

Har företag råd att inte hantera psykisk ohälsa?

Vinster med att förebygga psykisk ohälsa på jobbet

**Anders Johrén
Labora Konsultforum AB
på uppdrag av Hjärnkoll
Mars 2013**

Innehåll

Sammanfattning	3
Inledning	4
Psykisk ohälsa – ur företagets perspektiv	6
Ekonomiska argument kring arbete med psykisk ohälsa	7
- Olika perspektiv	7
- Kritiska värden	8
Nio exempel på psykisk ohälsa	9
- Metod	9
- Exempel 1: ilska och överreaktioner	11
- Exempel 2: stressrelaterad ohälsa	14
- Exempel 3: relationsproblem	16
- Exempel 4: omorganisation	18
- Exempel 5: utmattningsdepression	20
- Exempel 6: må dåligt	22
- Exempel 7: relationsproblem och omorganisation	23
- Exempel 8: tidiga eller sena insatser	25
- Exempel 9: skilsmässa	26
Slutsatser	27
- förebyggande och rehabiliterande insatser	28
Samhällsekonomiska kostnader för psykisk ohälsa	29
Underlag för egna beräkningar	31
- Mallar	32
Om författaren	34

Sammanfattning

Psykisk ohälsa har blivit den vanligaste orsaken till sjukskrivningar i Sverige. De samhällsekonomiska kostnaderna för dessa sjukskrivningar är omfattande. Bara Försäkringskassans kostnader för sjukpenning, sjuk- och aktivitetsersättningar för psykisk sjukdom var 2009 över 23 miljarder kronor (varav 4,4 miljarder för sjukpenning). Men utöver Försäkringskassans utbetalningar orsakar psykisk ohälsa kostnader i mångmiljardklassen för svenska företag.

I denna rapport finns nio exempel på vad psykisk ohälsa, i olika verksamheter, kan kosta företaget och vad man kan vinna på tidiga eller förebyggande insatser för att motverka psykisk ohälsa. Från dessa nio exempel kan vi konstatera att:

- en medarbetare med psykisk ohälsa har kostat företagen från 70 000 kronor och upp till miljonbelopp.
- företagens kostnader för produktionsstörningar och korttidssjukfrånvaro är, med något undantag, större än Försäkringskassans utbetalningar i sjukpenning.
- i fyra av de nio exemplen uppstod avsevärda kostnader för företaget utan att en enda sjukdag över 14 dagar noterades. D.v.s. i de fallen registrerades inte den psykiska ohälsan i Försäkringskassans sjukskrivningsstatistik. I ytterligare två exempel begränsades sjukskrivningarna till någon månad.
- Försäkringskassans totala sjukpenningkostnader för psykisk ohälsa torde bara utgöra en liten del av samhällets totala kostnader för psykisk ohälsa hos personer på arbetsmarknaden.
- i samtliga exempel bedöms att rätt tidiga eller förebyggande insatser inneburit att de negativa konsekvenserna hade kunnat undvikas eller avsevärt kunnat begränsas.
- de förebyggande, eller tidiga rehabiliterande insatser som hade krävts för att undvika eller minska problemen, kostar en bråkdel av vad företagets negativa effekter av psykisk ohälsa kostar.

Det är alltså mycket lönsamt att arbeta med effektiva förebyggande och tidiga rehabiliterande insatser mot psykisk ohälsa, både ur ett företagsekonomiskt och ett samhällsekonomiskt perspektiv. Därmed stärker de ekonomiska argumenten de humana argument som finns för att förhindra psykisk ohälsa.

Inledning

Ett effektivt hälsoarbete torde vara lönsamt både ur ett individ-, organisations- och samhällsperspektiv. Samtidigt är det vår¹ erfarenhet att det inte alltid är så lätt att få företag att satsa på förebyggande hälsofrämjande insatser. Denna rapport har till uppgift att stärka den ekonomiska argumentationen kring effektiva förebyggande, och tidiga rehabiliterande, insatser i situationer där psykisk ohälsa föreligger. Detta för att vi ska få ökade möjligheter att genomföra effektiva insatser som främjar psykisk hälsa.

I dagens välfärdssamhälle finns det alla förutsättningar för att de flesta människor ska må bra och ha en god hälsa. Sjukfrånvarotalen i Sverige är också lägre på 2010-talet än vad de var i slutet av 1900-talet och i början av 2000-talet. Ändå visar statistiken att det är många som mår dåligt, många (cirka 400 000 år 2012) har sjuk- eller aktivitetsersättning, och många har sömnbesvär, ångest och upplever ständig trötthet. Kostnaderna för ohälsan är höga både på individ-, organisations- och samhällsnivå. Så sent som den 16 februari 2013 konstaterade Svenska Dagbladet att ”psykisk ohälsa har blivit den överlägset vanligaste orsaken till sjukskrivningar. Nästan fyra av tio sjukskrivna har den diagnosen och det är framför allt bland kvinnor mitt i livet som den psykiska ohälsan ökat kraftigt. Andelen med psykiska diagnoser har gått upp från 29 procent till 37 procent på knappt tio år. Och kurvan fortsätter peka brant uppåt. Särskilt bland kvinnorna är uppgången markant, både bland anställda och bland dem som är arbetslösa.”

Enligt Folkhälsorapporten 2009² är psykisk ohälsa och värk de vanligaste anledningarna till att man upplever sitt hälsotillstånd som dåligt. Tillsammans orsakar psykisk ohälsa och värk tre fjärdedelar av alla sjuk- och aktivitetsersättningar bland kvinnor och två tredjedelar bland män. Många har sömnbesvär, ångslan, oro och ständig trötthet. Man kan konstatera att dessa besvär har blivit vanligare sedan 1980-talet, utom i åldrarna efter pensionen.

- Närmare var tredje kvinna i åldern 25–64 år upplever sömnproblem. För män gäller att cirka 20 procent har sömnproblem.
- Var fjärde kvinna och cirka 15 procent av männen upplever ångslan, oro eller ångest.
- 15 procent av kvinnorna och 10 procent av männen i åldern 25–64 år upplever ständig trötthet.

¹ Med ”vi” menas i denna rapport författaren och övriga i Labora Konsultforum AB.

² Utgiven av Socialstyrelsen

- Oro, ängslan och ångest, sömnbesvär och ständig trötthet är också vanliga symtom vid depressioner.
- Mellan 4 och 10 procent av den vuxna befolkningen har en pågående depression. 25 procent av alla kvinnor och 15 procent av alla män beräknas att någon gång under sitt liv behöva behandling för en depression.
- I åldersgruppen 40–65 år tog 15 procent av svenska kvinnor ut antidepressiv medicin på apoteket utskrivna av läkare 2007. Motsvarande siffra för män var knappt 10 procent. När det gäller sömnmedel och lugnande medel ökar användningen påtagligt med stigande ålder. Som exempel tog drygt 10 procent av svenska kvinnor och nästan lika stor andel av männen i 50-årsåldern ut receptbelagda sömnmedel och lugnande medel på apoteket.

Det finns goda skäl att anta att låg sjukfrånvaro inte är samma sak som god hälsa i befolkningen. Med all sannolikhet är det många som är på sitt arbete trots hälsobesvär av olika slag, d.v.s. en sjuknärvaro.

Folkhälsorapporten konstaterar också att förändringen av stressymptom i befolkningen har tydliga samband med förändringen i sysselsättningen. När sysselsättningen ökade i Sverige ökade även förekomsten av stressymptom i befolkningen. Det kan alltså vara så att kraven i arbetslivet har ökat.

Folkhälsorapporten konstaterar vidare att ett kortsiktigt perspektiv på lönsamhet tycks ha gjort att allt färre ska göra allt mer arbete på kortare tid och med högre effektivitet med bl.a. ökad stress som en konsekvens. Här finns en stor risk för ökad obalans mellan arbete – familj – fritid för många människor. Till detta kommer att många lever ett mycket ohälsosamt liv när det gäller fysisk inaktivitet, dåliga kostvanor, rökning, alkohol med mera.

Det är inte bara i Sverige vi har dessa problem. Enligt en sammanställning av 27 europeiska studier som gjordes 2005³ så hade 27 procent av befolkningen erfarenhet av psykisk sjukdom under den senaste 12-månadersperioden. En annan säger att 25 procent av befolkningen har erfarenhet av diagnostiserad psykisk sjukdom i ett livsperspektiv.

Kostnaderna för ohälsan och sjukfrånvaron är höga både på individ-, organisations- och samhällsnivå. Befolkningsutvecklingen innebär på sikt också att allt färre yrkesverksamma (= minskade skatteintäkter) ska försörja allt fler personer. Politiker från alla partier har höga ambitioner om kraftigt reducerad sjukfrånvaro för att

³ http://en.wikipedia.org/wiki/Prevalence_of_mental_disorders

minska kostnader för ohälsan. Detta har fått som en konsekvens att arbetsgivarna fått ta ett allt större ekonomiskt ansvar för medarbetarnas hälsa, trygghet och arbetsmiljö.

Det borde alltså finnas starka incitament bland företag och organisationer att investera i en lägre sjukfrånvaro, högre frisknärvaro och därmed insatser som främjar psykisk hälsa. Dessa frågor bör ses som strategiska och hanteras av ledningsgrupper och styrelser med krav på mätbara ekonomiska resultat.

