

Hälsa och ekonomi

– ett företagarperspektiv

Andreas Backlund

Den 1 januari 2005 infördes nya regler för sjuklönsens utformning. Från denna dag var arbetsgivaren skyldig att ifrån den 14:e sjukdagen finansiera 15 % av sjuklönen.

Målet var att förmå arbetsgivaren att ta ett större ansvar för ohälsan genom att accentuera de kostnader som ohälsan ger – inte bara samhället utan även företaget och organisationer.

Denna artikel studerar effekterna av arbetsgivarinträdet i små och medelstora företag och hur det påverkat företagen i deras syn på samband mellan hälsa och ekonomi och graden av förebyggande hälsoarbete.

Andreas Backlund är Doktorand, Industriell Ekonomi och Organisation.

Kontakt: Mångdimensionell Verksamhetsstyrning [MINT], Ekonomihögskolan, Mälardalens Högskola, andreas.backlund@mdh.se

Inledning

Från mitten av 1990-talet började sjukfrånvaron i Sverige att stiga. För samhället innebar förändringen ökade kostnader. 1985 låg de totala kostnaderna för sjukpenning och förtidspensionering kring 65 miljarder kronor och år 2002 hade kostnaderna ökat till att överstiga 120 miljarder (Hogstedt och Theorell, 2004).

I slutet av år 2000 tillsattes en utredning med målet att förbättra hälsan i arbetslivet (SOU 2002:5). Frågan togs även upp i andra instanser t.ex. Näringslivsdepartementet som föreslog förändringar för ökad fokusering på hälsa (Ds 2001:28). År 2002 presenterade Finansdepartementet sina förslag (Ds 2002:63) med ett arbetsgi-

varansvar för ohälsan. Dessa samlade initiativ resulterade i två instiftade lagar.

- Lag om obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro (gällande från 1 juli 2003)
- Förändringar i Lagen om sjuklön (gällande från 1 januari 2005) med införandet av ett arbetsgivarinträde
 - o arbetsgivaren betalar 15% av sjuklönen från dag 14 till dess rehabiliteringsplan godkänns eller personen inte längre är sjukskriven på heltid.

Målet med lagstiftningen var att arbetsgivare skulle stimuleras till aktiva insatser för att minska sjukfrånvaron

(Socialdepartementet, 2004).

Syftet med denna artikel är att studera vilka effekter den nya lagstiftningen, främst avseende förändringar i lagen om sjuklön, haft på små och medelstora företags hälsofrämjande arbete. Målet är att påvisa hur lagstiftningen mottagits och om den fått önskad effekt. Studien är utförd med små och medelstora företag (0-250 anställda) men frågeställningarna har relevans även för större företag, kommuner och landsting – dock kan inte resultaten överföras/generaliseras till dessa. Valet av studiegrupp utgår dels från den egna forskningsinriktningen och dels från tidigare erfarenheter. Artikeln inleds med en problematisering utifrån befintlig forskning avseende samband mellan hälsa och ekonomi, tidigare försök och nya rekommendationer kring hållbar fokusering på hälsa inom företag. Dessa delar leder fram till artikels två frågeställningar varpå en beskrivning av tillämpad metod följer tillsammans med en bortfallsanalys och diskussion kring enkätstudiens utformning. Avslutningsvis presenteras resultaten av studien, varefter en sammanfattande diskussion följer och avslutas med förslag på framtida forskningsfrågor.

Kopplingar mellan hälsa och ekonomi

Andemeningen med lagstiftningen verkar ha varit att synliggöra organisationers, såväl privata som offentliga, kostnader för sjukfrånvaron. För denna tanke finns stöd i tidigare forskning om samband mellan hälsa och ekonomi (Johanson, 1997, Johanson och Backlund, 2006a, b, Johanson et

al., 2003, Johanson et al., 1996).

Från 1980-talet har hundratals sambandsstudier av varierande kvalitet genomförts. Svagheter i många studier ligger i utformningen och påvisandet av ett orsaksverkan förhållande mellan studerade faktorer (Pelletier, 1993). Vanligt är att i utvärderingar av hälsofrämjande interventioner enbart studera effekterna efter interventionen då adekvat jämförelsedata från tiden innan ofta saknats. Även med önskat material är det svårt att påvisa kausala samband mellan t.ex. investering i hälsa och effekter av programmen. Ett annat stort problem i studierna är tidpunkten för deras genomförande. Ofta genomförs utvärderingar endast ett eller två år efter en intervention men tidigare studier har indikerat att de huvudsakliga effekterna av hälsofrämjande program kan mätas och utvärderas först fyra till fem år efter genomförda interventioner (Ozminowski et al., 2002).

