

Kostnadsjämförelse mellan tre rehabiliteringsprogram för anställda med alkoholproblem: ett arbetsgivarperspektiv

Kostnadsjämförelse mellan tre rehabiliteringsprogram för anställda med alkoholproblem: ett arbetsgivarperspektiv

Denna rapport refereras till enligt följande:

Aboagye E, Nordkvist P, Jensen I, Wåhlin C, Hermansson U, Lohela-Karlsson M. *Kostnadsjämförelse mellan tre rehabiliteringsprogram för anställda med alkoholproblem: ett arbetsgivarperspektiv*. Enheten för interventions- och implementeringsforskning inom arbetshälsa, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet. Stockholm 2016.

Innehåll

Sammanfattning	4
Inledning	6
Syfte.....	7
Data och metod	7
15-metoden (behandling A)	8
Öppenvårdsprogram med 12-stegsmetodik (behandling B).....	10
Öppenvårdsprogram med KBT-metodik (behandling C)	10
Kostnadsanalys	11
Direkta kostnader	11
Indirekta kostnader	12
Känslighetsanalys	13
Resultat	14
Arbetsgivarens kostnader för behandling enligt 15-metoden (A)	14
Arbetsgivarens kostnader för öppenvårdsbehandling med 12-steg (B)	15
Arbetsgivarens kostnader för öppenvårdsbehandling med KBT-metod (C)	16
Kostnadsdifferens mellan behandlingsalternativen.....	16
Känslighetsanalys	16
Diskussion	17
Begränsningar.....	19
Slutsats	20
Referenser	21

Sammanfattning

I rapporten beskrivs kostnaderna för rehabilitering (behandling) vid alkoholproblem som via företagshälsovården (FHV) kan erbjudas till arbetstagare. Studien syftar till att utifrån ett arbetsgivarperspektiv jämföra kostnaden mellan rehabiliteringsprogrammet som utförs av FHV (15-metoden) med två öppenvårdsprogram (12-steg samt KBT-program).

Kostnaderna som ingick i analysen var kostnader för rehabiliteringssamordning och rehabilitering (behandling) samt provtagning och analys av prover (direkta kostnader). Även kostnaderna för arbetstagarens frånvaro under behandlingstiden och andra relaterade produktivitetstförluster (indirekta kostnader), såsom arbetsgivarens deltagande i rehabiliteringen, har också beaktats.

Jämförelsen visar att behandlingarkostnaderna utgör en stor del av kostnaden, dock kan arbetstagarens och arbetsgivarens förlorade arbetstid orsaka ett omfattande produktionsbortfall som medför höga kostnader, vilket också bör beaktas när man fattar beslut om vilket program som ska erbjudas den anställde. Resultatet av studien visar att 15-metoden är det rehabiliteringsalternativ som medför lägst kostnad av de tre som jämförs. Såväl den direkta som den indirekta kostnaden var lägre för 15-metoden jämfört med båda öppenvårdsalternativen (12-steg och KBT). Utfallet har sin förklaring i att 15-metoden tidsmässigt är mer begränsad jämfört med öppenvårdsprogrammen.

Analysen visar att det finns stora variationer i kostnader för rehabiliteringsprogram för anställda vid alkoholproblem. Variationen beror till viss del på att behandlingarkostnaderna skiljer sig åt men till största delen är det tidsåtgången för rehabiliteringsprogrammen som är förklaringen. Olika tidsomfattning ger differenser vad gäller förlorad arbetstid och produktionsbortfall och därmed högre/lägre kostnader för arbetsgivaren.

Vid val av vilka rehabiliteringsprogram som ska erbjudas anställda med alkoholproblem är det, utöver behandlingseffekten, viktigt att ta hänsyn till både direkta behandlingarkostnader och kostnader för det produktionsbortfall som uppstår till följd av förlorad arbetstid. Genom att beakta de totala kostnaderna för rehabilitering av anställda med alkoholproblem så skulle arbetsgivaren kunna möjliggöra för fler att få tillgång till rehabilitering.

Inledning

Skadlig alkoholkonsumtion är förknippat med höga kostnader för individer, arbetsgivare och samhället i stort [1-4]. Kostnaderna inkluderar inte bara hälsorelaterade kostnader för individer med alkoholproblem och deras familjer [5, 6], utan även sociala kostnader såsom alkoholrelaterade brott, våld, trafikolyckor, skador och dödsfall [1, 3, 7]. För arbetsgivare kan en hög alkoholkonsumtion leda till ökad frånvaro [8-10] och försämrad effektivitet [11, 12] vilket i sin tur kan leda till negativa konsekvenser på övriga medarbetare och minskad produktivitet hos dem [5, 13].

Interventioner som syftar till att tidigt identifiera och behandla begynnande till mer omfattande alkoholproblem hos anställda kan vara till nytta för såväl individer som arbetsgivare och samhälle [14-16]. Syftet med att arbeta sekundärpreventivt är att förhindra alkoholproblemens negativa konsekvenser för både enskilda individer och arbetsplatser, och därigenom på kort och lång sikt bidra till ett mer hållbart arbetsliv. För arbetsgivare kan interventioner där personer med alkoholproblem identifieras tidigt bidra till positiva ekonomiska effekter såsom förbättrad produktivitet och minskade kostnader relaterade till färre olyckor och ett reducerat behov av vårdinsatser [17]. Arbetsgivare som bedriver ett väl fungerande alkoholpreventionsarbete har möjlighet att bidra till en god arbetshälsa samtidigt som de undviker en del kostnader som kan uppstå till följd av alkoholproblem på arbetsplatsen.