Det förefaller dessutom troligt att många idag attraheras av arbetsgivare med en dokumenterad hälsostrategi, även vad gäller psykisk hälsa, och som arbetar hälsofrämjande.

Psykisk ohälsa – sett ur företagets perspektiv

I föregående avsnitt har vi talat om oro, ångslan, ångest, sömnbesvär, depressioner, m.m. Är det psykisk ohälsa eller vad menar vi med psykisk ohälsa?

Psykisk ohälsa används i dag ofta som en övergripande term som täcker både psykiska besvär och diagnostiserade psykiska sjukdomar. Men några som har intervjuats i denna rapport definierar psykisk ohälsa lite annorlunda. En rehabiliteringsansvarig på ett större företag arbetade efter denna uppdelning:

- Psykisk sjukdom, t. ex. schizofreni eller bipolär sjukdom.
- Psykosocial ohälsa, ofta stressrelaterade problem beroende på arbetssituation eller hemförhållanden.
- Social ohälsa, ofta beroende på personliga problem.

I det företaget berodde ungefär hälften av all långtidssjukfrånvaro på psykisk ohälsa. Kvinnor har i genomsnitt högre långtidssjukfrånvaro än män och kvinnor var även i det företaget överrepresenterade när det gällde psykisk ohälsa, främst i åldersgruppen 30–40 år med små barn men även i åldern 40–50 år. I ett annat företag menade den HR-ansvariga att det inte är någon könsskillnad vad gäller psykisk ohälsa, möjligen att den psykiska ohälsan kan märkas på lite olika sätt hos män och kvinnor.⁴ Även andra HR-ansvariga som vi har mött i denna utredning, har delat upp psykisk ohälsa/sjukdom i å ena sidan diagnostiserade psykiska sjukdomar och å andra sidan psykisk ohälsa beroende på speciella arbets- eller hemförhållanden.

⁴ Enligt Försäkringskassans statistik har dock kvinnor klart högre sjukskrivningstal beroende på psykisk ohälsa/sjukdom än vad män har.

De flesta av de som intervjuats hade dock en ganska samstämmig bild av vad som utlöser psykisk ohälsa:

- Jobbigt hemma (relationsproblem).
- Reaktionen efter t.ex. förälders bortgång, strid kring arv o.d.
- Hård arbetsbelastning.
- Omorganisation på arbetsplatsen, förändringar i arbetslivet.

Flera personer har också noterat att fysiska åkommor, t.ex. ryggont, kan vara symptom på psykisk ohälsa.

Även om inte alla har exakt samma definition på psykisk ohälsa så kan vi ändå konstatera att det är likartade frågeställningar som lyfts fram. Man talar om oro, sömnproblem, ibland samarbetsvårigheter och konflikter, sjukfrånvaro, koncentrationssvårigheter m.m. som oftast leder till en sämre arbetsprestation.

Psykisk ohälsa som ekonomisk fråga

Är psykisk ohälsa egentligen en ekonomisk fråga? Är det inte en alldeles för viktig fråga för att reduceras till något att räkna kostnader och intäkter på? Det kan man förstås tycka vad man vill om och vi menar inte att ekonomiska argument ska ersätta andra argument. Tvärtom, när det gäller frågor som dessa bör ett humant individperspektiv alltid finnas med. Men eftersom ekonomiska argument ofta stärker incitamenten för förebyggande eller rehabiliterande insatser, vilket torde öka möjligheten till positiva konsekvenser både för den enskilde individen och för den organisation där personen arbetar, menar vi att ekonomiska argument ofta är nödvändiga som komplement till andra argument.

Olika perspektiv

De ekonomiska argumenten kan se olika ut beroende på ur vems perspektiv frågan ses och vilket tidsperspektiv som beaktas.

”Vems perspektiv”, kan delas upp i de tre grundperspektiven individ, organisation och samhälle. Med individperspektivet menas att frågan ses utifrån vad som är bäst för den enskilda individen. Även om det är individperspektivet som gäller så kan det finnas flera olika tänkbara lösningar, där olika lösningar är olika bra för olika personer.

Med organisationsperspektivet menas att frågan ses utifrån vad som är mest fördelaktigt för den enskilda organisationen eller företaget. Inte heller här är det givet att det finns ett enda ”rätt” beslut speciellt då man sällan kan överblicka alla konsekvenser som beslutet för med sig.

Med samhällsperspektivet menar vi alla konsekvenser för alla parter i samhället, inkl. samhällsinstanser och myndigheter som sjukvård, Försäkringskassan, pensionssystem m.m.

Med tidsperspektivet menar vi att ett beslut kan påverkas beroende av hur långt in i framtiden man tar hänsyn till konsekvenser. Om hänsyn bara tas till effekter under det närmaste budgetåret kan vissa insatser för att förebygga, eller rehabilitera, psykisk ohälsa bli ekonomiskt tveksamma. Om däremot effekter under många år tas med i investeringstänkandet ökar möjligheterna för att insatser ska vara ekonomiskt försvarbara. Dock visar exemplen i denna rapport att det även med ett ettårsperspektiv ofta blir lönsamt att förebygga, eller tidigt rehabilitera, psykisk ohälsa.

I exempelsamlingen i denna rapport utgår vi framför allt från ett organisations- eller företagsperspektiv. Vi försöker svara på frågan hur de ekonomiska argumenten kan se ut för företaget i fall med psykisk ohälsa. Det gör vi genom att lyfta fram nio exempel på medarbetare som har, eller har haft, psykisk ohälsa eller sjukdom. I dessa nio exempel räknar vi fram vad den psykiska ohälsan/sjukdomen har kostat företaget men vi för också en diskussion om vad förebyggande, eller tidiga rehabiliterande, insatser skulle ha kostat och möjligheten för att sådana insatser hade undanröjt, helt eller delvis, de problem som uppstod. Det gör vi inte för att peka ut ”vad som borde ha gjorts i just detta fall” utan för att se möjligheterna att i framtiden undvika liknande problem, både vad gäller en jobbig mänsklig situation och onödiga kostnader för företaget.

Kritiska värden

Vår erfarenhet är att många som förespråkar förebyggande och tidiga rehabiliterande insatser kring psykisk ohälsa känner svårigheter att ekonomiskt visa på de fördelar som en enskild insats kan föra med sig. Ett sätt att föra den ekonomiska argumentationen vid ett givet förslag på insats är då att ta fram kritiska värden. Kritiska värden talar om hur stor effekt en insats måste ge för att den ska vara lönsam. Ett exempel klagör:

Antag att du har ett förslag om utbildning av chefer i hur man förebygger psykisk ohälsa. I förslaget ingår också ett ökat samarbete med företagshälsovården och sammanlagt bedöms satsningen, inklusive all arbetstid, kosta 150 000 kronor. Kan det verkligen vara lönsamt?

Något helt säkert svar går sällan att ge i förväg. Men ett ekonomiskt resonemang som bygger på kritiska värden brukar vara ett utmärkt beslutsunderlag. Diskussionen kan då bli så här:

”Om vi tror att vi genom insatsen kan undvika att en medarbetare får en utveckling liknande den vi ser i något av exemplen 1, 2, 3, 4, 5, 8 eller 9 så är insatsen lönsam.”

Kan vi garantera att det blir så? Förmodligen inte. Men var och en kan göra sin egen bedömning huruvida det är möjligt och troligt att en sådan utveckling faktiskt förhindras. Det blir en helt annan diskussion, och en mycket sundare diskussion, än att ställa frågan om ”150 000 kronor är mycket eller lite, om vi har råd med det eller inte”. Frågan är snarare om företaget har råd att inte ha relevant kompetens och verktyg för att hantera en situation med psykisk ohälsa.

Vad psykisk ohälsa kan kosta när företaget inte agerar – nio exempel

Psykisk ohälsa är något som inte bara angår den enskilde individen. Många gånger påverkas arbetsplatsen där personen arbetar och därmed finns det ofta starka ekonomiska argument för att förebygga, eller i alla fall tidigt rehabilitera, psykisk ohälsa. Det visar kommande sidors nio exempel som alla är hämtade från verkligheten.

Metod

Labora Konsultforum AB, representerat av författaren till denna rapport, har i december 2012, januari och februari 2013 träffat representanter från sju olika företag och organisationer. Det är Swedbank, Previa, Hedlunda industri, Boliden AB, Arbetsförmedlingen, en enhet inom Stockholms läns landsting, samt ett företag som önskar vara anonymt. På de flesta företag har vi intervjuat en HR-ansvarig, en chef/arbetsledare och en representant för företagshälsovården. Dessa personer har då berättat om medarbetare med psykisk ohälsa och utifrån intervjuerna har vi sammanställt nio exempel på medarbetare som har haft, eller har, psykisk ohälsa. Alla exempel har till viss del ändrats, bl.a. med vissa bakgrundsfakta, så att det inte ska gå att identifiera den enskilde medarbetaren. Om det ändå är någon som tycker sig känna igen något av dessa exempel är det kanske för att verkligheten ibland ser ut så här, inte bara på ett ställe utan på många olika.

Det är representanter för företagen som utifrån kriteriet ”psykisk ohälsa” har lyft fram exempel som de anser vara relevanta.

Exempel 1 visar vad psykisk ohälsa som leder till konflikter och rena hot kan kosta samt ger en diskussion om möjligheten att undvika den typen av kostnader.

