



EKONOMI
HÖGSKOLAN

Lunds universitet

Företagsekonomiska institutionen



Författare:
Sara Albini
Charlotte Siversson
Sandra Venebrand

Kandidat uppsats 10 poäng
Vårterminen 2006
Handledare: Per Magnus Andersson och Peter Jönsson

Sammanfattning

Uppsatsens titel: Hälsobokslut i praktiken – en studie av tre kommuner

Seminariedatum: 2006-06-01

Ämne/kurs: FEK 582 Kandidatuppsats, Företagsekonomi 10 poäng

Författare: Sara Albini, Charlotte Siversson, Sandra Venebrand

Handledare: Per Magnus Andersson, Peter Jönsson

Nyckelord: Hälsobokslut, ekonomistyrning, verksamhetsstyrning, kommunal verksamhet, personalekonomisk redovisning

Syfte: Studiens övergripande syfte är att analysera hur kommuner utformar och använder sina hälsobokslut. Vi vill i synnerhet diskutera hälsobokslutets roll i kommunernas verksamhetsstyrning

Metod: I vår studie har vi valt att utgå ifrån en deduktiv forskningsansats. Med vårt syfte som utgångspunkt har vi valt att göra fallstudier, vilka genomförs med kvalitativ metod. Vårt empiriska material bygger på information som vi tagit del av genom personliga intervjuer. Intervjuerna genomfördes med personal på respektive kommuns kommunledningskontor.

Resultat: Vi har kommit fram till att även om de tre kommunerna benämner sina rapporter olika, så är innehållet mer eller mindre detsamma. Anledningen till att de döpt sina rapporter olika är bland annat att personerna som utformat rapporterna uppfattar begreppet hälsobokslut på olika sätt och dessutom finns det ingen allmänt vedertagen definition.

Abstract

Title: Health account in practice- a study of three municipality

Seminar date: 2006-06-01

Course: FEK 582 Bachelor thesis in Business Administration, 10 Swedish credits (15 ECTS)

Authors: Sara Albini, Charlotte Siversson, Sandra Venebrand

Advisors: Per Magnus Andersson, Peter Jönsson

Key words: Health account, Management control systems, Cost management, Municipality activity, Staff economic account

Purpose: The overall purpose of the study is to analyse how the municipalities design and use their health account. We want to discuss the role of the health account in the municipalities management control systems.

Methodology: Throughout the process of writing we have used a deductive perspective. To fulfil the purpose we have chosen to do case studies which we accomplished with qualitative methodology. We collected the information that we needed with personal interviews. The personal interviews accomplished with persons at the different municipality.

Conclusions: Our conclusion is that even if the reports have different names they are very similar. One of the reasons to the different names is that there is no clear definition of the word health account.

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
1.1	Bakgrund	1
1.2	Problemdiskussion och frågeställning.....	2
1.3	Syfte	3
1.4	Avgränsningar	3
1.5	Disposition	3
2	Metod	5
2.1	Upplägg	5
2.2	Forskningsansats	5
2.3	Metodansats.....	5
2.4	Val av studieobjekt.....	6
2.5	Datainsamling.....	7
2.5.1	Primärdata	7
2.5.2	Sekundärdata	8
3	Hälsa i ekonomistyrningen.....	10
3.1	Vad är hälsa?	10
3.2	Vad är ekonomistyrning?	10
3.3	Sambandet mellan hälsa och ekonomistyrning	11
4	Hälsobokslut.....	12
4.1	Hälsobokslutets bakgrund	12
4.1.1	Att synliggöra personalen i redovisningen.....	12
4.1.2	Obligatorisk personalekonomisk redovisning – en regeringsfråga	14
4.2	Hälsobokslut.....	15
4.3	Liukkonens hälsobokslutsmodell	16
4.4	Aronsson & Malmquists hälsobokslutsmodell.....	19
4.4.1	Aronsson & Malmquists modell i praktiken	20
4.5	Likheter och skillnader mellan modellerna	21
5	Hälsobokslut i verksamhetsstyrningen.....	23
5.1	Regeringens hälsobokslutsprojekt.....	23
5.2	Generella slutsatser	23
5.2.1	Begreppet hälsobokslut	24
5.2.2	Insikt och förståelse.....	24
5.2.3	Institutionalisering – en nödvändig förutsättning.....	25
5.2.4	Målöverensstämmelse	25
5.3	Styrmodell vid implementering av hälsobokslut.....	26
5.3.1	Balanserat Styrkort	26
5.3.2	Investors in People	27
5.3.3	Personalekonomi	28
6	Empiri.....	29
6.1	Kristianstads kommun.....	29
6.1.1	Bakgrund	29
6.1.2	Utformningen och struktur	29
6.1.3	Användning	30
6.2	Simrishamns kommun.....	31
6.2.1	Bakgrund	31

6.2.2	Utformning och struktur.....	32
6.2.3	Användning	34
6.3	Lomma kommun	35
6.3.1	Utformning och struktur.....	35
6.3.2	Användning	37
7	Analys.....	38
7.1	Begreppet hälsobokslut	38
7.2	För- och nackdelar med en färdigstrukturerad modell	39
7.3	En jämförelse - utformning och struktur	40
7.4	Kommunernas förutsättningar för integration.....	42
7.5	Hälsobokslut i praktiken.....	44
7.5.1	Hälsobokslut i verksamhetsstyrningen.....	45
8	Resultat och slutdiskussion	47
	Referenser.....	49
	Bilaga 1 – Intervjuunderlag.....	51
	Bilaga 2 – Regeringens 11-punktsprogram.....	53

1 Inledning

I detta inledande avsnitt kommer vi att börja med att presentera bakgrunden till vårt val av uppsatsämne. Presentationen följs av en problemdiskussion som även ligger till grund för studiens frågeställning och syfte. Avsnittet avslutas med en redogörelse för de avgränsningar vi har gjort samt en kort presentation av uppsatsens upplägg.

1.1 Bakgrund

Utvecklingen har under de senaste åren gått med en rasande fart. För 100 år sedan var Sverige fortfarande ett typiskt jordbruksland. I början av 1900-talet startade en omvandling till industrisamhälle som under 1970-talet kom att nå sin höjdpunkt. Efter industrisamhället har intåg skett i ett nytt samhälle som från början kallades det postindustriella samhället men som sedermera har kommit att kallas tjänste-, informations- eller kunskapssamhället. (Hällsten, 2000) Beteckningarna vittnar om vad dagens samhälle präglas av. Idag är arbetsgivarna i det närmsta beroende av sina anställda, det är de som utgör företagets viktigaste resurs. Men allt gott har något ont med sig - eller var det möjligen tvärtom, spelar ingen roll – personalen utgör nämligen inte bara företagets viktigaste resurs utan är även den dyraste.

De senaste 15 åren har ett nyvunnit intresse väckts för sambandet mellan å ena sidan hälsa och hälsofrämjande insatser och å andra sidan organisationens ekonomi. En viktig anledning till detta nyvunna intresse är ökad sjukfrånvaro. (Johanson & Backlund, 2005) Allt fler svenskar blir sjukskrivna vilket medför höga kostnader för både arbetsgivaren och samhället bland annat i form av sjukbidrag, sjukpension och sjukpeng. År 2002 var den direkta kostnaden av ohälsan mer än en åttondel av Sveriges BNP, det betyder alltså att var åttonde producerad krona gick till att betala ohälsa. (Johnsson, Lugn & Rexed, 2003)

Företagen har på många sätt försökt komma till rätta med den höga sjukfrånvaron, men tyvärr utan någon vidare framgång. Aronsson & Malmquist (2003) menar att arbetsgivarens insikt om vikten av god hälsa och god arbetsmiljö på arbetsplatsen är av ytterst stor betydelse i strävan efter att skapa en effektiv och långsiktigt hållbar verksamhet. Ett sätt att synliggöra och på så sätt skapa en uppfattning om företagets hälsoläge är att utforma ett så kallat hälsobokslut.

Det finns idag ingen klar definition av vad ett hälsobokslut är eller vad det ska innehålla. Begreppet hälsobokslut förekom troligen för första gången i samband med att regeringen år 2001 utformade ett program för ökad hälsa i arbetet. I programmet definieras ett hälsobokslut som följer: ”ett hälsobokslut är en redovisning av de anställdas hälsoläge” (Johanson & Cederqvist, 2005, s. 29). Regeringens tanke var att införa redovisningsskyldighet av ett fåtal indikatorer för att på så sätt ge en sammantagen bild av hälsoläget i organisationerna. Tanken ledde till handling och den 1 juli 2003 blev det lag på att företag, kommuner, landsting och statliga myndigheter ska lämna vissa statistiska uppgifter om de anställdas sjukfrånvaro i sina årsredovisningar. Avsikten med lagen är att det ska vara ett första steg mot en mer utvecklad personalekonomisk redovisning. Slutsatsen man kan dra är att regeringen tänker sig någon form av koppling till verksamhetens ekonomi. (Johanson & Cederqvist, 2005)

1.2 Problemdiskussion och frågeställning

Vårt intresse för hälsobokslut har sin grund i tidigare ekonomistyrningsstudiesammanhang då begreppet icke finansiella nyckeltal kom på tal. Bland annat presenterades det balanserade styrkortet vilket i sin tur ledde in i en diskussion om personal och hälsorelaterade kostnader. Eftersom hälsa i dagens samhälle är ett mycket aktuellt begrepp både i den dagliga samhällsdebatten och i företagssammanhang beslutade vi oss för att vår studie ska behandla begreppet hälsa i någon form. Eftersom samtliga tre gruppmedlemmar under terminen har studerat företagsekonomi med redovisning som inriktning ville vi att redovisning skulle utgöra en del av studien. Med hälsa och redovisning som två grundkomponenter blev hälsobokslut en naturlig inriktning på vår studie.

Att utveckla modeller för hälsobokslut är inget man gör i en handvändning. Modellen måste anpassas och formas efter den enskilda organisationens syfte och behov och varje nyckeltal måste definieras in i minsta detalj. När modellen väl är färdig börjar arbetet med att inhämta information som i sin tur ska bearbetas och noggrant analyseras. Arbetet med att utforma bokslutet är med andra ord en omfattande, tidskrävande och relativt kostsam process för den enskilda arbetsgivaren. Men hur mycket tid och kraft som än läggs ner på hälsobokslutet har det ett mycket begränsat värde om inte rapporten medför förbättringar av de anställdas hälsoläge. Johanson & Cederqvist (2005) menar därför att det är av största betydelse att hälsoboksluten verkligen integreras och används aktivt i företagets ledning och styrning. Problemet med hälsobokslut har dock visat sig vara att det ofta är lättare att ta fram än att använda i praktiken.

Ända sedan hälsobokslut kom på tal i regeringens budgetförhandling 2001 har det gjorts åtskilliga studier som behandlar ämnet. Studierna har emellertid främst handlat om vad som ska ingå i ett hälsobokslut och hur olika organisationer har utformat sina hälsobokslutsrapporter. Eftersom vi liksom Johanson & Cederqvist anser att hälsobokslutet inte har någon större funktion om det inte integreras och används i organisationens dagliga verksamhet har vi valt att inrikta vår studie på just tillämpning av hälsobokslut. Vår studie har sin utgångspunkt i teorier om hälsobokslut och verksamhetsstyrning samt i tre kommuner som i dagsläget använder sig av hälsobokslut.

De frågor vi har som avsikt att besvara lyder som följer:

- Hur har kommunerna utformat sina hälsobokslutsrapporter?
- Vilken funktion har hälsobokslut i respektive kommun?
- Vad finns det för likheter och skillnader mellan kommunernas utformning och användning av hälsoboksluten?
- Vilken roll spelar hälsoboksluten i kommunernas verksamhetsstyrning?

1.3 Syfte

Studiens övergripande syfte är att beskriva och analysera hur kommuner utformar och använder sina hälsobokslut. Vi vill i synnerhet diskutera hälsobokslutets roll i kommunernas verksamhetsstyrning.

1.4 Avgränsningar

Vi har begränsat vår studie till kommunal verksamhet. Vårt val av verksamhetstyp baserar vi på att de flesta projekt och undersökningar som har gjorts med anknytning till hälsobokslut har ägt rum inom denna sektor vilket i sin tur betyder att mycket information finns att tillgå här. På grund av uppsatsens omfattning och tidsram har vi avgränsat vår studie till tre skånska kommuner. Varför vi har valt skånska kommuner beror på dess geografiska närbelägenhet. Tre kommuner anser vi vara ett lagom antal i relation till studiens omfattning samtidigt som antalet möjliggör relevanta jämförelser mellan studieobjekten.

1.5 Disposition

I uppsatsens *andra kapitel* återfinns metoden. Vi redogör där först för vårt ämnesval, sedan följer forsknings- och metodansatsen samt vårt val av studieobjekt och slutligen går vi igenom hur vi har gått tillväga vid insamlandet av all data. I det *tredje kapitlet* tar vi upp sambandet

mellan hälsa och ekonomistyrning och går sedan över till att berätta om hälsobokslut i *kapitel fyra*. *Kapitel fem* handlar sedan om hur hälsobokslutet kan användas i verksamhetsstyrningen. I det *sjätte kapitlet* presenterar vi uppsatsens empiri och vi redogör där för varje kommun för sig. Sedan följer *kapitel sju* som innehåller en analysdel där vi analyserar de tre kommunernas hälsobokslut med utgångspunkt i vår teori. *Kapitel åtta* utgörs av vårt resultat och resultatdiskussion där vi redogör för de slutsatser vi har kommit fram till under studiens gång.

