



Samhällsekonomiska kostnader  
för arbetsmiljöproblem

# Kunskapsöversikt

Rapport 2010:2

# Kunskapsöversikt

Samhällsekonomiska kostnader för arbetsmiljöproblem

Gabriella Sjögren Lindquist, filosofie doktor och  
Eskil Wadensjö, professor

Institutet för social forskning, Stockholms universitet

oktober 2010

Vi tackar följande personer för deras synpunkter; Per Gunnar Edebalk (Socialhögskolan, Lunds universitet), Kaj Frick, Agneta Kruse (Nationalekonomiska institutionen, Lunds universitet), Jan Ottosson (Arbetsmiljöverket), Bill Sund (Institutet för social forskning, Stockholms universitet).

Denna kunskapsöversikt har tillkommit på uppdrag av och med ekonomiskt stöd från Arbetsmiljöverket, vilket tacksamt uppmärksammas.

# Förord

Arbetsmiljöverket har fått i uppdrag av regeringen att informera och sprida kunskap om områden av betydelse för arbetsmiljön. Under kommande år publiceras därför ett flertal kunskapsöversikter där välrenommerade forskare sammanfattat kunskapsläget inom ett antal teman. Manuskripten har granskats av externa bedömare och behandlats vid seminarier på respektive lärosäte.

Rapporterna finns kostnadsfritt tillgängliga på Arbetsmiljöverkets webbplats. Där finns även material från de seminarier som Arbetsmiljöverket har arrangerat i samband med rapporternas publicering.

Den arbetsgrupp vid Arbetsmiljöverket som har initierat och organiserat framtagandet av översikterna har letts av adjungerad professor Jan Ottosson och i övrigt bestått av docent Per Nylén, ingenjör Bengt R Johansson, tekn. dr Jouni Surakka, fil. dr Marianne Walding, civ. ing. Peter Wikström, fil. kand. Erik Gunnarsson, pressekreterare Catarina Edgar samt samordnare Maya Hultgren Saksi.

Vi vill även tacka övriga kollegor vid Arbetsmiljöverket som varit behjälpliga i arbetet med rapporterna, överläkare docent Leif Aringer, GD-assistent Anneli Hellström samt avdelningschef Janerik Persson.

De åsikter som uttrycks i denna rapport är författarnas egna och speglar inte nödvändigtvis Arbetsmiljöverkets uppfattning.

Jan Ottosson

# Innehåll

Förord .....	2
Innehåll.....	3
Sammanfattning .....	4
1. Arbetsmiljöproblem, arbetsskador och kostnader för samhället och för den offentliga sektorns finanser.....	5
2. Forskning om samhällsekonomiska kostnader för arbetsskador.....	8
2.1 Effekter på produktivitet och inkomster.....	9
2.2 Arbetsskador och löner.....	9
2.3 Arbetsskador och ersättningssystem .....	10
2.4 Effekter av rehabilitering och förebyggande åtgärder.....	11
2.5 Några slutsatser .....	12
3. Effekter av arbetsskador för den offentliga sektorns finanser.....	12
3.1 Kostnader för socialförsäkringen .....	13
3.2 Kostnader för förebyggande verksamhet .....	15
3.3 Kostnader i vården .....	16
3.4 Kostnader för rättssystemet.....	17
3.5 Effekter på den offentliga sektorns skatteintäkter.....	20
3.6 Sammanfattande kommentar.....	20
4. Kostnader för olika arbetsställen och grupper av individer .....	21
4.1 Arbetsskador drabbar olika grupper.....	22
4.2 Skador som leder till akutvård för olika grupper .....	29
4.3 Kostnader för slutenvården för olika grupper .....	31
4.4 Beviljade egenlivräntor för olika grupper .....	40
4.5 Sammanfattande kommentar.....	45
5. Hur kan ett statistiksystem för kostnaderna för arbetsskador utformas? – Implikationer för Arbetsmiljöverket.....	47
6. Ökade incitament för att vidta åtgärder som minskar arbetsskadorna .....	49
Referenser.....	52
Appendix .....	55

# Sammanfattning

Arbetsmiljöproblem leder till betydande kostnader för individer och samhälle. En viktig del av arbetsmiljöproblemen är arbetsskadorna. I denna rapport startar vi med en genomgång av olika typer av kostnader för arbetsskador och för att förebygga dem. Vi ger en översikt över den relativt begränsade nationalekonomiska forskningen på området, där merparten studier avser förhållandena i USA. Vi går därefter igenom olika kostnadsposter för den offentliga sektorns finanser. Det är alltså inte en översikt över alla kostnader. En stor del av kostnaderna bärs av avtalsförsäkringar, arbetsgivare och inte minst av de individer som drabbas av skadorna. Vi gör därefter en uppdelning av de kostnader vi har uppgifter på för olika arbetsställen och individer. Kostnaderna varierar bland annat mellan branscher och mellan olika åldersgrupper. En huvudslutsats av rapporten är att det saknas uppgifter om väsentliga kostnadsposter. Det behövs en förbättrad och utvidgad statistik. Vi pekar på vilka kostnadsposter det är viktigt att få uppgifter om. En annan huvudslutsats är att det är viktigt att ge tydliga incitament till arbetsgivare och arbetstagare att vidta åtgärder som minskar antalet arbetsskador. Vi ger förslag på hur sådana system skulle kunna utformas.

# 1. Arbetsmiljöproblem, arbetsskador och kostnader för samhället och för den offentliga sektorns finanser<sup>1</sup>

Den som arbetar avsätter tid och kraft för att producera varor och tjänster och får som ersättning lön och anställningsrelaterade förmåner som till exempel avtalsförsäkringar. Arbeten skiljer sig åt i olika avseenden. Löneskillnader och anställningsrelaterade förmåner är det som främst uppmärksammas, men det finns också skillnader i andra avseenden – arbetsmiljö. Arbete kan ha positiva och negativa effekter för dem som utför dem. En positiv arbetsmiljö kan innebära stimulans, sociala kontakter och kunskaper som också är värdefulla för fritiden. Men arbetet kan också leda till arbetsskador.<sup>2</sup> Arbetsskador drabbar många och drabbar olika personer i olika omfattning. Vissa arbeten är farligare och vissa personer är mer skadebenägna eller har otur.

Arbetsskador medför kostnader. En beräkning redovisad i en internationell sammanställning pekar på att kostnaderna för Sveriges del i början av 1990-talet uppgick till 8,3 procent av BNP.<sup>3</sup> EU anger att kostnaderna för arbetsskador varierar mellan 2,6 och 3,8 procent av BNP i EU15-länderna, vilket kanske är mer realistiska tal.<sup>4</sup> En del av skillnaden kan nog tillskrivas att antalet arbetsskador blivit färre, men det ska betonas att alla sådana kostnadsberäkningar är osäkra. Det statistiska underlaget behöver förbättras markant på området.

Det finns inget enkelt sätt att beräkna kostnader för arbetsskador. Det är väl känt att kostnaderna är omfattande. Kostnaderna är av flera olika slag. Merparten kostnader vid arbetsskador är av två slag. Den första gruppen utgörs av det produktionsbortfall som uppstår genom att personer under kortare eller längre tid inte kan arbeta eller inte längre har samma produktivitet som före arbetsskadan och genom att de inte längre kan utföra hushållsarbete i samma omfattning som tidigare. Den andra gruppen utgörs av kostnader dels för medicinsk behandling och rehabilitering, dels för arbetsrehabilitering. Utöver dessa båda grupper av kostnader finns också en del andra kostnader. En sådan kostnadspost är fysiskt och psykiskt lidande för den som drabbas av en arbetsskada. Det kan också uppstå materiella skador i samband med en arbetsolycka och skador för tredje man. Ett exempel på det senare är om någon annan blir skadad i samband med att en transportarbetare i sitt arbete råkar ut för en trafikolycka.

Merparten arbetsskador som inträffar är arbetsolycksfall. De är också lättast att hänföra till ett visst arbetsställe. Men det finns också färdolycksfall – olyckor som inträffar vid resor till och från arbetsplatsen – och arbetssjukdomar. Färdolycksfall kan relateras till att personen arbetar men inte till risker på den specifika

---

<sup>1</sup> Regeringen har tydligt markerat sitt intresse för arbetsmiljöområdet genom Regeringens skrivelse 2009/10:248, En förnyad arbetsmiljöpolitik med en nationell handlingsplan 2010-2015. I den behandlas dock inte behovet av en förbättrad statistik och betydelsen av tydliga incitament för att förebygga arbetsskador.

<sup>2</sup> Vad som räknas som arbetsskada i socialförsäkringen varierar över tiden. Så skärptes kraven på vad som räknas som arbetsskada från den 1 januari 1993. Från den 1 juli 2002 lindrades dessa krav (bevisbördan) något.

<sup>3</sup> Se Beatson och Coleman (1997) som bygger på en undersökning från Nordiska Ministerrådet avseende 1991. Talen är 3,8 procent för Danmark, 3,1 procent för Finland och 6,0 procent för Norge. Flera kostnadsposter ingår inte i underlaget för beräkningarna. Undersökningar för Danmark och Finland avseende 1992 ger något högre tal, 4,3 respektive 5,5 procent.

<sup>4</sup> Commission of European Communities (2007), Impact Assessment, s. 5.

arbetsplatsen. Kostnadsposterna vid färdolycksfall är av samma slag som vid arbetsolycksfall.

Arbetsjukdomar kan vara svåra att hänföra till ett visst arbetsställe. Många av dem som får en arbetsjukdom diagnosticerad har inte arbetat på samma arbetsställe hela sin yrkesverksamma tid. Arbetsjukdomen kan ha uppstått genom inverkan från arbete på ett annat arbetsställe än det där personen arbetar när den upptäcks eller kan vara den samlade effekten av arbete på flera olika arbetsställen (ofta, men inte alltid i samma bransch). Vid arbetsjukdomar är kostnadsposterna främst produktionsbortfall och medicinsk rehabilitering.

En undersökning av kostnaderna avseende USA pekar på att vid arbetsolycksfall är produktionsbortfallet den dominerande kostnadsposten, ungefär två tredjedelar.<sup>5</sup> Vid arbetsjukdomar utgör produktionsbortfallet enligt samma källa ungefär hälften av kostnaderna.

Fördelning på olika kostnadsposter och de totala kostnaderna för arbetsskador är inte given utan påverkas av den politik som förs. Genom att satsa mer på medicinsk behandling och rehabilitering och arbetsrehabilitering, och alltså få högre kostnader på detta område, skulle det till exempel kunna vara möjligt att få en snabbare återgång till arbete för dem som drabbats av arbetsskador och därmed lägre kostnader till följd av produktionsbortfall och kanske också mindre kostnader totalt sett.

Vem bär då kostnaderna för arbetsskadorna?

- Kostnaderna för produktionsbortfallet fördelas på den direkt berörde individen, arbetsgivaren och olika gemensamma kassor. Även om skyddet är högre än vid andra typer av inkomstbortfall (arbetslöshet, sjukdom, sjukersättning) är det troligen så att den drabbade i regel får en inte oväsentlig inkomstförlust. En annan del bärs av arbetsgivaren och en tredje och större del av gemensamma kassor, främst via social- och avtalsförsäkringssystemen.
- Kostnaderna för medicinsk rehabilitering ligger framför allt på landstingen och alltså på allmänheten via landstingsskatten.
- Kostnaderna för arbetsrehabilitering är fördelat på olika aktörer; dels på arbetsgivaren, dels på Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och därmed på alla genom att dessa utgifter är finansierade genom statliga skatter. Enligt lag har arbetsgivaren ett ansvar för arbetsrehabiliteringen och därmed förknippade kostnader.<sup>6</sup>

Vi har hittills utgått från att arbetsskadorna är på en viss given nivå och diskuterat om ökade kostnader på ett område kan minska dels kostnaderna på andra områden, dels de sammanlagda kostnaderna. Vi har också diskuterat hur kostnaderna fördelar sig på olika aktörer och olika kollektiv i samhället. Nästa steg är att gå vidare och diskutera om och i så fall hur det är möjligt att påverka antalet arbetsskador.

- Ett sätt att påverka antalet arbetsskador är att utforma lagar och regler som gäller utformningen av och verksamheten på arbetsplatserna. Det kan gälla regler för skyddsutrustning och utformning av olika typer av maskiner och byggnader, fastställande av gränsvärden för olika ämnen i luft, regler för

---

<sup>5</sup> Se Dorman (2000).

<sup>6</sup> Se SOU 1998:04 för en uppskattning av kostnaderna.

hantering av kemikalier mm. Syftet är att skydda de anställda från olika risker i arbetet och på så sätt minska arbetsskadorna. Alla bestämmelser följs emellertid inte alltid av alla även om det finns sanktioner för brott mot bestämmelserna. Ett sätt att öka regelbundenheten är att ha organ som övervakar att reglerna verkligen följs. Arbetsmiljöverket har en sådan funktion. Det har också skyddsombud och skyddskommittéer.

- Ett andra sätt att påverka antalet arbetsskador är att öka kunskaperna om risker i arbetslivet. Undervisning i olika former är en metod för att sprida information och öka kunskaperna, en annan metod är krav på varningstexter.

Merparten av kostnaderna för arbetsskador betalas kollektivt via skatter, avgifter och försäkringspremier till de avtalsbestämda försäkringarna.<sup>7</sup> Man kan försöka öka incitamenten att undvika arbetsskador genom att höja den andel av kostnaderna som arbetsgivarna och/eller arbetstagarna själva står för.

- Ett tredje sätt att försöka minska antalet arbetsskador är att öka den andel av kostnaderna som en grupp arbetsgivare eller den arbetsgivare vars anställd drabbas av en arbetsskada ska betala. Det kan gälla olika komponenter av de totala kostnaderna: socialförsäkringarna (och inte bara den del som faller på arbetsskadeförsäkringen), avtalsförsäkringarna (och inte bara den del som kompletterar arbetsskadeförsäkringen), den medicinska behandlingen och rehabiliteringen samt arbetsrehabiliteringen. Fördelen med ökat arbetsgivarinträde är att incitamenten för att vidta åtgärder för att undvika arbetsskador förstärks. En nackdel är att arbetsskador slumpmässigt kan drabba även arbetsplatser som har en bra arbetsmiljö. Ett ökat arbetsgivarinträde kan också leda till en hårdare prövning av de arbetssökande vid anställningsbeslut. En sådan prövning kan i sin tur ha både fördelar och nackdelar. Å ena sidan kan det bli svårare för dem med en funktionsnedsättning att få ett arbete. Å andra sidan kan en hårdare prövning göra att de som har större benägenhet än andra för att få en arbetsskada vid en viss typ av arbete inte kommer i ett sådant arbete och att antalet skador därför blir färre eller mindre allvarliga. Ytterligare ett problem är att ett ökat arbetsgivarinträde kan ge arbetsgivarna incitament att undvika att anmäla arbetsskador.
- Ett fjärde sätt att öka incitamenten är att sänka kompensationsgraden för dem som drabbas av arbetsskador. Här finns det dock i Sverige en överenskommelse mellan arbetsmarknadens parter om att den anställda ska kompenseras för hela inkomstbortfallet. Det gör det fördelaktigt att en viss skada eller sjukdom klassificeras som arbetsskada eftersom ersättningen då blir större än annars. (Kompensationen är emellertid i praktiken ofullständig, då livräntorna följer prisutvecklingen och inte den löneutveckling individen skulle ha haft om arbetsskadan inte hade inträffat.) En hög kompensation kan också påverka incitamenten att återgå till arbete.

Det är de totala kostnaderna som är av störst intresse, dvs. summan av kostnaderna för arbetsskadorna (inkluderat psykiskt och fysiskt lidande) och kostnaderna för att

---

<sup>7</sup> En undersökning baserad på fallstudier i Australien pekar på att de drabbade individerna själva svarar för en betydande del av kostnaderna. Se Larsson och Betts (1996).



förebygga arbetsskador.<sup>8</sup> De handlingsparametrar som staten har är för det första utformningen av de förebyggande åtgärderna, för det andra rehabiliteringsåtgärder och för det tredje utformningen av transfereringssystemen (ersättning, finansiering och kontroll).

Vi har hittills diskuterat kostnaderna för arbetsskadorna givet den organisation och den kostnadsfördelning som finns, till exempel att ersättningen vid inkomstbortfall kommer från social- och avtalsförsäkringar och att rehabiliteringen, den medicinska och den arbetsinriktade, är organiserad på ett visst givet sätt, där till exempel arbetsgivarna har ett betydande ansvar för arbetsrehabiliteringen. Det är inte självklart att det måste vara så. Det skulle kunna vara mer effektivt att ha all försäkring hos en huvudman och inte som nu hos två, och det är inte uteslutet att det finns effektivare lösningar vad gäller organisationen och finansieringen av rehabiliteringen.

Utöver kostnader för arbetsskador som går att fastställa att de är arbetsskador finns samband mellan arbetsmiljö och hälsa som inte är tillräckligt entydiga i det enskilda fallet. Det går inte att i sådana fall få skadan relaterad till en specifik händelse som arbetsolycksfall eller som arbetssjukdom. Samband går till viss del att finna vid intervju- och enkätundersökningar där individerna själva svarar på om de har en nedsättning som är arbetsrelaterad. Det finns självklart en osäkerhet förknippad med en sådan undersökningsmetod, men sådana undersökningar kan trots allt ge vissa indikationer. Men sambanden går också att undersöka vid bearbetningar av stora individdatamaterial. Det går att undersöka om det finns överrisker för skador och sjukdomar i vissa typer av arbeten och på vissa arbetsplatser. Det går inte från sådana undersökningar att säga om specifika personer fått sin nedsättning just genom arbetet. Kunskap om sådana samband kan dock vara ett sätt att se var det finns speciellt starka skäl för att sätta in åtgärder för att minska riskerna för skador.

## 2. Forskning om samhällsekonomiska kostnader för arbetsskador

Det finns mycket nationalekonomisk forskning om orsaker till inkomstbortfall och om försäkringar och andra former av ekonomisk kompensation vid inkomstbortfall.<sup>9</sup> Inte minst forskningen om arbetslöshet och arbetslöshetsförsäkringen och dess effekter är omfattande. Också forskningen om ålderspensionering, ersättning vid sjukdom och förtidspension (sjukersättning) är mycket stor. Nationalekonomer har däremot i betydligt mindre utsträckning ägnat sig åt att studera arbetsskadorna – orsaker, kostnader och ersättningssystem. Forskningen om arbetsskador finns i stället framför allt inom medicin, psykologi och teknik. Forskningen inom dessa discipliner behandlar andra frågor än dem som är i fokus i vår studie. Vi kan därför i denna genomgång endast bygga på få resultat från nationalekonomisk forskning.

---

<sup>8</sup> En undersökning av de totala kostnaderna i Nederländerna år 2001 ger som resultat att 77 procent av kostnaderna är kostnader för inträffade arbetsskador och 23 procent kostnader för att förebygga att arbetsskador inträffar. Kostnaderna per arbetstagare uppgick till 1768€. Se Commission of European Communities (2007), Impact Assessment, s. 11.

<sup>9</sup> För en översikt med referenser till olika studier se Sjögren Lindquist och Wadensjö (kommande).

## 2.1 Effekter på produktivitet och inkomster

Butler, Baldwin och Johnson (2006) visar i en uppföljning av arbetsskadade i Kanada att de som blir arbetsskadade blir klart mindre produktiva inte bara på kort sikt utan även efter en treårsperiod. Det gäller dem som återvänder till arbetet direkt och stannar kvar där, men än mer dem som har ett längre uppehåll och sedan återvänder till arbetet. Woock (2009) studerar inkomstutvecklingen bland amerikanska arbetsskadade män i upp till sex år efter att en arbetsskada har inträffat och finner i linje med Butler, Baldwin och Johnson att en arbetsskada leder till försämrad inkomstutveckling även på lång sikt genom att produktiviteten sjunker på grund av skadan.

Breslin m.fl. (2007) jämför i en undersökning inkomstutvecklingen för tonåringar och unga vuxna i Kanada som haft en frånvaroperiod på grund av arbetsskada med den för individer i samma ålder och samma karakteristika i övrigt som inte haft någon sådan frånvaroperiod. De finner att de med en frånvaroperiod på grund av skada inte bara har lägre inkomst det året skadan inträffar utan även åren efter.

Boden och Galizzi (2003) undersöker inkomstutvecklingen bland arbetsskadade män och kvinnor i Wisconsin. De finner att män och kvinnor får lika stor inkomstförlust på kort sikt till följd av en arbetsskada. På lång sikt utvecklas inkomsterna däremot sämre för arbetsskadade kvinnor än för arbetsskadade män. Arbetsskadade kvinnor har högre sannolikhet än arbetsskadade män både för att lämna arbetskraften och för att arbeta färre antal timmar än före arbetsskadan.

En samlingsvolym från en konferens (Mossink och Licher 1997) innehåller ett stort antal artiklar om kostnaderna för arbetsskador. Artiklarna ger ingen enhetlig bild. Huvudslutsatserna är att kostnadsposterna är många, de är svåra att värdera och att talen varierar mycket mellan olika länder.

