

## Sammanfattning

Uppsatsens syfte var att beräkna företagets totala kostnader för sjukfrånvaro och undersöka om hälsoinvesteringarna är ekonomiskt motiverbara i form av minskad sjukfrånvarokostnad.

Vid beräkning av företagets totala kostnader för sjukfrånvaron har vi utgått från Liukkonens modell som innefattar både kvarvarande- och merkostnader som uppkommer till följd av sjukfrånvaron. Modellen har sedan kompletterats med förklaringar från andra författare.

Datansamlingen har genomförts genom semistrukturerade intervjuer med personalansvariga på tre företag. Vi valde företag i tre olika branscher; ett tjänsteföretag, ett tillverkande företag och ett sjukhus i den offentliga sektorn.

I vår undersökning fann vi att företagens redovisade kostnader för sjukfrånvaro är betydligt lägre än vad våra beräkningar visade. Detta kan till viss del förklaras med att företagen inte tar hänsyn till de kring- och merkostnader som uppkommer vid sjukfrånvaro. Konsekvenserna av detta kan vara att företagen aldrig ser de totala kostnaderna som sjukfrånvaron medför, vilket i sin tur kan leda till felaktiga investeringsbeslut. Vidare undersökte vi företagets hälsoinvesteringar och om dessa fått effekter på sjukfrånvaron. Undersökningen visade att alla tre företagen hade en minskning i sjukfrånvaro. För att kunna konkludera om det är hälsoinvesteringarna som bidragit till denna minskning har vi granskat andra faktorer som kunnat påverka resultatet. Analysen påvisade att tjänsteföretagets hälsoinvesteringar hade ett samband med minskningen av sjukfrånvaro, vilket gör investeringen ekonomiskt motiverbar. I de andra företagen kunde vi inte påvisa ett direkt samband.

För att se effekterna av lagen om särskild sjukförsäkringsavgift har vi genomfört ett förenklat exempel på tjänsteföretaget. Beräkningen visade att företaget kommer att få ökade kostnader för sjukfrånvaron från den 1 januari 2005.

## **Abstract**

The purpose of this essay is to calculate the total cost of sickness in various companies and investigate whether or not investments in health can be motivated economically in terms of reduced sickness costs. To increase the awareness of the total cost of sickness a company should apply a model that calculates the total cost of sickness.

We collected information through interviews with personnel managers in three different companies. The companies are active in different branches.

Our calculations showed that the selected companies has accounted for a smaller cost of sickness than they in fact have. We studied health investments to identify if there were any connections between this investment and reduced sickness cost. The analysis shows a connection in just one company. This after investigated other factors that could have an influence on absence for sickness.

This report is written in Swedish.

# Innehållsförteckning

<b>1. Inledning</b> .....	5
1.1 Bakgrund .....	5
1.2 Problemdiskussion .....	6
1.3 Syfte .....	7
1.4 Avgränsningar .....	7
1.5 Disposition .....	8
<b>2. Metod</b> .....	9
2.1 Inledning .....	9
2.2 Vetenskapssynsätt .....	9
2.3 Kapitelsammanfattning .....	10
<b>3. Teori</b> .....	11
3.1 Inledning .....	11
3.2 Sjukfrånvaro .....	11
3.2.1 Vad orsakar sjukfrånvaron? .....	11
3.2.2 Sjukfrånvarons merkostnader i olika verksamheter .....	13
3.2.3 Personalomsättnings relaterade kostnader och intäkter .....	13
3.3 Modell för beräkning av total kostnad för sjukfrånvaro .....	14
3.3.1 Kostnader vid närvaro .....	15
3.3.2 Sjuklön .....	16
3.3.3 Merkostnader .....	16
3.3.4 Lag om särskild sjukförsäkringsavgift .....	18
3.4 Hälsoinvesteringar .....	18
3.4.1 Helhetsansats .....	19
3.4.2 Friskfaktorer .....	20
3.4.2.1 Friskfaktorer i organisationen .....	20
3.4.2.2 Friskfaktorer i arbetsuppgiften .....	20
3.4.2.3 Friskfaktorer i arbetsgruppen .....	20
3.4.2.4 Friskfaktorer i livsmiljön .....	20
3.4.3 Hälsans betydelse .....	21
3.5 Investeringsbedömning .....	22
3.5.1 Immateriella investeringar .....	23
3.5.2 Investeringsförlopp .....	23
3.5.3 Kalkylmodell .....	24
3.6 Kapitelsammanfattning .....	24
<b>4. Empirisk metod</b> .....	26
4.1 Empirisk undersökning .....	26
4.2 Uppsatsens giltighet .....	27
4.2.1 Validitet .....	27
4.2.2 Reliabilitet .....	27
<b>5. Sjukkostnader och hälsoinvesteringar i tre olika företag</b> .....	29
5.1 Inledning .....	29
5.2 Tjänsteföretaget .....	29
5.3 Kostnadsberäkning för tjänsteföretaget .....	31
5.3.1 År 2001 .....	31
5.3.2 År 2003 .....	31
5.3.3 Analys av hälsoinvesteringarnas påverkan i tjänsteföretaget .....	33
5.3.4 Vad kostar sjukförsäkringsavgiften? .....	35
5.4 Tillverkningsföretaget .....	36

5.5 Kostnadsberäkning för tillverkningsföretag .....	38
5.5.1 År 2001.....	38
5.5.2 År 2003.....	38
5.5.3 <i>Analys av hälsoinvesteringarnas påverkan i tillverkningsföretaget</i> .....	40
5.6 Sjukhuset.....	41
5.7 Kostnadsberäkning för sjukhuset.....	42
5.7.1 År 2001.....	42
5.7.2 År 2003.....	42
5.7.3 <i>Analys av hälsoinvesteringarnas påverkan i sjukhuset</i> .....	43
5.8 Kapitelsammanfattning.....	44
<b>6. Slutsats</b> .....	45
6.1 Slutsatser.....	45
6.2 Förslag till fortsatt forskning .....	46
<b>7. Litteraturlista</b> .....	48
Bilaga 1: Brevet.....	51
Bilaga 2: Intervjufrågor.....	52
Bilaga 3: Tjänsteföretaget.....	54
Bilaga 4: Tillverkningsföretaget .....	55
Bilaga 5: Sjukhuset .....	56

# 1. Inledning

---

*I inledningskapitlet kommer vi att ge en bakgrund till det valda ämnet och den problemdiskussion som ligger till grund för problemformuleringen och studiens syfte. Kapitlet avslutas med avgränsningar och disposition.*

---

## 1.1 Bakgrund

Sedan 1997 och fram till idag har sjukfrånvaron fördubblats i alla åldersgrupper. Varje dag är ungefär 273 000 personer sjukfrånvarande. Detta är ett kostsamt problem för både arbetsgivare och arbetstagare.<sup>1</sup>

Den ökade sjukfrånvaron har medfört en väsentlig ökning av kostnaden för sjukpenning. Under 1997 utbetalades 13,9 miljarder kronor i sjukpenning och 2002 uppgick kostnaderna till 41,3 miljarder kronor. Detta innebär att sjukpenningen har näst intill tredubblats på fem år. Därtill kommer samhällets kostnader för sjukpension och sjukbidrag och dessa tre kostnadsposter uppgick 2002 till omkring 120 miljarder. Företagen betalar dessutom 111 miljarder i sjukförsäkringsavgifter och 60 miljarder i sjuklön. Andra kostnader som tillkommer för företagen är kostnader för vikarier, produktionsbortfall och försämrad kvalitet.<sup>2</sup> För att möta denna negativa trend presenterade regeringen 2002 det så kallade 11-punktsprogrammet för ökad hälsa i arbetslivet. Till följd av åtgärdsprogrammet utarbetade regeringen propositionen 2002/03:6 Obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro, vilken medförde att från den 1 juli 2003 är det obligatoriskt för företag, kommuner och myndigheter att redovisa de anställdas sjukfrånvaro i årsredovisningen. Kravet gäller arbetsgivare med fler än tio anställda.<sup>3</sup>

Ändringen i årsredovisningslagen innebär att följande uppgifter ska finnas med:<sup>4</sup>

- Sjukfrånvaron i procent av de anställdas årsarbete
- Långtidssjukfrånvaron över 60 dagar
- Sjukfrånvaro uppdelad på kön
- Sjukfrånvaron uppdelad på åldersgrupper

Syftet med den nya lagen är att öka medvetenheten om sjukfrånvarons fördelning på olika verksamheter. Enligt regeringen kan ökade kunskaper påverka arbetsgivaren att vidta åtgärder för att minska sjukfrånvaron.<sup>5</sup>

Från den 1 januari 2005 kommer en lag om särskild sjukförsäkringsavgift att träda ikraft. Denna innebär att arbetsgivaren ska vara med att betala för dem som är sjukskrivna på heltid.

---

<sup>1</sup> [www.svensktnaringsliv.se](http://www.svensktnaringsliv.se)

<sup>2</sup> Johnsson J., Lugn A. & Rexed B.(2003) "Långtidsfrisk"

<sup>3</sup> Departementsserien 2002:63

<sup>4</sup> Årsredovisningslagen 1995:1554 5kap 18a§

<sup>5</sup> Proposition 2002/03:LU1 "Obligatorisk redovisning av sjukfrånvaron"

Detta ökade ekonomiska ansvar för företagen bör resultera i att arbetsgivarens intresse för att minska sjukfrånvaron ökar.<sup>6</sup> Är hälsoinvesteringar ett medel för att motverka den ökade sjukfrånvaron?

Hälsoinvesteringar har ökat de senaste åren och en trolig orsak till detta kan vara den kraftiga ökningen av sjukskrivningarna och medvetenheten om kostnaderna för detta. Investeringarna i hälsa blir en åtgärd för att förebygga.<sup>7</sup> Humankapitalet blir allt viktigare för företagets konkurrenskraft. Nyckeln till framgång för företagen kan i framtiden vara en frisk personal.

Statsmakterna har satt upp ett mål att sjukfrånvaron ska halveras till 2008. För detta krävs konkreta åtgärder, till exempel tidiga och effektiva friskvårds- och rehabiliteringsåtgärder.<sup>8</sup> År 2008 kommer den demografiska situationen i Sverige att slå hårt mot arbetsmarknaden. Andelen människor i arbetsför ålder kommer att minska kraftigt på grund av att 40-talisterna pensioneras, vilket kommer att medföra arbetsbrist. För tillfället är den kraftigaste sjukökningen bland unga, medan de äldre står för det högsta sjukskrivningstalet. Detta kommer att medföra att de företag som aktivt satsar på attraktiva och hälsosamma arbetsplatser kommer att ha ett kraftigt försprång när det gäller att rekrytera, behålla och ha tillgång till nödvändig kompetens. Därmed har hälsoutveckling blivit en viktig faktor i det moderna arbetslivet.<sup>9</sup>

## 1.2 Problemdiskussion

Arbetslivet har förändrats de senaste hundra åren. Individen har blivit viktigare och de anställda är inte lika utbytbara som förr. Detta gör medarbetarnas hälsa intressantare än någonsin.<sup>10</sup> Att sjukfrånvarokostnader är ett växande problem ses tydligt i både dagspress, övrig media och lagstiftning. Diskussioner som dessa är vanligt förekommande i vår vardag:

*”Att satsa på friskvård leder till både ökad produktivitet och lägre sjukfrånvaro ”*<sup>11</sup>

*”Genom systematiskt arbetsmiljöarbete och hälsosatsningar direkt i organisationen kan sjukfrånvaron minskas ”*<sup>12</sup>

*”Många företag satsar inte tillräckligt på hälsovården, vilket gör att det är svårt att påvisa lönsamhet ”*<sup>13</sup>

Kostnaden för sjukfrånvaro har ökat kraftigt de senaste åren och företagen måste arbeta för att minska risken att människor drabbas av arbetsrelaterad ohälsa. Dessvärre är det svårt för

---

<sup>6</sup> [www.rfv.se](http://www.rfv.se)

<sup>7</sup> Angelöv, B.(2002) *Friskare arbetsplats*

<sup>8</sup> [www.svensktnaringsliv.se](http://www.svensktnaringsliv.se)

<sup>9</sup> Cronell, N., Engvall, J. & Karlsson, P.(2003) *Hälsoarbete & Hälsobokslut*

<sup>10</sup> *ibid*

<sup>11</sup> Göteborgs-Posten, 2004-10-10, sid 62

<sup>12</sup> Helsingborgs Dagblad, 2004-08-15, sid 28

<sup>13</sup> Dagens Industri, 2004-08-30, sid 17

företagen att se effekterna av hälsosatsningarna. Det är också svårt att se vilken del i satsningen på arbetsmiljön som betytt mest. Dock har det dragits slutsatser om att tidigt förebyggande insatser normalt är betydligt mer lönsamma än sena rehabiliteringssatser.<sup>14</sup>

Genom ändringarna i årsredovisningslagen om obligatorisk redovisning av sjukfrånvaron är det tänkt att företagen och samhället ska bli mer medvetna om företagens sjukfrånvarokostnader. Den nya lagen som träder i kraft den 1 januari 2005 om särskild sjukförsäkringsavgift innebär att arbetsgivare med hög sjukfrånvaro får betala mer, medan arbetsgivare med låg sjukfrånvaro får betala mindre. Staten vill med denna lag att företagen ska satsa mer på olika sorters hälsofrämjande åtgärder och rehabilitering för att minska sjukfrånvaron.<sup>15</sup>

Denna studie har för avsikt att mäta om företagets hälsoinvesteringar är kostnadsbesparande med hänsyn till deras totala kostnader för sjukfrånvaro. De flesta företag tar inte hänsyn till de totala kostnaderna för sjukfrånvaron när de redovisar sjukkostnader. Företagen räknar endast sjuklönen som kostnad för sjukfrånvaro och utelämnar därför stora kostnadsposter som också uppkommer i samband med sjukfrånvaro. För att kunna mäta om det är just hälsosatsningarna som bidragit till ett förändrat resultat måste hänsyn tas till andra faktorer som kan tänkas påverka resultatet.

Forskningen inom detta område är relativt outvecklad, främst när det gäller hälsoinvesteringarnas lönsamhet. För beräkning av hälsoinvesteringarnas lönsamhet har vi inte funnit några befintliga modeller. Däremot när det gäller beräkning av företagets totala sjukkostnader kan man utgå från två befintliga modeller vilka är forskningsmässigt framtagna av Gröjer & Johansson (1998) och Liukkonen (2002). I detta arbete tar vi utgångspunkt från dessa två modeller och anpassar dem till de företag vi undersöker.

*Hur stora är företagets totala sjukfrånvarokostnader och kan företagens hälsoinvesteringar vara ekonomiskt motiverbara för att minska dessa?*

*Kan man se ett samband mellan hälsoinvesteringarna och minskad sjukfrånvaro, eller är det andra faktorer som har påverkat resultatet?*

### 1.3 Syfte

Syftet med uppsatsen är att beräkna företagets totala sjukfrånvarokostnader och undersöka om hälsoinvesteringarna är ekonomiskt motiverbara i form av en minskning av dessa kostnader.

### 1.4 Avgränsningar

Vi avgränsar oss till att inte finna orsaker till varför sjukfrånvaron är hög respektive låg på de företagen vi undersöker. I denna undersökning bortser vi också från att titta på rehabiliteringskostnaderna. Vi är medvetna om att denna kostnad kan vara en stor post men anser

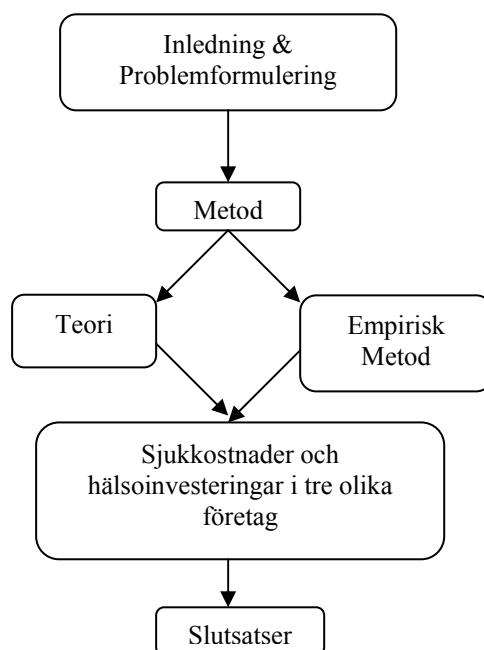
---

<sup>14</sup> Angelöv, B.,(2002). *Friskare arbetsplats*

<sup>15</sup> [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

den mindre betydande för vårt arbete. Vi avgränsar oss till att undersöka tre företag inom tre olika branscher. Syftet med uppsatsen är inte att komma fram till en optimal lösning på ohälsa och dess kostnader, utan snarare att väcka intresse för och öka kunskapen kring hur man kan beräkna hälsoinvesteringarnas effekt på sjukkostnaderna.

## 1.5 Disposition



**Figur 1.1** Uppsatsens disposition

I kapitel två beskriver vi den metod vi använts oss av under uppsatsens gång. Kapitel tre tar upp de teorier och modeller som vi grundar vår studie på. Efterföljande kapitel behandlar det empiriska metoden. I kapitel fem analyserar vi insamlad data för att sedan kunna dra slutsatser i kapitel sex. Avslutningsvis diskuterar vi och ger förslag på forskning som hade varit intressant att undersöka i framtiden.



