsaken till detta kan vara att den första ansökan inte är komplett eller att ansökan har inkommit för tidigt. Om det har förekommit flera avslag anges anledningen till det senaste avslaget.

Enligt ULLA registret fick 29 kvinnor och 104 män bifall på sin arbetsskadeansökan under år 2010. För kvinnorna uppfyllde 10 av ärendena inte urvalskritserierna för denna aktgranskning. Detta bortfall består av 8 ärenden som inte var ett förstagångsbeslut och 2 ärenden som inte gällde skadlig inverkan. För männen uppfyllde 24 ärenden inte urvalskritserierna. Bortfallet består av 14 av ärenden som inte var ett förstagångsbeslut, 4 ärenden som inte gällde skadlig inverkan och 6 ärenden som inte bedömdes enligt 2002 års lagstiftning.

Det slumpmässiga urvalet av avslagsärenden består av 80 kvinnor och 72 män. För kvinnorna uppfyllde 17 av ärendena inte urvalskriterierna för denna aktgranskning. Detta bortfall består av 5 ärenden som inte var ett förstagångsbeslut, 4 ärenden som inte gällde skadlig inverkan, 6 ärenden som inte bedömdes enligt 2002 års lagstiftning och 2 ärenden som inte hade en bestående nedsättning under minst ett år med en inkomstförlust om minst en femtondel. För männen uppfyllde 17 av ärendena inte urvalskritserierna. Bortfallet består av 1 ärenden som inte var ett förstagångsbeslut, 2 ärenden som inte gällde skadlig

inverkan, 7 ärenden som inte bedömdes enligt 2002 års lagstiftning och 7 ärenden som inte hade en bestående nedsättning under minst ett år med en inkomstförlust om minst en femtondel.

Tabell 1.1. Förstagångsbeslut – avslutsanledning och beviljandefrekvens – under år 2010 på ansökan av arbetsskadelivränta på grund av sjukdom utifrån 2002 års lagstiftning. Beslut efter omprövning, verkställande av domslut och ärenden om förlängd arbetsskadelivränta eller ärenden som rörde arbetsolycka eller färdolycksfall var inte inkluderade

<i>Avslutsanledning</i>	<i>Registeruppgifter</i>		<i>Urvalet för aktgranskning</i>		<i>Uppfyllda urvalskriterierna för aktgranskningen</i>	
	K	M	K	M	K	M
Bifall	29	105	29	105	19	80
Ej godkänd arbetssjukdom	411	358	80	72	63	55
Ej nedsatt arbetsförmåga med 1/15	152	146				
Ej varaktig nedsättning av arbetsförmågan	489	369				
Ej inkomstförlust	16	12				

## Bilaga 2

I denna bilaga presenteras antal anställda i olika yrkesområden i Sverige. Uppgifterna utgår från registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS) från Statistiska centralbyrån (SCB) enligt standard för svenska yrkesklassificering (SSYK) på en siffernivå. Som förvärvsarbetande räknas alla personer som bedöms ha utfört i genomsnitt en timmes arbete per vecka under november månad 2009. Även de som varit tillfälligt frånvarande under mätperioden, till exempel på grund av sjukdom, ingår i bedömningen.

Tabell 2.1. Antal anställda 16–64 år i riket år 2009 efter yrkesområde

<i>Yrkesområde</i>	<i>Antal anställda</i>	<i>Andel (%) kvinnor</i>	<i>Andel (%) män</i>
Ledningsarbete	240 100	33	67
Arbete som kräver teoretisk specialistkompetens	707 000	53	47
Arbete som kräver kortare högskoleutbildning	734 100	54	46
Kontors- och kundservicearbete	324 000	68	32
Service-, omsorgs- och försäljningsarbete	777 600	76	24
Arbete inom jordbruk, trädgård, skogsbruk och fiske	32 500	27	73
Hantverksarbete inom byggverksamhet och tillverkning	347 800	5	95
Process- och maskinoperatörsarbete, transportarbete m.m.	366 800	16	84
Arbete utan krav på särskild yrkesutbildning	222 300	55	45
Militärt arbete	10 400	5	95

## Bilaga 3

I denna bilaga presenteras deskriptiva data som ligger till grund för registeranalyserna som presenteras i kapitel 5. Data utgår från registeruppgifter om beslut fattade under år 2009 och år 2010 avseende skadlig inverkan från arbetet grundat på 2002 års bevisregel. Beslut efter omprövning, verkställande av domslut och ärenden om förlängd arbetsskadelivränta eller ärenden som rörde arbetsolycka eller färdolycksfall är inte inkluderade.