Att arbetsgivare kan och bör initiera interventioner som syftar till att identifiera alkoholproblem och erbjuda hjälp till anställda rekommenderas av såväl internationella arbetsgivarorganisationen (ILO) som forskare inom området [13, 18]. I många fall erbjuds dessa insatser relativt sent vilket innebär att såväl anställda som kollegor och arbetsgivare redan har drabbats av negativa konsekvenser. En central utmaning är att finna metoder som attraherar anställda att i ett tidigt skede minska konsumtionen och i vissa fall att även delta i behandling. En ytterligare utmaning är att identifiera effektiva insatser som inte är för resurskrävande för en arbetsgivare som i de flesta fall är den som finansierar dessa insatser [19, 20]. Det finns vetenskapligt stöd för att mindre tidskrävande behandlingsprogram kan genomföras av vårdpersonal utan specialistkompetens inom beroendevård samt att dessa program uppvisat goda effekter [21]. Dock saknas jämförande kostnadsstudier där såväl de direkta som indirekta kostnaderna för rehabilitering vid alkoholproblem beaktas.

I denna rapport undersöks kostnader för olika former av alkoholrehabilitering (behandling) som via företagshälsovården (FHV) kan erbjudas till arbetstagare med alkoholproblem. De behandlingsalternativ som studerats är valda i samråd med personal inom FHV som arbetar med rehabilitering och sedvanliga öppenvårdsprogram som idag erbjuds till arbetstagare med alkoholproblem. Utöver kostnader för själva behandlingen (direkta kostnader) har vi även utifrån ett arbetsgivarperspektiv tagit hänsyn till kostnader för utebliven arbetstid i samband med behandlingen (indirekta kostnader).

Syfte

Studien syftar till att utifrån ett arbetsgivarperspektiv jämföra de totala rehabiliteringskostnaderna för arbetstagare med alkoholproblem där alkoholrehabiliteringen genomförs inom FHV (15-metoden) alternativt med stöd av två program inom öppenvården med inriktning på 12-stegsmetod och KBT-metodik.

Data och metod

Rehabiliteringsprogrammet 15-metoden består av evidensbaserade komponenter och har utvecklats i linje med de forskningsresultat som visar att för personer med lindriga till måttliga alkoholproblem [22] leder kortare behandling i de flesta fall till motsvarande eller bättre effekt jämfört med mer omfattande behandling [23]. Mindre tidskrävande behandlingsmetoder kan enligt Berglund [21], utföras av hälso-och sjukvårdspersonal som inte har specialistkompetens i beroendevård. 15-metoden riktar sig till personer vars alkoholvanor motsvarar mer än 15 poäng på alkoholformuläret AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), och därifrån har metoden fått sitt namn. Under perioden 2012-2015 implementerades 15-metoden inom FHV via ett regeringsuppdrag i ett samverkansprojekt mellan Sveriges Företagshälsor, Karolinska Institutet och mottagningen för Alkohol och Hälsa, Riddargatan 1. En central del i uppdraget var att utbilda FHV (två dagar) i 15-metoden för att denna sedan skulle kunna erbjudas till arbetslivet. Metoden omfattar tre steg; screening, fördjupad bedömning och behandling (psykosocial och farmakologisk). Det första steget, screening och kort rådgivning, har mycket stark evidens. Steg två är en fördjupad bedömning, Hälsokoll Alkohol, och bygger på The Drinker's check-up (DCU) som har visat god effekt i flera studier [24-27]. Bedömningen syftar till att

identifiera alkoholrelaterade problem med stöd av olika kvalitetssäkrade bedömningsinstrument och alkoholmarkörer (blodprover) för att motivera personer att minska eller helt avstå från alkoholkonsumtion. Det tredje steget består av behandling, antingen psykosocial behandling (KBT-metoder och Motiverande samtal (MI)) eller läkemedelsbehandling (som syftar till att minska sug eller vidmakthålla alkoholfrihet), eller båda behandlingsalternativen i kombination.

De rehabiliteringsprogram som jämförs med 15-metoden (benämns här behandling A) i denna analys är två öppenvårdsprogram som används inom FHV och erbjuds personer med alkoholproblem. Rehabiliteringstjänsterna samordnas av FHV men vårdgivarna skiljer sig åt vid de olika öppenvårdsalternativen. Metoderna genomförs av vårdpersonal och ibland av en rekommenderad extern part som specialiserat sig på rehabilitering när det gäller alkoholproblem. Ett av programmen är tolvstegsbehandling (benämns här behandling B) och ett är ett individuellt anpassat program som innehåller såväl motiverande samtal som KBT-metodik (benämns här behandling C) (se ovan). I öppenvårdsprogrammen kan FHV vara involverad, såväl initialt, under behandling som vid uppföljning. Behandlingsresultaten från de olika rehabiliteringsprogrammen har utifrån kunskapssammanställningar (evidensläge) visat på likartad effekt [21, 23]. Tidsberäkningarna och beskrivning av insatserna är uppgifter från manualer och behandlingsbeskrivningar samt FHV personal involverade i alkoholrehabiliteringen och personal på respektive öppenvårdsenhet.

15-metoden (behandling A)

15-metoden som beräkningarna i denna studie utgår ifrån är en något mer omfattande än vad som framgår av manualen för 15-metoden (fler läkarbesök, fler provtagningstillfällen, längre uppföljningstid). Motivet att vi valde denna något mer omfattande modellen är att den totala insatsen kan variera något mellan olika FHV-enheter beroende på den anställdes behov och hur FHV organiserar sitt arbete. Modellen som används bedöms vara maximerad vad gäller både tidsåtgång och personalkostnader för FHV varför den troligen väl täcker kostnader som merparten FHV-enheter har vid användandet av metoden. Underlagets har tagits fram och används av en företagshälsa i mellersta Sverige.

Rehabiliteringen inleds med att en arbetstagare med alkoholproblem, alternativt dennes arbetsgivare, kontaktar FHV. Det första besöket tar ca 40 minuter och består av en fördjupad

bedömning med återkoppling av bedömningsinstrument och alkoholmarkörer (blodprover). Behandlingen som följer består av fyra samtalssessioner à ca 40 min spridda över en 12-veckorsperiod. Behandlingen utformas i samråd med den enskilde och är dels psykosocialt inriktad och kan kompletteras med läkemedelsbehandling som stöd att minska sug eller vidmakthålla alkoholfrihet. I modellen ingår provtagning med CDT och PEth, som båda avser påvisa hög alkoholkonsumtion, för monitorering.