## 2. Metod

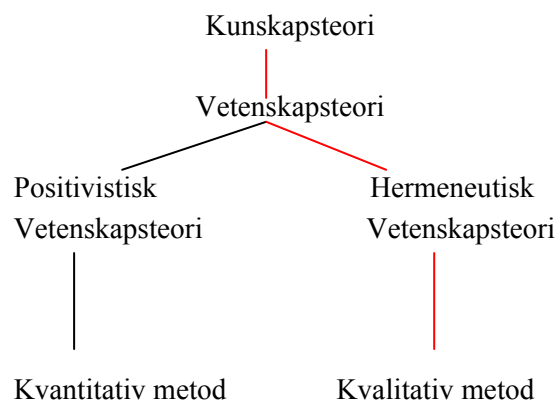
*I detta kapitel redogör vi för den metod som använts för att uppfylla uppsatsens problemställning och syfte. Kapitlet behandlar även en argumentation för valet av metod samt alternativa metoder.*

### 2.1 Inledning

Vid val av metod som är mest applicerbar på undersökningen gäller det att först kartlägga uppsatsens syfte.<sup>16</sup> Vår uppsats syftar till att se om de hälsoinvesteringarna företaget gör är ekonomiskt motiverbara med hänsyn till minskningen av den totala kostnaden för sjukfrånvaron. Detta syfte innebär att det behövs detaljerad information om vad företagen gjort för hälsoinvesteringar och om det går att utskilja några effekter av dessa. För att kunna beräkna den totala kostnaden för sjukfrånvaron behöver vi också information om företagets sjukfrånvaro och de merkostnader som denna medför.

### 2.2 Vetenskapssynsätt

Kunskapsteorin kan förenklat delas in i två olika vetenskapsteoretiska plattformar, positivism och hermeneutik.



Figur 2.1 Sambandet mellan kunskapsteori, vetenskapsteori och metod<sup>17</sup>

Positivismens huvudteser inriktar sig på att förklara och finna orsak-verkan-samband, samt att undersökaren inte ska låta sina egna åsikter påverka resultatet utan skall vara objektiv. Vilket kan ses i figuren utgår den kvantitativa metodteorin från den positivistiska vetenskapsteorin.<sup>18</sup> Utmärkande för kvantitativ metod är att insamlandet av material ofta går på bredden istället för på djupet. Data från en kvantitativ metod sammanställs i sifferform och slutligen görs en analys av siffermaterialet.<sup>19</sup> Hermeneutikens huvudsyfte är att tolka och förstå ett visst fenomen men det

<sup>16</sup> Håkansson, G. (2002) *Att skriva vetenskapliga rapporter*.

<sup>17</sup> Lundahl, U. & Skärvad, P-H. (1999) *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer*.

<sup>18</sup> ibid

<sup>19</sup> Backman, J. (1998) *Rapporter och uppsatser*.

är omöjligt att bedriva helt opartisk forskning. Hermeneutiken ligger till grund för den kvalitativa metoden, som fokuserar på hur människor uppfattar och tolkar situationen.<sup>20</sup>

I vårt undersökningsområde finns många oklarheter, det är svårt att visa på vilka faktorer som kan bidra till resultatet. Undersökningens resultat får tolkas subjektivt utifrån sitt sammanhang och inriktar sig främst på tolkning och förståelse. Siffror används som en del i tolkningsarbetet och ger uttryck för mänskliga tankar och handlingar. Detta gör att vi använder oss av hermeneutisk inriktning.

Vi undersöker tre olika företag på djupet, vilket innebär att vi kommer att använda oss av fallstudier. Vid fallstudier undersöker forskaren ett fåtal objekt och studerar dessa på djupet under en begränsad tid. Fallstudier är vanliga vid kvalitativ forskning. En fördel med dessa är att forskaren inte behöver studera många fall men trots detta kan erhålla information om den aktuella situationen. En nackdel med fallstudier är att ett fåtal fall inte kan representera hela verkligheten fullt ut. Detta medför att forskaren bör vara återhållsam med att dra några generella slutsatser.<sup>21</sup>

Som forskare kan man angripa forskningsfrågan på olika sätt, vilket till stor del styrs av det egna forskningssynsättet. Det finns två huvudsakliga strategier samt ett mellanting av dessa att angripa problemet på, induktion och deduktion samt abduktion. Med induktion menas att data samlas in från empirin och utifrån detta utvecklas lämpliga teorier. Deduktion syftar till att använda litteraturen för att identifiera teorier som sedan testas i empirin.<sup>22</sup> Abduktion används när teorin är oklar och svag och kan ses som en pendling mellan induktion och deduktion<sup>23</sup>. I början av vår undersökning studerade vi befintliga teorier och modeller som sedan testades i empirin, enligt deduktiv ansats. Vid undersökningens datainsamling erhöll vi information som också kunde användas till att testa nya modeller och dra slutsatser från empirisk fakta, enligt induktiv ansats. Eftersom undersökningen har pendlat mellan empiri och teori har vi använt oss av abduktion.

### 2.3 Kapitelsammanfattning

I detta kapitel redogörs för val av uppsatsens metod. Vårt huvudsyfte är att tolka och förstå, vilket gör att vi använder oss av ett hermeneutisk vetenskapssynsätt som i sin tur ligger till grund för den kvalitativa metoden. Vi använder oss av fallstudier eftersom vi undersöker tre olika företag på djupet. Vi har valt att angripa forskningsfrågan genom abduktion eftersom teorin är oklar och svag.

---

<sup>20</sup> Lundahl, U. & Skärvad, P-H. (1999) *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer*.

<sup>21</sup> Merriam, S-B (1994). *Fallstudien som forskningsmetod*.

<sup>22</sup> Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill A. (2003) *Research Methods for Business Students*.

<sup>23</sup> Lundahl, U. & Skärvad, P-H. (1999) *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer*

## 3. Teori

---

*Detta kapitel inleds med en redogörelse för befintliga modeller och teorier som är aktuella för vårt undersökningsområde. Vidare görs en kort beskrivning av investeringsbedömning och vårt val av kalkylmodell. Kapitlet avslutas med en sammanfattning.*

---

### 3.1 Inledning

Teorikapitlet tar upp olika begrepp, modeller och teorier, vilka kan förklara och beräkna hälsoinvesteringarnas effekter. För att åskådliggöra uppsatsens helhet har kapitlet delats upp i fyra områden, vilka i analysen slutligen bildar en helhet.

- Sjukfrånvaron, belysa olika faktorer som påverkar. Detta för att utesluta andra faktorer påverkan på sjukfrånvarons förändring.
- Beräkning av total sjukfrånvarokostnad borde göras för att ekonomiskt kunna motivera en hälsoinvestering i företagen.
- Hälsoinvesteringars innebörd och effekter för företagen.
- Investeringsbedömning vid satsningar på medarbetare med utgångspunkt från ett traditionellt synsätt.

### 3.2 Sjukfrånvaro

För att undersöka om hälsoinvesteringarna är ekonomiskt motiverbara måste företagen ta hänsyn till alla kostnader som kan hänföras till sjukfrånvaron. Vanligast förekommande är att företag endast redovisar kostnader för sjuklön och därmed inte tar hänsyn till sjukfrånvarons merkostnad. För att kunna göra en mer rättvisande bedömning av hälsoinvesteringarna kommer vi att beräkna den totala kostnaden för sjukfrånvaron i respektive företag.

Sjukfrånvaron kan delas in i kort- och långtidsfrånvaro. Till korttidsfrånvaro räknas i vår undersökning dag 1 till 21. Dag 22 och framåt tillhör långtidsfrånvaron. Korttidssjukfrånvaron är den som är mest störande för produktionen och orsakar företaget stora kostnader<sup>24</sup>.

#### 3.2.1 Vad orsakar sjukfrånvaron?

För att vi ska kunna föra ett resonemang kring om det är hälsoinvesteringarna som har påverkat förändringen i sjukfrånvaron i respektive företag, måste vi titta på andra faktorer som kan ha påverkat sjukfrånvaron och se om dessa förändrats över de undersökta åren. Liukkonen (1994) menar att de viktigaste orsakerna till sjukfrånvaron är följande fem faktorer:

---

<sup>24</sup> Liukkonen, P.(1994) *Vad kostar sjukfrånvaro och för hög personalrörlighet?*

### *Den fysiska arbetsmiljön*

Sjukfrånvaron ökar med högre grad av fysiskt påverkande arbete.

### *Den psykosociala arbetsmiljön*

Följande fem faktorer präglar denna arbetsmiljön:

- Kontroll över den egna arbetsituationen
- Arbetsledningen
- Stimulans och utvecklingsmöjligheter
- Arbetsgemenskap
- Psykisk belastning

Ju sämre den psykosociala arbetsmiljön är, desto högre tenderar sjukfrånvaron att vara.

### *Individuell motivation*

Direkt samband mellan individuell motivation och sjukfrånvaron är svårt att visa på. Dock tyder mycket på att individens arbetsmotivation kan vara av viss betydelse för sjukfrånvaron.

### *Kön och Ålder*

Kvinnor har i genomsnitt högre sjukfrånvaro än män. Enligt Riksförsäkringsverket (RFV) var år 2003 63 procent av de sjukskrivna kvinnor och 37 procent män. Liukkonen (1994) framhåller att antalet sjukfrånvarodagar ökar med åldern hos såväl kvinnor som män. Detta eftersom sjukdomar av längre varaktighet främst drabbar den äldre arbetskraften. Medelåldern hos sjukskrivna kvinnor är 43 år och bland män är den 47 år<sup>25</sup>.

### *Företagsstorlek, lokalisering, bransch och konjunktur*

Ju större arbetsstället är desto högre är sjukfrånvaron. Den är också högre i tätorter än i glesbygden. Forskning har också visat att konjunkturen har betydelse. Sjukfrånvaron ökar vid högkonjunktur och minskar vid lågkonjunktur. Enligt RFV var under 2003 54 procent av de långvarigt sjukskrivna med anställning, anställda inom privat sektor. Resterande var anställda inom offentlig sektor, vilka fördelar sig på kommun 32 procent, landsting 8 procent och statlig 6 procent. Av de långvarigt sjukskrivna kan man påvisa att den största enskilda gruppen är anställda inom vård och omsorg. Denna grupp svarar för 17 procent av de långtidssjukskrivna.

Sjukfrånvaron skiljer sig mellan olika branscher. Olika studier har visat att sjukfrånvaron hos en genomsnittlig grupp människor ska vara 2-4 procent beroende på vilken typ av arbete man har. Riksgenomsnittet för sjukfrånvaron 2003 var 14 procent. Om sjukfrånvaron ligger under 2 procent måste man ibland misstänka att folk är på jobbet när de egentligen borde ha stannat hemma. Detta är skadlig sjuknärvaro och kan vara ekonomiskt olönsam för företaget.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> [www.rfv.se](http://www.rfv.se)

<sup>26</sup> Johnsson, J., Lugn, A., & Rexed B. (2003) *Långtidsfrisk*

### **3.2.2 Sjukfrånvarons merkostnader i olika verksamheter**

Den höga sjukfrånvaron kan leda till merkostnader i produktion och service. Om konkurrensen på marknaden är svag kan merkostnaden belasta priset på varan eller tjänsten. Om däremot priskonkurrensen är stark kan sjukfrånvarokostnaden inte belasta produkten eller tjänsten med ökat pris utan belastar företagets resultat direkt. Om företaget tvingas sänka sina priser, kan de få svårt att klara självkostnaden, vilket kan leda till att företaget slås ut.<sup>27</sup>

#### *Varuproduktion*

Enligt Liukkonen (1994) kan kostnaderna till följd av sjukfrånvaro i varuproduktion öka genom:

- Högre lönekostnader på grund av överanställning.
- Oerfaren personal behöver tid för inläring och orsakar då längre tid per producerad enhet.
- Maskiner kan gå sönder eller utrustning förstöras på grund av brist på erfarenhet.
- Administrationskostnaderna ökar på grund av bemanningsproblem eller planeringskrav.

#### *Tjänsteproduktion*

Tjänsteproduktionen är väldigt känslig för störningar i form av sjukfrånvaro. Kunden har höga förväntningar på service och missnöjet blir stort om tjänsten inte utförs i tid eller om tjänstekvaliteten är bristfällig.<sup>28</sup> Liukkonen (2002) menar att sjukfrånvarokostnaderna i tjänsteproduktion inte är direkta utan uppkommer genom ökad kundomsättning. Förlusterna kan man beräkna genom att titta på vad det kostar att skaffa en ny kund, till exempel i form av marknadsföringskostnader och försäljningsansträngningar.

Både varuproducerande- och tjänsteproducerande företag med hög sjukfrånvaro kan ha svårt att rekrytera den mest kompetenta arbetskraften, eftersom arbetsplatsen kan ses som ett ”sjukt företag”. På dessa arbetsplatser tvingas man dessutom utföra sina sjuka medarbetares arbetsuppgifter.<sup>29</sup>

### **3.2.3 Personalomsättnings relaterade kostnader och intäkter**

Ohälsa leder förr eller senare till oplanerad personalomsättning, vilket gör det viktigt att satsa på arbetsmiljö och hälsa, speciellt i tider med arbetskraftsbrist. Orsakerna till personalomsättningen kan vara många. Omorganisering kan vara en orsak, en annan kan vara att man inte tycker sig få någon återkoppling på huruvida man gjort sitt arbete bra eller dåligt. Även dålig trivsel, ledarskapsproblem eller mobbing kan leda till hög personalomsättning.<sup>30</sup> Detta kan medföra olika kostnader och intäkter för organisationen.

Vissa arbetsgivare hamnar alltid i situationer då de utbildar anställda för sina konkurrenter eller för hela branschen och detta medför en dyr personalomsättning<sup>31</sup>. Kostnaderna som uppstår kan bland annat vara avvecklingskostnader såsom den administrativa hanteringen som krävs när

<sup>27</sup> Liukkonen, P.(1994) *Vad kostar sjukfrånvaro och för hög personalrörlighet?*

<sup>28</sup> *ibid*

<sup>29</sup> Liukkonen, P.(2002) *Hälsobokslut - förslag till mätning, analys och diskussionsfrågor.*

<sup>30</sup> *ibid*

<sup>31</sup> *ibid.*

någon slutar och personalplaneringskostnader som innebär bestämmelser om ändringar i organisationen eller att man ska återbesätta tjänsten. Vidare uppstår rekryteringskostnader som annonsering och intervjuer. När organisationen bestämt vem som ska anställas behöver personen en introduktion, det vill säga åtgärder som organisationen vidtar för att underlätta för den nyanställda att komma in i verksamheten. Vidare har den nyanställda en inskolningstid då han eller hon inte är lika produktiv som den ordinarie personalen.<sup>32</sup>

Personalomsättning medför normalt också intäkter för organisationen. Dessa kan bland annat vara lägre lön för den nyanställda, ny och viktig kompetens från den nyanställda och att han eller hon kan verka som en social stimulans för medarbetarna.<sup>33</sup>

### 3.3 Modell för beräkning av total kostnad för sjukfrånvaro

För beräkning av kostnader som sjukfrånvaron orsakar kan man utgå från Gröjer & Johanssons (1998) samt Liukkonens (2002) modeller. Författarna behandlar samma kostnadsposter men uppbyggnaden av modellerna är olika.

Enligt Gröjer & Johanssons finns det två olika grundmodeller för att beräkna kostnader för sjukfrånvaro. I den ena modellen, kvarvarande kostnader vid sjukfrånvaro, utgår man från vad företaget betalar för den frånvarande personen i till exempel lön, arbetsgivaravgift och gemensamma kostnader av olika slag. I Gröjer & Johanssons andra modell, totala kostnader vid frånvaro, beaktas produktionsbortfall, intäktsbortfall eller ökade kostnader som uppstår vid sjukfrånvaron. Detta är kostnader som oftast saknas i bokföringen och måste därför uppskattas. Modellen tar också upp kostnader för ersättare, det vill säga övertid och vikarie. Vi tycker inte att någon av ovanstående modeller ger en korrekt uppfattning om företagets totala kostnader för sjukfrånvaron eftersom vi anser att kvarvarande- och merkostnaderna måste adderas. För att få en mer rättvisande bild av företagets totala kostnader för sjukfrånvaro bör dessa modeller sammanräknas med varandra.