Tabell 3.1 visar genomsnittlig tid mellan visandedag för sjukdomen och beslut om livränta.

Tabell 3.2 presenterar registerdata uppdelat på kvinnor och män som får bifall respektive avslag på sin ansökan.

*Tabell 3.1.* Antal dagar mellan visandedag för sjukdomen och beslut om livränta för kvinnor och män. Förstagångsbeslut om livränta på grund av arbetssjukdom under åren 2009-2010

	<i>Genomsnitt</i>	<i>Median</i>	<i>Standard avvikelse</i>	<i>Antal</i>
Män	1118	1002	793	2017
Kvinnor	1101	991	820	2108
<i>Totalt</i>	1109	995	807	4125

*Not.* Skillnaden mellan kvinnor och män i genomsnitt är inte statistiskt signifikant. För 39 kvinnor och 36 män saknas visandedag för sjukdom.

För sjukdomar anges på anmälan den första dagen den som den försäkrade individen varit sjukfrånvarande på grund av arbetssjukdomen (visandedag). Har inte den skadade varit sjukfrånvarande anges datum för individens första kontakt med sjukvården för skadan.

Tabell 3.2. Deskriptiv statistik över bakgrundsvariabler uppdelat på kvinnor och män som får bifall respektive avslag på sin ansökan

	Kvinna				Man			
	Avslag		Bifall		Avslag		Bifall	
	Genom- snitt	St. avvik	Genom- snitt	St. avvik.	Genom- snitt	St. avvik.	Genom- snitt	St. avvik.
Genomsnittlig ålder	52,96	8,91	54,44	8,69	53,78	9,20	55,68	8,86
<i>Andelar (%) med:</i>								
Grundskola	0,09	0,28	0,17	0,38	0,14	0,35	0,16	0,37
Gymnasium	0,65	0,48	0,62	0,49	0,70	0,46	0,75	0,43
Eftergymnasial utbildning	0,26	0,44	0,21	0,41	0,16	0,36	0,09	0,29
Genomsnittlig förvärvsinkomst (SEK)	97906	101000	87261	96848	118646	127601	120674	127520
<i>Andelar (%) som är födda:</i>								
I Sverige	0,73	0,44	0,78	0,42	0,73	0,44	0,84	0,37
I EU (ej Sverige)	0,27	0,44	0,22	0,42	0,27	0,44	0,16	0,37
Utanför EU	0,18	0,39	0,13	0,34	0,19	0,39	0,06	0,24
<i>Andelar (%) med olika diagnoskategorier:</i>								
F_diagnos (psykisk sjukdom)	0,24	0,42	0,23	0,43	0,14	0,35	0,07	0,25
G_diagnos (neurologisk sjukdom)	0,03	0,17	0,06	0,25	0,04	0,19	0,06	0,23
M_diagnos (rörelseorganen)	0,56	0,50	0,45	0,50	0,56	0,50	0,53	0,50
Annan Diagnos	0,11	0,32	0,15	0,36	0,19	0,39	0,28	0,45
<i>Sjukdomshistorik:</i>								
Andel (%) med SP året innan visandedag	0,31	0,46	0,41	0,50	0,26	0,44	0,22	0,41
Antal dagar med SP året innan visandedag	33,09	84,28	42,07	86,53	28,68	79,87	20,63	64,02
Antal dagar med SP från 2001 till visandedag	1090,59	561,35	1005,26	495,20	923,26	570,95	831,33	533,47
Andel (%) med SA året innan visandedag	0,07	0,25	0,03	0,18	0,04	0,19	0,03	0,18
Antal dagar med SA året innan visandedag	21,58	84,75	10,89	60,62	11,62	62,77	9,87	56,63
Andel (%) med SA mellan visandedag och beslut	0,70	0,46	0,73	0,44	0,62	0,48	0,56	0,50
Antal dagar med SA mellan visandedag och beslut	396,01	530,71	516,11	511,42	331,59	473,97	315,35	464,51
Antal observationer	2151							