2 Metod

I detta kapitel redogör vi för de metoder vi har använt för att uppnå studiens syfte. Vi kommer bland annat att presentera och diskutera de metoder vi har valt att använt samt argumentera och redogöra för varför vi valt att studera just hälsobokslut.

2.1 Upplägg

Eftersom avsikten med studien är att beskriva och analysera hur kommunerna har valt att utforma och använda sina hälsobokslut kan man i vårt fall tala om att uppsatsens upplägg är intensivt till sin karaktär. Genom att beskriva och analysera ett fåtal enheter relativt djupgående kan man undersöka dels hur kommunerna har utformat sina hälsobokslut och dels hur de använder boksluten i praktiken. I fråga om djup och bredd av studiens karaktär kan man i vårt fall tala om att studiens karaktär är djup eftersom uppsatsen bygger på ett fåtal undersökningsobjekt som vi försöker få en djupare förståelse för.

2.2 Forskningsansats

Metod är ett redskap för att uppnå målsättningar och komma fram till ny kunskap i samband med olika undersökningar och studier. (Holme & Solvang, 1997) I vår studie har vi valt att utgå ifrån en deduktiv ansats. Att vi har deduktiv ansats som utgångspunkt innebär att vi har studerat befintlig teori för att sedan försöka ta reda på hur det verkligen fungerar. I vårt fall innebär det att studera tre kommuner. Enligt oss har valet av deduktiv metod lett till att vi har kunnat genomföra vår empiriska undersökning på ett bra och genomtänkt sätt då vi, redan i förväg, kände oss väl insatta i teorin. Det senare underlättade även för oss när vi skulle utforma intervjufrågorna. Om vi istället hade valt en induktiv ansats hade det eventuellt kunnat ge oss den fördelen att vi hade varit mindre styrda av befintlig teori vid den empiriska undersökningen. Dock känner vi att den deduktiva ansatsen var det rätta valet för oss, då vi ville vara ordentligt pålästa och förberedda innan vi genomförde den empiriska studien. (Lundahl och Skärvad, 1999)

2.3 Metodansats

Vid samhällsvetenskapliga studier används i huvudsak två olika metoder; kvalitativ och kvantitativ metod. Vi har valt att använda oss av den kvalitativa metoden. Enligt Holme och Solvang innebär kvalitativa studier att man mer går in på djupet av varje studieobjekt och därmed också har färre studieobjekt (Holme och Solvang, 1997). Kvalitativa studier handlar

bland annat om att undersöka, förstå och tolka. Den kvantitativa metoden handlar främst om mätning och statistik och att den insamlade datan omvandlas till siffror.

Med vårt syfte som utgångspunkt ansåg vi att fallstudier föll sig mest naturligt för oss. En anledning till detta är att fallstudier inriktar sig på insikt, tolkning och förståelse, vilket passar vår studie. Fallstudier är lämpligt att använda sig av när man ska studera vad som är specifikt för till exempel en enskild plats. (Jacobsen, 2002) Detta passar vår uppsats eftersom vi bland annat ämnar undersöka vad som är specifikt för de tre kommunernas hälsobokslut och vad som skiljer dem åt. Ett av syftena med en fallstudie är att uppnå en helhetsinriktad förståelse av enheterna som studeras. Man kan säga att en fallstudie är en undersökning av en specifik företeelse som i vårt fall utgörs av tre kommuner och dess hälsobokslut (Merriam, 1994).

För att göra det möjligt att gå in på djupet i vår undersökning har vi valt att använda oss av små N-studier. Detta innebär att man väljer ut ett fåtal enheter att studera mer ingående. Just att vi har så få studieobjekt gör att vi kan få en djupare förståelse för varje studerad enhet. Denna typen av studieupplägg är lämplig när man vill uppnå en detaljerad beskrivning av studieobjekten, vilket är vårt mål. (Jacobsen, 2002)

2.4 Val av studieobjekt

Vår första tanke var att det mestadels är organisationer inom offentlig verksamhet som har utformat hälsobokslut och därifrån utvecklades vår idé med att studera ett antal olika kommuner. Efter att ha fått tips om en del skånska kommuner som utvecklat hälsobokslut mejlade vi till fyra kommuner: Kristianstad, Simrishamn, Helsingborg samt Hörby. Kristianstad och Simrishamn tackade ja till att delta, medan de två övriga kommunerna tackade nej respektive gav inget svar. Eftersom vi ansåg att två var för få studieobjekt fortsatte vi därför vårt letande. Till slut fick vi kontakt med Lomma kommun som tackade ja på vår förfrågan, trots kort varsel. Eftersom vi ansåg att tre deltagande kommuner var ett lagom antal för vår studies omfattning, slutade vi här vårt letande. Det som två av kommunerna har gemensamt är att både Simrishamns kommun och Kristianstads kommun har deltagit i ett projekt om hälsobokslut som Paula Liukkonen, en av de mest kända författarna inom området, var ansvarig.

2.5 Datainsamling

2.5.1 Primärdata

Primärdata utgörs av data som författaren själv samlar in för den aktuella studien. Detta kan ske till exempel genom personliga intervjuer, observationer eller enkätundersökningar (Lundahl och Skärvad, 1999). För att uppnå önskat resultat med vår studie ansåg vi att vi skulle behöva använda oss av både primär- och sekundärdata varpå det förstnämnda skulle insamlas genom personliga intervjuer.

De personliga intervjuerna genomförde vi med personal på respektive kommuns kommunledningskontor. Personerna som intervjuades hade alla nära anknytning till sin kommuns hälsobokslutsarbete och arbetade antingen på personal- eller ekonomiavdelningen. Innan vi genomförde intervjuerna hade vi fått kommunernas personalekonomiska redovisning/hälsobokslut skickat till oss. Med Kristianstad kommun samt Simrishamns kommun genomfördes personliga intervjuer. Lomma kommun svarade på våra intervjufrågor via mejl eftersom de hade svårt att ställa upp på intervju inom vår tidsram. Vi är medvetna om att vi hade kunnat få ut mer av frågorna genom att intervju fler personer inom respektive kommun, men på grund av studiens omfattning ansåg vi det lämpligt att genomföra intervjuerna på det här sättet.

Intervjuerna genomfördes den 11 maj och vi hade då hunnit läsa igenom en hel del litteratur och kände oss väl förberedda. För att underlätta för våra respondenter mejlade vi intervjufrågorna till våra respondenter några dagar innan intervjuerna skulle äga rum. När vi väl genomförde intervjuerna kom vi också efter hand med en del följdfrågor. Eftersom vi inte hade några färdiga svarsalternativ tog intervjun mer formen av ett samtal och eventuella oklarheter eller missförstånd utreddes efter hand. När det gäller Lomma kommun hade vi möjligheten att ställa eventuella följdfrågor eller reda ut oklarheter via mejl eller telefon.

Vi är medvetna om att datainsamling vi intervjuer kan ha sina nackdelar. Till exempel kan respondentens svar påverkas av dennes motivation, sinnesstämning eller personliga uppfattning vilket reflekteras i intervjusvaren (Lundahl och Skärvad 1999). Vi är därmed medvetna om att man med kvalitativa studier som vår inte uppnår fullständig objektivitet.

De personliga intervjuerna genomfördes på så sätt att en av gruppmedlemmarna ställde frågorna medan de övriga två förde anteckningar. Om någon av gruppmedlemmarna som

förde anteckningarna komma på någon följdfråga under intervjuens gång ställde frågan direkt till respondenten. Eftersom vi alla tre var närvarande vid de personliga intervjuerna valde vi att inte använda någon bandspelare, vilket även uppskattades av respondenterna. En annan tanke från vår sida med att inte använda bandspelare var att det skulle leda till en mer lättsam konversation mellan parterna. Intervjuerna ägde rum på respektive kommunledningskontor och pågick i cirka en timme vardera.

Vid genomförande av intervjuer är det viktigt att vara medveten om att det finns en risk att informationen man får fram kan innehålla felaktigheter. För att nå en tillfredsställande grad av reliabilitet är det viktigt att till exempel vara noggrann vid bearbetningen av den insamlade informationen. Vi är också medvetna om att respondenternas svar är påverkade av deras respektive uppfattningar och tidigare erfarenheter vilket leder till att svaren blir subjektiva till sin karaktär. För att det inte skulle uppstå några misstolkningar har intervjupersonerna fått läsa igenom uppsatsen innan vi färdigställde den. Utöver att informationen måste vara reliabel, måste den även mäta det vi säger oss mäta. Detta kallas validitet (Holme & Solvang, 1997).

2.5.2 Sekundärdata

Sekundärdata innebär data som samlats in av andra personer sedan tidigare (Lundahl & Skärvad, 1999). Vi har använt oss av ett antal olika sekundärdata. Först och främst har vi använt oss av böcker, men även av olika sidor på Internet samt en del artiklar från tidsskrifter. Utöver det har vi också gått igenom de tre kommunernas personalekonomiska redovisning/hälsobokslut.

Efter hand som vi tog del av olika litteratur och studier som på något sätt kunde kopplas till vårt uppsatsämne fann vi hela tiden tips på nya författare och ny litteratur som vi då letade upp. Ett annat namn på detta är den så kallade snöbollseffekten, vilken vi har haft stor nytta av (Holme & Solvang, 1997). Främst har vi koncentrerat oss på litteratur som behandlar hälsobokslut och verksamhetsstyrning. Syftet med det senare var att få en så bra kunskapsbas som möjligt för att kunna analysera de empiriska resultaten. Teorin har även varit till hjälp när vi sammanställde vårt intervjuunderlag. I vår studie har vi valt att använda oss av relativt ny litteratur; i huvudsak från år 2000 och framåt. En anledning till det senare är att hälsobokslut är ett förhållandevis nytt begrepp. En annan anledning är att det undre de senaste åren har hänt mycket i fråga om redovisning av icke finansiella nyckeltal vilket gör att litteratur skriven längre tillbaka idag kan uppfattas innehålla stora brister eller rent av

innehålla felaktigheter. Vi är medvetna om att litteratur ibland kan vara vinklad skriven och en del kan istället för teori bestå av författarens tolkning av annan teori eller dennes egna åsikter. Dock har vi haft detta i åtanke under tiden då vi läst litteratur och försökt att granska källorna kritiskt.

3 Hälsa i ekonomistyrningen

Målet med hälsobokslut är att integrera personal- och hälsorelaterade frågor i organisationens ekonomistyrning. Två grundläggande och kontinuerligt återkommande begrepp i vår uppsats är således hälsa och ekonomistyrning. I detta avsnitt kommer vi därför att definiera och redogöra för begreppen var för sig men även i relation till varandra.

3.1 Vad är hälsa?

Det finns en rad olika definitioner av begreppet hälsa. Till exempel menar Världshälsoorganisationen (WHO) att hälsa är ”en frånvaro av sjukdom och en känsla av välbefinnande”. Johnsson, Lugn & Rexed (2003) har en något mer subjektiv definition av begreppet - ”Hälsa är en upplevelse av välbefinnande, ett tillstånd då man finner mening med livet och då det är i balans”. Vad båda definitionerna har gemensamt är att hälsa är något positivt och eftersträvansvärt. Enligt Johnsson et al. (2003) är det en ”glidande skala” mellan hälsa och sjukdom, det är alltså inte så att en person antingen är sjuk eller vid full hälsa.

Genom ett antal vetenskapliga studier gjorda i Skandinavien har man kommit fram till att den normala biologiska sjukligheten hos en grupp människor i snitt ligger mellan två och fyra procent. Johnsson et al. (2003) menar att om så också är fallet på en arbetsplats tyder det på att allt är som det ska – det är med andra ord helt normalt med en viss procent sjukfrånvaro. När man diskuterar hälsofrågor fokuserar man överlag mer på sjukskrivningar och ohälsa än på hälsa. Johnsson et al. (2003) menar att istället för att diskutera problem och ohälsa på arbetsplatsen bör man fokusera på hälsa och lösningar på problemen. Frågan man bör ställa sig är - Hur ska det vara när det är som bäst? När medarbetarna har fått uttala sig om hur de anser att det ska vara när det är som bäst faller det sig enligt författarna ofta naturligt att man hjälps åt att nå dit. Vidare menar Johnsson et al. (2003) att om medarbetarna på en arbetsplats mår bra mår också organisationen bra. Det senare har också visat sig vara en grundläggande förutsättning för att kunna bedriva en lönsam och effektiv verksamhet.