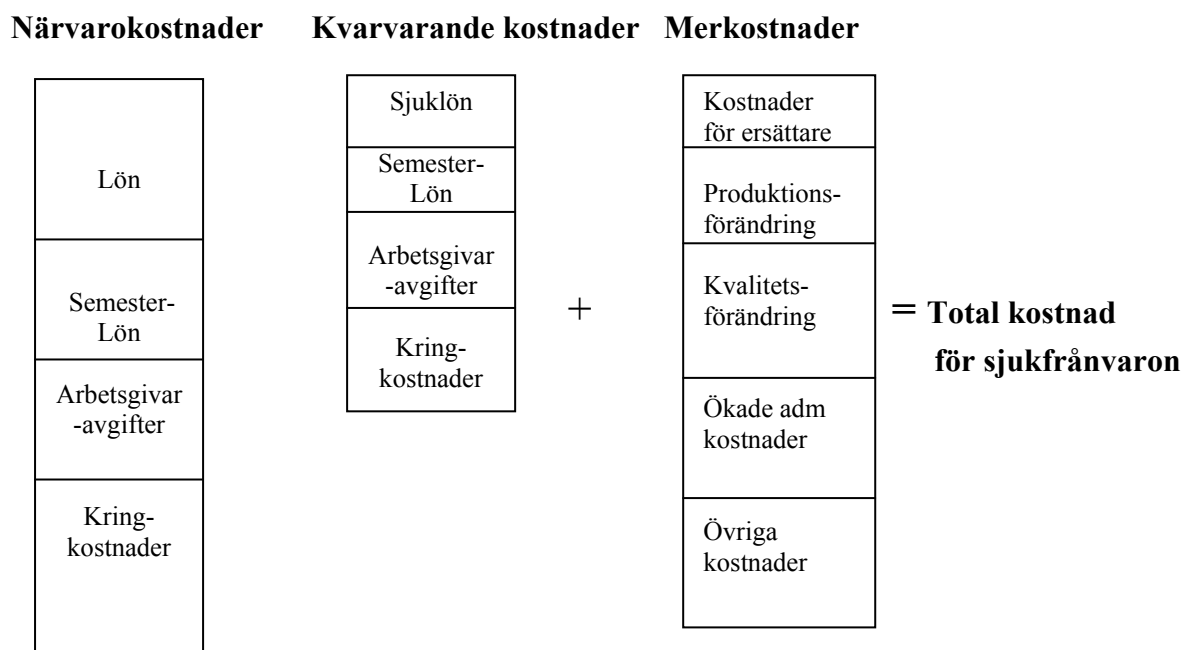
Liukkonen (2002) använder sig av en annan modell som bygger på att kvarvarande- och merkostnader summeras för att erhålla den totala kostnaden för sjukfrånvaro. Vi tycker att denna modell ger ett mer rättvist resultat av företagets totala sjukfrånvarokostnader och utgår därför från Liukkonens modell vid våra beräkningar, vilken visas i figur 3.1. Vi anser emellertid att hennes förklaringar till de olika posterna är bristfälliga och därför kompletteras denna modell med Gröjer & Johanssons förklaringar. Till merkostnaderna i modellen utvecklar vi förklaringarna ytterligare med hjälp av Aronsson & Malmquist (1996).

Fel!

---

<sup>32</sup> Aronsson, T & Malmquist, C. (1996) *Rehabiliteringens ekonom.*

<sup>33</sup> *ibid*



Figur 3.1: Vad kostar sjukfrånvaron? Källa: Luikkonen (1994)

Genom att addera *merkostnaderna* med de *kvarvarande kostnaderna* för sjukfrånvaron erhålls företagets *totala kostnad* för sjukfrånvaron.

### 3.3.1 Kostnader vid närvaro

För att kunna räkna ut företagets kvarvarande kostnader vid sjukfrånvaro måste vi först beräkna vilka kostnader man har när den anställde är närvarande. Om vi antar att personen tjänar 100 kr i timmen, semesterlönen är 12 procent och arbetsgivaravgiften är 35 procent så får vi fram en lönekostnad för personen. Till de fasta kringkostnaderna kan hänföras kostnader för gemensamma lokaler, administration och teknisk utrustning.<sup>34</sup> Hur olika företag redovisar kringkostnaden varierar. En del företag fördelar kostnaderna på varje befattning medan andra har dem som overheadkostnader och redovisar således inte kostnaderna för respektive person.<sup>35</sup> I detta exempel räknar vi, i likhet med Gröjer & Johansson (1998), med en kringkostnad på 50 procent av lönekostnaden.

Tabell 3.1 Närvarokostnad (kr/h) Källa: Gröjer & Johansson (1998)

Lön	100	
Semesterlön	12	100*0,12
Arbetsgivaravgifter	39	(100+12)*0,35
<b>Summa lönekostnad</b>	<b>151</b>	
Kringkostnad	76	0,5*151
<b>Summa arbetskraftskostnader</b>	<b>227</b>	

<sup>34</sup> Luikkonen, P. (1994) *Vad kostar sjukfrånvaro och för hög personalrörlighet?*

<sup>35</sup> Gröjer, J-E. & Johansson, U. (1998) *Personalekonomisk Redovisning och Kalkylering.*

Kostnaden för närvaron blir i exemplet alltså 227 kr. Den anställde bör på lång sikt göra nytta för 227 kr i timmen, annars kan man fundera på om tjänsten ska finnas kvar. På kort sikt bör personen göra nytta för lönekostnaden, alltså 151 kr.<sup>36</sup>

### 3.3.2 Sjuklön

Gällande lag för sjuklön 2004 är att den som är anställd för minst en månad eller har arbetat sammanhängande 14 dagar har rätt till sjuklön från arbetsgivaren de första 21 dagarna i sjukperioden. Den första dagen kallas karensdag, då betalas ingen ersättning ut. Dag 2-21 är sjuklönen 80 procent av lönen.<sup>37</sup> Detta gör att stora delar av kostnaderna i tabell 3.1 ovan kvarstår vid frånvaron. Dag 2-21 ser kostnaderna ut enligt följande:

Tabell 3.2 Kvarvarande kostnad dag 2-21(kr/h). Källa: Gröjer & Johansson (1998)

Lön	80	100*0,8
Semesterlön	12	Kvarstår
Arbetsgivaravgifter	32	(80+12)*0,35
<b>Summa lönekostnad</b>	<b>124</b>	
Kringkostnad	76	Kvarstår
<b>Summa arbetskraftskostnader</b>	<b>200</b>	

Även om lönen bara är 80 procent kvarstår semesterersättningen och blir fortfarande 12 kr i timmen. Den totala summan vi får fram i modellen är det företaget betalar för ingenting eftersom de inte får någon motprestation. Detta förutsätt att de inte kan se frånvaron som en intäkt, som vid till exempel arbetsbrist. Då kan man istället se det som att företaget sparar 27 kr på att denna person stannar hemma.<sup>38</sup> Vi kommer inte att undersöka om frånvaron medför någon intäkt för företagen.

### 3.3.3 Merkostnader

Till de kvarvarande kostnaderna lägger Liukkonen (2002) också merkostnader på grund av sjukfrånvaron. Till merkostnader kan hänföras följande poster:

#### *Kostnader för ersättare*

Hur stora kostnaderna blir för sjukfrånvaron varierar mellan olika företag eftersom frånvaron hanteras på olika sätt. Arbetsgivaren kan vidta olika åtgärder i situationer med sjukfrånvaro.<sup>39</sup> Den kan exempelvis ersättas med övertid, tillfälliga vikarier eller inköpt arbetskraft från bemanningsföretag.<sup>40</sup> Arbetsgivaren kan välja att inte vidta några åtgärder alls och den frånvarandes arbetsuppgifter blir då inte utförda. Ett alternativ kan också vara att omorganisera verksamheten så att någon annan person gör den frånvarandes arbetsuppgifter. Troligtvis kommer inte de omorganiserade att prestera lika mycket som den frånvarande normalt gör på samma arbetstid. Kostnaden blir då den extra tid som måste läggas ner på omorganisationen och

<sup>36</sup> ibid

<sup>37</sup> www.forsakringskassan.se

<sup>38</sup> Gröjer, J-E. & Johansson, U. (1998) *Personalekonomisk Redovisning och Kalkylering*

<sup>39</sup> Aronsson, T. & Malmquist, C. (1996) *Rehabiliteringens ekonomi*.

<sup>40</sup> Liukkonen, P. (2002) *Hälsobokslut - förslag till mätning, analys och diskussionsfrågor*.



bortfallet av den frånvarande personens arbetsprestationer. Intäkten kan beräknas som värdet av vad de omorganiserade personerna åstadkommer. Övertiden kommer att medföra kostnader som övertidsersättning, extra arbetsledningskostnad och troligtvis lägre produktivitet då arbetsdagen blir längre. Om man väljer att minska produktionsbortfallet genom att anställa en vikarie uppkommer kostnader i form av rekryterings-, introduktions-, handlednings- och störningskostnader. Vikarien har också en inskolningstid då den inte gör samma nytta för verksamheten som den frånvarande skulle ha gjort, vilket medför ett produktionsbortfall.<sup>41</sup> Man måste vid beräkning av kostnader för ersättning av sjukfrånvaro uppskatta hur mycket av till exempel övertiden som har uppkommit på grund av sjukfrånvaron.<sup>42</sup>

### *Produktionsförändring*

Med produktionsförändringar menar man minskad tid i produktionen som har uppkommit på grund av sjukfrånvaron. Produktionsvolymens minskning uppskattas med hjälp av förlorad arbetstid. Till produktionsförändringarna räknar man också kostnader för förlorad arbetstid på grund av stillastående maskiner. Lägre produktivitet hos de närvarande kan också uppstå på grund av övertidsarbete, då man inte är lika effektiv vid längre arbetsdagar. Om ersättare inte finns att tillgå och arbetet utförs med kraftig underbemanning kan produktionsbortfallet bli stort.<sup>43</sup>

### *Kvalitetsförändring*

Verksamheten kan också drabbas av kvalitetsbrister i både service- och varuproduktion. De uppkommer inte bara på grund av frånvaron utan kan också orsakas av bland annat otillräcklig eller obefintlig utbildning och ryckig eller bristfällig planering. Av dessa förluster måste man uppskatta hur stor del som kan hänföras till sjukfrånvaron. I servicearbete synliggörs kvalitetsbristerna genom att det tar längre tid att utföra tjänsten och kundkontakterna försämras.<sup>44</sup> Det finns enligt Liukkonen (2002) forskning som visar att sjukfrånvaron ökar företagets felkostnader. När företagen tar in ersättare händer det att de gör fel och felkostnaderna ökar. Man måste titta på hur mycket tid som går åt för till exempel ökad kontroll, justering av felaktiga produkter, kassation och reklamation. Det är viktigt för företagen att synliggöra och eliminera dessa kostnader, vilket dock är mycket ovanligt.

### *Ökad administration/arbetsledning*

Varje frånvarofall leder till kostnader för administrativa åtgärder. Ofta måste de anställda på en avdelning omorganiseras eller en vikarie ringas in. Om besök är inbokade måste de avbokas.<sup>45</sup> Alla dessa åtgärder som måste vidtas vid sjukfrånvaro tar tid för arbetsledare eller personalansvarig.

---

<sup>41</sup> Aronsson, T. & Malmquist, C. (1996) *Rehabiliteringens ekonomi*.

<sup>42</sup> Liukkonen, P. (1994) *Vad kostar sjukfrånvaro och för hög personalrörlighet?*

<sup>43</sup> *ibid*

<sup>44</sup> *ibid*

### *Övriga kostnader*

Övriga kostnader vid sjukfrånvaro kan vara kostnader för konkurrensförsämring, risk för tillverknings- och affärshemligheter avslöjas och företagets anseende skadas. Dessa kostnader är svåra att värdera i pengar.<sup>46</sup>

Genom att addera ovanstående *merkostnader* med de *kvarvarande kostnaderna* för sjukfrånvaron erhålls företagets *totala kostnad* för sjukfrånvaron.

### **3.3.4 Lag om särskild sjukförsäkringsavgift**

Lagen, som träder i kraft den 1 januari 2005, innebär att arbetsgivaren får ett medfinansieringsansvar på 15 procent av sjukpenningskostnaden för anställda som är sjukskrivna på heltid. Det kallas för särskild sjukförsäkringsavgift. Medfinansieringsansvaret upphör när den anställda kommer tillbaka till arbetet igen, även om det bara är till viss del. Avgiften betalas inte heller om den anställda deltar i rehabilitering och får rehabiliteringspenning.<sup>47</sup>

Sjukförsäkringsavgiften begränsas av ett fribelopp och ett högkostnadsskydd. Fribeloppet innebär att arbetsgivaren endast betalar den särskilda sjukförsäkringsavgiften som överstiger 12 000 kronor per kalenderår. Arbetstagarnas utbetalda sjukpenning måste således uppgå till ett sammanlagt belopp som överstiger 80 000 kronor för att avgiften ska börja tas ut. Högkostnadsskyddet innebär att arbetsgivaren betalar max 4 procent av företagets sammanlagda lönesumma i särskild sjukförsäkringsavgift för ett kalenderår.<sup>48</sup>

Den särskilda sjukförsäkringsavgiften kommer beroende på sjukfrånvaron innebära ökade eller minskade kostnader. Avsikten med lagen är att detta ska öka arbetsgivarens ekonomiska drivkrafter att arbeta för minskad sjukfrånvaro och bidra till att den sjukskrivne kommer tillbaka i arbete.<sup>49</sup>

Från den 1 januari 2005 kommer perioden då arbetsgivare betalar sjuklön att kortas ner från 21 dagar till 14 dagar. Samtidigt kommer arbetsgivaravgiften att sänkas med 0,24 procentenheter. Sjukpenningen kommer att vara 80 procent.<sup>50</sup>

## **3.4 Hälsoinvesteringar**

Människan påverkas inte bara direkt av ohälsan utan även indirekt genom att ohälsan tar mycket av samhällets resurser, som annars kunde satsas någon annanstans. Orsaker till ohälsan är många och analyser av dessa ger olika förklaringar till ohälsan. En allt högre arbetstakt anses av många vara en orsak. Genom den ökande arbetstakten under senare delen av nittioalet har den arbetsrelaterade stressen ökat. Speciellt kvinnor i den offentliga sektorn känner sig allt mer

---

<sup>45</sup> Aronsson, T. & Malmquist, C. (1996) *Rehabiliteringens ekonomi*.

<sup>46</sup> Liukkonen, P. (1994) *Vad kostar sjukfrånvaro och för hög personallörlighet?*

<sup>47</sup> [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

<sup>48</sup> [www.arbetsgivarverket.se](http://www.arbetsgivarverket.se)

<sup>49</sup> [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

<sup>50</sup> *ibid*

stressade på sin arbetsplats.<sup>51</sup> Arbetstakten har också ökat på grund av nedskärningar i både den offentliga sektorn och i det privata näringslivet. Dessa nedskärningar bidrar inte bara till att arbetstakten eller arbetsbelastningen ökar utan också till att stress, andra psykiska påfrestningar och utmattningsdepressioner ökar. Företagen bör inse att de måste vidta åtgärder för att få bukt på detta samhällsproblem. De måste ha ett effektivt hälsoarbete som ska generera att hälsan påverkas i rätt riktning. Men det är inget enkelt problem att få företagen att satsa på hälsofrämjande insatser.<sup>52</sup>

Det finns flera olika tillvägagångssätt och metoder som kan klassificeras som hälsoinvesteringar. Dessa investeringar kan bland annat vara friskvård, massage, subvention till olika sorters träningskort, hälsorådgivning etc.

### **3.4.1 Helhetsansats**

Helhetsansatsen innefattar enligt Hansson (2004) både främjande och förebyggande strategier i hälsoarbetet. Främjande insatser är att stimulera och eventuellt även öka resursen hälsa genom hälsoinvesteringar. När det gäller förebyggande insatser undersöker företagen vilka faktorer som leder till ohälsa och hur man kan förhindra ohälsa. När man har en arbetsplats som arena är det viktigt att man har kunskap om hela systemet, från människans fysiologi till hur arbetsgrupper fungerar och hur arbetsmiljön och organisering ska hanteras.

Företagen bör betrakta hälsan som en resurs och ohälsan som ett hinder<sup>53</sup>. Vikten av ett helhetstänkande framgår ur Luxemburgdeklarationen från 1997 (utdrag av denna visas med citatet nedan)

”Hälsofrämjande på arbetsplatser är den gemensamma satsningen av arbetsgivare, arbetstagare och samhället för att förbättra hälsa och välbefinnandet för människor i arbetslivet. Detta kan uppnås genom en kombination av:

- förbättring av arbetsorganisationen och arbetsmiljön
- främjande av aktiv medverkan
- uppmuntran till personlig utveckling<sup>54</sup>

Denna helhetssyn innehåller så mycket mer än att bara svara upp mot lagstadgade krav på rehabilitering och arbetsmiljö. Det handlar om att skapa förutsättningar för hälsa och välbefinnande genom förbättring av arbetsorganisation, arbetsmiljö och stöd till människans egen utveckling. Det viktiga är att företagen för in nya sätt att tänka och nya metoder för att utveckla det traditionella arbetsmiljöarbetet. Företagets arbete med hälsofrämjande innebär att ta

---

<sup>51</sup> Lisspers, J & Setterlind, S. (2004) "Trying to understand the sick leave "epidemic" in Sweden"

<sup>52</sup> Andersson, G., Johren, A. & Malmgren, S. (2004) *Effektiv friskvård Lönsammare företag*

<sup>53</sup> Ljusenius, T & Rydqvist L-G. (1999) *Friskt ledarskap*

<sup>54</sup> Menckel, E & Österblom, L. (2000) *Hälsofrämjande processer på arbetsplatsen*, s. 145

fram olika faktorer som ska bidra till att de anställdas hälsa förbättras. Detta leder i sin tur till att företaget ökar sin lönsamhet och konkurrenskraft.<sup>55</sup>

### **3.4.2 Friskfaktorer**

I Abrahamsson et al (2003) redogörs Söderlunds studie som bör betraktas som ett första steg i sökandet efter friskfaktorer. Pilotstudien omfattar sju företag och det är totalt 232 personer som har besvarat enkäter och/eller intervjuats. Söderlund förklarar att företagen måste förstå att friskfaktorer inte bara leder till att företagen främjar individens fysiska och psykiska hälsa utan också företagets konkurrenskraft och lönsamhet.<sup>56</sup> Studien visar att det finns friskfaktorer inom olika delar av ett företag. Dessa delar Söderlund in i följande fyra grupper:

#### *3.4.2.1 Friskfaktorer i organisationen*

Ledarskapet är en viktig friskfaktor. Vad som utmärker en god ledare kan vi människor ha olika åsikter om, men vissa egenskaper nämns mer frekvent än andra. En ledare ska vara lyhörda, ha förståelse för de anställdas arbetssituation och vara synliga och närvarande i det dagliga arbetet. Det är också viktigt att ledaren kan kommunicera med de anställda på ett bra sätt.<sup>57</sup> Detta togs också upp på ett seminarium på Central sjukhuset i Kristianstad med temat ”Hållbar arbetshälsa för alla - konsten att kunna och vilja arbeta ett helt yrkesliv”. Här säger överläkaren och docenten Pär Gärdsell att cheferna är viktiga för hälsan och därför bör företagen lägga stor omsorg på vilka chefer som finns i företaget. Det är viktigt att chefer och ledare vågar föra ett samtal med de anställda. Viktigt är också att de anställda känner uppskattning från arbetsgivaren.