Exempel 2 handlar om stressrelaterade problem, orsakade av både hem- och arbetsmiljö.

Exempel 3 gäller relationsproblem och vad de kan få för konsekvenser på arbetsplatsen.

Exempel 4 beskriver en medarbetare vars psykiska ohälsa har lett till långa sjukskrivningar.

Exempel 5 beskriver en medarbetare som har fått utmattningsdepression.

Exempel 6 behandlar en ung persons relationsproblem och hur det kan yttra sig på arbetsplatsen.

Exempel 7 belyser vad en kombination av förändringar på arbetsplatsen och relationsproblem kan innebära för en lite äldre person.

Exempel 8 beskriver en psykisk sjukdom som, om den hade uppmärksammats och behandlats i ett tidigt skede, hade gått att hantera. Men i ett sent skede blir det väldigt mycket svårare att göra ”rätt”.

Exempel 9 berör en person som går igenom en skilsmässa och de konsekvenser som företaget får av det.

De ekonomiska slutsatserna är inte exakta och de summor som presenteras har varit föremål för diskussioner. Vi har medvetet valt att räkna lågt, d.v.s. de invändningar som finns mot de summor som presenteras torde snarast gälla att det egentligen borde kosta mer än det som har redovisats.

Utifrån dessa exempel tillsammans med framför allt sjukskrivningsstatistik från Försäkringskassan och slutsatserna från Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2009 har vi vågat oss på en diskussion om vilka de totala kostnaderna för psykisk ohälsa skulle kunna vara för samhället. Det är definitivt inte någon ”exakt sanning” utan en kvalificerad gissning av vad det egentligen ligger för ekonomiska värden i att bli bättre på att förebygga och rehabilitera psykisk ohälsa.

Exempel 1 – ilska och överreaktioner

Sammanfattning:

En medarbetare var irriterad, hade kort stubin, hotade arbetskamrater med stryk. Allt som inte fungerade berodde på att ”andra hade problem”.

- Problemet kostade företaget mer än 200 000 kronor.
- Det blev ingen sjukskrivning, d.v.s. inga kostnader för Försäkringskassan.
- Problemet löstes genom att investera 50 000 kronor.
- Hade problemet inte lösts hade det kostat ytterligare minst 200 000 kronor, förmodligen mycket mer.
- Företaget står betydligt bättre rustat att nu förhindra, eller avsevärt minska konsekvenserna av, en liknande utveckling.

En medarbetare hade en uppenbar psykisk ohälsa. Han var irriterad, hade kort stubin, hotade arbetskamrater med stryk om de inte gjorde än det ena, än det andra. Allt som inte fungerade berodde på att ”andra hade problem”. Han skötte inte tider och var likgiltig till de misstag som gjordes.

Det här ledde till omfattande konsekvenser för företaget under den 6-månadersperiod när problemet var som störst:

- Han körde sönder material och utrustning vid tre olika tillfällen för totalt 100 000 kronor.
- Vid tre tillfällen när han hotade sin omgivning stoppade alla arbetskamrater arbetet och det blev produktionsstopp för 4 personer x 3 timmar x 3 tillfällen. Produktionsvärdet av varje arbetstimme var 600 kronor vilket innebar ett produktionsbortfall på 22 000 kronor.
- Arbetsledare, huvudskyddsombud, rehabiliteringshandläggare och andra har ägnat uppskattningsvis 40 arbetstimmar åt detta ärende. Med ett timpris på 600 kr blir det 24 000 kronor.
- Efter hoten har det blivit turbulens i arbetsgruppen (utöver de timmar då arbetet helt lades ned). Vid varje tillfälle har produktionen sänkts under en vecka med närmare 15 procent. Med timpriset 600 kronor innebär det mer än 40 000 kronor (4 personer x 40 timmar x 3 tillfällen x 600 kr x 15 procent).
- Omarbeten p.g.a. sämre kvalitet, vilket inneburit dels skrotningskostnader, dels tid och resurser för omarbeten. Svårt att uppskatta omfattningen men det är minst i nivå med övriga punkter.

Totalt har problemet under 6-månadersperioden kostat mer än 200 000 kronor. Notera att problemet inte genererade någon sjukfrånvaro vilket alltså innebär att det inte är registrerat i Försäkringskassans statistik.

Efter sex månader tog arbetsledaren ett allvarligt samtal med personen som också fick hjälp av professionella psykologer. Tillsammans med en del andra insatser gick det sedan åt rätt håll och förhoppningen är att de negativa konsekvenserna inte ska upprepas. Den här insatsen kunde göras på ett effektivt sätt då man nyligen hade genomfört en utbildning för chefer kring psykisk ohälsa vilket gjorde att de nu hade kompetensen att hantera frågan. Men hade dessa insatser inte vidtagits hade problemet ganska säkert eskalerat med än värre konsekvenser för företaget och arbetskamrater.

Så här i efterhand; hade det gått att undvika denna utveckling?

Arbetsledaren på den aktuella enheten är mycket tydlig: ”Det hade gått att undvika, eller i alla fall avsevärt minska risken. Men det gäller att chefer är intresserade, utbildade och kunniga samt villiga att ta de samtal som krävs. Man måste vara trygg för att kunna ta dessa samtal. Det gäller att vara uppmärksam på medarbetare som går igenom skilsmässor, har ekonomiska bekymmer, missbruksproblem eller har andra problem som skulle kunna ge upphov till psykisk ohälsa. För ofta är det inte på arbetsplatsen som problemet uppstår. Hade kompetensen och modet funnits i ett tidigt skede hade företaget sparat de 200 000 kronorna som problemet nu kostade.”

Vad kostade det då att lösa problemet? Och än viktigare, vad kostar det att genomföra förebyggande insatser för att minska risken för att liknande problem uppstår i framtiden?

Själva utbildningen på 2,5 dagar kostade cirka 20 000 kronor, inklusive arbetstid för denna arbetsledare. Därutöver fick man hjälp av psykologer (cirka 15 000 kronor) samt den tid som arbetsledaren och andra lade ned på fallet. Med resurser motsvarande 50 000 kronor, lyckades man lösa problemet och, framför allt, stå bättre rustad nästa gång ett liknande problem riskerar att uppstå.

Exemplet lär oss flera saker:

- Företagets kostnad för psykisk ohälsa kan, vid ett så allvarligt fall som detta, snabbt bli ett par hundra tusen kronor, mer än 200 000 kronor under ett halvår i detta fall. Detta utan att det blev en enda sjukdag.
- Genom att investera cirka 50 000 kronor på chefsutbildning, psykologhjälp m.m. så löstes problemet. Hade sådana insatser inte vidtagits hade antingen kostnaderna eskalerat och blivit ytterligare minst 200 000 kronor under nästkommande sex månader vilket hade betytt att problemet totalt skulle ha kostat närmare 500 000 kronor. Alternativt, vilket i detta fall hade varit mer

troligt, hade personen blivit uppsagd med kostnader för företaget på kanske en halv miljon kronor, beroende på hur man skulle lyckas med att få igenom uppsägningen med ”skälig grund”. Oavsett vilket var de satsade 50 000 kronorna en mycket lönsam investering som lågt räknat gav fyra gånger pengarna tillbaka, mer realistiskt 10–20 gånger pengarna tillbaka.

- Nästa gång företaget står inför en liknande problematik är risken avsevärt mindre att detta negativa förlopp ska uppstå igen då cheferna, efter utbildningen, har en helt annan grund att stå på.

Lite förenklat kan man konstatera att om vi tror att en sådan investering som gjordes (chefsutbildning, psykologhjälp m.m.) kan undvika ett förlopp som har beskrivits ovan så är den väldigt lönsam! Det är så lönsamt att lyckas att det förmodligen räcker att lyckas en gång på tio! (Företaget har satsat 50 000 kronor. Om man en gång på tio ”vinner” närmare 500 000 kronor är investeringen lönsam.)

Exempel 2 – stressrelaterad ohälsa

Sammanfattning:

Medarbetare med stressande hem- och arbetsmiljö som ledde till lägre prestation och både kort- och långtidssjukfrånvaro.

- Problemet kostade företaget minst 150 000 kronor.
- Därutöver Försäkringskassans kostnader för sjukpenning i ett år.
- Det går att minska risken för framtida liknande utvecklingar om man är mer uppmärksam på tidiga signaler och anpassar arbetsuppgifter när psykisk ohälsa uppstår.

En medarbetare i 40-årsåldern, som tidigare gjort ett utmärkt arbete, började för några år sedan bli lite labil och orkade inte riktigt med sina arbetsuppgifter. Även övrig personal påverkades negativt då andra fick ta över en del av de arbetsuppgifter som inte klarades av. Det blev även vissa kvalitetssänkningar som dock var svåra att översätta till ekonomiska konsekvenser. Problemen uppstod p.g.a. en som det upplevdes stressande miljö både hemma och på arbetet. Medarbetaren hade själv höga prestationskrav på sitt arbete samtidigt som det var höga krav hemifrån, något som kom till uttryck i form av en ”stressad arbetsmiljö”. Hon fick upprepad korttidssjukfrånvaro och efter ytterligare några månader blev hon sjukskriven på 50 procent via sin husläkare. Men inte heller det fungerade och ytterligare en tid senare blev hon långtidssjukskriven fullt ut.

