

Rapport nr 7/2010

**Kostnader för rehabiliteringsinsatser
och sjukskrivningar beräknat ur
ett företags perspektiv**

Uppsats inom Sjukgymnastprogrammet år 2010

Eva Kallin

Leg. sjukgymnast

Sjukgymnastkonsult i Gävle

Handledare Malin Josephson



Kostnader för rehabiliteringsinsatser och sjukskrivningar beräknat ur ett företags perspektiv

Uppsats inom Sjukgymnastprogrammet år 2010

Eva Kallin

Leg. sjukgymnast

Sjukgymnastkonsult i Gävle

Handledare Malin Josephson

SAMMANFATTNING

I takt med att arbetsfältet för sjukgymnaster utvidgas blir det professionella förhållningssättet gentemot olika uppdragsgivare samt kunskaper om hälsoekonomiska konsekvenser vid arbetsrelaterad ohälsa allt viktigare. I den massmediala informationen har i första hand samhällets kostnader för sjukskrivning blivit belysta. Mindre är skrivet om den sjukskrivnes och arbetsgivarens kostnader. I många fall beskrivs företagets kostnader enbart som summan av utbetalda sjuklöner utan beaktande av kostnader som tillförs produktionen i form av produktionsbortfall, störningskostnader på grund av sjukfrånvaron, samt kostnader för rehabiliteringsåtgärder.

Syftet med denna registerstudie var att ur ett personalekonomiskt synsätt, med uppgifter baserade på sjukfrånvarostatistik, beskriva företagets kostnader för rehabiliteringsinsatser och sjukfrånvaro. Under ett rehabiliteringsprojekt åren 2003-2007 vid ett av Ericsson koncernens företag, erbjöds alla anställda, med upprepad korttids- eller långtidssjukfrånvaro (252 personer), en samordnad rehabiliteringsinsats.

Företagets genomsnittliga kostnad per år för rehabiliteringsinsatsen under projektiden beräknades till 965 204 svenska kronor (SEK), (den genomsnittliga kostnaden per deltagande person beräknades till 3 830 SEK). Den genomsnittliga kostnaden för sjukfrånvaron under samma period var 16 561 100 SEK per år.

Denna studie visar att arbetsgivarens kostnad för samordnade rehabiliteringsinsatser motsvarade mindre än en tiondel av nettokostnaden för sjukfrånvaron. Kostnaden för den förlorade produktionen sjukfrånvaron medfört var en betydande del av sjukfrånvarokostnaden för arbetsgivaren. Resultatet understryker betydelsen av att minska sjukfrånvaro ur ett företagsekonomiskt perspektiv.

Nyckelord; Company registry, Economy, Occupational Health Services, Sick leave, Vocational rehabilitation.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Rehabilitering	1
Arbetsmiljöverket/Arbetsmiljön	2
Företagshälsovård	2
Bedömning av arbetsförmåga	3
Ekonomiska aspekter på sjukfrånvaro	3
Samordnad rehabilitering	4
Syfte	5
Frågeställningar	5
METOD	6
Design	6
Studiegrupp	6
Rehabiliteringsprojektet	6
Första rehabiliteringsmötet	7
Andra rehabiliteringsmötet	7
Rehabiliteringsåtgärd	8
Datainsamlingsmetod	8
Databearbetning	9
Etiska överväganden	11
RESULTAT	11
Sjukfrånvaro	11
Kostnader för rehabilitering	12
Kostnader för sjukfrånvaro	14
Förhållandet rehabiliterings- och sjukfrånvarokostnader	15
Återbetalningstid	16
DISKUSSION	17
Resultat	17
Metod	20
Konklusion	21
REFERENSER	22

Ett varmt tack till min handledare Malin Josephson för ovärderligt stöd under arbetets gång.
Tack även till Lennart Kinnvall, Göran Rosin, Hans Söderblom Ericsson CDC Gävle,
Torbjörn Å Andersson HR IT System Support Ericsson AB, samt Gunn Welde
Företagshälsan Gävle, utan vars bistånd detta arbete inte varit möjligt att genomföra.

BAKGRUND

Antalet sjukskrivna och antalet sjukskrivningsdagar ökade i Sverige under 1990-talets senare och 2000-talets första del. Det var framförallt en ökning av de långa sjukfallen, men även de kortare sjukfallen ökade. I slutet av år 2002 noterades 135 000 personer med mer än ett års sammanhängande sjukfrånvaro [1]. Den totala kostnaden för sjukfrånvaron i Sverige, såväl korttids- som långtidsfrånvaro, var 5,2 miljarder Euro år 2002. Jämfört med 1997 hade kostnaderna mer än dubblats [2]. I takt med den ökande sjukfrånvaron och dess galopperande kostnader förändrade Försäkringskassan 2003 sitt arbetssätt, för att förbättra samarbetet med arbetsgivaren. Målsättningen var att bryta den ökande trenden av långtidsfrånvaro, samt att nå riksdagens mål ”halverad sjukfrånvaro till år 2008” [3].

Rehabilitering

Ordet rehabilitering är latinskt till sitt ursprung och sammansatt av *re* som betyder *åter*, och *hábilis* med betydelsen *duglig*. Rehabilitering blir då *att åter göra duglig*.

Rehabiliteringsbegreppet är ur ett myndighetsperspektiv uppdelade i områden och betyder alltså olika saker beroende på inom vilken sektor det används. Den medicinska, sociala och arbetsinriktade rehabiliteringen kopplas till de olika huvudmännens och sektorernas ansvarsområden. Hälso- och sjukvården har som huvudansvar att tillhandahålla medicinsk vård och behandling samt rehabilitering som är medicinskt inriktad. Hälso- och sjukvården har också ansvar för att intyga det medicinska tillståndet och uppmärksamma Försäkringskassan om arbetstagaren har ett behov av rehabilitering [4].

Arbetslivsinriktad rehabilitering syftar på de insatser den sjukskrivne arbetstagaren behöver för att komma tillbaka till sitt arbete, för vilket arbetsgivaren har ett ansvar [5]. Syftet med den arbetsinriktade rehabiliteringen är att förkorta sjukdomstiden hos den person som drabbats av sjukdom och att helt eller delvis häva hans eller hennes nedsättning av arbetsförmågan. Arbetsgivaren har en central roll i rehabiliteringsarbetet. En viktig samarbetspartner är Försäkringskassan som har det övergripande ansvaret för att samordna all rehabilitering. Försäkringskassan har som uppgift att se till att en rehabiliteringsplan görs och de har tillsyn över att arbetsgivaren uppfyller sina skyldigheter enligt lagen om allmän försäkring [5].

Målet för rehabiliteringen ur ekonomisk synpunkt är att återföra individen till produktivt arbete och att i största möjliga mån återskapa individens kompetens för organisationen, det vill säga återfå samma produktivitet som före funktionsnedsättningen.

I takt med att arbetsfältet för sjukgymnaster och övriga rehabiliteringsaktörer utvidgas förändras det professionella förhållningssättet gentemot olika uppdragsgivare. Allt viktigare blir kunskaper om hur de hälsoekonomiska konsekvenserna vid arbetsrelaterad ohälsa kan beskrivas, och hur de påverkar såväl samhället, arbetsgivaren som individen. Ökade kunskaper om kostnader och vinster med yrkesinriktad rehabilitering kan vara ett redskap för sjukgymnaster och andra aktörer för att övertyga företagens ledningsgrupp att satsa på rehabilitering och att använda sig av sjukgymnasters yrkeskunnande i större utsträckning.

Arbetsmiljöverket/ Arbetsmiljön

Arbetsmiljöverket ska bidra till att minska risken för ohälsa och olycksfall i arbetet genom att bevaka att arbetsgivaren följer arbetsmiljölagens bestämmelser. Arbetsmiljöverkets föreskrifter, innefattande en fungerande rehabiliteringsverksamhet på arbetsplatsen ger arbetsgivaren riktlinjer för tillämpning. Arbetsmiljöverkets tillsynsarbete avser verksamheterna som helhet, alltså inte enskilda rehabiliteringsåtgärder [6]. I Arbetsmiljöverkets föreskrift "Arbetsanpassning och rehabilitering", paragraferna 4 och 5, preciseras kravet på arbetsgivaren att skapa en organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet, att problem hos arbetstagaren upptäcks och att stödåtgärder sätts in tidigt [8].