## 2.2 Arbetsskador och löner

I en perfekt fungerande marknad svarar ersättningen för arbete mot värdet av det som en individ producerar. Lika produktiva individer får samma lön oavsett vilket arbete de har. Det förutsätter bland annat att de som arbetar uppfattar arbeten som lika i andra avseenden än lön. Nu är inte alla arbeten lika utan det kan finnas stora skillnader i bland annat arbetsmiljö. Vi skulle då kunna förvänta oss att det uppstår löneskillnader för att kompensera för skillnader i arbetsmiljön. Det är en av flera olika typer av kompenserande löneskillnader, ett begrepp som Adam Smith introducerade i *Wealth of Nations* 1776 ("The wages of labour vary with the ease or hardship, the cleanliness or dirtiness, the honourableness or dishonourableness of the employment.")

Det skulle alltså innebära att de som löper större risk än andra att utsättas för skador i sitt arbete kompenseras för detta. Arbeten som byggnadsarbete och gruvarbete skulle ge högre lön än andra arbeten med samma kvalifikationskrav men med mindre risk för arbetsskador. Denna typ av skillnader i lön fyller två funktioner. För det första ger de kompensation till dem som har farligt arbete. För det andra innebär det högre kostnader för arbetskraften för de arbetsgivare som har sämre arbetsmiljö och därmed till att de får incitament till att göra miljön bättre så att arbetsskadorna blir färre. Det kan också leda till att branscher med höga risker också får en mindre omfattning än vad de annars skulle ha haft.

De kompensande löneskillnadernas styrande effekt kan minska, om den offentliga sektorn eller försäkringar gör att kostnaderna för arbeten med höga risker för arbetsskador minskar för arbetsgivare och/eller arbetstagare.

Den empiriskt inriktade litteraturen om kompensande löneskillnader ger inte särskilt starkt stöd åt förekomsten av markanta sådana effekter. Ehrenberg (1985) pekar på att effekterna, om de finns, långt ifrån kompenserar för skillnaderna i risker för arbetsskador i USA. Många studier pekar tvärtom på en positiv samvariation mellan hög lön och bra arbetsmiljö även om konstanthållning görs för kön, utbildning och arbetslivserfarenhet. En förklaring till denna samvariation skulle kunna vara att de som har hög kapacitet tar ut belöningen för denna dels i form av högre lön (och inkomst), dels i form av bättre arbetsmiljö, och alltså inte tar ut hela belöningen för högre kapacitet i form av högre inkomst. Hamermesh (1998) får som resultat i en undersökning att risken för arbetsskador minskar snabbare i de branscher som har en hög löneökningstakt. Han tolkar det som ett stöd åt hypotesen att bra arbetsmiljö (färre arbetsskador) är något som individer prioriterar när de får högre inkomster.

I en studie av Kluge och Schaffner (2007) undersöks om risken för dödsfall i olika yrken påverkar lönerna i Tyskland och i USA. De finner att så är fallet – de som arbetar i farligare yrken får högre lön givet ett stort antal andra variabler. De finner också att skillnader i riskerna för dödsfall kan bidra till att förklara en del av skillnaderna mellan mäns och kvinnors löner i de båda länderna (dock förklaras endast en mindre del av de totala löneskillnaderna mellan män och kvinnor).

Pylypchuk och Berdahl (2010) undersöker utvecklingen i USA av fördelningen av invandrare och icke-invandrare under perioden 1980–2000 på industrier och i yrken med olika arbetsskaderisker och olika hälsokonsekvenser. Resultatet är att det förekommer en ökad koncentration av invandrare till yrken och branscher med höga arbetsskade- och ohälsorisker. Däremot kan de inte med det datamaterial som de har, studera om invandrare inom en industri eller ett yrke har en högre eller lägre arbetsskaderisk än övriga inom industrin eller yrket.

De undersöker också hur lönen påverkas av arbetsskaderisker i yrket och finner att invandrare kompenseras i mindre grad än icke-invandrare för risken för arbetsskador.

Den slutsats som kan dras av undersökningarna på området är att det inte går att förlita sig på att löneskillnader fullt ut kompenserar för högre risker för arbetsskador. Det går framför allt inte att dra slutsatsen att de räcker för att ge arbetsgivarna tillräckligt starka incitament för att skapa en arbetsmiljö med liten risk för arbetsskador.

### **2.3 Arbetsskador och ersättningsystem**

Centralt i diskussionen om ersättningsystemen är vilka effekter variationer i kompensationsgraden ger.<sup>10</sup> Leder högre ersättning till fler (rapporterade) arbetsskador? Leder ett ökat arbetsgivarinträde till att arbetsskadorna minskar? Det finns inte särskilt mycket forskning på detta område. Vi redogör här för några resultat.

Ehrenberg (1985) redovisar i en översiktsartikel att högre ersättning leder till fler rapporterade arbetsskador enligt de flesta undersökningarna. Om det beror på att

---

<sup>10</sup> För en översikt se Thomason (2005).

rapporteringsgraden ökar och/eller på att antalet arbetsskador ökar är däremot inte klart.

En studie av Krueger (1990) som bygger på ett naturligt experiment (ökade ersättningar till vissa grupper; oförändrade ersättningar till andra grupper) ger som resultat att en ökning med 5 procent av ersättningsnivån leder till att ersättnings-tiderna ökar med 8 procent.

Ruser, Pergamit och Krishnamurty (2004) undersöker olika kompensations-förändringar som gjorts i USA och finner att en höjning av kompensationen med 10 procent per vecka ökar sannolikheten för att en skada anmäls med 6 procent och ökar sannolikheten för att en skada som leder till sjukfrånvaro anmäls med 10 procent.

## **2.4 Effekter av rehabilitering och förebyggande åtgärder**

Det finns en stark önskan att minska antalet arbetsskador och att de som blir arbetsskadade ska bli rehabiliterade. Det finns tyvärr endast några få national-ekonomiska utvärderingar av förebyggande åtgärder och rehabilitering.

De få svenska studier av om det är lönsamt med medicinsk rehabilitering efter arbetsskador pekar på en mycket hög lönsamhet. Se Ekholm och Schüldt Ekholm (2008).

Frölich, Heshmati och Lechner (2000) undersöker effekterna av arbetsrehabilitering i Sverige under perioden 1991–1994 för sjukskrivna, dock inte speciellt för dem som är sjukskrivna på grund av arbetsskada. De får som resultat att sjukskrivnings-perioderna förlängs till följd av rehabiliteringen och finner inga effekter på arbets-kraftsdeltagande för dem som deltar jämfört med en kontrollgrupp.

Bach, Datta Gupta och Høgelund (2007) visar i en undersökning avseende Danmark att arbetsrehabilitering i form av utbildning leder till att antalet som kommer i arbete ökar, främst i subventionerade arbeten men också i andra arbeten.

Thomason (2005) pekar i en översiktsartikel på att man i tidigare studier ofta inte har funnit några resultat av olika typer av åtgärder, men att senare studier med mer kvalificerade metoder pekar på att regleringar av olika slag minskar förekomsten av arbetsskador.

Bradbury (2006) belyser betydelsen av på vilken nivå det förebyggande arbetet är reglerat. I det system som finns i USA, The Occupational Safety and Health Act (OSHA), sätter staten minimistandarden på central nivå, men delstaterna kan ta över ansvaret och sätta egna regler. Undersökningen visar att de delstater som har tagit över regleringen själva har färre dödsfall i arbetslivet än andra delstater, givet olika andra skillnader mellan delstaterna. Det pekar på att regler har betydelse och också att det har betydelse på vilken nivå de sätts.

Åtgärder mot arbetsskador leder till olika kostnader för företagen på kort sikt (kostnader för att bygga om maskiner mm). En undersökning av Robinson (1996) av utvecklingen i USA mellan 1974 och 1986, efter introduktionen av OSHA, pekar på att det också kan finnas långsiktiga effekter genom att innovationstakten och produktivitetsutvecklingen påverkas negativt. Regler kan göra det svårare och långsammare att introducera ny teknik.

## 2.5 Några slutsatser

Det finns intressant ekonomisk forskning om arbetsskador och deras kostnader. Den är dock inte särskilt omfattande. Med tanke på att arbetsskador och ersättningen vid dem är en viktig fråga kan man undra varför det är så. En förklaring är att de flesta forskare inom socialförsäkringsområdet har sökt sig till de större försäkringarna: arbetslöshetsförsäkringen, sjukförsäkringen, förtidspensioneringen och ålderspensioneringen, då de är mer i fokus i den allmänna och den vetenskapliga debatten. En andra förklaring skulle kunna vara att data på arbetsskadeområdet är mindre lättillgängliga och svårare att tolka. Det finns all anledning att uppmuntra till mer forskning på området.

Det är viktigt men samtidigt svårt att få en uppskattning av kostnaderna för arbetsskador. Svårigheterna är flera. För det första finns det ett stort antal olika kostnadsposter – det gäller bortfall av produktion och då inte bara på arbetsplatsen utan också i hemmet, kostnader för behandling och olika typer av rehabilitering och ett stort antal andra kostnader som berör arbetsgivaren, tredje man och den direkt drabbade. För det andra är flera av kostnaderna svåra att beräkna. Vad är värdet av bortfallen hushållsproduktion? Hur ska psykiskt och fysiskt lidande värderas? Hur länge dröjer det innan den arbetsskadade kommer tillbaka och kommer personen vid återkomsten till arbete ha samma arbete och samma produktivitet? Det är några av de komplicerade frågorna. För det tredje finns det ett betydande mörkertal – alla arbetsskador rapporteras inte. Det gäller kanske främst de mindre allvarliga, men är de många kan de sammanlagda konsekvenserna bli stora.

## 3. Effekter av arbetsskador för den offentliga sektorns finanser<sup>11</sup>

Den offentliga sektorn svarar för en betydande del av kostnaderna för arbetsskador. Det är därför av stort intresse att undersöka storleken av dessa kostnader. Den offentliga sektorn svarar emellertid långt ifrån för alla kostnader för arbetsskadorna. Andra kostnader faller på avtalsförsäkringar och avtalsbestämda ersättningar, arbetsgivarna och de individer som drabbas av arbetsskadorna. Det vi ger i detta kapitel är alltså en partiell, om än viktig, bild av de totala kostnaderna för arbetsskadorna.

Lättast är att undersöka inkomsttransfereringar, som går till dem som drabbas av arbetsskador. Betalning sker dels från de speciella ersättningssystemen för arbetsskadade, dels från andra typer av ersättningar som inte primärt är riktade till dem som är arbetsskadade utan till dem som är sjuka (sjukskrivna) eller har en långvarig nedsättning av arbetsförmågan (förtidspensionerade/får sjukersättning). Andra kostnadsposter för offentlig sektor är de som rör förebyggande arbete, sjukvård och rehabiliteringsinsatser för dem som drabbas av arbetsskador samt rättskostnader. Den offentliga sektorns finanser kan dessutom påverkas genom att de inbetalade skatterna minskar.

---

<sup>11</sup> Vi behandlar inte här kostnaderna inom de avtalsbestämda ersättningssystemen.

### 3.1 Kostnader för socialförsäkringen

En arbetsskadad har rätt till samma ersättning som en individ som är sjuk enligt Lagen (1962:381) om allmän försäkring. Vid sjukfall som beräknas pågå kortare tid än ett år betalas sjukpenning om cirka 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten. Särskild arbetsskadeersättning ersätter schablonmässigt för två karensdagar<sup>12</sup> enligt Lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring, LAF, och motsvarar 80 procent av livränteunderlaget<sup>13</sup>. Om arbetsförmågan är nedsatt med minst en femtondel och beräknas vara nedsatt under minst ett år eller ge permanent nedsättning kan livränta beviljas. Livräntan toppar upp sjukpenningen så att den totala ersättningen blir cirka 100 procent på inkomstdelar under taket i socialförsäkringen (7,5 prisbasbelopp). Vid en permanent nedsättning av arbetsförmågan (med minst 25 procent) byts sjukpenningen ut mot sjuk- eller aktivitetsersättning om 64 procent av antagandeinkomsten<sup>14</sup> upp till 7,5 prisbasbelopp. Livräntan toppar även här upp sjuk- eller aktivitetsersättningen så att den totala ersättningen blir cirka 100 procent under taket i socialförsäkringen. Livränta betalas ut till 65 års ålder. Om skadan inträffade mellan 65 och 67 års ålder betalas livränta ut till 67 års ålder.

Utöver ersättningen för inkomstförlust ersätter socialförsäkringen kostnader för sjukvård utom riket, för tandvård och för särskilda hjälpmedel. Även kostnaden för resor för att få vård ersätts. Dödsfallsersättning om 30 procent av ett prisbasbelopp samt barnlivränta och omställningslivränta till make/maka betalas ut om den arbetsskadade avlider.

Arbetsskadeersättningen finansieras genom socialavgifter (SFS 2000:980). Arbets-skadeavgiften i arbetsgivaravgiften och egenavgiften är 0,68 procent år 2010. Utgifterna för arbetsskadeersättningen var 5 425 miljoner kronor år 2008 och avgiften var även detta år 0,68 procent. Arbetsskadeersättningen består av egenlivräntor, efterlevandelivräntor, begravningshjälp, särskild arbetsskadeersättning, tandvårdsersättning, sjukvård utom riket, särskilda hjälpmedel samt statliga ålderspensionsavgifter. Arbetsskadeförsäkringen är inte en försäkring i den meningen att intäkter och kostnader ska balansera varandra på kort sikt.

Försäkringskassan särredovisar inte de utbetalningar för sjukpenning, rehabiliteringspenning och sjuk- och aktivitetsersättning som avser arbetsskador utan de ingår bland utbetalningar av andra orsaker. Endast 10 till 15 procent av alla arbetsskador (arbetsolycksfall och arbetssjukdomar) som medför sjukfrånvaro leder till att en egenlivränta beviljas (Sjögren Lindquist och Wadensjö, 2008). Övrig sjukfrånvaro ersätts med sjukpenning och rehabiliteringspenning. De flesta egenlivräntor är samordnade med sjukersättning, där sjukersättningen utgör den största delen. Det är ett stort problem att särredovisning saknas när man ska beräkna socialförsäkringens kostnader till följd av arbetsskador.

Vi gör här en egen uppskattning av kostnaderna för sjukpenning, rehabiliteringspenning och sjuk- och aktivitetsersättning som uppkommer på grund av arbets-

---

<sup>12</sup> Om den arbetsskadade kan visa att denne har haft fler än två karensdagar under sjukperioden ersätts även dessa.

<sup>13</sup> Livränteunderlaget utgörs av den sjukpenninggrundande inkomsten.

<sup>14</sup> Antagandeinkomsten beräknas enligt huvudregeln som genomsnittet av de tre högsta bruttoårsinkomsterna (omräknade med hjälp av prisbasbeloppet) under ramtiden. Kan endast en eller två bruttoårsinkomster tillgodoräknas under ramtiden ska två eller en bruttoårsinkomst upptas till 0 kronor. Ramtiden är den tidsperiod som närmast föregår det år då försäkringsfallet inträffade. För dem som är högst 46 år är ramtiden åtta år, för dem som är 47–49 år är ramtiden sju år, för dem som är 50–52 år är ramtiden sex år och för dem som är 53 år eller äldre är ramtiden fem år. (SFS 1976:380)

skadorna. För en mer exakt beräkning måste data från Arbetsmiljöverket över arbetsskador kopplas samman med sjuklönedata från SCB och sjukpenning, rehabiliteringspenning, arbetsskadesjukpenning samt sjuk- och aktivitetsersättning från Försäkringskassan.

Under 2008 inträffade 12 644 arbetsolycksfall och arbetssjukdomar som medförde mer än 14 dagars sjukfrånvaro (Arbetsmiljöverket 2009) samt 2 049 färdolycksfall som medförde mer än 14 dagars sjukfrånvaro (uppgift från Arbetsmiljöverkets statistikenhet). Av dessa beviljades cirka 3 000, vilket motsvarar 20 procent, en egenlivränta.<sup>15</sup> Totalt inträffade 564 083 sjukfall som pågick mer än 14 dagar under 2008.<sup>16</sup> Uppskattningsvis orsakades något mindre än 2 procent av sjukfallen av arbetsolyckor.<sup>17</sup> Kostnaden för sjukpenning, rehabiliteringspenning och arbetsskadesjukpenning var 22 664 miljoner kronor. Under antagandet att de som drabbas av arbetsskada har lika stora inkomster som de som är sjukfrånvarande av andra orsaker samt att fördelningen av längden på sjukfrånvaron är densamma för arbetsskadade och övriga kan 2 procent av kostnaden för sjukpenning, rehabiliteringspenning och arbetsskadesjukpenning kopplas till arbetsskador, vilket är cirka 453 miljoner kronor.

De allra flesta egenlivräntor samordnas med sjukersättning. Sjukersättningen motsvarar cirka 64 procent av ersättningen från socialförsäkringen medan egenlivräntan motsvarar cirka 36 procent. Kostnaden för egenlivräntan (enligt YFL och LAF) var 4 168 miljoner kronor år 2008. Detta betyder att kostnaderna för sjukersättning som kompletterar egenlivräntan uppgick till cirka 7 410 miljoner kronor år 2008.<sup>18</sup>

För dem som tjänstgör inom totalförsvaret eller räddningstjänst, är intagna för kriminalvård eller utför ungdomstjänst betalas ersättning för kroppsskador som inträffar i arbetet/vården enligt Lagen (1977:265) om personskadeskydd i form av sjukpenning, egenlivränta, efterlevandelivränta, begravningshjälp, kostnad för vård och läkemedel mm. Utgifterna för ersättning enligt SFS 1977:265 uppgick till närmre 53 miljoner år 2008.

---

<sup>15</sup>Antalet som beviljats en egenlivränta för en arbetsskada inträffad under 2008 beräknas öka något då anmälningar i många fall kommer in långt efter att skadan inträffat (Arbetsmiljöverket, 2009) samt på grund av långa handläggningstider hos Försäkringskassan.

<sup>16</sup> Dessa sjukfall var avslutade mellan 2008-01-01 och 2008-12-31 eller påbörjades under 2008 och pågick 2008-12-31. Källa: Försäkringskassans statistik [www.fk.se](http://www.fk.se).

<sup>17</sup>  $(12\,644 + 2\,049 - 3\,000) / 564\,083$ .

<sup>18</sup> Egenlivräntan kostade 4 168 miljoner kronor år 2008, vilket motsvarar 36 procent av den totala kostnaden för socialförsäkringen när egenlivränta har beviljats, dvs.  $0,36 * X = 4\,168$  och  $X = 11\,578$ . Sjukersättningen motsvarar 64 procent av detta belopp, dvs.  $0,64 * 11\,578 = 7\,410$ .

Tabell 3.1 Kostnader för socialförsäkringen vid arbetsskada år 2008, miljoner kronor.

Utgiftsslag	Total kostnad, miljoner kronor	Kostnad per anställd, kronor	Finansiering
Arbetsskadeersättning	5 425	1 356	Arbetsskadeavgift (Socialavgift)
Sjukpenning, rehabiliteringspenning och arbetsskadesjukpenning	453	113	Sjukförsäkringsavgift (Socialavgift)
Sjukersättning som kompletterar egenlivränta	7 410	1 853	Sjukförsäkringsavgift (Socialavgift)
Statligt personskadeskydd	53	13	Statsmedel
<b>Totalt</b>	<b>13 341</b>	<b>3 335</b>	

Av tabell 3.1 framgår att den speciella arbetsskadeersättningen utgör klart mindre än hälften av kostnaderna för arbetsskador för socialförsäkringen. Den största kostnadsposten är i stället sjukersättning som kompletterar egenlivränta. Till dessa kostnader för socialförsäkringssystemet ska läggas kostnader inom de avtalsbestämda ersättningssystemen för att man ska kunna få en bild av de totala transfereringarna till dem som blir arbetsskadade.

### 3.2 Kostnader för förebyggande verksamhet

Arbetsmiljöverket kontrollerar att arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160) följs. Syftet med lagen är att uppnå en god arbetsmiljö samt förebygga att skador, sjukdomar och olyckor uppkommer. Enligt arbetsmiljölagen ska arbetsmiljön systematisk kontrolleras (systematiskt arbetsmiljöarbete – SAM) av arbetsgivaren så att den uppfyller kraven på god arbetsmiljö. Med en god arbetsmiljö menas att teknik, arbetsorganisation och arbetsinnehåll ska vara utformade så att arbetstagaren inte utsätts för påfrestningar som kan leda till ohälsa eller olyckor. Finner arbetsgivare risker i verksamheten ska dessa snarast åtgärdas. Arbetsgivarna är även skyldiga att se till att det finns organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet samt tillgång till skadeförebyggande och rehabiliterande företagshälsovård. Arbetstagarerna företräds av skyddsombud (skyddskommittéer om arbetsplatsen har mer än 50 arbetstagare) som kontrollerar att arbetsgivaren fullföljer sitt arbetsmiljöansvar. Dessa utses av de lokala arbetstagarorganisationerna.

