

# Fördomar eller okunskap - könsasymmetrier i handläggning?

Helena Stensöta, Eva Andersson & Helena Sandén

Kvinnor har något svårare att få ersättning än män från arbetsskadeförsäkringen. Tidigare studier fokuserar främst på egenskaper hos de försäkrade, vi undersöker istället om bedömningar i handläggningen kan bidra till skillnaderna genom omedvetna bias och/eller kunskapsluckor. Vi använder ett datamaterial bestående dels av en enkät med ett vinjettexperiment som riktats till samtliga handläggare och dels reella arbetsskadeakter. Undersökningen ger inte stöd för att handläggarna diskriminerar utifrån kön, men att den medicinska bedömningen ofta är undermålig. Vi rekommenderar utökad utbildning av handläggare för att undvika rättsosäkra bedömningar och risk för ojämlikhet i utfall av arbetsskadeärenden med avseende på kön.

*Nyckelord:* Arbetsskador, Försäkringskassan, Genus, Närbyråkrater

Kvinnor har något svårare att få ersättning från arbetsskadeförsäkringen än män, men varför det förhåller sig på detta sätt har inte kunnat förklaras till fullo. Skillnaden i beviljandegrad har till viss del förklarats av att kvinnor förvärvsarbetat i lägre utsträckning än

## FÖRFATTARE

Helena Stensöta, professor, Statsvetenskapliga institutionen, Göteborgs universitet, helena.stensota@pol.gu.se

Eva Andersson, docent, överläkare, Arbets- och miljömedicin, Samhällsmedicin och folkhälsa Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, eva.andersson@amm.gu.se

Helena Sandén, med. dr., överläkare, Arbets- och miljömedicin, Samhällsmedicin och folkhälsa, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, helena.sanden@amm.gu.se

män (Weiner et al 2009). En senare rapport visar dock att kvinnor har en lägre sannolikhet att beviljas livränta, även efter att hänsyn tagits till utbildning, födelse- och diagnoskapitel och att den oförklarade skillnaden uppgår till fem procentenheter (ISF 2011:15, se också Socialförsäkringsrapport 2011:16; ISF 2019:10). En faktor som lyfts fram som viktig för att förklara skillnaden är yrke. En möjlig förklaring är att förutsättningarna för arbetsmiljöarbetet skiljer sig åt mellan mans- och kvinnodominerade arbeten eftersom uppkomsten av skadlig inverkan påverkas av arbetsmiljön.

## HANDLÄGGARNAS BETYDELSE FÖR UTFALLET

Den här studien bidrar till forskningsfältet genom att undersöka betydelsen hos utredningen av arbetsskador så som den genomförs av försäkringskassan och läkare. Utgående från implementeringsforskningen har handläggning betydelse eftersom handläggare utnyttjar sitt handlingsutrymme på olika sätt. Det var Michael Lipsky (1980) som först riktade ljuset på hur en speciell typ av byråkrater som han kallade närbyråkrater och som karaktäriserades av att de hade stor makt över klienternas liv och ofta interagerade med dem på daglig basis, utövar politik genom sitt handlingsutrymme. Lipsky menade att socialarbetare, lärare och poliser är exempel på närbyråkrater men senare har hans teori applicerats på en rad andra yrken, däribland handläggare på Försäkringskassan (Stensöta Olofsdotter 2010). Även om olika typer av handläggare kan ha olika stort handlingsutrymme, är det vår uppfattning att de generella regler som utredarna såväl som beslutsfattarna arbetar efter, är av sådan karaktär att det lämnar handlingsutrymme i hur reglerna ska tolkas vilket gör att Lipskys teori kan användas. Med det menar vi att handläggarna har möjlighet att ta hänsyn till specifika faktorer i varje ärende, utifrån vilken den sammanvägande bedömningen sker. En sådan bedömning är exempelvis jämförbart arbete. Detta motiverar frågan om handläggarnas bedömningar kan bidra till de könsskillnader som märks i utfallet av arbetsskadeförsäkringen.

Undersökningen som presenteras är tudelad. Denna artikel utgör en bearbetning/vidareutveckling av material tillhandahållet i samband med ett regeringsuppdrag till Inspektionen för socialförsäkringar (ISF) gällande en jämställdhetsanalys av Försäkringskassans handläggning av arbetsskadeförsäkringen (ISF 2019:10, avsnitt 3.2 resp 3.3).

En första del undersöker skillnader i handläggares bedömning av arbetsskadeärenden med avseende på kön hos den försäkrade. Ett unikt datamaterial har samlats in i form av en enkätstudie med vinjettextperiment där könsfaktorn har manipulerats, riktat till samtliga på Försäkringskassan som arbetade med arbetsskadeärenden november 2018, vilket var 144 stycken. 114 av dessa har besvarat

enkäten, det vill säga 79 procent. Designen syftar till att frilägga eventuell omedveten diskriminering utifrån kön i ärendehantering. Två frågor besvaras i denna delstudie:

1. Anser handläggarna att de har handlingsutrymme?
2. Märks skillnader i hur handläggare inom arbetsskadeförsäkringen bedömer ärenden med avseende på den sökandes kön?

En nackdel med experiment är som alltid att de presenterar fiktiva situationer som kan skilja sig från reella, i det här fallet är det framförallt omfattningen av underlaget som är mångdubbelt mer omfattande i reella fall. Vi har därför också kartlagt den reella handläggningen genom en studie av den medicinska bedömningen i akter. Den medicinska bedömningen är central för beviljande av livränta. Den är initialt viktig när det gäller bedömning huruvida den anmälda arbetsskadan har lett till varaktigt nedsatt arbetsförmåga. Likaså är den medicinska bedömningen sedan viktig vid bedömning av sambandet mellan exponering på arbetet och den anmälda arbetsskadan. De frågor som ställs i denna delundersökning är:

3. Märks variationer i de medicinska bedömningarna med avseende på den försäkrades kön?
4. Är kvaliteten på de medicinska bedömningarna tillfredsställande?

## ARBETSSKADEPROCESSEN

Den lagstadgade arbetsskadeförsäkringen som försäkringskassan hanterar syftar till att skydda den som blir sjuk eller skadas till följd av sitt arbete från ekonomisk förlust. En första förutsättning för att kunna bevilja livränta är att de så kallade grundkraven (41 kap. 2 § Socialförsäkringsbalken) är uppfyllda. Dels ska den försäkrade, som en följd av en arbetsskada, ha fått sin förmåga att skaffa sig inkomst genom arbete nedsatt med minst en femtondel och inkomstförlusten ska uppgå till minst ett fjärdedels prisbasbelopp (inkomstkravet). Dels ska det kunna antas att nedsättningen av förmågan att skaffa sig inkomst kan bestå ett år (varaktighetskravet). För att varaktighetskravet ska vara uppfyllt ska det vid en viss tidpunkt finnas en medicinsk prognos som uttalar att det från denna tidpunkt kan antas att den försäkrades arbetsförmåga kommer att vara nedsatt under minst ett år framåt i tiden. Först när båda grundkraven för rätten till livränta är uppfyllda prövar Försäkringskassan huruvida skadan har samband med arbetet och om skadan därmed kan godkännas som arbetsskada.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Beviskravet anses ge uttryck för en ”överviktsprincip” där en helhetsbedömning av omständigheterna i det särskilda fallet ska göras; se prop. 2001/02:81 s. 120. Beviskravet omfattar både skadeorsaken och orsakssambandet; se SOU 2017:25 s. 60.