#### *3.4.2.2 Friskfaktorer i arbetsuppgiften*

Friskfaktorer i arbetsuppgiften innebär att de anställda har möjlighet till delaktighet, påverkan och eget ansvar när det gäller såväl arbetets form som dess innehåll. Företagen måste se till att arbetsuppgifterna är varierande och omväxlande, med möjlighet till kontinuerlig utveckling och nya utmaningar där erfarenheter och kunskaper tas till vara. De anställda måste känna meningsfullhet och stolthet över det arbete som de utför.

#### *3.4.2.3 Friskfaktorer i arbetsgruppen*

Söderlund framhåller vidare att företagen bör sträva efter att de anställda ska trivas ihop och att man inom företaget har en rak och ärlig kommunikation inom gruppen. En förutsättning för detta är att de anställda ska prata med varandra och inte om varandra.

#### *3.4.2.4 Friskfaktorer i livsmiljön*

Dessa berör framförallt relationer, hälsa, fritid och ekonomi. De flesta av dessa faktorer kan inte företagen påverka i någon större utsträckning.

---

<sup>55</sup> Andersson, G., Jöhren, A. & Malmgren, S. (2004) *Effektiv friskvård Lönsammare företag*

<sup>56</sup> Abrahamsson, K., Bradley, G., Brytting, T., Eriksson, T., Forslin, J., Miller, M., Söderlund, B., & Trollestad, C. (2003). *Friskfaktorer i arbetslivet*

<sup>57</sup> ibid

Resultatet av Birgitta Söderlunds pilotstudie visar att de starkaste friskfaktorerna är kopplade till mentalt välbefinnande, framtidstro och känsla av sammanhang (KASAM). KASAM består av tre komponenter. Dessa är känsla av begriplighet, känsla av hanterbarhet och känsla av meningsfullhet. KASAM är enligt Antonovsky (1991) det som har betydelse för hur vi som människor klarar psykiska och fysiska påfrestningar. Antonovsky menar att KASAM skyddar människor från att bli sjuka och gynnar en hälsosam utveckling. Mentalt välbefinnande, framtidstro och känsla av sammanhang (KASAM) ger de anställda energi, drivkraft, vilja och entusiasm att prestera bra och bidra till lönsamhet i företaget. Det är viktigt att arbetsplatsen har rimligt ställda krav på de anställda för att uppnå långsiktig lönsamhet och uthållig prestationsförmåga.<sup>58</sup>

### 3.4.3 Hälsans betydelse

*”Rörelse är så högt nödig för Människan, att den förutan kan icke hälsan bestå.”*<sup>59</sup> I Abrahamsson et al (2003) refererar man till hälsostrategen Boo Östberg som menar att den fysiska hälsan utgör ett grundfundament för att orka och fungera socialt i samarbetet kring produktiva processer på arbetsplatsen. Hälsan begränsar tyvärr många anställdas prestationsförmåga i arbetet. Denna begränsning har sin förklaring i att många anställda lider av en brist på motion och rörelse. Till exempel har en otränad person med dålig kondition mindre maximal syreupptagningsförmåga än en tränad person. Detta utgör en begränsning på personens arbetskapacitet. Det är ofta enkelt att förbättra den fysiska arbetsförmågan så att den inte utgör någon begränsning. Med regelbunden motion i någon form (gymnastik, löpning, promenader etc.) kan den otränade personen öka sin kondition och därmed också sin arbetskapacitet. På ett seminarium med temat ”Hållbar arbetshälsa för alla - konsten att kunna och vilja arbeta ett helt yrkesliv” hävdar Pär Gärdsell vidare att ohälsan i Sverige aldrig kan lösas med mer sjukvård och mer piller. Han anser att primärvården, skolor, idrottsrörelsen och andra goda krafter måste samarbeta för att få alla att röra sig. Först då kan antalet sjukskrivningar minska enligt Gärdsell.

För företagen borde det vara lika självklart att underhålla sin personal som att underhålla sina maskiner. Personalen ska ses som en tillgång. Ett sådant synsätt ökar möjligheterna till att personalen gör ett bättre jobb och att sjukfrånvaron hålls nere. Självklart är inte alla hälso- och friskvårdsinvesteringarna lönsamma. Företagen har en beslutsregel. Med denna regel menas att företag ska satsa på lönsamma investeringar och avstå från de övriga. Alltså investeringar som gör att företagen får tillbaka mer än vad de satsat. Att garantera att en hälsoinvestering blir lönsam är omöjligt även om företagen har de bästa förberedelser, förutsättningar och referenser.<sup>60</sup> Detta gäller även för andra investeringar.

Om hälsoinvesteringen ska ge något resultat så är det en förutsättning att de anställda deltar aktivt i aktiviteterna<sup>61</sup>.

---

<sup>58</sup> ibid

<sup>59</sup> Andersson, G., Johren, A. & Malmgren, S. (2004). *Effektiv friskvård Lönsammare företag*, s. 3

<sup>60</sup> Andersson G., Johren, A. & Malmgren, S. (2004). *Effektiv friskvård Lönsammare företag*

<sup>61</sup> ibid

*”Hälsosatsningen ska bildligt talat lära de anställda att simma och inte primärt rädda dem från att drunkna.”<sup>62</sup>*

Med detta menas att de anställda tar ett eget ansvar och fattar ett eget beslut att de ska förändra sina levnadsvanor och sin livsstil för att främja hälsan. Hälsoinvesteringen innebär att företagen ska skapa bättre förutsättningar och möjligheter för dess anställda att ta detta beslut och verkligen genomföra dessa förändringar.<sup>63</sup>

### 3.5 Investeringsbedömning

Investering är ett beslut som medför konsekvenser i framtiden. Ett investeringsbeslut innebär att företagen väljer om de ska investera samt i vilket investeringsalternativ. En rimlig utgångspunkt vid investeringsbeslut är att investeringen ska bli lönsam och skapa konkurrensfördelar. Investeringar kan avse förändringar av reala-, finansiell- eller immateriell tillgångar. Immateriella investeringar har fått större betydelse och utgör idag nästan hälften av alla investeringar i svenska företag.<sup>64</sup>

Problem vid investeringsbeslut som ett företag kan ställas inför kan generellt delas in i två huvudgrupper. Den första handlar om att på bästa sätt utnyttja befintliga resurser. I vår undersökning anser vi att de anställda på företagen utgör befintliga resurser och dessa bör utnyttjas på bästa sätt så att effektiviteten uppnås. Den andra huvudgruppen innefattar förändringar i resursstrukturen i företaget. Exempel på detta kan vara att en ökad efterfrågan leder till att tillverkningskapaciteten måste ökas eller produktförändringar som kräver anskaffning av ny tillverkningsutrustning. Denna kategori kommer vi inte att belysa närmare i vår undersökning.<sup>65</sup>

Investeringar klassificeras ofta efter syfte eller typ av problem som investeringen löser i företaget. Problem eller brist på överensstämmelse i företaget beror på att olika händelser inträffar eller förväntas att inträffa inom företaget eller i dess omvärld. Bakgrunden till vårt problem är de ständigt ökade sjukfrånvarokostnaderna och effekterna de får för arbetstagare och arbetsgivare. I och med den nya lagstiftningen om särskild sjukförsäkringsavgift kan vissa företag drabbas hårdare än andra. För att möta denna externa förändring kan det vara en lönsam investering att försöka minska sjukfrånvaron och kostnaderna som denna medför.

---

<sup>62</sup> Ljusenius, T & Rydqvist, L-G (1999). *Friskt ledarskap*, s. 64

<sup>63</sup> ibid

<sup>64</sup> Andersson, G. (2001). *Kalkyler som beslutsunderlag*

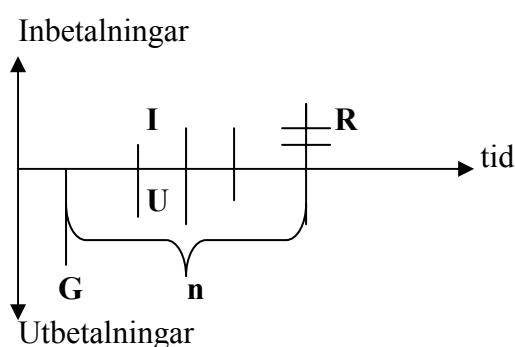
<sup>65</sup> Persson, I. & Nilsson, S-Å. (1999) *Investeringsbedömning*

### 3.5.1 Immateriella investeringar

Till immateriella investeringar hör bland annat investeringar i humankapital, forskning och utveckling samt kompetensutveckling och utbildning<sup>66</sup>. Vi behandlar i detta arbete hälsoinvesteringar för personalen, vilket kan ses som en investering i humankapital.

### 3.5.2 Investeringsförlopp

Investeringsförlopp innebär ofta en stor initialsatsning med åtföljande utbetalning i form av en grundinvestering och därefter följer successiva in- och utbetalningar. Inbetalningar avser oftast ersättning för de prestationer som skett med hjälp av investeringen, medan utbetalningarna ofta består av löpande utgifter i form av drift, underhåll och reparationer som investeringen kräver.<sup>67</sup>



Figur 3.1: Modell över investeringsförlopp. Källa: Andersson (2001)

**G** = Grundinvestering; samtliga utbetalningar av engångskaraktär som uppstår vid starten. Vid realinvesteringar kan grundinvesteringen utgöras av exempelvis inköp av byggnad eller maskin, planeringsarbeten och utbildning.<sup>68</sup> I vårt fall kan man tänka sig att grundinvesteringen kan utgöra upprättandet av ett gym till personalen, utbildning eller startavgift för hälsoprojekt.

**I** = Avser de löpande inbetalningarna per år. Vanliga inbetalningsposter kan vara ökning av försäljningsintäkter och kostnadsreduceringar.<sup>69</sup> Inbetalningarna som förväntas bli resultatet av vår investering är den kostnadsbesparing man har gjort i form av minskad sjukfrånvaro.

**U** = Avser de löpande utbetalningarna per år. Exempel på vanliga utbetalningsposter är kostnader för material och lön samt kostnad för reparation och underhåll. Löpande utbetalningar av hälsoinvesteringen kan tänkas vara subvention av träningskort, massage, lön till friskvårdskonsulent och kostrådgivning.

**R** = Restvärde ses som den inbetalning som kan erhållas vid den ekonomiska livslängdens slut. Restvärdet kan uppskattas till antingen positivt och negativt.<sup>70</sup> Restvärdet i vår undersökning går

<sup>66</sup> ibid

<sup>67</sup> Andersson, G. (2001). *Kalkyler som beslutsunderlag*

<sup>68</sup> Ljung, B., & Högberg, O. (1996). *Investeringsbedömning – en introduktion*

<sup>69</sup> ibid

<sup>70</sup> Andersson, G (2001). *Kalkyler som beslutsunderlag*

inte att mäta i siffror utan består endast av uppskattningar. En uppskattning av restvärdet efter en hälsoinvestering skulle kunna vara att personalens hälsotänkande blir en del av deras vardag. Detta kan också på sikt öka företagets strukturkapital.

$n$ = Den ekonomiska livslängden betecknar den tid det är ekonomiskt riktigt att använda investeringen. I vårt fall skulle den ekonomiska livslängden kunna jämföras med den tid kontraktet löper mellan företag och hälsokonsulenter.

$t_0$ = Tidpunkten för investeringen.

### 3.5.3 Kalkylmodell

Vid valet av kalkylmodell har vi utgått från payback metoden. Med denna metod kan man beräkna hur snabbt investeringen blir betald utifrån det årliga inbetalningsöverskotten.<sup>71</sup> Med kalkylmodellen vill vi se om investeringen är kostnadsbesparande som ett resultat av årliga inbetalningsöverskott. Genom att använda payback metoden som utgångspunkt för vår undersökning kan vi räkna ut återbetalningstiden för hälsoinvesteringen. Payback tiden beräknas genom att grundinvesteringen (G) divideras med inbetalningsöverskottet (A)<sup>72</sup>.

Vi valde att ta utgångspunkt i payback metoden eftersom denna är mest förekommande i praktiken och enkel att applicera. Nackdelar med denna metod är att den inte tar hänsyn till kalkylräntan och inte till inbetalningsöverskott efter payback tidens slut.<sup>73</sup> Enligt Ljung & Högberg (1996) så fastställs kalkylräntan i praktiken mer eller mindre schablonmässigt. Vid sociala investeringar sätts vanligen kalkylräntan väldigt lågt och ibland till noll procent. Vi väljer därför att inte ta hänsyn till kalkylräntan i vår metod.

För beräkning av vår lönsamhetskalkyl måste vi sammankoppla företagets totala kostnader för sjukfrånvaro per år och deras totala utgifter för hälsoinvesteringar per år (U). För att erhålla inbetalningen (I) beräknas differensen av den totala sjukfrånvarokostnaden mellan de undersökta åren.

$A = I - U = \text{Årligt inbetalningsöverskott,}$ $= \text{Minskad sjukfrånvarokostnad} - \text{Löpande kostnader för hälsoinvestering}$
---

Figur 3.2: Lönsamhetskalkyl

## 3.6 Kapitelsammanfattning

I detta kapitel har vi behandlat olika begrepp, modeller och teorier som berör kostnader för sjukfrånvaron och hälsoinvesteringar. Vi inledde kapitlet med en redogörelse av faktorer som kan påverka sjukfrånvaron. Vidare har vi utifrån vår teoretiska referensram sammankopplat

<sup>71</sup> www.expowera.com

<sup>72</sup> Persson, I. & Nilsson, S-Å (1999). *Investeringsbedömning*

<sup>73</sup> ibid



modellerna kvarvarande kostnader och merkostnader för att få den totala kostnaden för sjukfrånvaron i företaget.

Kapitlet fortsatte med en beskrivning av hälsans betydelse i företaget och vilka faktorer som påverkar denna resurs. Kapitlet avslutades med investeringsbedömning och lämplig modell för beräkning av payback tid. För att kunna göra en lönsamhetskalkyl av investeringen har vi slutligen knytet samman den totala kostnaden för sjukfrånvaron med utgiften för företagets hälsoinvestering.

## 4. Empirisk metod

---

*I Inledningen av kapitlet redogör vi för den empiriska metoden. Vidare behandlas de två kriterierna validitet och reliabilitet vilka avgör uppsatsens giltighet.*

---

### 4.1 Empirisk undersökning

Vi använder oss av en kvalitativ metod för datainsamling. Karakteristiskt för denna är att man inriktar sig mer på hur individen tolkar och formar sin verklighet. Vi kommer att undersöka ett fåtal fall där vi försöker förstå fenomenet hälsoinvesteringar på djupet. Vid kvalitativa fallstudier görs datainsamlingen i stor utsträckning genom intervjuer, observationer och enkäter.<sup>74</sup>

Datainsamlingen genomförs genom personliga intervjuer med tre företag. Vi anser att intervjuer tillgodoser vårt informationsbehov på bästa sätt eftersom en del av våra frågor kan uppfattas som komplexa och vid en intervju har vi chans att förklara dem. Nackdelen med intervju är intervju-effekten vilket innebär att intervjuaren påverkar respondenten att svara på ett visst sätt. Detta kan ske genom att frågan formuleras på ett visst sätt eller på intervjuarens tonfall. Vi uteslöt alternativet med enkäter, eftersom vi ville undersöka ett fåtal fall på djupet. Enkäter medför också nackdelar som lägre svarsfrekvens, liten möjlighet att förklara oklarheter och ingen möjlighet till följdfrågor.<sup>75</sup>

Vi har valt att använda den semistandardiserade intervjuformen. Denna innebär att vi på förhand bestämt vissa frågor och sedan försöker utveckla svaren med eventuella följdfrågor.<sup>76</sup> Detta är ett mellanting mellan standardiserade och ostrukturerade intervjuer. Valet av denna intervjumetod grundade sig på att detta var det bästa sättet för oss att täcka vårt informationsbehov. Vissa frågor i intervjun har exakta svar, medan merparten istället syftar till att få respondenterna att tala fritt kring ett antal tema. En annan anledning med valet av öppna frågor var att det är svårt för företagen att ge exakta svar, eftersom det bara finns indikationer och inga exakta mätverktyg för företagen.

Vi har valt att intervjua tre företag inom olika branscher. Intervjuerna genomfördes på företagen med respektive personalchef. En vecka innan intervjun skickade vi via mail ut intervjuformuläret. Intervjun med respondenten genomfördes tillsammans av gruppens medlemmar och uppgick till cirka en timme med respektive företag. Vissa av frågorna i intervjun krävde i efterhand kompletterande information, denna information erhöles via mail och telefonkontakt.