## Bilaga 4

I denna presenteras detaljerade data som utgör underlaget för resultatredovisningen i kapitel 6. Data utgår från granskning av akter för de 19 kvinnor och 80 män som beviljades livränta på grund av skadlig inverkan från arbetet under år 2010 grundat på 2002 års bevisregel och ett slumpmässigt urval av 63 kvinnor och 55 män som under samma år fick avslag på sin ansökan. Beslut efter omprövning, verkställande av domslut och ärenden om förlängd arbetsskadelivränta eller ärenden som rörde arbetsolycka eller färdolycksfall är inte inkluderade.

I tabell 4.1 och 4.2 redovisas de faktorer som granskades samt hur stor andel av dem som beviljades livränta och hur stor andel av dem som fick avslag som omfattades av den granskade faktorn. En oddskvot (OR) större än 1 visar en högre sannolikhet att beviljas livränta för de ärenden där den granskade faktorn har observerats jämfört med övriga ärenden. Omfattar det 95 % konfidensintervallet (95 % KI) 1 går det inte med säkerhet att fastställa om den granskade faktorn har något samband med bifall eller avslag.

I tabell 4.3 redovisas antal ärenden med sjukdomsdiagnos i rörelseorganen, psykisk ohälsa och övriga diagnoser som beviljades eller fick avslag på ansökan om livränta. I tabellen presenteras även sannolikheten för män jämfört med kvinnor att beviljas livränta inom de olika diagnoskapitlen.

I tabell 4.4 presenteras resultatet av logistiska regressionsanalyser för sannolikheten för män jämfört med kvinnor att beviljas livränta. Dessa analyser tar hänsyn till flera av de inkluderade variablerna samtidigt. Analysen bekräftar resultaten från registeranalysen att den högre sannolikheten för män jämfört med kvinnor att beviljas livränta kvarstår även om hänsyn samtidigt tas till yrke, ålder, typ av besvär, födelseland och om den sökande har sjukersättning.

Tabell 4.1. Faktorer som granskades och hur stor andel av dem som beviljades livränta och hur stor andel av dem som fick avslag som omfattades av den granskade faktorn

<i>Granskad faktor</i>	<i>Andel bifall (%)</i>	<i>Andel avslag (%)</i>	<i>Oddsquot (95 % KI)</i>
Man	81	47	4,82 (2,60-8,94)
55 år eller äldre	71	43	3,17 (1,80-5,58)
Född i Norden	97	89	3,96 (1,04-22,2)
Sjuk- eller aktivitetsersättning	42	48	0,51 (0,28-0,89)
Arbetar i ett yrke med 90 % män (enligt SCB:s yrkesregister)	62	31	2,39 (1,41-4,06)
Hantverksarbete inom byggverksamhet och tillverkning	56	19	5,16 (2,80-9,40)
Den exponering som utreds är vibrationer, kyla, drag, buller eller kemiska risker	37	15	3,31 (1,73-6,32)
<i>Uppgifter i föredragningsmissivet</i>			
Mer än en sjukdomsdiagnos i samma eller olika diagnoskapitel enligt ICD10	60	63	0,88 (0,51-1,52)
Mer än en diagnos i olika diagnoskapitel enligt ICD10	29	30	0,90 (0,54-1,76)
Inte sjukdomsdiagnos om rörelseorgan eller psykisk ohälsa	36	53	1,93 (1,06-3,49)
Hänvisas till 10 underlag eller fler	69	47	2,38 (1,36-4,17)
Utbildningsnivå nämns	5	1	6,20 (0,72-54,0)
Rökning nämns	7	9	0,74 (0,27-1,99)
Social förhållanden, fritid och motionsaktiviteter nämns	7	8	0,82 (0,30-2,24)
Hur ofta exponering förekommit är tydlig	57	40	1,96 (1,14-3,38)
Intensiteten (mängden) av exponeringen är tydlig	45	38	1,35 (0,78-2,33)
Hur länge exponering pågått är tydlig	91	72	3,88 (1,75-8,59)
Finns uppgift om hur länge, hur ofta och intensitet av exponering	36	28	1,32 (0,83-2,61)
Finns uppgift om exponering förutom yrkestitel	93	76	3,33 (1,51-7,31)