I tabell 3.2 redovisas Arbetsmiljöverkets kostnader för den förebyggande verksamheten uppdelade efter regleringsbrevets verksamhetsgrenar. Den förebyggande verksamhetens mål är att skapa tydliga och lättillgängliga regler och standarder som medverkar till sunda, säkra och utvecklande arbetsmiljöer, utföra inspektioner av arbetsplatser, bidra till att utveckla internationellt samarbete och normer för att främja arbetsmiljöarbetet, producera arbetsskadestatistik, genomföra informationsverksamhet samt ge stöd till regional skyddsombudsverksamhet som att till exempel utbilda skyddsombud och utföra standardiseringsverksamhet. De totala kostnaderna för Arbetsmiljöverkets förebyggande verksamhet var 615 miljoner kronor år 2008 (inklusive partsmedel).



Tabell 3.2 Kostnad för prevention 2008.

	Total kostnad, miljoner kronor	Kostnad per anställd, kronor
Arbetsmiljöverket <sup>a</sup>	615	154
<i>Regler och standarder</i>	31	8
<i>Tillsyn</i>	423	106
<i>Internationellt arbete</i>	7	2
<i>Arbetskadestatistik</i>	11	3
<i>Information</i>	42	10
<i>Partimedel</i>	101	25
Utveckling av företagshälsovård <sup>b</sup>	500	125
Offentligt finansierad forskning och utveckling <sup>c</sup>	128	32
Medlemsavgift ILO <sup>d</sup>	24	6
<b>Totalt</b>	<b>1 267</b>	<b>317</b>

Källor: a) Arbetsmiljöverkets årsredovisning 2008, b) Budgetpropositionen 2009/10:1, Utgiftsområde 10, c) SCB:s offentliga statistik, Forskning och utveckling inom offentlig sektor, [www.scb.se](http://www.scb.se), d) Årsredovisning för staten 2008, Bilaga 6.

I juni 2008 undertecknade regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting en överenskommelse om att stödja en vidareutveckling av företagshälsovården. Överenskommelsen innebär att arbetsgivarna, staten och landstingen ska bidra med i princip lika delar till den långsiktiga finansieringen av en utvecklad företagshälsovård. Den ska medverka till förbättrad koordinering i första hand av insatser från sjukvården, arbetsplatserna och Försäkringskassan. Överenskommelsen gäller till och med den 31 december 2010. Regeringen avsatte 500 miljoner för 2008, 650 miljoner för 2009 och 600 miljoner för 2010 för utveckling av företagshälsovården (Budgetpropositionen 2009/10:1, Utgiftsområde 10). Satsningen motiveras genom att företagshälsovården kommer att tillgodose Försäkringskassans behov av medicinska underlag för att kunna bedöma rätten till inkomstersättning och behov av rehabilitering.

SCB samlar in statistik om offentliga medel som gått till forskning och utveckling om arbetsmiljö. Insamlingen sker vartannat år. År 2007 lade den offentliga sektorn ned 128 miljoner kronor på forskning om "förbättring av arbetsmiljö och personalskydd". Denna siffra inkluderar forskning inom statliga myndigheter, kommuner och landsting samt utlagd forskning som till exempel finansieras genom forskningsråden. Forskning som finansieras genom fakultetsanslag vid universitet och högskolor ingår inte i denna siffra.

Sverige är medlem i International Labour Organization (ILO), som är ett FN-organ som arbetar för att förbättra arbetskraftens arbetsvillkor och arbetsmiljö. Årsavgiften till ILO var 24 miljoner kronor år 2008.

### 3.3 Kostnader i vården

Kostnaderna för den medicinska vård som arbetsskadorna för med sig är svåra att mäta. Sveriges Kommuner och Landsting bedriver ett arbete med att stödja införandet av patientrelaterad kostnadsredovisning i sjukvården. Systemet benämns

Kostnad Per Patient, KPP, och innebär att kostnaden beräknas för varje individuell vårdkontakt. Drygt hälften av landstingen har idag infört eller är på väg att införa KPP-redovisning. KPP-databasen täcker för närvarande den somatiska slutenvården vid sjukhus inom landstingen i Stockholms län, Uppsala län, Östergötlands län, Hallands län, Örebro län, Västmanlands län, Västernorrlands län, Västerbottens län och Norrbottens läns samt Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Kostnaderna som rapporteras i KPP-databasen täcker cirka 62 procent av samtliga vårdtillfällen inom den somatiska slutenvården. Det finns under 2009–2010 ett regeringsuppdrag till Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting att utveckla ett ersättningssystem inom hälso- och sjukvården. Uppdraget innefattar även en satsning på införande och utveckling av KPP.

Tabell 3.3 Kostnader för somatisk slutenvård vid sjukhus efter inträffad arbetsskada år 2008.

	Kostnader, kronor	Kostnad per anställd, kronor
Genomsnittlig kostnad per arbetsskada	60 836	
Total kostnad för arbetsskadorna <sup>1</sup>	128 343 930	32

<sup>1</sup> De faktiska kostnaderna som rapporteras i KPP-databasen dividerat med 0,62 då databasen bedöms täcka 62 procent av alla skador för vilka vård ges inom somatisk slutenvård.

Källa: Sveriges kommuner och landsting, SKL, KPP-databasen.

De totala kostnaderna för den somatiska slutenvården för arbetsskador beräknas uppgå till 128,3 miljoner kronor och den genomsnittliga kostnaden är något under 61 000 kronor per arbetsolycksfall eller färdolycksfall som lett till slutenvård. Det bör noteras att endast 6 procent av de arbetsolycksfall som individer söker akutvård för leder till slutenvård. De totala kostnaderna för den vård som arbetsskadorna för med sig är alltså betydligt högre (Socialstyrelsen 2009).

### 3.4 Kostnader för rättssystemet

Skadeståndsrätten är sällan av direkt betydelse för arbetsskadornas del. Skadeståndsnivån i skadeståndsrätten motsvarar full kompensation vid en skada. Socialförsäkringen i kombination med avtalsförsäkringen ger full inkomstkompensation vid en arbetsskada och avtalsförsäkringen kompenserar för sjukvårdskostnader och andra utgifter samt ersättning för sveda och värk enligt skadeståndsrättsliga regler. Över 90 procent av alla anställda har en kompletterande ersättning genom ett kollektivavtal vid arbetsskada. I försäkringsvillkoren för TFA, TFA-KL och PSA står även att en anställd inte får föra skadeståndstalan, det så kallade taleförbudet, vid arbetsolycksfall eller arbetssjukdom mot en juridisk person som tecknat något av dessa försäkringsavtal, arbetsgivaren, anställd eller annan som omfattas av avtalen.<sup>19</sup> Således kan skadeståndstalan endast föras av anställda som inte har ett kollektivavtal.

Om en arbetsskadad inte är nöjd med Försäkringskassans beslut vad gäller ersättning kan denne vända sig till länsrätten. Riksrevisionen (2007) kom med skarp kritik mot Försäkringskassans hantering av arbetsskadeförsäkringen i slutet av 2007

<sup>19</sup> För en ingående analys av arbetsskadornas juridik, se Carlsson (2008).

då rättssäkerheten ifrågasattes. Under 2007 överklagades 17 procent av Försäkringskassans beslut om arbetsskadelivränta till länsrätten (se tabell 3.4). Under 2008 och 2009 sjönk andelen till cirka 10 procent.

Länsrätten ändrade Försäkringskassans beslut i 15 till 18 procent av de avgjorda fallen under 2007 till 2009. Länsrätterna rapporterar sina kostnader till Sveriges Domstolar. Styckkostnaden för ett socialförsäkringsmål i Länsrätten ökade från drygt 7 900 kronor till drygt 8 700 kronor mellan 2007 och 2009. Den genomsnittliga kostnaden för ett arbetsskadelivräntemål är troligtvis något högre än kostnaden för det genomsnittliga socialförsäkringsmålet då bevisningen för om en skada är att bedöma som arbetsskada eller inte kan vara komplicerad och kräva stora resurser. Den uppskattade totala kostnaden för överklaganden till Länsrätten är därför troligtvis något underskattad då den baseras på samtliga socialförsäkringsärendens genomsnittliga kostnader. Vi uppskattar att kostnaden för arbetsskadelivräntemålen för Länsrätterna har minskat från drygt 50 miljoner kronor till något under 21 miljoner kronor mellan 2007 och 2009. Detta beror på att antalet överklagade arbetsskadelivräntebeslut minskade kraftigt.

Vi vet inte hur stor del av dem som inte har fått en ändring av Försäkringskassans beslut om arbetsskadelivränta som överklagar till Kammarrätten. Vi vet däremot att cirka 30 procent av alla socialförsäkringsmål som avgjorts i Länsrätten överklagas till Kammarrätten. Om vi antar att fördelningen mellan andelen överklagade arbetsskadelivräntemål och andelen övriga socialförsäkringsmål är lika leder detta till att cirka 30 procent av alla avgjorda arbetsskadelivräntemål överklagades till Kammarrätten. Om ett arbetsskadelivräntemål i Kammarrätten kostar lika mycket som ett genomsnittligt socialförsäkringsmål är kostnaderna för Kammarrätten för dessa ärenden runt 20 miljoner kronor såväl år 2007 som år 2008. Kostnaderna minskar sedan till något mer än 10 miljoner år 2009.

Tabell 3.4 Överklaganden till domstol samt kostnader för överklagade ärenden.

	2007	2008	2009
<i>Försäkringskassan</i>			
Antal fattade beslut om arbetsskadelivränta	35 445	17 905	19 292
<i>Länsrätt</i>			
Antal inkomna socialförsäkringsmål	22 791	14 466	16 532
Antal avgjorda socialförsäkringsmål	23 455	21 888	14 040
Antal överklagade arbetsskadelivräntebeslut till Länsrätten	6 075	2 109	1 954
Andel av de av Försäkringskassan fattade besluten om arbetsskadelivränta som överklagades till Länsrätten	17 %	12 %	10 %
Antal avgjorda arbetsskadelivräntebeslut i Länsrätten	6 332	5 773	2 405
Andel av alla socialförsäkringsöverklaganden	27 %	15 %	12 %
Antal ändringar av Försäkringskassans beslut i Länsrätten	950	854	428
Andel ändringar av Försäkringskassans beslut av antalet avgjorda mål	15 %	15 %	18 %
Styckkostnad för socialförsäkringsmål, fasta priser, kronor	7 943	8 076	8 707
Uppskattad total kostnad för överklaganden rörande arbetsskadelivränta, kronor	50 295 076	46 622 748	20 940 335
<i>Kammarrätt</i>			
Antal inkomna socialförsäkringsmål	6 388	6 487	4 702
Antal avgjorda socialförsäkringsmål	6 231	6 800	5 631
Styckkostnad för socialförsäkringsmål, fasta priser	10 780	11 131	14 166
Uppskattad total kostnad för överklaganden rörande arbetsskadelivränta, kronor	20 482 000	19 278 892	10 227 852
<i>Regeringsrätt</i>			
Antal inkomna socialförsäkringsmål	2 053	2 261	1 925
Antal avgjorda socialförsäkringsmål	2 305	2 693	2 694
Styckkostnad för socialförsäkringsmål, fasta priser	12 111	11 432	11 121
Uppskattad total kostnad för överklaganden rörande arbetsskadelivränta, kronor	7 668 685	6 599 694	2 675 601
Uppskattad total kostnad för överklaganden rörande arbetsskadelivränta hos Länsrätt, Kammarrätt samt Regeringsrätten, kronor	78 445 761	72 501 334	33 843 788
Uppskattad total kostnad per anställd för överklaganden rörande arbetsskadelivränta hos Länsrätt, Kammarrätt samt Regeringsrätten, kronor	20	18	8

Anm. Alla kostnader är i 2009 års prisnivå.

Källa: Sveriges Domstolars årsredovisning 2009 och Försäkringskassans årsredovisning 2009.

Den som inte är nöjd med Kammarrättens beslut kan överklaga till Regeringsrätten som är högsta instans i socialförsäkringsmål. Runt 10 procent av alla socialförsäkringsmål som avgörs i Länsrätterna överklagas hela vägen till Regeringsrätten. Om vi även här gör antagandet att andelen överklagade arbetsskadelivräntemål är lika stor som andelen överklaganden i övriga socialförsäkringsärenden betyder det att 10 procent av de till Länsrätterna inkomna arbetsskadelivränteärendena går hela vägen till Regeringsrätten. Givet att arbetsskadeärendena kostar minst lika mycket som övriga socialförsäkringsärenden innebär det kostnader för Regeringsrätten om 7,7 miljoner kronor år 2007, 6,6 miljoner kronor år 2008 och 2,7 miljoner kronor år 2009 för arbetsskadelivränteärendena. Totalt motsvarade samtliga domstolskostnader (Länsrätt, Kammarrätt och Regeringsrätt) 20 kronor per anställd år 2007 och 2008 och 8 kronor per anställd 2009.

### **3.5 Effekter på den offentliga sektorns skatteintäkter**

Minskad produktion och konsumtion till följd av arbetsskador innebär lägre skatteintäkter till stat, landsting och kommuner. Ersättningen vid arbetsskador är visserligen hög jämfört med ersättningen från andra socialförsäkringssystem, men kompensationen är inte fullständig. Det innebär att inkomsterna sjunker för dem som drabbas och därmed också inkomstskatterna. Minskad inkomst leder till lägre konsumtion vilket i sin tur leder till lägre inbetalningar av mervärdesskatt.

Arbetsskadorna påverkar arbetsgivarnas inkomster. Lägre produktivitet efter en skada som inte fullt ut motsvaras av lägre lönekostnader innebär lägre vinst och därmed lägre vinstbaserad skatt. Kostnader för rehabilitering är inte skattepliktiga för arbetstagarna och även avdragsgilla för arbetsgivarna och innebär också lägre vinst och därmed lägre skatt. Även företagshälsovård och förebyggande behandling är avdragsgilla och påverkar därmed basen för företagsbeskattningen.

Vi har här inte gjort någon beräkning av skatteeffekterna. De är svåra att beräkna på ett tillfredsställande sätt, men effekterna på den offentliga sektorns intäktssida är troligen mycket mindre än effekterna på den offentliga sektorns utgiftssida.

### **3.6 Sammanfattande kommentar**

Den offentliga sektorns kostnader för arbetsskadorna är svåra att mäta och än svårare är det att mäta effekterna på den offentliga sektorns intäkter. Här har vi gjort ett försök att uppskatta de flesta effekterna på den offentliga sektorns kostnader.

Det finns kostnader för det förebyggande arbetet i former av forskning och arbete med att förbättra arbetsmiljön. Här finns det statistik att tillgå över den offentliga sektorns kostnader för forskning, kostnaderna för Arbetsmiljöverket, regeringens satsning på företagshälsovård och medlemsavgift till ILO.

När väl en arbetsskada har inträffat har den offentliga sektorn kostnader för dels medicinsk rehabilitering och arbetsrehabilitering, dels ersättningar för inkomstbortfall. Sveriges Kommuner och Landsting stöder införandet av Kostnad Per Patient (KPP)-redovisning i landstingen. I denna redovisning finns det uppgifter om hur och var skadan inträffade och skadan kan därmed kategoriseras som arbetsolycka och arbetsolycksfall. För närvarande täcker redovisningen 62 procent av alla skador för vilka somatisk slutenvård krävs. Sveriges Kommuner och Landsting arbetar för att införa KPP-redovisningen i fler landsting samt i primärvård och psykiatri. Det betyder att det i framtiden kommer att gå att göra bättre beräkningar av de kostnader som vården har för arbetsskadorna.

Då en arbetsskada medför sjukfrånvaro betalas ersättning från bland annat socialförsäkringen. Försäkringskassan särredovisar den ersättning som klassificeras som arbetsskadeersättning. Här ingår dock endast en del av utbetalningarna från socialförsäkringen. Den sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning, som den arbetsskadade får, särredovisas inte från sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning som beviljats av andra orsaker. Genom att samköra Arbetsmiljöverkets rapporterade arbetsskador med Försäkringskassans utbetalningar kan en beräkning av (de rapporterade) arbetsskadornas kostnader för socialförsäkringen göras.

Om en arbetsskadad inte får en egenlivränta godkänd och vill bestrida detta kan denne vända sig till förvaltningsdomstol. Ungefär 10 procent av alla som ansökte om arbetsskadelivränta år 2009 blev missnöjda med Försäkringskassans beslut och överklagade till Länsrätten. Länsrätten ändrade Försäkringskassans beslut i 18 procent av målen. Det finns statistik över antalet arbetsskadelivräntemål som når Länsrätten i Försäkringskassans Årsredovisning, men inte information om hur många arbetsskadelivräntemål som når Kammarrätten respektive Regeringsrätten. Vidare finns det information från Länsrätterna, Kammarrätten och Regeringsrätten i Sveriges Domstolars årsredovisning om genomsnittskostnaden för ett socialförsäkringsmål, dock inte uppdelat efter vilken ersättning som avses.

## 4. Kostnader för olika arbetsställen och grupper av individer

Arbetsskadorna förekommer inte lika ofta i alla branscher och i alla yrken. Skillnaderna är betydande. Det finns också stora skillnader mellan olika demografiska grupper. EU har pekat ut vissa branscher och grupper bland vilka arbetsskadorna är mer vanligt förekommande. Bland branscher nämns jordbruket och byggnadsindustrin. Småföretag kännetecknas enligt EU (European Union, 2007) också av högre kostnader än större företag. Bland grupper med högre skadefrekvens nämns unga, äldre och invandrare. I Sverige och andra länder ökar såväl antalet arbetstagare som är äldre som antalet som är födda i ett annat land.

Sverige ligger relativt väl till med relativt låga tal vid en jämförelse av EU15-länder vad gäller arbetsolyckor som leder till sjukfrånvaro och arbetsolyckor med dödlig utgång. Se Arbetsmiljöverket (2009). Enligt en genomgång av internationell statistik av Australian Government (2010) ligger de nordiska länderna inklusive Sverige väl till vad gäller antal arbetsolyckor med dödlig utgång, betydligt bättre än till exempel Australien och än mer Nya Zeeland. Lägst tal uppvisar dock Schweiz. Vi ska komma ihåg att det finns olikheter mellan olika länders statistik som försvårar jämförbarheten.

Det är angeläget att se på hur kostnaderna för arbetsskador fördelas på olika branscher, företag m.m. och hur olika grupper drabbas av arbetsskador. Det kan ge underlag för formulering av politik på området, till exempel vad gäller det förebyggande arbetet.

I det här avsnittet använder vi oss av data som är publicerade i tidskrifter, rapporter, böcker och på hemsidor alternativt har lämnats ut kostnadsfritt av myndigheter efter beställning. Det vi framförallt saknar i den tillgängliga statistiken är uppgifter om den skadades födelseland. ILO menar att invandrare är en särskilt utsatt grupp på arbetsmarknaden som i hög utsträckning arbetar i sämre arbetsmiljö och på

arbetsplatser, i yrken och branscher där det förekommer en förhöjd risk att drabbas av arbetsskador. Det är därför av stort intresse att närmare undersöka invandrades situation på den svenska arbetsmarknaden. Det skulle vara möjligt att göra en sådan undersökning genom att koppla ihop data från Arbetsmiljöverket, SCB och Försäkringskassan.

#### **4.1 Arbetsskador drabbar olika grupper**

Under 2008 drabbades 8 per 1 000 förvärvsarbetande män i åldrarna 16 till 64 år av ett arbetsolycksfall som ledde till sjukfrånvaro. Bland kvinnorna var motsvarande siffra 5 av 1 000. De branscher som var mest skadedrabbade är för båda könen gruvor och mineralutvinning, tillverkningsindustrin, vattenförsörjning och avfallshantering samt transport och magasinering (se tabell 4.1 och 4.2). Männerna råkade även i en stor utsträckning ut för arbetsolyckor i byggbranschen samt vid arbete i uthyrnings-, fastighetservice- och resetjänstbranscherna.

De branscher där lägst andel förvärvsarbetande råkade ut för en arbetsolycka är informations- och kommunikationsverksamhet, juridik, ekonomi, teknik och vetenskap samt el- och gasförsörjning.

Unga män skadar sig oftare i arbetet än övriga män. I åldersgruppen 16 till 24 år skadade sig drygt 9 män av 1 000 förvärvsarbetande under 2008. För övriga åldrar var motsvarande siffra kring 7 per 1 000 förvärvsarbetande. De unga männen är framförallt överrepresenterade bland skadade i gruvor och vid mineralutvinning, i tillverkningsindustrin, i byggbranschen samt inom försvaret. I arbete i gruvor och med mineralutvinning skadades hela 28 av 1 000 förvärvsarbetande män i åldern 16–24 år under 2008.

Unga kvinnor har däremot inte genomsnittligt högre skadefrekvens än kvinnor i andra åldrar. De unga kvinnorna var dock kraftigt överrepresenterade bland de kvinnor som drabbats av arbetsolyckor inom jordbruk, jakt och skogsbruk, tillverkningsindustrin samt försvaret under 2008.