Arbetsmiljölagen är en ramlag som gäller för hela arbetslivet med alla dess olika verksamheter och arbetsformer. Den tar upp grundläggande regler om arbetsmiljöns utformning, anger vem som har ansvar och befogenheter, samt talar om hur arbetet ska organiseras [7].

Arbetsförmedlingens ansvar omfattar arbetslösa men även personer som har en anställning, men som riskerar att förlora den på grund av sin funktionsnedsättning [9].

Företagshälsovård

Jan Rydh, regeringens utredare i "*Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*", påtalade vikten av att företag och förvaltningar i ökad omfattning bör anlita oberoende expertresurser inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. "Företagshälsovården och dess kunskaper är en strategisk resurs viktig för företagets tillväxt och lönsamhet", menar Rydh [10, sidan 64]. Företagshälsovården är en viktig expertresurs i såväl undersökning och bedömning av fysiska och psykiska risker i arbetsmiljön, som i det praktiska rehabiliteringsarbetet [6].

Bedömning av arbetsförmåga

Rehabiliteringsaktörer i allmänhet, arbetar med helhetssyn på människor de möter i sin profession, vilket är en av förutsättningarna för att kunna definiera och bedöma en persons arbetsförmåga, och för att bli varse samspelet mellan en persons förmåga och kraven i ett arbete. Ett för svenska förhållanden nytilkommet stöd i bedömning och mätning av funktionstillstånd är WHO:s klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa International Classification and function, ICF [11]. ICF beskriver mänskliga funktionstillstånd och deras begränsningar (relaterade till hälsa) i en struktur som avser att ge möjligheter att se samband och sammanhang. Bedömning och mätning av funktionstillstånd och funktionsnedsättningar, den första av ICF:s aspekter på funktionshinder och hälsa, är en av grundstenarna i det sjukgymnastiska arbetet. Det stöd i vetenskaplig utveckling av bedömningarna WHO försökt skapa via ICF:s gemensamma nomenklatur ger ett förbättrat underlag för forskning i den sjukgymnastiska professionen.

Ekonomiska aspekter på sjukfrånvaro

I den massmediala informationen har i första hand samhällets kostnader för sjukskrivning blivit belysta. Mindre är skrivet om den sjukskrivnes och arbetsgivarens kostnader. I många fall har företagets kostnader enbart beskrivits som summan av utbetalda sjuklöner utan att beakta de kostnader som tillförs produktionen vid sjukfrånvaro. Utgångspunkten för rehabilitering ur ett ekonomiskt synsätt är att den anställdes funktionsförmåga utgör en del av organisationens kompetens och att en nedsättning av funktionsförmågan medför minst någon av följande konsekvenser för organisationen: lägre produktivitet, ökad frånvaro, rehabiliteringsåtgärder, högre kostnader för administration, samt störningskostnader i produktionen.

I sin bok *"Friskare arbetsplatser"* [12] refererar Angerlöv till en studie vid SAAB Aerospace i Linköping 2000, vilken visade att kostnaderna för huvudvärk hos de anställda belastade företagets budget med dryga 30 miljoner SEK år 2000. I Liukkonens *"Hälsobokslut"*, och i Aronsson och Malmquist's *"Hälsans ekonomi på arbetsplatsen"* påtalar författarna vikten av att i företagets budgetrapport även beskriva de ekonomiska och organisatoriska effekterna av sjukfrånvaron [13,14]. Rehabilitering är lönsamt och ska sättas in så tidigt som möjligt enligt Malmquist och Aronsson i boken *"Rehabiliteringens ekonomi"*, eftersom företagets kostnader för sjukskrivning är högst i början av frånvaroperioden [15]. Författarna har även påvisat att kostnaden för sjukfrånvaron inte enbart består av sjuklöne- och

rehabiliteringskostnader, utan även i form av produktionsbortfall och ökade administrativa kostnader. Därutöver kan rekryterings-, inskolnings-, handlednings-, och ersättnings/lönekostnader för eventuell vikarie tillkomma.

Samma författare har via sina rehabiliterings- ekonomiska kalkyler, kunnat visa att rehabilitering insatt vid rätt tidpunkt nästan alltid är lönsam för företaget, på grund av minskade kostnader för sjukfrånvaro, och rekrytering av vikarier/ersättare. Enligt deras synsätt ska rehabiliteringsåtgärder ses som en investering för verksamheten, inte enbart som en kostnad [15,16]. Författarna menar att det personalekonomiska synsättet innebär att tydligt och systematiskt betrakta personalen som en tillgång för organisationen och att dess beteende i form av närvaro och frånvaro påverkar organisationens resultat. En minskad sjukfrånvaro efter en rehabiliteringsinsats och därmed minskade framtida kostnader gör det möjligt att beräkna hur snabbt en insats återbetalar sig.

Enligt tidigare studier bör en kostnadseffektiv rehabilitering som minskar antalet sjukdagar vara strukturerad, omfattande, aktivitetsinriktad och intensiv [17, 18, 19]. I syfte att få en gemensam metod för landet genomfördes hos Försäkringskassan en metodutveckling år 2002-2003. En Strukturerad Arbetsmetod för Sjukfallsutredning och SAMordnad Rehabilitering (SASSAM) introducerades [3]. Metoden innebär att såväl resurser som hinder hos individen och i dennes omgivning kartläggs och analyseras.

Samordnad rehabilitering

Vid Ericsson koncernens enhet i Gävle, Ericsson CDC, startades 2002-2003, i enlighet med Försäkringskassans förändrade arbetssätt SASSAM, ett intensifierat arbete med att minska sjukfrånvaron vid företaget. Under senare delen av år 2002 beslutades i skyddskommittén vid företaget att minska risken för långvariga sjukskrivningar. Via ett rehabiliteringsprojekt erbjöds alla medarbetare med sex eller flera korta sjukfrånvarotillfällen under det senaste kalenderåret ett stödprogram utformat av Sjukgymnastkonsult i Gävle och Företagshälsan i Gävle i enlighet med företagets rehabiliteringspolicy. I projektets senare del erbjöds även medarbetare med längre perioder av sjukfrånvaro, 28 dagar eller däröver, rehabiliteringsåtgärder enligt samma program [20].

Företaget hade vid denna tidpunkt cirka 1200 anställda och den genomsnittliga sjukfrånvaron för hela personalgruppen enligt företagets personaladministrativa system för år 2003 motsvarade 6,8 % av årsarbetstiden. I Företagshälsans statistik över rehabiliteringsärenden för

samma år noterades 80 rehabiliteringsärenden. Siffrorna innefattade såväl korta sjukfall (0-28 dagar), som långa sjukfall (29 dagar eller flera).

I ett projektarbete vid Företagssköterskeutbildningen vid Örebro universitet, Arbetsmiljömedicinska kliniken har under hösten 2009 genomförts en uppföljning av tidig rehabilitering under 2003-2008 vid Ericsson CDC i Gävle. Denna hälsoekonomiska studie av kostnader för rehabilitering och sjukfrånvaro kompletterar företagssköterskans uppföljning. Studien kan förhoppningsvis vara till nytta för företagets ledningsgrupp och skyddskommitté i deras fortsatta planering av, och rutiner för rehabiliteringsarbetet. Förhoppningen är också att en ökad kunskap om hälsoekonomi hos sjukgymnaster förstärker kunskapen i den yrkesinriktade rehabiliteringen samt ger stöd i kårens strävan att öka efterfrågan på sjukgymnastisk kompetens.