Flera studier har indikerat ett direkt samband mellan *hälsorisker* och dålig ekonomi, dock har sambandets riktning varit svårt att påvisa (Aldana, 2001, Goetzel et al., 1999, Golaszewski, 2001, Pelletier, 1999, Riedel et al., 2001). Aldana (2001) fann samband mellan tre riskfaktorer och ökade kostnader för hälsovård:

- Fetma
- Stress
- Multipla riskfaktorer

Något samband mellan kostnader för ohälsa och faktorer som matvanor, alkoholanvändning och träning har inte kunnat påvisas. En svensk studie (Johanson, 1997) fann att de upplevelsemässigt främsta effekterna

av hälsofrämjande insatser avsåg produktivitets- och kvalitetsvinster. Respondenterna i studien ansåg att de positiva produktivitetseffekterna, omsett i kronor, var fem gånger större än minskningen för sjukvårdskostnader. Respondenterna ansåg sig vidare vara mer säkra i sin bedömning av produktivitetseffekterna än på andra effekter, t.ex. förändringar i sjukfrånvaro till följd av interventioner.

Hållbar fokus på hälsa

Det har under en relativt lång tid funnits en strävan att få företag och organisationer att beakta personalens hälsotillstånd. Tidiga försök att lyfta fram hälsa gjordes i amerikanska fabriker i 1900-talets början (Dwyer, 1991). Med personalekonomins grundande i Sverige i slutet av 1970- och början av 1980-talet inleddes en aktiv period då flera olika idéer uppkom, testades och sedan försvann. De tidigare försöken fokuserade på att inkludera hälsa och personal som en parameter i balansräkningen och/eller resultaträkningen (Johanson och Backlund, 2006).

Balans- och resultaträkningen anses allmänt som centrala dokument i styrningen av ett företag. Med utvecklandet av personalekonomiska balans- och resultaträkningar var förhoppningen att en innehålllig förändring av dessa dokument kunde synliggöra problemen med ohälsa samt värdet av personalinvesteringar (Johanson och Johrén, 2001). Det är idag inte sannolikt att denna förhoppning kommer att realiseras då det finns svåröverkomliga hinder som stoppar t.ex. att policysättande organisationer som IASC (International Accounting

Standards Committée) stoppat framtida förändringar i balansräkningen. Även tradition samt etiska och värderingsmässiga problem försvårar förändringen. Det är exempelvis svårt att argumentera för att bokföra personal som en tillgång i ett företags balansräkning utan att hamna i en diskussion om (1) hur värderas individen och (2) är individen en tillgång (läs ägodel) för företaget?

I och med Regeringens målsättning att minska sjukfrånvaron skapades ett nytt begrepp – hälsobokslut. När begreppet lanserades kring 2002 fanns ingen fullödlig definition av vad begreppet betydde och vad det innehöll. Sedan dess har en rad definitioner vuxit fram (Aronsson och Malmquist, 2003, Liukkonen, 2002). Emellertid har kritik riktats mot dessa modeller (Diamant och Heller, 2003) avseende bl.a. brist på integration i verksamhetsstyrningen.

Hälsa och verksamhetsstyrning

Skall hälsan få genomslag i företag och organisationer måste den bli en integrerad del i styrningen; det hälsofrämjande arbetet måste bli en del i de dagliga rutinerna (Johanson och Backlund, 2006b). De tidigare försökens misslyckande indikerar att det är i verksamhetsstyrningen som hälsofrågorna skall integreras, för att skapa förändring räcker det inte med kringdokument eller sidoprojekt.

Verksamhetsstyrning (*management control systems*) som begrepp är en motreaktion på posttayloristisk mekanisk företagsstyrning och ett komplement till den ekonomiska styrningen av fö-

retag och organisationer. Begreppet har fått stort genomslag under de senaste 20 åren, främst till följd av Johnsons och Kaplans (1987) bok *Relevance Lost* som kraftfullt angriper den ekonomiska styrningen och hävdar att budgetar, resultat- och balansräkningar är alltför vaga och kunskapen av vad som ligger bakom siffrorna i dem är för dåliga för att använda dokumenten som beslutsunderlag.