Begreppet arbetsskada är en juridisk konstruktion men innehåller försäkringsmedicinska aspekter. I försäkringskassans vägledning (Förmåner vid arbetsskada 2003:4, version 16) framgår att det är en försäkringsjuridisk bedömning att ta ställning till huruvida arbetsförmågan är nedsatt och om övervägande skäl talar för att arbetet har orsakat eller försämrat den försäkrades besvär. Utredning och förslag till beslut görs av handläggare på Försäkringskassans arbetsskadeenhet. Handläggarna har möjlighet att begära in kompletterande journaler och intyg från sjukvården samt ställa frågor till den försäkringsmedicinska rådgivaren (FMR) som kan göra en försäkringsmedicinsk bedömning. Beslutsfattare gör en granskning av ärendet och står sedan bakom det slutgiltiga beslutet.

Arbetsförmåga kan beskrivas som en balans mellan individens resurser och arbetets krav. Det varierar från person till person vilka begränsningar en viss sjukdom ger i ett specifikt arbete. Bedömningen av arbetsförmågan måste därför alltid göras individuellt och utifrån intyg som innehåller en tydlig beskrivning av individens sjukdom och de funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar som den ger. Försäkringskassan ska ta ställning till om de undersökningsfynd, tester och observationer som framkommer i de enskilda underlagen visar att sjukdomen ger sådana funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar att den försäkrades arbetsförmåga är varaktigt nedsatt minst 12 månader framåt i tiden. FMR kan hjälpa till att bedöma om den behandlande läkarens beskrivning av DFA-kedjan (diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning) är logisk och tillräckligt utförlig och om man mer specifikt bör efterfråga medicinsk prognos hos behandlande läkare för att kunna ta ställning till varaktigheten. FMR kan också hjälpa till att bedöma huruvida diagnosen är klarlagd samt hitta medicinska faktorer som talar för och mot att arbetet orsakat eller försämrat den försäkrades besvär om ärendet går vidare till sambandsbedömning. Vidare kan FMR belysa huruvida den försäkrade är extra sårbar för faktorer i arbetslivet samt om det finns konkurrerande faktorer. Likaså kan FMR beskriva det nuvarande vetenskapliga kunskapsläget gällande sambandet mellan exponeringen och sjukdom eller besvär. Enligt vägledningen är det dock inte FMR:s uppgift att fylla ut tomma luckor i de medicinska underlagen. Ett yttrande av FMR får inte ersätta nödvändiga kompletteringar av medicinska underlag från intygsskrivande och/eller behandlande läkare. Om underlaget är ofullständigt bör handläggare alltid i första hand komplettera underlaget genom kontakt med behandlande läkaren. Däremot kan FMR hjälpa handläggaren att hitta eventuella kompletteringsbehov och formulera frågor till läkaren. FMR kan också hjälpa till att tolka vad som faktiskt står i de medicinska underlagen. De kan däremot inte spekulera utifrån uppgifter som inte finns i underlagen.

Sammanfattningsvis hanterar handläggare och beslutsfattare flera försäkringsmedicinska bedömningar och ställningstaganden i arbetsskadeförsäkringen och de

försäkringsmedicinska rådgivarna kan vara behjälpliga med att säkra den medicinska kvaliteten i dessa bedömningar.

## STUDIEDESIGN OCH METOD

I den första studien (survey med vinjettexperiment) används ett unikt datamaterial som riktats till samtliga handläggare av arbetsskadeärenden på Försäkringskassan. I experimentet prövades om handläggarnas bedömningar i arbetsskadeärenden varierade beroende på om den försäkrade i ett fiktivt fall, så kallade ”typärenden”, som presenterades beskrevs som en kvinna eller en man. De fingrade ärendena i experimentet utvecklades i dialog med handläggare och FMR. Ärendena varierade diagnos och yrkesområde och kontrasterade sjukdomar som kopplas typiskt till manliga respektive kvinnliga diagnoser (ryggbesvär och utmattningssyndrom) och typiskt manliga respektive kvinnliga yrkesområden (arbete inom bygg/tillverkningsindustri- respektive vårdsektorn). Ärendena presenterades för respondenterna med slumpvis antingen en manlig eller en kvinnlig försäkrad som sökande. Fallbeskrivningarna följdes av ett antal följdfrågor där de svarande ombads att ta ställning till samma typ av bedömning som de vanligtvis gör i sitt arbete: en bedömning om regeln om varaktighet var uppfylld samt en fråga om uppskattad inkomstförlust om minst en femtondel. Fallen återfinns i appendix 1. Det bör poängteras att ärendena är mer knapphändert beskrivna än vad arbetsskadeärendena är i verkligheten. Ett verkligt arbetsskadeärende är vanligtvis mer omfattande och komplext än vad som är möjligt att hantera i en undersökning som den vi genomfört.

Surveyn distribuerades via e-post i november 2018 till samtliga handläggare, FMR och beslutsfattare för arbetsskadeärenden inom Försäkringskassan. Förutom vinjettexperimentet till handläggarna innehöll enkäten flera allmänna frågor, exempelvis om de svarande känner förtroende för att försäkringen tillämpas rättvist, och hur de bedömer sitt handlingsutrymme. Svarsfrekvens visas i *tabell 1* nedan.

Tabell 1. Svarsfrekvens enkät med vinjettexperiment

	Antal som fått enkäten	Antal svarande	Antal svarande kvinnor	Antal svarande män	Svarsfrekvens procent
<b>Totalt</b>	144	114	77	37	79 %
<b>Utredare</b>	113	84	66	18	74 %
<b>Beslutsfattare</b>	15	14	7	7	93 %
<b>Försäkringsmedicinsk rådgivare</b>	16	15	3	12	94 %

Enkäten analyserades med hjälp av regression (Ordinar Least Square - OLS). I experimentet var svarsalternativen tredelade i (a) styrkt/ja, (b) ej styrkt/nej och (c) "det behöver utredas mer" och tre dummyvariabler konstruerades så att 24 (3x8) olika vinjetter analyserades som beroende variabel i regression (OLS) där kön var den oberoende variabeln och inga kontrollvariabler inkluderades. När de övriga enkätfrågorna analyserats har ibland multivariat regressionsanalys (OLS) använts genom att kontrollvariabler som ålder och ibland kontorstillhörighet förs in i analysen. Enkäten distribuerades till samtliga personer i de tre yrkeskategorierna vilket ger ett totalurval. Vi har inte gjort powerberäkningar innan eftersom artikeln baseras på material från ett uppdrag där urvalet var förutbestämt. Förutsättningar har egentligen inte funnits att svara på om det finns statistiska skillnader, utan detta får främst betraktas som en deskriptiv studie.