Efter 13 veckor följer en läkare upp behandlingsresultatet med den anställde och besöket tar ca 30 minuter. Ca 6 månader efter behandlingsstart har den anställde ett utvärderingsmöte tillsammans med läkare och sjuksköterska som varar i ca 50 minuter. Därefter träffar arbetsgivaren vårdgivaren vid en halvårsuppföljning för att utvärdera den anställdes utveckling. Mötet förväntas ta en timme. Ett sista läkarbesök äger rum ett år efter behandlingens början och tar ca 20 minuter. Efter detta sista möte skickas en rapport som beskriver behandlingsutveckling och resultat till arbetsgivaren.

Under hela behandlingsperioden arbetar den anställde som vanligt förutom under besöken på FHV som äger rum på arbetstid. Under rehabiliteringen tas blodprover 8 gånger med prover, så kallade alkoholmarkörer (Leverprovet gamma-glutamyltransferas, GT samt konsumtionsmarkörerna, kolhydratsfattigt transferrin, CDT och fosfatidyletanol, PEth). Varje blodprovtagningstillfälle beräknas ta 30 minuter. Restiden vid varje rehabiliteringstillfälle har uppskattats till en timme.

Arbetsgivaren är involverad i en halvårsuppföljning (se ovan) av arbetstagarens rehabilitering. Uppföljningsmötet beräknas ta två timmar vilket inkluderar restiden. Utöver detta tillkommer tid för rapportering av resultaten från blodprovstagningen till arbetsgivaren vid tre tillfällen. Uppskattningsvis utgör detta ca 10 minuter per samtal, vilket innebär totalt 30 minuters förlorad arbetstid för arbetsgivaren.

Rehabiliteringen genomförs av FHV där arbetsgivaren betalar ett enhetspris för hela programmet. Rehabiliteringen pågår under totalt 12 månader.

Öppenvårdsprogram med 12-stegsmetodik (behandling B)

Tolvstegsbehandling kan beskrivas som en förberedelse till aktivt deltagande i självhjälpsgrupp (Anonyma Alkoholister, AA). Behandlingen har fokus på de fem första stegen men orienterar även deltagarna om de övriga stegen som finns i AA:s tolv steg. I denna öppenvårdsbehandling startar rehabiliteringen genom ett inledande möte på FHV med arbetsgivaren, den anställde, en läkare och en sjuksköterska. Mötet med FHV-personal uppskattas till i genomsnitt 2 timmar. Parallellt med att rehabiliteringen pågår har FHV uppföljande kontakter och provtagning med arbetstagaren. Likaså ansvarar FHV för kontakten med arbetsgivaren. Provtagning (markörerna GT, CDT och PEth) och uppföljning samordnas av företagssköterskan på FHV och uppgår till 10 timmar under ett år. Utöver det använder företagssköterskan ytterligare 2 timmar till att samordna och återkoppla resultat till arbetsgivaren. Den direkta kostnaden för den tid som FHV avsätter beräknas med hjälp av kostnadsnivåer för företagsläkarens samt företagssköterskans tid.

En bedömning av den anställdes alkoholproblem utförs av en anlita öppenvårdsenhet och tar 3 timmar. Den första delen av rehabiliteringsprogrammet är nio veckor lång och genomförs under 3 timmar varje dag på arbetstid. Ca fyra veckor in i rehabiliteringen genomförs en rehabiliteringskonferens på 2 timmar då både arbetsgivaren och arbetstagaren deltar. Efter nio veckor fortsätter den andra delen av rehabiliteringen en gång per vecka fram till 12 månaders rehabilitering har genomförts. Varje träff är 2 timmar lång och sker vanligtvis under arbetstid. I genomsnitt hålls 4 möten per månad vilket innebär totalt 40 möten som tillsammans ger 80 timmar i förlorad arbetstid. Under denna period tas blodprover för att följa upp alkoholkonsumtion och behandlingsframsteg. Arbetsgivaren deltar, förutom i det inledande mötet på FHV, även i en behandlingskonferens fyra veckor in i rehabiliteringen. Den tid som arbetstagaren avsätter för provtagning är 30 minuter per tillfälle. Kostnaden för provtagning är inkluderad i kostnaden för rehabiliteringsprogrammet.

Öppenvårdsprogram med KBT-metodik (behandling C)

Öppenvårdsprogram med KBT-metodik börjar med ett första möte mellan en psykolog på FHV, arbetsgivare och anställd och tar en timme. Arbetsgivaren deltar under de första 20 minuterna och därefter fortsätter psykologen och arbetstagaren själva. Bedömningen av arbetstagarens alkoholproblem utförs sedan av en extern rehabiliteringsleverantör och består

av 4 möten under en månad. Varje möte tar en timme. Arbetsgivaren deltar vid det sista tillfället. Huvudprogrammet är sedan uppdelat på 15 tillfällen fördelat på 6 månader där varje behandlingstillfälle tar ca 1 timme. Parallellt med rehabiliteringen tas regelbundna blodprover, sammanlagt 6 gånger. Proverna är desamma som de prover som tas i det andra öppenvårdsalternativet, dvs. GT, CDT, och PEth. Varje provtagningstillfälle tar en halvtimme. Den direkta kostnaden för rehabiliteringen utgörs av kostnaden för FHV:s insats samt den fasta kostnaden för öppenvårdsenhetens program.