Det huvudsakliga syftet med ett verksamhetsstyrningssystem är att foga samman företagets dagliga gärningar med företagets övergripande strategi och påverka beteenden inom företaget. Ett system utmärks, enligt Simons (1995), genom dess gränser (*boundaries*) och trossystem/kultur (*belief systems*) som påverkar och påverkas av olika former av kontroller/uppföljningar.

Genom att integrera ett salutogent perspektiv i verksamhetsstyrningssystemet, där målet är långtidsfriskhet och där uppföljningar görs både diagnostiskt med indikatorer/rapporter samt interaktivt genom gruppmöten/samtal, är avsikten att minimera ohälsan inom företaget och organisationen. Svårigheten i detta mål är att skapa en sådan acceptans för frågan så att den i det dagliga arbetet ges mer vikt än enbart genomförandet av kortsiktiga interventioner och pekuniärt stöd vid träning.

Frågeställning och metod

Det faktum att amerikanska studier påvisat stora direkta inbesparings- och vinstmöjligheter samt att svenska studier även indikerat förtjänstmöjligheter avseende produktivitetseffekter

torde vara intressant för inte bara för företagare utan andra organisationer att reflektera över. I en studie från Företagarna (2005) framkommer dock kritik mot lagstiftningen på området som anses vara kontraproduktivt avseende dess initiala målsättning. Med detta följer frågeställningarna:

- Hur ställer sig företagare/företagsledare till idén i den nya lagstiftningen?

samt

- Hur ser företagare/företagsledare på kopplingen mellan hälsa och ekonomi?

Tidigare försök att lyfta fram hälsans betydelse som en resurs för företaget har stött på omfattande problem. Erfarenheterna från de försöken har dock visat att en långsiktig hållbarhet enbart kan nås med en tydligare koppling till företagets styrning. För att möjliggöra utvecklandet av ett integrerat styrsystem behövs även insikt i företagares tankar kring hälsofrämjande åtgärder.

Genom att söka svar på frågorna är målet att kunna skapa en plattform för fortsatta studier av integrerade styrsystem.

Artikeln baseras på statistisk metodik med en genomförd enkätstudie med 300 slumpvis utvalda företagsledare, ur en population på 1200, i Västmanland. Urvalsstorleken bestämdes genom diskussioner inom forskargruppen utifrån tidigare erfarenheter av svarsfrekvens inom målgruppen. Enkäten var utformad med slutna svarsalternativ för underlättad analys med undantag för tre öppna frågor där respondenten inbjöds att ge egna kommentarer. Totalt svarade

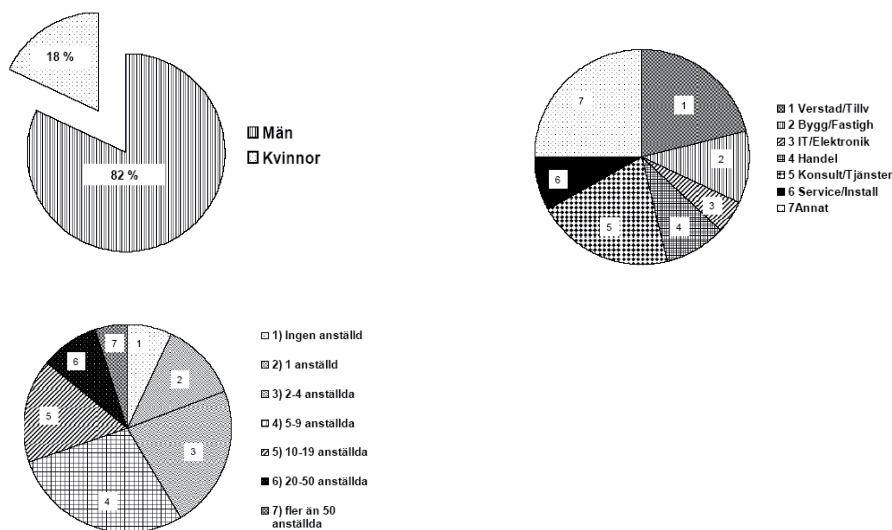
tema

100 företag (33.37 %) med fördelning på kön, bransch och företagsstorlek enligt nedan (bild 1).

På grund av att frågan upplevdes som problematisk av granskare av enkäten utelämnades en frågeställning

om andel utrikes födda inom företagen. Denna frågeställning hade varit intressant utifrån temanumrets inriktning men upplevdes som provocerande i granskningen.