Vi valde att intervjua företag i olika branscher för att vi hade kännedom om att sjukfrånvaron var olika förekommande i respektive bransch. Med detta ville vi undvika att undersökningen skulle

---

<sup>74</sup> Lundahl, U. & Skäravad, P-H. (1999). *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer*

<sup>75</sup> Christensen L., Andersson N., Carlsson C. & Haglund L. (2001). *Marknadsundersökning- en handbok*

<sup>76</sup> Lundahl, U. & Skäravad, P-H. (1999). *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer*

visa på ett alltför situationsspecifikt resultat. Valet föll på ett tjänsteföretag, ett producerande företag och ett sjukhus inom den offentliga sektorn. Tjänsteföretaget valde vi då vi läste om deras hälsoinvesteringar i en artikel, medan det producerande företaget föll slumpmässigt eftersom det ligger i närheten och på grund av detta lämpar sig för en personlig intervju. Genom kontakter på ett sjukhus i Skåne fick vi mycket information och de visade intresse för vår undersökning, vilket resulterade till fortsatt samarbete. Vid valet av företag i respektive bransch tog vi hänsyn till att det skulle vara företag som bedrev hälsofrämjande åtgärder för de anställda. Detta gjordes för att vi skulle kunna studera eventuella förändringsförlopp. Information om att företagen bedrev hälsoinvesteringar fick vi på företagens respektive hemsidor, dagspress och vid personlig kontakt med företagen.

## 4.2 Uppsatsens giltighet

För att en uppsats ska skapa mervärde gäller det att respondenterna som intervjuas är sanningsenliga och att teorin är väsentlig och relevant utifrån undersökningens syfte. Uppsatsens giltighet kan bedömas utifrån två kriterier. Dessa är validitet och reliabilitet.<sup>77</sup>

### 4.2.1 Validitet

Med inre validitet menas att forskaren mäter det han eller hon avser att mäta med undersökningen. Det är viktigt för forskaren att ställa rätt frågor i enkäten eller intervjun, för att den inre validiteten ska bli god. Enligt Merriam (1994) måste validiteten bedömas genom tolkningar av forskarens erfarenheter och därför genomfördes våra intervjuer i ett sent stadium av undersökningen. Vid bedömning av validitet ska man tänka på att informationen inte talar för sig själv, det finns alltid en översättare eller uttolkare. Frågan om inre validitet kan enligt Merriam (1994) lösas bland annat genom att man ber kolleger kommentera de resultat man fått samt att man klargör sina värderingar och teoretiska utgångspunkter. Eftersom vi är en grupp på tre personer har vi diskuterat resultat och värderingar inom gruppen för att säkerställa den inre validiteten. I vår undersökning är en del av informationen antaganden från respondenten och möjligheten att bedöma sanningshalten i dessa är begränsad.

Yttre validitet innefattar hur generaliserbara resultaten är i undersökningen.<sup>78</sup> I vår undersökning har vi svårighet med att bedöma generaliserbarheten eftersom vi endast undersöker tre företag som är verksamma i olika branscher. För att öka generaliserbarheten bör man undersöka en mängd olika företag inom samma bransch. Konsekvenserna av detta blir att vi har svårt att mäta den yttre validiteten.

### 4.2.2 Reliabilitet

Reliabilitet avser frånvaron av slumpmässiga mätfel. God reliabilitet kännetecknas av att mätningen inte påverkas av personen som gör mätningen eller under vilka förhållanden som mätningen sker. Med detta menas att en helt annan person skulle kunna ställa samma frågor och

---

<sup>77</sup> ibid

<sup>78</sup> Merriam, S-B (1994). *Fallstudien som forskningsmetod*

få samma svar.<sup>79</sup> Enligt Merriam (1994) är låg reliabilitet typisk för kvalitativa fallstudier. Detta är också fallet med vår undersökning eftersom viss data bygger mycket på antaganden som gjorts med respondenten. Genom att vi gemensamt genomför intervjuerna minskar vi risken för att respondenten ska bli påverkad av en viss person. I vår intervju används både teknisk utrustning som bandspelare och människor som instrument. Eftersom intervjuerna är bandade ökar detta reliabiliteten något.

### 4.3 Kapitelsammanfattning

I detta kapitel har vi redogjort för den empiriska metoden. Vi använder oss av kvalitativ metod för datainsamling som inriktar sig på hur individen tolkar och formar sin verklighet.

Datainsamlingen har gjorts genom semistrukturerade intervjuer med tre företag i olika branscher. Den inre validiteten har vi säkerställt genom att gruppen diskuterat resultat och värderingar. Vi har svårigheter att bedöma den yttre validiteten eftersom vi endast undersöker tre företag och därmed minskar generaliserbarheten. I kvalitativa undersökningar är reliabiliteten ofta låg och så är också fallet i denna undersökning.

---

<sup>79</sup> Saunders M., Lewis P. & Thornhill A. (2003). *Research Methods for Business Students*

## **5. Sjukkostnader och hälsoinvesteringar i tre olika företag**

---

*Vi kommer i detta kapitel att presentera resultatet av intervjuerna samt beräkningar som gjorts för att besvara uppsatsens problemställning. Vidare kommer resultatet av intervjuerna att analyseras utifrån vår teoretiska referensram.*

---

### 5.1 Inledning

Undersökningens syfte är att belysa företagets totala sjukfrånvarokostnader och om hälsoinvesteringar är kostnadsbesparande i form av minskad sjukfrånvaro. För att kunna undersöka om det är hälsoinvesteringarna som givit effekter mellan 2001 och 2003 måste vi också ta hänsyn till andra faktorer som kan ha påverkat sjukfrånvaron under denna period. Utifrån ovanstående syfte har vi analyserat företagen var för sig. Analysen av företagen bygger på de fyra huvudområden som presenterats i teorikapitlet. För att göra uppsatsens text flytande och undvika upprepningar har vi valt att endast redovisa uträkningar och tabeller för tjänsteföretaget i den löpande texten. För de andra företagen finns motsvarande tabeller i bilagor. Tjänsteföretaget var det enda företag som kunde erbjuda oss information för att tillämpa payback metoden. Detta företag visade sig ha väldigt stor andel långtidsfrånvarande och därför valde vi att beräkna vad den nya lagen om särskild sjukförsäkringsavgift skulle innebära för företaget. Våra beräkningar i tabellerna är utformade i Excel och för att göra dem mer lättöverskådliga har vi avrundat till närmsta heltal, vilket medför avrundningsfel i tabellerna. Vi räknar med en arbetstid på 47 veckor per år och anställd för respektive företag, samt att alla anställda arbetar heltid.

### 5.2 Tjänsteföretaget

Tjänsteföretaget som vi undersökte har cirka 1900 anställda. Sedan 2002 bedrivs ett systematiskt hälsoarbete i företaget. Sjukfrånvaron har minskat de senare åren och mätningar på medarbetarna visar att personalen känner sig mer tillfredsställd.

Den totala sjukfrånvaron 2001 låg på 12 procent, medan motsvarande siffra 2003 hade sjunkit till 10 procent. På företaget är det långtidsfrånvaron som dominerar och den har legat på en konstant nivå på 8,5 procent över de båda åren. Resterande procentenheter upp till totala sjukfrånvaron utgörs således av korttidsfrånvaron för respektive år. Respondenten anser att de har problem med sjukfrånvaron och att den är alldeles för hög. Orsaker till den höga sjukfrånvaron tror respondenten beror på att företaget befinner sig i en av de mest konkurrensutsatta marknaderna, vilket medför stora krav på personalen.

*”Vi har jobbat mycket med att få ner korttidsfrånvaron, det är den som är mest kostsam, många yngre tror inte att det kostar något för företaget när de är borta.”*

Det är framför allt den yngre styrkan som står för korttidsfrånvaron medan de äldre är mer representativa för den långa. Sjukfrånvaron har gått ner sedan företaget gjorde en omfattande

hälsoinvestering på personalen 2002. Respondenten menar att hälsosatsningarna troligtvis har en betydande effekt på denna minskning.

Medelåldern i företaget är hög. Den ligger på mellan 45-48 år och är konstant över åren. Andelen kvinnor i företaget är cirka 80 procent och även denna har varit lika över åren.

Personalomsättningen ligger på 2 procent men skiljer sig mellan olika yrkesgrupper. Den yngre delen av personalen är rörligare eftersom många tar tillfälliga arbete.

Ingen av medarbetarna på företaget har fysiska arbetsuppgifter, så sjukskrivning på grund av förslitning är försumbar. Den största anledningen till långtidsfrånvaron är troligen stressrelaterad.

Företaget bedriver omfattande hälsoinvesteringar för personalen. 2002 började företaget utveckla personliga hälsoprogram för de anställda som genomförs med en extern leverantör. Kondition, vikt och blodtryck testades och tillsammans med en hälsoinstruktör sattes individuella mål upp. Sex månader senare följde ett uppföljningssamtal. Hela koncernen erbjuder förutom det personliga hälsoprogrammet även friskvårdspeng till de anställda. Friskvårdspengen inkluderar subvention till träningskort, massage och liknande.

*”Ledarna har ansvaret att driva hälsoarbetet, till sin hjälp har de utsedda hälsoinspiratörer.”*

Företaget bedriver en form av nätverk för utsedda hälsoinspiratörer på varje arbetsplats, en controller är utsedd för att hålla samman nätverket. Controllern har även ansvar för hälsoboksluten som för tillfället har genomförts på en ort men med mål att det även ska utföras på övriga arbetsplatser.

*”Vissa är soffpotatisar och det är tufft att jobba med dem. Men då ska hälsoinspiratörerna pusha på och ge inspiration.”*

Respondenten anser att deltagandet av hälsoförmånerna är relativt högt, 75 procent utnyttjar massagen. 2003 utnyttjade cirka 50 procent av medarbetarna friskvårdspeng för träningskort, vilket innebar en ökning från 2001 med 20 procentenheter.

Vid sjukfrånvaro ersätts inte frånvarande med vikarie förrän efter två till tre veckor. Det är ganska ovanligt att frånvarande ersätts med övertid dock kan hög frånvaro medföra övertid i administrationsavdelningen. Sjukfrånvaron medför upplärningstid för en ersättare som kan uppskattas till cirka 4 veckor.

För 2005 planeras ett stort samarbete med en extern konsult för att kunna följa upp de ekonomiska aspekterna av hälsosatsningarna. Företaget ska bland annat kunna undersöka vad en minskning på en halv procent på sjukfrånvaron kan ge för kostnadsbesparing. Vidare ska payback tiden för hälsoinvesteringen kunna räknas ut.

### 5.3 Kostnadsberäkning för tjänsteföretaget

- Enligt semesterersättningslagen är semesterersättningen 12 procent och därför väljer vi att använda oss av denna procentsats. Procentsatsen för arbetsgivaravgiften varierar mellan åren. Vi antar förenklat en procentsats på 35 procent i vår undersökning.
- Som merkostnad räknas kostnader för vikarie, kvalitetsförändring och administrativa kostnader.
- Procentsatsen för kringkostnaden är svår att uppskatta, men efter intervju med respondenten och diskussion inom gruppen antar vi en kringkostnad på 60 procent av summa lönekostnad.
- Vi antar att genomsnittslängden på korttidsfrånvaron är 8 dagar. Detta antagande grundar vi på uppgifter från Jönsson, Ljungdahl & Nilsson (2003) eftersom uppgift om detta inte går att hitta på annat sätt.
- Arbetstiden är 40 timmar/veckan, vilket innebär 8 timmar/dag.

#### 5.3.1 År 2001

- 2001 hade företaget 2 500 anställda och detta ger en total arbetstid på 4 700 000 timmar.
- Företaget hade detta år en sjukfrånvaro på 12 procent. Detta ger 564 000 sjukfrånvarotimmar. Långtidsfrånvaron står för 70 procent av den totala frånvaro, vilket ger 394 800 frånvarotimmar. Korttidsfrånvaro blir 169 200 timmar och detta ger 2 644 (169 200h/(8dagar\*8h)) korttidsfrånvarotillfälle.  
Frånvarotimmar dag 1: 21 152 (2 644\*8h)  
Frånvarotimmar dag 2-21: 148 048  
Frånvarotimmar dag 22-: 394 800
- Genomsnittslönen, baserad på grundlönen i företaget är 103 kr i timmen.

#### 5.3.2 År 2003

- 2003 hade företaget 1 900 anställda. Detta ger en total arbetstid på 3 572 000 timmar.
- Sjukfrånvaron låg detta år på 10 procent, vilket innebär 357 200 sjukfrånvarotimmar. Långtidsfrånvaron är 85 procent av den totala sjukfrånvaron. Detta ger 303 620 långtidsfrånvarotimmar och 53 580 korttidsfrånvarotimmar, vilket ger 837 (53 580/(8dagar\*8h)) korttidsfrånvarotillfälle  
Frånvarotimmar dag 1: 6 696 (837\*8h)  
Frånvarotimmar dag 2-21: 46 884  
Frånvarotimmar dag 22-: 303 620
- Genomsnittslönen i företaget är 110 kr i timmen.

För att kunna beräkna den kvarvarande kostnaden för sjukfrånvaron måste tjänsteföretagets närvarokostnad beräknas. Denna kostnad framgår av tabellen nedan.

Tabell 5.1: Genomsnittlig närvarokostnad per anställd (kr/h)

	2001	2003
Lön	103	110
Semesterlön	12	13
Arbetsgivaravgifter	40	43
<b>Summa lönekostnad</b>	<b>155</b>	<b>166</b>
Kringkostnad	93	100
<b>Summa arbetskraftskostnader</b>	<b>248</b>	<b>266</b>

Tabell 5.1 visar att varje genomsnittlig närvarotimme per anställd i tjänsteföretaget kostade 248 kr år 2001 och 266 kr 2003. Utifrån detta kan vi sedan beräkna de kvarvarande kostnaderna som grundar sig på bestämmelserna som tidigare tagits upp i teorikapitlet.

Tabell 5.2: Genomsnittlig kvarvarande kostnad (kr)

	2001			2003		
	Dag 1	Dag 2-21	Dag 22-	Dag 1	Dag 2-21	Dag 22-
Sjuklön	0	82	0	0	88	0
Semesterlön	12	12	12	13	13	13
Arbetsgivaravgifter	4	33	4	5	35	5
<b>Summa lönekostnad</b>	<b>16</b>	<b>127</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>136</b>	<b>18</b>
Kringkostnad	93	93	0	100	100	0
<b>Summa arbetskraftskostnader</b>	<b>109</b>	<b>220</b>	<b>16</b>	<b>118</b>	<b>236</b>	<b>18</b>
<b>Total kvarvarande kostnad</b>	<b>2 329 419</b>	<b>32 773 030</b>	<b>6 587 633</b>	<b>787 530</b>	<b>11 083 940</b>	<b>5 410 508</b>

Under den första frånvarodagen har företaget endast lönekostnad för semesterersättning och arbetsgivaravgifter. Till skillnad från de andra undersökta företagen tar tjänsteföretaget inte in vikarie förrän dag 22. Detta innebär att kringkostnaden måste belasta den frånvarande även dag 2-21. Från dag 22 och framåt tar sedan vikarien över kringkostnaden. Den totala kvarvarande kostnaden beräknar vi genom att ta antalet frånvarotimmar för perioden \* summa arbetskostnader för perioden. För fördelning av de kvarvarande kostnaderna på respektive post hänvisas till bilaga 3 tabell 1. För att få den totala sjukfrånvarokostnaden måste merkostnaden beräknas. Dessa beräkningar bygger till stor del på uppskattningar som gjorts efter intervju med respondenten.

Tabell 5.3: Merkostnader per år (kr)

	2001	2003
Kostnad för ersättning av frånvaro	661 878	537 214
Produktionsförändring	ej redovisade	ej redovisade
Kvalitetsförändring	467 500	379 335
Ökad administration	205 883	69 605
<b>Summa merkostnader</b>	<b>1 335 261</b>	<b>986 154</b>

Respondenten menar att upplärningstiden för en ny vikarie är cirka 4 veckor (160 tim). Vi antar att företaget lär upp nya vikarier på grund av sjukfrånvaro som motsvarar 1 procent av de



anställda. Detta innebär 25 vikarier 2001 och 19 vikarier 2003. Per anställd vikarie beräknar vi en rekryteringstid på 10 timmar som går åt för annonsering och intervjuer ( $25 \cdot 10 \cdot 155 \text{kr/h}$ ). Företaget ansåg inte att de har några kostnader för produktionsförändring. Kvalitetsförändring i företaget resulterar i förlorade kunder vilket kan härledas till bristande kundkontakt som sjukfrånvaron medför. I likhet med Liukkonen (1994) beräknar vi kvalitetsförändringar med en viss del av den sammanlagda årslönen för samtliga anställda. Vi uppskattar att 0,1 procent av den totala årslönen utgör kvalitetsförändring som kan hänföras till sjukfrånvaron. Till detta tillkommer den administrativa kostnaden för den sjukfrånvarande, vilket vi antar är 30 minuter per frånvarotillfälle ( $(30/60) \cdot 2644 \cdot 155 \text{kr/h}$ ).

Genom att summera kvarvarande kostnader och merkostnader får vi fram de totala kostnaderna för sjukfrånvaron. För att kunna jämföra kostnaderna över åren och mellan företagen har vi beräknat kostnaden per anställd.

Tabell 5.4: Total kostnad per år (kr)

	2001	2 003
Total kostnad för sjukfrånvaron	43 025 343	18 268 132
Kostnad per anställd/år	17 210	9 615

För att se om samband finns mellan hälsoinvestering och förändrad sjukfrånvaro har vi beräknat totala hälsoinvesteringar i företaget och hälsoinvesteringar per anställd. Detta kan utläsas i tabell 5.5 nedan.