3.2 Vad är ekonomistyrning?

Enligt Ax, Johansson och Kullvén (2002) innefattar ekonomistyrning ”det arbete som är inriktat mot att planera, genomföra, följa upp, utvärdera och anpassa företagets verksamhet i strävan efter att uppnå ekonomiska mål av såväl finansiell som icke-finansiell karaktär”. (s. 15) Lindvall (2001) menar å sin sida att ekonomistyrning innebär ”att med hjälp av ekonomisk information försöka uppnå ett önskvärt beteende bland organisationens medlemmar”. (s. 46)

Båda definitionerna bygger på tanken att styra organisationen i en viss riktning. Enligt den senare definitionen handlar styrning och ledning av ett företags verksamhet främst om att påverka och påverkas av mänskliga beteenden. Ekonomisk information används, enligt definitionen, i syfte att få såväl enskilda som grupper av aktörer att agera samordnat.

3.3 Sambandet mellan hälsa och ekonomistyrning

Under årens lopp har det genomförts åtskilliga studier som visar på starkt samband mellan ohälsa och dålig ekonomi i företag. Det har även framkommit klara indikationer på att hälsoinvesteringar har en stor lönsamhetspotential. I några studier har medelvinsten varit så mycket som fyra gånger det investerade kapitalet. (Johanson & Backlund, 2005) Det som i många fall ligger bakom företagets, inte minst kommunernas, dåliga ekonomi är hög sjukfrånvaro. Den mest kostsamma perioden i ett sjukskrivningsförlopp har genom studier visat sig vara produktivetsförlusten långt innan ett sjukskrivningsförlopp blir helt tydligt. Utifrån denna vetenskap kan man därmed dra slutsatsen att orsakerna till och konsekvenserna av sjukskrivningar är nära sammanflätade med företagets verksamhetsstyrningsproblematik. Det svåra är att komma fram till var i styrningen problemen ligger - vilka är de grundläggande orsakerna till företagets höga sjukfrånvaro? Kan de beskrivas, mätas, rapporteras och på så sätt användas som underlag i verksamhetsstyrningen?

4 Hälsobokslut

Vi kommer att inleda detta kapitel med en kort redogörelse av tidigare redovisningsläror som idag ses som föregångare till dagens hälsobokslut. Därefter följer en översiktlig beskrivning av diverse statliga uppdrag och arbeten som sedermera har lett fram till den lag som idag gäller om obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro. I avsnittet kommer vi även att presentera en allmän bild av hälsobokslut samt två olika modeller för hur ett hälsobokslut kan tänkas se ut och tillämpas.

4.1 Hälsobokslutets bakgrund

4.1.1 Att synliggöra personalen i redovisningen

Tanken på att införa någon form av hälso- och personalrelaterad redovisning i verksamheten är inte direkt någon ny företeelse. Baktanken med idén är att om redovisningens innehåll förändras borde även företagets styrning bli annorlunda. Redan i början av 1960-talet växte Human Resource Accounting begreppet fram i USA. Motsvarande lära i Sverige presenterades först under 1970-talet och kom att kallas social redovisning. Intresset för den sociala redovisningen bottnar dels i akademikernas brinnande intresse för personalrelaterad redovisning och dels i flera nya lagar som kom till under denna period rörande miljö och arbetsmiljö, bland annat MBL och LAS. Syftet med den sociala redovisningen var att verka som ett komplement till den ekonomiska redovisningen samt att lyfta fram och synliggöra företagets sociala och etiska arbete. Intresset för social redovisning avtog dock under 1980-talet, bland annat på grund av hårdnande företagsklimat och att den sociala redovisningen inte kändes tillräckligt betydelsefull ur företagsledarnas perspektiv. (Liukkonen 2006-04-26; Bäck, Sittkoff, Westerberg, 2005)

Trots att intresset avtog för stunden lanserades så småningom en ny modell för redovisning av personalrelaterade kostnader. Denna lära kom att kallas personalekonomisk redovisning. Precis som den sociala redovisningen förväntades den personalekonomiska redovisningen utgöra ett värdefullt komplement till det ordinarie bokslutet. Syftet med den senare redovisningsformen är bland annat att lyfta fram företagets personalfrågor och tydliggöra de kostnader som går att relatera till personalen. Det karaktäristiska för personalekonomisk redovisning är att den anställde ses som en tillgång som man kan investera i och inte bara som en kostnad i form av lön eller sjukfrånvaro. Personalekonomisk redovisning är en lära som än idag tillämpas i ett flertal svenska organisationer. (Aronsson & Malmström, 2003)

Ungefär samtidigt som den personalekonomiska redovisningsläran presenterades lanserades också en idé om att tydliggöra personalrelaterade kostnader i resultaträkningen tillsammans med de andra mer traditionella posterna. Idén ledde till handling och man utvecklade en schablonmodell för personalekonomisk resultaträkning. Modellen innebar att man specificerar de kostnader som vanligtvis ligger under någon form av samlingsbeteckning för samtliga personalkostnader. De personalrelaterade kostnaderna delades upp i kostnader för sjukfrånvaro, rekryteringskostnader, kompetensutvecklingskostnader, personalförmåner, rehabilitering/arbetsmiljöförbättring samt produktionslön¹. Eftersom modellen inte innehöll några kostnader utöver de som tidigare funnits med i resultaträkningen förblev rörelseresultatet före avskrivningar identiskt med resultatet i den traditionella resultaträkningen. Fördelen med att specificera personalkostnaderna var att man på så sätt skulle kunna räkna fram mått på hur stor andel av varje satsad personalkrona som leder till produktion samt ta fram mått på sjukfrånvarokostnader i relation till personalkostnader för produktion. (Johnson & Backlund, 2005)

Enligt Johanson & Backlund (2005) skulle man, teoretiskt sätt, även i balansräkningen under rubriken hälsokapital kunna redovisa värdet av företagets anställda samt investeringar kopplade till de senare. Posten skulle värderas på liknande sätt som gjorts ifråga om forskning och utveckling, det vill säga värdering efter nedlagda kostnader. Tillägget i balansräkningen skulle dock kräva en ändring av kriterierna för en tillgång. Internationell Accounting Standards Committee (IASC)² har gjort omfattande utredningsarbete i frågan men kom sedermera (1998) fram till att en ändring inte var aktuell. Återhållsamheten beror sannolikt på rädslan för uppblåsta balansräkningar, avsaknaden av tillförlitliga värderingsmodeller för annat än historiska kostnader samt svårigheten att skilja immateriella tillgångar från övriga tillgångar. På grund av kommitténs restriktivitet är det därmed mindre sannolikt att frågan tas upp igen för ny prövning inom en överskådlig framtid. (Johanson & Backlund, 2005)

Trots ovanstående exempel på hur man vid flera tillfällen har försökt att rucka på de traditionella redovisningsrutinerna är det fortfarande de senare som dominerar dagens bokslutsmodeller och verksamhetsstyrningssystem. Enligt Johanson & Backlund (2005)

¹ Avser lönekostnader för att åstadkomma produktion, lönesumman minus de lönedelar som ingår i övriga personalkostnadskomponenter

² IASC, numera IASB, är den internationella motsvarigheten till FAR

ligger svårigheten främst i att integrera den nya personalekonomiska redovisningen i befintliga system för ekonomisk planering och uppföljning. Aronsson & Malmquist (2003) menar att det är insikten om att införandet av en förändrad redovisningskultur är en komplicerad och tidskrävande process som ligger till grund för trögheten att förändra. Vidare menar de att den personalekonomiska redovisningen kräver stora ingrepp i såväl redovisningssystemen som redovisningskulturen. Vägen till en systematisk, helt integrerad personalekonomisk redovisning är allt annat än en öppen och rak väg.

4.1.2 Obligatorisk personalekonomisk redovisning – en regeringsfråga

Under de senaste 15 åren har frågan om obligatorisk personalekonomisk redovisning och hur den ska tillämpas varit aktuell i ett flertal statliga utredningar. ”Arbete och hälsa” (SOU 1990:49) var den första stora utredningen som behandlade ämnet. Arbetsmiljökommissionen som ligger bakom utredningen var av uppfattningen ”att det traditionella arbetsmiljöarbetet är otillräckligt för att åstadkomma önskvärda förbättringar” (SOU 1990: 49: 49). Deras förslag var att tydliggöra arbetsgivarens ansvar för planering av en bättre arbetsmiljö och vidta åtgärder samt att redovisa de personalekonomiska konsekvenserna av åtgärderna.

Kommissionens arbete ledde till att regeringen la fram en proposition (1990/91:140) om att företag och förvaltningar skulle åläggas skyldighet enligt lag att upprätta personalekonomisk redovisning. Enligt Johanson & Cederqvist (2005) var tanken bakom personalekonomi att använda redan befintliga ekonomiska verktyg, såsom resultaträkning, balansräkning samt investerings- och kostnadskalkyler på personalfrågor. Lagförslaget antogs emellertid aldrig, motiveringen var ”att om detta är bra för företagen krävs ingen lagstiftning i frågan” (Aronsson & Malmquist, 2003, s. 15).

Under första halvan av 1990-talet (1993-1996) arbetade Sjuk- och arbetsskadekommittén med att lägga fram förslag till utformning av försäkringsskyddet för inkomstbortfall vid ohälsa samt förebyggande och rehabiliterande åtgärder. Kommittén framhöll att personalekonomisk redovisning och tillämpning av personalekonomiska nyckeltal synliggör och ökar medvetenheten om vilka effekter olika personalåtgärder har i organisationen. (Aronsson & Malmquist, 2003)

Nästa stora utredning som behandlade vikten av att redovisa arbetsmiljöns och hälsans effekter på organisationen var ”Rehabilitering till arbetet” (SOU 2000:78). Utredningen behandlade frågor om ansvarsfördelning mellan stat och arbetsgivare, kostnader för

arbetslivsinriktad rehabilitering samt dess inverkan på företagets resultat. (Bäck, Sittkoff & Westerberg, 2005)

Trots att många åtgärder mot ohälsa i arbetet satts in fortsatte sjukskrivningarna att öka. Till följd av det ökade antalet sjukskrivningar utsågs en arbetsgrupp, vars uppgift var att analysera den stora ökningen av arbetsrelaterad ohälsa samt att ta fram en handlingsplan för åtgärder på arbetsmiljöområdet. (Aronsson & Malmquist, 2003) Arbetet resulterade i ett brett åtgärdsprogram för ökad hälsa i arbetslivet. Målet med programmet var att fler människor ska ges förutsättningar att förbli eller återgå till arbetet. Programmet kom att kallas ”Regeringens 11-punktprogram för bättre hälsa i arbetslivet” (se bilaga 2) och presenterades i september 2001 i samband med regeringens budgetproposition. Som framgår av namnet består programmet av elva punkter. Samtliga punkter behandlar hälsa i arbetslivet på något sätt. En av punkterna behandlar hälsobokslut och innebär att på prov införa särskilda ekonomiska drivkrafter i form av en redovisning av de anställdas hälsoläge i styrsystemen inom offentlig verksamhet. Det var troligen i detta sammanhang begreppet hälsobokslut för första gången dök upp offentligt. (Regeringskansliet, 2001)

I propositionen 2002/03:6 gav regeringen förslag om att företag, kommuner, landsting och statliga myndigheter med mer än tio anställda ska lämna uppgifter om anställdas sjukfrånvaro i årsredovisningar (Propositionen som källa). Förslaget antogs av riksdagen i december 2002 och kom att gälla från och med den 1 juni 2003. Lagen om obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro kan liknas vid en form av obligatoriskt minihälsobokslut. (KFO artikeln) Syftet med redovisningen är att arbetsgivarna, genom ökade kunskaper om ohälsans kostnader, ska vidta åtgärder för att minska sjukskrivningarna på sina egna arbetsplatser. Redovisningen möjliggör också för myndigheter, anställda och andra intressenter att ta del av uppgifterna. Lagen kräver att uppgifter ska lämnas avseende sjukfrånvaron i procent av de anställdas årsarbetstid, långtidssjukfrånvaro över 60 dagar samt sjukfrånvaro uppdelad på kön och åldersgrupper angivet i procent av den totala frånvaron. (Regeringskansliet, 2003; arbetsmiljoupplýsningen.se)

4.2 Hälsobokslut

Som framgår av begreppet är hälsobokslut en form av bokslut. Att göra ett bokslut innebär enligt Aronsson & Malmquist ”att man sluter böckerna vid en viss tidpunkt för att kunna redovisa vad som skett i en organisation mellan två tidpunkter” (Aronsson och Malmquist, 2003: 35). Ett hälsobokslut kan se ut på många olika sätt, vilket gör att det inte finns en

allmänt vedertagen definition av begreppet. Ett hälsobokslut kan beskrivas som en form av icke monetär personalekonomisk information. Ur hälsobokslutsrapporten ska man kunna utläsa dels företagets existerande hälsoläge och dels hur det borde vara. (www.skola.se) Det primära syftet med hälsobokslut är ”att skapa information som påverkar hur hälsofrågorna hanteras på arbetsplatsen” (Aronsson & Malmquist, 2003: 29). Ett hälsobokslut har både en intern och en extern funktion. Internt ska bokslutet fungera som ett ledningsinstrument i verksamheten medan dess externa roll snarare är att informera intressenterna om företagets hälsoläge. (Aronsson & Malmquist, 2003)

4.3 Liukkonens hälsobokslutsmodell

Informationen som återges i detta avsnitt är (om inget annat anges) baserat på Liukkonens verk, *Hälsobokslut – förslag till mätning, analys och diskussionsfrågor* (2002). Enligt Liukkonen går det inte att utforma en generell hälsobokslutsmodell som passar i alla organisationer. Anledningen är att alla organisationer inte har samma hälsoläge och att det finns många olika redovisningssätt. Liukkonen har därför endast tagit fram ett förslag till en hälsobokslutsmodell som företagen i sin tur får anpassa efter sina intressen och behov. Meningen är att företaget själv ska definiera vad hälsa är för att sedan ta fram och anpassa nyckeltal som passar för att nå de målen företaget själv har satt upp. För att hälsobokslutsarbetet ska bli väl genomfört menar Liukkonen att det är viktigt att alla som är med och utformar bokslutet arbetar mot samma mål. Huvudsyftet med hälsobokslutet är att skapa ökad kunskap om hälsan och arbetsmiljön på arbetsplatsen. Siffrorna i bokslutet ska utgöra ett verktyg för att uppnå denna kunskap. För att få de anställda engagerade och intresserade av hälsobokslutsarbetet är det av största vikt att medarbetarna deltar vid framtagning och utformning av hälsobokslutet. Nedan presenteras de variabler som enligt Liukkonen bör finnas med i ett hälsobokslut.