I den andra studien granskades arbetsskadeakter ur ett medicinskt perspektiv av två överläkare från en Arbets- och miljömedicinsk klinik. Båda granskarna har lång erfarenhet av medicinska sambandsutredningar. En av granskarna har även arbetat som FMR på Försäkringskassans arbetsskadeenhet. Materialet som erhöles i samband med ISFs utredning bestod av 139 slumpvis utvalda kompletta ärendeakter (innehållande journal från Försäkringskassans ärendehanteringssystem, beslut, missiv samt diverse beslutsunderlag). Urvalet baserades på utfallet av Försäkringskassans prövning; minst hälften skulle vara ärendeakter gällande avslag på grund av att grundkrav inte var uppfyllt samt ungefär lika fördelat ärendeakter gällande avslag respektive bifall efter sambandsbedömning. Det fanns en strävan att få lika antal kvinnor och män. Urvalet av akter utifrån utfall medförde att diagnosgrupperna blev ojämnt fördelade med proportionellt fler ärendeakter med diagnoser i rörelseorganen än med psykisk sjukdom liksom fördelningen av könen mellan olika diagnosgrupper.

Tabell 2. Fördelningen av granskade akter avseende beslut

	Sjukdomar i rörelseorganen		Psykiska sjukdomar		Antal akter
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	
Avslag, grundkrav	20	37	22	4	83
Avslag, sambandsbedömning	9	13	3	1	26
Bifall, sambandsbedömning	5	12	10	3	30
<b>Antal akter</b>	<b>34</b>	<b>62</b>	<b>35</b>	<b>8</b>	<b>139</b>

Tabell 2 visar fördelning av antalet studerade akter på dels diagnosområde (rörelseorganens sjukdomar och psykiska sjukdomar) och dels kön. Dessutom har akterna

delats in efter typ av avslut: avslag grundkrav, avslag sambandsbedömning, godkänd sambandsbedömning.

De medicinska granskarna har för varje akt gjort en oberoende bedömning av kvaliteten på den medicinska handläggningen och bedömningen, dels för akten som helhet, dels för varaktighetsregeln specifikt eftersom ISF i en tidigare rapport noterat otillräckliga utredningar gällande varaktigheten (ISF 2015:14 s 50). Granskarna har inte tagit ställning till huruvida arbetsskadeärendet handlagts juridiskt korrekt. I den medicinska granskningen gällande varaktigheten bedömdes huruvida nedsatt arbetsförmåga var utredd och bedömd korrekt och det värderades också huruvida man hade tagit ställning utifrån korrekt diagnos. I granskningen av akten som helhet ingick även att bedöma om sambandsutredningen mellan exponering och sjukdom var korrekt och huruvida man på ett korrekt sätt hanterat värdering av exponering, medicinsk sårbarhet, konkurrerande faktorer samt det vetenskapliga kunskapsläget, men sambandsutredningen har inte betygsatts specifikt. Varje akt har alltså fått två värden på kvalitet, ett för akten som helhet och ett för varaktighetsregeln specifikt.

Kvaliteten graderades i båda fallen i tre steg av båda granskarna; undermålig (1), acceptabel - men med anmärkning (2) och korrekt (3). Ibland upplevde granskarna att betygsstegen blev för grova och några ärenden låg mitt emellan stegen, så även när de båda bedömningarna skulle vägas samman. De ärenden som bedömdes överstiga 2 betraktades som godkända. En akt kunde sammantaget bli godkänd som helhet men inte bli godkänd gällande varaktighet. Detta då den slutliga gemensamma bedömningen ändå blev att den handlagts medicinskt acceptabelt.

Varje akt granskades av de två medicinska granskarna separat. I de fall där bedömningen skilde sig åt mellan granskarna, diskuterade de därefter orsakerna till detta med syfte att komma till en gemensam bedömning. I majoriteten av ärendeakterna (73 procent) var granskarna helt eniga och efter diskussion var de relativt eniga även på de resterande ärendeakterna. I två av akterna var granskarna dock relativt oeniga, och i de fallen handlade det om huruvida frågan om varaktighet var tillräckligt utredd. I de två fallen enades granskarna om att de var godkända som helhet men att de blev underkända gällande specifikt varaktigheten.

Vid gruppjämförelse av kvalitet i de medicinska akterna har Fisher's exakta test använts, då det är få individer i varje grupp. P-värde  $< 0,05$  anses vara signifikant. P-värde har angetts i tabeller om resultatet är signifikant.

## RESULTAT OCH DISKUSSION

### Handläggarna anser sig ha handlingsutrymme

Tesen att handläggarna kan bidra till att förklara variation i arbetsskador bygger på att de har handlingsutrymme att påverka besluten i ärendet. I enkäten ställdes inledningsvis allmänna frågor som låter oss undersöka i vilken utsträckning handläggarna menar att de har handlingsutrymme och hur de generellt utnyttjar det. Enkäten inleddes med en allmän fråga om respondenternas allmänna uppfattning om hur försäkringen fungerar. Frågan lød: "Har du förtroende för att ärenden bedöms "rätt" i arbetsskadeförsäkringen, i meningen att regelverket följs?" och besvarades på en skala mellan (1) "Nej, inget förtroende alls" och (4) "Ja, starkt förtroende". En överväldigande majoritet av de svarande i samtliga tre kategorier sade sig känna förtroende för att ärenden bedöms rätt i betydelsen att regelverket följs. 71 procent av de svarande, när samtliga yrkeskategorier läggs i en grupp, anger att de känner "starkt förtroende" för att ärenden bedöms rätt i betydelsen att regelverket följs. Andelen är högst bland FMR (80 procent), något lägre bland handläggarna (71,5 procent) samt lägst bland beslutsfattarna (57 procent).

Enkäten innehöll vidare två specifika frågor om den svarande tror att det förekommer skillnader i bedömningen av kvinnor och män. Båda frågorna besvarades på en skala mellan 1 och 4, enligt samma modell som ovan där två av svaren uttryckte jakande svar i olika styrka och två av dem nekande svar. Den första frågan lød: "Tror du att det finns skillnader i hur kvinnor och män med liknande diagnos och exponering bedöms i rätten för livränta?" En andra fråga handlar om den svarande tror att det förekommer skillnader i bedömningen i kvinno- respektive mansdominerande yrken: "Tror du att det finns skillnader i hur rätten till livränta beviljas i kvinno- respektive mansdominerande yrken?" *Tabell 3* visar resultaten beskrivande, ingen signifikantest av skillnaderna har genomförts.