Fortsättning på tabell 4.1

<i>Granskad faktor</i>	<i>Andel bifall (%)</i>	<i>Andel avslag (%)</i>	<i>Oddsquot (95 % KI)</i>
<i>Informationskällor om exponering</i>			
Utredning från arbetsmedicin med uppgifter om exponering	25	6	5,64 (2,33-13,68)
Exponeringsuppgifter endast från den försäkrade	78	81	0,85 (0,44-1,16)
Exponeringsuppgifter från företagshälsovården	10	4	2,54 (0,83-7,69)
Exponeringsuppgifter från arbetsgivare	12	21	0,52 (0,24-1,08)
Exponeringsuppgifter från fackförbund	6	8	0,70 (0,24-1,99)
Exponeringsuppgifter från annan källa (till exempel tryckta informationsblad)	12	14	0,88 (0,39-1,96)

Fortsättning på tabell 4.1

<i>Granskad faktor</i>	<i>Andel bifall (%)</i>	<i>Andel avslag (%)</i>	<i>Oddsquot (95 % KI)</i>
Finns FMR utlåtande	96	92	1,96 (0,58-6,57) <sup>1</sup>
FMR:s specialitet är arbetsmedicin	52	30	2,51 (1,43-4,39) <sup>1,2</sup>
Finns vetenskapliga referenser i FMR:s utlåtande	81	75	1,19 (0,58-2,49) <sup>1</sup>
FMR utlåtande finns vetenskapliga referenser från 2006-2010	42	45	0,81 (0,44-1,49) <sup>1</sup>
Endast Arbete & Hälsa som vetenskaplig referens	69	78	1,61(0,84-3,10) <sup>1</sup>
FMR bedömer exponering i hemmet som orsak till sjukdom	0	3	
FMR bedömer exponering fritiden som orsak till sjukdom	1	5	
FMR bedömer åldersdegenerativa förändringar som orsak helt eller delvis till sjukdom	11	35	0,21 (0,09-0,43) <sup>1</sup>
FMR bedömer att det finns en orsak (helt eller delvis) utanför arbetet till sjukdomen	29	73	0,15 (0,08-0,29) <sup>1</sup>
Medicinskt underlag enbart från primärvård	5	7	0,73(0,23-2,30)
Medicinskt underlag från företagshälsovården	43	36	1,39(0,80-2,40)
Medicinskt underlag från arbetsmedicin	25	6	5,36(2,20-13,0)
Med underlag från annan specialistläkare (ortoped, psykiatriker, dermatolog eller öron- näsa-hals specialist)	66	79	0,51(0,28-0,94)

<sup>1</sup> Beräkning för de ärenden där det finns FMR utlåtande, 199 ärenden

<sup>2</sup> Sambandet kan förklaras av att FMR med specialitet inom Arbetsmedicin i större utsträckning tar ärenden som rör fysikalisk exponering. Inom specifika diagnosområde (rörelseorganen/psykisk ohälsa/övriga diagnoser) finns det inget samband mellan specialitet och andel beviljanden.