SYFTE

Syftet med denna studie var att beskriva kostnaderna för samordnade rehabiliteringsinsatser och kostnaden för sjukfrånvaron utifrån ett personalekonomiskt perspektiv vid Ericsson CDC i Gävle.

FRÅGESTÄLLNINGAR

Hur stora var företagets kostnader för rehabilitering år 2003-2007 mätt som kostnader för rehabiliteringsaktörer, rehabiliteringsåtgärder samt arbetstekniska hjälpmedel?

Hur stora var företagets kostnader för sjukfrånvaron år 2004-2007 mätt som kostnad för produktionsbortfall, rekryterings-, handlednings- och inskolningskostnad för ersättare, kostnad för ersättare från bemanningsföretag samt administrativa kostnader vid sjukfrånvaro. Den summerade kostnaden minskat med intäkten i form av minskad löneutbetalning resulterar i nettokostnaden för sjukfrånvaron.

Hur ser förhållandet ut mellan rehabiliteringskostnader och sjukfrånvarokostnader för respektive år?

Hur lång var återbetalningstiden för rehabiliteringsåtgärderna, mätt i antalet dagar, för att undvika sjukfrånvaro under påföljande år?

METOD

Design

Den valda designen är en retrospektiv, kvantitativ registerstudie med syfte att beskriva kostnader för rehabilitering och sjukfrånvaro under en begränsad tidsperiod [21].

Studiegrupp

Ericsson CDC i Gävle är en produktionsenhet inom Ericsson koncernen. Verksamheten levererar infrastruktur i form av radiobasstationer för mobila telefonsystem över hela världen. Företaget i Gävle hade vid studiens start 1135 medarbetare, 701 män och 434 kvinnor. I den aktuella studiegruppen ingick samtliga medarbetare vid Ericsson CDC i Gävle, med sjukfrånvaro överstigande 28 dagar eller med 6 eller flera sjuktillfällen per kalenderår under åren 2004- 2007 (Se tabell I). Medelåldern i studiegruppen var 44 år.

Tabell I. Antalet kollektivanställda och tjänstemän i studiegruppen var 252 personer. Det var möjligt för samma individ att tillhöra studiegruppen under fler än ett kalenderår.

	2004	2005	2006	2007
Kollektivanställda	93	79	61	43
Tjänstemän	39	39	23	22

Rehabiliteringsprojektet startade 2003. Studiegruppens omfattning har begränsats till åren 2004-2007 på grund av att differentierad sjukfrånvarostatistik för år 2003 saknades i företagets register. Vid årsskiftet 2003-2004 gick Ericsson koncernen över från lokal till central registrering av sjukfrånvaron varvid tidigare års sjukfrånvarostatistik från de lokala enheterna inte fördes över till centrala register.

Rehabiliteringsprojektet

Programmets grundstenar var utökad samverkan mellan de olika rehabiliteringsaktörerna, ett aktivt deltagande av den sjukskrivne medarbetaren, samt en tydlig struktur i rehabiliteringsarbetet [22].

I rehabiliteringsprojektets inledningsskede år 2003 planerades gemensamma rutiner för genomförande och rapportering av bedömningar och undersökningar och grundfunktionstester. I projektets regi genomfördes utbildning av hälsoinspiratör, rehabiliteringskoordinator och företagshälsovårdens personal om fysisk aktivitet på recept.

Träningsgrupper med riktade program för att lindra och förebygga muskuloskelettala och stressrelaterade besvär startades.

Förutom den sjukskrivne och arbetsledaren deltog rehabiliteringssamordnare vid företaget, företagshälsovården, en sjukgymnastkonsult, en till företaget individuellt kopplad handläggare från Försäkringskassan och i förekommande fall primärvårdsläkare. I vissa fall deltog även fackliga representanter. Initialt lämnades information till arbetsledare, anställda medarbetare och fackliga ombud om arbetsmodellen. Första kontakt med medarbetaren togs vid upprepad korttidssjukskrivning av närmaste chef. Vid långtidssjukskrivning togs kontakten av företagets rehabiliteringshandläggare, varefter kontakt till företagshälsovårdens sköterska och/eller läkare förmedlades. Där erbjöds medarbetaren beroende på typ av besvär fördjupade undersökningar/bedömningar hos företagshälsovården av följande art. Deltagarna gick igenom en hälsokontroll (blodtryck, hemoglobinvärde, kolesterol, blodsocker och levervärde) och besvarade frågor avseende arbetsmiljö, social situation, kost, motions- och tobaksvanor, alkoholvanor, samt formulär för upplevelse av stress och depressivitet. Undersökningsfynden tolkades av företagshälsovårdens multidisciplinära team och vid behov föreslogs fördjupade undersökningar.

Första rehabiliteringsmötet

Vid första rehabiliteringsmötet där medarbetare, företaget/närmaste chef, rehabiliteringssamordnare vid företaget, och personal från företagshälsovården deltog, gjordes en genomgång av hälsoläget, arbetssituationen och eventuella behov av fördjupade undersökningar. Dessa undersökningar kunde bestå av funktionsanalys och hälsoprofilbedömning med konditionstest genomförda av sjukgymnast. Åtgärderna kunde även innefatta av screening av psykosomatiskt tillstånd, medicinsk undersökning, psykosocial klimatprofil, arbetsmiljöprofil, arbetsplatsbesök med belastningsanalys, kartläggning av alkoholvanor och psykologkontakt.

Andra rehabiliteringsmötet - en rehabiliteringsplan upprättas

Vid påföljande rehabiliteringsmöte avstämdes undersökningsfynden i förhållande till medarbetarens upplevelse av besvär. En rehabiliteringsplan upprättades och skulle innefatta en åtgärdsplan för att individen skulle återfå god funktion både fysiskt och psykiskt. Det gjordes en skattning av bibehållen produktionskapacitet, för att utreda om hel eller deltidssjukskrivning under rehabiliteringsperioden krävdes. För att utreda arbetsförmågan och om ordinarie arbetsuppgifter var möjliga att bibehålla under rehabiliteringsperioden gjorde

den sjukskrivne tillsammans med företagssköterska/ergonom en skattning av psykisk/ fysisk belastningstålighet, som komplement till testade grundfunktioner gjorda i den fysikaliska funktionsanalysen.

Rehabiliteringsåtgärd

I de fall det bedömdes som relevant ingick fysikaliska, medicinska och beteendemedicinska behandlingar. Vid behov gjordes en översyn av arbetsplats- och arbetsteknik och eventuellt behov av arbetstekniska hjälpmedel. Det fanns möjlighet till stöd i egen fysisk och mental träning, individuellt eller i grupp. Fysisk aktivitet på recept (FaR) till företagets egen friskvårdsanläggning för träning individuellt eller i grupp ingick också bland åtgärderna [23]. Speciellt anpassade gruppaktiviteter fanns vid behov att tillgå. Information om människans fysiska och psykiska funktion, dess belastningstålighet och strategier för att själv kunna hantera sina besvär i vardagsaktiviteter (coping), stresshantering, och motivationshöjande samtal. Dessutom ingick vid behov information om kost, motion, avslappning, rökning, och alkohol/droger. Det fanns möjlighet till arbetsträning i de fall deltidssjukskrivning tillämpats.

Vid uppföljande rehabiliteringsmöten uppdaterades rehabiliteringsplanen, fram till bestående problemlösning/återgång till arbete. Vid behov gjordes ytterligare bedömningar av det multidisciplinära teamet.

Datainsamlingsmetod

Årsvis sammanställd personalstatistik för åren 2004-2007 inhämtades från centrala redovisningssystem vid företagets huvudkontor i Stockholm avseende:

- lönekostnader, rekryteringskostnader, och kostnad för inskolning av ersättare
- administrativa kostnader vid sjukfrånvaro (tidsåtgång för rehabiliteringssamordnare, och chefer vid rehabiliteringsmöten, anskaffning av ersättare från bemanningsföretag och dylikt).

.

Insamlade data har i oidentifierad form bearbetats och sammanställts på gruppnivå.