Unga är emellertid även underrepresenterade bland de olycksdrabbade i vissa branscher. Unga män (16–24 år) skadades i mindre utsträckning än övriga män i framförallt informations- och kommunikationsverksamhet och inom kredit och försäkring. Unga kvinnor drabbades i mindre utsträckning än övriga kvinnor av arbetsolyckor inom informations- och kommunikationsverksamhet samt inom vattenförsörjning och avfallshantering.

Äldre nämns ofta som en grupp med hög risk för att drabbas av arbetsskador. När vi undersöker dem som har drabbats av en arbetsskada som lett till sjukfrånvaro finner vi istället att äldre har något lägre skadefrekvens än yngre inom nästan alla branscher. Det finns dock ett tydligt undantag, i informations- och kommunikationsverksamhet har både äldre män och äldre kvinnor en betydligt högre skadefrekvens än yngre. Här är skadefrekvensen 11 av 1 000 för 55–64-åriga män och 5 av 1 000 för 55–64-åriga kvinnor. Män och kvinnor i övriga åldrar i branschen har en genomsnittlig skadefrekvens kring 1 av 1 000. Äldre män är också mer utsatta än yngre män i kredit- och försäkringsbranschen, där närmare 9 av 1 000 förvärvsarbetande män i åldern 55–64 år råkade ut för en arbetsolycka med sjukfrånvaro under 2008 jämfört med genomsnittet i branschen som är 3 av 1 000 förvärvsarbetande.

När en arbetsskada anmäls till Arbetsmiljöverket ska den skadade ange trolig längd på sjukfrånvaron som arbetsskadan orsakar. Av dem som råkade ut för en arbetsolycka som ledde till sjukfrånvaro uppskattade 32 procent av kvinnorna och 41 procent av männen att de skulle vara frånvarande mer än 14 dagar. Män som arbetar i gruvor och med mineralutvinning samt med vattenförsörjning och avfallshantering har störst skadefrekvens med lång sjukfrånvaro (uppskattad till minst 14 dagar, se tabell A4.1 och A4.2 i Appendix). Andra branscher med många uppskattade långa sjukfall är för männens del byggbranschen och transport- och magasineringsverksamhet. Flest kvinnor råkar ut för olyckor som bedöms leda till längre sjukfrånvaro i transport och magasineringsbranschen. Med endast ett undantag finns det inga större ålderskillnader i andelarna som drabbas av en arbetsskada som uppskattas ge lång sjukfrånvaro i någon bransch. Undantaget är att unga kvinnor som arbetar inom jordbruk, jakt och skogsbruk har en högre frekvens uppskattade långa sjukfall än övriga kvinnor i samma bransch.

Tabell 4.1 Antal arbetsolyckor som medfört sjukfrånvaro per 1 000 förvärvsarbetande uppdelat på ålder och bransch, män.

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55+ år	16+ år
Jordbruk, jakt och skogsbruk	6,8	5,2	5,8	4,2	3,1	4,3
Gruvor, utvinning av mineral	28,0	15,7	18,1	13,8	14,5	16,8
Tillverkning	20,3	12,8	10,8	11,0	10,0	11,9
Försörjning av el, gas, värme och kyla	7,6	2,5	6,2	4,7	3,3	4,4
Vattenförsörjning och avfallshantering	20,0	17,4	17,0	12,5	12,6	14,9
Byggverksamhet	14,0	10,3	10,1	11,2	10,0	10,9
Handel, reparation av motorfordon	5,4	4,6	3,7	3,7	3,7	4,2
Transport och magasinering	1,4	11,4	11,7	11,4	10,1	11,3
Hotell och restaurang	3,1	3,1	3,0	3,7	4,9	3,3
Informations- och kommunikationsverksamhet	0,3	0,5	1,0	1,8	10,8	1,0
Finans och försäkringsverksamhet	1,3	2,8	3,1	2,7	9,4	2,8
Fastighetsverksamhet	6,6	4,3	5,0	5,2	3,7	4,5
Verksamhet inom juridik, ekonomi, teknik och vetenskap	4,4	2,3	2,2	2,3	2,1	2,3
Uthyrning, fastighetsservice och resetjänster	10,9	9,1	9,6	8,7	6,5	9,1
Offentlig förvaltning och försvar	12,8	10,1	8,2	7,4	4,9	7,4
Utbildning	2,8	2,9	3,3	4,1	2,5	3,1
Vård, omsorg och sociala tjänster	3,7	5,5	6,0	6,0	3,7	5,1
Kultur, nöje och fritid	6,7	7,6	2,4	3,2	4,6	4,7
Annan serviceverksamhet	5,5	1,8	3,3	3,0	3,0	3,1
Bransch saknas	16,3	9,4	7,9	6,6	3,0	6,1
Samtliga branscher	9,4	7,3	7,3	7,5	6,4	8,4

Källa: Egna beräkningar utifrån Arbetsmiljöverkets arbetsskadedatabas och SCB:s Register för arbetsmarknadsstatistik, RAMS.



Tabell 4.2 Antal arbetsolyckor som medfört sjukfrånvaro per 1 000 förvärvsarbetande uppdelat på ålder och bransch, kvinnor.

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55+ år	16+ år
Jordbruk, jakt och skogsbruk	17,9	5,5	5,8	2,4	2,0	5,0
Gruvor, utvinning av mineral	-	-	-	-	-	7,4
Tillverkning	15,9	7,9	7,4	8,1	7,7	8,4
Försörjning av el, gas, värme och kyla	-	-	-	-	-	1,3
Vattenförsörjning och avfallshantering	-	7,4	-	-	8,3	6,4
Byggverksamhet	6,9	3,4	1,1	3,5	3,0	3,0
Handel, reparation av motorfordon	2,7	2,4	2,5	2,6	3,3	2,7
Transport och magasinering	14,8	11,3	9,4	11,0	8,3	10,8
Hotell och restaurang	3,5	2,5	4,6	4,5	6,2	3,8
Informations- och kommunikationsverksamhet	-	0,7	0,9	2,4	5,1	0,9
Finans och försäkringsverksamhet	5,5	5,7	5,3	4,9	5,7	5,4
Fastighetsverksamhet	4,8	2,0	2,6	4,2	2,5	2,9
Verksamhet inom juridik, ekonomi, teknik och vetenskap	3,8	2,0	1,5	2,3	1,7	2,0
Uthyrning, fastighetsservice och resetjänster	4,7	3,5	5,3	5,5	5,0	4,8
Offentlig förvaltning och försvar	12,3	4,7	3,6	4,5	4,3	4,4
Utbildning	4,7	3,7	4,6	6,5	6,5	5,4
Vård, omsorg och sociala tjänster	8,2	5,9	7,3	7,6	7,5	7,3
Kultur, nöje och fritid	7,3	3,5	2,6	4,0	2,7	3,7
Annan serviceverksamhet	1,4	1,4	2,2	3,3	3,0	2,4
Bransch saknas	3,7	3,6	3,7	3,1	2,2	3,0
Samtliga branscher	5,7	4,3	5,0	6,0	5,8	5,3

Notera: I Arbetsmiljöverkets databas [www.av.se](http://www.av.se) finns uppgifter på branschnivå om antalet arbetsskador inom branschen överstiger 4. I tabellen markeras med "-" för de branscher där 0-4 arbetsskador inträffade under 2008. Källa: Egna beräkningar utifrån Arbetsmiljöverkets arbetsskadedatabas och SCB:s Register för arbetsmarknadsstatistik, RAMS.

Andelen förvärvsarbetande som drabbas av en arbetssjukdom är lägre än andelen som drabbas av en arbetsolycka (se tabell 4.3 och 4.4). Kvinnor drabbas i något större utsträckning än män av en arbetssjukdom. Äldre drabbas oftare av en arbetssjukdom än vad yngre gör. Unga är underrepresenterade i samtliga branscher bland dem som får en arbetssjukdom. Förklaringen är att söka i att det i regel tar lång tid av exponering för att en arbetssjukdom ska utvecklas.

Män som arbetar i byggbranschen, inom tillverkningsindustrin, med vattenförsörjning och avfallshantering samt i gruvor och med mineralutvinning har högst risk för att råka ut för en arbetssjukdom. Det är särskilt de äldsta åldersgrupperna, 45-54 år samt 55-64 år, som har höga arbetssjukdomsfrekvenser inom dessa branscher. Även män över 44 år som arbetar med transport och magasinering och män över 54 år som arbetar med informations- och kommunikationsverksamhet har hög arbetssjuk-

domsfrekvens, även om dessa båda branscher har en genomsnittlig respektive låg risk för arbetssjukdomar.

Kvinnorna, i synnerhet äldre kvinnor (55–64 år), drabbas framförallt av arbetssjukdomar inom tillverkningsindustrin och transport och magasinering.

Drygt hälften av alla arbetssjukdomar leder till sjukfrånvaro som uppskattas bli längre än 14 dagar. Män som arbetar med vattenförsörjning och avfallshantering samt i byggbranschen har störst benägenhet att drabbas av arbetssjukdomar som beräknas pågå i mer än 14 dagar (tabell A4.3 i Appendix). Det är framförallt äldre män (55–64 år) inom dessa branscher som drabbas. Kvinnor har högst benägenhet att råka ut för arbetssjukdomar som beräknas ge sjukfrånvaro i minst 15 dagar inom tillverkningsindustrin och transport och magasinering (tabell A4.4 i Appendix). Här är det främst kvinnorna mellan 45 och 64 år som drabbas. Nästan inga unga råkar ut för arbetssjukdomar som uppskattas leda till sjukfrånvaro längre än 14 dagar.

Tabell 4.3 Antal arbetssjukdomar som medfört sjukfrånvaro per 1 000 förvärvsarbetande uppdelat på ålder och bransch, män.

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55+ år	16+ år
Jordbruk, jakt och skogsbruk	-	-	0,5	2,4	0,9	0,7
Gruvor, utvinning av mineral	-	-	-	-	3,4	2,0
Tillverkning	1,2	1,5	1,7	5,4	2,9	2,0
Försörjning av el, gas, värme och kyla	-	-	1,8	-	-	0,8
Vattenförsörjning och avfallshantering	-	-	-	-	4,0	2,0
Byggverksamhet	0,7	1,2	1,8	1,6	4,3	2,3
Handel, reparation av motorfordon	0,4	0,4	0,6	1,4	1,3	0,7
Transport och magasinering	0,4	1,0	1,3	4,2	2,2	1,6
Hotell och restaurang	-	0,4	0,6	2,9	1,3	0,7
Informations- och kommunikationsverksamhet	-	0,2	-	1,2	2,2	0,2
Finans och försäkringsverksamhet	-	-	-	0,9	3,1	0,3
Fastighetsverksamhet	-	-	0,6	3,4	1,0	0,9
Verksamhet inom juridik, ekonomi, teknik och vetenskap	-	0,4	0,5	1,4	1,0	0,6
Uthyrning, fastighetsservice och resetjänster	0,8	0,6	1,4	2,8	1,3	1,0
Offentlig förvaltning och försvar	1,5	1,5	1,3	2,5	1,7	1,6
Utbildning	-	0,4	0,9	2,5	1,6	1,1
Vård, omsorg och sociala tjänster	0,9	1,0	1,4	2,7	1,2	1,3
Kultur, nöje och fritid	-	-	0,8	1,6	0,9	0,7
Annan serviceverksamhet	-	-	-	3,1	1,0	0,7
Bransch saknas	-	-	1,7	1,8	1,7	2,0
Samtliga branscher	0,5	0,8	1,2	2,7	2,1	1,3

Notera: I Arbetsmiljöverkets databas [www.av.se](http://www.av.se) finns uppgifter på branschnivå om antalet arbetsskador inom branschen överstiger 4. I tabellen markeras med "-" för de branscher där 0–4 arbetsskador inträffade under 2008.

Källa: Egna beräkningar utifrån Arbetsmiljöverkets arbetsskadedatabas och SCB:s Register för arbetsmarknadsstatistik, RAMS.

Tabell 4.4 Antal arbetssjukdomar som medfört sjukfrånvaro per 1 000 förvärvsarbetande uppdelat på ålder och bransch, kvinnor.

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55+ år	16+ år
Jordbruk, jakt och skogsbruk	-	-	2,1	2,4	-	1,3
Gruvor, utvinning av mineral	-	-	-	-	-	-
Tillverkning	2,3	2,6	3,6	5,4	4,5	3,9
Försörjning av el, gas, värme och kyla	-	-	-	-	-	0,9
Vattenförsörjning och avfallshantering	-	-	-	-	-	-
Byggverksamhet	-	-	1,8	1,6	1,4	1,4
Handel, reparation av motorfordon	0,2	0,5	1,0	1,4	1,1	0,8
Transport och magasinering	0,9	2,6	2,3	4,2	4,2	2,9
Hotell och restaurang	0,2	-	1,4	2,9	1,9	0,9
Informations- och kommunikationsverksamhet	-	-	-	1,2	4,3	0,4
Finans och försäkringsverksamhet	-	-	-	0,9	1,1	0,5
Fastighetsverksamhet	-	-	1,3	3,4	1,6	1,7
Verksamhet inom juridik, ekonomi, teknik och vetenskap	-	0,4	0,8	1,4	1,7	1,0
Uthyrning, fastighetsservice och resetjänster	1,1	1,3	1,6	2,8	2,8	1,9
Offentlig förvaltning och försvar	2,5	1,7	2,0	2,5	2,4	2,2
Utbildning	-	1,1	1,5	2,5	2,3	1,9
Vård, omsorg och sociala tjänster	1,1	1,6	2,2	2,7	2,6	2,3
Kultur, nöje och fritid	-	0,6	0,9	1,6	1,8	1,1
Annan serviceverksamhet	0,8	0,8	1,2	3,1	2,3	1,8
Bransch saknas	-	2,3	2,2	1,8	1,0	1,5
Samtliga branscher	0,7	1,2	1,8	2,7	2,4	1,9

Notera: I Arbetsmiljöverkets databas [www.av.se](http://www.av.se) finns uppgifter på branschnivå om antalet arbetsskador inom branschen överstiger 4. I tabellen markeras med "-" för de branscher där 0-4 arbetsskador inträffade under 2008. Källa: Egna beräkningar utifrån Arbetsmiljöverkets arbetsskadedatabas och SCB:s Register för arbetsmarknadsstatistik, RAMS.

Antalet förvärvsarbetande som råkar ut för en arbetsskada skiljer sig inte bara åt mellan branscher utan även mellan yrken. I tabellerna 4.5 till 4.8 visas arbetsolycksfalls- och arbetssjukdomsfrekvenserna för de yrken som är mest utsatta.

Den genomsnittliga skadefrekvensen var 6 arbetsolycksfall med sjukfrånvaro per 1 000 förvärvsarbetande under 2008. Män hade en något högre skaderisk, 7 av 1000 förvärvsarbetande män drabbades av ett arbetsolycksfall med frånvaro medan motsvarande siffra för kvinnor var 5 av 1 000. Män som arbetar som maskinmekaniker, maskinoperatörer och maskinreparatörer är de mest utsatta. I denna grupp drabbades 26 av 1 000 av ett arbetsolycksfall. Andra hårt utsatta yrken är processoperatörsarbetare, svetsare och gasskärare samt maskinoperatörer inom metall, mineral eller livsmedelsindustri. Över 20 av 1000 i dessa yrken drabbades av ett arbetsolycksfall under 2008.

Tabell 4.5 Anmälda arbetsolycksfall per 1 000 förvärvsarbetande för de 15 yrken som hade högst skadefrekvens under 2008, män.

Yrke	Antal skadade per 1 000 förvärvsarbetande	Yrke	Antal skadade per 1 000 förvärvsarbetande
Maskinmekaniker, -montörer, -reparatörer	26	Brevbärare	16
Processoperatörsarbete	24	Byggnadsträarbetare, inredningssnickare	15
Svetsare och gasskärare	24	Lagerassistenter	15
Maskinoperatör inom metall och mineral	21	VVS-montörer m.fl.	14
Maskinoperatör inom livsmedelsindustri	20	Trädgårdsanläggare m.fl.	14
Fordons- och maskinmontörer	19	Lastbils- och långtradarförare	13
Maskinoperatörer inom gummi- och plastindustri	18	Montörer, metall-, gummi- och plastprodukter	13
Säkerhetspersonal	16	Samtliga yrken	7

Källa: Arbetsmiljöverket (2009).

De yrken där kvinnor är mest utsatta för arbetsolycksfall är transport- och maskinförararbete och maskinoperatörsarbete. Här skadades 23 respektive 19 kvinnor av 1000 inom yrket under 2008. Andra yrken där kvinnor är utsatta är lagerassistenter (mottagande, uppäckning, kontrollering och registrering av gods), undersköterskor och sjukvårdsbiträden samt montörer.

Tabell 4.6 Anmälda arbetsolycksfall per 1 000 förvärvsarbetande för de 15 yrken som hade högst skadefrekvens under 2008, kvinnor.

Yrke	Antal skadade per 1 000 förvärvsarbetande	Yrke	Antal skadade per 1 000 förvärvsarbetande
Transport- och maskinförararbete	23	Servicearbete utan krav på särskild yrkesutbildning	8
Maskinoperatörsarbete	19	Barnskötare m.fl.	7
Lagerassistenter (mottagande, uppäckning, kontrollering och registrering av gods)	15	Försäljare, dagligvaror	7
Undersköterskor, sjukvårdsbiträden m.fl.	14	Kockar och kokerskor	7
Montörer	13	Behandlingsassistenter m.fl.	7
Banktjänstemän, kreditrådgivare m.fl.	11	Förskollärare och fritidspedagoger	6
Arbete i jordbruk, trädgård, skogsbruk, fiske	10	Skötare, vårdare m.fl.	6
Vårdbiträden, personliga assistenter	8	Samtliga yrken	5

Källa: Arbetsmiljöverket (2009).

Tabell 4.7 Anmälda arbetssjukdomar per 1 000 förvärvsarbetande för de 15 yrken som hade högst arbetssjukdomsfrekvens under 2008, män.

Yrke	Antal sjuka per 1 000 förvärvsarbetande	Yrke	Antal sjuka per 1 000 förvärvsarbetande
Poliser	9	Byggnads- och anläggningsarbetare	4
Maskinoperatör inom metall- och mineral	6	VVS-montörer m.fl.	4
Montörer	6	Brevbärare	4
Svetsare och gasskärare	6	Trädgårdsanläggare m.fl.	4
Processoperatörsarbete	5	Maskinoperatörer inom gummi- och plastindustri	4
Maskinmekaniker, -montörer, -reparatörer	5	Maskinoperatör inom livsmedelsindustri	4
Tunnplåtslagare	5	Vård- och omsorgspersonal	3
Slaktare, bagare, konditorer m.fl.	5	Samtliga yrken	2

Källa: Arbetsmiljöverket (2009).

Tabell 4.8 Anmälda arbetssjukdomar per 1 000 förvärvsarbetande för de 15 yrken som hade högst arbetssjukdomsfrekvens under 2008, kvinnor.

Yrke	Antal skadade per 1 000 förvärvsarbetande	Yrke	Antal skadade per 1 000 förvärvsarbetande
Montörer	16	Tandsköterskor	4
Maskinoperatörsarbete	10	Vårdbiträden, personliga assistenter	3
Lagerassistenter m.fl.	6	Förskollärare och fritidspedagoger	3
Undersköterskor, sjukvårdsbiträden m.fl.	5	Barnskötare m.fl.	3
Socialsekreterare och kuratorer	5	Sjuksköterskor (ej med särskild kompetens)	3
Skötare, vårdare m.fl.	4	Kontorssekreterare och dataregistrerare	3
Kockar och kokerskor	4	Administratörer i offentlig förvaltning	3
Behandlingsassistenter m.fl.	4	Samtliga yrken	3

Källa: Arbetsmiljöverket (2009).

Andelen som drabbas av arbetssjukdomar är lägre än andelen som drabbas av arbetsolycksfall med frånvaro. Kvinnor drabbas något oftare än män. Under 2008 anmälde 3 av 1 000 förvärvsarbetande kvinnor att de fått en arbetssjukdom medan motsvarande siffra var 2 av 1 000 för männen.

Poliser är den yrkesgrupp där flest av männen drabbas av en arbetssjukdom, 9 av 1 000 manliga poliser drabbades under 2008. Andra yrken där många män fick en

arbetssjukdom var maskinoperatörer inom metall och mineral, montörer samt svetsare eller gasskärare.

Kvinnorna drabbas framförallt av arbetssjukdomar när de arbetar som montörer (16 av 1 000) eller maskinoperatörsarbetare (10 av 1 000). Även kvinnliga lagerassistenter, undersköterskor och sjukvårdsbiträden samt socialsekreterare och kuratorer är relativt sett utsatta grupper.

## 4.2 Skador som leder till akutvård för olika grupper

Ovan visade vi att olika grupper drabbas olika ofta och olika hårt (i termer av sjukfrånvarons längd) vid en arbetsskada. I det här och nästa avsnitt analyserar vi tillgänglig sjukvårdsstatistik över arbetsskadorna för att se om det finns några skillnader i antalet vårdkontakter och vårdkostnader mellan olika demografiska grupper.