Tabell 3. Andel (procent) av respektive yrkesroll (utredare, försäkringsmedicinsk rådgivare, beslutsfattare) som svarar ja på respektive fråga i enkäten.

	"Tror du att det finns skillnader i hur kvinnor och män med liknande diagnos och exponering bedöms i rätten för livränta?"						"Tror du att det finns skillnader i hur rätten till livränta beviljas i kvinno- respektive mansdominerade yrken?"					
	Utredare		FMR		Beslutsfattare		Utredare		FMR		Beslutsfattare	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man
Nej inga skillnader	15	36	50	17	14	14	6	21	50	9	0	14
Nej knappast	33	36	0	50	57	29	21	29	0	55	57	0
Ja delvis	48	28	50	33	29	57	57	43	50	36	43	72
Ja stora	4	0	0	0	0	0	15	7	0	0	0	14

När det gäller den första frågan om det finns skillnader i hur män och kvinnor med liknande diagnos och exponering bedöms, märks i *tabell 3* att en övervägande del av samtliga yrkeskategorier antingen menar att det inte förekommer några skillnader, det vill säga svarar något av de två nekande kategorierna, eller att det endast delvis förekommer sådana skillnader. FMR utmärker sig genom att i något lägre grad anse att det förekommer skillnader. Vidare märks könsskillnader, 48 procent av de kvinnliga handläggarna (25 av 48) svarar "ja delvis" (svarsalternativ 3) mot endast 28 procent av männen (4 av 14). Ingen man svarar "ja stora skillnader". Intressant är att könsskillnaden kvarstår i en multivariat (fyra variabler OLS) regression när ålder på handläggarna såväl som kontorstillhörighet förs in i analysen. Kön är då den enda variabel som förblir signifikant. En möjlig tolkning är att kvinnor är mer uppmärksamma på ojämlikhet med avseende på kön. En sådan skillnad mellan kvinnor och män med avseende på känslighet inför könsdiskriminering har märkts i studier inom andra områden, som exempelvis i studier av jämställdhet inom akademien (Stensöta Olofsdotter 2020).

När det gäller den andra frågan om respondenterna tror att det finns skillnader i hur rätten till livränta bedöms beroende på kvinno- eller mansdominerade yrken svarar en övervägande del av de kvinnliga utredarna jakande, liksom de manliga beslutsfattarna. Ingen av de svarande FMR svarar att det förekommer "stora skillnader" och endast 38 procent anser att det "delvis" förekommer skillnader. Samtliga skillnader som redovisas ovan har inte signifikant testats utan ska enbart ses som beskrivande.

Sammanfattningsvis anser alltså handläggarna i störst utsträckning att det görs skillnader i bedömning. En anledning till detta kan vara att handläggarna har närmare kontakt med de försäkrade än de andra yrkeskategorierna och därför också tydligare ser deras situation. Detta kan tolkas som att handläggare med närmare kontakt med klienter kan identifiera sig med dessas behov, vilket

stämmer med antaganden inom närbyråkratisk forskning. När det gäller betydelsen av de försäkrades yrke för bedömningen, anser både handläggare och beslutsfattare i högre grad att det finns sådana skillnader, vilket vi återkommer till i diskussionen av vinjettextperimentet.

En annan fråga som ställts till samtliga tre yrkeskategorier handlar om hur de svarande upplever sin roll. Enkäten presenterar tre olika påståenden och ber respondenterna rangordna hur väl de känner sig hemma i dem. Rollerna är: 1. ”Lägger vikt vid lagar och regler” vilket motsvarar ett traditionellt byråkratiskt förhållningssätt, 2. ”Lägger vikt vid att vägleda klienten så att han/hon kan ta tillvara sina intressen”, vilket motsvarar ett närbyråkratiskt förhållningssätt och 3. ”Lägger vikt vid att följa professionsspecifika argument och normer”, vilket motsvarar ett professionellt förhållningssätt som kan placeras mellan de två första.

I tidigare forskning om hur handläggare inom socialförsäkringen kan agera har regel- och klientorientering kontrasterats, dels i Lipskys ursprungliga tes och dels inom forskning om socialförsäkringsadministration specifikt, där just begreppen ”regel- och klientorientering” utvecklats (Stensöta, 2006; 2010). Vikten av professionella normer, dvs. som hör ihop med yrke, har sin bas i forskning om professioner. *Tabell 4* visar procentandelar inom respektive yrkeskategori som känner igen sig i respektive roll.

**Tabell 4.** Andel (procent) som känner igen sig i respektive påstående avseende bedömning av arbetsskada

	Handläggare	FMR	Beslutsfattare
Lägger vikt vid att följa lagar och regler	78	71	85
Lägger vikt vid att vägleda klienten så att han/hon kan ta tillvara sina intressen	23	7	0
Lägger vikt vid att följa professionsspecifika argument och normer	12	21	14

Som framgår av *tabell 4* märks både likheter och skillnader mellan de olika yrkeskategorierna. Den roll som de flesta inom varje yrkeskategori känner sig hemma i är ”lägger vikt vid lagar och regler” och här märks ingen skillnad mellan kvinnliga och manliga respondenter (visas ej i tabell). När det gäller rollen som handlar om att vägleda klienten är skillnaderna relativt stora mellan olika yrkesroller, bland beslutsfattarna känner sig ingen respondent hemma i denna kategori medan 23 procent av handläggarna gör det.

Detta har sannolikt sin förklaring i att handläggarna i sin yrkesroll har mer kontakter med de försäkrade än de andra rollerna, vilket gör att hänsynen till dem blir starkare. När det gäller de professionsspecifika argumenten är det en mindre andel av samtliga yrkeskategorier som anger detta.

Enkäten innehöll också några frågor som specifikt riktade sig till handläggarnas yrkesroll och hur de utnyttjar sitt handlingsutrymme. En första fråga handlar om huruvida handläggarna upplever att de har ett handlingsutrymme. Frågan är tudelad i de två typerna av beslut som handläggarna fattar, medicinsk varaktighet respektive nedsatt inkomstförmåga. ”Hur stort bedömningsutrymme anser du att du har vid bedömning av inkomstförmåga eller skada?” respektive ”Hur stort bedömningsutrymme anser du att du har vid bedömning av medicinsk varaktighet?”

Tabell 5. Utredningsskyldighet och bedömningsutrymme (procent)

	1. I vilken utsträckning anser du att du uppfyller ...		2. Hur stort bedömningsutrymme anser du att du har vid bedömning av...				
	utredningsskyldigheten? N=63 kvinnor och 18 män.		a. inkomstförmåga N=59 kvinnor, 17 män		b. medicinsk varaktighet N=59 kvinnor, 17 män		
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
Inte alls intensivt	0	0	2	6	5	6	Inget alls
Delvis intensivt	0	6	32	29	49	41	Mycket litet
Intensivt	33	44	61	47	46	35	Ganska stort
Mycket intensivt	67	50	5	18	0	18	Mycket stort

Kommentar: Den vänstra skalan hör till fråga 1. Den högra skalan hör till fråga 2a och 2b.