Hälsa

I denna del av hälsobokslutet presenteras organisationens senast gjorda medarbetarenkät samt utfallet av denna. Syftet är att få en överblick av företagets hälsoläge i jämförelse med önskvärda mål.

Personal

Personalredovisningen ska innehålla olika statistiska uppgifter som ger en samlad bild av företagets personal och bemanning. Delarna som bör ingå i personalredovisningen är enligt Liukkonen arbetskraftsvolym, personalomsättning samt intern rörlighet.

Kompetens

Anledningen till att Liukkonen har med ett avsnitt om kompetens i hälsobokslutsmodellen är att det då framkommer personliga erfarenheter, unika skickligheter och de utvecklingsbehov som ett företag har. Dessa variabler måste dock kunna synliggöras i arbetet samt vara möjliga att mäta och följa upp. Finns det inget intresse för kompetensutveckling hos medarbetarna måste anledningen undersökas.

Tidredovisning

Redovisningen av tid i ett företag innefattar allt från tid för tjänste- och produktutveckling, frånvaro- och närvarواسpekter på tidsanvändning till statistik över tidsanvändning i produktionen. Görs saker i rätt tid leder det till att företagets resultat påverkas i positiv riktning.

Sjukfrånvaron och dess orsaker

Enligt Liukkonen bör företag ta fram information gällande ersatt sjukfrånvaro, dold sjukfrånvaro samt sjuknärvaro för att få fram en så rättvisande bild som möjligt av situationen i företaget. Ett lämpligt sätt att gå till väga är att utföra enkätundersökningar.

Personalomsättning

En annan viktig del i Liukkonens hälsobokslutsmodell är att undersöka personalomsättningen för att ta reda på vad rörligheten bland medarbetarna beror på. Om en sådan undersökning skulle visa att personalen slutar på grund av till exempel missnöje, måste företaget vidta åtgärder för att förändra situationen.

Arbetsmiljö

Under denna rubrik redovisas olika miljöaktiviteter som genomförts under året samt dess omfattning. Det bör även sammanställas arbetsskadestatistik och rehabiliteringsaktiviteter samt resultatet av rehabiliteringsaktiviteterna. Man vill genom detta arbete få fram en samlad bild av arbetsplatsens arbetsmiljö.

Produktion

Under rubriken produktion är tanken att all information som har med produktionsutfallen att göra ska redovisas. Eftersom produktionsprocesser kan variera mycket, är det viktigt att

företaget utformar redovisningen så att den följer just deras behov. Det som dock bör framgå tydligt är produktionsvolymen och dess utveckling över tiden.

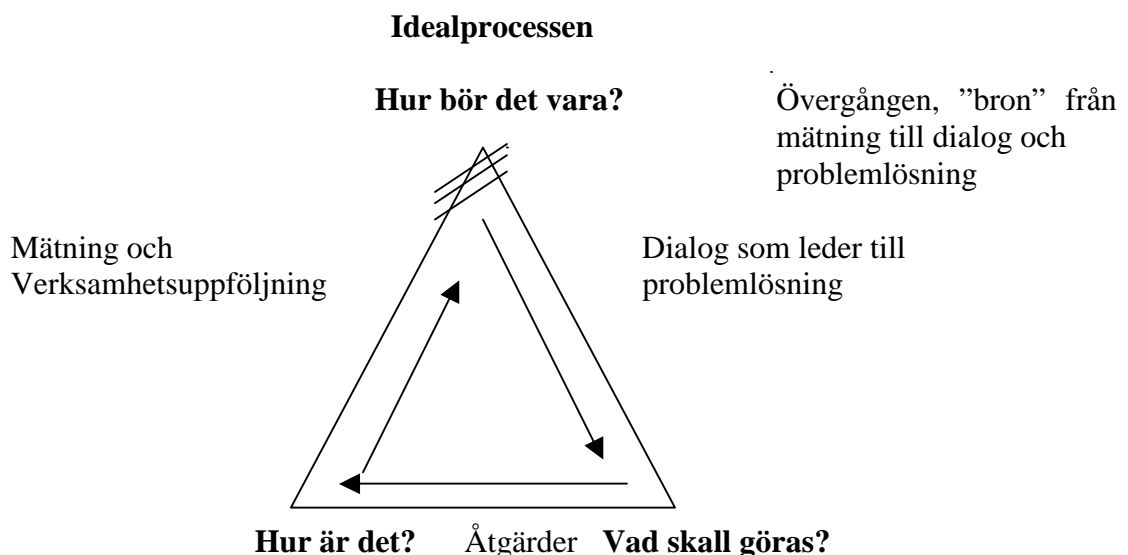
Kvalitet och motivation

De delar som Liukkonen betonar under avsnittet kvalitet och motivation är uppgifter om motivation och motivatorer på arbetsplatsen, tillsammans med uppgifter om produktionens fel- eller kvalitetsbristkostnader. Anledningen till att man redovisar dessa uppgifter tillsammans, är att man då har möjlighet att analysera eventuella samband.

4.3.1.1 Liukkonens modell i praktiken

Liukkonen anser att hälsobokslutet skall bredda verksamhetsuppföljningen till att även omfatta arbetsmiljö och hälsofrågorna i företaget. Hälsobokslutet ska bidra till ett mervärde av den befintliga verksamhetsuppföljningen och öppna utrymme för en dialog om hälsa och arbetsmiljö. Vidare ska hälsofrågan kopplas till den ekonomiska styrningen. Då organisationens ledning har intresse av hälsobokslutet skapas en rutin och hälsobokslutet blir ett långsiktigt projekt i organisationen. Det är viktigt att integrera hälsofrågorna i de vanliga rapporterna.

Vikten av verksamhetsuppföljningen



Figur 1. Liukkonens idealprocess (Liukkonen, 2006-04-26)

Enligt Liukkonens modell över aktiviteterna i verksamhetsuppföljning skall fokus ligga på tre frågor; *Hur är det? Hur bör det vara? och Vad skall göras?* Genom att utgå ifrån ”hur det är” istället för ”hur man tror att det är” finns en förutsättning till en resultatgivande dialog. Det är dock inte siffrorna som är det viktigaste utan hur mätresultaten ur olika perspektiv värderas, analyseras och tolkas. När mätresultaten skall värderas är det viktigt att alla involverade deltar i dialogen för att problemlösningen skall bli effektiv. En av de vanligaste fallgroparna med hälsobokslutsarbetet är enligt Liukkonen att de berörda inte involveras tillräckligt i arbetet och därmed inte heller förstår och kan reflektera över resultatet. Det får inte finnas ett stort glapp mellan mätningarna och dialogen. (Liukkonen, 2006-04-26)

4.4 Aronsson & Malmquists hälsobokslutsmodell

Detta avsnitt är baserat på information hämtad från Aronsson & Malmquists verk *Hälsobokslut – modell utifrån arbetsplatsens behov* (2003). Aronsson & Malmquist menar att hälsobokslutet ska ingå som en del i organisationens ordinarie bokslut och inte som ett separat avsnitt vid sidan om. Enligt dem får produkter med bilagekaraktär ofta en marginell påverkan på verksamhetsstyrningen. Bokslutet bör därför finnas med som en naturlig komponent av bokslutets helhet. Aronsson & Malmquists modell för hälsobokslut är indelat i ett internt och ett externt bokslut. Det interna bokslutet är mer omfattande än det externa. Utöver hälsoberättelse, statistik och nyckeltal samt annan information som arbetsgivaren enligt lag är skyldig att redovisa innehåller det interna bokslutet ytterligare information som man ur företagets perspektiv bedömer är av intresse och behov. Uppgifterna som ska ingå i hälsobokslutet ska i möjligaste mån gå att hämta direkt från företagets befintliga system, framför allt från avdelningarnas PA- och lönesystem.

Aronsson & Malmquists modell för ett hälsobokslut består av tre delar:

1. Hälsoberättelse
2. Statistik och nyckeltal
3. Uppdelning i kategorier

I *hälsoberättelsen* kommenteras statistiska uppgifter och förändringar som skett i det senare under året. Även nyckeltalen kommenteras, dels var för sig men också satta i relation till varandra. Hälsoberättelsen kan även innehålla information om händelser och företeelser som ligger bakom statistiken och nyckeltalen.

Den andra delen i hälsobokslutet, *statistik och nyckeltal*, består såväl internt som externt av sex nyckeltal. Nyckeltalen är, med undantag från det sjätte, konstruerade av statistiska uppgifter hämtade från företagets PA- och lönesystem. Talen är dessutom uppbyggda på så sätt att de möjliggör jämförelser både mellan olika enheter inom samma organisation och i förhållande till andra organisationer oavsett bransch, storlek och ägarstruktur. Uppgifterna som krävs för att kunna mäta företagets produktivitet är hämtade från en hälsoindexenkät. Enkäten bör enligt författarna omfatta mellan 10-15 frågor och ska kunna besvaras på 1-2 minuter. Frågorna, som samtliga anställda måste besvara, handlar om hur de upplever olika situationer i och omkring arbetet.

De sex nyckeltalen lyder som följer:³

1. Sjuktal: $\text{Antal sjukfrånvarotimmar} / \text{antal arbetade timmar} * 100$
2. Sjukfall: $\text{Antal påbörjade sjukfall under verksamhetsåret} / \text{antal arbetade timmar} * 10\,000$
3. Rehabilitering (inflöde):
 $\text{Antal sjukfall som påbörjar dag 29} / \text{antal arbetade timmar} * 10\,000$
4. Rehabilitering (återgång):
 $\text{Antal återgående efter att dag 29 påbörjats} / \text{antal sjukfall som påbörjar dag 29}$
5. Personalomsättning: $\text{Antal oönskade personalavgångar} / \text{antal arbetade timmar} * 10\,000$
6. Produktivitet: Produktion per arbetad timme

I den tredje delen i Aronsson och Malmquists hälsobokslutsmodell redovisas statistik och nyckeltal uppdelat i olika kategorier. Exempel på kategorier är kön, befattningskategori, anställningstid samt sysselsättningsgrad. En förutsättning för att kunna göra relevanta uppdelningar är att kategorin består av minst 10 personer. Genom att dela upp de anställda i olika kategorier får företagsledningen en klarare bild av var insatser och åtgärder behöver sättas in.

4.4.1 Aronsson & Malmquists modell i praktiken

Aronsson och Malmquist anser att hälsobokslutet skall fungera som ett ledningsinstrument i verksamheten. Bokslutet skall bidra med information om hälsosituationen för verksamhetsstyrningen inom företaget men även till organisationens intressenter. Hälsobokslutet kan enligt författarna användas inom följande område: insikt och förståelse,

³ I följande formler för nyckeltal är faktorer såsom 100 och 10 000 inkluderade. Syftet med faktorerna är enbart att de redovisade talen inte ska utgöra ett alltför litet tal som kräver många decimaler.

kostnadsanalys, utvärdering, analysunderlag, beslutsunderlag, styrmedel i verksamheten samt i personalpolitiken.

Syftet är att lyfta fram hälsofrågorna i organisationen vilket leder till ökad *insikt och förståelse* för hur frågorna kring hälsa skall hanteras. Hälsobokslutet innehåller inte monetära enheter men är dock ekonomisk information. Genom att utveckla analyser över intäkter och kostnader som är kopplade till nyckeltalen kan organisationen utveckla standardkostnader för respektive tal. Vidare kan organisationen enkelt utveckla *kostnadsanalyser* som påvisar vad en sjukfrånvarotimme kostar eller vad ett rehabiliteringsfall medför för kostnader på organisationen. Hälsobokslutet bör även användas när organisationen gör *utvärderingar* av enheter och verksamhetens effektivitet. Vidare kan information i bokslutet nyttjas som beslutsunderlag och analys verktyg vid exempelvis omorganisationer, rekryteringskampanjer, investeringar i maskiner och utrustningar. Nyckeltalen i hälsobokslutet kan användas som ett viktigt *styrmedel* i organisationen då en enhet ska uppnå en viss nivå på nyckeltalen, vilket bidrar till bättre hälsa hos enheten. I *personalpolitiken* utgör hälsobokslutet en viktig funktion då man utifrån varje enhet kan få information om hälsoläget och utifrån enheternas specifika situationer anpassa hälsoarbetet.