Inom ramen för patientregistret sker en fördjupad registrering på ett antal akutmottagningar och jourcentraler runt om i landet av samtliga inkommande skadefall. Patienten ska fylla i en enkät över de omständigheter som lett fram till skadan och den medicinska personalen fyller i vilka konsekvenser som skadan medfört. Uppgifterna rapporteras sedan till Socialstyrelsen och registreras i IDB (Injury Database). Datainsamlingen syftar till att ge ett nationellt underlag för skadepreventiva åtgärder men är även en del i det sameuropeiska EURO-IDB. För närvarande täcks 10 procent av befolkningen. De akutmottagningar och jourcentraler som medverkar är de fyra sjukhusen i gamla Skaraborgs län i Västra Götaland (Skövde, Lidköping, Mariestad, Falköping), de tre sjukhusen i Värmlands län (Karlstad, Arvika, Torsby), Norrlands Universitetssjukhus i Umeå samt Akademiska sjukhuset i Uppsala. Socialstyrelsens Epidemiologiska Centrum har beräknat att systemet bör täcka cirka 15 procent av landets befolkning för att vara någorlunda representativt för riket som helhet.

I rapporten "Skadehändelser som föranlett till läkarbesök vid akutmottagning – Statistik från Injury Database (IDB) Sverige, 2008", visas att cirka 63 000 individer sökte akutvård för skador som inträffade under arbetstid och att nästan alla skador som inträffar under arbetstid är orsakade av förvärvsarbete (se tabell 4.9). Männen är kraftigt överrepresenterade bland dem som skadas i arbetet, nästan 80 procent av dem som söker akutvård för arbetsskador är män. Arbetsskadorna är orsak till drygt 8 procent av alla skador för vilka individer söker akutvård. Drygt 6 av 1 000 invånare i Sverige sökte akutvård under 2008 på grund av en arbetsskada, fördelat på 10 av 1 000 män och något under 3 av 1 000 kvinnor.

Av de 10 600 individer som sökte akutvård för olyckor som hade inträffat under färd till eller från arbetet var något mer än hälften kvinnor. Färdolycksfallen var skadeorsak i 1,5 procent av akutvårdskontakterna. Drygt 1 av 1000 råkade ut för en färdolycka som krävde akutvård under 2008.

De allra flesta, 83 procent, som söker akutvård för en skada som inte är en arbetsskada blir behandlade i öppenvården (se tabell 4.10). En något större andel av kvinnornas än männens skador behandlas i slutenvården. En ännu större andel av arbetsolyckorna, 94 procent, behandlas i öppenvården. En mindre andel av arbetsskadorna än skador som uppkommit i andra situationer är alltså så allvarliga att de måste behandlas i slutenvården.

Tabell 4.9 Personer som sökt akutvård till följd av skada år 2008 efter skadesituation.

Skadesituation	Beräknat antal i Sverige				Beräknat antal i Sverige per 100 000 invånare		
	Män	Kvinnor	Totalt	Procent	Män	Kvinnor	Totalt
Fritid/privat tid	304 700	258 400	563 100	79,3	6 647	5 573	6 110
Skoltid/utbildningstid	19 800	13 900	33 700	4,7	432	300	366
Barnomsorgstid	4 200	3 100	7 300	1,0	92	67	79
Arbetstid	49 400	13 500	62 900	8,9	1 075	291	683
- <i>Förvärvsarbete</i>	<i>47 100</i>	<i>11 900</i>	<i>59 000</i>	<i>8,3</i>	<i>1 025</i>	<i>257</i>	<i>640</i>
Färd till/från arbete	4 600	6 000	10 600	1,5	100	130	115
Färd till/från utbildning	1 700	1 800	3 500	0,5	37	40	38
Övrig tid	17 300	11 600	28 900	4,1	381	249	315
<b>Totalt</b>	<b>401 700</b>	<b>308 300</b>	<b>710 000</b>	<b>100</b>	<b>8 764</b>	<b>6 651</b>	<b>7 706</b>

Källa: Skadehändelser som föranlett till läkarbesök vid akutmottagning – Statistik från Injury Database (IDB) Sverige, 2008, s. 35 och 37.

Tabell 4.10 Personer som sökt akutvård till följd av skada år 2008 efter vårdform.

	Andel av alla skador exklusive arbetsskador som lett till olika akutvårdformer			Andel av arbetsskadorna som lett till olika akutvårdformer		
	Män %	Kvinnor %	Totalt %	Män %	Kvinnor %	Totalt %
Vårdad i öppen vård vid sjukhus eller jourcentral	86	81	83	93	95	94
Vårdad i sluten vård vid sjukhus	14	19	17	7	5	6

Källa: Egna beräkningar från "Skadehändelser som föranlett till läkarbesök vid akutmottagning – Statistik från Injury Database (IDB) Sverige, 2008", s. 27 och 59.

Yngre har en större risk än äldre att råka ut för skador under arbetstid som leder till att de måste uppsöka akutvård (tabell 4.11). Detta resultat drivs framförallt av männen. Mer än dubbelt så många män i åldersgruppen 18–34 år söker akutvård för en olycka som skett under arbetstid jämfört med män i åldersgruppen 55–64 år. För kvinnor är det mer jämnt mellan åldersgrupperna även om yngre i något större utsträckning än äldre söker akutvård för olyckor som inträffat på arbetstid.

Tabell 4.11 Beräknat antal skador som inträffat under arbetstid som lett till att den drabbade uppsökt akutvård per 1 000 förvärvsarbetare under 2008 efter kön och ålder.

Ålder	Män	Kvinnor	Alla
18–34	30,4	8,1	19,8
35–44	19,9	5,7	13,1
45–54	19,1	6,0	12,2
55–64	14,2	5,5	10,0
18–64	21,6	6,4	14,3

Källa: Egna beräkningar utifrån Injury Database (IDB) och SCB:s Registerbaserade arbetsmarknadsstatistik, RAMS.

### 4.3 Kostnader för slutenvården för olika grupper

I KPP-redovisningen finns uppgifter om kostnaderna för sjukvården uppdelade efter bland annat diagnos, kön, ålder, bostadsort och besökt sjukhus samt även information om var skadan uppkom. Man kan därför få detaljerad information från KPP-redovisningen om den somatiska slutensjukvårdens kostnader för olika demografiska grupper och till viss del även olika yrken till följd av arbetsolycksfall och färdolycksfall. I KPP-databasen finns 1 118 män och 190 kvinnor som drabbades av ett arbetsolycksfall eller ett färdolycksfall och fick vård för denna inom slutenvården under 2008. Som tidigare nämnts beräknas KPP-databasen täcka cirka 62 procent av alla skador som kräver somatisk slutenvård.

De totala beräknade kostnaderna för somatisk slutenvård till följd av arbetsskador var drygt 128 miljoner kronor år 2008 (se tabell 4.12). Mäns arbetsskador stod för nästan 90 procent av de totala kostnaderna. Slutenvårdskostnaderna per förvärvsarbetande är högst för de yngsta förvärvsarbetande (under 25 år) följt av de äldsta (55 till 64 år).

Den genomsnittliga kostnaden per slutenvårdstillfälle är högre för män än för kvinnor (se tabell 4.13). Kostnaden per slutenvårdstillfälle varierar dock mycket kraftigt och männen har både haft den billigaste och dyraste vården. För män är den genomsnittliga vårdkostnaden högst för förvärvsarbetande i åldrarna 55 till 67 år följt av dem under 25 år. För kvinnorna var vårdkostnaden dyrast för den yngsta åldersgruppen (under 25 år).



Tabell 4.12 Totala kostnader<sup>1</sup> i somatisk slutenvård för arbetsolycksfall och färdolycksfall 2008 efter kön och ålder, kronor.

Ålder	Män		Kvinnor		Alla	
	Totalt	Kostnad per förvärvs-arbetande	Totalt	Kostnad per förvärvs-arbetande	Totalt	Kostnad per förvärvs-arbetande
-24	19 888 753	85,25	2 957 832	13,83	22 846 585	51,09
25-34	14 716 781	31,42	1 341 265	3,20	16 058 046	18,08
35-44	25 962 384	44,96	2 463 623	4,64	28 426 007	25,66
45-54	22 215 713	43,69	3 137 955	6,50	25 353 668	25,58
55-67	31 724 531	70,39	3 935 095	9,34	35 659 626	40,89
<b>Totalt</b>	<b>114 508 162</b>	<b>51,16</b>	<b>13 835 770</b>	<b>6,69</b>	<b>128 343 932</b>	<b>29,80</b>

<sup>1</sup> Motsvarar kostnaderna från KPP-databasen dividerat med 0,62 då KPP-databasen täcker 62 procent av alla vårdtillfällen i slutenvården.

Källa: Egna beräkningar utifrån Sveriges Kommuner och Landstings KPP-databas.

Tabell 4.13 Kostnader i somatisk slutenvård för arbetsolycksfall och färdolycksfall 2008 efter kön och ålder.

Ålder	Män			Kvinnor		
	Genomsnittlig vårdkostnad	Lägsta kostnad	Högsta kostnad	Genomsnittlig vårdkostnad	Lägsta kostnad	Högsta kostnad
-24	71 692	3 201	2 768 295	57 308	5 875	199 931
25-34	54 312	3 650	1 099 407	37 799	5 930	150 016
35-44	65 970	2 905	1 649 529	41 282	4 455	285 715
45-54	51 204	3 399	1 046 327	47 452	3 201	616 239
55-67	74 223	5 015	1 752 834	42 064	7 808	151 036
<b>Totalt</b>	<b>63 501</b>	<b>2 905</b>	<b>2 768 295</b>	<b>45 148</b>	<b>3 201</b>	<b>616 239</b>

Källa: Egna beräkningar utifrån Sveriges Kommuner och Landstings KPP-databas.

De flesta, 40 procent, av de arbetsolyckor som män råkade ut för under 2008 och som krävde somatisk slutenvård inträffade i ett industriområde eller på en byggarbetsplats (se tabell 4.14). Åtta procent av arbetsolyckorna inträffade i en bostad eller ett bostadsområde och 7 procent inom ett lantbruksområde. För kvinnorna skedde 16 procent av arbetsskadorna i skolor och offentliga samlingslokaler, 12 procent på en gata, väg eller trottoar och 11 procent i en bostad, ett bostadsområde, i ett industriområde eller en byggarbetsplats (se tabell 4.15).

Tabell 4.14 Kostnad i somatisk slutenvård per arbetsolycksfall och färdolycksfall 2008 efter plats skadan inträffat på, män.

	Andel av arbets- skadorna	Total kostnad <sup>1</sup>	Andel av kostnaderna	Genomsnittlig kostnad	Lägst kostnad	Högst kostnad
Bostad, bostadsområde	8 %	8 493 097	7 %	58 508	3 356	350 167
Institutionellt boende (inkl. fängelse, militärförläggning)	1 %	1 619 785	1 %	91 297	10 076	687 778
Skola, offentlig samlingslokal (ex. bio, kyrka, bibliotek)	3 %	3 829 723	3 %	84 801	7 486	809 444
Idrottsanläggning	1 %	1 813 994	2 %	80 334	5 087	485 605
Gata, väg och trottoar	4 %	3 604 066	3 %	47 543	8 170	455 147
Butiks-, handels- eller serviceområde	5 %	6 192 131	5 %	67 353	3 453	824 379
Industriområde, byggarbetsplats	40 %	46 792 594	41 %	64 612	3 399	1 633 559
Lantbruksområde	7 %	8 006 805	7 %	68 003	6 354	1 649 529
Övrigt	31 %	34 156 968	30 %	60 680	2 905	2 768 295
<b>Totalt</b>	<b>100 %</b>	<b>114 509 163</b>	<b>100 %</b>	<b>63 501</b>	<b>2 905</b>	<b>2 768 295</b>

<sup>1</sup> Motsvarar kostnaderna från KPP-databasen dividerat med 0,62 då KPP-databasen täcker 62 procent av alla vårdtillfällen i slutenvården.

Källa: Egna beräkningar utifrån Sveriges Kommuner och Landstings KPP-databas.

För män leder arbetsolyckor på institutionellt boende (inklusive fängelse och militärförläggning), skolor och offentliga samlingslokaler samt idrottsanläggningar till den genomsnittligt mest kostsamma slutenvården. Lägst genomsnittlig kostnad för männen medför olyckor som inträffar på gata, väg eller trottoar. För kvinnor har arbetsolyckor i skolan eller offentliga samlingslokaler högst genomsnittlig kostnad, men även olyckor på idrottsanläggningar och inom lantbruket har höga kostnader. Arbetsolyckor som kvinnor ådrar sig i arbete på institutionellt boende leder i genomsnitt till låga slutenvårdskostnader.

Tabell 4.15 Kostnad i somatisk slutenvård per arbetsolycksfall och färdolycksfall 2008 efter plats skadan inträffat på, kvinnor.

	Andel av arbets- skadorna %	Total kostnad <sup>1</sup>	Andel av kostnaderna %	Genomsnittlig kostnad	Lägst kostnad	Högst kostnad
Bostad, bostadsområde	11	1 480 737	11	43 717	7 808	199 931
Institutionellt boende (inkl. fängelse, militärförläggning)	5	372 542	3	25 664	5 792	111 456
Skola, offentlig samlingslokal (ex. bio, kyrka, bibliotek)	16	3 170 450	23	63 409	5 930	616 239
Idrottsanläggning	3	613 635	4	55 688	12 794	77 348
Gata, väg och trottoar	12	1 800 269	13	48 529	7 497	124 286
Butiks-, handels- eller serviceområde	9	1 179 252	8	45 696	12 835	285 715
Industriområde, byggarbetsplats	11	1 493 134	11	44 083	4 455	188 837
Lantbruksområde	3	5 21 081	4	53 845	29 050	107 120
Övrigt	30	3 279 431	24	35 671	3 201	150 016
<b>Totalt</b>	<b>100 %</b>	<b>13 910 531</b>	<b>100 %</b>	<b>45 148</b>	<b>3 201</b>	<b>616 239</b>

<sup>1</sup> Motsvarar kostnaderna från KPP-databasen dividerat med 0,62 då KPP-databasen täcker 62 procent av alla vårdtillfällen i slutenvården.

Källa: Egna beräkningar utifrån Sveriges Kommuner och Landstings KPP-databas.

De arbetsolyckor som leder till att flest behöver somatisk slutenvård är fallolyckorna, vilka står för drygt en tredjedel av männens och drygt hälften av kvinnornas skador för vilka somatisk slutenvård krävs (se tabell 4.16 och 4.17). Många skadas också svårt genom "icke levande mekaniska krafter" (exempelvis maskiner och explosiva ämnen). Drygt en tredjedel av männen och närmare 15 procent av kvinnorna, som vårdas inom somatisk slutenvård till följd av arbetsolyckor, gör det på grund av exponering för "icke levande mekaniska krafter". För kvinnorna står även transportolyckorna, 16 procent, för en stor del av de arbetsolyckor som leder till slutenvård. Det är framförallt som fotgängare många kvinnor drabbas av transportolyckor som kräver slutenvård.

Transportolyckorna leder till de i genomsnitt dyraste tillfällena av slutenvård (se tabell 4.16 och 4.17). För kvinnorna är det framförallt transportolyckor där fotgängare blivit påkörda som är kostsamma, 5 procent av kvinnornas arbetsskador som kräver slutenvård är fotgängare som skadats i en transportolycka, men dessa står för nästan 15 procent av kostnaderna. Transportolyckorna som män är inblandade i, som blir mycket kostsamma, är olyckor där förare av lastbilar och bussar eller cyklister drabbas. Dessa står för 2,6 procent av männens arbetsskador som kräver somatisk slutenvård men 6,5 procent av de totala kostnaderna för somatisk slutenvård för män. För männen är även den genomsnittliga kostnaden för

arbetsskador som orsakats av kontakt med heta föremål eller ämnen mycket hög. Något under 3 procent av arbetsolyckorna som kräver somatisk slutenvård har orsakats av kontakt med heta föremål eller ämnen medan kostnaden för denna vård uppgår till drygt 9 procent av de totala somatiska slutenvårdskostnaderna till följd av arbetsskador.

Den diagnos som är vanligast vid somatisk slutenvård till följd av en arbetssjukdom är för både män (45 procent) och kvinnor (54 procent) sjukdomar i muskuloskeletala systemet (rörelseapparaten) och bindväven. För kvinnor är även kostnaderna för sjukdomar i rörelseapparaten och bindväven mycket höga, 54 procent av antalet arbetssjukdomsfall faller som nämnts under denna diagnos, medan hela 62 procent av de totala kostnaderna för den somatiska slutenvården för kvinnor avser sådana sjukdomar (se tabell 4.18 och 4.19).

Andra diagnoser som berör runt 10 procent av både män och kvinnor är förgiftningar och toxiska effekter, sjukdomar i nervsystemet samt sjukdomar i hud och underhud. Dessa diagnosers andel av de totala kostnaderna är procentuellt lägre än deras andel av antalet skador. Brännskador som är relativt kostsamma att behandla drabbade något under 6 procent av de män och en halv procent av de kvinnor som vårdades inom den somatiska slutenvården under 2008. Kostnaderna per slutenvårdstillfälle varierar kraftigt inom diagnoserna.

Tabell 4.16 Kostnad i somatisk slutenvård per arbetsolycksfall och färdolycksfall efter händelse, män.

Händelser och omständigheter	Andel av arbets-skadorna %	Total kostnad <sup>1</sup>	Andel av kostnaden %	Genom-snittlig kostnad	Lägst kostnad	Högst kostnad
<i>Transportolyckor</i>						
Fotgängare	1,0	1 559 798	1,3	87 916	19 777	273 355
Cyklist	0,6	2 402 313	2,0	212 776	14 740	809 444
Motorcyklist	0,5	470 481	0,4	48 616	3 356	185 426
Förare/passagerare i personbil	1,2	2 127 406	1,8	94 214	8 511	824 379
Förare/passagerare i lätt lastbil	0,2	53 100	0,0	16 461	12 493	20 429
Förare/passagerare i tung lastbil	1,9	4 585 226	3,9	129 220	5 466	1 752 834
Förare/passagerare i buss	0,1	744 681	0,6	461 702	461 702	461 702
Andra transportolyckor på land	2,0	1 690 146	1,4	45 560	6 183	192 672
Transportolyckor på vatten	0,2	62 039	0,1	19 232	18 833	19 631
Transportolyckor i luften/rymden	-	-	-	-	-	-
Övriga transportolyckor	0,1	65 134	0,1	40 383	40 383	40 383
<i>Orsaker till olycksfallsskada</i>						
Fallolyckor	36,5	38 266 530	32,3	56 355	3 453	1 633 559
Icke levande mekaniska krafter	36,7	44 354 566	37,5	65 011	3 399	1 649 529
Levande mekaniska krafter	4,0	2 894 379	2,4	39 011	2 905	237 153
Drunkning eller drunkningstillbud	-	-	-	-	-	-
Kvävning eller kvävningstillbud	0,3	586 974	0,5	121 308	39 816	260 826
Elektrisk ström, strålning, extrem lufttemperatur eller lufttryck	4,0	1 102 136	0,9	14 855	3 201	76 578
Exponering för rök och öppen eld	2,0	3 112 963	2,6	83 915	4 665	578 771
Kontakt med heta föremål/ämnen	2,9	10 925 390	9,2	205 265	5 258	2 768 295
Giftiga djur och växter	0,3	101 953	0,1	21 070	7 526	42 651
Exponering för naturkrafter	0,1	40 592	0,0	25 167	25 167	25 167
Förgiftningsolyckor	1,5	808 488	0,7	29 486	3 708	253 738
Överansträngning/umbäranden	1,0	526 408	0,4	27 198	3 313	47 108
Andra olyckor	0,7	511 842	0,4	39 668	6 230	160 395
Avsiktlig självdestruktiv handling	0,3	211 368	0,2	43 683	8 381	64 914
Övergrepp av annan person	1,6	958 613	0,8	31 281	7 444	131 310
Skadehändelse med oklar avsikt	0,6	176 463	0,1	15 630	5 811	32 009

<sup>1</sup> Motsvarar kostnaderna från KPP-databasen dividerat med 0,62 då KPP-databasen täcker 62 procent av alla vårdtillfällen i slutenvården.

Källa: Egna beräkningar utifrån Sveriges Kommuner och Landstings KPP-databas.

Tabell 4.17 Kostnad i somatisk slutenvård per arbetsolycksfall och färdolycksfall efter händelse, kvinnor.