Kostnadsanalys

I denna studie utvärderas inte effekterna av insatserna utan den är begränsad till att endast jämföra de direkta och indirekta kostnaderna för de olika programmen. Givet antagandet att behandlingarna ger likvärdig effekt skulle de olika rehabiliteringsprogrammen kunna bedömas utifrån dess kostnader vilket möjliggöra en kostnadsminimeringsanalys som innebär att man försöker finna den rehabiliteringsinsats som är minst kostsam [28]. Vi har dock valt att avgränsa oss till att endast genomföra en kostnadsjämförelse mellan rehabiliteringsprogrammen. Kostnaderna studerades utifrån ett arbetsgivarperspektiv och inkluderade direkta rehabiliteringskostnader samt indirekta kostnader som uppstått till följd av arbetstagarens och arbetsgivarens frånvaro under behandlingstiden. Den direkta kostnaden har tillsammans med kostnaden för den faktiska tidsåtgången av de olika momenten i rehabiliteringen använts för att uppskatta de totala kostnaderna.

Direkta kostnader

I de direkta kostnaderna inkluderas samordning av insatser via FHV, kostnader för rehabiliteringsprogrammet, provtagning samt analys av prover. De direkta kostnaderna för behandlingen har identifierats och sammanställts utifrån skriftlig information om tillämpning av programmen. Den skriftliga informationen har sedan stämts av med chefer eller medarbetare inom FHV och öppenvården.

För samtliga rehabiliteringsprogram finns ett samordningsansvar som administrerades via FHV. Omfattningen av detta arbete (den tid som användes av vårdpersonal per patient) varierade i de olika programmen vilket resulterar i olika kostnader. För samtliga rehabiliteringsprogram finns det en fast kostnad som inkluderade all behandling. Kostnader

för blodprovstagning och analyser under behandlingsperioden beräknades utifrån faktiska utgifter som arbetsgivaren haft för de olika vårdaktörernas insatser.

I de tre programmen (A-C) varierar antalet provtagningar med alkoholmarkörer mellan 8 till 12 tillfällen. Proverna tas normalt vid den initiala bedömningen och vid uppföljningar med fastställda intervall under behandlingen. Resultaten från provtagningen presenterades för den anställde vid nästa uppföljning och/eller genom en rapport till arbetsgivaren om den anställdes utveckling under behandlingen.

Indirekta kostnader

Ett flertal metoder har föreslagits för att beräkna kostnaderna för förlorad arbetstid för ett företag. Kostnaden kan beräknas utifrån antagandet att den motsvarar timlönen för den mängd varor som produceras [29, 30]. Det innebär att kostnaden för förlorad arbetstid blir densamma som kostnaden per timme för den anställde inklusive arbetsgivaravgifter. Detta kallas individens minimikostnad. För att utvärdera kostnaderna för förlorad arbetstid kan även den faktiska kostnaden för att ha den anställde anställd användas och då inkluderas även andra administrativa omkostnader såsom kostnader för lokaler, utrustning, administration, osv. I vissa branscher motsvarar en timmes produktionsbortfall även de förlorade intäkterna för en timmes arbete men eftersom det är relativt svårt att beräkna den exakta intäkten för varje individs produktion används oftast individens minimikostnad som beräkningsunderlag vilket medför att arbetsgivarens kostnader i förhållande till de reella produktionsförlusterna sannolikt underskattas.

I denna studie användes minimikostnaden för att beräkna kostnaden för en anställdas produktionsbortfall. Kostnaden beräknades på timlönen inklusive sociala avgifter och pensionskostnader (54,42 procent). Medianlönen i Sverige för 2015 var 28 600 kr vilket ger en timlön på 276 kr inklusive sociala avgifter m.m. För att beräkna kostnaden för produktionsbortfall för arbetsgivarens deltagande i rehabiliteringsmöten användes motsvarande timlön som i övriga populationen. Detta kan dock antas vara en underskattning av kostnaderna då chefer ofta har en högre genomsnittlig månadslön än den som motsvarar medianlönen i Sverige. I analyserna har även kostnad för restid inkluderats. I genomsnitt har en timmes restid uppskattats gå åt vid varje rehabiliteringstillfälle (rehabiliteringsmöten, behandling, blodprovstagning m.m.) för både arbetsgivarrepresentanten och den anställde.

Kostnaden för restiden har värderats motsvara lönekostnaden då rehabiliteringen skett på arbetstid och därmed inneburit ett produktionsbortfall för arbetsgivaren.

Känslighetsanalys

Eftersom resultatet av en ekonomisk analys i stor utsträckning påverkas av vilka kostnadsdata som använts bör en känslighetsanalys alltid genomföras. De kostnadsdata som kan värderas på olika sätt i denna studie är framförallt de indirekta kostnaderna, d.v.s. det produktionsbortfall som uppstått i samband med alkoholrehabiliteringen. En känslighetsanalys genomförs för att avgöra hur den värderade kostnaden för förlorad arbetstid påverkar slutresultatet. Detta sker genom att de antagna kostnaderna som använts i ursprungsanalysen förändras för att kontrollera att de givna resultaten förändras i motsvarande grad.

Förlorad arbetstid beräknades tidigare som timlönen multiplicerat med antalet timmar som den anställde var borta från arbetet. Detta tillvägagångssätt riskerar emellertid att underskatta den verkliga kostnaden för förlorad arbetstid [31, 32]. Den alternativa kostnaden för förlorad arbetstid uppskattades därför i denna studie med hjälp av en så kallad multiplikator i känslighetsanalysen. Ett antal olika multiplikatorer har tagits fram i tidigare forskningsstudier för ett flertal yrken baserade på chefers uppskattning om kostnaden för verksamheten då en anställd är sjuknärvarande respektive sjukfrånvarande. I denna studie användes medianvärdesmultiplikatorn. Resultaten från multiplikatorstudierna [31, 32] visar att den faktiska kostnaden för sjukfrånvaro eller sjuknärvaro överstiger minimikostnaden och den identifierade multiplikatorn bör användas för att närma sig den faktiska produktionsbortfallskostnaden. Kort frånvaro, likt den som uppstår i flera av de inkluderade rehabiliteringsprogrammen, kan innebära att den anställde inte ersätts med vikarie vilket leder till utebliven produktion och i en del fall även till att kollegors prestation påverkas, speciellt i yrken där medarbetarna i hög grad arbetar i team. Sammantaget kan detta kortsiktigt skapa en nedgång i den totala produktiviteten och orsaka kostnader utöver de anställdas timlöner vilket motiverar användandet av en multiplikator som estimerar en kostnad som är högre än minimikostnaden. Den genomsnittliga timlönen multiplicerades här med medianvärdemultiplikatorn 1.28.