Tabell 4.2. ISF har specifikt granskat om det i frågor till FMR, i FMR:s utlåtanden och i föredragningsmissivet uttalas något om konkurrerande orsak till sjukdomen eller om den försäkrades befintliga skick\*

<i>Granskad faktor</i>	<i>Andel bifall (%)</i>	<i>Andel avslag (%)</i>	<i>Oddsquot (95% KI)</i>
Handläggare har i frågorna till FMR uttalat försäkrades befintliga skick	8	3	3,25 (0,75-19,47)
Handläggare har i frågorna till FMR uttalat något om konkurrerande skadeorsaker	11	6	1,91 (0,64-6,05)
FMR har uttalat sig om den försäkrades befintliga skick	10	8	1,32 (0,46-3,85)
FMR har uttalat sig om konkurrerande skadeorsaker	43	41	1,11 (0,62-1,98)
FMR har uttalat något om alkohol, fritid, rökning, livshändelser m.m.	9	4	2,17 (0,62-8,55)
Handläggare har begärt in kompletterade medicinskt underlag	1	1	
Handläggare har i sin bedömning uttalat sig om den försäkrades befintliga skick	3	8	0,36 (0,61-1,52)
Handläggare har i sin bedömning uttalat sig om konkurrerande skadeorsaker	10	27	0,30 (0,13-0,69)

\* I metodstödet finns förslag på frågor som handläggaren kan ställa till FMR vid arbetsskadeprövningen. Handläggaren frågar då bland annat om det finns konkurrerande skadeorsaker och den försäkrades så kallade befintliga skick. FMR ska i sin tur redogöra för vilka de eventuella konkurrerande faktorerna är och för betydelsen av att hänsyn ska tas till den försäkrades så kallade befintliga skick. Att handläggarna uttalat sig om konkurrerande skadeorsaker och den försäkrades befintliga skick betyder att handläggaren angett faktorer som kan ha orsakat besvären.

Tabell 4.3. Antal ärenden med sjukdomsdiagnos i rörelseorganen, psykisk ohälsa och övriga diagnoser som beviljats eller fått avslag på ansökan om livränta och sannolikheten för män jämfört med kvinnor att beviljas livränta inom de olika diagnoskapitlen

<i>Undersökt grupp</i>	<i>OR ( 95% KI ) Män jmf med kvinnor</i>	<i>Bifall antal</i>	<i>Avslag antal</i>
Besvär i rörelseorganen	4,16 (1,88-9,21)	53	69
Psykisk ohälsa	7,93 (1,58-39,72)	10	22
Övriga sjukdomsdiagnoser	3,65 (1,10-12,07)	36	27

Tabell 4.4. Sannolikheten för män jämfört med kvinnor att beviljas livränta

	<i>Modell 1 OR (95 % KI)</i>	<i>Modell 2 OR (95 % KI)</i>
Man	4,82 (2,60-8,94)	2,64 (1,27-5,48)
Kvinna (referens)	1	1
55år eller äldre		Ja
Född i Norden		Ja
Uppbär sjukersättning		Ja
Ej diagnos från rörelseorgan eller psykiatrisk diagnos		Ja
Hantverksarbete inom byggverksamhet eller arbete inom tillverkningsindustrin		Ja



# Noter

- <sup>1</sup> I fortsättningen benämns arbetsskadelivränta som livränta.
- <sup>2</sup> Prop. 2001/02:81 s. 101.
- <sup>3</sup> Försäkringskassan (2008), dnr 52460-2007.
- <sup>4</sup> Socialförsäkringsrapport 2008:3.
- <sup>5</sup> Försäkringskassan (2011), dnr 080269-2010.
- <sup>6</sup> Försäkringskassan (2011), dnr 080269-2010.
- <sup>7</sup> Weiner m.fl. (2009).
- <sup>8</sup> Riksrevisionen 2007:32.
- <sup>9</sup> Egen bearbetning av uppgifter ur Försäkringskassans elektroniska diarieföringsystem Diabas.
- <sup>10</sup> Endast förstagångsbeslut inkluderas, vilket innebär ett beslut för en person. Om det förekommit flera avslag anges anledningen till det senaste avslaget.
- <sup>11</sup> Statistiska centralbyråns (SCB) yrkesregister.
- <sup>12</sup> Försäkringskassans vägledning, Förmåner vid arbetsskada 2003:04, (version 9), avsnitt 5.2.5.
- <sup>13</sup> Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm, Dnr 2010-134.
- <sup>14</sup> Försäkringskassans vägledning, Förmåner vid arbetsskada 2003:04, (version 9), ENSA - Processen för att utreda och besluta om rätten till ersättning enligt arbetsskadeförsäkringen, version 2.1.
- <sup>15</sup> Waddell och Burton (2006).
- <sup>16</sup> SCB. Registerbaserad arbetsmarknadsstatistik (RAMS). [www.ssd.scb.se](http://www.ssd.scb.se). Som förvärvsarbetande räknas alla personer som bedöms ha utfört i genomsnitt en timmes arbete per vecka under november månad 2009. Även de som varit tillfälligt frånvarande under mätperioden, t.ex. på grund av sjukdom, ingår i bedömningen.
- <sup>17</sup> Arbetsmiljöverket (2010).
- <sup>18</sup> Leijon, M. m.fl. (2004).