Händelser och omständigheter	Andel av arbets-skadorna %	Total kostnad <sup>1</sup>	Andel av kostnaden %	Genom-snittlig kostnad	Lägst kostnad	Högst kostnad
<i>Transportolyckor</i>						
Fotgängare	5,1	2 614 262	14,6	147 349	12 494	457 263
Cyklist	3,3	498 571	2,8	44 159	18 034	54 191
Motorcyklist	-	-	-	-	-	-
Förare/passagerare i personbil	2,8	606 326	3,4	62 654	12 794	285 715
Förare/passagerare i lätt lastbil	-	-	-	-	-	-
Förare/passagerare i tung lastbil	-	-	-	-	-	-
Förare/passagerare i buss	0,9	128 202	0,7	39 743	22 562	56 923
Andra transportolyckor på land	2,3	527 613	2,9	65 424	10 171	138 071
Transportolyckor på vatten	1,4	369 037	2,1	76 268	75 488	77 348
Transportolyckor i luften/rymden	0,5	55 729	0,3	34 552	34 552	34 552
Övriga transportolyckor	-	-	-	-	-	-
<i>Orsaker till olycksfallsskada</i>						
Fallolyckor	51,2	8 973 864	50,1	50 580	4 953	616 239
Icke levande mekaniska krafter	14,4	2 362 782	13,2	47 256	5 077	188 837
Levande mekaniska krafter	5,1	788 379	4,4	44 436	5 792	113 541
Drunkning eller drunkningstillbud	-	-	-	-	-	-
Kvävning eller kvävningstillbud	0,5	13 789	0,1	8 549	8 549	8 549
Elektrisk ström, strålning, extrem lufttemperatur eller lufttryck	3,3	90 687	0,5	8 032	3 201	13 446
Exponering för rök och öppen eld	2,3	65 361	0,4	8 105	4 455	12 152
Kontakt med heta föremål/ämnen	-	-	-	-	-	-
Giftiga djur och växter	-	-	-	-	-	-
Exponering för naturkrafter	-	-	-	-	-	-
Förgiftningsolyckor	1,4	240 227	1,3	49 647	7 679	128 529
Överansträngning/umbäranden	2,3	133 750	0,7	16 585	12 989	18 909
Andra olyckor	0,5	13 324	0,1	8 261	8 261	8 261
Avsiktlig självdestruktiv handling	0,5	71 247	0,4	44 173	44 173	44 173
Övergrepp av annan person	2,3	362 532	2,0	44 954	7 225	92 010
Skadehändelse med oklar avsikt	-	-	-	-	-	-

<sup>1</sup> Motsvarar kostnaderna från KPP-databasen dividerat med 0,62 då KPP-databasen täcker 62 procent av alla vårdtillfällen i slutenvården.

Källa: Egna beräkningar utifrån Sveriges Kommuner och Landstings KPP-databas.

Tabell 4.18 Kostnad i somatiska slutenvården per arbetssjukdomsfall efter diagnos, män.

MDC (Major Diagnostic Category)	Andel av arbetssjukdomsfall %	Total kostnad <sup>1</sup>	Andel av kostnaderna %	Genomsnittlig kostnad	Lägsta kostnad	Högsta kostnad
Sjukdomar i nervsystemet (1)	10,6	8 950 681	7,8	47 029	4 889	576 185
Sjukdomar i ögat och närliggande organ (2)	3,1	2 704 032	2,4	47 900	3 650	271 660
Sjukdomar i ögon, näsa, mun och hals (3)	1,3	886 790	0,8	36 654	12 203	129 439
Andningsorganens sjukdomar (4)	3,3	2 805 435	2,4	47 010	8 153	403 205
Cirkulationsorganens sjukdomar (5)	0,5	73 911	0,1	9 165	3 201	16 242
Sjukdom i matsmältningsorganen (6)	0,4	464 503	0,4	71 998	25 117	148 344
Sjukdomar i lever, gallväggar och bukspottskörtel (7)	-	-	-	-	-	-
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven (8)	44,5	44 112 758	38,5	55 030	3 313	844 106
Sjukdomar i hud och underhud (9)	9,7	3 232 335	2,8	18 556	3 356	100 496
Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbnings- och ämnesomsättningssjukdomar (10)	-	-	-	-	-	-
Sjukdomar i njure och urinvägar (11)	0,1	18 313	0	11 354	11 354	11 354
Sjukdomar i manliga könsorgan (12)	0,1	30 553	0	18 943	18 943	18 943
Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet (16)	0,2	145 639	0,1	45 148	32 134	58 161
Myeloproliferativa sjukdomar och icke-specifierade tumörer (17)	-	-	-	-	-	-
Infektions och parasitsjukdomar (18)	0,5	193 637	0,2	24 011	12 535	52 680
Psykiska sjukdomar och beteendestörningar (19)	0,3	239 255	0,2	49 446	25 670	64 914
Skador, förgiftningar och toxiska effekter (21)	13,3	6 984 255	6,1	29 062	2 905	260 826
Brännskador (22)	5,6	11 339 900	9,9	113 399	4 665	2 768 295
Andra hälsoproblem (23)	2,2	4 232 284	3,7	109 334	8 048	687 778
Multipelt trauma utom ytliga skador och sårskador (24)	3,0	10 555 369	9,2	253 139	14 712	1 051 667
Ej definierat (0, 99)	1,7	17 538 318	15,3	572 303	18 962	1 752 834

<sup>1</sup> Motsvarar kostnaderna från KPP-databasen dividerat med 0,62 då KPP-databasen täcker 62 procent av alla vårdtillfällen i slutenvården.

Källa: Egna beräkningar utifrån Sveriges Kommuner och Landstings KPP-databas.

Tabell 4.19 Kostnad i somatiska slutenvården per arbetssjukdomsfall efter diagnos, kvinnor.

MDC (Major Diagnostic Category)	Andel av arbetssjukdomsfall %	Total kostnad <sup>1</sup>	Andel av kostnaderna %	Genomsnittlig kostnad	Lägsta kostnad	Högsta kostnad
Sjukdomar i nervsystemet (1)	7,9	743 468	5,4	30 730	5 792	150 016
Sjukdomar i ögat och närliggande organ (2)	0,5	43 150	0,3	26 753	26 753	26 753
Sjukdomar i ögon, näsa, mun, hals (3)	3,2	403 045	2,9	41 648	8 592	92 010
Andningsorganens sjukdomar (4)	1,1	56 365	0,4	17 473	12 989	21 957
Cirkulationsorganens sjukdomar (5)	1,6	110 918	0,8	22 923	13 515	41 492
Sjukdom i matsmältningsorganen (6)	-	-	-	-	-	-
Sjukdomar i lever, gallväggar och bukspottskörtel (7)	-	-	-	-	-	-
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven (8)	53,7	8 504 332	61,5	51 693	5 077	199 931
Sjukdomar i hud och underhud (9)	10,5	548 774	4,0	17 012	7 808	49 426
Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbingar och ämnesomsättningssjukdomar (10)	-	-	-	-	-	-
Sjukdomar i njure och urinvägar (11)	1,1	143 610	1,0	44 519	25 326	63 712
Sjukdomar i könsorgan (13)	-	-	-	-	-	-
Graviditet, förlossning, barnsäng (14)	1,1	31 284	0,2	9 698	5 949	13 446
Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet (16)	0,5	139 250	1,0	86 335	86 335	86 335
Myeloproliferativa sjukdomar och icke-specifierade tumörer (17)	0,5	135 602	1,0	84 073	84 073	84 073
Infektions och parasitsjukdomar (18)	1,1	34 368	0,2	10 654	8 510	12 797
Psykiska sjukdomar och beteendestörningar (19)	1,1	83 339	0,6	25 835	7 497	44 173
Skador, förgiftningar och toxiska effekter (21)	11,1	441 406	3,2	13 032	3 201	45 310
Brännskador (22)	0,5	9 476	0,1	5 875	5 875	5 875
Andra hälsoproblem (23)	3,2	1 147 916	8,3	118 618	7 842	285 715
Multipelt trauma utom ytliga skador och sårskador (24)	-	-	-	-	-	-
Ej definierat (0, 99)	1,6	1 259 482	9,1	260 293	46 736	616 239

<sup>1</sup> Motsvarar kostnaderna från KPP-databasen dividerat med 0,62 då KPP-databasen täcker 62 procent av alla vårdtillfällen i slutenvården.

Källa: Egna beräkningar utifrån Sveriges Kommuner och Landstings KPP-databas.



#### 4.4 Beviljade egenlivräntor för olika grupper

Även andelen som blir beviljade egenlivränta skiljer sig åt mellan olika grupper och därmed även kostnaderna för socialförsäkringssystemet. I tabell 4.20 och 4.21 redovisas för män respektive kvinnor beviljade egenlivräntor under 2005 och 2006 fördelade efter olycksfall, arbetssjukdom samt färdolycksfall uppdelade på ålder.

Unga män råkar i något högre utsträckning ut för arbetsolyckor än äldre män, men deras olyckor leder sällan till att egenlivräntor beviljas. För kvinnor gäller att äldre har en större risk för att råka ut för en arbetsskada som leder till sjukfrånvaro än yngre samt att äldre kvinnor oftare beviljas en egenlivränta än yngre kvinnor. Jämför vi unga män med unga kvinnor ser vi att unga män har en högre sannolikhet för att råka ut för en arbetsolycka än unga kvinnor. I åldrarna 16–34 år anmälde något mer än 9 av 1000 förvärvsarbetande män och något under 6 av 1000 förvärvsarbetande kvinnor en arbetsolycka som medförde sjukfrånvaro under 2005 eller 2006. Andelen i åldersgruppen 16–34 år vars arbetsolycka leder till en beviljad egenlivränta är låg för båda könen. Det finns en liten könsskillnad i beviljandegrad, unga män blir beviljade en egenlivränta i något under 2 procent av arbetsolycksfallen som medför sjukfrånvaro medan motsvarande siffra för de unga kvinnorna är något mer än 1 procent.

För alla åldersgrupper gäller att kvinnor har en lägre sannolikhet än män att råka ut för en arbetsolycka som leder till sjukfrånvaro samt att andelen av dem som råkat ut för en arbetsolycka som får en egenlivränta beviljad är lägre bland kvinnor än bland män. Könsskillnaden i beviljandefrekvens per arbetsolycksfall är störst i åldrarna 55–64 år där drygt 13 procent av männens mot drygt 7 procent av kvinnornas arbetsolyckor med sjukfrånvaro ledde till att en egenlivränta beviljades.

Andelen som råkar ut för en arbetssjukdom är mycket lägre än andelen som råkar ut för en arbetsolycka som medför sjukfrånvaro. Detta gäller för såväl samtliga åldersgrupper som män och kvinnor. Andelen som drabbas av en arbetssjukdom ökar med åldern och är större för kvinnor än för män. Däremot beviljas män i större utsträckning än kvinnor en egenlivränta om de drabbas av en arbetssjukdom. Detta gäller för samtliga åldrar men könsskillnaderna ökar även här med åldern. Nästan 8 procent av de män i åldrarna 16–34 år som drabbats av en arbetssjukdom blev beviljade en egenlivränta medan motsvarande tal för kvinnorna i samma åldersgrupp endast var något mer än 2 procent. I åldrarna 55 till 64 år beviljades 50 procent av männen som drabbats av en arbetssjukdom en egenlivränta medan motsvarande andel för kvinnorna i samma åldersgrupp var 22 procent.

Tabell 4.20 Egenlivräntor i arbetsskadeförsäkringen (YFL och LAF) som har godkänts under 2005 och 2006 efter åldersgrupper, män.

Ålder	Arbetsolycksfall			Arbetssjukdomar			Färdolycksfall	
	Antal beviljade egenlivräntor	Antal anmälda arbets-skador med sjuk-frånvaro per 1 000 förvärvs-arbetande	Andel anmälda arbets-skador som lett till en egen-livränta	Antal beviljade egenlivräntor	Antal anmälda arbets-skador med sjuk-frånvaro per 1 000 förvärvs-arbetande	Andel anmälda arbets-skador som lett till en egen-livränta	Antal beviljade egenlivräntor	Antal beviljade egenlivräntor per 1 000 förvärvs-arbetande
16-34	236	9,2	1,9 %	116	1,3	7,6 %	102	0,1
35-44	613	8,5	6,4 %	436	2,0	19,1 %	242	0,2
45-54	709	8,9	8,0 %	743	2,9	25,7 %	218	0,2
55-64	962	8,3	13,3 %	1746	3,9	50,0 %	195	0,2
Totalt	2619	8,7	6,9 %	3295	2,3	32,3 %	772	0,2

Källa: Egna beräkningar utifrån Socialförsäkringsrapport 2008:3, SCB:s Registerbaserade arbetsmarknadsstatistik (RAMS) samt Arbetsmiljöverkets statistikdatabas på [www.av.se](http://www.av.se).

Tabell 4.21 Egenlivräntor i arbetsskadeförsäkringen (YFL och LAF) som har godkänts under 2005 och 2006 efter åldersgrupper, kvinnor.

Ålder	Arbetsolycksfall			Arbetssjukdomar			Färdolycksfall	
	Antal beviljade egenlivräntor	Antal anmälda arbets-skador med sjuk-frånvaro per 1000 förvärvs-arbetande	Andel anmälda arbets-skador som lett till en egen-livränta	Antal beviljade egenlivräntor	Antal anmälda arbets-skador med sjuk-frånvaro per 1000 förvärvs-arbetande	Andel anmälda arbets-skador som lett till en egen-livränta	Antal beviljade egenlivräntor	Antal beviljade egenlivräntor per 1000 förvärvs-arbetande
16-34	88	5,9	1,2 %	43	1,6	2,3 %	130	0,1
35-44	325	6,1	5,2 %	302	3,3	9,0 %	364	0,4
45-54	392	7,2	5,8 %	617	4,7	13,8 %	306	0,3
55-64	446	7,3	7,4 %	883	4,9	21,5 %	308	0,4
Totalt	1287	6,5	4,9 %	1933	3,4	14,0 %	1133	0,3

Källa: Egna beräkningar utifrån Socialförsäkringsrapport 2008:3, SCB:s Registerbaserade arbetsmarknadsstatistik (RAMS) samt Arbetsmiljöverkets statistikdatabas på [www.av.se](http://www.av.se).

Även färdolycksfall kan leda till att egenlivräntor beviljas. Bland kvinnorna beviljades 3 av 10 000 förvärvsarbetande en egenlivränta efter en färdolycka medan motsvarande siffra för männen är 2 av 10 000 förvärvsarbetande. Något färre yngre än äldre råkar ut för färdolycksfall som leder till egenlivräntor.

Tabell 4.22 Egenlivräntor i arbetsskadeförsäkringen (YFL och LAF) som godkändes under 2005 och 2006 efter födelseland, män.

Födelseland	Olycksfall		Arbetsjukdom		Färdolycksfall	
	Antal beviljade egenlivräntor	Antal beviljade egenlivräntor per 1000 förvärvsarbete	Antal beviljade egenlivräntor	Antal beviljade egenlivräntor per 1000 förvärvsarbete	Antal beviljade egenlivräntor	Antal beviljade egenlivräntor per 1000 förvärvsarbete
Sverige	2191	0,6	2864	0,7	621	0,2
Norden (utom Sverige)	120	1,1	201	1,8	33	0,3
Övriga världen	308	0,8	227	0,4	118	0,3
Totalt antal	2619	0,6	3295	0,7	772	0,2

Källa: Egna beräkningar utifrån Socialförsäkringsrapport 2008:3 och SCB:s Registerbaserade arbetsmarknadsstatistik (RAMS).

De som är födda i andra nordiska länder än Sverige har oftare än svenskfödda eller personer födda i resten av världen en egenlivränta. Se tabell 4.22. Det gäller för både män och kvinnor. Merparten av invandrare från Norden är från Finland. Många kom till industriarbete och andra arbeten som inte krävde längre utbildning under 1960-talet och början av 1970-talet. Det innebär att de ofta är i äldre aktiv ålder och att många har arbeten med relativt höga arbetsskaderisker, vilket skulle kunna förklara talen. Det är viktigt med fortsatta undersökningar vad gäller denna fråga. Både män och kvinnor som är födda utanför Sverige löper en marginellt högre risk att bli beviljad en egenlivränta efter ett färdolycksfall.

Förvärvsarbete drabbas inte bara i olika utsträckning av arbetsskador beroende på vilket yrke de har. Även arbetsskadornas allvarlighetsgrad skiljer sig åt mellan olika yrken. I tabell 4.24 och 4.25 redovisar vi för män respektive kvinnor antalet arbetsskador som i slutändan leder till att en egenlivränta beviljas. Vi ser att både män och kvinnor som arbetar som grovarbetare inom bygg, handpakterare inom fabrik och med annat arbete inom fabrik som inte kräver utbildning samt som expressbud löper en mycket högre risk för att råka ut för en arbetsskada som är så pass allvarlig att den leder till en egenlivränta. Särskilt allvarligt är det för kvinnorna i dessa yrken där hela 13 av 1 000 kvinnor inom yrket drabbades av en arbetsjukdom som ledde till att en egenlivränta beviljades under 2005 eller 2006.

Ett annat yrke där kvinnor drabbas mycket hårt är vid arbete med metallhantverk, som maskin- och motorreparatörer, el- och telemontörer samt som reparatörer. Inom dessa yrken drabbades 11 av 1 000 kvinnor av en arbetsskada (9 av 1 000 av en arbetsjukdom och 2 av 1 000 av ett arbetsolycksfall) som ledde till att en egenlivränta beviljades under 2005 eller 2006.

Tabell 4.23 Egenlivräntor i arbetsskadeförsäkringen (YFL och LAF) som godkändes under 2005 och 2006 efter födelseland, kvinnor.

Födelseland	Olycksfall		Arbetssjukdom		Färdolycksfall	
	Antal beviljade egenlivräntor,	Antal beviljade egenlivräntor per 1 000 förvärvsarbetande	Antal beviljade egenlivräntor	Antal beviljade egenlivräntor per 1 000 förvärvsarbetande	Antal beviljade egenlivräntor	Antal beviljade egenlivräntor per 1 000 förvärvsarbetande
Sverige	1 083	0,3	1 593	0,4	958	0,2
Norden (utom Sverige)	69	0,5	151	1,1	56	0,4
Övriga världen	135	0,4	195	0,6	119	0,4
Totalt antal	1 287	0,3	1 933	0,5	1 133	0,3

Källa: Egna beräkningar utifrån Socialförsäkringsrapport 2008:3 och SCB:s Registerbaserade arbetsmarknadsstatistik (RAMS).

Tabell 4.24 Antal egenlivräntor i arbetsskadeförsäkringen (YFL och LAF) som har godkänts under år 2005 och 2006 per yrke samt antal per 1000 förvärvsarbetande i yrket, män.

Yrke (2-siffrig SSSYK inom parentes)	Beviljade egenlivräntor till följd av ett arbetsolycksfall		Beviljade egenlivräntor till följd av en arbetssjukdom	
	Antal egenlivräntor	Antal per 1000 förvärvsarbetande	Antal egenlivräntor	Antal per 1000 förvärvsarbetande
Grovarbetare inom bygg, hand-paketerare och annat fabriksarbete, expressbud. Kräver ej yrkesutb. (93)	272	3,8	328	4,6
Gruv-, bygg- och anläggningsarbete, målare (71)	667	1,8	949	2,6
Kontorsarbete, kassa och kundservice (41, 42)	39	0,2	41	0,2
Lärare inom gymnasium, grundskola och förskola (23, 33)	32	0,2	67	0,4
Metallhantverk, maskin- och motorreparatörer, el- och telemontörer, reparatörer (72)	267	1,1	576	2,3
Process- och maskinoperatörsarbete (81, 82)	208	0,5	286	0,7
Försäljning, restaurang, service (51 exkl. 513)	139	0,6	102	0,4
Städare, restaurangbiträden, vakt-mästare, tidningsdistributörer (91)	96	0,7	76	0,6
Transport, maskinförare (83)	418	1,7	247	1,0
Vård och omsorg (513)	39	0,3	23	0,2
Övriga yrken (01,11-13, 21-22, 24, 31-32, 34, 61, 73-74, 92)	554	0,4	595	0,4

Källa: Egna beräkningar utifrån Socialförsäkringsrapport 2008:3 och SCB:s Registerbaserade arbetsmarknadsstatistik (RAMS).

Tabell 4.25 Antal egenlivräntor i arbetsskadeförsäkringen (YFL och LAF) som har godkänts under år 2005 och 2006 per yrke samt antal per 1000 förvärvsarbetande i yrket, kvinnor.

Yrke (2-siffrig SSYK inom parentes)	Olycksfall		Arbetssjukdom	
	Antal egenlivräntor	Antal per 1000 förvärvsarbetande	Antal egenlivräntor	Antal per 1000 förvärvsarbetande
Grovarbetare inom bygg, handpakterare och annat fabriksarbete, expressbud. Kräver ej yrkesutb. (93)	146	0,5	338	12,6
Gruv-, bygg- och anläggningsarbete, målare (71)	4	0,3	9	0,7
Kontorsarbete, kassa och kundservice (41, 42)	152	0,3	190	0,4
Lärare inom gymnasium, grundskola och förskola (23, 33)	109	0,4	83	0,3
Metallhantverk, maskin- och motorreparatörer, el- och telemontörer, reparatörer (72)	14	1,9	67	9,1
Process- och maskinoperatörsarbete (81, 82)	58	0,5	240	2,1
Försäljning, restaurang, service (51 exkl. 513)	162	0,5	255	0,7
Städare, restaurangbiträden, vaktmästare, tidningsdistributörer (91)	95	0,4	165	0,7
Transport, maskinförare (83)	45	3,0	23	1,5
Vård och omsorg (513)	372	0,4	256	0,3
Övriga yrken (01,11-13, 21-22, 24, 31-32, 34, 61, 73-74, 92)	178	0,1	310	0,2

Källa: Egna beräkningar utifrån Socialförsäkringsrapport 2008:3 och SCB:s Registerbaserade arbetsmarknadsstatistik (RAMS).