Resultat

Arbetsgivarens kostnader för behandling enligt 15-metoden (A)

Den direkta kostnaden för 15-metoden varierar mellan olika FHV och vi har utgått ifrån en kostnad på 20 000 kronor vilket är ett medianvärde. Denna kostnad inkluderar alla besök och möten som inkluderar FHV-personal samt blodprover.

Den tid som rehabiliteringsprogrammet tar för en anställd är 5 timmar. Till detta tillkommer den tid som går åt till resor för att delta i behandlingen vilket beräknas till 8 timmar. Utöver detta tillkommer ytterligare 4 timmar för provtagning. Under rehabiliteringen förväntas även arbetsgivaren att delta i vissa möten samt avstämningar. Den sammanlagda tiden för arbetsgivarens eget produktionsbortfall i samband med att de deltar i arbetstagarens rehabilitering motsvarar 2 timmar och 30 minuter. Total arbetstid som avsätts från arbetsgivaren för rehabiliteringen är 19 timmar och 30 minuter, se tabell 1. Den totala kostnaden för arbetsgivaren beräknas till 25 382 kronor. Fullständig information för kostnaderna redovisas i tabell 2.

Tabell 1: Tidsåtgång vid rehabiliteringsinsatser för arbetstagare och arbetsgivare

Rehabiliteringsinsatser	Behandling A		Behandling B		Behandling C	
	AT	AG	AT	AG	AT	AG
Inledande möte med FHV	-*	-*	2 h	2 h	1 h	0,33 h
Utredning (arbetstagare)	-	-	3 h	-	4 h	1 h
Behandling/ rehabiliteringstillfälle (del 1)	5 h	1 h	135 h	-	15 h	
Behandlingskonferens	-	-	2 h	2 h	-	-
Efterbehandling / uppföljningsmöte (del 2)	-	-	80 h	-	-	-
Provtagning (tidsåtgång)	4 h	0,5 h	5 h	-	3 h	
Resor (timmar)	8 h	1 h	98 h	2 h	20 h	2 h
Summa produktionsbortfall (timmar)	17 h	2,5 h	325 h	6 h	43 h	3,33 h
Total tid produktionsbortfall, timmar		19,5 h		331 h		46,33 h

AT = Arbetstagarens tid

AG = Arbetsgivarens tid

*Kostnaden för inledande möte med FHV i behandling A ingår i rehabiliteringskostnaden.

Arbetsgivarens kostnader för öppenvårdsbehandling med 12-steg (B)

Den direkta kostnaden för rehabilitering med öppenvårdsbehandling B inkluderar tid för initial bedömning och uppföljning hos FHV, kostnad för behandling i öppenvård samt blodprovstagning. Kostnaden för FHV:s insats är 14 300 kr. Den fasta kostnaden för rehabiliteringsprogrammet är 60 000 kr och inkluderar även kostnaden för provtagning.

Tidsåtgång för den initiala bedömningen hos FHV är två timmar för både arbetsgivaren och arbetstagaren. Uppföljande träffar hos FHV används till provtagning vilket sammanlagt ger 5 timmars frånvaro. Initial bedömning hos öppenvårdskliniken och den första delen av rehabiliteringsprogrammet tar totalt 138 timmar. Restiden beräknas till 1 timme per tillfälle vilket totalt blir 46 timmar. Detta följs sedan av en rehabiliteringskonferens vilket innebär 3 timmar förlorad produktiv tid för både arbetsgivaren och arbetstagaren. För den andra delen av rehabiliteringsprogrammet går det åt totalt 80 timmar. Den totala restiden under denna period är 40 timmar. Totalt avgår 325 timmar av arbetstagarens arbetstid och arbetsgivaren avsätter ytterligare 6 timmar (tabell 1).

De direkta kostnaderna, dvs kostnaden för FHV:s insats samt kostnaden för Öppenvårdsbehandling (B) är 74 300 kronor. De indirekta kostnaderna för rehabiliteringen, vilket inkluderar förlorad arbetstid i samband med rehabiliteringsmöten samt restid, uppgår till 91 356 kronor, se tabell 2.

Tabell 2: Total kostnad för respektive rehabiliteringsprogram

Kostnadspost	Rehabiliteringsalternativ		
	Behandling A	Behandling B	Behandling C
Företagshälsovård	.*	14 300	1 200
Rehabiliteringskostnad	20 000	60 000	54 000
<i>Summa, direkt kostnad</i>	<i>20 000</i>	<i>74 300</i>	<i>55 200</i>
Produktionsbortfall arbetsgivare (restid, behandlingstid)	690	1 656	920
Produktionsbortfall anställd (restid, behandlingstid)	4 692	89 700	11 868
<i>Summa, indirekt kostnad</i>	<i>5 382</i>	<i>91 356</i>	<i>12 788</i>
Total kostnad, kronor	25 382	165 656	67 988

* Kostnaden för inledande möte med FHV i 15-metoden ingår i rehabiliteringskostnaden.

Arbetsgivarens kostnader för öppenvårdsbehandling med KBT-metod (C)

Den direkta kostnaden för rehabiliteringsprogrammet utgörs av det första mötet hos FHV samt den fasta kostnaden för rehabiliteringsinsatsen i öppenvårdsprogram C. Kostnaden för FHV:s insats är 1 200 kronor och insatsen för öppenvårdsenheten är 54 000 kronor.