Med företagets medgivande och genom Företagshälsan i Gävle AB har årsvis sammanställd statistik över antalet rehabiliteringsärenden inhämtats. Kostnaden för insatser från externa rehabiliteringsaktörer exempelvis alkoholterapeuter, beteendeterapeuter och multimodala

rehabiliterings center inhämtades från register hos Ericsson CDC i Gävle, samt Sjukgymnastkonsult i Gävle AB:s ekonomiska redovisnings system.

Databearbetning

Företagets kostnader för rehabilitering och sjukfrånvaro beräknades med en metod utvecklad av Aronsson, Malmquist och Info Metodicum AB [15,16]. Kalkylprogrammet Excel användes vid bearbetningen.

Kostnaden för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen relaterades till företagets kostnader och intäkter för sjukfrånvaron. Sjuklönekostnaden har inte redovisats som en separat post, då den rehabiliteringsekonomiska kalkylen betraktar denna minskade lön till den anställde som en intäkt för företaget i form av en minskad utgift. Den utbetalade sjuklönen betraktas inte ha varit en merkostnad för företaget, då den anställde vid närvaro istället skulle ha uppburit sin ordinarie månadslön.

Sjuklönen varierade under sjuklöneperioden med 0 kr i ersättning den första sjukfrånvarodagen/karensdagen, upp till 80 % av lönen. Kalenderdag 2 till och med 14 av sjukfrånvaron ersattes den anställde med 80 % av sin lön, vilket betalades av arbetsgivaren. Dag 15 till och med 90 ersattes med 0 kr av arbetsgivaren, då Försäkringskassan (FK) träder in med sjukpenning för den kollektivt anställda.

Under samma period ersattes tjänstemännen med 10 % från arbetsgivaren utöver sjukpenningen från FK. Efter dag 91 betalades sjukpenningen helt och hållet av FK. Semesterlön motsvarande 1,2 % av lönen betalades fram till och med den 180:e dagen av sjukfrånvaron. Sjukfrånvaron grupperades in i 100, 75, 50 och 25 % frånvaro från arbetet för respektive frånvaroperiod i sjuklönesystemet.

Alla personalekonomiska beräkningar utgår från någon form av värdering av arbetstiden och vid Ericsson CDC i Gävle utgår man i värderingen ifrån kostnaden för befattningen, kallad självkostnaden. Företagets självkostnad för en befattning består enligt beräkningarna främst av *arbetskraftskostnaden*, det vill säga kostnad för lön, sociala avgifter, sjuklöne- och semesterersättning, *personalunderhållskostnader* där fortbildning ingår, *personalkringkostnader* där lokaler, utrustning och administration räknas in, och *personalomsättningskostnader* vilka drabbar företaget när en anställd ersätts av en annan, vilket resulterar i rekryterings-, inskolnings-, och avvecklingskostnader. För den

genomsnittligt produktive anställda är intäkten av befattningen större än självkostnaden för att ha personen i produktion. För den enskilde anställda består arbetstidens värde av tre faktorer;

- intäkten av befattningen dvs. värdet av de varor eller den tjänst som produceras
- den anställdes produktivitet i sin befattning
- den anställdes påverkan på andra anställdas produktivitet

Det beräknade arbetstidsvärdet ligger sedan till grund för beräkning av värdet på produktionsbortfallet företaget drabbas av vid sjukfrånvaro. *Kostnaderna för produktionsbortfallet* innefattar den förlorade produktionen sjukfrånvaron medfört och beräknas utifrån arbetstidsvärdet vilket i detta fall var timlönen x 3,7. Detta nyckeltal har beräknats av personalavdelningen vid Ericsson CDC i Gävle, och inkluderade den ovan beskrivna självkostnaden för befattningen. Produktionsbortfallet beräknades med hänsyn till ersättarens tillförda produktion.

Administrativa kostnader vid sjukfrånvaro innefattade merarbetet arbetsledare och administrativ personal haft för registrering och administration av frånvaron och bygger på dessa befattningars arbetstidsvärde.

Rekryterings- och inskolningskostnaderna har skattats av personalavdelningen vid Ericsson CDC i Gävle, då exakta uppgifter inte kunnat erhållas ur befintlig statistik.

Ersättare från bemanningsföretag kallades in vid frånvaro på 100 respektive 75 % för kollektivanställda, medan inga ersättare rekryterats till tjänstemannasidan. Inskolningstiden för ersättaren var fem dagar, där ersättarens kostnad för fyra av dessa dagar belastade bemanningsföretaget. Ericsson CDC i Gävle bekostade den femte inskolningsdagen, samt kostnaden för handledarens arbete. Vid de fyra första inskolningsdagarna deltog inte ersättaren i produktionen, utan större delen av inskolningen var redan genomförd då ersättaren kallades in. Ersättarens produktivitet under inskolningstiden den femte inskolningsdagen, beräknades till 60 % innan full produktivitet uppnåts.

De summerade kostnaderna för varje frånvarodag minskades med den summerade intäkten i form av lägre löneutbetalning och eventuell ersättares produktionstillskott och beskrivs som nettokostnaden för frånvaron. Denna nettokostnad per dag har multiplicerats med antalet frånvarodagar med hänsyn taget till deltidssjukfrånvaro.

Kostnader för rehabiliteringsprojektet utöver personalavdelningens rapporterade kostnader för externa rehabiliteringskonsulter, baserades dels på statistik förd av företagssköterska avseende

antalet rehabiliteringsärenden, rehabiliteringsutredningar, rehabiliteringsmöten, uppföljningar, ordinationer av arbetstekniska hjälpmedel samt på deltagarlistor från rehabiliteringsgymnastiken.

Kostnaden för varje del och totalkostnad för rehabilitering och sjukfrånvaro, det vill säga summan av kostnaden redovisas i svenska kronor (SEK).

Som indikator på lönsamhet redovisas återbetalningstid vilket anger det minskade antal sjukdagar/individ och år beräknat på hela personalgruppen som krävs för att företagets kostnad för rehabiliteringen skall täckas. Återbetalningstiden, beräknades genom att dividera rehabiliteringsprojektets totala kostnad med det genomsnittliga värdet av produktionstillskottet för en arbetad heltidsdag. Värdet av det minskade antalet sjukfrånvarodagar statistiken visar år 2004 respektive 2007 beskriver intäkten av den minskade sjukfrånvaron.