Vi såg tidigare att de allra flesta som vårdades inom den somatiska slutenvården för en arbetsskada hade en skada i rörelseapparaten (muskuloskeletal systemet) eller bindväven. Skador och sjukdomar i rörelseapparaten var också den diagnos flest hade som blev beviljade en egenlivränta under 2005 och 2006 för både män och kvinnor (se tabell 4.26 och 4.27). De som beviljas en egenlivränta efter ett färdolycksfall har framförallt diagnosen fraktur eller sårskada och denna diagnos är också mycket vanlig när en egenlivränta har beviljats till följd av ett arbetsolycksfall men inte efter en arbetssjukdom.

Tabell 4.26 Antal och andel beviljade egenlivräntor i arbetsskadeförsäkringen (YFL och LAF) som godkänts under 2005 och 2006 per diagnos, män.

Diagnos	Olycksfall		Arbetssjukdom		Färdolycksfall	
	Antal	Andel %	Antal	Andel %	Antal	Andel %
Andningsorganen	9	0,3	194	5,9	0	0
Cirkulationsorganen	10	0,4	58	1,8	7	0,9
Psykiska sjukdomar	116	4,4	111	3,4	22	2,8
Rörelseorganen	1 039	39,6	2 138	65,0	240	31,1
Skador (frakturer, sårskador), förgiftningar	1 131	43,1	178	5,4	433	56,1
Örat	34	1,3	167	5,1	0	0
Övriga diagnoser	283	10,8	443	13,5	70	9,1

Källa: Egna beräkningar utifrån Socialförsäkringsrapport 2008:3

Tabell 4.27 Antal och andel beviljade egenlivräntor i arbetsskadeförsäkringen (YFL och LAF) som godkänts under 2005 och 2006 per diagnos, kvinnor.

Diagnos	Olycksfall		Arbetssjukdom		Färdolycksfall	
	Antal	Andel %	Antal	Andel %	Antal	Andel %
Andningsorganen	1	0,01	61	3,1	0	0
Cirkulationsorganen	7	0,5	9	0,5	4	0,4
Psykiska sjukdomar	91	7,1	144	7,4	28	2,5
Rörelseorganen	540	42,0	1406	72,6	317	28,0
Skador (frakturer, sårskador), förgiftningar	499	38,8	51	2,6	697	61,5
Örat	19	1,5	23	1,2	1	0,1
Övriga diagnoser	130	10,1	243	12,5	86	7,6

Källa: Egna beräkningar utifrån Socialförsäkringsrapport 2008:3

## 4.5 Sammanfattande kommentar

Arbetsskador drabbar olika grupper olika ofta och olika hårt. I det här avsnittet har vi visat att männens arbetsskador kostar mer än kvinnornas arbetsskador såväl vad gäller inkomstersättning som sjukvård. Andelen som får en arbetsskada som medför sjukfrånvaro är högre bland män än bland kvinnor och en större andel av männen än av kvinnorna råkar ut för en arbetsskada som de beräknar ska pågå i mer än 14 dagar. Männens arbetsskador är i genomsnitt också allvarigare än kvinnornas. Av dem som råkar ut för en arbetsskada för vilken de måste uppsöka akutvård är 80 procent män. Kostnaderna för männens slutenvård i samband med arbetsskador är också i genomsnitt mycket högre än kvinnornas. Mäns arbetsskador står för 90 procent av de totala kostnaderna för arbetsskador inom den somatiska slutenvården. Andelen arbetsskador som leder till att en egenlivränta beviljas är också mycket större för män än för kvinnor.

Det finns även stora skillnader i kostnaderna för arbetsskador mellan olika åldersgrupper. Unga män under 25 år råkar oftare ut för arbetsolycksfall som leder till sjukfrånvaro än män i övriga åldrar. För kvinnor finns det inga ålderskillnader vad gäller arbetsolycksfall. Däremot råkar unga män och kvinnor nästan aldrig ut för arbetssjukdomar medan de som är över 54 år oftare drabbas av arbetssjukdomar än övriga. Bland dem som söker akutvård för en arbetsskada är unga överrepresenterade och detta resultat drivs framförallt av de unga männen. Risken för att råka ut för en så pass allvarlig arbetsolycka att man behöver uppsöka akutvård minskar med åldern. Kostnaderna för den somatiska slutenvården till följd av en arbetsskada är även de högst för de yngre (under 25 år) men kostnaderna är höga även för de äldre. Sannolikheten för att en arbetsskada kommer att leda till att en egenlivränta beviljas ökar med åldern.

Vi har enbart funnit statistik uppdelad på individers födelseland vad gäller beviljade egenlivräntor. Här finner vi att de som är födda i Norden utom Sverige har en större risk för att råka ut för en arbetsskada som leder till att en egenlivränta blir beviljad jämfört med svenskfödda och födda i övriga världen. Vi efterlyser mer arbetsskadestatistik baserad på individers födelseland då både EU och ILO betonar att invandrare är en grupp som i högre utsträckning än andra arbetar på arbetsplatser med dålig arbetsmiljö och hög risk för arbetsskador.

Kostnaderna för arbetsskador skiljer sig åt mellan yrken och branscher. Även olika demografiska grupper inom olika branscher har olika risker för att drabbas av arbetsskador. I vissa branscher som till exempel arbete i gruvor och med mineralutvinning eller i tillverkningsindustrin är unga män överrepresenterade bland dem som råkar ut för olyckor. I andra branscher som till exempel inom jord- och skogsbruk är unga kvinnor överrepresenterade bland dem som blir arbetsskadade med sjukfrånvaro som följd. Män som arbetar inom yrken som maskinmekaniker, maskinmontörer, maskinoperatörer eller processoperatörsarbetare är överrepresenterade bland de arbetsskadade medan kvinnor är mycket utsatta inom transportarbete och som maskinförare. Kostnaden inom vården är högre för vissa yrkesgrupper än andra. Till exempel så står skador som inträffar på byggarbetsplatser för den största delen av kostnaderna inom den somatiska slutenvården för männen medan arbetsolyckor som inträffar i skolor och offentliga samlingslokaler står för den största delen av kvinnornas slutenvårdskostnader. För såväl män som kvinnor har de som arbetar som grovarbetare på byggen eller som icke yrkesutbildade fabriksarbetare högst risk för att arbetsskadan ska vara så allvarlig att de beviljas egenlivränta.

Sjukvårdskostnaderna skiljer sig också åt mellan olika diagnoser. Kostnaderna för arbetsskador inom den somatiska slutenvården är som störst för skador i rörelseapparaten. Denna diagnos är även den som flest egenlivräntor beviljas för.

## 5. Hur kan ett statistiksystem för kostnaderna för arbetsskador utformas? – Implikationer för Arbetsmiljöverket

Vi har bristfälliga kunskaper om antalet arbetsskador och inte minst om kostnaderna för dem. Det behövs tillförlitlig och regelbunden statistik över de kostnader som arbetsskadorna medför. En viktig startpunkt är att det behövs tillförlitliga uppgifter om och när det inträffar en arbetsskada och därmed av antalet arbetsskador.<sup>20</sup> Här finns felaktigheter av olika slag. Ett fel är att sådant som inte är arbetsskador klassificeras som arbetsskador trots att de är relaterade till andra aktiviteter (fritidsskador), alltså en källa till överskattning. Vanligare är troligen att arbetsskador inte klassificeras som arbetsskador, i synnerhet mindre allvarliga arbetsskador, alltså en källa till underskattning. Troligen har vi totalt sett en underskattning.

Arbetsskador leder som nämnts till många olika typer av kostnader. Ett problem är att det inte finns någon samlad statistik över kostnaderna. För vissa kostnadsposter går det att hitta någon form av information, för andra saknas information helt och hållet. Det är ytterst angeläget att initiera en regelbunden informationsinsamling. Allt kan säkert inte tas med i en första omgång, men det går att gradvis bygga ut ett informationssystem.

Nästa område är att se på de ersättningar som betalas till personer som drabbats av arbetsskada. Betalning sker dels från de speciella ersättningssystemen för arbetsskadade inom både socialförsäkringen och de avtalsbestämda ersättningarna, dels från andra typer av ersättningar som inte primärt är riktade till arbetsskadade utan till dem som är sjuka (sjukskrivna) eller har en långvarig nedsättning av arbetsförmågan (förtidspensionerade). Det gäller i båda fallen både ersättning från socialförsäkringssystemet – sjukpenning, respektive sjukersättning/aktivitetsersättning – och avtalsbestämda förmåner som sjuklön och ersättning från en avtalsförsäkring. Vi har i denna studie undersökt kostnaderna för socialförsäkringssystemet. Först då avtalsbestämda ersättningar inkluderas går det att se hur mycket som totalt betalas ut i ersättning till dem som blir arbetsskadade.

Det behövs också en regelbunden sammanställning av de kostnader som går till förebyggande åtgärder. Det gäller främst Arbetsmiljöverkets kostnader men det kan också finnas kostnader för kommunerna i deras tillsyn av olika verksamheter. Däremot är det knappast realistiskt att samla in uppgifter om de kostnader arbetsgivare har för att förebygga arbetsskador – i många fall är det förebyggande arbetet ett led i det allmänna arbetet med att organisera verksamheten och en integrerad del av investeringsbeslut och där det knappast är möjligt att skilja ut vad som är kostnader för att förebygga arbetsskador.

De kostnader som vi här behandlat är de som kan hänföras till skador som godkänts som arbetsskador. Utöver dessa skador finns samband mellan arbetsmiljö och hälsa som inte är så entydiga att det i det enskilda fallet går att avgöra om skadan är ett arbetsolycksfall eller en arbetssjukdom. Samband går till viss del att finna vid intervju- och enkätundersökningar där individerna själva svarar på om de har en nedsättning av arbetsförmågan som är arbetsrelaterad. Det finns osäkerhet förknippad med sådana undersökningsmetoder, men de kan trots allt ge vissa indikationer.

---

<sup>20</sup> För en presentation och diskussion av statistiksystemet i Sverige, se Sundström-Frisk och Weiner (2004). För en presentation med förslag till förbättringar av systemet i USA, se GAO (2009).



Men sambanden går också att undersöka genom bearbetningar av stora individdatamaterial. Det går att undersöka om det finns överrisk för nedsättning av arbetsförmågan och sjukdomar i vissa typer av arbeten och på vissa arbetsplatser. Det går inte att från sådana undersökningar avgöra att vissa personer har fått sin nedsättning av arbetsförmågan genom arbetet, men kunskap om sådana samband kan visa var det finns starka skäl att sätta in åtgärder för att minska riskerna för skador.

Från olika studier genomförda av bland annat EU och ILO går det att få en uppfattning av vilka kostnadsposter som är aktuella. Vi återger här en tablå hämtad från en undersökning avseende Nederländerna. De totala kostnaderna motsvarar 2,96 procent av Nederländernas BNP år 2001. Tablå visar på många olika kostnadsposter och därmed att det kan bli svårt att få ett bra underlag. Det pekar på vikten av ett noggrant undersökningsarbete. Men ändå saknas vissa kostnadsposter också i denna framställning. Vi återkommer till detta.

Tabell 5.1 Kostnader för arbetsrelaterade ohälsa och kostnader för att förebygga arbetsskador i Nederländerna år 2001.

<b>Kostnadsposter</b>	<b>Kostnad per anställd (€)</b>	<b>% av totala kostnader</b>
<i>Kostnader till följd av ohälsa</i>	<i>1 368</i>	<i>77,3</i>
Kostnader för frånvaro	527	29,8
Kostnader för förtida pension	609	34,4
Kostnader för stöd vid återgång till arbetet	103	5,8
Kostnader för medicinsk rehabilitering	129	7,3
<i>Kostnader för skadeförebyggande</i>	<i>400</i>	<i>22,7</i>
Kostnader för företagshälsovård	120	6,8
Företagsinvesteringar för säkerhet	157	8,9
Forskning och utvecklingsarbete	10	0,6
Kostnader för rättssystemet	2	0,1
Administrationskostnader för företagen	102	5,8
Kostnader för lagstiftning och inspektioner	6	0,3
Subvention för arbetsplatsförbättringar	3	0,2
<i>Totala kostnader</i>	<i>1 768</i>	<i>100</i>

Källa: Eurofund (2004).

I kapitel 3 redovisade vi uppgifter för vissa av dessa kostnader. Vi gjorde det för en del av kostnaderna för frånvaro och förtida pension, 14 248 miljoner kronor. De kostnader som vi redovisade gäller endast den del som socialförsäkringssystemet står för och inte det som avtalsförsäkringar, arbetsgivare och de arbetsskadade själva står för. Vi redovisade kostnaderna för prevention, som var totalt 1 267 miljoner år 2008. Kostnaderna för somatisk slutensjukvård, som är en del av kostnaderna för

medicinsk rehabilitering, var 128 miljoner kronor år 2008 medan kostnaderna för rättssystemet var 72,5 miljoner samma år. Totalt redovisar vi kostnader för 15 715 miljoner kronor avseende år 2008. Det motsvarar ungefär en halv procent av BNP. Jämför vi med talet för Nederländerna, som är nästan 3 procent av BNP, är det lätt att inse att vi saknar uppgifter om väsentliga delar av kostnaderna för arbetsskadorna.

Något som saknas såväl i studien avseende Nederländerna och i vår framställning är kostnaderna för dödsfall. Det finns inget självklart sätt att beräkna kostnaderna för dödsfall, samtidigt som det är en brist att inte inkludera några kostnader för de arbetsolyckor som är allra allvarligast. Transportplaneringen har samma problem med att uppskatta kostnaderna för dödsfall. Om inte kostnader för dödsfall i trafiken inkluderas, underskattas de totala kostnaderna för vägtrafikolyckor. Därför inkluderas i kalkylerna en schabloniserad kostnad per dödsfall inom trafiken, som för närvarande är 21 miljoner kronor (SIKA, 2009). Vid nuvarande nivå på antalet dödsfall till följd av arbetsolycksfall, cirka 50 om året, och samma beräknade kostnad per dödsfall som inom vägtrafiken, skulle de totala kostnaderna för dödsfall till följd av arbetsolycksfall vara 1 miljard kronor.

En noggrann inventering av de olika ovan beskrivna kostnadsposterna, inte bara de som ingår i den holländska undersökningen, skulle kunna ge en bild av de totala kostnaderna för arbetsskador och av kostnaderna för att förebygga arbetsskador. Om en sådan inventering av kostnaderna görs i form av årligen återkommande statistik blir det också möjligt att följa utvecklingen på olika områden och därmed få ett bättre underlag för analyser av olika slag.

Problemet är att det inte finns någon samlad statistik över kostnaderna för arbetsmiljöproblem eller arbetsskador. För vissa av kostnadsposterna går det att hitta någon form av information, för andra saknas information helt och hållet. Det är ytterst angeläget att initiera en sådan regelbunden informationsinsamling. Allt kan säkert inte tas med i en första omgång, men det går att gradvis bygga ut informationssystemet. Det bör vara en uppgift för Arbetsmiljöverket.

## **6. Ökade incitament för att vidta åtgärder som minskar arbetsskadorna**

I föregående avsnitt framhöll vi vikten av bättre statistik över kostnaderna för arbetsskador. Vi framhöll att kostnaderna är spridda på många olika kostnadsbärare. I detta avsnitt ska vi behandla en annan fråga nämligen om det går att organisera de olika ersättningssystemen så att de ger starkare incitament till att förebygga arbetsskador och rehabilitera dem som drabbats.

De som blir arbetsskadade får ersättning från olika kassor – från arbetsgivaren, från en eller flera av socialförsäkringarna och från en eller flera av avtalsbestämda ersättningar (en del av dessa direkt från arbetsgivaren).<sup>21</sup> Dessa ersättningar bildar tillsammans ett komplicerat system och det finns anledning att förenkla dem på olika sätt för att underlätta för de drabbade individerna och för att bättre samordna

---

<sup>21</sup> För framväxten av arbetsskadeförsäkringen, se Torén (2010). Sjögren Lindquist och Wadensjö (2008) behandlar samspelet mellan social- och avtalsförsäkringarna på arbetsskadeområdet.

stödinsatserna. Det skulle också kunna leda till en bättre översikt över de totala kostnaderna och deras sammansättning.

Ett första steg är att samordna arbetsskadeförsäkringen inom socialförsäkringssystemet med de avtalsbestämda systemen för ersättning vid arbetsskador. Det kan göras på två sätt. Det första alternativet är att socialförsäkringssystemet tar över ansvaret för hela ersättningen. Det kräver att ersättning utgår också över det nu gällande taket i socialförsäkringssystemet. Det andra alternativet är att låta avtalsförsäkringarna eller privata försäkringsbolag ta över hela ansvaret för ersättning vid arbetsskador. Det främsta problemet är att det då gäller att få med alla. Det kan ske i olika former. Ett sätt är att göra det obligatoriskt att ansluta sig till en avtalsförsäkring eller en privat försäkring.

Ett andra steg är att få med också de ersättningar för arbetsskador som utbetalas från andra socialförsäkringar och avtalsbestämda ersättningar, dvs. främst från de ersättningssystem som är inriktade på dem som är sjukskrivna eller förtidspensionerade. En fördel om dessa ersättningar inkluderas är att det blir lättare att se hur stora de totala kostnaderna är för ersättning vid arbetsskador. En andra fördel är att det blir lättare att utforma finansieringssystem som ger starkare incitament till att förebygga arbetsskador.

Ett tredje steg är att i ett utökat försäkringssystem ta med kostnaderna för medicinsk behandling och rehabilitering. Försäkringen kommer alltså att i en sådan utvidgad försäkring att ersätta landstingen eller andra som har hand om sjukvården för deras kostnader för dem som skadas i arbetslivet. Arbetsskadeförsäkringen i USA ersätter de drabbade för de sjukvårdskostnader som arbetsskadorna medför.

Ett fjärde steg är att också inkludera arbetsrehabilitering i en utvidgad försäkring. Det vore en fördel att samma organisation har ett ansvar för finansieringen av såväl den medicinska behandlingen och rehabiliteringen som för arbetsrehabiliteringen. Det kan bli lättare att undvika att det blir ett tidsmässigt glapp mellan de olika formerna av rehabilitering. Även här är en av fördelarna att det blir lättare att få en samlad bild av de kostnader som arbetsskadorna leder till och att det då också går att åstadkomma starkare incitament till förebyggande åtgärder mot arbetsskador vid en differentiering av avgifterna. En annan fördel är att det blir lättare att göra avvägningar inom ramen för den budget man arbetar med.

En annan möjlighet är att göra två separata försäkringar, en försäkring för de olika formerna av inkomstkompensation vid arbetsskador och en för de olika formerna av rehabilitering. Ytterligare en möjlighet är att inrätta en försäkring på ett område där det nu inte finns en försäkring nämligen för arbetsrehabiliteringen.

För att en försäkring ska vara en försäkring måste inkomster och kostnader för försäkringen svara mot varandra på lång sikt (men däremot inte för varje år; det krävs en fondering). Det gäller för närvarande inte för de delar av arbetsskadekompensationen som ligger inom socialförsäkringen. Avgifterna bestäms inte av utvecklingen av de faktiska kostnaderna. Det är viktigt att en sådan försäkringsmässighet införs oavsett om socialförsäkringen utvidgas till att omfatta de avtalsbestämda förmånerna eller inte. Försäkringen bör inte vara en del av den allmänna statliga budgeten.

Att föra fler av de många olika kostnaderna till ett ersättningssystem ökar överblickbarheten och kan leda till samordningsvinster och till en förbättrad handläggning av olika ärenden. Det leder däremot inte i sig självt till ökade incitament för att minska arbetsskadorna.

En möjlighet är att öka incitamenten för arbetsgivarna. Ett första steg är att differentiera premierna efter riskerna för arbetsskador och förväntade kostnader i olika branscher. Det gör att "farliga" branscher får betala mer och (allt annat givet) att dessa branscher kommer att minska i omfattning jämfört med de branscher där riskerna är små på grund av de ökande kostnaderna. Det uppkommer också incitament för branschorganisationerna till att vidta åtgärder för att förbättra arbetsmiljön så att avgifterna till försäkringen sjunker för branschen. Ju fler av kostnadsslagen som förs till ett ersättningssystem, desto starkare blir dessa effekter för branschernas relativa kostnadsläge och för incitament till branschorganisationerna att minska kostnaderna. För att arbetsgivarna ska få starka incitament för att förbättra arbetsmiljön räcker inte differentiering av avgifterna mellan branscherna utan det krävs en differentiering efter vilka risker som finns på det konkreta arbetsstället och vilka kostnader som följer av arbetsskadorna just där. Den enklaste formen av riskdifferentiering är ett totalt arbetsgivarinträde. Ett problem med en sådan modell är att det hårt kan drabba speciellt mindre företag för händelser som inte har sin grund i att det är en dålig arbetsmiljö i just detta företag. Det finns ett inslag av slumpmässighet i arbetsolyckor. Alternativa lösningar är att låta avgifterna variera med vilka arbetsskador som har förekommit tidigare på arbetsplatsen eller att införa en självrisk. Det är angeläget att undersöka hur ett system med differentierade avgifter skulle kunna utformas och hur stora premieskillnaderna i så fall skulle bli.