Arbetstagaren deltar i rehabilitering under totalt 43 timmar. Arbetsgivaren lägger ner ytterligare 3,33 h. Den totala tiden som går åt till rehabiliteringsinsatsen är 46,33 h (tabell 1). Kostnaden för förlorad arbetstid är beräknad till 12 788 kronor. De totala kostnaderna för öppenvårdsrehabilitering B uppgår till 67 988 kronor av vilken rehabiliteringskostnaden utgör den största delen (tabell 2).

Kostnadsdifferens mellan behandlingsalternativen

Skillnader i kostnader mellan rehabiliteringsprogrammet A (15-metoden) och öppenvårdsbehandlingarna B respektive C kan identifieras i tabell 2. De direkta kostnaderna för behandlingarna varierade mellan de olika alternativen där den största skillnaden återfanns i den fasta kostnaden som betalades till rehabiliteringsaktören. Denna kostnad varierade mellan 20 000 kronor och 60 000 kronor vilket är en skillnad på 40 000 kronor mellan det dyraste och billigaste alternativet. Det fanns även stora variationer i kostnader för produktionsbortfall på grund av förlorad arbetstid. I 15-metoden avsätts totalt 19,5 timmar för rehabilitering vilket även inkluderar restid. Motsvarande tid för öppenvårdsalternativ B och C är 331 timmar respektive 46,33 timmar. Den indirekta totala kostnaden varierar mellan 5 382 kronor och 91 356 kronor vilket ger en skillnad på 85 974 kronor mellan det billigaste och dyraste alternativet. Totalkostnaden för programmen är 25 382 kronor, 165 656 kronor och 67 988 kronor. 15-metoden är den minst resurskrävande metoden och är 140 274 kronor billigare än öppenvårdsalternativ B samt 42 606 kronor billigare än öppenvårdsalternativ C. Denna analys tar dock inte hänsyn till eventuella tillkommande kostnader för vare sig läkemedelsbehandling eller om det uppstår behov av ytterligare rehabiliteringsprogram (återfall eller annat motiv) efter dessa rehabiliteringsprogram.

Känslighetsanalys

Produktionsbortfallskostnaden i ovanstående beräknades utifrån en minimikostnad vilket innebar att endast den anställdes timlön samt arbetsgivaravgifter inkluderades. I de allra flesta

fall är en sådan prissättning av kostnaden en underskattning eftersom kostnaden för utebliven produktion överstiger minimikostnaden. För att ta hänsyn till ytterligare effekter av frånvaron beräknades som tidigare nämnts även kostnaden för produktionsbortfall med hjälp av en medianvärdesmultiplikator. Multiplikatorn är tänkt att väga upp ytterligare kostnader som kan uppstå till följd av en persons frånvaro, till exempel påverkan på kollegors prestation, uppskjuten deadline eller försämrade kvalitet. Detta ökade kostnaderna för produktionsbortfallet ytterligare, se tabell 3.

Tabell 3: Kostnad för produktionsbortfall för arbetsgivaren vid olika rehabiliteringsalternativ

Produktionsbortfall	Kostnad produktionsbortfall vid rehabilitering		
	Behandling A	Behandling B	Behandling C
<i>Produktionsbortfall utan multiplikatorn</i>			
Produktionsbortfall arbetsgivare, SEK	690	1 656	920
Produktionsbortfall anställd, SEK	4 692	89 700	11 868
Total kostnad	5 382	91 356	12 788
<i>Produktionsbortfall med multiplikatorn</i>			
Produktionsbortfall arbetsgivare, SEK	883	2 120	11 78
Produktionsbortfall anställd, SEK	6 006	114 816	15 191
Total kostnad	6 889	116 936	16 369

Diskussion

Rehabiliteringsprogrammet A (15-metoden) som genomförs inom hälsan har i analysen jämförts med två befintliga rehabiliteringsprogram inom öppenvården, B (12-steg) och C (KBT-inriktning). I denna studie har vi valt att genomföra en kostnadsanalys där vi jämför kostnaderna för behandling och produktionsbortfall av de olika programmen utifrån ett arbetsgivarperspektiv.

Kostnadsanalysen visade att totalkostnaden för rehabiliteringsprogrammet A (15-metoden) är lägre än för de andra behandlingsalternativen trots att 15-metoden genomförs under en längre tidsperiod (inkluderat uppföljning, 12 månader) än de två övriga programmen. Skillnaden återfinns såväl i de direkta kostnaderna (behandlingskostnad) som de indirekta kostnaderna (produktionsbortfall). Kostnaden för det dyraste programmet är ca 140 000 kronor högre per behandlad individ än för det billigaste alternativet. För en arbetsgivare så innebär det att det skulle vara möjligt att erbjuda sex anställda rehabilitering med behandlingsalternativ A för motsvarande kostnad som det skulle innebära att rehabilitera en person med

öppenvårdsalternativ B. Resultatet visar också att en kostnadsjämförelse som enbart tar hänsyn till de direkta kostnaderna riskerar att underskatta de faktiska kostnaderna för rehabilitering av en anställd med alkoholproblem. Detta gäller framförallt i de fall där de rehabiliteringsprogram som finns tillgängliga är tidsmässigt resurskrävande.