4.5 Likheter och skillnader mellan modellerna

Samtidigt som det finns flera likheter mellan Liukkonens och Aronsson & Malmquists modell finns det också mycket som skiljer dem åt. För att ge dig som läsare en klarare bild över modellerna kommer vi i nedanstående stycke att göra en mycket kortfattat redogörelse för modellernas generella olikheter.

En av de viktigaste skillnaderna mellan modellerna är att Aronsson & Malmquist har valt att dela in sin hälsobokslutsmodell i en internt och en externt del. En sådan uppdelning har inte Liukkonen utan hennes modell är tänkt att redovisas lika i båda fallen. En annan viktig skillnad är att Liukkonens modell endast utgör ett förslag medan Aronsson & Malmquists modell karaktäriseras av en relativt bestämd utformning och struktur. Liukkonens modell är mer flexibel eftersom den helt och hållet utelämnar klara definitioner och nyckeltal. Liukkonens tanke är att företagen helt efter eget bevåg ska utforma hälsobokslutet efter organisationens egna behov och intresse. Även i Aronsson & Malmquists modell finns utrymme för flexibilitet, dock begränsat till bokslutets interna del. Aronsson & Malmquists mål är att skapa en hälsobokslutsmodell som ska kunna användas av alla företag. Enligt Liukkonen är det inte möjligt, hon menar att alla nyckeltal inte passar in i alla företag samt att

det inte bara finns en enda redovisningsmetod som passar alla utan var och en måste anpassa sitt hälsobokslut efter sina behov och förutsättningar. En sista skillnad vi vill redogöra för är att Liukkonens modell är mer omfattande än Aronsson & Malmquists modell och kan i det närmsta liknas vid en kartläggning av de anställdas hälsoläge. Utöver sjukfrånvaro, rehabilitering, personalomsättning och produktivitet, som båda modellerna innefattar, innehåller Liukkonens även variabler såsom personal- och kompetensbild, arbetsmiljöarbete och motivation.

5 Hälsobokslut i verksamhetsstyrningen

Som vi tidigare nämnt består en av delarna i regeringens 11-punktsprogram för bättre hälsa i arbetslivet av ett så kallat hälsobokslutsprojekt inom den offentliga sektorn. Idén med hälsobokslutsprojektet var att undersöka möjligheten att integrera det långsiktiga hälsofrämjande arbetet med organisationernas ekonomiska styrning. I detta avsnitt kommer vi att redogöra för de slutsatser som kunnat dras utifrån projektet. Vi kommer framför allt att fokusera på de styrmodeller organisationerna har använt sig av som grund för att implementera sina hälsobokslut i verksamhetsstyrningen. Vår baktanke med detta är att i analysen kunna diskutera och jämföra om "våra" kommuner möjligen har gjort på liknande sätt. För att få ytterligare "kött på benen" har vi kompletterat informationen från projektrapporten med annan litteratur.

5.1 Regeringens hälsobokslutsprojekt

Hälsobokslutsprojektet inleddes i augusti 2002 och avslutades i september 2005. Projektets inriktning var att förbättra förutsättningarna för att redovisa och styra verksamheten i den kommunala sektorn utifrån ett hälsoperspektiv. Idén med hälsobokslutsprojektet var att undersöka möjligheten att integrera det långsiktiga hälsofrämjande arbetet med organisationens ekonomiska styrning. Projektet bedrevs i samverkan mellan sju kommuner och Institutet för Personal- och Företagsutveckling (IPF). Även forskare från Mälardalens högskola och Uppsala universitet samt det rikstäckande nätverket Attraktiv skola⁴ deltog i arbetet. Syftet med projektet var bland annat att ge erfarenhet och kunskap om olika verksamhetsstyrningsmodellens användbarhet som underlag för hälsobokslut och att ge erfarenhet och kunskap om vilka stödprocesser som är väsentliga för en lyckosam användning av de valda verksamhetsstyrningsmodellerna. (Johanson & Cederqvist, 2005)

5.2 Generella slutsatser

Genom hälsobokslutsprojektet har frågor kring personalpolitik, hälsa och välbefinnande fått mycket större fokus och intresset kring dessa frågor har därmed ökat. Detta har även lett till att man uppnått resultat i form av att sjukfrånvaron i kommunerna har minskat. Det största problemet under projektets gång har varit att veta vilka av de insatser som gjorts som har lett till att man uppnått resultat. Ett annat problem har varit att lyckas finna nyckeltal som är relevanta, samt att få rutin i det nya planerings- och styrsättet och att lyckas förankra det i

⁴ Attraktiv skola är en gemensam satsning för att stärka kvaliteten i skolan (www.skola.se)

organisationen. Nedan följer ett antal avsnitt med närmare kommentarer angående olika områden.

5.2.1 Begreppet hälsobokslut

Som vi tidigare nämnt har man inte lyckats komma fram till någon allmänt vedertagen definition av begreppet hälsobokslut. För flertalet av hälsobokslutsprojektets deltagande kommuner visade sig begreppet vara problematiskt. Begreppet upplevdes svårtolkat och gav allt för stor plats åt olika associationer. Flera kommuner valde därför att inte använda begreppet hälsobokslut utan valde istället att använda begrepp som är lättare att kommunicera, såsom ”Den goda arbetsplatsen” eller ”Attraktiv arbetsplats”.

Hälsobokslutsbegreppet har fått olika innebörd och funktion i de olika kommunerna. Vissa har till exempel använt begreppet för att beteckna en specifik metod eller teknik för rapportering medan andra har använt hälsobokslutsbegreppet för att beteckna ambitionen att integrera personal- och hälsorelaterade frågor i den ordinarie verksamhetsstyrningen. Enligt Johanson & Cederqvist (2005) är hälsobokslutsbegreppets mest positiva innebörd att det signalerar allvar och tyngd. En nackdel med begreppet är att det ger sken av en slutrapportering av något som varit istället för att signalera det som faktiskt är ambitionen med hälsobokslut - nämligen att påverka i syfte att förbättra organisationens hälsoläge.

5.2.2 Insikt och förståelse

Ett första dilemma kommunerna stod inför när projektet startade var att komma fram till vad de ville att hälsobokslutet skulle ha för effekt på organisationens styrning. Enligt Lindvall (2001) är det nödvändigt för att kunna uppnå bestående förändringar att ha insikt och förståelse i de problem som styrningen avser att lösa. Han menar att företags styrfrågor präglas av å ena sidan en idédimension och å andra sidan en mer materiell, teknisk sida. Idédimensionen utgör de föreställningar och ställningstaganden samt den styrfilosofi som formar styrfrågorna medan den tekniska sidan snarare används för att lösa specifika uppgifter och består således av konkreta metoder och verktyg. Det vardagliga praktiska arbetet i organisationen speglas, mer eller mindre medvetet, av en övergripande föreställning om hur styrningen borde vara. Ur föreställningen identifieras aktuella styrproblem samtidigt som den är av stor betydelse i fråga om val av relevanta metoder och verktyg.

Enligt Lindvall (2001) tenderar akademikerna ibland att ägna sig åt oreflekterat och överdrivet teoretiserande samtidigt som de praktiskt verksamma, i många fall, inte tar sig tid

att reflektera över bakomliggande idéer som präglar förekommande metoder och tekniker. Både överteoretisering och bristande reflektion kan orsaka problem. Till exempel är det inte ovanligt att nya tekniker införs schablonmässigt i verksamheten, utan att anpassas efter företagets unika behov. Enligt Lindvall är eftertanke och reflexion av särskilt stor betydelse i fråga om att utveckla företagets traditionella ekonomistyrning till en mer modern verksamhetsstyrning.

5.2.3 Institutionalisering – en nödvändig förutsättning

Projektets ytterst ansvariga Ulf Johanson, professor på Mälardalens högskola och Stefan Cederqvist, verksam på IPF i Uppsala menar att en nödvändig förutsättning för att skapa en varaktig och hållbar förändring i arbetet med hälsofrämjande insatser är att institutionalisera och rutinisera de senare i organisationens dagliga styrning. Ordet rutinisera syftar i detta sammanhang inte på administrativ, byråkratisk regeltillämpning utan står snarare för att mycket av arbetet som utförs inom organisationen präglas av olika vanor och sedvänjor. Exempel på återkommande moment som i de flesta organisationer ligger till grund för verksamhetsstyrningen är budget- och bokslutsprocesser. Dessa processer följer vissa rutiner dag efter dag och år efter år. Människorna i organisationen anpassar sig efter dessa rutiner. Rutinerna ges ofta stort utrymme och det som behandlas påverkar i hög grad vad som uppmärksammas, vad som står med i samtalsagendan samt hur man agerar i organisationen. Johanson & Cederqvist menar att om hälsofrågorna förs in i verksamhetens rutiner kommer de upp på samma spelplan som verksamhetens ekonomiska frågor. Hälsofrågorna kommer dessutom att på detta sätt ges möjlighet till en återkommande ”rutinmässig” behandling på samma sätt som ekonomifrågorna.

5.2.4 Målöverensstämmelse

En annan viktig förutsättning för att kunna implementera hälsobokslutet i organisationens ordinarie verksamhetsstyrning var enligt kommunernas projektledare ha stöd från ledningen. Eftersom ett företags verksamhet i många fall främst består av mänsklig aktivitet, det vill säga olika aktörer och aktörsgrupper som ska samverka, är det av stor betydelse att styrningen understödjer företagets strävan efter organisatorisk målöverensstämmelse. Lindvall menar att för att på bästa sätt dra nytta av aktörerna inom organisationen bör styrningen vara utformad på ett sådant sätt att det som är bra för den enskilda aktören även är bra för helheten. (Lindvall, 2001) Anthony & Govindarajan uttrycker sig som följer: *”In a goal congruent process, the actions people are led to take in accordance with their perceived selfinterest are also in the best interest of the organization”* (Anthony & Govindarajan, 2003 : 93) Helt

perfekt målöverensstämmelse är emellertid svårt att uppnå, minimum är dock att ekonomistyrningen inte uppmuntrar medarbetarna att agera mot företagets bästa. (Anthony & Govindarajan, 2003) Enligt Lindvall (2001) har synen på målöverensstämmelse under de senaste åren förändrats. Tidigare var ambitionen med styrningen att direkt få individerna att agera i en viss riktning, idag strävar man mer efter att skapa ramar för aktörernas agerande.

5.3 Styrmodell vid implementering av hälsobokslut

Av projektets slutrapport framgår det att kommunerna i huvudsak har använt tre olika verksamhetsstyrningsmodeller som underlag för att integrera det långsiktiga hälsofrämjande arbetet med organisationens ekonomiska styrning. Vi kommer i nedanstående avsnitt att presentera modellerna var och en för sig.

5.3.1 Balanserat Styrkort

Två av kommunerna arbetade sedan tidigare med ett så kallat Balanserat Styrkort som verksamhetsstyrningsinstrument. Det balanserade styrkortet är en modell för strategisk styrning som ursprungligen utvecklades av Dr. Robert Kaplan & David Norton i början av 1990-talet (Lindvall, 2001). Det balanserade styrkortet kom till efter att man märkt att det inte enbart går att använda sig av finansiella mått för att ge ledningen en bra bild av hur det går för organisationen. Ett balanserat styrkort innehåller ytterligare ett antal perspektiv utöver det finansiella för att ge en mer balanserad bild av hela verksamheten. De grundläggande fokusområdena som ofta återfinns i det balanserade styrkortet, utöver finansiellt fokus, är följande:

- Kundfokus (till exempel hur uppfattar kunderna oss?)
- Personal (till exempel hur väl trivs personalen på arbetsplatsen?)
- Processfokus (till exempel vad måste vi bli bättre på?)
- Förnyelse & utvecklingsfokus (till exempel hur kan vi fortsätta förbättra oss framöver?)

De olika fokusområdena används för att kategorisera styrtalet, aktiviteter, strategiska mål samt framgångsfaktorer. (Holmblad Brunsson, 2005). Ett problem med det balanserade styrkortet är att det är svårt att hitta bra icke-finansiella styrtalet som man kan implementera i verksamhetsstyrningen. Det man inte kan mäta kan man heller inte förbättra, så för att kunna förbättra till exempel hur nöjda medarbetarna är, är det viktigt att hitta bra sätt att mäta detta på. Genom att använda sig av ett balanserat styrkort blir det dock en mer naturlig fokusering på de icke finansiella resultaten. (<http://www.iccommunity.com/sv/>)

5.3.2 Investors in People

Några av kommunerna valde att angripa frågan om utveckling genom att börja använda Investor in People (IIP). Investors in People är en internationell standard som genom medarbetarnas utveckling ska leda till att organisationens resultat förbättras (www.iipsverige.se). I likhet med balanserat styrkort kan IIP enligt Johanson & Cederqvist (2005) sägas vara ett verksamhetsstyrningsinstrument men med den avgörande skillnaden att IIP endast fokuserar på tillstånd och aktiviteter som har med personalen att göra. En annan skillnad är att IIP inte har sitt ursprung i ekonomistyrningen och har därmed inte samma nära koppling till de ekonomiska budget- och bokslutsprocesserna som balanserat styrkort.