I tabell 5 märks att en högre andel män anger att de har ett ”mycket stort” bedömningsutrymme både när det gäller bedömning av inkomstförmåga och medicinsk varaktighet. Ungefär hälften av utredarna svarar att handlingsutrymmet är ganska eller mycket stort. Det är en mycket liten andel som svarar att de inte alls har något handlingsutrymme. Den första forskningsfrågan kan alltså besvaras jakande, handläggarna anser att de har handlingsutrymme och manliga handläggare anser detta något mer intensivt. Handlingsutrymmet mäts från ”inget alls” (1) till ”mycket stort” (4).

När det gäller utredningsskyldigheten: ”i vilken utsträckning anser du att du uppfyller utredningsskyldigheten?” besvarades frågan på en fyrgradig skala från ”inte alls intensivt” (1) till ”mycket intensivt” (4), Av tabell 5 märks deskriptivt en svag skillnad mellan grupperna kvinnor och män, så att en något större andel kvinnor anger att de uppfyller utredningsskyldigheten mycket intensivt. När respondenternas ålder förs in i en trivariat regression (OLS) upphör kön att vara signifikant, men när dessa variabler bibehålls och även kontor förs in i analysen blir kön återigen signifikant.

Vår tolkning av resultaten på dessa två frågor sammantaget är att det är positivt att utreda ärenden intensivt och att det troligtvis hänger samman med intensiv uppmärksamhet vilket ger större chans att bedömningen är korrekt. Vi utgår då från att respondenterna med intensivt menar att de ägnar fallet intensiv uppmärksamhet och detta torde vara positivt. Huruvida detta hänger samman med korrekta bedömningar i en medicinsk eller juridisk mening är naturligtvis en annan fråga eftersom det här är utredarnas attityder som undersöks.

### **Vinjettextexperiment: Inga signifikanta könsskillnader**

Vinjettextexperimentet innehöll fyra fingerade ärenden där könet på den försäkrade varierades slumpvis. Stimulit som varierades var alltså biologiskt kön. Beskrivningen av typärendet följdes av två frågor som handläggarna vanligtvis bedömer: "Hur skulle du bedömt frågan om den försäkrade kommer att ha en nedsatt inkomstförmåga om minst en femtondel?" samt "Hur skulle du bedömt den medicinska varaktigheten i ovanstående fall?". I båda fallen var svarsskalan tredelad: 1. "styrkt/ja" 2. "ej styrkt/nej" och 3. "det behöver utredas mer". Tre beroende variabler har konstruerats som i vart och ett av fallen kontrasterats som dummyvariabler mot de övriga två svarskategorierna och analyserats i regression (OLS). Svaren har analyserats dikotomt, det vill säga den oberoende variabeln har varit kön och inga kontrollvariabler har förts in.

Resultaten av experimentet visar inga signifikanta skillnader ( $p > 0,05$ ) i handläggarnas bedömning beroende på om den försäkrade beskrivs som en kvinna eller en man. Vår hypotes om att det fanns en könsskillnad kunde således inte bekräftas. Samtliga personer som arbetar med frågan som utredare har ombetts besvara enkäten (se vidare appendix vad gäller i experimentet till utredarna).

Det bör tilläggas att de svarande kan ha varit medvetna om att undersökningen ingick i ett regeringsuppdrag med syfte att utröna just skillnader i handläggning med avseende på kön. Detta angavs inte i inledningen till enkäten, men ett fritextsvar avslöjar att denne respondent hade kunskap om att könsskillnader för närvarande uppmärksammades av Försäkringskassan, vilket gör att vi inte kan utesluta att även andra svarande handläggare var medvetna om vad som undersöktes i experimentet, vilket kan ha påverkat deras svar. Med detta förbehåll i bagaget drar vi ändå slutsatsen att det inte förekommer någon omedveten diskriminering av kvinnor i handläggarnas bedömningar, vilket leder in till vår andra studie.

### **Medicinsk granskning av akter**

Den medicinska bedömningen är en central del i arbetsskadeförsäkringen och har stor betydelse för utfallet. I en situation där handläggarna har handlingsutrymme,

vilket enkätsvaren stöder att de flesta anser sig ha, kan den medicinska bedömningen som handläggare gör leda till olika utfall. Syftet med den medicinska granskningen av akterna var att upptäcka eventuella variationer och skillnader i bedömningarna avseende kön på den försäkrade men också avseende vissa sjukdomsgrupper. Vi har fått akter från en tidsperiod på cirka 1,5 år, vilket gör att en analys av förändringar i bedömningar över denna tid också kan göras.

I ett första steg undersöktes den övergripande frågan om det finns någon könsasymmetri i bedömningen av kvaliteten i akterna. I granskningen framkommer inte några uppenbara könsasymmetrier i de medicinska bedömningarna. Det gäller för samtliga typer av granskade ärenden.

Den första bedömning som gjordes av granskarna gällde kvalitet i de medicinska bedömningarna i akterna i sin helhet. *Tabell 6* visar andel akter som bedöms ha godkänd kvalitet, dvs. överstiger 2 i kvalitetsbedömningen.

**Tabell 6.** Antal och andel akter där medicinsk kvalitet bedömts som godkänd av externa granskare.

Avslutsanledning	Sjukdomar i rörelseorganen		Psykiska sjukdomar		Andel med godkänd kvalitet
	Kvinnor N=34	Män N=62	Kvinnor N=35	Män N=8	
Avslag, grundkrav	16 av 20	25 av 37	13 av 22	1 av 4	66 % av 83
Avslag, sambandsbedömning	5 av 9	10 av 13	2 av 3	1 av 1	69 % av 26
Bifall, sambandsbedömning	5 av 5	11 av 12	9 av 10	3 av 3	93 % av 30
Andel med godkänd kvalitet	76 %	74 %	69 %	63 %	73 % av 139

Sammanfattningsvis framkommer inte några tydliga könsasymmetrier i kvaliteterna på de medicinska bedömningarna totalt för de olika avslutsanledningarna. Om akterna delas upp i sjukdomsgrupperna: rörelseapparatusens sjukdomar respektive psykiska sjukdomar framkommer inte heller någon tydlig könsasymmetri i bedömningarna, vilket visas i *tabell 6*. När det gäller de ärenden som gått vidare till sambandsutredning är dessa dock relativt få i de undersökta akterna, vilket gör det svårt att dra någon slutsats.

I ett andra steg undersöktes kvaliteten i bedömningen av varaktigheten specifikt. *Tabell 7* nedan visar godkända akter i den medicinska granskningen med avseende på varaktighet.