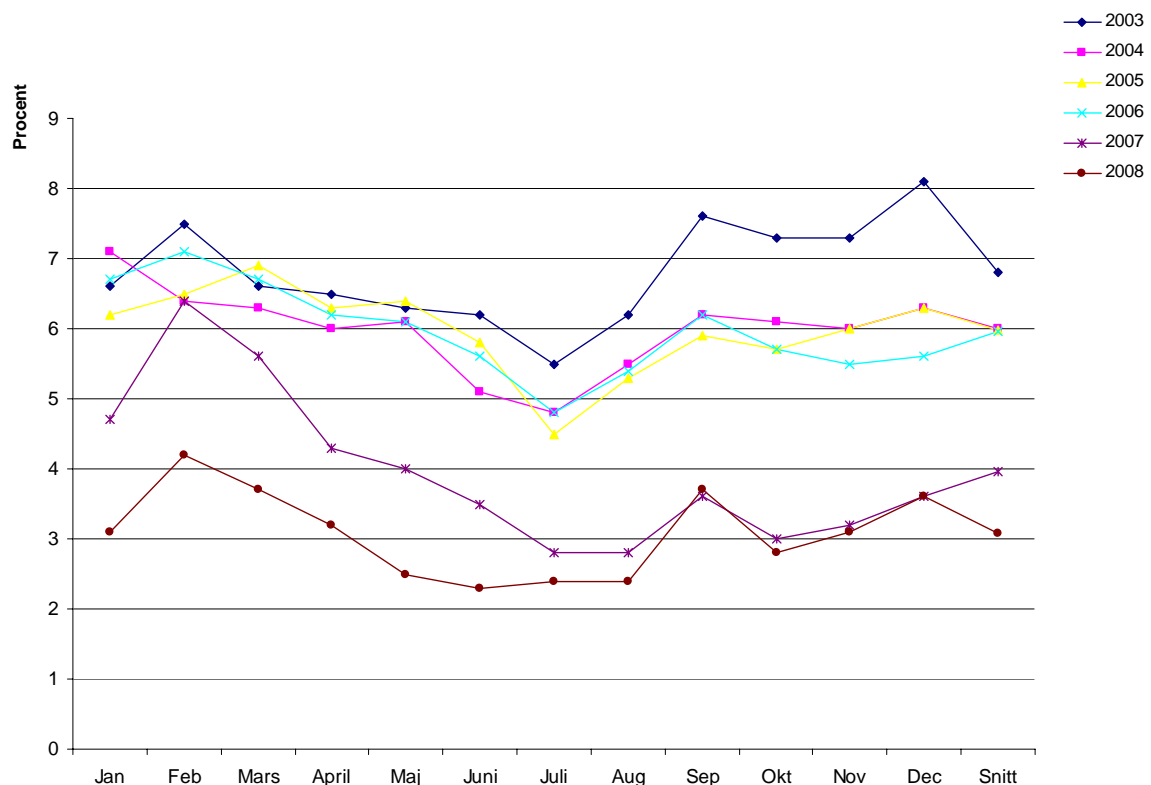
Etiska överväganden

Databearbetningen och redovisningen har genomförts på gruppnivå. Det kommer inte att vara möjligt att identifiera enskilda medarbetare. Stratifierade analyser har på grund av gruppernas storlek inte kunnat genomföras, t ex en analys för tjänstemannagruppen och en för kollektivanställda, då detta krävt minst 50 personer i varje grupp för att uppnå integritet. En gräns på minst 50 personer kan ses som hög, men det är av stor etisk betydelse att ingen av deltagarna kan känna sig utpekad i analyserna. Datainsamlingen och bearbetningen har skett i nära samförstånd med företaget och en etikförbindelse mellan företaget och ansvarig för databearbetningen har garanterat konfidentialitet [24].

RESULTAT

Sjukfrånvaro

Vid 2004 års ingång visade statistik för den kollektivanställda gruppen en genomsnittlig sjukfrånvaro på 10,2 % med en minskning till 6 % av schemalagd arbetstid vid utgången av 2007. För tjänstemannagruppen förändrades den genomsnittliga sjukfrånvaron under samma period från 4,1 % till 2,4 %. Den genomsnittliga sjukfrånvaron för hela personalgruppen vid Ericsson CDC i Gävle var för år 2003 6,8 %, och minskade under studietiden till 4 % vid utgången av 2007 (Se figur 1).



Figur 1. Sjukfrånvaro för samtliga medarbetare under åren 2003 till och med 2008, beräknad i procent av schemalagd arbetstid. Rehabiliteringsprojektet avslutades 2007. En sjunkande sjukfrånvaro kunde noteras även under 2008.

Kostnader för rehabilitering

Den totala kostnaden för rehabiliteringsinsatsen under åren 2003 till och med 2007 beräknades till 4 750 628 SEK (Tabell II).

Kostnaden för 2003 redovisas trots att utvärderingen startade 2004, eftersom kostnader för planering och igångsättning av ett yrkesinriktat rehabiliteringsprojekt är höga initialt. En stor del av kostnaderna följande år bygger på det första årets kostnad för planeringstid.

Kostnaden för arbetstekniska hjälpmedel innefattade bland annat inköp och utprovning av ortopedtekniska fotbäddar till arbetsskor, arbetsbälten/ryggortoser, arbetsmattor, knä- och handledsbandage. I summan ingick även kostnad för ergonomisk genomgång på arbetsplatsen och utprovning av vissa hjälpmedel, vilket har skett via Företagshälsans ergonom.

Tabell II. Företagets kostnader redovisade i SEK, relaterade till den arbetslivsinriktade rehabiliteringen under åren 2003 till och med 2007. Kostnaderna årsvis för respektive rehabiliteringsaktör redovisas separat och har därefter summerats till en totalsumma för respektive år.

<i>Företagets kostnader för rehabilitering per år</i>	2003 n = 80	2004 n = 132	2005 n = 118	2006 n = 84	2007 n = 65
Sjukgymnastkonsult	83484	68657	25506	4444	6457
Arbetsledare, fackligt stöd, rehabiliteringskoordinator	310476	431484	503774	324760	267272
Utnyttjad resurs från företagssköterska	163450	202650	204050	188650	133000
Rehabiliteringsgrupper i fysisk träning	57404	94359	99787	77518	81360
Externa rehabiliteringskonsulter	275000	275000	275000	275000	275000
Arbets tekniska hjälpmedel	0	3505	20351	7840	15390
Summa rehabiliteringskostnader	889814	1075655	1128468	878212	778479

* n= antalet rehabiliteringsärenden

En av de största posterna var kostnader för externa rehabiliteringskonsulter där företagets köp av tjänster från alkoholterapeuter, Hälsoinvest, och Alfta Rehab Center ingick. En annan stor post var kostnader för arbetsledarens, facklige förtroendemannens och rehabiliteringssamordnarens insatser. Rehabiliteringssamordnarens arbete var samordnande och pådrivande i ärende hanteringen.

Kostnaden för konsulterande sjukgymnast var störst i projektets inledningsskede då arbetet med att planera arbetsrutiner för bedömningar av och genomförande av undersökningar och grundfunktionstester. Under de två sista åren minskade insatsen från den konsulterande sjukgymnasten kraftigt då alla sjukskrivna från projektets tidigare år med lång frånvaro och personer med upprepad kort frånvaro genomgått rehabiliteringsutredningar. Ytterligare orsak var det minskade flödet av nyttillkomna sjukskrivningar (Se tabell III).

Tabell III. Antalet personer/ärenden med upprepad korttidsfrånvaro respektive längre frånvaro på 28 dagar eller flera presenterat för respektive år.

År	2004	2005	2006	2007
Antal ärenden totalt	132	118	84	65
Varav nytillkomna under året	*	55	33	32

* uppgift saknas

Faktiska kostnader för sjukfrånvaro

Företagets nettokostnad för sjukfrånvaron under rehabiliteringsprojektets tid åren 2004-2007 beräknades till 66 244 401 SEK (Tabell IV).

Produktionsbortfallet var den i särklass största kostnaden och motsvarade i genomsnitt 90 % av nettokostnaden för sjukfrånvaron under projektets fyra år. Att produktionsbortfallet varit så stort härrör sig till att andelen frånvaro utan ersättare, varit hög då endast ersättare kallats in vid frånvaro 100 respektive 75 % i den kollektivanställda gruppen och inte alls i tjänstemannagruppen. Den sjunkande sjukfrånvaron i den kollektivanställda gruppen återspeglar sig i den halverade kostnaden för handledning och kostnaden för ersättare från bemanningsföretagen vilken minskat från 13,3 miljoner SEK 2004 till 5,7 miljoner SEK 2007. Variationen av intäkten från den minskade löneutbetalningen berodde dels på förändringen av den totala sjukfrånvaron men även på grund av den varierande graden av deltidssjukskrivningar för respektive år.

Tabell IV. Företagets intäkter och kostnader för sjukfrånvaron redovisade i SEK. Presenterat som fem olika delposter på kostnadssidan och en delpost på intäktssidan.

Nettokostnaden/år är den faktiska kostnaden för sjukfrånvaron när intäkten dragits från bruttokostnaderna.