- <sup>19</sup> Arbetsmiljöverket (2010).
- <sup>20</sup> Alexanderson K, m.fl. (2011) och Angelov N m.fl. (2011).
- <sup>21</sup> Socialförsäkringsrapport 2010:17.
- <sup>22</sup> Socialförsäkringsrapport 2011:4.
- <sup>23</sup> LeResche, L. (2000).
- <sup>24</sup> Treaster, D., Burr, D. (2004).
- <sup>25</sup> SOU 2011:15 Rehabiliteringsrådets slutbetänkande.
- <sup>26</sup> SBU (2004).
- <sup>27</sup> Brown, G. W. & Harris, T. (1978).
- <sup>28</sup> Westerholm P (red) (2008).
- <sup>29</sup> Johnson SL. (2009).
- <sup>30</sup> 39 kap. 3, 5 och 7 §§ socialförsäkringsbalken (SFB).
- <sup>31</sup> 41 kap. 2 § SFB.
- <sup>32</sup> 41 kap. 18 § SFB.
- <sup>33</sup> 86-88 kap. SFB.
- <sup>34</sup> Prop. 2001/02:81 s. 41.
- <sup>35</sup> 39 kap. 3 § SFB.
- <sup>36</sup> Prop. 2001/02:81 s. 42.
- <sup>37</sup> Prop. 2001/02:81 s. 43f.
- <sup>38</sup> Försäkringskassans vägledning, Förmåner vid arbetsskada 2003:4, (version 9).
- <sup>39</sup> Prop. 2001/02:81 s. 42.
- <sup>40</sup> Prop. 2001/02:81 s. 43.
- <sup>41</sup> Prop. 2001/02:81 s. 101.
- <sup>42</sup> Prop. 2001/02:81 s. 103f.
- <sup>43</sup> Prop. 2001/02:81 s. 104.
- <sup>44</sup> RÅ 2007 ref. 42.
- <sup>45</sup> Nygård m.fl. (1987) och Nygård m.fl. (1988).
- <sup>46</sup> Den så kallade ILO-företeckningen över arbetssjukdomar,  
<http://www.afaforsakring.se/Forsakringarna/Arbetsskada-TFA/PSA/ILO-forteckningen>.
- <sup>47</sup> AFA (2011) . Karpaltunnelsyndrom är inte inkluderat i besvär från rörelseorganen.