Hon var sjukskriven i tolv månader, en period som nog blev onödigt lång då Försäkringskassan i ett tidigt skede ”tvingade” henne att återgå i arbete, något som bara ökade på stressen och förlängde sjukskrivningen. Efter ett år började hon i alla fall arbetsträna, en månad på 25 procent, nästan månad på 50 procent för att därefter arbeta på 75 procent. Hon är fortfarande ”skör” men det beror mest på hemförhållanden. Hon vill verkligen göra ett bra jobb men kan inte riktigt göra det.

Detta är ett exempel på en utveckling som är kostsam för verksamheten. I ett tidigt skede blev det verksamhetsstörningar, något som märktes i form av att andra fick ta över arbetsuppgifter medan annat inte blev gjort med lägre kvalitet som följd. Senare uppstod upprepad korttidssjukfrånvaro och långtidssjukfrånvaro. Därutöver har det gått åt tid för chefer och rehabiliteringsansvariga.

En ungefärlig uppskattning av de kostnader som uppstått kan sammanfattas enligt:

- Minskad prestation i ett inledningskede när hon inte orkade med sina arbetsuppgifter. De fördes då över på andra medarbetare som fick en ökad belastning samtidigt som det blev kvalitetssänkningar. Svårt att prissätta då det inte blev några direkta kostnader som följde.
- Korttidssjukfrånvaro, cirka 10 dagar. En schablon används där kostnaden för en korttidssjukdag sätts till 10 procent av månadslönen vilket blir cirka 2 700 kr/dag (utifrån en månadslön på 27 000 kr), eller totalt 27 000 kronor (10 dagar x 2 700 kr/dag).
- Långtidssjukfrånvaron, ett år, kostade framför allt i form av störningar på arbetsplatsen. Förutom de två första veckorna, då arbetsgivaren betalar en stor del (80 procent) av lönekostnaden, blir kostnaden relativt låg, per dag räknat. Totalt kan arbetsgivaren ha haft kostnader på cirka 75 000 kronor utan att ha fått något arbete utfört.
- Tid för chef, företagshälsovård och rehabiliteringsansvariga: totalt bedöms att drygt 100 arbetstimmar har ägnats åt detta ärende. Med ett timpris på 500 kr (vilket ska beskriva den nytta dessa personer annars hade gjort varje timme) motsvarar det resurser på 50 000 kronor.

Det motsvarar resurser på totalt minst 150 000 kronor!

Det här var ändå en verksamhet där sjukfrånvaron kunde hanteras på ett bra sätt. Det blev alltså inga stora störningar då annan personal kunde täcka upp. Utöver dessa 150 000 kronor har förstås samhället haft kostnader, som sjukpenning från Försäkringskassan.

Hade det gått att förhindra detta förlopp? Och framför allt, går det att förhindra att liknande förlopp händer i framtiden?

Arbetsledaren är inte säker men tror att om man tagit de första signalerna på mer allvar hade förloppet inte blivit lika allvarligt och långvarigt. Man kanske borde ha stöttat henne mer via företagshälsovården och kanske också anpassat hennes arbetsuppgifter under en period. Arbetsledaren ansåg också att Försäkringskassans hantering av ärendet kunde varit mer effektiv, nu försenade man snarare rehabiliteringen när man försökte ”tvinga” tillbaka henne i arbete.

Detta är ett inte helt ovanligt exempel. Vi har sett och hört liknande fall både inom ramarna för detta projekt och utifrån erfarenheter från olika arbetsplatser tidigare. Gemensamt för sådana exempel, när det blir en längre sjukfrånvaro som följd, är att det sällan kostar mindre än 100 000 kronor för företaget även om det är olika samhällsinstitutioner (framför allt Försäkringskassan) som står för den stora kostnaden

vid långtidssjukfrånvaro. Därmed finns också den ekonomiska argumentationen för att förhindra, eller i alla fall minska risken, att liknande fall uppstår i framtiden.

Exempel 3 – relationsproblem

Sammanfattning:

En duktig medarbetare, mycket omtyckt av övriga, fick plötsligt mycket korttidssjukfrånvaro. Han hävdade att sjukfrånvaron berodde på en fysisk åkomma, men det handlade om psykisk ohälsa.

- Problemet kostade under 4 månader företaget 140 000 kronor.
- Inga kostnader för Försäkringskassan då det inte blev någon sjukfrånvaro över två veckor.
- En tidig insats med resurser motsvarande 30 000 kronor hade undvikit kostnaderna, och kommer att undvika framtida kostnader.

En arbetsledare berättade följande:

”Vi hade en jätteduktig medarbetare, mycket omtyckt av övriga på enheten, som plötsligt fick väldigt mycket sjukfrånvaro. Från att tidigare bara varit borta någon enstaka gång var han nu sjukskriven 3–4 gånger i månaden, 1–3 dagar varje gång. Det orsakade oss mycket störningar, antingen i form av att vi fick ta in ersättare eller att det blev produktionsstörningar. Det innebar också att det blev mycket irritation bland arbetskamrater. Men när han var på arbetet skötte han det lika bra som tidigare.

Han hävdade att sjukfrånvaron berodde på en fysisk åkomma men vi insåg snart att det handlade om psykisk ohälsa. Han hade relationsproblem hemma och när påfrestningen blev för stor var han bara borta och det gick inte att få tag på honom. Vi tog hjälp av företagshälsovården och det blev lite bättre under några veckor men sedan var det ’kört’ igen. I och med att han hade en mycket viktig befattning, där en frånvaro fick stora konsekvenser, var vi tvungna att omplacera honom till en mindre känslig befattning. Det blev fortsatta problem men efter att vi fått ökad hjälp av företagshälsovården med bl.a. samtal och vi själva blivit tydligare med att han t.ex. måste vara nåbar när han är sjukskriven, och att vi har anpassat arbetet så att det blir mindre övertid, mår han nu mycket bättre, är inte längre sjuk och han fungerar bra i arbetsgruppen. Det känns som att detta nu är stabilt.”

Problemet varade i knappt fyra månader men det orsakade under den tiden en hel del kostnader:

- Sjukfrånvaron ledde antingen till kostnader för ersättare eller, när det inte var möjligt att sätta in en kompetent ersättare, produktionsstörningar. Produktionsstörningen på denna befattning värderades av arbetsledaren till mellan 3 500 och 10 000 kronor per dag, beroende på omständigheter. I genomsnitt cirka 5 000 kr per dag.
- Kostnaden för en ersättare handlade framför allt om upplärningskostnad. Företaget lade ned, när man insåg att det inte bara var någon enstaka frånvarodag, cirka 50 000 kronor i upplärning av en ersättare. Till det kommer att det då blev dubbla lönekostnader, åtminstone från den andra sjukdagen då företaget betalade 80 procent av lönen för den sjukskrivne. Med den aktuella månadslönen, närmare 25 000 kronor, blev merkostnaden i lön, semesterersättning och sociala avgifter, ungefär 2 000 kr per dag när en ersättare anlätades.

På de 30 sjukdagar det handlade, då man många gånger tog in en ersättare (kostnad cirka 2 000 kronor per dag) men då det ibland också blev produktionsstörningar (kostnad mellan 3 500 och 10 000 kronor per dag), bedömdes genomsnittskostnaden till 3 000 kr per dag, eller totalt 90 000 kronor. Därtill kom upplärningskostnaden på 50 000 kr. Problemet kostade alltså företaget cirka 140 000 kronor. I och med att det aldrig blev någon sjukfrånvaro över två veckor blev det aldrig någon sjukpenningkostnad för Försäkringskassan.

Hade man kunnat förhindra detta förlopp i ett tidigare skede? Eller ännu viktigare; går det att förhindra ett nytt förlopp liknande detta?

”Definitivt”, svarade arbetsledaren. ”Med tidiga samtal både med arbetsgivaren och företagshälsovården, det sistnämnda med hjälp av professionella beteendevetare, borde mycket av detta kunnat förhindras. Då talar vi om en insats på kanske 10 timmar av företagshälsovården och 20 timmar från oss i företaget. Räknar vi högt handlar det om en resursinsats på kanske 30 000 kronor. Hade vi gjort det i ett tidigt skede hade vi förmodligen undvikit de kostnader som sedan uppstod. Varför gjorde vi då inte så från början? Det handlade om okunskap, nu har vi blivit ännu bättre på att se vikten av att få människan att må bra för att också produktionen ska bli bra.”

Exempel 4 – omorganisation

Sammanfattning:

Företaget genomförde stora förändringar som påverkade allas arbetsinnehåll.

- För en medarbetare har man därefter haft kostnader på minst 600 000 kronor utan någon motprestation. Förmodligen kommer den summan att öka.
- Därutöver har medarbetaren varit långtidssjukskriven i 18 månader med sjukpenningskostnader för Försäkringskassan som följd.
- En tydligare förankringsprocess i samband med omorganisationen kunde ha minskat problemet.

En HR-ansvarig på ett företag berättade följande om en medarbetare med psykisk ohälsa:

”Den här personen har inte skött sitt arbete fullt ut utan fokuserar på problem. Jobbet blir inte utfört enligt de produktionskrav som finns men det beskrivs oftast som att det är omgivningen det är fel på. Det har lett till att det uppstått irritation bland andra medarbetare, konflikter och att andra inte har fullt förtroende för denna person.