Även individer kan påverkas av incitament på området. Forskningen pekar på att kompensationsgraden har betydelse. Den kan för det första ha betydelse genom att den påverkar om individer försöker få en skada eller nedsättning av arbetsförmåga klassificerad som arbetsskada. Kompensationsgraden kan för det andra ha betydelse för beteendet - om det finns en självrisk kan individer bli mer försiktiga än om det inte finns en självrisk. Det finns vissa belägg i forskningen för att det kan finnas effekter på risktagandet, även om ett sådant inflytande inte ska överdrivas. För det tredje är det möjligt att en fullständig inkomstkomensation påverkar incitamentet att komma tillbaka till arbetslivet.

Ett stort problem är att det tar lång tid att besluta om ersättning och också om rehabilitering - inte minst att gå från medicinsk rehabilitering till arbetsrehabilitering. Det kan ta lång tid innan en händelse blir godkänd som arbetsolycksfall och framför allt tar det ofta mycket lång tid innan det bestäms om en sjukdom är att betrakta som en arbetssjukdom eller inte. En sådan tidsfördröjning kan försvåra rehabiliteringen. Vi tror att det är lättare att introducera en sådan snabbare behandling av ärenden om arbetsskadeärendena samlas på färre ställen än vad som är fallet nu. Men även om inte så sker är det viktigt att system för en snabbare handläggning introduceras. Det kan till exempel vara fråga om system där någon handläggare följer ett visst ärende under hela dess tid fram till att beslut om ersättning fattas och även efter att beslut fattas i rehabiliteringsfasen. En annan metod är att ha väckarklockor när ärenden passerar vissa tidsgränser som ger en signal som betyder att ärendet måste ges förtur.

# Referenser

AFA Försäkring Årets Redovisning 2008

Arbejdsskadestyrelsen (2009), *Arbejdsskadestatistik 2008*, Årets tema: Arbejdsskadereform – en midtvejsevaluering

Arbejdsskadestyrelsen (2009), "Sociale og arbejdsmæssige konsekvenser af arbejdsskader blandt indvandrere og etniske danskere", rapport, København

Arbetsmiljöverket (2009), *Arbetssskador 2008*, Arbetsmiljöstatisisk Rapport 2009:1

Australian Government (2010), *Performance Benchmarking of Australian Business Regulation: Occupational Health & Safety*, Productivity Commission Research Report, Canberra

Bach, Henning, Nabanita Datta Gupta och Jan Høgelund (2007), "Employment Effects of Educational Measures for Work-Injured People", IZA DP, No. 2657

Beatson, M. och M. Coleman (1997), "International comparisons of the economic costs of work accidents and work-related ill-health", i J. Mossink och F. Licher (red.), *Costs and Benefits of Occupational Safety and Health*, Amsterdam: NIA TNO

Boräng, Frida, Bo Rothstein och Isabell Schierenbeck (2008), "Sjuk av arbete? Om arbetsförmåga och sjukdom", i Lotta Vahlne Westerhäll (red.), *Arbets(o)förmåga ur ett mångdisciplinärt perspektiv*, Stockholm: Santéus förlag

Boden, Leslie I. och Monica Galizzi (2003), "Income Losses of Women and Men Injured at Work", *Journal of Human Resources*, Vol. 38, s. 722-757

Bradbury, John Charles (2006), "Regulatory federalism and workplace safety: evidence from OSHA enforcement, 1981-1995", *Journal of Regulatory Economics*, Vol. 29, s. 211-224

Breslin, F. Curtis, Emile Tompa, Ryan Zhao, Benjamin C. Amick III, Jason D. Pole, Peter Smith och Sheilah Hogg-Johnson (2007), "Work disability absence among young workers with respect to earnings losses in the following years", *Scandinavian Journal of Work Environment Health*, Vol. 33(3), s. 192-197

Burton, John F. Jr. och Emily A. Spieler (2001), "Workers' Compensation and Older Workers" i Peter P. Budetti, Richard V. Burkhauser, Janice M. Gregory och H. Allan Hunt (red.), *Ensuring Health and Income Security for an Aging Workforce*, Kalamazoo, Mi: W.E. Upjohn Institute for Employment Research

Butler, Richard J., Marjorie L. Baldwin och William Johnson (2006), "The Effects of Occupational Injuries after Returns to Work: Work Absences and Losses of On-the-Job Productivity", *Journal of Risk & Insurance*, Vol. 73, s. 309-334

Carlsson, Mia (2008), *Arbetskada. Samspelet mellan skadestånd och andra ersättningsordningar*, Stockholm: Jure Förlag AB

Commission of the European Communities (2007), "Communication from the Commission to the Council and the European Parliament, Improving quality and productivity at work: Community strategy 2007-2012 on health and safety at work" including accompanying document "Impact Assessment"

Dorman, Peter (2000), "The Economics of Safety, Health, and Well-Being at Work: An Overview", InFocus Program on SafeWork, ILO

Ehrenberg, Ronald G. (1985), "Workers' compensation, wages and the risk of injury", NBER Working Paper, No. 1538

- Ekholm, Jan och Kristina Schüldt Ekholm (2008), "Arbets(o)förmåga ur rehabiliteringsmedicinskt perspektiv", i Lotta Vahlne Westerhäll (red), *Arbets(o)förmåga ur ett mångdisciplinärt perspektiv*, Stockholm: Santérus förlag
- Eurofund (2004), "The costs of poor working conditions", Brussels
- European Agency for Safety and Health at Work (2007), "Literature Study on Migrants Workers", Brussels
- European Union (2007), "Council Resolution of 25 June 2007 on a new Community strategy on health and safety at work (2007-2012)", *Official Journal of the European Union*, 30.6.2007
- Eurostat (2002), European social statistics. Accidents at work and work-related health problems
- Frölich, Markus, Almas Heshmati och Michael Lechner (2000), "Mikroökonometrische Evaluierung berufsbezogener Rehabilitation in Schweden", *Schweizerisches Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik*, Vol. 136 (3), s. 433-461
- Försäkringskassans Årsredovisning 2009
- GAO (2009), "Workplace safety and health. Enhancing OSHA's Records Audit Process Could Improve the Accuracy of Worker Injury and Illness Data", Report to Congressional Requesters, October 2009, Washington
- Hamermesh, Daniel S. (1998), "Changing Inequality in Markets for Workplace Amenities", NBER Working Paper, No. 6515
- Jensen, Irene och Akbar Alipour (2009), "Arbetsinriktad rehabilitering - att återfå arbetsförmågan genom åtgärder på arbetsplatsen", i SOU 2009:93, *Inkluderande arbetsliv*, en skrift från Arbetsmiljöpolutiska kunskapsrådet
- Kluge, Jochen och Sandra Schaffner (2007), "Gender Wage Differentials and the Occupational Injury Risk. Evidence from Germany and the US", *Ruhr Economic Papers*, no. 28, RWI, Essen
- Krueger, Alan B. (1990), "Workers' compensation insurance and the insurance of workplace injuries", NBER Working Paper, No. 3253
- Larsson, Tore och Neville J. Betts (1996), "The variation of occupational injury cost in Australia; Estimates based on a small empirical study", *Safety Science*, Vol. 24, s. 143-155
- Larsson, Tore och B. Field (2003), "The distribution of occupational injury risks in the State of Victoria", *Safety Science*, Vol. 40, s. 419-437
- Mossink. J. och F. Licher (1997), *Costs and Benefits of Occupational Safety and Health*, Amsterdam: NIA TNO
- Pylypchuk, Yuriy och Terceira Berdahl (2010), "Leaving Hazardous Jobs to Immigrants? An examination of Immigrant Employment in Risky Occupations and compensation for Fatality Risk over 1980-2000", working paper, AHRQ
- Regeringens skrivelse 2009/10:248, En förnyad arbetsmiljöpolitik med en nationell handlingsplan 2010-2015
- Riksrevisionen (2007), Försäkringskassans hantering av arbetsskadeförsäkringen, Stockholm: Riksdagstryckeriet
- Robinson, James C. (1995), "The Impact of Environmental and Occupational Health Regulation on Productivity Growth in U.S. Manufacturing", *Yale Journal on Regulation*, Vol. 12, s. 387- 434

- Ruser, John W., Michael R. Pergmit och Parvati Krishnamurty (2004), "Workers' Compensation "Reforms" and Benefit Claiming", Working Paper, Washington DC: US Bureau of Economic Analysis
- Sengupta, Ishita, Virginia Reno och John F. Burton Jr (2009), *Workers Compensation: Benefits, Coverage and Costs, 2007*, National Academy of Social Insurance, Washington, DC
- SIKA (2009), Värden och metoder för transportsektorns samhällsekonomiska analyser - ASEK 4, SIKA Rapport 2009:3
- Sjögren Lindquist, Gabriella och Eskil Wadensjö (2007), *Ett svårlagt pussel - kompletterande ersättningar vid inkomstbortfall*, Rapport till ESS, Expertgruppen för Studier i Samhälls-ekonomi, 2007:1
- Sjögren Lindquist, Gabriella och Eskil Wadensjö (2008), *Dags för en ny arbetsskadeförsäkring*, Stockholm: SNS Förlag
- Sjögren Lindquist, Gabriella och Eskil Wadensjö (kommande), *Avtalsförsäkringars och andra kompletterande försäkringars påverkan på arbetsutbudet*, Rapport till ESO
- Socialstyrelsen (2009), *Skadehändelser som föranlett läkarbesök vid akutmottagning, Statistik från Injury Database (IDB) Sverige, 2008*
- SOU 1998:104, *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar - Betänkande av AGRA-utredningen*
- Statens pensionsverk, Årsredovisning 2008
- Sundström-Frisk, Carin och Jan Weiner (2004), "What do the occupational injury statistics tell us?" i Rolf Å. Gustafsson och Ingvar Lundberg (red.), *Worklife and Health in Sweden 2004*, Stockholm: Arbetslivsinstitutet
- Sveriges Domstolars Årsredovisning 2009
- Thomason, Terry (2005), "Economic Incentives and Workplace Safety", i Karen Roberts (red.), *Workplace Injuries and Diseases. Essays in Honor of Terry Thomason*, Kalamazoo, Mi.: W.E. Upjohn Institute for Employment Research
- Torén, Kjell (2010), "Arbetsskadeförsäkringen - en historia om sambandet mellan arbete och sjukdom", *Arbetsliv och hälsa* 2010:44(1)
- Woock, Christopher (2009), "Earnings Losses of Injured Men: Reported and Unreported Injuries", *Industrial Relations*, Vol. 48, s. 610-628

## Appendix

Tabell A4.1 Antal arbetsolyckor som beräknas medföra sjukfrånvaro om minst 15 dagar per 1 000 förvärvsarbetande uppdelat på ålder och bransch, män.

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55+ år	16+ år
Jordbruk, jakt och skogsbruk	3,0	2,8	4,2	3,3	2,3	3,0
Gruvor, utvinning av mineral	6,7	5,5	8,2	7,7	6,7	7,1
Tillverkning	5,6	3,9	2,8	4,4	4,4	4,3
Försörjning av el, gas, värme och kyla	-	-	3,9	2,2	1,6	1,9
Vattenförsörjning och avfallshantering	5,0	6,4	2,6	5,3	5,7	6,1
Byggverksamhet	5,1	4,5	7,7	6,2	5,7	5,3
Handel, reparation av motorfordon	2,0	1,8	5,1	2,0	2,3	1,9
Transport och magasinering	4,5	4,6	1,8	5,5	5,6	5,3
Hotell och restaurang	0,9	1,6	5,7	2,2	2,1	1,5
Informations- och kommunikationsverksamhet	-	-	1,5	0,8	4,0	0,4
Finans och försäkringsverksamhet	-	-	0,5	-	-	0,2
Fastighetsverksamhet	-	1,6	-	2,1	1,8	1,8
Verksamhet inom juridik, ekonomi, teknik och vetenskap	1,3	0,8	1,8	1,0	1,2	1,0
Uthyrning, fastighetsservice och resetjänster	3,1	3,6	1,0	4,0	3,5	3,7
Offentlig förvaltning och försvar	3,0	2,7	4,2	3,0	2,4	2,7
Utbildning	-	0,7	2,8	1,4	0,8	1,1
Vård, omsorg och sociala tjänster	0,7	1,3	1,5	1,9	1,3	1,6
Kultur, nöje och fritid	2,2	4,2	2,0	0,9	2,6	2,2
Annan serviceverksamhet	-	-	1,2	1,1	1,4	1,1
Bransch saknas	3,4	-	0,9	2,7	1,7	2,3
<b>Samtliga branscher</b>	<b>2,9</b>	<b>2,6</b>	<b>3,1</b>	<b>3,4</b>	<b>3,7</b>	<b>3,5</b>

Notera: I Arbetsmiljöverkets databas [www.av.se](http://www.av.se) finns uppgifter på branschnivå om antalet arbetsskador inom branschen överstiger 4. I tabellen markeras med "-" för de branscher där 0-4 arbetsskador inträffade under 2008.

Källa: Egna beräkningar utifrån Arbetsmiljöverkets arbetsskadedatabas och SCB:s Register för arbetsmarknadsstatistik, RAMS.



Tabell A4.2 Antal arbetsolyckor som beräknas medföra sjukfrånvaro om minst 15 dagar per 1 000 förvärvsarbetande uppdelat på ålder och bransch, kvinnor.

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55+ år	16+ år
Jordbruk, jakt och skogsbruk	10,2	2,8	2,4	-	1,0	2,5
Gruvor, utvinning av mineral	-	-	-	-	-	-
Tillverkning	3,3	-	2,3	2,9	2,9	2,6
Försörjning av el, gas, värme och kyla	-	2,3	-	-	-	-
Vattenförsörjning och avfallshantering	-	-	-	-	-	2,9
Byggverksamhet	-	-	-	1,6	1,6	1,1
Handel, reparation av motorfordon	0,5	0,8	0,9	0,9	1,5	0,9
Transport och magasinering	3,6	4,4	4,6	4,2	3,5	4,1
Hotell och restaurang	1,1	0,7	1,7	1,6	3,1	1,3
Informations- och kommunikationsverksamhet	-	-	-	-	-	0,2
Finans och försäkringsverksamhet	-	-	0,8	0,8	0,7	0,6
Fastighetsverksamhet	-	-	1,3	1,6	1,0	1,3
Verksamhet inom juridik, ekonomi, teknik och vetenskap	1,1	0,4	0,3	0,9	0,9	0,6
Uthyrning, fastighetsservice och resetjänster	1,0	1,2	1,8	2,0	2,3	1,7
Offentlig förvaltning och försvar	-	1,2	0,9	1,6	1,8	1,4
Utbildning	1,1	0,8	1,4	2,0	2,7	1,8
Vård, omsorg och sociala tjänster	1,2	1,4	2,1	2,5	2,9	2,2
Kultur, nöje och fritid	2,7	1,4	1,3	1,7	1,2	1,6
Annan serviceverksamhet	-	0,4	1,0	1,2	1,5	1,0
Bransch saknas	-	-	-	-	1,0	0,8
<b>Samtliga branscher</b>	<b>1,2</b>	<b>1,1</b>	<b>1,6</b>	<b>1,2</b>	<b>2,3</b>	<b>1,7</b>

Notera: I Arbetsmiljöverkets databas [www.av.se](http://www.av.se) finns uppgifter på branschnivå om antalet arbetsskador inom branschen överstiger 4. I tabellen markeras med "-" för de branscher där 0-4 arbetsskador inträffade under 2008.

Källa: Egna beräkningar utifrån Arbetsmiljöverkets arbetsskadedatabas och SCB:s Register för arbetsmarknadsstatistik, RAMS.

Tabell A4.3 Antal arbetssjukdomar som beräknas medföra sjukfrånvaro om minst 15 dagar per 1 000 förvärvsarbetande uppdelat på ålder och bransch, män.

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55+ år	16+ år
Jordbruk, jakt och skogsbruk	-	-	-	0,6	0,5	0,4
Gruvor, utvinning av mineral	-	-	-	-	-	1,0
Tillverkning	0,4	0,8	1,0	1,3	1,6	1,1
Försörjning av el, gas, värme och kyla	-	-	-	-	-	0,6
Vattenförsörjning och avfallshantering	-	-	-	1,3	3,0	1,4
Byggverksamhet	0,4	0,7	1,2	1,7	2,8	1,4
Handel, reparation av motorfordon	0,2	0,2	0,4	0,6	0,8	0,4
Transport och magasinering	-	0,5	0,8	1,4	1,3	1,0
Hotell och restaurang	-	0,3	-	1,6	1,3	0,6
Informations- och kommunikationsverksamhet	-	-	-	-	-	0,1
Finans och försäkringsverksamhet	-	-	-	-	-	0,1
Fastighetsverksamhet	-	-	-	0,7	0,7	0,5
Verksamhet inom juridik, ekonomi, teknik och vetenskap	-	0,1	0,3	0,4	0,7	0,4
Uthyrning, fastighetsservice och resetjänster	0,3	0,2	0,8	0,9	0,8	0,6
Offentlig förvaltning och försvar	-	-	0,5	0,8	1,0	0,7
Utbildning	-	-	0,5	0,7	0,8	0,5
Vård, omsorg och sociala tjänster	-	0,4	0,8	0,5	0,6	0,6
Kultur, nöje och fritid	-	-	0,7	0,8	0,5	0,5
Annan serviceverksamhet	-	-	-	0,6	0,4	0,3
Bransch saknas	-	-	-	2,1	0,9	1,1
Samtliga branscher	0,2	0,4	0,7	1,0	1,2	0,8

Notera: I Arbetsmiljöverkets databas [www.av.se](http://www.av.se) finns uppgifter på branschnivå om antalet arbetsskador inom branschen överstiger 4. I tabellen markeras med "-" för de branscher där 0-4 arbetsskador inträffade under 2008.

Källa: Egna beräkningar utifrån Arbetsmiljöverkets arbetsskadedatabas och SCB:s Register för arbetsmarknadsstatistik, RAMS.

Tabell A4.4 Antal arbetssjukdomar som beräknas medföra sjukfrånvaro om minst 15 dagar per 1 000 förvärvsarbetande uppdelat på ålder och bransch, kvinnor.

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55+ år	16+ år
Jordbruk, jakt och skogsbruk	-	-	1,7	-	-	0,9
Gruvor, utvinning av mineral	-	-	-	-	-	-
Tillverkning	1,1	1,3	2,2	3,2	3,0	2,3
Försörjning av el, gas, värme och kyla	-	-	-	-	-	0,7
Vattenförsörjning och avfallshantering	-	-	-	-	-	-
Byggverksamhet	-	-	0,8	1,4	1,1	1,0
Handel, reparation av motorfordon	0,1	0,3	0,6	1,0	0,7	0,5
Transport och magasinering	-	1,2	1,4	3,3	2,9	1,9
Hotell och restaurang	-	-	0,9	2,0	-	0,5
Informations- och kommunikationsverksamhet	-	-	-	-	-	0,2
Finans och försäkringsverksamhet	-	-	-	0,6	0,9	0,4
Fastighetsverksamhet	-	-	-	2,5	1,4	1,1
Verksamhet inom juridik, ekonomi, teknik och vetenskap	-	-	0,4	0,9	1,2	0,5
Uthyrning, fastighetsservice och resetjänster	0,7	0,7	0,9	1,9	2,0	1,2
Offentlig förvaltning och försvar	-	0,6	1,1	1,2	1,6	1,1
Utbildning	-	0,5	0,7	1,3	1,4	0,9
Vård, omsorg och sociala tjänster	0,3	0,6	1,0	1,2	1,5	1,0
Kultur, nöje och fritid	-	-	-	0,6	1,3	0,5
Annan serviceverksamhet	-	0,6	0,6	1,8	1,2	0,9
Bransch saknas	-	-	0,9	1,0	0,9	0,8
<b>Samtliga branscher</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>	<b>0,9</b>	<b>1,4</b>	<b>1,5</b>	<b>0,9</b>

Notera: I Arbetsmiljöverkets databas [www.av.se](http://www.av.se) finns uppgifter på branschnivå om antalet arbetsskador inom branschen överstiger 4. I tabellen markeras med "-" för de branscher där 0-4 arbetsskador inträffade under 2008.

Källa: Egna beräkningar utifrån Arbetsmiljöverkets arbetsskadedatabas och SCB:s Register för arbetsmarknadsstatistik, RAMS.



ARBETSMILJÖ  
VERKET

Arbetsmiljöverket  
112 79 Stockholm  
Besöksadress Lindhagensgatan 133  
Telefon 010-730 97 00  
Fax 08-730 19 67  
E-post: publikationsservice@av.se  
[www.av.se](http://www.av.se)

This publication can be download from  
[www.av.se/publikationer/rapporter/](http://www.av.se/publikationer/rapporter/)

Vår vision: *Alla vill och kan skapa en bra arbetsmiljö*