Fig 1: Sammanställning av respondenternas fördelning enligt kön, bransch och företagsstorlek



Bortfallsanalysen indikerade två huvudsakliga anledningar till uteblivet svar:

- Undersökningar likt denna ges låg prioritet.
- Enkäten nådde inte alltid fram till avsedd person.

Vad gäller bortfallets förväntade påverkan på resultatet har genomförda intervjuer pekat på att bortfallet inte påverkat svaret i någon större omfattning. De intervjuades svar sammanfaller i stort med svaren i enkäten. Skevheten i könsfördelningen bland respondenterna sammanfaller med urvalet. Av de 300 tillskickade individerna var endast 10 % (30 stycken)

kvinnor. I resultaten finns enbart ett fåtal tämligen svaga samband mellan ”kön” och annan variabel (t.ex. anslutning till Företagshälsovård [$p = .024$] och förväntad effekt på hälsofrämjande arbete [$p = .036$]). Hur sambanden ser ut går inte att säkert fastställa dock. Det går inte att dra några ytterligare slutsatser om hur könsfördelningen påverkat resultatet. Någon analys av bortfall p.g.a. bransch eller företagsstorlek har inte kunnat genomföras till följd av ofullständig bakgrundsinformation angående populationens sammansättning.

Enkätens sammansättning utfördes i samarbete med representanter för fö-

retagare och akademi. Totalt innehöll enkäten 21 frågor på främst nominal- och ordinalskala. De generella frågorna för sortering och kategorisering utgjordes av frågor om respondentens kön och ålder samt företagets storlek (fördelat på kön), bransch, uppskattad och faktisk sjukfrånvaro. Då en exakt sjukfrånvaro kan vara svår att ange och beräkningssätten är många kunde den uppskattade sjukfrånvaronivån i förhållande till andra likvärdiga företag användas där så behövdes.

Utöver kategoriseringsfrågor ställdes frågor som direkt eller indirekt avsåg reaktioner på lagstiftningen, kopplingen mellan ekonomi och hälsa samt befintligheten och progressionen i det hälsofrämjande arbetet. Avslutningsvis efterfrågades även respondentens syn på mångfaldsaspekter på det hälsofrämjande arbetet där svaren lämnades i form av en gradering från 1 till 5 (där 1 = lågt inflytande och 5 = högt inflytande). Denna fråga upplevdes som svår varför många (30-35 %) valde att inte svara eller ange ”vet ej” som svar. Problem i frågeställningen kan hänföras till en ofullständig bild av mångfaldsaspekten i litteratur kring hälsofrämjande arbete.

De svar som erhöles sammanställdes i SPSS varefter sambandsanalyser genomfördes med Chi² och Cramér's V som kontrollfunktion.

Reaktioner på lagstiftningen

Avsikten med förändringarna i sjuklönelagstiftningen var att arbetsgivaren i högre grad skulle förmås ta ett ansvar för anställdas hälsa. Lagstiftningen var kontroversiell redan i utredningsskedet och en rapport från

Företagarna (2005) ger indikationer på negativa effekter av lagstiftningen. I deras studie framkommer att över 20 % av företagen försöker undkomma arbetsgivarinträdet genom uppsägning av sjukskrivna. Slutsats blir att sjuka kommer att utestängas från arbetsmarknaden, genom företagens strategiska val, än bli rehabiliterade.

Något under en femtedel (16,2 %) av företagen i denna undersökning är positiva till lagstiftningens idé, några med förbehåll att företag enbart skall betala för arbetsrelaterad sjukfrånvaro inte för skador m.m. som uppkommit utanför arbetet. Denna siffra skall ses i förhållande till den målgrupp som enkäten riktats mot. Generellt kan två tillstånd antas gälla för små och medelstora företag:

1. De har en genomsnittligt lägre sjukfrånvaro än andra företag
2. De har en i högre grad slimmad organisation – en tolkning gjord utifrån diskussioner med företrädare för företag av olika storlek.

Det avvisande mottagandet till trots har lagstiftningen haft vissa positiva effekter. Elva procent av respondenterna har börjat eller avser börja med hälsofrämjande arbete delvis som en konsekvens av lagstiftningen och 14 % tror att lagstiftningen kommer att leda till ett intensifierat hälsoarbete.