Samtliga av de program som jämförs i denna studie erbjuds via FHV. Hur genomförandet går till skiljer sig dock åt. Behandlingsalternativ A bygger på att rehabiliteringen ska vara kort och inte behöver ges av specialister inom beroendevård. För öppenvårds-alternativen B och C sker en samordning via FHV medan själva rehabiliteringen erbjuds av en extern aktör. Det gör att det samordningsansvar som FHV har i de två senare programmen medför en ytterligare kostnad för arbetsgivaren. Omfattningen av samordningen varierar dock mellan de två program som inkluderats vilket även påverkar kostnaden för FHV:s arbete. Till viss del innebär även samordningsansvaret att ytterligare tid går åt för arbetstagarens rehabilitering redan innan den faktiska rehabiliteringen påbörjas. Fördelen med samordningen är dock att arbetsgivaren har en hälso- och sjukvårdskunnig expert som inledningsvis gör en bedömning av den anställdes behov och som håller i kontakterna med den externa leverantören vilket kan frigöra tid för arbetsgivaren som annars skulle ha behövt sköta dessa kontakter själv. Skillnaderna i hur behandling och uppföljning organiseras förklarar delvis differenserna i den totala kostnaden för rehabiliteringsprogrammen. Till exempel genomförs uppföljningar parallellt med rehabiliteringsmöten i behandling A vilket minskade den tid som den anställda var borta från produktionen jämfört med om uppföljningarna gjordes separat som i öppenvårdsalternativ B och C där den anställda tog ytterligare prover hos FHV.

Analysen visar att behandlingskostnader utgör en stor del av kostnaden för att rehabilitera arbetstagaren med alkoholproblem med både behandling A (15-metoden) och öppenvårdsalternativ C (KBT-metod). Dock var behandlingskostnaden nästan tre gånger så hög för öppenvårdsalternativ C som för behandling A. För öppenvårdsalternativ B (12-stegsmetod) var kostnaden för arbetstagares och arbetsgivares förlorade arbetstid den mest omfattande kostnaden (55 % av den totala kostnaden).

Känslighetsanalysen ger en indikation på den faktiska kostnaden som uppstår för arbetsgivaren när en anställd är frånvarande från arbetet. I detta fall ökade kostnaden med i genomsnitt 28 procent. I denna studie har vi använt en medianvärdesmultiplikator vilket

innebär att kostnaden kan vara ännu högre i en del yrkesgrupper likväl som den kan vara lägre i yrken där arbetet oftast sker enskilt eller där det finns möjlighet att utan produktionskonsekvenser förlägga arbetet på annan tid. Dock kommer kostnaden aldrig att understiga minimikostnaden eftersom rehabiliteringen i de allra flesta fall genomförs på betald arbetstid. Kostnadsökningen var störst för de behandlingar som kräver högre frånvaro av arbetstagarna vilket visar kostnadsberäkningens känslighet när det gäller hur produktionsbortfallet estimeras men också att det kan vara viktigt ur ett arbetsgivarperspektiv att välja en effektiv behandling som inte tar mer tid än nödvändigt.

Givet antagandet utifrån evidensbasen att behandlingsresultaten av de olika programmen är likvärdiga kan man utifrån resultaten i denna rapport välja behandlingsalternativ utifrån ett kostnadsperspektiv. I denna studie hade behandling A (15-metoden) den lägsta kostnaden per anställd jämfört med de två andra öppenvårdsalternativen B (12-stegsmetod) och C (KBT-metodik). Ur ett strikt kostnadsperspektiv skulle detta innebära att 15-metoden kan övervägas som ett förstahandsalternativ. Andra bedömningsgrunder utöver de ekonomiska kan dock självfallet ha betydelse i enskilda fall för att välja ett tidsmässigt mer omfattande program.

Begränsningar

Resultaten från denna rapport bygger på beräkningar från programmets struktur och inte empiriska data. Dessa har dock verifierats av anställda som arbetar med dessa rehabiliteringsprogram vilket ändå möjliggör en jämförelse. För att ytterligare undersöka tillförlitligheten i dessa resultat rekommenderas att empiriska utvärderingar genomförs där även behandlingseffekterna av rehabiliteringsprogrammen beaktas. Detta skulle möjliggöra kostnadseffektsberäkningar som skulle kunna användas som beslutsunderlag.

Det finns även andra förklarande faktorer såsom t.ex. ålder, beroendegrad, andra sjukdomar, inställning till behandling och eventuell förekomst av återfall som kan påverka behandlingslängden och därmed den totala kostnaden. Arbetstagare med hög alkoholkonsumtion som löper risk att utveckla allvarliga alkoholproblem kan ha behov av en mängd olika medicinska insatser som behöver övervägas. I framtida studier av kostnader för rehabilitering vid alkoholproblem bör utvärdering genomföras ur både ett samhällsperspektiv och ett arbetsgivarperspektiv. I det bredare perspektivet kan det även vara aktuellt att inkludera kostnader för läkemedel och för eventuella uppföljande insatser över en längre

tidsperiod. I denna studie har vi endast tagit hänsyn till kostnaderna för behandling och produktionsbortfall ur ett arbetsgivarperspektiv.

Slutsats

En jämförelse mellan kostnader för olika rehabiliteringsprogram visar att det finns stora variationer utifrån ett arbetsgivarperspektiv. Skillnaderna ligger både i kostnaderna för själva rehabiliteringsprogrammen, d.v.s. den direkta kostnaden, och i tidsåtgången för att medverka i rehabiliteringen vilket resulterar i förlorad arbetstid och produktionsbortfall. Det minst kostsamma rehabiliteringsprogrammet är behandling A (15-metoden) vars behandlingskosten är lägre och framförallt pga att det upptar minst av den anställdes arbetstid. De övriga två behandlingsalternativen är åtminstone dubbelt så kostsamma samtidigt som den förlorade arbetstiden är mer än dubbelt så hög. Kostnadsskillnaden mellan det minst och mest kostsamma alternativet är ca 140 000 kronor. Genom att beakta de totala kostnaderna för rehabilitering av anställda med alkoholproblem så skulle arbetsgivaren kunna möjliggöra för fler att få tillgång till rehabilitering.