Problemet bottnar i att personen har psykisk ohälsa som också märks i form av sjukfrånvaro. Sjukfrånvaron, som har handlat om upprepad korttidssjukfrånvaro, halvtidssjukskrivning i ett par månader och heltidssjukskrivning i ett helt år, har beskrivits som att den har berott på fysiska problem men har i själva verket handlat om psykisk ohälsa.

Problemet uppstod i samband med att det blev stora förändringar i företaget som påverkade allas arbetsinnehåll. En liten enhet med en chef slogs ihop till en större enhet med många chefer och när personen fick en ny chef, förändrade arbetsuppgifter och en ny roll som inte upplevdes som lika intressant.”

Så vad kostade detta problem och kan man vidta åtgärder för att ett liknande problem inte ska inträffa i framtiden?

När denna sammanfattning görs har problemet varat i nästan tre år och personen i fråga är nu heltidssjukskriven och det kommer förmodligen att krävas en ny rehabilitering (det har redan gjorts rehabiliteringsinsatser som inte fått full effekt) men framtiden är osäker. Så här långt har företaget haft följande kostnader:

- Upprepad korttidssjukfrånvaro i sammanlagt cirka 3 månader (uppdelat på många olika tillfällen). Med en kostnad för en korttidssjukdag på cirka 2500 kr (lite mindre än tio procent av månadslönen) motsvarar det cirka 150 000 kr (3 månader x 20 arbetsdagar x 2500 kr).
- Halv- och heltidssjukskrivning (som delvis ingår ovan) som har lett till kostnader för vikarie och inskolning av vikarie. Det tog ungefär sex månader för vikarien att komma upp i fullgod produktion. Med i genomsnitt halv nytta under denna period (låg produktion i början, hög i slutet av inskolningstiden) motsvarar det en inskolningskostnad på cirka 120 000 kronor (40 tkr / månad x 50 % x 6 månader), resurser som företaget inte fått ut full produktion av.
- Lägre effektivitet under tre år. Bedömningen är att personen, som tidigare gjorde full produktion, under dessa tre år har gjort ungefär hälften av den produktion som kan förväntas. Med en månadslön på 28 000 kronor blir det en kostnad på cirka 40 000 kronor med sociala avgifter och ett fullproduktivt arbete borde vara värt minst vad det kostar (för denna befattning är det svårt att räkna ”intäkter” av produktion). Att bara göra ”halv produktion” måste då kosta minst hälften av dessa 40 000 kronor, eller minst 20 000 kr/månad. Eftersom personen har varit sjukskriven ungefär halva tiden under dessa tre år så handlar det om 18 månaders närvaro med halv produktion, motsvarande minst 360 000 kronor.

Totalt handlar detta om resurser på mellan 600 000 och 700 000 kronor som företaget inte fått ut någon produktion för. Det betyder inte att man har ett kostnadskonto som heter ”lägre produktivitet” utan kostnaden finns ”gömd” under löner och andra kostnadskonton eller i form av uteblivna intäkter.

Hade detta gått att undvika? Går det att, i en liknande situation i framtiden, undvika dessa kostnader?

Den HR-ansvariga funderar: ”Det går att vara ännu tydligare i att medarbetarna har trygga anställningar men att företaget äger arbetsuppgifterna och att arbetsrollerna ska vara tydliga. En tydlighet i kommunikation mellan företag och medarbetare kan om inte helt undvika så i alla fall minska riskerna för denna typ av problem.”

Vi tolkar just detta exempel som att det är svårt att peka på någon enskild åtgärd som skulle ha förebyggt problemet även om en tydligare förankringsprocess i samband med omorganisationen förmodligen hade minskat problemet. För när man ser prislappen på minst 600 000 kronor finns det rätt mycket utrymme för att vidta förebyggande, eller tidiga rehabiliterande åtgärder. Fast det kunde man förstås inte veta för tre år sedan, när problemet uppstod.

Exempel 5 – utmattningsdepression

Sammanfattning:

En medarbetare sov dåligt, hade ofta huvudvärk, var stresskänslig och började få allt mer omfattande sjukfrånvaro. I början mest korttidssjukfrånvaro som så småningom övergick till långtidssjukskrivning.

- Problemet kostade företaget mer än 500 000 kronor.
- Problemlösningen kostade cirka 50 000 kronor.
- Om problemet inte hade lösts hade det kostat företaget ytterligare åtskilliga hundra tusen kronor.

En tidig 70-talist har arbetat på den stora arbetsplatsen i 20 år. Hon har skött sitt arbete på ett utmärkt sätt, varit ambitiös, alltid glad och trevlig och har aldrig sagt nej när hon ombetts göra något extra. En jätteduktig medarbetare!

För 6–7 år sedan började hon ta längre semestrar och ofta förlängde hon ledigheten med tjänstledigheter. Helgerna gick till stora delar åt till att sova men omgivningen reagerade inte märkbart på detta. ”Hon mår nog bra”, var det allmänna omdömet.

Men hon mårde inte bra. När andra medarbetare satte gränser så tog hon till sig mer arbete, vilket så småningom bidrog till en utmattningsdepression. Hon sov dåligt, hade ofta huvudvärk, var stresskänslig och började få allt mer omfattande sjukfrånvaro. I början mest korttidssjukfrånvaro som så småningom övergick till långtidssjukskrivning. Att enheten hon jobbade på samtidigt bytte chef i stort sett varje år gjorde inte saken bättre. Företagshälsovården kopplades in men rehabiliteringen fungerade dåligt. Hon fick aldrig något förtroende för läkaren. Budskapet från omgivningen handlade mycket om att ”du som är så duktig ska väl fixa det här”.

Under en sexårsperiod blandades heltidssjukskrivning med arbetsträning och deltidsarbete (25–50 procent) och även, under en kortare period, heltidsarbete men det fungerade aldrig tillfredsställande. Våren 2012 blev hon heltidssjukskriven igen.

Hennes nuvarande chef berättar: ”När jag kom till den här enheten hade hon varit sjuk en längre tid och hon har inte varit redo att komma tillbaka efter en rehabilitering. Hon hade en utmattningsdepression och behövde professionell hjälp. Hon sov så dåligt på nätterna att hon knappt orkade hålla sig vaken på arbetet. Det betydde att när hon inte var heltidssjukskriven så gjorde hon bara marginell nytta på de 25 eller 50 procent som hon ofta jobbade. Både när hon var på arbetet och när hon var sjukskriven blev det åtskilliga produktionsstörningar, ett sämre arbetsresultat och

ökat stresspåslag på övriga medarbetare som fick ta över mycket av det som hon inte klarade att göra.”

Företagets kostnader under 6-årsperioden handlar framför allt om de produktionsstörningar som har uppstått då hon antingen varit sjukskriven eller när hon, oftast på deltid, inte har kunnat göra ett fullgott arbete. Ett enkelt, men lågt räknat, sätt att beskriva den kostnaden är att granska vilka resurser företaget lagt ned på medarbetaren, både i form av lön och sociala avgifter men också i form av, oftast misslyckade, rehabiliteringsinsatser. Lönekostnaderna, inklusive sociala avgifter och lite omkostnader, handlar om cirka en miljon kronor (motsvarar två arbetsår som företaget betalat) och hon bedömdes ha gjort ungefär ”halv nytta” jämfört med vad man kan förvänta sig på befattningen. Man kan då säga att hälften av den totala kostnaden på cirka en miljon kronor inte har motsvarat något prestation, alltså en kostnad för problemet på cirka 500 000 kronor.

Till det ska läggas att en personalomsättning på denna befattning kostar, i rekrytering, utbildning och inskolning, cirka 250 000 kronor.

Till slut ändrades inriktningen på rehabiliteringen och tillsammans med företagshälsovården gjordes en noggrann genomgång av den medicinska statusen, där bl.a. insatser för att förebygga migrän och att underlätta sömn genomfördes. Tillsammans med en välplanerad arbetsåtergång, där den nye chefen, som har en gedigen erfarenhet av liknande fall och har den kompetens som behövs för att på bästa sätt medverka till en arbetsåtergång, har hon kunnat återvända till arbetet och gör nu en bra arbetsinsats. Prognosen är att det kommer att fortsätta fungera bra.

Insatsen som till slut fick tillbaka medarbetaren i arbete kostade ungefär 50 000 kronor om man inkluderar läkartid (cirka 10 timmar), tid från företagets rehabiliteringsansvarige och den närmaste chefen. Det kan jämföras med att problemet, under de sex år det hade varat, hade kostat företaget åtskilliga hundra tusen kronor.

Till sist kommer frågan om denna utveckling var oundviklig eller om den hade gått att förhindra i ett inledningsskede för sex–sju år sedan. Eller ännu viktigare: går det att förhindra en liknande utveckling för en annan medarbetare som hamnar i en motsvarande situation?

Här är den ansvarige läkaren, den nye chefen och rehabiliteringsansvarige mycket tydliga: det borde ha gått att undvika och det ska gå att undvika i framtiden. Om chefer får rätt kompetensutveckling när det gäller psykisk ohälsa, i det här fallet med betoning på stresshantering och utmattningsdepression, samtidigt som de till 100 procent är med på att stötta medarbetaren. Man måste dessutom ta till professionell hjälp när det är nödvändigt. Det är mycket viktigt att ha rätt läkare som gör en medicinsk bedömning.