**Tabell 7.** Antal och andel akter där kvalitet bedömts som godkänd av extern granskare när det gäller varaktighet.

Avslutsanledning	Sjukdomar i rörelseorganen		Psykiska sjukdomar		Andel med godkänd kvalitet
	Kvinnor N=34	Män N=62	Kvinnor N=35	Män N=8	
Avslag, grundkrav	11 av 20	17 av 37	8 av 22	0 av 4	43 % av 83
Avslag, sambandsbedömning	7 av 9	11 av 13	3 av 3	1 av 1	85 % av 26
Bifall, sambandsbedömning	5 av 5	9 av 12	9 av 10	3 av 3	87 % av 30
Andel med godkänd kvalitet	68 %	60 %	57 %	50 %	60 % av 139

Tabell 7 visar att av de akter som avslutades på grund av att grundkrav inte uppfylldes bedömdes 43 procent ha godkänd kvalitet. Det framkommer ingen könsasymmetri (kvinnor 45 procent, män 41 procent,  $p=0,83$ ). Granskarna bedömde att handläggare borde efterfrågat mer medicinsk information från behandlande läkare och/eller FMR i 33 procent av samtliga akter med avslag för att grundkrav inte är uppfyllda.

Det kan tilläggas att man inte har tillfrågat FMR i något fall av de ärenden som resulterat i avslag på grund av varaktighet. En slutsats som granskarna drar är därför att handläggaren borde rådfråga behandlande läkare eller FMR oftare innan beslut fattades gällande varaktighet.

När det gäller ärenden som avslagits på grund av att grundkrav inte var uppfyllda, bedömde granskarna att handläggare borde efterfrågat mer medicinsk information från behandlande läkare och/eller FMR i 25 procent av ärenden som handlade om sjukdom i rörelseapparaten respektive 50 procent gällande psykiska sjukdomar.

Det finns således en tendens till att akterna i ärenden med psykisk sjukdom bedöms ha generellt sämre kvalitet än de akterna i ärendena med diagnos i rörelseapparaten. Skillnaden är tydligast i ärenden gällande avslag på grundkravet att varaktigheten inte är uppfyllt, vilket kan bero på att det är flest ärenden i den gruppen och därmed lättare att se en skillnad (andel godkända gällande varaktighet: psykiska sjukdomar 31 procent, sjukdomar i rörelseapparaten 49 procent  $p=0,15$ ). Vanliga anmärkningar från granskarna rörande varaktighet och psykisk sjukdom var att handläggaren inte utrett varaktigheten tillräckligt. Vid genomläsning av akten kan granskaren starkt misstänka att arbetsförmågan är varaktigt nedsatt, men behandlande läkare har inte på ett tydligt sätt framfört detta.

Ärenden som slutförts innan september 2017 har generellt fler anmärkningar och bedöms ha en sämre kvalitet. Handläggningstiderna är också långa. När

det gäller bedömningar avseende personer med psykiska sjukdomar syns en förbättring avseende utredning av varaktigheten. *Tabell 8* visar andelen akter över tid, där granskarna bedömer att kvaliteten är godkänd utifrån medicinskt perspektiv.

**Tabell 8.** Andel av akter som vi granskat som bedömts ha godkänd kvalitet fördelat på två perioder utifrån beslutsdatum, period 1 februari-augusti 2017 och period 2 september 2017-september 2018.

Bedömd som godkänd kvalitet	Sjukdomar i Rörelseorganen		Psykiska sjukdomar		Totalt	
	Period 1 N=36	Period 2 N=60	Period 1 N=14	Period 2 N=29	Period 1 N=50	Period 2 N=89
Varaktighet	56 %	67 %	29 % <sup>a</sup>	69 % <sup>a</sup>	48 % <sup>b</sup>	67 % <sup>b</sup>
Hela bedömningen	72 %	77 %	57 %	72 %	68 %	75 %

<sup>a</sup>signifikant skillnad mellan period 1 och 2, Fischer's exact test p=0,02.

<sup>b</sup>signifikant skillnad mellan period 1 och 2, Fischer's exact test p=0,03.

I en del av ärendena märks att den försäkrade har ansökt om livränta för tidigt, det vill säga då det ännu är svårt för behandlande läkare att bedöma prognosen för sjukdomen och om sjukdomen kommer att medföra att arbetsförmågan är varaktigt nedsatt. Som en konsekvens av detta har läkaren inte skrivit att arbetsförmågan är varaktigt nedsatt i läkarintyget. Följden blir att den försäkrade får avslag, då kravet på varaktighet inte är uppfyllt. Om den försäkrade söker för tidigt, framgår endast i ett fåtal fall att den försäkrade uppmanats att söka ånyo när grundkraven blivit uppfyllda. Granskarna har i vissa fall kommenterat att handläggarens stöd till den försäkrade kring fortsatt agerande gentemot arbetsskadeförsäkringen är otydligt och har tolkats som svårförståeligt, vilket delvis kan förklaras genom att ett byråkratiskt språk har använts. Vi noterar att informationen om handläggningen i bekräftelsebrevet av ansökan om livränta verkar ha förbättrats över tid.

I bedömning av akterna som helhet ingick huruvida man på ett korrekt sätt hanterat värdering av exponering, vilket var aktuellt i de 56 akter som gick vidare för sambandsutredning. Värdering av hur exponeringen har hanterats har således inte gjorts separat. Granskarna har dock inte noterat att kvaliteten på exponeringen har varit en framträdande orsak till sämre kvalitet, inte heller att det har skilt sig åt mellan olika grupper.

## AVSLUTANDE DISKUSSION

Studien bidrar till tidigare forskning om könsasymmetrier inom arbetsskadeförsäkringen genom att undersöka handläggningen av arbetsskadeärenden som utifrån närbyråkratisk teori kan förväntas spela roll för utfallet. Att handläggare

anser sig ha handlingsutrymme, eftersom en väldigt liten andel svarar ”inte alls” på den frågan, och att vi märkte variationer i hur de sade sig utnyttja det stärker vår initiala förväntan att närbyråkratisk teori är fruktbar att använda på det studerade problemet.

Resultaten av vinjettexperimentet visade inga statistiskt signifikanta skillnader i handläggarnas bedömning beroende på om den försäkrade beskrivs som en kvinna eller en man. Hypotesen om en könsskillnad kunde således inte bekräftas.

I den medicinska aktgranskningen märktes inte heller någon tydlig skillnad mellan kvinnor och män i den försäkringsmedicinska hanteringen. Det var dock förhållandevis få akter som granskades vilket gör att det är svårt att dra tillförlitliga slutsatser eftersom den statistiska styrkan är låg och det därmed är svårt att upptäcka eventuella skillnader. Det bör i detta sammanhang framhållas att studien baseras på befintligt utredningsmaterial och har inte designats för att hitta statistiska skillnader, och i och med det bör denna studie närmast betraktas som en kvalitativ och deskriptiv studie med kvantitativa inslag.