- <sup>48</sup> 42 kap. 10 § SFB.
- <sup>49</sup> Arbetsmiljöverket (2011).
- <sup>50</sup> Arbetsmiljöverket (2011).
- <sup>51</sup> En förutsättning för att redovisas i Arbetsmiljöverkets sammanställning över arbetsskador är att ett antal om minst 10 000 män eller kvinnor är sysselsatta inom yrket.
- <sup>52</sup> 110 kap. 4 § SFB.
- <sup>53</sup> Försäkringskassans årsredovisning för år 2010.
- <sup>54</sup> Beviljandegrad är antalet beviljade livräntor i förhållanden antalet ärenden där Försäkringskassan prövat om övervägande skäl talar för att skadan uppkommit på grund av skadlig inverkan i arbetet (beviljande/ärenden där arbetsskadan prövats). Ärenden där arbetsskadan inte prövats på grund av att individen inte omfattas av försäkringen, ansökan inte är fullständig, eller att varaktighets- eller inkomstvillkoren inte är uppfyllda eller är inte med i beräkningen.
- <sup>55</sup> För detaljerad information se processbeskrivning dnr 58896–07 (Ensa-process för arbetsskador).
- <sup>56</sup> Ett sådant forum är processteamet som består av representanter från varje NFC samt från huvudkontoret.
- <sup>57</sup> Försäkringskassans vägledning, Förmåner vid arbetsskada 2003:04, (version 9), ENSA - Processen för att utreda och besluta om rätten till ersättning enligt arbets-skadeförsäkringen, version 2.1.
- <sup>58</sup> Dåvarande försäkringsläkare
- <sup>59</sup> Försäkringskassan (2011) Dnr 080269-2010.
- <sup>60</sup> Iseskog T (2002).
- <sup>61</sup> Endast förstagångsbeslut, vilket innebär ett beslut för en person. Om det förekommit flera avslag anges anledningen till det senaste avslaget.
- <sup>62</sup> Visandedag – Den första dag som skadan visade sig, som vanligtvis innebär första kontakt med sjukvården med anledning av skadan.
- <sup>63</sup> Urvalet är förstagångsbeslut som gick till en fullständig prövning av arbetssjukdomen under år 2009-210. Datakälla är Försäkringskassans register ULLA. N=2008, för 145 personer saknas uppgift om diagnos och de är inte representerade i figuren. Diagnoskapiteln följer den svenska versionen av ICD10.
- <sup>64</sup> Urvalet är förstagångsbeslut som gick till en fullständig prövning av arbetssjukdomen under år 2009-210. Datakälla är Försäkringskassans register ULLA och uppgifter från yrkesregistret år 2008. För yrke är n=2041, för 112 personer saknas uppgift om yrke och de är inte representerade i figuren.
- <sup>65</sup> Tidskriften Arbete & Hälsa gavs tidigare ut av Arbetlivsinstitutet och numera av Arbets- och miljömedicin vid Göteborgs universitet. Westerholm P. är redaktör för

Arbete & Hälsa Nr 2002:15 och Nr 2008:1. Hansson T. och Westerholm P. är redaktörer för Nr 2001:12.

- <sup>66</sup> Arbete & Hälsa 2001:12, sid. 34.
- <sup>67</sup> Arbete & Hälsa 2001:12, sid. 38.
- <sup>68</sup> Med kvinno-, respektive mansdominerat yrke menas att minst 60% av de anställda är kvinnor eller män. Källa är SCB:s yrkesregister.
- <sup>69</sup> Uppgifter från SCB:s yrkesregister.
- <sup>70</sup> Prop. 2001/02:81 s. 101.
- <sup>71</sup> Prop. 2001/02:81 s. 40.
- <sup>72</sup> HFD 2011 ref. 26.
- <sup>73</sup> Försäkringskassans vägledning, Förmåner vid arbetsskada 2003:04, (version 9).
- <sup>74</sup> Edling C m.fl. (2010).
- <sup>75</sup> Uppgifterna är inhämtade från Arbets- och miljömedicinska klinikernas patientstatistik.
- <sup>76</sup> Besök på LO-TCO rättsskydd juni 2011 och Sammanställning av enkät - Förbundens uppfattning om nedgången av arbetsskadeärenden och orsaken härtill som genomfördes inför Almedalsveckan 2009.
- <sup>77</sup> Torén (2010).
- <sup>78</sup> [www.ask.dk/statistik/](http://www.ask.dk/statistik/) (2010).
- <sup>79</sup> NOU 2008:11.
- <sup>80</sup> <http://www.nav.no>. (2010).
- <sup>81</sup> Finska Arbetshälsoinstitutet <http://www.ttl.fi/> och personlig kontakt (2011).
- <sup>82</sup> Torén (2010).
- <sup>83</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2004 avseende Riksförsäkringsverket.
- <sup>84</sup> Försäkringskassans IM- meddelande 2011:042.
- <sup>85</sup> Lindqvist och Wadensjö (2010), Weiner (2009).
- <sup>86</sup> Lindqvist och Wadensjö (2010).