Jämförs kostnaden för dessa insatser, som torde vara förhållandevis låg, med vad det är värt att undvika en utveckling som vi har beskrivit i detta exempel, så inser vi att rätt hanterat är förebyggande eller tidiga insatser mot psykisk ohälsa mycket lönsamt.

Exempel 6 – må dåligt

Sammanfattning:

En ung medarbetare med dåligt nätverk slutade sköta om sig, började äta dåligt, fick sömnproblem, hade mycket tankar och oro och mådde dåligt.

- Problemet kostade företaget cirka 100 000 kronor.
- Ingen långtidssjukskrivning, alltså inte registrerat hos Försäkringskassan.
- Riskerna för ett sådant problem uppstår minskas avsevärt med insatser för stresshantering, samtal med beteendevetare och en starkare social gemenskap.

En arbetsledare och en person från Företagshälsovården berättade om följande exempel:

”Det var en ganska ung medarbetare, med dåligt nätverk, som bodde ensam på orten. Han slutade sköta om sig, började äta dåligt, fick sömnproblem, hade mycket tankar och oro och mådde dåligt. Det här märktes förstås på arbetsplatsen, han blev slarvig, det blev irritation och en sämre relation i arbetsgruppen. Han fick upprepade korttidssjukfrånvaro, han uppgav magsjuka och förkylning, och hans arbetsprestation när han var på jobbet gick ned.”

För företaget innebar detta förstås produktionsstörningar och därmed kostnader. I och med att han under mindre än ett år varit sjukskriven vid tio tillfällen, varje gång några dagar, och företaget räknar en sjukdagskostnad på åtminstone två tusen kronor, blir bara sjukfrånvarokostnaden cirka 50 000 kronor. Lägg därtill produktionsstörningarna vid närvaro, något som har varit svårt att bedöma omfattningen av, men lågt räknat torde de åtminstone ha varit lika stora som kostnaden för sjukfrånvaro, alltså minst 50 000 kr. Totalt talar vi alltså om störningar motsvarande cirka 100 000 kr, och det under ett år!

Representanten för företagshälsovården menar att ”detta är inte ett unikt fall. Det finns många liknande situationer där en viss livsstil hänger ihop med psykisk ohälsa. Just denna utveckling kanske är vanligare bland yngre medarbetare och det kan, om inget görs för att hejda utvecklingen, i en framtid leda till än värre problem, många gånger också alkoholrelaterade.”

Men det går att förebygga och minska risken för denna typ av problem. Genom insatser för stresshantering, samtal med beteendevetare och en starkare social gemenskap gör företagshälsovårdsrepresentanten bedömningen att många liknande problem går att förebygga. Även om dessa insatser förstås inte är gratis så kan man ändå ställa de 100 000 kronor som ett sådant problem kostar, enligt exemplet ovan, mot vad de förebyggande insatser som minskar riskerna skulle kosta.

Förutom företagets kostnader uppstod inga andra samhällskostnader, det var t.ex. ingen långtidssjukskrivning. Men i ett längre perspektiv finns det andra risker med utvecklingen som beskrivs ovan. Det kan handla om resursutnyttjande för hälso- och sjukvård, trafikrisker, relationsproblem inom familjen m.m.

Exempel 7 – relationsproblem och omorganisation

Sammanfattning:

Omorganisation på arbetet, arbetsgruppen splittras. Ny chef som det inte fungerar så bra med. Relationsproblem hemma.

- Sänkt arbetsprestation och sjukfrånvaro kostade företaget cirka 70 000 kronor.
- Försäkringskassan fick sjukpenningskostnader i två veckor.
- Att identifiera och hantera risker vid omorganisationer torde minska risken för denna typ av kostnader. Samtidigt kan de negativa effekterna av relationsproblem minska om företaget erbjuder samtalsstöd.

En representant från företagshälsovården, tillsammans med en HR-ansvarig på företaget, berättar följande historia.

”En medarbetare i företaget har i stort sett ett ganska bra liv, ett meningsfullt jobb, bra arbetskamrater och chef, en partner och barn. Men när det sker en omorganisation på arbetet splittras arbetsgruppen som han har tillhört. Han får en ny chef som det inte fungerar så bra med. Samtidigt börjar hans fru att bete sig konstigt, hon är borta alltmer, och han känner mer och mer oro. Arbetskamraterna noterar att han är dämpad och inte lika engagerad som tidigare i sitt arbete. Chefen konstaterar att arbetseffektiviteten inte är vad man kan förvänta sig men istället för att ta ett samtal med honom sänker chefen förväntningarna på arbetsprestationen. När vår medarbetare så upptäcker en mobilkonversation mellan hans fru och en annan man rasar tillvaron samman. Han sover dåligt, får koncentrationssvårigheter, men biter ihop och går till jobbet. Men en dag går han till Vårdcentralen, får antidepressiv medicin och blir sjukskriven en månad.

Efter en månad gör han en överenskommelse med sin fru, symptomen lättar och efter ytterligare en tid slutar han med medicinen. Han träffar Företagshälsovården och får samtalstider med en beteendevetare. Efter sex samtal mår han bättre och genom att hans chef nu började ha en verklig dialog så blir arbetssituationen mer hanterlig. Genom att hans arbetsuppgifter anpassas något är han snart uppe i full produktion.”

Under den tid som problemet har fortgått har det uppstått kostnader för företaget. De kan sammanfattas enligt följande:

- Medarbetaren sänkte sin arbetseffektivitet från i stort sett fullgod produktion (90 %) till lite mer än halv produktion (65 %). Han minskade sin prestation med mer än en tredjedel. Då ett fullgott arbete, lågt räknat, kan värderas till kostnaden för medarbetaren, drygt 40 000 kr/månad (lön och sociala avgifter), motsvarar en minskning med en tredjedel (från 90 % till 65 %) ett produktionsbortfall på närmare 14 000 kronor per månad. Under de dryga två månader som han gick på ”halvfart” innan han blev sjukskriven uppstod därmed ett produktionsbortfall på cirka 30 000 kronor.’
- Han blev sjukskriven under en månad. De två första veckorna betalade arbetsgivaren bl.a. 80 % av hans lön och fick dessutom stora störningar i verksamheten. De två följande veckorna blev kostnaden för arbetsgivaren lägre då Försäkringskassan betalade de direkta kostnaderna. Produktionsstörningarna kvarstod dock då man inte tog in någon ersättare under denna tid. Totalt kostade sjukfrånvaromånaden drygt 40 000 kronor, detta baserat på schablonen att en korttidssjukdag kostar minst 10 % av månadslönen och att sedan en långtidssjukdag kostar lite mindre än hälften av korttidssjukfrånvaroschablonen.

Företaget har alltså fått kostnader på mer än 70 000 kronor för ett problem som kanske hade kunnat undvikas. Därutöver hade Försäkringskassan sjukpenningskostnader för två veckor.

Personen från företagshälsovården fortsätter:

”I regel är arbetsgivare generösa med insatser när saker väl har hänt. Men många är sämre på att jobba förebyggande och genomföra tidiga insatser. I detta exempel hade en bättre omorganisation, där man hade hanterat de negativa effekter som kan uppstå av omorganisationer, kunnat minska kostnaderna. Att även, som en del företag gör, erbjuda samtal till alla medarbetare kan avsevärt minska risken för att problem liknande det som är beskrivet här uppstår.

Även om detta är ett specifikt fall så finns många liknande exempel från många andra arbetsplatser. Det kan handla om en chef, en person med hög lön eller en med

lägre lön. En med lång erfarenhet eller en relativt nyanställd. De allra flesta kan hamna i en sådan situation.”

Exempel 8 – tidiga eller sena insatser?

Sammanfattning:

En medarbetare har alltid skött sitt jobb även om hon har uppfattats som lite underlig, egen och introvert. Nu börjar hon må sämre och övriga i arbetsgruppen får ta över en del av det hon tidigare gjorde vilket innebär oro, misstämning, stressymptom och en del ”gnabb” i gruppen. Efter ett år, med riktiga gräl och många korttidssjukskrivningar, ger företagshälsovården rådet: ”Köp ut henne, vi kan inget göra när det har gått så här långt”.

- Förmodligen en ”miljonkronorsfråga” för företaget. Personalresurser används inte optimalt, upprepade korttidssjukskrivningar på flera personer samt ett ”utköp” ger tillsammans en miljonkronorsfråga.
- På kort sikt inte så stora kostnader för Försäkringskassan i form av sjukpenning. På längre sikt kan ett eventuellt utanförskap kosta samhället miljoner.
- Om företaget i ett tidigt skede tagit förändringarna på allvar, kanske anpassat arbetsuppgifterna eller arbetstiderna, anordnat rätt utbildning eller kanske t.o.m. erbjudit en annan anställning hade det mesta av de problem som uppstod troligen kunnat undvikas.
- Nästa gång företaget ställs inför ett liknande problem kan det innebära att man i ett tidigt skede kan lösa problemet.