Det märktes dock en tendens till skillnad i hantering mellan de två diagnosområdena psykiska sjukdomar respektive sjukdomar i rörelseorganen, där ärendeakter gällande psykiska sjukdomar bedömdes ha sämre kvalitet, framförallt när det gäller utredning av varaktigheten. Bland de akter som hanterade psykiska sjukdomar var det flest kvinnor och den dominerade diagnosen var utmattningssyndrom. Det var svårt att göra en tillförlitlig jämförelse mellan män och kvinnor inom denna diagnosgrupp eftersom det bara var åtta män. Utmattningssyndrom är en vanlig orsak till sjukskrivning, det drabbar oftare kvinnor (Hallsten et al., 2002, Norlund et al. 2010) och är vanligare i typiskt kvinnodominerade yrken inom vård, skola och omsorg (AFA försäkring, 2015). Om kvaliteten i de försäkringsmedicinska bedömningarna är sämre när det gäller utmattningssyndrom så skulle detta därmed kunna leda till en könsasymmetri i utfallet från arbetsskade-försäkringen.

Den medicinska aktgranskningen tydde således på att det förekommer skillnader med avseende på diagnos som kan vara diskriminerande för kvinnor indirekt eftersom det rör diagnoser och branscher där kvinnor utgör en större andel. Vår studie visar att även om ingen tydlig diskriminering förekommer, så visar den medicinska kvalitetsbedömningen brister, tillräckliga medicinska underlag har inte inhämtats och där kan kunskapen behöva stärkas. Vår rekommendation är därför att FMR borde tillfrågas oftare i utredningar gällande varaktighet och särskilt vid utmattningssyndrom samt att utbildning och vägledning av handläggare sannolikt skulle förbättra kvaliteten i utredningarna. Denna uppmaning nämndes redan i ISF-rapporten 2015:14, i denna bedömdes 22 procent av utredningarna vara otillräckliga när det gäller varaktighet vid avslag pga. grundkrav (ISF 2015:14 s 50). ISF uppmanade då till bättre utredningar och även att FMR oftare borde



konsumeras om varaktighet (ISF 2015:14 s 77). Aktgranskningen visar på fortsatta brister i kvaliteten av utredningarna om varaktighet då endast 43 procent var av godkänd kvalitet och att 33 procent definitivt borde ha utretts mer vad gäller medicinska förhållanden. Enligt vår utredning, som troligtvis är gjord enligt något hårdare kriterier än ISF rapporterna, har alltså kvaliteten inte förbättrats.

## REFERENSER

- AFA försäkring (2015) Psykiska diagnoser i kontaktyrken inom vård, skola och omsorg. [www.afaforsakring.se](http://www.afaforsakring.se)
- Hallsten L, Bellaagh K, Gustafsson K. Utbränning i Sverige – en populationsstudie. (2002). *Arbete och hälsa* 2002:6. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; ISBN 91-7045-639-9.
- ISF (2011) *Beslut om arbetsskada ur ett jämställdhetsperspektiv. Livränta till följd av sjukdom*. ISF Rapport 2011:15 <https://inspsf.se/publikationer/rapporter/2011/2011-10-31-beslut-om-arbetsskada-ur-ett-jamstalldhetsperspektiv#>
- ISF (2015) *Kravet på varaktighet vid arbetsskadelivränta* ISF Rapport 2015:14 <https://inspsf.se/publikationer/rapporter/2015/2015-11-13-kravet-pa-varaktighet-vid-arbetsskadelivranta>
- ISF (2019) *En jämställdhetsanalys av handläggningen av arbetsskedeförsäkringen*, ISF rapport 2019:10 <https://inspsf.se/publikationer/rapporter/2019/2019-12-11-en-jamstalldhetsanalys-av-handlaggningen-av-arbetsskedeforsakringen>
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public service*. New York: Russell Sage Foundation.
- Norlund, S., Reuterwall, C., Höög, J. *et al.* (2010) Burnout, working conditions and gender - results from the northern Sweden MONICA Study. *BMC Public Health* **10**, 326. doi:10.1186/1471-2458-10-326
- Proposition 2001/02:81. *Vissa arbetsskadefrågor m.m.* [Elektronisk resurs] Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialförsäkringsrapport (2011) *Vartför finns det skillnader i bifallsfrekvens inom arbetsskedeförsäkringen? En studie i skillnader i bifall och avslag mellan kön, födelseland och var beslutet fattas*. Rapport. 2011:16 SOU 2017:25. *Samlad kunskap – stärkt handläggning*. [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialdepartementet
- Stensöta Olofsdotter H. (2006). Försäkringskassans handläggare – på vems sida står de? (pp. 339–370). I: Palmer E. (red). *Sjukförsäkring, Kulturer och Attityder – fyra aktörsperspektiv*. Försäkringskassan. Försäkringskassan analyserar 2006:16.
- Stensöta Olofsdotter H (2010). The Conditions of Care. *Public Administration Review*. **70** (2): 295–303.
- Stensöta Olofsdotter H. (2020). *Arbetsituation och Karriärvägar*. Slutrapport JiGU. University of Göteborg. Vägledning 2003:4 Version 16. *Förmåner vid arbetsskada*. [Elektronisk resurs]. Försäkringskassan. <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/55fb7249-2fd8-4d7e-a715-65dfac37974a/vagledning-2003-04.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
- Weiner, J. C. Bildt, H. Ouchterloy, S. Marklund och M. Svanholm. (2009) Könsskillnader i ersättning vid arbetsskador? *Arbete och Hälsa* 2009:43 (2).

## ABSTRACT

Women have difficulties to obtain compensation from occupational injury insurance on par with men. Previous studies focus on the characteristics of the insured, while we investigate the assessments and unconscious bias or knowledge gaps in management. We use two types of data; a questionnaire with a vignette experiment addressed to management as well as work injury archive acts. The study does not provide support for management discriminating on the basis of gender, but the medical assessment is often substandard. We recommend exten-

ded training to avoid legal uncertainty and the risk of inequality in the outcome with regard to gender.

*Keywords:* Gender, Occupational Injuries, Street-level bureaucrats, Swedish Social Insurance Agency

## APPENDIX 1

### Fallbeskrivningar (har neutraliserats med avseende på kön)

#### *Fall 1*

Den försäkrade (df) 48 år och har haft långvariga besvär med ryggen. Df arbetade tidigare som busschaufför men började arbeta inom hemtjänsten istället då hen inte kunde sitta ned så länge. Efter 7 år inom hemtjänsten med återkommande tunga lyft och städning har den försäkrade nu blivit sjukskriven på grund av ryggbesvären. Av läkarintygen framgår att hen har svårt för fysiskt tungt arbete för rygg och axlar och har behov av ett fysiskt lätt flexibelt arbete med möjlighet att omväxlande kunna sitta, stå och gå. Behandlande läkare bedömer att df inte kan återgå till sitt arbete som bedöms för tungt och på sikt behöver hen byta arbete eller skola om sig. Efter omplaceringsutredning har arbetsgivare konstaterat att de inte kan erbjuda något lämpligt arbete och df har därför blivit uppsagd. Just nu bedöms df inte arbetsför i något arbete och behöver en längre tids rehabilitering och arbetsförmåga på sikt är oklar. Rätt till sjukpenning föreligger fortfarande. Den försäkrade har i sitt arbete på hemtjänsten en lön på 22 000 kronor per månad.