Alla organisationer är beroende av medarbetarnas motivation och kompetens för att nå framgång. Dessa båda faktorer blir allt viktigare på dagens arbetsmarknad för att organisationer ska kunna uppnå sina mål och för att kunna attrahera, utveckla och behålla duktiga medarbetare. Investor in People togs fram i början av 90-talet i Storbritannien för att stärka företagets konkurrenskraft. Svenska Investor in People är en verksamhetsgren inom Arbetsmiljöforum. Investor in People kan användas antingen separat eller som komplement till andra modeller. Avsikten med Investor in People är att se till att organisationen gör det de säger att de ska göra, istället för att se hur organisationen gör. För att en organisation ska bli certifierad som en Investor in People krävs en utvärdering och ett godkännande av en auktoriserad examinator. I skrivande stund finns det fyrtiotvå organisationer i Sverige som är godkända som Investors in People. Sverige är det land i Europa som har tredje flest certifierade organisationer.

Investors in People innefattar följande tio indikatorer:

Planerings indikatorer

1. Verksamhetsplan
2. Plan för lärande och utveckling
3. Medarbetarstrategi
4. Ledarskapsstrategi

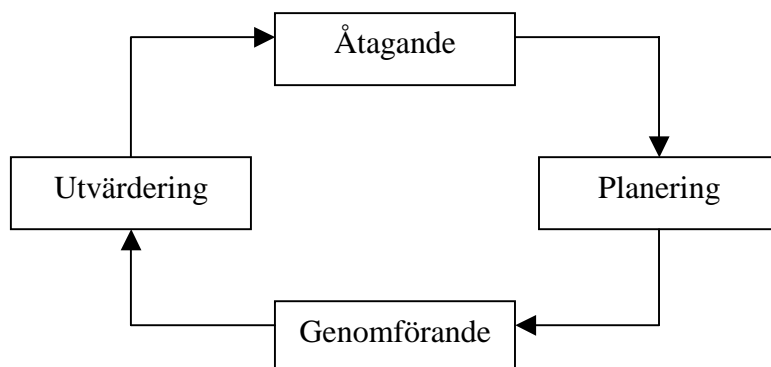
Genomförande indikatorer

5. Effektivt ledarskap
6. Uppmärksamhet och belöning
7. Inflytande och delaktighet
8. Lärande och utveckling

Utvärderingsindikatorer

9. Mäta resultat
10. Ständiga förbättringar

Indikatorerna är i sin tur uppdelade i mindre ”del indikatorer”. Sammanlagt består de av 39 så kallade bevis som organisationen måste påvisa för att få behålla sitt Investor in People certifikat



Figur 2. Investors in Peoples fokusområden

5.3.3 Personalekonomi

I en kommun som redan innan projektet hade arbetat med personalekonomiskt bokslut valde man att fortsätta detta arbete men med vissa justeringar som hälsobokslutsarbetet innebar. Som vi tidigare nämnt (avsnitt 4.1.1, stycke 2) är tanken med personalekonomi att tillämpa redan befintliga ekonomiska verktyg, såsom resultaträkning, balansräkning samt investerings- och kostnads kalkyler på personalfrågor. Enligt Aronsson & Malmquist (2003) är både personalekonomisk redovisning och hälsobokslut ett instrument för arbetsgivaren att effektivisera verksamheten. Författarna menar att anledningen till att regeringen, liksom de själva, har valt att satsa på hälsobokslut framför personalekonomisk redovisning är att de anser det senare mer komplicerat att införa. Till exempel krävs, innan man överhuvudtaget kommer fram till ett enhetligt och användbart system, omfattande metodutveckling samt betydligt bättre anpassade administrativa stödsystem, inte minst i fråga om organisationens PA- och lönesystem. Ett annat problem med den personalekonomiska redovisningen menar Johanson & Cederqvist är personalfrågornas översättning i pengar.

6 Empiri

I detta kapitel kommer vi att presentera resultatet av vår empiriska studie. För att presentationen ska bli strukturerad och lättkommunicerad har vi valt att redogöra för varje kommun för sig. Vi inleder varje redogörelse med lite bakgrundinformation rörande hälsobokslutsarbetet i kommunerna. Därefter följer en kort presentation av hur kommunerna har utformat sina respektive bokslut. Varje presentation kommer att avslutas med en beskrivning av hur kommunerna tillämpar sina hälsobokslut.

6.1 Kristianstads kommun

6.1.1 Bakgrund

Kristianstads kommun har arbetat med personalstatistik sedan 1980-talets inledande skede. I början av 1990-talet började de göra sammanställningar och analyser av personalrelaterad information som sedermera resulterade i kommunens personalredovisningsrapport. Varpå av a Under 1990-talet börjande de sammanställde de själva analyser med information hämtad från PC. Kommunen fick ett nytt personalsystem 1998 som gav möjlighet att hämta information direkt ur databasen, vilket var ett betydligt mer komplett system. Sedan 1990-talet använder de sig utav samma modell som de använder idag. Den har dock haft lite olika utformningar från år till år beroende på de lagar och trender som dominerat i samhället. Innehållet har även växt fram under årens lopp och utvecklats efterhand, dels genom jämställdhets- och mångfaldsplaner och dels utifrån kommunens mål och policy. Då rapporten benämns personalekonomisk redovisning och inte hälsobokslut tycker man att hälsobokslut mer är inriktat på ekonomi, på hur mycket sjukfrånvaron kostar. Det är Agneta Rydén som utformar kommunens hälsobokslut med hjälp av information från databaser och från "personalarna" på respektive förvaltning. Kommunens syfte med personalredovisningen är att ge en "operativt användbar uppföljning av personalarbetet i kommunen". Kristianstad kommun håller även på att införa ett system som kallas Business objects, i vilket områdena är uppdelade efter det balanserade styrkortet.

6.1.2 Utformningen och struktur

Kristianstads kommuns personalredovisning består av diagram och tabeller varvade med löptext. Rapporten inleds med en redogörelse för rapportens syfte och innehåll samt en klargörelse och definiering av ett antal begrepp och nyckeltal som sedermera behandlas i rapporten. Inledningen följs av en tydlig översikt över olika framtagna nyckeltal samt en

kortare sammanfattning över de förändringar som skett sedan föregående år. I övrigt är rapporten indelat och strukturerat i följande tre huvud avsnitt:

1. Bemanning och struktur

I detta avsnitt presenteras statistik och nyckeltal som beskriver personalen i kommunen. Bland annat presenteras antal anställda per anställningsform (månadsavlönade, timavlönade och fyllnadstjänstgöring och övertid), olika beräkningar av sysselsättningsgrad, mångfald (ålder, kön och etnisk härkomst) och personalavgångar. Avsnittet avslutas med en jämförelse mellan fem kommuner där variablerna bemanning, sysselsättningsgrader, ålder och kön behandlas.

2. Hälsa och arbetstillfredsställelse

I det andra avsnittet redovisas kommunens sjuktal och frisktal samt en del uppgifter från medarbetarenkäten. Sjukskrivningarna och frisktalerna är specificerade per förvaltning, personalgrupp, kön och ålder. Avsnittet innehåller förutom nämnda variabler uppgifter på sjuk-, rehabiliterings- och arbetsskadeersättning samt en presentation av kommunens rehabiliteringsarbete.

3. Resurser mm

Det tredje avsnittet i rapporten behandlar uppgifter såsom sjukskrivningarnas kostnader, löner och löneutveckling samt kommunens framtida rekryteringsbehov sett över en tio års period.

Rapporten avslutas med ett antal bilagor, varav den första består utav 17 olika tabeller omfattande, cirka 20 stycken, tKristianstads kommun har strukturerat presentationen av nyckeltalen på så sätt att de inför varje Innan de olika nyckeltalen behandlas har

6.1.3 Användning

Kristianstads kommun använder idag hälsobokslutet som ett verktyg för att få en samlad bild av hälsosituationen i organisationen och för att skapa insikt och förståelse för hälsan på arbetsplatsen. Genom den personalekonomiska redovisningen som bygger på fakta blir arbetet med hälsa mer konkret och därmed enklare att arbeta med. I årsredovisningen kommer den första informationen om hur de ligger till mot målen. De har även en halvårsrapport som kommer i september varje år, samt en tertialrapport som följer upp vissa tal. Personalredovisningen för året som gått kommer efter sommaren. Nyckeltalen i den personalekonomiska redovisningen bryts eventuellt ner till förvaltningsnivå, beroende på enhetschefernas intresse, för att sedan diskuteras individuellt. Genom dessa diskussioner

analyseras hur resurser skall fördelas och åtgärder sätts in. Åtgärderna följs ej upp på central nivå utan det sker på varje ansvarig chefs egna initiativ. Dock deltar Rydén i olika träffar med förvaltningarna. Det är varje enskild förvaltning som bestämmer vilka åtgärder/insatser som ska vidtas. Hälsobokslutsarbetet används då kommunen vill se hur verksamhetsutvecklingen varit kring frågorna i hälsobokslutet. Genom att använda det aktuella årets hälsobokslut och jämföra det med tidigare års hälsobokslut kan utvecklingen analyseras inom den egna verksamheten. Dock anser Rydén att det är det väldigt svårt att göra rättvisande jämförelser med andra kommuner och mellan de olika enheterna. Hon anser istället att man ska jämföra med sig själv över tiden, eller möjligtvis med andra kommuner, men då med en nypa salt. Trots att kommunerna har gemensamma nyckeltal definieras begreppen olika, vilket gör det svårt att jämföra sig med andra kommuner. Däremot har Kristianstads socialförvaltning jämfört sig med andra kommuners socialförvaltningar och på så vis uppnått en bra jämförelse. Den personalekonomiska redovisningen används för att sätta upp konkreta mål. Genom de uppställda målen kan verksamheten enklare mäta utfallen och därefter vidta åtgärder och i och med att målen följs upp sätts fokus på rätt saker. Kvaliteten på den framtagna datan är det viktigaste men även den svåraste biten menar Rydén. Det är ett problem att få fram tal som verkligen säger det de ska säga. Målet är att det ska vara enkelt samt få nyckeltal och det gäller då att dessa är korrekta för att de ska kunna användas på rätt sätt. Kristianstad kommuns främsta mål med hälsobokslutsarbetet är att bli en bättre arbetsgivare.

6.2 Simrishamns kommun

6.2.1 Bakgrund

Simrishamns kommun har sedan 1997 arbetat med personalekonomisk redovisning vilken görs på övergripande nivå. De började arbeta med personalekonomisk redovisning på grund av att informationen efterfrågades av många, för att kunna se vad det är de behöver lägga resurser på och för att kunna sätta in åtgärder på rätt ställe. Kommunen har valt att benämna rapporten personalekonomisk redovisning och inte hälsobokslut, då man anser att det är ett mer taktiskt sett att nå fram till ekonomer. Personalekonomisk redovisning anser man låter bättre i ekonomers och politikers öron, men ser för övrigt inte någon skillnad på begreppen. Kommunen har inte använt sig av någon speciell mall när de sammanställt informationen i den personalekonomiska redovisningen, utan behovet har i första hand styrt utformningen. Man har försökt ligga steget före och se vad som är aktuellt i lagstiftningen och vad det är som ligger i tiden. Även genom kommunens policy har man kommit fram till nyckeltalen. Simrishamns kommun var dock med i Liukkonens projekt och tyckte det var givande, men de

har ändå utformat rapporten på sitt sätt. Det är Marianne Jönsson, personalchefen samt förhandlingssekreteraren som har tillgång till redovisningssystemet och som tillsammans upprättar den personalekonomiska redovisningen. Enhetscheferna ansvarar dock för sina respektive förvaltningar. Kommunens avsikt med den personalekonomiska redovisningen är att ge en aktuell bild av personalförhållande och personalstruktur och den ska även vara en del i deras system för kvalitetssäkring. Rapporten är också avsedd att ge information åt kommunens intressenter samt vara ett instrument vid uppföljning och utvärdering av olika personalåtgärder.

6.2.2 Utformning och struktur

Simrishamns kommuns personalekonomiska redovisningsrapport består i huvudsak av diagram och tabeller som till viss del är kompletterade med löpande text. Rapporten inleds med en kortfattad redogörelse för redovisningens syfte och funktion. Rapportens innehåll är indelad i följande huvudrubriker:

1. Antal anställda

Under denna rubrik presenteras antalet anställda i olika former. Bland annat presenteras antal tillsvidaranställda och visstidsanställda per förvaltning och kön, antal anställda vid årets slut, sysselsättningsgrad angivet i kön, ålder och yrkesgrupp samt antal chefsbefattningar fördelat mellan män och kvinnor.