Tabell 5.5: Hälsoinvestering per år (kr)

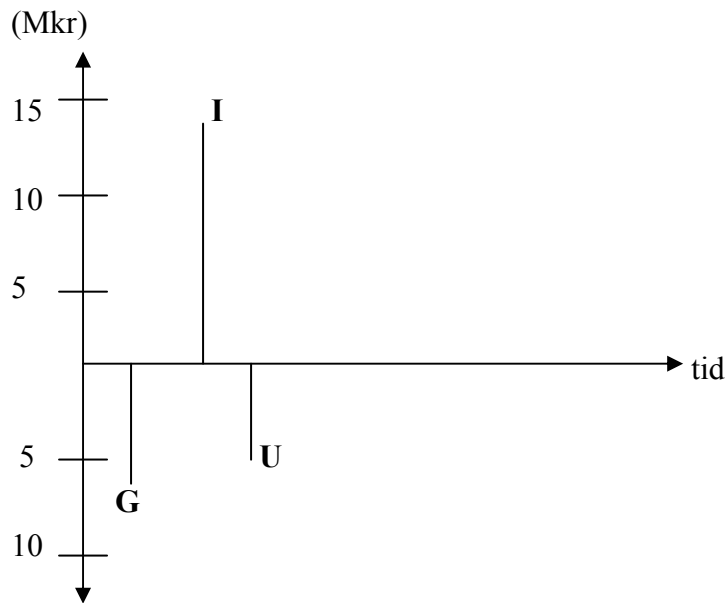
	2001	2003
Total kostnad hälsoinvestering	2 775 000	4 963 750
Hälsoinvestering per anställd/år	1 110	2 613

### 5.3.3 Analys av hälsoinvesteringarnas påverkan i tjänsteföretaget

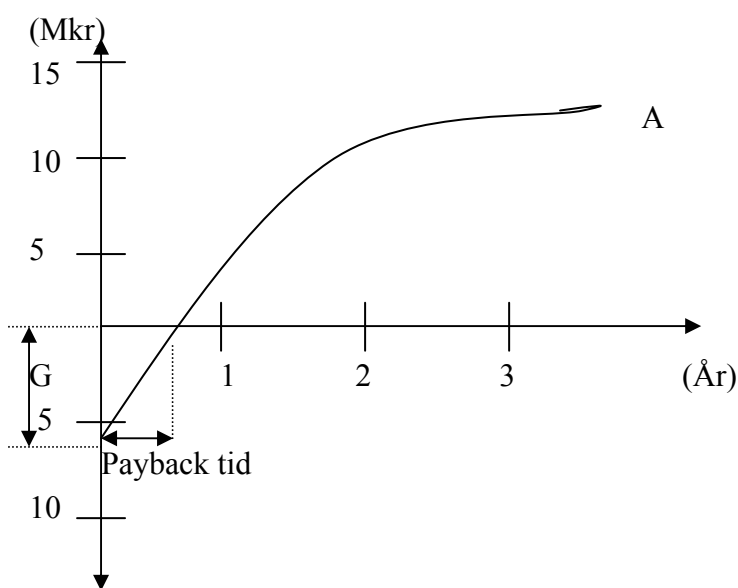
Företaget kunde inte tillhandahålla oss några uppgifter om sina redovisade kostnader för sjukfrånvaron men respondenten upplever att de minskat mellan de undersökta åren. Sjukfrånvarokostnaden har enligt våra beräkningar minskat betydligt mellan de undersökta åren samtidigt som hälsoinvesteringarna ökat. Eftersom företaget började med en omfattande hälsoinvestering 2002 har vi material till att göra jämförelse mellan året innan och året efter investeringen. Genom information från respondenten och egna beräkningar har vi konstruerat en investeringskalkyl som bygger på payback metoden.

Företagets grundinvestering (G) utgörs av satsningen som gjordes 2002 i personligt hälsoprogram för samtliga medarbetare. Denna investering uppgick till 3 000 kr per medarbetare. Inbetalningarna (I) avser här *minskad* sjukfrånvaro kostnad från  $t_0$  som är 2001. I vår modell

räknade vi med 2001 som  $t_0$  trots att grundinvesteringen skedde 2002 detta eftersom kostnaden för sjukfrånvaron 2001 inte inkluderade effekter av grundinvesteringen. Om vi istället hade räknat med 2002 som  $t_0$  hade sjukfrånvaron detta år inkluderat effekterna av grundinvesteringen eftersom den skedde redan i januari detta år. De löpande utbetalningarna (U) utgörs av subvention till massage, träningskort och avgift till hälsokonsulent. I figur 5.1 åskådliggörs investeringsförloppet.



Figur 5.1 Modell över tjänsteföretagets investeringsförlopp.



Figur 5.2 Payback tiden. Källa: Persson, I. & Nilsson, S-Å (1999) s. 83

En grundinvestering på 5,7 miljoner kr ( $1\,900 * 3\,000$ ), medför ett ackumulerat inbetalningsöverskott (A) på närmare 9,5 miljoner kr, ( $I=(17\,210-9\,615)*1900$ ,  $U=4\,963\,750$ ). Återbetalningstiden för denna investering blir 7,2 månader ( $G/A$ ). Payback metoden tar inte hänsyn till inbetalningsöverskott efter payback tidens slut, det vill säga restvärdet. Som ses i figur 5.2 antar vi ett inbetalningsöverskott även efter denna period. Dock antar vi att detta överskott stabiliseras efter ett antal år eftersom sjukfrånvaron inte kan minska i samma omfattning som vid perioden närmast grundinvesteringen. Restvärdet i vår undersökning kan utgöras av en ändrad attityd till hälsa och friskvård och medföra ett ökat hälsotänkande i den anställdes vardag. Detta skulle kunna mätas i ett ökat deltagande i företagets hälsoinvesteringar.

För att undersöka om det är hälsoinvesteringarna som bidragit till den minskade sjukfrånvaron måste vi ta hänsyn till andra omständigheter. Därför undersökte vi andra viktiga faktorer som kan ha orsakat att sjukfrånvaron förändrats mellan åren. I tjänsteföretaget kan vi inte påvisa någon förändring i vare sig könsfördelning, ålder eller den fysiska arbetsmiljön. Vi upplever inte de anställdas psykosociala arbetsmiljö förändrats mellan de undersökta åren. Efter intervjun med respondenten upplever vi att arbetsmiljön ger utrymme till stimulans för den anställde. Företagets hälsoinvesteringar bygger mycket på involverad arbetsledare som kommunicerar frekvent med medarbetarna för att få ett högt deltagande i hälsoaktiviteterna.

Företaget har låg personalomsättning och därmed bättre förutsättning att få effekter av hälsoinvesteringarna eftersom personalen stannar i företaget. Respondenten anser att hälsoinvesteringarna har effekter på den minskade sjukfrånvaron. Mätningar bland medarbetarna har visat att de tack vare hälsoinvesteringar känner sig mer tillfredställda och nöjda med arbetsklimatet. Detta tror vi ökar förutsättningarna att få en kostnadsbesparande hälsoinvestering. Enligt våra beräkningar har sjukfrånvarokostnaden minskat väsentligt i företaget under de undersökta åren. Deltagandet i hälsoaktiviteterna är relativt högt och har ökat med 20 procentenheter från 2001 till 2003. Denna ökning kan bero på utformningen av individuella hälsoprogram, uppföljningen av dessa och högt engagemang från arbetsledningen. Detta i kombination med den låga personalomsättningen tror vi i högsta grad kan ha bidragit till kostnadsbesparingen i form av minskad sjukfrånvaro genom hälsoinvesteringen. Företaget lägger stor vikt på helhetssyn på hälsa vilket är en förutsättning för en långsiktig lönsamhet i investeringen.

#### ***5.3.4 Vad kostar sjukförsäkringsavgiften?***

För att visa effekterna av lagen om särskild sjukförsäkringsavgift har vi gjort ett förenklat exempel på tjänsteföretaget. Detta företag har under längre tid avsatt stora resurser för att minska korttidsfrånvaron eftersom denna upplevdes väldigt kostsam. För tillfället har företaget hög andel långtidsfrånvaro och detta kommer genom den nya lagen innebära ökade kostnader.

Vi har tagit 2003 års siffror och av dessa uppskattat vad företaget skulle ha betalat om lagen trätt i kraft detta år. För att förenkla det hela antar vi att alla långtidsfrånvarande är sjukskrivna på heltid och inte omfattas av övriga undantag. I vår uträkning bortser vi från att den tredje sjuklöneveckan försvinner, vilket egentligen är fallet. Försäkringskassan uppskattar att den tredje sjuklöneveckan kan innebära besparingar på 5 000 kr/anställd<sup>80</sup>. Denna förenkling gör vi eftersom vår undersökning endast baserat den procentuella fördelningen på långtidssjukfrånvaro från 22:a dagen. Hade vi trots allt baserat långtidsfrånvaron från dag 14 och framåt skulle vi varit tvungna att göra grova uppskattningar om ökat antal långtidsfrånvarande. Dessa skulle i sin tur bidra till en ökad särskild sjukförsäkringsavgift och dessa tror vi i viss mån kan kompensera den tredje sjuklöneveckan.

Tabell 5.6: Särskild sjukförsäkringsavgift

Antal sjukfrånv.	Långtidsfrånv. (h)	h/långtidsfrånv	Dag/Långtidsfrånv.	Antal mån/frånv.	Total antal sjukmån
162	303 620	1 880	235	7,8	1 265

Månadslön, kr	Sjukpenning kr/mån	Total sjukpenning, kr	Särskild sjukförs.avg, kr
18 150	14 520	18 369 010	2 755 352

Tabell 5.7: Arbetsgivaravgift (kr)

Arbetsgiv.avg före lag	154 024 640
Arbetsgiv.avg efter lag	152 968 471
Differens	1 056 169

I vårt exempel kan vi se att kostnaderna för sjukfrånvaron kommer att öka på grund av den nya lagen. Fribeloppet medför att företaget inte behöver betala de första 12 000 kr av den särskilda sjukförsäkringsavgiften. Den särskilda sjukförsäkringsavgiften blir således 2 743 352 kr (2 755 352-12 000), vilket innebär en helt ny kostnad för företaget. *Sänkningen* av arbetsgivaravgiften med 0,24 procentenheter medför en inbesparing på 1 056 169 kr. De *ökade* kostnaderna för företaget på grund av den nya lagen blir således 1 687 183 kr (2 743 352-1 056 169). Företaget når inte upp till högkostnadsskyddet.

Eftersom denna lag endast innefattar de anställda som är sjukskrivna på heltid så tror vi att företagen kommer att lägga mer resurser på att få tillbaka de långtidsfrånvarande i arbete, åtminstone på deltid. Respondenten i tjänsteföretaget nämnde också att de kommer bli tvingade att ändra inriktning från att ha satsat mest på korttidsfrånvarande till att lägga större resurser på att få tillbaka de som är långtidsfrånvarande på heltid.

#### 5.4 Tillverkningsföretaget

Det tillverkande företaget som vi undersökte är ett livsmedelsföretag och har cirka 350 anställda. De anställda arbetar tvåskift, vilket innebär 38 timmars arbetsvecka.

<sup>80</sup> [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

Den totala sjukfrånvaron låg 2001 på 12,5 procent, med en lika fördelning mellan kort- och långtidsfrånvaron. År 2003 hade sjukfrånvaron minskat med 2,5 procentenheter och var således 10 procent. Enligt respondenten finns det inget generellt problem med sjukfrånvaron inom företaget. Det största problem som företaget upplever är vid epidemier som till exempel influensa. Respondenten menar på att skillnaden i sjukfrånvaron är obetydlig mellan åren och att minskningen inte direkt kan hänföras till hälsoinvesteringar, utan kan bero på många andra faktorer.

Medelåldern i företaget är relativt låg. 2001 låg den på 28 år, medan 2003 hade den stigit till 30 år. De har nästan inga 40-talister. Andelen kvinnor i företaget är konstant mellan de undersökta åren. Personalomsättningen i företaget anses vara hög, men det ses ändå inte som något större problem. Respondenten menar att personalomsättningen är väldigt åldersbetingad. Flera av de anställda befinner sig i åldersgruppen 18-25 år och i denna ålder är omsättningen hög. Orsaken till detta anses vara att många ungdomar tar tillfälliga arbeten.

Respondenten uppskattar att cirka 10 procent av de anställda har fysiska arbetsuppgifter, där pulsen ökar. Merparten av personalen har dock väldigt monotona arbetsuppgifter. Detta förklarar också varför långtidssjukfrånvaron oftast beror på förslitningsskador. Respondenten anser att ett stort problem i företaget är att de har små möjligheter att anpassa arbetsuppgiften till individens fysiska möjlighet.

*”Vi började med hälsosatsningar redan i början av 70-talet, men dessa har sedan utvecklats.”*

Respondenten anser att de erbjuder de anställda hälsosatsningar med allt från gym till julbord. I början på 90-talet byggdes två träningsrum på anläggningen som personalen kan utnyttja fritt. En gång i veckan besöker företagshälsovården arbetsplatsen och då har personalen möjlighet att besöka dem. Subventionerade besök på badhuset och Friskis & Sveltis erbjuds också. Dock uppskattar respondenten att endast 28 procent av personalen utnyttjar förmånerna.

*”Det måste poängteras att individen har ett egenansvar.”*

Respondenten menar att det ligger mycket på varje individ att ta hand om sin egen hälsa. Företaget kan aldrig tvinga en anställd att utnyttja förmånerna.

*”De flesta arbetsuppgifter tar bara 15 minuter att lära sig.”*

Vid sjukfrånvaro längre än en dag tar företaget in vikarier och eftersom arbetsuppgifterna är enkla blir produktionsbortfallet enligt respondenten obetydligt. Ersättning för sjukfrånvarande i form av övertid är ovanligt förekommande.

## 5.5 Kostnadsberäkning för tillverkningsföretag

- Vi antar en semesterersättning på 12 procent och arbetsgivaravgift på 35 procent.
- Som merkostnader tillkommer vikarie, produktionsförändringar och administrativa kostnader.
- Vi uppskattar kringkostnaden till 30 procent av summa lönekostnad. Detta ansåg vi, efter diskussion med respondenten, vara rimligt för ett tillverkande företag.
- Vi antar att genomsnittslängden på korttidsfrånvaron är 8 dagar.
- Arbetstiden är 38 timmar/veckan, vilket innebär 7,6 timmar/dag.

### 5.5.1 År 2001

- 2001 hade företaget 321 anställda. Detta ger en total arbetstid på 573 306 timmar per år.
- Studiens tillverkningsföretag hade 2001 en sjukfrånvaro på 12,5 procent och detta ger 71 664 sjukfrånvarotimmar. Med en fördelning mellan kort-och långtidsfrånvaron på 50 procent blir frånvarotimmarna 35 832 på respektive. Detta ger 589 korttidsfrånvarotillfälle  
Frånvarotimmar dag 1: 4 476  
Frånvarotimmar dag 2-21: 31 356  
Frånvarotimmar dag 22-: 35 832.
- Genomsnittlig lön i företaget är 120 kr/tim.
- Företagets redovisade kostnader för sjukfrånvaro uppgick detta år till 2 733 000 kr, vilket motsvarar 8 514 kr per anställd.

### 5.5.2 År 2003

- 2003 hade företaget 347 anställda. Den totala arbetstiden blir detta år 619 742 timmar.
- Företaget hade 2003 en sjukfrånvaro på 10 procent och detta ger 61 974 sjukfrånvarotimmar. Fördelning mellan kort-och långtidsfrånvaron är samma som tidigare år, vilket medför 30 987 timmar på vardera. Detta ger 510 korttidsfrånvarotillfälle.  
Frånvarotimmar dag 1: 3 876  
Frånvarotimmar dag 2-21: 27 111  
Frånvarotimmar dag 22-: 30 987
- Genomsnittlig lön i företaget är 125 kr/tim.
- Företaget redovisade 3 335 000 kr i sjukfrånvarokostnader detta år, vilket innebär 9 611 kr per anställd.

#### *Genomsnittlig närvarokostnad (Bilaga 4, Tabell 1)*

Genomsnittlig närvarokostnaden per timme och anställd i tillverkningsföretaget var 235 kr år 2001 och 246 kr 2003.

### *Genomsnittlig kvarvarande kostnader (Bilaga 4, Tabell 2)*

Under den första frånvarodagen har företaget endast lönekostnad för semesterersättning och arbetsgivaravgifter. Kringkostnaden belastar företaget dag 1, medan vikarien tar över denna kostnad från dag 2 och framåt. I bilaga 4 tabell 3 visas de kvarvarande kostnaderna fördelade på de olika posterna.

Eftersom företaget oftast tar in en ersättare redan efter dag 1 räknar vi generellt med kostnad för ersättare från dag 2-21. Vi beräknar att upplärningstiden uppgår till 15 minuter per korttidsfrånvarotillfälle. Detta innebär 26 717 kr i kostnader för upplärning år 2001. Denna kostnad kommer med samma förutsättningar 2003 att uppgå till 24 098 kr. När företaget tvingas sätta in vikarie så medför detta till viss del långsammare produktionstakt. Företaget anser att dessa kostnader är obetydliga. Vi uppskattar trots allt kostnaderna till 38 minuter (5 min/tim) om dagen och endast dag 2 på grund av arbetets enkelhet. Detta innebär en produktionsförändringskostnad på totalt 67 683 år 2001. År 2003 blir motsvarande summa 61 047 kr.