Lagstiftningen bygger på att företag skall se kostnaderna som sjukfrånvaron för med sig och reagera. För detta torde det vara nödvändigt med att arbetsgivaren ser en koppling mellan ekonomi och hälsa. En insikt om detta samband kan föranleda kraftfullare ansträngningar i form av anslutning

till företagshälsovård eller eget hälsofrämjande arbete.

Den genomsnittliga sjukfrånvaron, för de 66 respondenter som angav sjukfrånvaro, var 1,6 %. Tendensen bland respondenterna följer antagandet ovan om samband mellan företagsstorlek och sjukfrånvaro ($p = .010$). Ett dolt problem är att sjuknärvaron kan vara hög som följd av lojalitet m.m. (Tofters and Friis, 2003). Nivån på sjukfrånvaro är svår att diskutera då mindre företag kan, på grund av stora procentuella effekter per person sjuk, få skev statistik. Generellt kan sägas att företagen själva (73 %) upplevde sig ha en låg sjukfrånvaro.

Hälsa och styrning

Målsättningen med min forskning är att söka integrera hälsa i styrningen av företag och organisationer. Ett första steg på denna väg är användandet av företagshälsovård för organisatorisk hjälp i förebyggande och uppföljande hälsoarbete. Att vara ansluten till företagshälsovård är ett sätt, men inte det enda sättet, att säkerställa ett grundläggande hälsofrämjande arbete.

Enbart en tredjedel av företagen är anslutna till företagshälsovård och ca 50 % anser att de bedriver ett hälsofrämjande arbete. Ett visst samband går att se när dessa två faktorer studeras ($p = .035$), ett samband som indikerar att företag som inte är anslutna till en företagshälsovård i mindre utsträckning bedriver ett hälsofrämjande arbete. Det går även att se att större företag i högre grad köper företagshälsovård än mindre företag ($p = .000$). Detta kan bero på att de mindre företagen primärt efterfrågar

sjukvård vid skador.

Av respondenterna såg 85,9 % ett direkt eller indirekt samband mellan personalens hälsa och företagets ekonomi. Detta innebär däremot inte att dessa företag bedriver hälsofrämjande arbete. Till exempel finns inget samband till anslutning till företagshälsovård ($p = .345$). Inte heller finns något samband ett företags tendens att bedriva hälsofrämjande arbete och synen på sambandet mellan hälsa och ekonomi ($p = .093$).

En fjärdedel av respondenterna anser inte att ett hälsofrämjande arbete har någon effekt på sjukfrånvaron. Det är främst företag som inte bedriver hälsofrämjande arbete som har denna negativa hållning till hälsoarbetets effekter ($p = .000$). Denna misstro har dock inget samband med företagsstorlek ($p = .344$) – både små och stora företag misströstar. Resultatet är intressant utifrån ambitionen att integrera hälsa i företags- och organisationsstyrningen. Vilka möjligheter har en sådan ambition om en stor, dock inte övervägande, andel praktiker inte anser att hälsoarbetet har avsedd effekt?

I en studie från 2003 utförd av enheten Arbets- och Miljömedicin vid Akademiska Sjukhuset i Uppsala framkommer att cirka en fjärdedel av små företagen (högst 50 anställda) inte har skyddsronder och enbart var femte har en arbetsmiljöpolicy (Tofters and Friis, 2003). Små företag verkar lite mer på ett informellt än på ett systematiserat och formellt hälsoarbete.

Sammanfattande diskussion

Ursprungsidén med artikeln var att studera hälsofrämjande arbete bland små och medelstora företag och belysa frågeställningar kring kultur och integration. Idén anknyter till Barbara Wootton (Macbeth and Shetty, 2001) som ansåg att hälsa är en anpassning till en norm och därmed kulturellt betingad. Hälsofrämjande arbetet är därmed normerande bör inkludera kulturell hänsyn för framgång.

Ett fåtal studier kopplar samman verksamhetsstyrning och kultur, bland annat Picard och Reis (2002). Studierna behandlar överförbarheten av företagskultur från ett land till ett annat och indikerar att det är nödvändigt att beakta mottagarlandets kultur och tradition. Denna tolkning delas inte av Chaminade och Johanson (2003) som studerat kulturella aspekter i rapporteringen av icke-materiella resurser. Deras slutsats är att kulturella betingelser inte påverkar företags möjligheter och ambitioner att redovisa icke-materiella resurser.