#### *Fall 2*

Den försäkrade är sedan maj 2018 sjukskriven för utmattning och djup depression. Hen har arbetat med tillverkningar av målarfärg på en fabrik sedan 2008. Dessförinnan har hen arbetat på posten i många år. På fabriken har hen trivts bra med sina kollegor och arbetsuppgifter. På grund av sociala omständigheter som barn med särskilda behov har df haft återkommande kortare sjukfrånvaro på grund av stress och nedstämdhet. Under 2017 installerade man nya maskiner på arbetsplatsen vilket gjorde att man fick fördela om arbetsuppgifterna. Df hamnade i en ny arbetsgrupp som hen inte trivdes med och inte heller de nya arbetsuppgifterna.

Under 2017 blev också dfs mamma svårt sjuk och behövde mycket extra hjälp innan hon under våren 2018 tillslut fick plats på ett ålderdomshem. Behandlande läkare uppger redan tidigt i sjukfallet att det kommer ta mycket lång tid för df att återgå i arbete och under punkt 10 på läkarintyget gällande prognosen för återgång i ordinarie arbete har behandlande läkare kryssat för "ja delvis". Både

mediciner och samtalsterapi har satts in snabbt. Dfs SGI är fastställd till 280 000 kronor per år.

### *Fall 3*

Den försäkrade är 54 år, utbildad undersköterska och har arbetat på olika boenden för personer med olika kognitiva funktionsnedsättningar sedan gymnasiet. På grund av flera omorganisationer, hög arbetsbelastning och dåligt stöd från ledningen har hen varit sjukskriven sedan april 2014 på grund av utmattningssyndrom. Prognosen på samtliga läkarintyg har varit god för att df ska kunna återgå till sitt ordinarie arbete. Initialt fick df träffa flera olika läkare på vårdcentral innan företagshälsovården efter ett års sjukskrivning tog över ansvaret och det tog lång tid innan medicinsk behandling påbörjades. Försök till arbetsträning för återgång i arbetet har gjorts både till ordinarie arbete och till mer anpassade arbetsuppgifter under sjukskrivningen men har fått avbrytas då df blivit sämre i sitt mående. Fler olika mediciner har prövats för att hjälpa df att må bättre och det senaste medicinbytet gjordes för 5 månader sedan. Hen har börjat må något bättre och behandlande läkare uppger att df nu blivit så pass bättre att hen kan tillgodogöra sig multimodalrehabilitering som ska pågå under 12 veckor. Därefter är ett avstämningmöte med arbetsgivaren aktuellt för att planera ett nytt försök att återgå till arbete. SGI:n är fastställd till 287 000 kronor.

### *Fall 4*

Den försäkrade är 37 år och sedan 6 månader tillbaka sjukskriven på grund av ryggbesvär. Hen har de senaste tre åren arbetat med orderplock på ett företag som säljer mediciner och medicinska produkter. Dessförinnan har hen arbetat på andra lager med liknande arbetsuppgifter och började arbeta med detta direkt efter gymnasiet. Har en fastställd SGI på 333 000 kronor. Av det medicinska underlaget framgår att df i dagsläget inte bör utföra tunga lyft. Initialt var prognosen att df skulle kunna återgå i arbetet men då hen inte blivit bättre av pågående sjukgymnastik har remiss skickats till ortoped för bedömning. Behandlande läkare uppger idag att hen inte kan bedöma om df kan återgå i arbete eller inte och vill avvakta ortopedens bedömning av en eventuell operation. Vid en lyckad operation är prognosen för återgång i arbete god och en normal konvalescens är mellan 8–9 månader. Om en operation inte är aktuellt så bör df byta arbetsuppgifter. Handläggare av sjukpenning har nu börjat utreda om rätten till sjukpenning föreligger.

Tabell A1. Bivariata regressioner (Ordinar Least Square - OLS) i vinjettundersökningen.

	coef	SE	P> t	95 % CI	
Fall1_ _bifall_ medicinsk varaktighet	-,17	,12	,14	-,40	,06
Fall1_ _avslag_ medicinsk varaktighet	-,01	,05	,87	-,11	,10
Fall1_ _behöver utredas vidare_ medicinsk varaktighet	,18	,11	,11	-,04	,41
Fall1_ _bifall_ _inkomst	-,09	,06	,12	-,22	,03
Fall1_ _avslag_ _inkomst	,01	,07	,84	-,13	,16
Fall1_ _behöver utredas vidare_ _inkomst	,08	,09	,37	-,10	,26
Fall2_ _bifall_ medicinsk varaktighet	,06	,10	,53	-,12	,24
Fall2_ _avslag_ medicinsk varaktighet	-,12	,10	,17	-,32	,06
Fall2_ _behöver utredas vidare_ medicinsk varaktighet	,07	,12	,55	-,16	,31
Fall2_ _bifall_ _inkomst	,12	,07	,10	-,02	,26
Fall2_ _avslag_ _inkomst	-,01	,11	,94	-,22	,21
Fall2_ _behöver utredas vidare_ _inkomst	-,11	,12	,34	-,35	,12
Fall3_ _bifall_ medicinsk varaktighet	-,08	,08	,31	-,23	,07
Fall3_ _avslag_ medicinsk varaktighet	-,07	,13	,61	-,32	,19
Fall3_ _behöver utredas vidare_ medicinsk varaktighet	,14	,12	,25	-,10	,39
Fall3_ _bifall_ _inkomst	,01	,09	,89	-,17	,20
Fall3_ _avslag_ _inkomst	-,09	,18	,50	-,34	,17
Fall3_ _behöver utredas vidare_ _inkomst	,08	,13	,56	-,18	,33
Fall4_ _bifall_ medicinsk varaktighet	,02	,06	,71	-,10	,14
Fall4_ _avslag_ medicinsk varaktighet	-,03	,12	,78	-,28	,21
Fall4_ _behöver utredas vidare_ medicinsk varaktighet	,01	,11	,92	-,22	,24
Fall4_ _bifall_ _inkomst	,09	,06	,12	-,02	,20
Fall4_ _avslag_ _inkomst	-,08	,13	,53	-,35	,18
Fall4_ _behöver utredas vidare_ _inkomst	-,01	,13	,96	-,27	,26

*Kommentar:* För varje scenario har tre beroende variabler konstruerats ett för varje utfall: bifall, avslag samt behöver utredas vidare. Den oberoende variabeln är kön på personen i experimentet, som är kodat som dummy och där man är referenskategori ovan. Antalet svarande mellan 74 och 59 med sjunkande antal svarande i de senare experimenten.