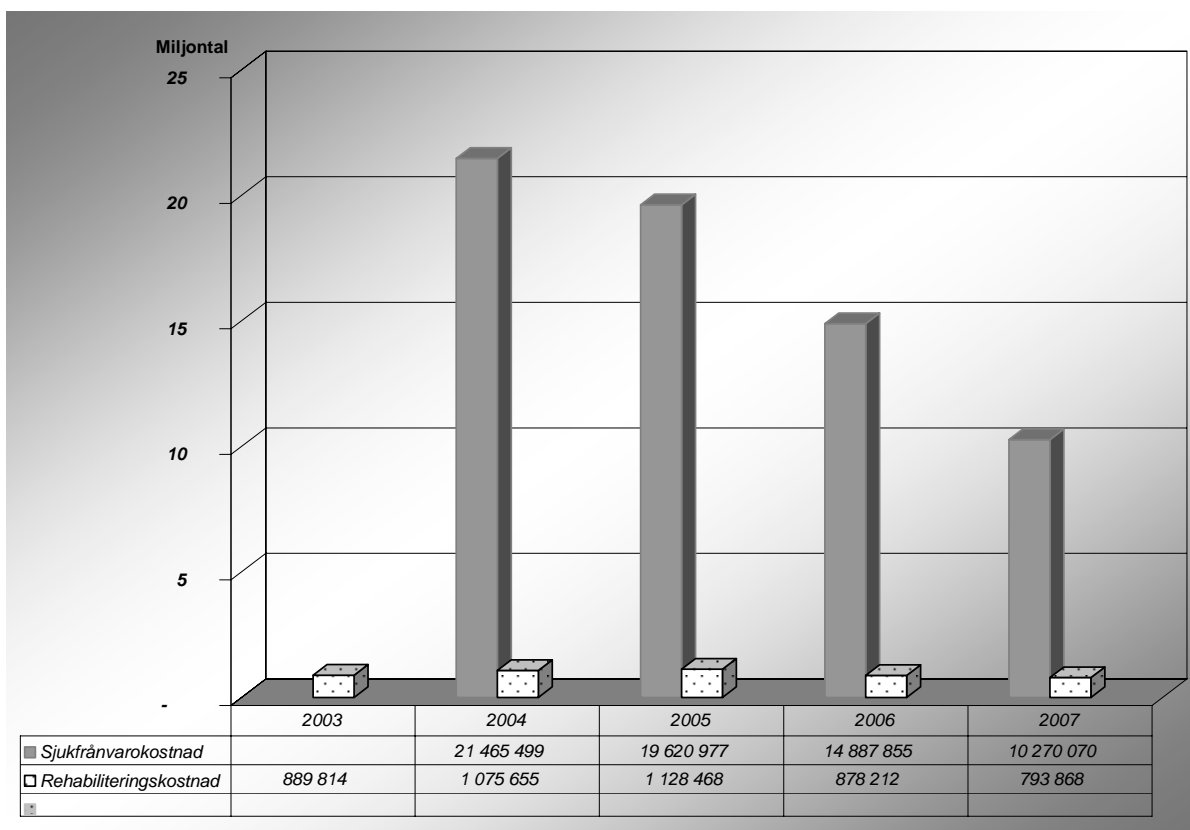
<i>Företagets kostnader för sjukfrånvaron</i>	Kostnader i SEK			
	År 2004	År 2005	År 2006	År 2007
Intäkt i form av minskad löneutbetalning	12 993403	14 970931	11 378171	6 249793
Kostnad för produktionsbortfall	18 682928	17 114520	13 251731	9 438073
Administrativa kostnader vid sjukfrånvaro	507341	468243	352550	240345
Rekryterings/inskolningskostnad för ersättare	125125	125125	125125	125125
Kostnad för ersättare från bemanningsföretag	13 330900	15 473700	11 357500	5 768400
Kostnad för handledning	1 812608	1 410320	1 179120	947920
Nettokostnad/år	21 465499	19 620977	14 887855	10 270070

Förhållandet rehabiliterings- och sjukfrånvarokostnader

Den genomsnittliga nettokostnaden per år för rehabiliteringsinsatsen under projektiden 2004 till och med 2007, beräknades till 965 204 SEK. Inkluderas kostnaden för uppstartsåret 2003 ökade den genomsnittliga rehabiliteringskostnaden per år till 1 187 658 SEK. Den genomsnittliga nettokostnaden för sjukfrånvaron under samma period var 16 561 100 SEK per år.

Det innebär att företagets kostnader för samordnade rehabiliteringsinsatser inklusive kostnaden uppstarts året, motsvarade 7,2 % av nettokostnaden för sjukfrånvaron.

Vinsten i form av minskad kostnad för sjukfrånvaro var 11 196 000 SEK under projektiden (Se figur 2).



Figur 2. Storleksförhållandet mellan kostnaden för rehabilitering och kostnad för sjukfrånvaro åren 2004 till och med 2007. Summorna presenterade i SEK.

Återbetalningstiden

Antalet frånvarodagar att undvika för att rehabiliteringsprojektets kostnad ska uppvägas har beräknats som antalet återbetalningsdagar = projektets totala kostnad/genomsnittliga arbetstidsvärdet per dag. Återbetalningstiden för rehabiliteringsprojektet, blev då 1242 dagar. I förhållande till antalet anställda vid utgången av år 2007, 915 personer, betyder det att varje individ bör under kommande år undvika frånvaro 1,4 dagar i heltidsarbete för att projektets kostnad skulle återbetalas.

DISKUSSION

Resultat

Syftet med studien var att dokumentera kostnader för sjukfrånvaron utifrån befintlig frånvarostatistik och sätta den i relation till kostnaden för samordnade rehabiliteringsinsatser. Studien visade att under ett rehabiliteringsprojekt åren 2004-2007, där anställda med upprepade korttids- eller långtidssjukfrånvaro erbjöds samordnade rehabiliteringsinsatser, var företagets kostnader för rehabilitering mindre än en tiondel av nettokostnaden för sjukfrånvaron. Företagets genomsnittliga kostnad per år för rehabiliteringsinsatsen under projektperioden beräknades till 965 204 SEK. Den genomsnittliga kostnaden för sjukfrånvaron under samma period var 16 561 100 SEK per år.

Återbetalningstiden för rehabiliteringsåtgärderna, mätt i antalet dagar att undvika sjukfrånvaro under påföljande år, var 1242 dagar. Vid utgången av 2007 fanns 915 anställda i företaget. Detta innebär att var och en av dessa borde undvika sjukfrånvaro 1,4 dagar i heltidsarbete för att projektets kostnad skulle återbetalas.

Under de första åren projektet pågick fördes en intensiv debatt kring sjukskrivningskostnaderna i samhället. I samband med Försäkringskassans omorganisation slöts 2005 ett avtal mellan Ericsson CDC i Gävle och Försäkringskassan med en överenskommelse om samverkan för att skapa förutsättningar som underlättade arbetet med att förebygga ohälsa samt att rehabilitera sjukskrivna och de personer som har sjuk- och aktivitetsersättning. I samband med denna utökade samverkan knöts en och samma handläggare från Försäkringskassan till företaget. Inga procentuella mål för sjukskrivningar fanns uppsatta under åren 2003-2004. År 2005 sattes målet till 5 % och förändrades inte under projektperioden. Detta mål uppnåddes under 2007.

Vinst för ett företag realiserar oftast med kostnadsminskningar. Den minskade sjukfrånvaron från 6,8 % till 4,0 % under studietiden medförde en minskning av nettokostnaden för sjukfrånvaron från 21,4 miljoner kronor till 10,2 miljoner SEK under en 4 års period. Ytterligare vinst är det framtida minskade behovet av ersättare/vikarier, samt behovet av rehabiliteringsåtgärder.

Kostnaderna för rehabilitering och sjukfrånvaro ur företagets synpunkt bekräftade tidigare studieresultat, dvs. att sjukfrånvaro är kostnadskrävande och att produktionsbortfallet stod för huvudparten av den kostnaden [12, 26]. Kostnaden för en väl organiserad och genomförd rehabiliteringsåtgärd motsvarade en ringa del av sjukfrånvarokostnaden [19].