En representant för företagshälsovården berättar följande exempel:

”En medarbetare har alltid skött sitt jobb. Hon uppfattas dock av kollegorna som lite underlig, egen och introvert. Nu börjar hon må sämre, hon blir mindre social och hennes arbetsprestation går ner. Det innebär att övriga i arbetsgruppen får ta över en del av det hon tidigare gjorde vilket innebär oro, misstämning, stressymptom och en del ’gnabb’ i gruppen. ’Vi måste göra något’, säger alla men inget görs utan tiden går och den psykiska sjukdomen blir alltmer tydlig. Det blir riktiga gräl och flera blir sjukskrivna under några veckor. Då kontaktas företagshälsovården som kommer in alldeles för sent och vid den tidpunkten blir det enda rådet: ’Köp ut henne, vi kan inget göra när det har gått så här långt’.”

Då hade problemet varat i över ett år och kostat företaget mycket. Men hade man i ett tidigt skede tagit förändringarna på allvar, kanske anpassat arbetsuppgifterna eller

arbetstiderna, anordnat rätt utbildning eller kanske t.o.m. erbjudit en annan anställning hade det mesta av de problem som uppstod kunnat undvikas. Då hade mycket av störningskostnaderna kunnat undvikas liksom kostnaden för utköp. Förmodligen var det en ”miljonkronorsfråga” att göra rätt i ett tidigt skede (summan av alla störningar, sjukfrånvaro och kostnaden för utköp torde vara i ”miljonkronorsnivån”).

Till detta kan läggas de ”dolda” kostnader som företaget har då de inte tagit hand om sin medarbetare på ett optimalt sätt, det skapar badwill som kan medföra att skickliga personer inte söker jobb där.

Exempel 9 – skilsmässa

Sammanfattning:

En mycket kompetent medarbetare gick igenom en skilsmässa vilket avsevärt påverkade hans arbetsprestation.

- 20–30 procent minskad effektivitet i 18 månader kostade företaget närmare 400 000 kronor!
- Inga sjukdagar, alltså inga kostnader för Försäkringskassan.
- Tidigt samtalsstöd för 10 000 kronor hade förhindrat det mesta, men inte allt, av produktionsnedgången.

En chef berättar om följande erfarenhet:

”Vi hade en mycket kompetent medarbetare som plötsligt började göra ett sämre jobb, där kraft och energi lades på privata problem. Vi förstod senare att det berodde på en skilsmässa men då hade det redan blivit en nedgång i arbetsprestation på 20–30 procent, något vi tydligt mäter i våra uppföljningar. Det här fortskred i 18 månader. Då intäkterna av ett fullproduktivt arbetsår är cirka en miljon kronor blev bortfallet för företaget närmare 400 000 kronor! Då är att notera att kostnaden uppstod utan att det hade blivit en enda sjukdag.

Så här i efterhand kan vi konstatera att om vi i ett tidigt skede hade satsat på samtalsstöd för kanske 10 000 kronor kunde vi ha undvikit det mesta av produktionsnedgången. I ett vidare perspektiv kan förebyggande samtalsstöd, att företaget erbjuder samtalsstöd för alla, innan något har hänt, vara ekonomiskt försvarbart. Man kan satsa rätt mycket tid och resurser bara för att undvika de negativa effekterna av ett sådant fall som vi här relaterat.”

Slutsatser

I dessa nio exempel har vi redogjort för nio medarbetare med psykisk ohälsa. I deras organisationer har problemen kostat mellan 70 000 kronor och upp till miljonbelopp. Samtidigt har vi konstaterat att i de flesta av fallen hade denna kostnad kunnat undvikas, om inte helt så i alla fall delvis, om rätt insatser hade vidtagits i ett tidigt skede. Med rätt förebyggande insatser kan mycket undvikas helt och hållet. Detta samtidigt som de personer det handlar om oftast kan må så mycket bättre, eller i alla fall inte lika dåligt.

Man kan jämföra med underhåll och reparationer av maskiner. Värdefulla maskiner har nästan alltid löpande underhåll och vid minsta tecken på att något är fel vidtas åtgärder. En kopieringsmaskin där var fjärde sida blir svart åtgärdas omgående. Tidiga signaler på att något är fel leder till aktivitet.

En värdefull medarbetare (alla medarbetare torde vara värdefulla, annars skulle företagen inte betala många hundra tusen kronor per år för en medarbetare) kan, som vi har sett i exempelsamlingen, ”leverera svarta kopior” utan att det alltid ”åtgärdas”, åtminstone inte i ett tidigt skede. Detta trots att insatserna ofta kostar betydligt mindre än kostnaderna för det fortsatta problemet.

Det är alltså inte bara viktigt att reagera i tid – och gärna arbeta förebyggande. Det är också väldigt lönsamt!

Men om det är så lönsamt att reagera i tid och helst arbeta förebyggande, varför gör då inte fler företag så?

Det enkla svaret är att det är bekvämare och ”enklare” att inte göra någonting. Om företaget inte har en utarbetad policy, och inte har utbildat chefer och andra i hur man hanterar medarbetare med psykisk ohälsa, så kanske den enskilde befattningshavaren inte har den kompetens, vilja och mod som krävs för att åtgärda ett problem. När dessutom de kortsiktiga produktionskraven ständigt pockar på uppmärksamhet är det lätt att frågor om psykisk ohälsa hamnar i bakgrunden.

Förebyggande och tidiga rehabiliterande insatser

Då vi har intervjuat 18 personer, alla med erfarenheter av medarbetare med psykisk ohälsa och som på olika sätt varit inblandade i de tidigare relaterade exemplen, framgår det tydligt att stora delar av dessa problem går att förebygga. Här är en sammanfattning av de förebyggande åtgärder som har förts fram som samtidigt, i jämförelse med vad problemen kan kosta, är förhållandevis billiga att satsa på.

- Lyft upp frågor om psykisk ohälsa på agendan. Psykisk ohälsa är inget konstigt. Men många berättar inte om problemen, många är livrädda för ”psyket” och för psykologer. Det innebär att vissa personer skyller på ”ont i

ryggen” eller andra fysiska åkommor som kan vara mer accepterade och den egentliga orsaken till sjukfrånvaro eller reducerad arbetsprestation lyfts aldrig upp vilket också innebär att det blir så mycket svårare att vidta rätt åtgärder. Detta är till stora delar en kulturfråga. I vissa företag är det inget konstigt att tala om psykisk ohälsa medan det i andra företag nästan är tabu. Till stor del kan det vara en informationsfråga till alla medarbetare. En angelägen fråga i det förebyggande arbetet är att förankra organisationens värdegrund som bör vara att alla behandlas med respekt och där företeelser som mobbning och trakasserier inte tolereras.

- Ge utbildning om psykisk ohälsa till chefer, skyddsombud och rehabiliteringshandläggare. I flera exempel har det framkommit att chefer har uppmärksammat problem med psykisk ohälsa men inte haft kunskapen om hur man skulle hantera frågan. Därmed har kostnaderna för psykisk ohälsa också blivit mycket större än vad de hade blivit om chefer, och andra, hade haft rätt utbildning. Det här är förstås extra viktigt på arbetsplatser där risken för psykisk ohälsa kan vara som störst, t.ex. i yrken där man i hög grad är rums- och tidsbunden och därmed har ett mindre flexibelt arbete.
- Gör riskbedömningar utifrån förändringar på arbetsplatsen, t.ex. vid omorganisationer. I ett par exempel har omorganisationer, tillsammans med en stressig hemmiljö, varit utlösande faktorer för psykisk ohälsa. Precis som de flesta företag gör professionella riskbedömningar kring den fysiska arbetsmiljön kanske många företag kan bli bättre på att göra riskbedömningar kring den psykosociala arbetsmiljön. Därmed ökar möjligheterna att satsa på förebyggande insatser och minska riskerna för att psykisk ohälsa uppstår.
- Ta till professionell hjälp när det är nödvändigt. Det kan vara avgörande att ha rätt läkare som gör en medicinsk bedömning.
- Uppmuntra medmänsklig kontakt mellan arbetskamraterna. Att ha kännedom om varandra på arbetsplatsen, att man vågar ställa frågan ”hur mår du”?
- Anordna nätverk med företagshälsovård och arbetsledare där man utväxlar erfarenheter kring hur man jobbar med frågorna och stöttar varandra.
- Utnyttja samarbete med företagshälsovården som oftast är mycket duktig när de får uppdraget.
- Var tydlig på vikten av att göra rätt så tidigt som möjligt och var beredd att satsa på tidiga rehabiliteringsinsatser.

Samhällsekonomiska kostnader för psykisk ohälsa

Som vi har sett i exempelsamlingen kan psykisk ohälsa, förutom mänskligt lidande, leda till stora kostnader för de företag där medarbetaren är anställd. I dessa exempel

talat vi om kostnader som börjar på nivån strax under 100 000 kronor, kostnader som sedan kan bli mycket större. Vi har också sett något exempel på vad den psykiska ohälsan kan kosta i ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Men vad kostar den psykiska ohälsan totalt i ett samhällsperspektiv? För att ge ett riktigt bra svar på den frågan krävs en större forskningsinsats än vad denna utredning handlar om. Men vi kan ändå föra ett resonemang om vilka kostnader det skulle kunna handla om.

I Försäkringskassans Socialförsäkringsrapport 2011:4 konstateras att Försäkringskassans sjukpenningskostnad för psykiska sjukdomar 2009 var cirka 4,4 miljarder kronor (30,5 procent av totala sjukpenningskostnader för psykiska sjukdomar på 14,5 miljarder kronor) och kostnaden för sjukersättning/aktivitetsersättning för psykiska sjukdomar var nästan 19 miljarder kronor (39,1 procent av totala kostnader på 48,5 miljarder kronor).