Referenser

1. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J: **Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders.** *Lancet* 2009, **373**(9682):2223-2233.
2. Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Chaikledkaew U: **The economic impact of alcohol consumption: a systematic review.** *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy* 2009, **4**:11.
3. Jarl J, Johansson P, Eriksson A, Eriksson M, Gerdtham UG, Hemstrom O, Selin KH, Lenke L, Ramstedt M, Room R: **The societal cost of alcohol consumption: an estimation of the economic and human cost including health effects in Sweden, 2002.** *European Journal of Health Economics* 2008, **9**(4):351-360.
4. Baumberg B: **The global economic burden of alcohol: a review and some suggestions.** *Drug and Alcohol Review* 2006, **25**(6):537-551.
5. Heikkila K, Nyberg ST, Fransson EI, Alfredsson L, De Bacquer D, Bjorner JB, Bonenfant S, Borritz M, Burr H, Clays E *et al*: **Job Strain and Alcohol Intake: A Collaborative Meta-Analysis of Individual-Participant Data from 140 000 Men and Women.** *Plos One* 2012, **7**(7):7.
6. Anderson P, Baumberg B: **Alcohol in Europe – Public Health Perspective: Report summary.** *Drugs: education, prevention and policy* 2006, **13**(6):483-488.
7. Johansson P, Jarl J, Eriksson A, Eriksson M, Gerdtham UG, Hemström Ö, Hradilova Selin K, Lenke L, Ramstedt M, Room R: **The Social Cost of Alcohol in Sweden 2002.** In: *SoRAD rapportserie*. Edited by SoRAD. Stockholm: Social Research on Alcohol and Drugs; 2006.
8. Roche AM, Pidd K, Berry JG, Harrison JE: **Workers' drinking patterns: the impact on absenteeism in the Australian work-place.** *Addiction* 2008, **103**(5):738-748.
9. Johansson E, Bockerman P, Uutela A: **Alcohol consumption and sickness absence: evidence from microdata.** *European Journal of Public Health* 2009, **19**(1):19-22.
10. Norstrom T: **Per capita alcohol consumption and sickness absence.** *Addiction* 2006, **101**(10):1421-1427.
11. Spicer RS, Miller TR, Smith GS: **Worker substance use, workplace problems and the risk of occupational injury: A matched case-control study.** *Journal of Studies on Alcohol* 2003, **64**(4):570-578.

12. Blum TC, Roman PM, Martin JK: **Alcohol-Consumption and Work Performance.** *Journal of Studies on Alcohol* 1993, **54**(1):61-70.
13. Group ES: **Alcohol, work and productivity.** In.: European Alcohol and Health Forum; 2011.
14. Kaner EFS, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders J, Burnand B: **Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations (Review).** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007(2):72.
15. Godfrey C, Team UR: **Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT).** *British Medical Journal* 2005, **331**(7516):544-548.
16. Single E, Collins D, Easton B, Harwood H, Lapsley H, Kopp P, Wilson E: **International guidelines for estimating the costs of substance abuse.** Geneva: WHO; 2003.
17. Quanbeck A, Lang K, Enami K, Brown RL: **A cost-benefit analysis of Wisconsin's screening, brief intervention, and referral to treatment program: adding the employer's perspective.** *WMJ* 2010, **109**(1):9-14.
18. (ILO) ILO: **Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace.** In. Geneva: International Labour Office; 1996.
19. Nilsen P, Holmqvist M, Hermansson U: **Alcohol prevention in Swedish occupational health care.** *Occupational Medicine-Oxford* 2011, **61**(7):472-U419.
20. Holmqvist M, Hermansson U, Nilsen P: **Towards increased alcohol intervention activity in Swedish occupational health services.** *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 2008, **21**(2):179-187.
21. Berglund M, Thelander S, Salaspuro M, Franck J, Andreasson S, Ojehagen A: **Treatment of alcohol abuse: An evidence-based review.** *Alcoholism-Clinical and Experimental Research* 2003, **27**(10):1645-1656.
22. Hermansson U, riktlinjegrupp. F: **Riktlinjer vid alkoholproblem på arbetsplatsen.** In: *En sammanställning från Företagshälsans riktlinjegrupp.* vol. 4/2016. Stockholm: Enheten för interventioner och implementeringsforskning, Institutet för Miljömedicin, Karolinska Institutet; 2016.
23. Socialstyrelsen: **Nationella riktlinjer. Vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning.** In. Falun; 2015.

24. Hester RK, Delaney HD, Campbell W: **The College Drinker's Check-Up: Outcomes of Two Randomized Clinical Trials of a Computer-Delivered Intervention.** *Psychology of Addictive Behaviors* 2012, **26**(1):1-12.
25. Hester RK, Squires DD, Delaney HD: **The Drinker's Check-up: 12-month outcomes of a controlled clinical trial of a stand-alone software program for problem drinkers.** *Journal of Substance Abuse Treatment* 2005, **28**(2):159-169.
26. Hester RK, Delaney HD, Campbell W: **The college drinker's check-up: outcomes of two randomized clinical trials of a computer-delivered intervention.** *Psychol Addict Behav* 2012, **26**(1):1-12.
27. Hester RK, Squires DD, Delaney HD: **The Drinker's Check-up: 12-month outcomes of a controlled clinical trial of a stand-alone software program for problem drinkers.** *J Subst Abuse Treat* 2005, **28**(2):159-169.
28. Tompa E, Culyer A, Dolinschi R (eds.): **Economic evaluation of Interventions for Occupational Health and Safety. Deelopng good practice.** Oxford: Oxford University Press; 2008.
29. Serneels P: **Do wages reflect productivity?** In. Oxford: ESRC Global Poverty Research Group; 2005.
30. Johanson U, Johrén A: **Personalekonomi idag.** Zrinski, Kroatien: Liber Ab; 2009.
31. Nicholson S, Pauly MV, Polsky D, Sharda C, Szrek H, Berger ML: **Measuring the effects of workloss on productivity with team production.** *Health Econ* 2006, **15**(2):111-123.
32. Pauly MV, Nicholson S, Polsky D, Berger ML, Sharda C: **Valuing reductions in on-the-job illness: 'Presenteeism' from managerial and economic perspectives.** *Health Econ* 2008, **17**(4):469-485.