Syftet med studien var inte att utvärdera rehabiliteringsprojektets effekter vilket hade krävt en annan studiedesign. Utan jämförelsegrupp, för vilken det skulle vara möjligt att få samma kvalitet på data om rehabiliteringsinsatser och kostnader, har det inte varit möjligt att generera svar på frågan om orsak och verkan av rehabiliteringsinsatsen. Trots detta kan det vara av intresse med en jämförelse av sjukfrånvaron inom Ericsson CDC i Gävle och ett annat företag inom samma koncern med likartad produktion och storlek. I denna jämförelse noterades att en sänkning av sjukfrånvaron skett på tjänstemannasidan vid båda företagen, medan endast Ericsson CDC i Gävle visade en sjunkande sjukfrånvaro för de kollektivanställda under perioden 2004-2007 (Se tabell V).

Tabell V.

Jämförande sjukfrånvaro* beräknad i procent (%) av schemalagd arbetstid för Ericssons fabriker i Gävle och Borås för åren 2004 och 2007.

		2004	2007
Gävle	kollektivanställda	8,1	5,3
	tjänstemän	3,5	2,4
Borås	kollektivanställda	6,4	7,3
	tjänstemän	3,7	2,7

Orsaken till den minskade sjukfrånvaron för båda personalgrupperna vid Ericsson CDC i Gävle kunde möjligen sökas i det faktum att sjukfrånvaron minskat i hela riket sedan november 2003 [25]. Skillnaden i sjukfrånvarostatistik i de kollektivanställda grupperna i Gävle respektive Borås kunde vara ett resultat av att man i Gävle tidigare kommit igång med ett samordnat arbete med FK och en lokalt arbetande rehabiliteringssamordnare. Lokala skillnader i hanteringen av långa sjukfall kan också ha förekommit.

Kostnaden för sjukfrånvaro vid ett sjukfall varierade över tid och var synnerligen beroende av om och hur snabbt eventuell ersättare kallades in. Vid Ericsson CDC i Gävle ersattes sjukfrånvaro på 100 respektive 75 % endast hos den kollektivanställda gruppen, men inte i tjänstemannagruppen. I och med detta handlande skapade företaget förutsättningar för lägre frånvarokostnad för kollektivanställda. Genom att via bemanningsföretaget ha en färdig

beredskap, där ersättaren inom en arbetsdag når full produktivitet minskade frånvarokostnaden ytterligare.

Skillnaden mellan hög- och låg kostnad för frånvaro är dels beroende av hur snabbt ersättaren når full produktivitet, dels hur lång inskolningstid befattningen har och för det andra hur lång sjukfrånvaro den ordinarie befattningshavaren drabbas av. Tidigare studier visar att upprepad korttidsfrånvaro i allra högsta grad är kostnadskrävande [12, 15, 16]. Denna typ av frånvaro påverkar även produktiviteten i den närmaste arbetsgruppen negativt [15]. En svaghet i denna studie är att inte denna produktivetsminskning kunnat beräknas. Upprepad korttidsfrånvaro föregår ofta även den längre sjukfrånvaron. Ytterligare en kostnadsaspekt som denna studie inte berört är skillnader i kostnad för tidigt insatt rehabilitering jämfört med sen rehabilitering. Ersätts inte en befattning med högt arbetstidsvärde innebär det att den initialt höga kostnaden för sjukfrånvaron bibehålls. Produktionsbortfallet vilken är den största kostnaden för frånvaron är då oförändrad över tid, medan övriga poster successivt minskar. Ur organisationens synpunkt minskade kostnaden för frånvaro över tid, i synnerhet i de fall ersättare på befattningen rekryterades. För samhällets del ökar den i form av ökade kostnader för sjukförsäkringen. Att även belysa denna transferering av kostnader till andra delar av samhället och även till individen i form av exempelvis minskad köpkraft, skulle väsentligt ha ökat studiens kvalitet.

Antalet medarbetare i företaget minskade från 1135 anställda år 2004, till 915 anställda vid utgången av 2007. Vid betraktande av orsaken till avgång från företaget under studietiden 2004-2007 var de tre vanligaste avgångsorsakerna; avgång från visstidsanställning följt av uppsägning på egen begäran eller förtida uttag av pension, och uppsägning på grund av arbetsbrist. Endast 0,9 % av avgångarna berodde på sjukpensionering.

Från och med år 2006 började företaget tillämpa möjligheten till frivilligt avgångsvederlag.

I den grupp som avgått på grund av uppsägning på egen begäran fanns troligen en del av de sjukskrivna med lång sjukfrånvaro, vilket när avgångarna genomförts påverkat sjukfrånvarostatistiken märkbart.

I studien och i de beräkningar som gjorts finns inte kostnaderna för avgångsvederlag med. Det kan ha inneburit att de verkliga kostnaderna för ohälsa och sänkt arbetsförmåga är underskattade. Då det under de två sista åren av rehabiliteringsprojektet var ett hundratal personer med sjukfrånvaro som tackade ja till avgångsvederlag vilket förutom sjukfrånvarostatistiken även påverkade sjukfrånvarokostnaderna.

Att se avgångsvederlagen som en rehabiliteringsåtgärd kan tyckas tveksamt, men att den anställde som via rehabiliteringsutredning och arbetsprövning inte kunnat beredas passande arbetsuppgifter inom verksamheten, initialt får ekonomiskt stöd att gå vidare till annat arbete utanför företaget kan också upplevas som en trygghet att ”våga ta steget ut”. En intressant framtida forskningsfråga kunde vara att följa dessa personers möjlighet på arbetsmarknaden.

. Under studietiden, år 2004 förändrades sjukpenningen för den sjukskrivne från 77,6 % till 80 % av den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI) för perioden sjukskrivningsdag 2-14, vilket möjligen kan ha påverkat sjukskrivningsmönstret.

Sjukgymnaster inom medicinsk och yrkesinriktad rehabilitering /ergonomer inom företagshälsovård, kan genom att behärska denna typ av ekonomiska utvärderingar skapa en starkare grund för värdering av såväl rehabiliteringsinsatser som planerade ergonomiska förändringar. Då denna kalkyl även är möjlig att använda vid exempelvis planering inför anpassningar av arbetsplatser.

Bedömning av produktionskapacitet är nära besläktad med bedömning av arbetsförmåga och funktion. I detta framtida arbete bör de sjukgymnastiska kunskaperna vara av stor vikt både för utveckling av bedömningsinstrument, och vid metodutveckling. En sjukgymnast som en aktiv del i teamet ute på arbetsplatsen kan öka individens motivation att välja ett hälsosammare beteende. Vilket i sin tur kan öka såväl välbefinnande som belastningstolerans i arbete och fritid.

Metod

Den metod som använts för beräkning av sjukfrånvarons kostnader i denna studie är en av många befintliga. Enligt artikeln A review of methods to measure health-related productivity loss, i tidskriften American Journal of Management Care, har inga av de metoder som utvecklats för att uppskatta kostnadseffekterna av sjukfrånvaro och produktionsbortfall blivit etablerade eller testats så att de kan betraktas som valida [27]. För svenskt näringsliv finns på Försäkringskassans hemsida [28] och i Paula Liukkonens bok Hälsobokslut [13] instrument för enklare kalkyl av kostnaden för sjukfrånvaro. Inget av de ovan nämnda instrumenten har de fördjupade kostnadsbedömningar Aronsson och Malmqvist tillämpar, utan baseras endast på sjuklönekostnaden, utan hänsyn till kostnader för produktionsbortfall och eventuell vikarie/ersättare. Summan av utbetald sjuklön i jämförelse med produktionsbortfallet visar en

betydande skillnad där produktionsbortfallet beskriver värdet av den förlust av producerade varor eller tjänster företaget gjort på grund av sjukfrånvaron. Sjuklönesumman beskriver däremot endast delar av den kostnad arbetsgivaren skulle ha haft om den anställde skulle ha varit i full produktion. Tidigare studier påtalar vikten av att mäta och värdera det hälso-relaterade produktionsbortfallet, utifrån kostnader för kort- respektive lång sjukfrånvaro [29].