2. Ålder

Som rubriken tyder på presenteras här nyckeltal relaterade till de anställdas ålder såsom genomsnittlig ålder för hela kommunen, antal anställda per åldersgrupp och medelålder för förvaltning och befattningsområde.

3. Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron i kommunen specificeras för män respektive kvinnor och jämförs mellan de olika förvaltningarna. Det görs även beräkningar på genomsnittligt antal sjukdagar vad gäller ålder, yrkesgrupp och förvaltning samt sett ur ett historiskt perspektiv. Även långtidssjukskrivningarna specificeras liksom sjukfrånvaro uppdelad på ålder och genomsnittligt antal sjukdagar. Avsnittet avslutas med en presentation om vad sjukfrånvaron kostar samt en redogörelse och mycket kortfattad diskussion kring frisknärvaro, sjukfrånvaro och rehabilitering.

4. Företagshälsovård

Under denna rubrik redogör kommunen inledningsvis för det samarbete som pågår med AB Previa, leverantör av arbetsmiljöjänster och företagshälsovård. Även kommunens förebyggande arbetsmiljöarbete presenteras.

5. Arbetskadestatistik

Precis som rubriken antyder redovisas här kommunens arbetskadestatistik. Avsnittet innehåller dessutom uppgifter om kostnader i samband med ohälsa.

6. Löne- och arvodeskostnader

Hur kommunens löne- och arvodeskostnader är fördelade presenteras under denna rubrik. Resterande delen av avsnittet fokuserar på medellön, dels i hela kommunen och dels mer detaljredovisat efter ålder, kön och befattningstyp.

7. Jämställdhet

Under denna rubrik redovisas lägsta-, medel- och högsta lön för kvinnor respektive män. I avsnittet konstateras också att kommunen har en jämställdhetsplan men ingen vidare diskussion kring det senare förs. Halva avsnittet utgörs av en redogörelse för prognostiserade pensionsavgångar 2006-2010, pensionsutbetalningar och pensionsskuld.

8. Mertid/övertid

Avsnittet mertid/övertid innehåller en redovisning av mertid/övertid för tillsvidaranställda och visstidsanställda.

9. Arbetsmiljö

Avsnittet behandlar mycket kortfattat vad alla anställda i Simrishamn kommun ska erbjudas för arbetsmiljö. Lika kortfattat presenteras ett arbetsmiljöcertifikat som alla chefer och skyddsombud ska ingå.

10. Kompetensutveckling

Under rubriken kompetensutveckling görs en redogörelse av det senare indelat i grupperna vård och omsorg samt barn och utbildning.

11. Ledning, organisation och arbetstid

I detta avsnitt presenteras mycket kortfattat den så kallade Simrishamnsmodellen som är ett sätt att organisera, leda, arbeta och reglera arbetstid. Ingen vidare diskussion förs om hur modellen tillämpas i praktiken.

12. Lönepolitik

I lönepolitikavsnittet behandlas begreppet arbetsvärdering mycket kort.

13. Lönestruktur

Under denna rubrik presenteras kommunens lönestruktur fördelat på olika befattningar.

14. Befattningssystem

Rapporten avslutas med en skildring av kommunens befattningssystem.

6.2.3 Användning

Den personalekonomiska redovisningen används dels för att ge information till anställda och politiker om hälsosituationen i kommunen och dels för att ge ökad förståelse för arbetsmiljöarbete. Marianne Jönsson anser att den personalekonomiska redovisningen fungerar som ett verktyg i verksamheten. Utifrån resultatet av mätningarna utförs analyser och kontroller om hur resurserna skall fördelas och om hur de används. Vidare kan verksamheten analysera om utvecklingen går åt rätt riktning och om rätt insatser gjorts. Kommunen ger förslag på åtgärder från central nivå till respektive enhet, varvid den enhetsansvarige tar över. Man poängterar dock vikten av att kunna se det positiva i resultatet. Även om det är små skillnader från år till år kan målen uppnås med tiden. Kommunen har sedan 2005 börjat räkna på frisknärvaro, istället för sjukfrånvaro, för att få en annan vinkel på talen. Medarbetarna har på så vis fått en positiv bild av deras hälsa/ohälsa och därmed uppmuntrats. Det är viktigt att resultaten analyseras och att hitta förklaringar till resultaten. Vid uppföljningsarbetet av de uppmätta resultaten sätter enheterna själva upp sina mål. Det är dock kommunstyrelsen som bestämmer vilka förslag som skall prioriteras. Kvartalsvis får varje enhet reda på hur till exempel sjukfrånvaron ser ut på deras ställe. Vidare fyller medarbetarna årligen i en så kallad arbetsplatsundersökning, vars resultat sedan utvärderas. Kommunen har i dagsläget gemensamma mål för hela organisationen. Ett sådant mål är att minska sjuktalet på en treårsperiod. Den personalekonomiska redovisningen anses vara väldigt viktigt för kommunen och många har nytta av de framtagna resultaten. Marianne Jönsson anser att det är av stor vikt att få ut budskapet om att personalekonomisk redovisning är viktigt, samt att visa utåt att de gör det bästa av skattepengarna.

6.3 Lomma kommun

Bakgrund

Lomma kommun har arbetat med hälsobokslut i tre år. De började med hälsobokslutsarbetet på grund av att de har insett att medarbetarna är den viktigaste resursen, men de ville även komplettera sitt traditionella bokslut med andra uppföljningar för att få en bättre bild över styrning och ledning i kommunen. Även lagen om medfinansiering samt ökande sjuktal spelade roll. Lomma kommun skiljer på begreppen hälsobokslut och personalekonomisk redovisning på så sätt att de anser att personalekonomisk redovisning fokuserar i första hand på kostnadsuppföljning, medan hälsobokslut fokuserar på medarbetarna. De anser också att ett hälsobokslut innehåller en mer fördjupad analys. Lomma kommun har inte använt sig av någon speciell modell när de tagit fram sitt hälsobokslut, utan de har byggt upp det så att det ska samspela med kommunens styrsystem. De har även fått tips genom att titta på hur andra kommuners hälsobokslut är utformade. Nyckeltalen i hälsobokslutet har bland annat tagits fram med hjälp av ett projekt som utförts tillsammans med tre andra kommuner ("4 YES kommunerna"). Projektet uppkom på grund av den nya lagen om redovisning av sjuktal och skapade en modell för redovisning av sjuktal som nu används av alla kommuner i Skåne. Utgångspunkten för nyckeltalen var i första hand sjuktal och frisknärvaro, eftersom Lomma kommun satte upp mål för detta år 2004. För att ta fram hälsobokslutet har kommunen en arbetsgrupp som består av personalchefen, personalstrateger, en personalekonom, rehabansvarig samt en kommunstrateg.

6.3.1 Utformning och struktur

Lomma kommuns hälsobokslut bygger på diagram och tabeller varvat med löpande text som på ett utförligt sätt redogör för det diagrammen och tabellerna visar. Bokslutet är indelat i följande sex kapitel:

1. Allmän inledning

Bokslutets första avsnitt inleds med en framställning av hälsobokslutets syfte samt en redogörelse för vad kommunen har tänkt fokusera sitt hälsoarbete på den närmast framtiden. Efter det diskuteras hälsa och sjukfrånvaro på nationell respektive kommunal nivå. Diskussionen leder sedermera fram till en redogörelse för hur läget är ställt inom detta område i Lomma kommun.

2. Vår personal

I detta kapitel presenteras uppgifter och information som är kopplat till personalkostnader, anställningsstruktur, och personalomsättning/avgång. Bland annat presenteras totala personalkostnader, personalkostnader fördelat per nämnd, fördelning av timanställd, tillsvidare- och visstidsanställd personal, fördelning sysselsättningsgrad och kön, ålder och kön samt medellön redovisat dels på hela kommunen och dels per förvaltning. Avsnittet avslutas med en redogörelse för den personalrörlighet, personalomsättning och personalavgång som råder i kommunen.

3. Personalens kompetens

Det tredje avsnittet inleds med en kort beskrivning av vad kompetens är och hur kommunen ser på begreppet. Sedan görs en redogörelse för våra inre förutsättningar respektive yttre förutsättningar och hur vi agerar efter dessa för att uppnå kompetens. Vidare beskrivs hur kompetensutvecklingen skett under året.

4. Sjukfrånvaro, Frisknärvaro och rehabilitering

Detta kapitlet inleds med en presentation av sjukfrånvaron för kommunens totalt anställda. Vidare presenteras sjukfrånvaron beräknad på olika yrkesgrupper och sedan på de olika nämnderna där man delat upp de anställda i samtliga anställda, kvinnor, män samt åldersgrupp. Det förs även en diskussion om rehabilitering och sedan presenteras kommunens mål för rehab- och friskvårdsinsatserna. Idag har kommunen som mål att nytillkomna rehabfall skall lösas inom 6-12 månader. Sedan beskrivs hur kommunen arbetar med friskvård och frisknärvaro vilket efterföljs med en presentation av hur frisktalen ser ut i kommunen idag. Avslutningsvis presenteras tabeller där man gör jämförelse mellan de fyra YES-kommunernas frisknärvaro som utöver Lomma består av även Staffanstorps, Svedala och Kävlinge.

5. Systematiskt arbetsmiljöarbete

Det femte avsnittet inleds med en kort definition av vad systematiskt arbetsmiljöarbete innebär för kommunen. I Simrishamns kommun omfattar det arbetsgivarens arbete med att undersöka, genomföra och följa upp verksamheten. Vidare förs en diskussion om varför man satsar på systematiskt arbetsmiljöarbete.

7. Ordlista

I det avslutande och sista avsnittet definieras och förklaras några av de olika begreppen som tillämpas i hälsobokslutet.

6.3.2 Användning

Lomma kommuns hälsobokslut används i första hand internt för politiker, chefer och arbetsledare. Det görs två uppföljningar varje år och dessa har mottagits väldigt väl och det finns ett stort intresse för materialet. Kommunen informerar också om hälsobokslutet på olika arbetsplatsträffar där även medarbetarna är närvarande, men hälsobokslutet finns också tillgängligt på kommunens intranät. Resultaten från hälsobokslutet diskuteras i chefsgruppen samt på ledningsträffar mellan politiker och tjänstemän. Lomma kommun har även medarbetarenkäter som genomförs både på varje förvaltning samt på övergripande nivå. Senast en kommunövergripande medarbetarenkät genomfördes var år 2002, men de planerar en ny under 2006. Respektive förvaltning genomför egna medarbetarenkäter årligen och det finns ett stort intresse från medarbetarnas sida att delta. Detta på grund av att Lomma kommun har avsatt medel för de åtgärder som krävs för medarbetarenkäternas resultat. Eftersom hälsobokslutet ingår som ett av dokumenten i kommunens styrsystem, ingår det också i kommunens verksamhetsstyrning. Lomma kommuns mål med hälsobokslutsarbetet är att skapa en dialog på olika nivåer i organisationen kring de redovisade resultaten. I samband med att Lomma kommun införde hälsobokslut, bestämdes också att kommunen skulle inrätta en särskild REHAB-enhet. Anledningen till detta var att specifikt fördela resurser till rehab- och friskvårdsinsatser, men även förtydliga rollfördelningen mellan kommunen, försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Kommunen har från 2003 till 2005 lyckats minska sitt sjuktal från 8,41% till 6,51%. Om Lomma kommun inte når sina uppsatta mål görs en analys om varför de inte lyckats. Om orsakerna som framkommer är påverkbara fortsätter förbättringsarbetet mot uppsatt mål. Alla mål som sätts upp i Lomma kommun ska utgå från övergripande mål för att få en tydlig målkedja och det blir på detta sätt en naturlig koppling till organisationens strategiska mål. Hälsobokslutets olika mål bryts även ned på medarbetarnivå och används vid lönesättning.

7 Analys

I nedanstående avsnitt är vår avsikt att koppla samman teori och empiri i en diskussion för att på så sätt skapa en mer insiktsfull och jämförbar bild av hur kommunerna har utformat och använder sina hälsobokslut. Inledningsvis kommer vi att föra en diskussion kring själva begreppet hälsobokslut. Därefter följer en jämförelse dels mellan kommunerna och dels mellan kommunerna och modellerna. Vi fortsätter sedermera med att resonera kring olika för- och nackdelar med att ha en färdigstrukturerad hälsobokslutsmodell att utgå ifrån. Avsnittet avslutas med en diskussion kring huruvida kommunerna använder sina hälsobokslut i verksamhetsstyrningen eller inte.

7.1 Begreppet hälsobokslut

Att det inte finns någon allmänt vedertagen definition av begreppet hälsobokslut blev vi fort varse om. Enligt Liukkonen är detta inte heller nödvändigt. Hon menar att ett hälsobokslut kan se ut på många olika sätt, det viktiga är att få en samlad bild av de anställdas hälsoläge. Vi delar dock inte till fullo Liukkonens resonemang. Visst är det viktigaste att få fram en samlad bild av de anställdas hälsoläge men enligt vår uppfattning är det svårt att i praktiken använda ett begrepp som inte har en klar definition. Denna uppfattning baserar vi bland annat på det faktum att flera av kommunerna som ingick i regeringens hälsobokslutsprojekt valde att inte använda hälsobokslutsbegreppet för att kommunicera sin ambition att skapa en friskare och attraktivare arbetsplats. De valde istället att använda begrepp som, enligt deras tycke, är mer lättbegripliga, såsom "Attraktiv arbetsplats" och "Den goda arbetsplatsen".