De administrativa kostnaderna uppskattas vara den tid det tar för företaget att ringa in en ersättare och den rapportering som frånvaron kräver. Vi beräknar denna tid till 30 minuter per frånvarotillfälle och genom att multiplicera denna tid med summa lönekostnad per timme så får vi fram den administrativa kostnaden. Företaget vi undersökte ansåg sig inte ha några kostnader för kvalitetsförändring på grund av sjukfrånvaro och vi anser inte att någon kostnad ska uppskattas.

Genom att addera de totala kvarvarande kostnaderna för hela året med merkostnaderna så får vi fram den totala kostnaden för sjukfrånvaron.

*Tabell 5.7: Total kostnad per år (kr)*

	<b>2001</b>	<b>2 003</b>
Total kostnad för sjukfrånvaron	5 848 358	5 268 067
Kostnad per anställd/år	18 219	15 182

För att få en jämförbar bild av sjukfrånvarokostnaderna delade vi upp dem på antalet anställda eftersom de skilde sig mellan åren. För att kunna belysa eventuella effekter av hälsoinvesteringarna i företaget måste vi titta på storleken av investeringen för respektive år vilket framgår av tabellen nedan.

*Tabell 5.8: Hälsoinvesteringar per år (kr)*

	<b>2001</b>	<b>2003</b>
Total kostnad hälsoinvestering	577 800	659 300
Hälsoinvestering per anställd/år	1800	1900

### **5.5.3 Analys av hälsoinvesteringarnas påverkan i tillverkningsföretaget**

Enligt företagets egna redovisade kostnader för sjukfrånvaron uppgick dessa 2001 till 8 514 kr per anställd och 2003 till 9 611 kr per anställd. Detta innebär en ökning med nästan 1 100 kr per anställd mellan åren. Våra beräkningar visar istället på en minskning av denna kostnad (se tabell 5.7). Våra beräkningar för total kostnad per år för sjukfrånvaron uppgår till mer än det dubbla än företagets redovisade kostnader för sjukfrånvaro. Detta kan förklaras med att vi i våra beräkningar tar hänsyn till företagets kring- och merkostnader.

För att kunna motivera lönsamheten i en hälsoinvestering måste företaget ta hänsyn till de totala kostnaderna för sjukfrånvaron. Inbetalningarna (I) avser här minskningen av sjukfrånvarokostnaden mellan 2001 och 2003, vilket är cirka 3 000 kr per anställd.

Utbetalningarna (U) avser kostnader för hälsoinvesteringarna under respektive år, dessa har under denna period ökat med 100 kr per anställd. Denna *ökning* anser vi är för liten för att kunna ge effekter på sjukfrånvaron. Inbetalningsöverskottet (A) 2003 kan här ses som *minskningen* i totala sjukfrånvarokostnaden mellan åren minus utbetalningen för hälsoinvesteringarna under 2003. Detta skulle ge ett inbetalningsöverskott på 1 100 kr per anställd.

Företaget började med sina hälsoinvesteringar redan i början av 70-talet och således har vi inte kunnat få fram kostnaden för grundinvesteringen. Eftersom vi inte hade uppgifter om sjukfrånvaron innan hälsoinvesteringarna har vi inte haft möjlighet att se resultaten av grundinvesteringen.

För att undersöka om det är hälsoinvesteringar som bidragit till den minskade sjukfrånvaron måste vi ta hänsyn till andra omständigheter. Enligt respondentens uppgifter har varken könsfördelning, ålder eller den fysiska arbetsmiljön förändrats mellan åren. Vi upplever inte att de anställdas psykosociala arbetsmiljö har förändrats mellan de undersökta åren. Dock upplever vi, efter intervjun med respondenten, att den psykosociala arbetsmiljön är mindre bra och ger varken utrymme till stimulans eller utvecklingsmöjligheter för den anställde. Vi har svårt att finna några friskfaktorer i företaget men samtidigt upplever vi ingen förändring av dessa mellan de undersökta åren. Detta kan tillsammans med den stora andelen unga medarbetare resultera i den höga personalomsättningen. Ett företag med hög personalomsättning har svårt att få lönsamhet i sina hälsoinvesteringar. Detta medför att företaget inte kan ekonomiskt motivera hälsoinvesteringar. Respondenten anser att den minskade sjukfrånvaron inte kan härledas till hälsoinvesteringarna. Vi anser också att det är svårt att påvisa samband eftersom personalomsättningen är hög. Att deltagandet i hälsofrämjande aktiviteter endast är 28 procent gör det dessutom svårt att påvisa samband och kostnadsbesparing med investeringen. Företaget bör förespråka en mer aktiv medverkan i dessa investeringar för att erhålla ett bättre resultat. Vi upplever därför inte att företaget har någon helhetssyn på sitt hälsoarbete på grund av att de saknar kunskap om de individuella behov.



## 5.6 Sjukhuset

Sjukhuset som vi undersökte har 2 325 anställda. Organisationen började arbeta med hälsofrämjande åtgärder 1999. De började med en blygsam investering med diverse aktiviteter. Dessa föll väl ut och fick stort intresse, vilket medfört ökade hälsoinvesteringar.

Den totala sjukfrånvaron 2001 låg på 8,2 procent, medan motsvarande siffra 2003 var 7,7 procent. 1,9 procent är sjukfrånvarande 60 dagar eller mer. Som ses är förändringen mellan åren obetydlig och än så länge kan man enligt respondenten inte se effekter av hälsoinvesteringarna i form av minskad sjukfrånvaro. Respondenten vill ändå poängtera att de ser investeringarna som viktiga i att skapa en hållbar arbetsplats.

*”10 procent av de anställda står för 90 procent av sjukfrånvaron.”*

Enligt respondenten finns ett stort problem med sjukfrånvaron i organisationen, speciellt vad gäller en liten grupp anställda. Denna grupp är dock inte specifik till viss yrkesgrupp inom organisationen. Respondenten anser att dessa 10 procent bör fundera på om de är lämpade för denna typ av yrke. 50 procent av de anställda uppskattas inte ha någon sjukfrånvaro. Den redovisade kostnaden för sjukfrånvaron har ökat från 6,3 miljoner år 2001 till 6,9 miljoner år 2003 trots minskad sjukfrånvaro. Ökningen kan bero på att organisationen har fler anställda.

Medelåldern i organisationen är relativt hög. Både 2001 och 2003 låg den på cirka 44 år. Andelen kvinnor är väldigt hög och ligger på 85 procent över åren. Respondenten anser att personalomsättningen i organisationen är låg. Detta kan bero på den dåliga arbetsmarknaden. Dock finns det vissa grupper bland de anställda som har en högre personalomsättning, främst de med högskoleutbildning. Sjukhuset har en hög kunskapsnivå, 60 procent av de anställda har en längre utbildning.

Respondenten uppskattar att 2/3 av de anställda har fysiska arbetsuppgifter främst i form av tunga lyft. Detta kan förklara att en stor del av sjukfrånvaron beror på förslitningsskador. En ökning av sjukfrånvaron från förr tror respondenten till stor del beror på en generationsväxling. Dagens generation har andra värderingar och är mindre plikttrogna till sitt arbete. Många tvingas också på grund av ekonomiska skäl arbeta heltid istället för deltid. Detta kan orsaka stress och därmed ökad sjukfrånvaro på grund av att hemmet kräver sina arbetsuppgifter och tiden för återhämtning blir mindre.

*”Hälsosatsningarna ska skapa förutsättningar för medarbetarna att orka arbeta fram till pension.”*

Organisationen erbjuder en mängd olika aktiviteter för de anställda på fritiden. Det breda utbudet gör att det finns något för alla, till exempel fotvård, massage, viktgrupp, olika sportaktiviteter och cafékvällar. Respondenten uppskattar att mellan 50-60 procent utnyttjar förmånerna. Men

respondenten menar att de som behöver utnyttja aktiviteterna för att klara de påfrestande arbetsuppgifterna i yrket ofta inte tar tillvara på möjligheterna.

Vid sjukfrånvaro ersätts frånvarande personal med vikarier, ofta redan från dag 2. Det är ovanligt att frånvarande personal ersätts med övertid. Respondenten anser inte att de har ökade kostnader i form av omorganiseringar och produktionsstörningar.

## 5.7 Kostnadsberäkning för sjukhuset

- Vi antar en procentsats för semesterersättningen på 12 procent och en procentsats för arbetsgivaravgiften på 35 procent.
- Som merkostnad räknas kostnader för vikarie och administrativa kostnader.
- Procentsatsen för kringkostnaden är svår att uppskatta, men efter övervägande antar vi en kringkostnad på 40 procent av summa lönekostnad.
- Vi antar en genomsnittslängd på korttidssjukfrånvaron på 8 dagar.
- Arbetstiden är 40 timmar/veckan, vilket innebär 8 timmar/dag.

### 5.7.1 År 2001

- 2001 hade organisationen 2 317 anställda. Detta ger en total arbetstid på 4 355 960 timmar per år.
- Organisationen hade 2001 en sjukfrånvaro på 8,2 procent. Detta ger 357 189 frånvarotimmar. Korttidssjukfrånvaron beräknas vara 6,6 procent och långtidssjukfrånvaron 1,6 procent. Detta innebär 287 494 korttidsfrånvarotimmar och 69 695 långtidsfrånvarotimmar. Detta ger 4 492 korttidsfrånvarotillfällen.  
Frånvarotimmar dag 1: 35 936  
Frånvarotimmar dag 2-21: 251 558  
Frånvarotimmar dag 22-: 69 695
- Genomsnittslönen är 110 kr/timmen.
- Företaget redovisade 6 302 240 kr i sjukfrånvarokostnader detta år, vilket innebär 2 720 kr per anställd.

### 5.7.2 År 2003

- 2003 hade organisationen 2 325 anställda., vilket ger en total arbetstid på 4 371 000 timmar per år.
- Sjukfrånvaron var 7,7 procent, vilket ger 336 567 frånvarotimmar. Korttidssjukfrånvaron beräknas vara 5,8 procent och långtidssjukfrånvaro 1,9 procent. Detta innebär 253 518 korttidssjukfrånvarotimmar och 83 049 långtidssjukfrånvarotimmar. Detta ger 3 961 korttidssjukfrånvarotillfälle.  
Frånvarotimmar dag 1: 31 688  
Frånvarotimmar dag 2-21: 221 830

Frånvarotimmar dag 22-: 83 049

- Genomsnittslönen är 120 kr/timmen.
- Företaget redovisade 6 905 250 kr i sjukfrånvarokostnader detta år, vilket innebär 2 970 kr per anställd.

*Genomsnittlig närvarokostnad per anställd (Bilaga 5, tabell 1)*

Genomsnittlig närvarokostnad per anställd och timme 2001 var 233 kr och 2003 var motsvarande siffra 254 kr.

*Genomsnittlig kvarvarande kostnad (Bilaga 5, tabell 2)*

Liksom det tillverkande företaget har denna organisation den första frånvarodagen endast lönekostnad för semesterersättning och arbetsgivaravgifter. Kringkostnaden belastar företaget dag 1, medan man från dag 2 och framåt tar in vikarier som tar över denna kostnad. I bilaga 5 tabell 3 specificeras de kvarvarande kostnaderna på de olika posterna.

Organisationen tar oftast in en ersättare redan från dag 2. Vi uppskattar att det tar 15 minuter per tillfälle för introduktion. Produktionsförändringen går inte att uppskatta i siffror eftersom ordinarie personal backar upp vikarien och höjer sin prestationsnivå. Detta kommer förr eller senare att medföra negativa effekter. Respondenten anser att på ett sjukhus får det inte finnas några kvalitetsförändringar och vi bortser därför från dessa. De administrativa kostnaderna uppskattar vi till 30 minuter per korttidsfrånvarotillfälle.

*Tabell 5.9: Total kostnad per år (kr)*

	2001	2 003
Total kostnad för sjukfrånvaron	39 200 437	38 130 832
Kostnad per anställd	16 919	16 400

Tabellen ovan visar organisationens kostnader för sjukfrånvaro, både den totala och per anställd.

*Tabell 5.10: Hälsoinvesteringar per år (kr)*

	2001	2003
Total kostnad hälsoinvestering	1 621 900	1 627 500
Hälsoinvestering per anställd/år	700	700

### **5.7.3 Analys av hälsoinvesteringarnas påverkan i sjukhuset**

Sjukhusets redovisade kostnader för sjukfrånvaron uppgick 2001 till 2 720 kr per anställd och 2003 till 2 970 kr per anställd. Detta innebär en ökning med 250 kr per anställd. Våra beräkningar visar en betydligt högre kostnad för sjukfrånvaron per anställd men denna kostnad har minskat mellan de undersökta åren. Anledningen till att våra beräkningar visar en högre kostnad än företagets egna redovisade kostnader för sjukfrånvaro beror till viss del på att vi tar hänsyn till företagets kring- och merkostnader.

Inbetalningarna (I) kan ses som kostnadsbesparingen i minskad sjukfrånvaro mellan åren. Kostnaden har enligt våra beräkningar minskat med 519 kr per anställd. Utbetalningarna (U) avser de löpande kostnaderna för hälsoinvesteringar. Dessa var 700 kr per anställd båda de undersökta åren. Inbetalningsöverskottet (A) 2003 blir i detta fall negativt -181 kr per anställd. Eftersom företaget började med investeringar i liten skala 1999 ansåg respondenten inte att de hade någon grundinvestering.

De faktorer som Liukkonen anser påverka sjukfrånvaron har varit konstanta över åren. Vi anser därför inte att dessa påverkat minskningen av sjukfrånvaron mellan åren. Till skillnad från tillverkningsföretaget har sjukhuset en låg personalomsättning. Organisationer med låg personalomsättning har bättre förutsättningar för kostnadsbesparing genom hälsoinvesteringar eftersom personalen inte försvinner till andra organisationer. Respondenten tror att minskningen av sjukfrånvaron kan härledas till deras hälsoinvesteringar. Eftersom investeringarna började i liten skala för några år sedan kan detta vara en anledning till minskningen av sjukfrånvaron varit relativt blygsam. Denna minskning skulle kunna bero på hälsoinvesteringarna eftersom vi inte kan påvisa andra faktorer som bidragit till resultatet. Genom en ökad kunskap anser respondenten att organisationen behöver ändra sina inriktningar för att få mer effekt av sina hälsoinvesteringar och arbeta mer främjande på de friska. Organisationens har ett relativt högt deltagande i hälsoaktiviteterna och arbetar för att öka deltagandet ytterligare. Eftersom deltagandet bland de anställda är relativt högt och arbetsledning visar stort engagemang i satsningarna på medarbetarna tror vi detta kan resultera i ytterligare minskad sjukfrånvaro i framtiden och därmed ett inbetalningsöverskott.

## 5.8 Kapitelsammanfattning

I detta kapitel har vi gjort en sammanställning av den viktigaste informationen som vi erhöll vid intervju med respondenten. Vidare har vi beräknat den totala kostnaden för sjukfrånvaron i respektive företag. Vi har sedan jämfört denna kostnad med företagets hälsoinvestering och analyserat eventuella effekter av investeringen. För tjänsteföretaget har vi även applicerat en kalkylmodell som beräknar grundinvesteringens payback tid. Vi har också för detta företag beräknat kostnaden för den särskilda sjukförsäkringsavgiften för att påvisa förändringen som den nya lagen kan medföra.

## 6. Slutsats

---

*I detta kapitel diskuterar vi skillnaden mellan företagens redovisade kostnader för sjukfrånvaron och kostnaden enligt vår beräkningsmodell. Vidare behandlas de framkomna slutsatserna som ska besvara om hälsoinvesteringarna är ekonomiskt motiverbar. Slutligen ges förslag på fortsatt forskning inom området.*

---

### 6.1 Slutsatser

Genom att ta utgångspunkt från Liukkonens modell som beräknar både kvarvarande- och merkostnader vid sjukfrånvaron har vi erhållit företagets totala kostnader för sjukfrånvaron.

Enligt våra beräkningar har vi konstaterat att den totala sjukfrånvarokostnaden är betydligt större än kostnaden som företagen redovisar. Denna kostnad kan i vissa fall vara upp till sex gånger större än den redovisade. Detta tyder på att företagen inte tar hänsyn till de kring- och merkostnader som uppstår vid sjukfrånvaron. Företagen borde använda sig av en beräkningsmodell som tar upp kvarvarande- och merkostnader som sjukfrånvaron orsakar. Detta för att företagen ska få ökade kunskaper och medvetenhet om de totala kostnaderna för sjukfrånvaron och förhoppningsvis kan detta leda till ökat ekonomiskt intresse i att minska denna kostnad. En annan anledning till beräkning av den totala sjukfrånvarokostnaden är att företagen lättare ska kunna se lönsamheten i hälsoinvesteringen och därmed lättare ekonomiskt motivera investeringen. Detta för att undvika att företagen ska fatta felaktiga investeringsbeslut. Vi kan konstatera att det finns tydliga problem med beräkning av företagets totala kostnader för sjukfrånvaron. Beräkning av dessa kostnader bygger mycket på antaganden och uppskattningar, vilket kan göra beräkningarna problematiska och tidskrävande.

I vår undersökning visade tjänsteföretaget på ett samband mellan hälsoinvesteringarna och minskad sjukfrånvaro. Denna slutsats styrktes genom att utesluta att de andra orsakerna som Liukkonen framhåller förändrats mellan de undersökta åren. Undersökningen tyder på att företagets låga personalomsättning, det höga deltagandet i hälsoaktiviteterna och den individuellt anpassade satsningen starkt bidragit till det positiva resultatet av hälsoinvesteringen.