Alla personalekonomiska beräkningar utgår från någon form av värdering av arbetstiden. Aronsson och Malmqvist nämner i boken Rehabiliteringens ekonomi två olika beräkningsmetoder för arbetstidsvärdet [15]. Inledningsvis beskrivs arbetstidsvärdet för den anställde vara lika med den resultatpåverkan som blir följden av att personen utför sina arbetsuppgifter. Ju mer dessa arbetsuppgifter påverkar organisationens resultat och ju högre produktionskapacitet (produktivitet) individen har, desto högre blir värdet av arbetstiden för denna individs befattning. Enligt denna beräkningsmetod består arbetstidsvärdet av tre faktorer, intäkten av befattningen det vill säga värdet av de arbetsuppgifter som ingår i befattningen, för det andra påverkas värdet av den anställdes produktivitet i sin befattning, och för det tredje utgörs det av den anställdes påverkan på andras produktivitet. En befattning kan bidra till företagets resultat på två sätt, antingen genom att öka företagets intäkter/prestationer eller genom att minska dess kostnader. Denna modell är i praktiskt arbete mera komplicerad att använda då det kan vara svårt att definiera resultatpåverkan i många branscher där man producerar tjänster och inte varor, därför är det enklare, vilket det aktuella företaget gjort, att utgå från självkostnaden för en befattning då dessa data redan finns dokumenterade i någon form i företagens dataregister.

Konklusion

Denna studie visade att kostnaden för produktionsbortfallet är en betydande del av sjukfrånvarokostnaden för arbetsgivaren. Arbetsgivarens kostnad för samordnade rehabiliteringsinsatser, motsvarade mindre än en tiondel av nettokostnaden för sjukfrånvaron. En värdering av produktionsbortfall och andra störningskostnader vid sjukfrånvaro utifrån ett personalekonomiskt synsätt, ger en fördjupad beskrivning av arbetstidens och sjukfrånvarons värde.

REFERENSER

1. Lindvall U, Marklund S, Skogman Thoursie P. Utvecklingen av sjukfrånvaron i Sverige In:Gustafsson R, Lundberg I.(redaktörer) Arbetsliv och Hälsa 2004:173-193 Stockholm: Arbetslivsinstitutet
2. Larsson S. Disability Management- Statements and Comments, November 2003. HAREC-Disability and Rehabilitation Research Centre Lund University
3. Försäkringskassan. Strukturerad Arbetsmetodik för Sjukfallshantering och SAMordnad rehabilitering.
URL:http://uppsol.forsakringskassan.se/upload/SOLID/pdf/SASSAM_metodbroschyr0608. Läst 2009-08-31
4. Svensk författningssamling. Hälso- och sjukvårdslagen 1982:673. Nämnden för förvaltningsrättsliga publikationer. Stockholm: Norstedts förlag; 1982
5. Riksförsäkringsverket. Lag om allmän försäkring 1962: 381, 22 kapitel. Om rehabilitering och rehabiliteringsersättning, paragraf 3 och 5
URL:<http://www.fkregelboken.se> 2007. Läst 09-04-22
6. Arbetsmiljöverket. AFS 2001:1 Systematiskt arbetsmiljöarbete, paragraf 12. Solna: Arbetsmiljöverket; 2001
7. Arbetsmiljöverket. Arbetsmiljölagen 1977:1160 – 7:e upplagan i lydelse den 30 juni 2009. Solna: Arbetsmiljöverket; 2009
8. Arbetsmiljöverkets författningssamlingar. AFS 1994:1 Anpassning och Rehabilitering. Solna: Arbetsmiljöverket; 1994
9. Svensk författningssamling. Förordning 2001:623 med instruktion för Arbetsmarknadsverket. Sveriges Riksdag
URL:<http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20010623.HTM> Läst 2008-10-25
10. SOU 2002:5, Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet del 2 bilagor. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar, Socialdepartementet.
URL:<http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/2747>. Läst 2008-10-15
11. World Health Organization (WHO). Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Översatt till svenska och tillgänglig på Socialstyrelsens webbplats:URL.[http:// www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se). Läst 2009-09-30

12. Angelöw B. SAAB Aerospace Linköping 2000 –företagets kostnad och produktionsbortfall på grund av huvudvärk. Friskare arbetsplatser, sid. 94-99 Lund: Studentlitteratur AB; 2002
13. Liukkonen P. Hälsobokslut – förslag till mätning, analys och diskussionsfrågor. Norsborg: Oskarmedia; 2002
14. Aronsson T, Malmquist C. Hälsans ekonomi på arbetsplatsen. Stockholm: Bilda Förlag; 2002
15. Aronsson T, Malmquist C. Rehabiliteringens ekonomi. Stockholm: Bilda Förlag; 2002
16. Aronsson T, Malmquist C. Rehabiliteringens ekonomi övningsbok. Stockholm: Bilda Förlag; 2002
17. Bergström G, Jensen I, Ljungquist T, Bodin L. Kostnadseffektiviteten vid rehabilitering av patienter med långvarig nack-/ryggvärk. En treårsuppföljning. Slutrapport för forskningsprojektet Hälsoekonomisk Utvärdering av Rehabilitering (HUR)-nacke/rygg. Sektionen för Personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap Karolinska Institutet mars 2004.
18. SOU 2000:78. Rehabilitering till arbete. En reform med individen i centrum. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar, Socialdepartementet.
19. Norrefalk J-R. Ekonomisk utvärdering av multiprofessionell rehabilitering av patienter med långvariga smärttillstånd. En win win win situation för patient, arbetsgivare och samhälle. Incitament 2008:1, sid.27-30
20. Albrektsson B. Sjukfrånvaron - hur minskar vi den? Insikten, personaltidning för Ericsson i Gävle mars 2003, sid.14-15
21. Polit D F, Beck C T (2006). Essentials of Nursing Research Methods, Appraisal and Utilization Sixth Edition, Lippincott Williams & Wilkins 2006
22. SBU Kunskapscentrum för hälso-och sjukvården. Samordnad behandling bäst vid långvarig smärta. Pressmeddelande 2006.
[URL:http://www.sbu.se/sv/Press/Pressmeddelanden](http://www.sbu.se/sv/Press/Pressmeddelanden). Läst 2008-10-10
23. Statens Folkhälsoinstitut. FYSS, Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling R 2008:4 Statens Folkhälsoinstitut: 2008 Distributionstjänst Stockholm;2008
24. Svensk Författningssamling. Personuppgiftslagen 1998:204. Sveriges Riksdag. [URL:http://notisum.se/rnp/SLS/lag/19980204.HTM](http://notisum.se/rnp/SLS/lag/19980204.HTM) Läst 2008-10-15
25. [URL:http://www.ekonomifakta.se/sv/fakta/arbetstid/sjukfranvaro](http://www.ekonomifakta.se/sv/fakta/arbetstid/sjukfranvaro) Läst 2009-11-19

26. Thorgén M, Skoglund C, Palm K, Marklund S. Rehabilitering i processindustrin- Samhället, fabriken och den anställde. Arbetslivsrapport NR2007:13. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2007
27. Mattke S, Balakrishnan A, Bergamo A, Newberry S J. A review of methods to measure health-related productivity loss. American Journal of Management Care. Vol.13, No 4.2007:13:211-217
28. Försäkringskassan. Räkna ut kostnader för sjukfrånvaro.
URL:<http://www.forsakringskassan.se/program/arbetskalkyl/KALKYL 2002 P8.exe>.
Läst 2009-04-15
29. Uegaki K, de Bruijne MC, Anema JR, van der Beck AJ, van Tulder MW, van Mechelen W. Concensus-based findings and recommendations for estimating the costs of health- related productivity loss from a company's perspective. Scand J Work Environ Health 2007;33(2):122-130

Rapport från Arbets- och miljömedicin 7/2010

Kostnader för rehabiliteringsinsatser och sjukskrivningar
beräknat ur ett företags perspektiv

Akademiska sjukhuset, Uppsala Universitet, 751 85 Uppsala, Tfn 018-611 36 42
www.ammuppsala.se