Försäkringskassan konstaterar vidare att ”depressionerna står sammanlagt för 12 procent av sjukförsäkringskostnaderna. Lika stor andel av kostnaderna kan hänföras till neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom. Flera andra psykiska sjukdomar finns representerade på listan över de kostsammaste sjukdomarna: specifika personlighetsstörningar; schizofreni; genomgripande utvecklingsstörningar; lindrig psykisk utvecklingsstörning samt psykisk sjukdom orsakad av alkohol. Gemensamt för dessa psykiska sjukdomar är att en hög andel av kostnaderna kan hänföras till en stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan.”

I denna exempelsamling har kostnaderna för företagets produktionsstörningar (eller ineffektivt resursutnyttjande), korttidssjukfrånvaro m.m. i genomsnitt varit betydligt större än Försäkringskassans kostnad för sjukpenning. I fyra av de nio exemplen uppstod avsevärda kostnader för företaget utan att en enda sjukdag över 14 dagar noterades. D.v.s. i de fallen registrerades inte den psykiska ohälsan i Försäkringskassans sjukstatistik. I ytterligare två exempel begränsades sjukskrivningarna till någon månad, varav Försäkringskassan betalade sjukpenning i två veckor. Även i övriga exempel, med något undantag, har företagets direkta kostnader överstigit Försäkringskassans kostnader för sjukpenning. Försäkringskassans totala sjukpenningskostnader för psykisk ohälsa torde alltså bara utgöra en liten del av samhällets totala kostnader för psykisk ohälsa hos personer på arbetsmarknaden. Nu är dessa nio exempel inget slumpmässigt urval (företagen har själva valt exempel) men om de något så när visar vilka ekonomiska konsekvenser psykisk ohälsa kan föra med sig så kanske det i genomsnitt handlar om tre gånger (eller mer) så stora kostnader som Försäkringskassans sjukpenning. I så fall skulle det handla om företagsspecifika kostnader för psykisk ohälsa på närmare 15 miljarder kronor, kanske mer. Utgår man inte bara från Försäkringskassans

sjukpenning utan även tror att sjuk- och aktivitetsersättningar har föregåtts av omfattande direkta företagskostnader så stiger kostnaden ytterligare. Indirekt är det förstås vi alla som är med och delar även på Försäkringskassans kostnader.

I ett samhällsekonomiskt perspektiv är Försäkringskassans kostnader för sjukpenning/sjukersättning/aktivitetsersättning en låg siffra på vad frånvaro från produktion egentligen kostar (d.v.s. värdet av den förlorade arbetsinsatsen). Den nytta som en medarbetare skulle ha gjort om den inte varit sjukskriven torde i normalfallet vara betydligt högre än den kostnad som Försäkringskassan redovisar. Utöver dessa kostnader vet vi att det finns stora kostnader för psykisk ohälsa bland barn och ungdomar. Tillkommer sjukvårdens kostnader för behandling av psykisk ohälsa.

När man räknar på alla dessa pengar börjar man närma sig de nivåer som OECD skriver om i sin rapport om psykisk ohälsa i det svenska arbetslivet⁵, publicerad i mars 2013. Man uppskattar där de rent ekonomiska kostnaderna för psykisk ohälsa i det svenska arbetslivet till över 70 miljarder kronor om året i förlorade arbetsinsatser och utgifter för vård och omsorg.

Som vi har sett i exempelsamlingen menar de flesta av de som har intervjuats (läkare, företagssköterskor, rehabiliteringsansvariga, chefer) att det mesta av de negativa effekter som psykisk ohälsa orsakar företagen går att förebygga, eller åtminstone begränsa genom tidiga rehabiliteringsinsatser. Det skulle betyda att det finns åtskilliga miljarder kronor att spara för svenska företag om fler, ja varför inte de allra flesta, genomför förebyggande insatser, kanske i form av de förslag som har framförts på tidigare sidor.

Underlag för egna beräkningar

För att beräkna värdet av att undvika psykisk ohälsa kan det vara nyttigt att känna till kostnaden för några olika händelser, och därmed värdet av att undvika t.ex. sjukfrånvaro.

Kostnad för en korttidssjukdag

En vanlig schablon som många företag använder är att en korttidssjukdag kostar minst 10 procent av månadslönen. Om månadslönen är 25 000 kronor kostar alltså en korttidssjukdag minst 2 500 kr oavsett om den ersätts med en vikarie (då är vikariekostnaden den ”stora” kostnaden) eller om det blir produktionsstörningar (då

⁵ http://www.oecd-ilibrary.org/employment/mental-health-and-work-sweden_9789264188730-en

är produktionsbortfall eller kvalitetssänkningar det ”stora” kostnaden). Blir det stora produktionsstörningar kan sjukfrånvaron kosta mycket mer än så, se t.ex. exempel 3 där en korttidssjukdag under vissa omständigheter kunde kosta 10 000 kronor.

Vet du vad en korttidssjukdag kostar företaget vet du också vad det är värt att undvika korttidssjukfrånvaro.

Kostnad för en långtidssjukskrivning

Kostnaden för långtidssjukskrivning varierar stort beroende på vilka konsekvenser som uppstår i företaget. Själva lönekostnaden blir för företaget, efter två veckors sjukfrånvaro, ofta liten. De stora konsekvenserna är produktionsstörningar och eventuell rekrytering av ersättare. Flera företag har dock räknat på att en 6-månaderssjukskrivning sällan kostar mindre än 100 000 kronor, givet att företaget inte har överkapacitet och då varken behöver ersätta frånvaron eller får produktionsstörningar. Det kan dock kosta mycket mer än 100 000 kronor. Det finns exempel på att en långtidssjukskrivning, om det handlar om en nyckelperson och det blir omfattande störningar, kan kosta företaget flera miljoner kronor.

Kostnad för en personalomsättning

Kostnaden för en personalomsättning varierar stort, från bara några tusen kronor till många miljoner kronor. Det avgörande för hur mycket en personalomsättning kostar brukar vara den tid det tar att lära sig det nya jobbet. Ju längre tid det tar – desto högre kostnad för personalomsättning. Många företag har schabloner för olika befattningar. Om det inte finns får man räkna ut vad en personalomsättning kan kosta, inklusive kostnader för rekrytering, upplärning och produktionsstörningar under inskolningstiden.

Arbetstid kan värderas till minst den direkta kostnaden

En arbetad timme kostar ganska precis, om man inkluderar lön, semester och sociala avgifter, en procent av månadslönen. Med en månadslön på 25 000 kronor kostar alltså en arbetad timme, i lön, semester och sociala avgifter, 250 kronor (plus/minus ett par kronor). Tillkommer omkostnader som lokaler, administration m.m. men som en enkel schablon är detta nyckeltal mycket användbart.

Mallar

På nästa sida finns mallar för beräkning av kostnader för psykisk ohälsa samt jämförelser med kostnaden av att förebygga eller rehabilitera psykisk ohälsa.

Tänkbara kostnader vid psykisk ohälsa:

Produktionsstörningar vid närvaro:

- Minskad produktion: _____ st x _____ kr/st = _____ kronor
- Ej produktiv tid: _____ tim x _____ kr/tim = _____ kronor
- Andra störningar _____ kronor
(förlorade kunder, fel, omarbeten, övertid m.m.)

Korttidssjukfrånvaro: _____ dagar x _____ kr/sjukdag = _____ kronor

Långtidssjukfrånvaro: _____ dagar x _____ kr/sjukdag = _____ kronor
(alternativt en totalsumma för långtidssjukfrånvaron)

Rekrytering ersättare _____ kronor

Tid för rehabilitering _____ tim x _____ kr/tim = _____ kronor

Företagshälsovård _____ kronor

Övriga kostnader _____ kronor

Summa kostnader _____ kronor

Tänkbara kostnader för att förebygga psykisk ohälsa:

Utbildningsinsatser

- Deltagartid:
_____ personer x _____ timmar x _____ kr/tim = _____ kronor
- Utbildningskostnad _____ kronor
(utbildningsledare, lokaler, material, resor mm)
- Chefstid: _____ timmar x _____ kr/tim = _____ kronor
(förebyggande insatser på arbetsplatsen)
- Administration: _____ timmar x _____ kr/tim = _____ kronor
- Företagshälsovård: _____ timmar x _____ kr/tim = _____ kronor
(alternativt en totalsumma för förebyggande företagshälsovård)
- Övriga kostnader _____ kronor

Summa kostnader _____ kronor

Om författaren

Anders Johrén, född 1960, civilekonom, arbetar sedan 1988 i Labora Konsultforum AB, Stockholm, med utbildningar, föreläsningar, utredningar och författarskap om framför allt ekonomiska argument kring personalfrågor. Det kan t.ex. gälla personalutveckling, arbetsmiljö, rekrytering och friskvård.

I Labora Konsultforum AB arbetar även Olle Högberg, docent i företagsekonomi, som har granskat och gett synpunkter på denna rapport, och Bino Catasùs, professor i företagsekonomi, båda vid Stockholms universitet.

Mars 2013

Anders Johrén

Labora Konsultforum

anders@labora.nu