Tillverkningsföretagets minskning av de totala sjukfrånvarokostnaderna kan enligt vår undersökning inte visa samband med hälsoinvesteringen, trots att det inte varit någon förändring av andra orsaker mellan åren. För att erhålla ett bättre resultat av hälsoinvesteringen borde företaget utnyttja det investerade kapitalet effektivare. Med effektivare menar vi att anpassa investeringen till sina medarbetare för att få ett ökat deltagande. Emellertid kvarstår problemet med hög personalomsättning som gör hälsoinvesteringen mindre ekonomiskt motiverbar.

Sjukhusets satsade kapital i hälsoinvesteringar är, jämfört med de andra undersökta företagen, på en låg nivå. Denna summa kan vara otillräcklig för att påvisa effekter och samband mellan hälsoinvesteringen och minskad sjukfrånvaro. Om ett företags satsade kapital i hälsoinvesteringar är för lågt och därav inte är tillräckligt för att visa effekter, bör företaget

antingen öka det satsade kapitalet eller upphöra med investeringen. Eftersom sjukhuset planerar för ökade individuella investeringar på medarbetarna, som kan medföra ett ökat deltagande i aktiviteterna, samtidigt som personalomsättningen förblir låg ökar förutsättningarna för att ekonomiskt motivera hälsoinvesteringen.

Analysen av de undersökta företagen visade att en kostnadsbesparande hälsoinvestering måste innefatta vissa fundamentala faktorer för att bli ekonomiskt motiverbar. Detta fick vi främst indikationer på från tjänsteföretaget som har lyckats bra med sina hälsoinvesteringar, men även genom att analysera bristerna hos de andra företagens hälsoinvesteringar. För det första vill vi framhålla att företagen måste ha en *låg personalomsättning* innan investering i humankapital. Anledningen till detta är att arbetsgivaren annars kan hamna i en situation där de investerar i sina anställda men aldrig ser några effekter. Den anställde lämnar företaget och anställs av konkurrenten som istället kan dra nytta av investeringen. Företag med låg personalomsättning har därmed bättre förutsättning att få effekter av hälsoinvesteringarna eftersom personalen stannar i företaget. En annan faktor för att erhålla en kostnadsbesparing genom hälsoinvesteringen är att välja rätt investering *anpassad* till det specifika företaget och dess personal. Detta tycks i sin tur bidra till ett *högre deltagande* bland medarbetarna i hälsoaktiviteterna, vilket är en förutsättning för att kunna påvisa samband mellan hälsoinvesteringar och minskad sjukfrånvaro. *Ledarskapet* har en avgörande roll för hur effekterna av en hälsoinvestering ska bli. Om brister finns i ledarskapet medför detta ofta konsekvenser för ovanstående faktorer och investeringen bör därför i första hand riktas mot ledningen istället för en hälsoinvestering på medarbetarna.

Genom införandet av den nya lagen om särskild sjukförsäkringsavgift kommer företag med hög långtidsfrånvaro att få högre kostnader. Detta kan leda till att en hälsoinvestering blir mer ekonomiskt motiverbar och intresset för denna typ av investering kommer att öka.

Investeringar i hälsa syftar inte alltid enbart till att uppnå ekonomisk lönsamhet i form av minskad sjukfrånvaro, utan kan också bidra till en mer stresstålig personal och ökad produktivitet som på sikt kan bidra till ett bättre resultat.

## 6.2 Förslag till fortsatt forskning

Allt eftersom arbetet med vår uppsats fortskridit har vi stött på information som väckt intresse för fortsatt forskning.

- Genom djupare studier av ett företag kan man försöka kartlägga hälsoinvesteringarnas effekter på varje individ. Detta för att skapa lönsamma hälsoinvesteringar som kan appliceras i företaget.
- Ett förslag hade varit att studera två likartade företag med samma förutsättningar. Det ena företaget bedriver omfattande hälsoinvestering medan det andra företaget inte alls bedriver någon form av hälsoinvestering. Ses det några effekter av hälsoinvesteringar?

- Den nya lagen om obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro som trädde i kraft 1 juli 2003 har mött stor kritik. Ett förslag är att utvärdera missnöjet med lagen och varför den inte anses avbilda verkligheten.
- Den 1 januari 2005 träder den nya lagen om särskild sjukförsäkringsavgift i kraft, denna kommer att medföra ökade kostnader för arbetsgivaren vid sjukfrånvaro. Hur kommer denna lag att påverka arbetsgivarnas intresse av de anställdas hälsa?

## 7. Litteraturlista

Abrahamsson, K., Bradley, G., Brytting, T., Eriksson, T., Forslin, J., Miller, M., Söderlund, B., & Trollestad, C. (2003). *Friskfaktorer i arbetslivet*. Stockholm: Prevent.

Andersson, G.(2001). *Kalkyler som beslutsunderlag*. (5:e uppl.). Lund: Studentlitteratur

Andersson, G., Johren, A., & Malmgren, S. (2004). *Effektiv friskvård Lönsammare företag*. (3:e uppl.). Stockholm: Prevent.

Angelöw, B. (2002). *Friskare arbetsplatser*. Lund: Studentlitteratur.

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och Kultur.

Aronsson, T., & Malmqvist, C (1996). *Rehabiliteringens ekonomi*. Stockholm: Utbildningsbolaget Brevskolan.

Backman, J.(1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Christensen, L., Andersson, N., Carlsson, C. & Haglund, L. (2001). *Marknadsundersökning –en handbok*. (2:a uppl). Lund: Studentlitteratur.

Cronsell, N., Engvall, J., & Karlsson, P. (2003). *Hälsoarbete & hälsobokslut*. Näsviken. Björn Lundén Information AB

Ds 2002:63. *Starkare ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare att minska sjukfrånvaron*. Stockholm: Finansdepartementet.

Frisk satsning av Frigoscandia. (2004, 15 augusti). *Helsingborgs-Dagblad*, s 28

Företag snåla med friskvård. (2004, 10 oktober). *Göteborgs-Posten*, s 62.

Gröjer, J-E., & Johanson, U. (1998). *Personalekonomisk Redovisning och Kalkylering*. (2:a uppl). Stockholm: Arbetarskyddsnämnden.

Gärdsell, P, docent och överläkare. Seminarium Centralsjukhuset i Kristianstad, 28 oktober 2004.

Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Malmö: Studentlitteratur.

<http://www.arbetsgivarverket.se> Accessdatum: 2004-12-20



<http://www.expowera.com> Accessdatum: 2004-12-13

<http://www.forsakringskassan.se> Accessdatum: 2004-12-20

<http://www.rfv.se> Accessdatum: 2004-12-06

<http://www.svensktnaringsliv.se> Accessdatum: 2004-11-29

Håkansson, G (2000). *Att skriva vetenskapliga rapporter*. (2:a uppl). Lund: Innoventure<sup>it</sup>

Hälsoinsatser på jobbet döms ut som olönsamma. (2004, 30 augusti). *Dagens Industri*. s 17

Johnsson, J., Lugn, A., & Rexed, B. (2003). *Långtidsfrisk*. Stockholm: Ekerlids Förlag

Jönsson M., Ljungdahl P., & Nilsson B. (2003). *Sjukfrånvaro - ett kostsamt problem*. Kandidatuppsats för RC. Kristianstads högskola, Institutionen för ekonomi.

Lagutskottets betänkande. (2002/03:LU1) *Obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro*. Stockholm: Sveriges Riksdag

Lisspers, J & Setterlind, S. (2004) Trying to understand the sick leave "epidemic" in Sweden: Changes in job strain and stress reactions during the nineties. *Eighth International Congress of Behavioral Medicine*, 25-28 August, Germany

Liukkonen, P. (1994). *Vad kostar sjukfrånvaro och för hög personalrörlighet?* (4:e uppl). Stockholm: Svenska Arbetsgivarförbundet.

Liukkonen, P. (2002). *Hälsobokslut – förslag till mätning, analys och diskussions frågor*. Vasa Finland: Oscar Media

Ljung, B., & Högberg, O. (1996). *Investeringsbedömning - en introduktion*. (2:a uppl). Malmö: Liber

Ljusenius, T., & Rydqvist, L-G. (1999). *Friskt ledarskap*. Stockholm: Prevent.

Lundahl, U., & Skärvad, P-H. (1999). *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer*. (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Menckel, E., & Österblom, L. (2000). *Hälsofrämjande processer på arbetsplatsen*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Merriam, S-B. (1994). *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Persson, I., & Nilsson, S-Å.(1999). *Investeringsbedömning*. (6:e uppl.).Malmö: Liber Ekonomi.

Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2003). *Research Methods for Business Students*. (3:e uppl). England; Prentice Hall

Årsredovisningslagen 1995:1554 5kap 18a§

## Bilaga 1: Brevet



Hej!

Vi är tre studenter från Högskolan i Kristianstad som just nu skriver vårt examensarbete i företagsekonomi. Vårt syfte med arbetet är att undersöka huruvida företags hälsosatsningar är kostnadsbesparande i relation till sjukfrånvarans verkliga kostnad.

För att kunna genomföra arbetet är vi i behov av tillgänglig information från ett antal företag/organisationer. Vi skulle vilja arbeta med ett tillverkande företag, ett tjänsteföretag och en organisation inom den offentliga sektorn. Därför vänder vi oss till Er med hopp om att få ta del av hur sjukfrånvarokostnaden ser ut hos er samt vilka hälsosatsningar som görs.

Vi bifogar en sammanställning över den information som vi är intresserade av att ta del av.

Tack för Er medverkan!

Med vänliga hälsningar

Kristina, Sandra, Marcus

Kristina Assarsson

Sandra Gunnarsson

Marcus Svalner

0417-511336

044-70742

044-211443

e-mail:

[assar@dsr.kvl.dk](mailto:assar@dsr.kvl.dk)

[sandra\\_gunnarsson@hotmail.com](mailto:sandra_gunnarsson@hotmail.com)

[marcussvalner@hotmail.com](mailto:marcussvalner@hotmail.com)

Handledare: Bengt Igelström

Agneta Erfors

Tel: 044-203128

044-203126

e-mail: [bengt.igelstom@e.hkr.se](mailto:bengt.igelstom@e.hkr.se)

[agneta.erfors@e.hkr.se](mailto:agneta.erfors@e.hkr.se)

## Bilaga 2: Intervjufrågor

### **Företaget:**

1. Antal anställda

2001:

2003:

2. Anställdas medelålder

2001:

2003:

3. Andel kvinnor i %

2001:

2003:

4. Antal förtidspensionerade

2001:

2003:

5. Upplever ni personalomsättning som hög eller låg?

6. Skiljer sig personalomsättningen åt mellan olika kategorier av yrkesgrupper inom företaget?

7. Genomsnittlig lön för de anställda?

8. Hur påverkas sjukfrånvaron av konjunkturen i ert företag?

### **Hälsoinvesteringar:**

9. Vad tycker ni innefattar begreppet hälsoinvesteringar?

10. Vad har ni att berätta om era hälsoinvesteringar? Vilka typer av satsningar, varför, förändringar, syfte!

11. När började Ert företag med hälsosatsningar?

12. Uppskattningsvis hur mycket satsade ni på hälsoinvesteringarna per anställd

2001:

2003:

13. Hur anpassar ni friskvårdsaktiviteterna till er personal?
14. Hur stor del av personalen utnyttjar förmånerna?
15. Uppskattningsvis hur stor andel av er personal har fysiska arbetsuppgifter?
16. Erbjuds friskvårdsaktiviteterna på arbetstid?

**Sjukfrånvaro:**

17. Upplever Ni att det finns problem med sjukfrånvaro inom företaget?
18. På vilken nivå låg sjukfrånvaron (%)  
2001:  
2003:
19. Hur var fördelningen mellan lång- och korttidsfrånvaron (%)  
2001: Kort:  
Lång:  
2003: Kort:  
Lång:
20. Hur stora kostnader redovisar ni för sjukfrånvaro?  
2001:  
2003:
21. Vad är era kostnader för ersättare, övertid?
22. Hur stora produktionsstörningskostnader uppskattar ni för sjukfrånvaron?
23. Har Ni ökade kostnader för kvalitetsförsämring på grund av sjukfrånvaron?
24. Ökar era administrationskostnader på grund av sjukfrånvaron?
25. Uppskattar ni att hälsoinvesteringarna har bidragit till minskad sjukfrånvaro?
26. Vilka faktorer anser ni ha bidragit till ökad eller minskad sjukfrånvaro?

### Bilaga 3: Tjänsteföretaget

Tabell 1: Kvarvarande kostnader uppdelade på de olika posterna

	2001		2003	
	Dag 2-21	Dag 22-	Dag 2-21	Dag 22-
Lön (total)	12 199 155	-	4 125 792	-
Semesterlön (total)	1 829 873	4 879 728	618 869	4 007 784
Arbetsgivaravgift (total)	4 910 160	1 707 905	1 660 631	1 402 724
Kringkostnad	13 833 842	-	4 678 648	-
	<b>32 773 030</b>	<b>6 587 633</b>	<b>11 083 940</b>	<b>5 410 508</b>

## Bilaga 4: Tillverkningsföretaget

Tabell 1: Genomsnittlig närvarokostnad per anställd (kr/h)

	2001	2003
Lön	120	125
Semesterlön	14	15
Arbetsgivaravgift	47	49
<b>Summa lönekostnad</b>	<b>181</b>	<b>189</b>
Kringkostnad	54	57
<b>Summa arbetskraftskostnader</b>	<b>235</b>	<b>246</b>

Tabell 2: Genomsnittlig kvarvarande lönekostnad (kr)

	2001			2003		
	Dag 1	Dag 2-21	Dag 22 -	Dag 1	Dag 2-21	Dag 22 -
Lön	0	96	0	0	100	0
Semesterlön	14	14	14	15	15	15
Arbetsgivaravgift	5	39	5	5	40	5
<b>Summa lönekostnad</b>	<b>19</b>	<b>149</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>155</b>	<b>20</b>
Kringkostnad	54	0	0	57	0	0
<b>Summa arbetskraftskostnader</b>	<b>73</b>	<b>149</b>	<b>19</b>	<b>77</b>	<b>155</b>	<b>20</b>
<b>Total kvarvarande kostnad</b>	<b>330 651</b>	<b>4 673 298</b>	<b>696 574</b>	<b>298 258</b>	<b>4 208 983</b>	<b>627 487</b>

Tabell 3: Kvarvarande kostnader uppdelade på de olika posterna

	2001		2003	
	Dag 2-21	Dag 22-	Dag 2-21	Dag 22-
Lön (total)	3 010 176	-	2 711 100	-
Semesterlön (total)	451 526	515 981	406 665	464 805
Arbetsgivaravgift (total)	1 211 596	180 593	1 091 218	162 682
	<b>4 673 298</b>	<b>696 574</b>	<b>4 208 983</b>	<b>627 487</b>

Tabell 4: Merkostnad per år (kr)

	2001	2003
Kostnad för ersättning av frånvaro	26 717	24 098
Produktionsförändring	67 683	61 047
Kvalitetsförändring	ej redovisade	ej redovisade
Ökad administration	53 434	48 195
<b>Summa merkostnader</b>	<b>147 834</b>	<b>133 340</b>

## Bilaga 5: Sjukhuset

Tabell 1: Genomsnittlig närvarokostnad per anställd (kr/h)

	2001	2003
Lön	110	120
Semesterlön	13	14
Arbetsgivaravgift	43	47
<b>Summa lönekostnad</b>	<b>166</b>	<b>181</b>
Kringkostnad	67	73
<b>Summa arbetskraftskostnader</b>	<b>233</b>	<b>254</b>

Tabell 2: Genomsnittlig kvarvarande kostnad (kr)

	2001			2003		
	Dag 1	Dag 2-21	Dag 22-	Dag 1	Dag 2-21	Dag 22-
Lön	0	88	0	0	96	0
Semesterlön	13	13	13	14	14	14
Arbetsgivaravgift	5	35	5	5	39	5
<b>Summa lönekostnad</b>	<b>18</b>	<b>136</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>149</b>	<b>19</b>
Kringkostnad	67	0	0	73	0	0
<b>Summa arbetskraftskostnader</b>	<b>85</b>	<b>136</b>	<b>18</b>	<b>92</b>	<b>149</b>	<b>19</b>
<b>Total kvarvarande kostnad</b>	<b>3 030 286</b>	<b>34 367 854</b>	<b>1 241 965</b>	<b>2 915 803</b>	<b>33 061 543</b>	<b>1 614 473</b>

Tabell 3: Kvarvarande kostnader uppdelade på de olika posterna

	2001		2003	
	Dag 2-21	Dag 22-	Dag 2-21	Dag 22-
Lön (total)	22 137 104	-	21 295 680	-
Semesterlön (total)	3 320 566	919 974	3 194 352	1 195 906
Arbetsgivaravgift (total)	8 910 184	321 991	8 571 511	418 567
	<b>34 367 854</b>	<b>1 241 965</b>	<b>33 061 543</b>	<b>1 614 473</b>

Tabell 4: Merkostnad per år (kr)

	2001	2003
Kostnad för ersättning av frånvaro	186 777	179 671
Produktionsförändring	ej redovisade	ej redovisade
Kvalitetsförändring	ej redovisade	ej redovisade
Ökad administration	373 555	359 342
<b>Summa merkostnad</b>	<b>560 332</b>	<b>539 013</b>