Det svar som erhöles på frågeställningen angående mångfald och kultur gav ingen klar bild. Frågorna om mångfaldsaspekter utgick från att respondenten skulle värdera vardera olika faktorer påverkan på det hälsofrämjande arbetet. Ett värde mellan 1 och 5 kunde anges. Genom ett beräknat medelvärde kunde svaren viktas och kopplas till andra frågeställningar i enkäten. Utifrån temanumrets inriktning fokuserades faktorerna utbildningsnivå, religion, etnicitet och social bakgrund; men även kön, ålder, sexuell läggning och funktionshinder efterfrågades.

Bland de fyra faktorerna gavs ”utbildningsnivå” och ”social bakgrund” ett högt inflytande (2,6-3) relativt ”religion” och ”eticitet” som ansågs ha ett lågt inflytande (<2). Vad kan man tolka ur detta? Om etnicitet inte beaktas – kan kulturell hänsyn då tas? Behövs det? Vidare arbete inom området behövs då befintlig litteratur är bristfällig.

En slutsats som kan dras är att företagare är övervägande negativa till lagstiftningen som sådan och att den kan skapa negativa effekter i form av ökad försiktighet vid anställning (83 %).

Då majoriteten av företagen anser att det finns tydliga direkta och indirekta kopplingar mellan personalens hälsa och företagets ekonomi är graden av hälsofrämjande arbete förvånande. Knappt en tredjedel av företagen är anslutna till företagshälsovården, enbart hälften bedriver hälsofrämjande arbete och 25 % anser att ett hälsofrämjande arbete inte har någon effekt på sjukfrånvaron. Utifrån dessa svar är det svårt att se hur hälsa skall kunna integreras i verksamhetsstyrningen. I större företag och organisationer kan denna integration möjligen vara enklare mot bakgrund av ökade möjligheter till arbetsdelning och specialisering.

Framtida forskning och slutkommentar

Vad är då intressant/nödvändigt att gå vidare med? Den ursprungliga idén, att studera integrationsfrågor i hälsofrämjande arbete visade sig vara för svårframkomlig på grund av bristande teoretisk och empirisk bas. Mer forsk-

tema

ning som kopplar hälsoarbete och kulturell bakgrund behövs – främst ur ett organisationsperspektiv.

Har då lagstiftningen ändå givit någon effekt? Ja, utifrån de resultat som erhållits är min tolkning att förändringarna i sjuklönelagen och arbetsgivarinrådets införande har föranlett att något fler gör lite mer.

Referenser

För fullständig referenslista hänvisas till författaren

Aldana, S. (2001) Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15, 5.

Chaminade, C. & Johanson, U. (2003) Can guidelines for intellectual capital management and reporting be considered without addressing cultural differences? *Journal of Intellectual Capital*, 4, 4.

Hogstedt, C. & Theorell, T. (Eds.) (2004) *Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut & Ar-

betslivsinstitutet.

Johanson, U. (1997) The profitability of investments in work life-oriented rehabilitation. A measurement of perceptions, *Personnel Review*, 26, 5.

Johanson, U. & Backlund, A. (2006b) *Hälsa i ekonomistyrningen*, I: B. Arnetz, R. Ekman, & J. Wilhelmsson (red) *Stress - Individ, Organisation, Samhället, Molekylerna*. Stockholm: Liber.

Johanson, U. & Johrén, A. (2001) *Personalekonomi* ida., Uppsala: Publ. House.

Johnson, H. T. & Kaplan, R. S. (1987) *Relevance lost: the rise and fall of management accounting*. Harvard Business School Press, Boston, Mass.

Macbeth, H. & Shetty, P. (2001) *Health and ethnicity*. London: Taylor & Francis.

Picard, R. R. & Reis, P. (2002) Management control systems design: a metaphorical integration of national cultural implications. *Managerial Auditing Journal*, 17, 5.

Simons, R. (1995) *Levers of control: how managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Harvard Business School Press, Boston, Mass.

Tofters, K. & Friis, L. (2003) *Hälsokapital: småföretagets hälsa och ekonomi*. Uppsala: Konsultförl./Uppsala Publ. House.

Summary in English

A SME view on health and economy

From the 1st of January 2005, new rules concerning the sickness benefits were introduced. After that day, employers were forced to co-finance the benefits with 15 % from the 14th day of illness. The aim of the new legislation was to force employers to observe the health of their employees by accentuating the cost of absenteeism – not only for the society but also for the organisation. This paper follows the effect the legislation has had amongst SME-managers and how it has affected their views on health and economy, and health promotion.

Keywords: Health management, employers entry, health promotion