Även i vår studie har flertalet kommuner valt att kringgå hälsobokslutsbegreppet på grund av dess komplexitet. Kristianstads kommun har valt att kalla sitt hälsobokslut för Personalredovisning medan Simrishamns kommun har valt att kalla sitt Personalekonomisk redovisning, Jönsson menar att begreppen i praktiken har samma betydelse men att de har valt begreppet personalekonomisk redovisning på grund av taktiska skäl. Enligt henne anser "ekonomerna" att hälsobokslut och det arbete det innefattar är "flummigt". Simrishamns kommun använder därmed begreppet personalekonomisk redovisning för att det låter bättre i ekonomernas och politikernas öron. Inte heller Rydén anser att det är någon större skillnad mellan begreppen. Hon menar dock att personalredovisning, som är det begrepp de använder, innehåller mindre monetära enheter än ett hälsobokslut. Lomma kommun visade sig vara de som ser störst skillnad mellan begreppen. Lomma är också den enda utav de tre kommunerna

som använder beteckningen hälsobokslut. Enligt dem fokuserar personalekonomisk redovisning i första hand på kostnadsuppföljning medan hälsobokslutet är mer inriktat på medarbetarna.

Det som enligt oss ligger till grund för denna begreppsmässiga ambivalens är inte bara hälsobokslutsbegreppet i sig utan även till stor del hälsobokslutsrapportens odefinierbara innehåll och funktion. Kommunerna, både ”våra” och de som ingick i regeringens hälsobokslutsprojekt, har själva utformat och bedömt hälsobokslutets användning utan att utgå från någon modell. Detta har lett till att både utformning och funktion till viss del skiljer sig åt mellan kommunerna. Det finns idag inget rätt och fel om vad som ska ingå i ett hälsobokslut. Vi anser att det är här mycket av problematiken kring hälsobokslutsbegreppet har sin grund.

7.2 För- och nackdelar med en färdigstrukturerad modell

Att ha en generellt strukturerad hälsobokslutsmodell att utgå ifrån när man utformar sitt hälsobokslut menar vi både har sina för- och nackdelar. En stor fördel är att det skulle spara mycket tid för den som ska utarbeta hälsobokslutet. Både kommunerna i vår studie och de som deltog i regeringens hälsobokslutsprojekt har som vi tidigare nämnt själva utformat sina modeller för hälsobokslut. Detta har i samtliga fall visat sig vara ett tidsödande och därmed kostsamt arbete. En färdig hälsobokslutsmodell skulle spara mycket av det förarbete som kommunerna har lagt ner på att bland annat komma fram till vad bokslutet ska innehålla samt att definiera olika begrepp och nyckeltal. En annan fördel med en färdigstrukturerad hälsobokslutsmodell är att hälsoboksluten skulle bli mer lika varandra och därmed lättare att jämföra mellan olika organisationer. Enligt Rydén är det dock ”livsfarligt” att jämföra sig med andra. Hon menar att organisationerna, även om man jämför två kommuner, är för olika varandra vilket leder till att jämförelsetalen blir missvisande. Enligt henne ska man jämföra med sig själv över tid och om man trots allt ska jämför sig med andra bör man göra det med en stor nypa salt (Rydén, 2006-05-11). En annan fördel med att ha en färdigstrukturerad hälsobokslutsmodell att utgå ifrån är att hälsobokslutet på så sätt kan upplevas som mindre flummigt ur ”ekonomernas” perspektiv (Jönssons formulering). Enligt oss är det viktigt att kunna ge ett direkt och konkret svar på frågorna Vad är ett hälsobokslut och Vad ska det innehålla?

Men att utforma sin egen modell för hälsobokslut kan också ha sina fördelar. En stor fördel är att de som utformar hälsobokslutet verkligen tvingas tänka efter vad som ska ingå och varför det ska ingå. De tvingas ställa sig frågor såsom; Vad är syftet med hälsobokslutet i vår

organisation?, Vilka effekter vill vi att hälsobokslutet ska ha på vår organisations styrning? Med andra ord leder processen att själv utforma bokslutet till en mer insiktsfull och djupare förståelse i de problem som styrningen avser att lösa - i vårt fall hur man ska kunna få in hälsofrämjande åtgärder som en del av den dagliga verksamheten. Enligt Lindvall (2001) är denna insikt och förståelse en nödvändig beståndsdel för att kunna skapa en bestående förändring i organisationen. Uttryckt i hans termer präglas organisationers styrfrågor dels av en idédimension och dels av en mer materiell, teknisk sida. I hälsobokslutssammanhang utgörs idédimensionen enligt vår uppfattning av organisationernas strävan efter att minska sjukfrånvaron och att få upp hälsofrågorna på samma spelplan som ekonomifrågorna. Den mer materiella, tekniska sidan består således dels av hälsobokslutet i sig och dels av den eventuella styrmodell organisationen använder för att integrera hälsobokslutet i verksamhetsstyrningen. En risk med att införa en färdigstrukturerad modell för hälsobokslut i en organisation kan vara att den lanseras schablonmässigt, det vill säga utan att anpassas efter företagets unika behov.

7.3 En jämförelse - utformning och struktur

Kommunernas hälsobokslut skiljer sig vid en första anblick en hel del från varandra; de har olika beteckning (personalekonomisk redovisning, personalredovisning respektive hälsobokslut), olika upplägg och rubriker samt olika grad av avancemang ifråga om layout och stil. Varför hälsoboksluten ser så olika ut beror enligt oss på att ingen av kommunerna har följt någon teoretisk modell. För Kristianstads och Simrishamns del har innehållet i rapporterna ”växt fram med åren” (Rydén 2006-05-11) och på så sätt anpassats efter lagar, policy och interna och externa intressenters efterfråga. Lomma menar att deras hälsobokslut är uppbyggt i samspel med kommunens styrsystem. De har även använt sig av så kallad benchmarking när de utarbetade sitt bokslut, det vill säga de tittade på hur andra organisationer har gjort och tog efter det som de tyckte var bra.

Efter att ha studerat rapporterna mer ingående kunde vi dock konstatera att boksluten innehållsmässigt är relativt lika. Samtliga tre bokslut består i huvudsak av diagram och tabeller kompletterade med löptext. Lomma kommun har en något mer omfattande löptext än Kristianstads kommun. Simrishamns kommun har minst löptext men flest rubriker. Det senare innebär i sin tur att de har mycket kortfattade redogörelser och diskussioner kring vissa av variablerna.

Alla tre kommunerna har gett stort utrymme och fokus på avsnitten som berör anställningsformer och sjukskrivningar. Att kommunerna har omfattande redovisning av det senare beror enligt oss delvis på den lag som vi i studiens inledande skede presenterade, det vill säga lagen om obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro, som kom att gälla från och med första januari 2003. Enligt den är kommunerna skyldiga att lämna uppgifter avseende sjukfrånvaron i procent av de anställdas årsarbetstid, långtidssjukfrånvaro över 60 dagar samt sjukfrånvaro uppdelad på kön och åldersgrupper angivet i procent av den totala frånvaron. Samtliga kommuner har utöver det lagen kräver även redovisat bland annat sjukfrånvaro per förvaltning och yrkesgrupp. Förutom lagen anser vi att ytterligare en anledning till att kommunerna lägger mycket fokus på just sjukfrånvaron är att det senare har stor inverkan på kommunernas övergripande resultat. Att minska sjukfrånvaron är dessutom ett av målen med att införa hälsobokslut.

Vad gäller anställning och anställningsformer har alla tre kommunerna presenterat bland annat andel tillsvidareanställda respektive visstidsanställda fördelat på kön och ålder samt personalavgång/pensionering. Att denna kategori har fått stort fokus i samtliga tre rapporter anser vi beror på att kommunerna vill synliggöra att många anställda inom den kommunala sektorn arbetar deltid. I Simrishamns kommun är det till exempel endast 62,9 procent av männen och 41,7 procent av kvinnorna som arbetar heltid. Deltidsanställningar är enligt vår uppfattning något karaktäristiskt för kommunal verksamhet – därmed inte sagt att det i många fall är den anställdes fria vilja att arbeta deltid. Ett annat anställningsförhållande som är typiskt för den kommunala sektorn och som man därmed vill påvisa i avsnittet är att flera yrken inom till exempel barn och utbildning och omsorg är starkt kvinnodominerade. I flera fall strävar man här efter att skapa ett mer jämställt arbetsklimat.

En tredje variabel som förekommer i samtliga tre hälsobokslut är någon form av frisktalsberäkning/frisknärvaro. Liksom Johnsson et al. (2003) menar Jönsson att man inte enbart ska fokusera på sjukfrånvaro och ohälsa utan man bör även diskutera frisktalen och hälsa. Genom att redovisa och diskutera frisktalen skapas enligt Jönsson en mer positiv bild av den personalekonomiska redovisningen. Vidare menar hon att frisktalen ger medarbetarna inspiration och sänder ut positiva signaler om hälsan i organisationen. Som Johnsson et al. säger - mår medarbetarna bra mår även organisationen bra!

Det som främst skiljer rapporterna åt är att Simrishamn och Lomma redovisar hur kommunen arbetar i fråga om kompetensutveckling och systematiskt arbetsmiljöarbete medan Kristianstad helt utesluter dessa variabler. Kristianstad är å sin sida den enda utav kommunerna som inför nästan varje nytt avsnitt har ett välformulerat mål avseende avsnittets innehåll. Kristianstad är också den enda av kommunerna som redovisar resultatet av medarbetarenkäten i hälsobokslutsrapporten.

I jämförelse med Aronsson & Malmquists och Liukkonens hälsobokslutsmodeller är vår uppfattning att kommunernas hälsobokslut, strukturmässigt, är mer lika varandra sinsemellan än någon av modellerna. Som vi tidigare har nämnt består den största skillnaden mellan modellerna i att Aronsson & Malmquist har delat in sitt hälsobokslut i ett internt och ett externt bokslut, vilket således Liukkonen inte har gjort. Inte heller någon av kommunerna har gjort denna indelning. Innehållsmässigt, med undantag från nyckeltalet produktivitet, skulle vi vilja påstå att samtliga tre kommuner har med de uppgifter som Aronsson & Malmquist menar ska ingå i ett externt hälsobokslut. Eftersom det interna bokslutet enligt dem ska anpassas och utformas efter företagets behov kan man således inkludera resterande information, utöver de ”externa” uppgifterna som kommunerna har med, i bokslutets interna del. Liukkonen anser att ett hälsobokslut kan se ut på många olika sätt, det viktiga är att det tillfredställer företagets intresse och behov. Dock finns det ett antal nyckelvariabler som enligt henne bör finnas med. Vi menar att samtliga tre kommuner har behandlat variablerna personal, tidsredovisning, sjukfrånvaro och dess orsaker samt personalomsättning. Simrishamns och Lomma kommun har även redovisat kompetens och arbetsmiljö. Ingen av kommunerna har enligt vår uppfattning behandlat variablerna produktion eller kvalitet och motivation. Varför nyckeltalet produktion (produktivitet enligt Aronsson & Malmquists modell) inte redovisas i något utav fallen beror enligt oss på att kommuner i första hand tillhör tjänstesektorn och därmed inte har någon vidare produktion.

7.4 Kommunernas förutsättningar för integration

I regeringens hälsobokslutsprojekt framhålls förutsättningar som anses vara nödvändiga för att en integrering av hälsobokslut i styrningen ska vara möjlig. En av de grundläggande förutsättningarna för att lyckas är att kommunerna är klara över vad de egentligen vill åstadkomma med sitt hälsobokslut - vad ska hälsobokslutet ha för effekt på organisationens styrning? Enligt oss utgör syftet en kärnpunkt i detta sammanhang. Har kommunerna ett genomtänkt och välformulerat syfte har de också en klar uppfattning om hur boksluten ska användas. I vår studie anser vi att så är fallet i samtliga tre kommuner. Kristianstads kommuns

syfte med hälsobokslutet är att ”ge en operativ användbar uppföljning av personalarbetet i kommunen” (Personalredovisning, 2004, s. 5) I Simrishamns kommun är syftet med hälsobokslutsarbetet ”att ge en aktuell bild av personalstruktur och personalförhållanden” samt ”att öka kunskapen om personalen och beskriva personalarbetet i ord och siffror” (Personalekonomisk redovisning, 2005, s. 3). Syftet med Lomma kommuns hälsobokslut är att ”med statistik åskådliggöra förhållanden som är att hänföra till arbetsmiljö, hälsa, ekonomi, jämställdhet och organisation”. (Hälsobokslut, 2005)

En annan förutsättning som i regeringens hälsobokslutsprojekt ansågs ha betydelse för en lyckosam integrering är att det råder enighet mellan organisationens olika parter om vad de vill åstadkomma. Framför allt anses ledningens samtycke ha stor betydelse. I studiens inledande skede presenterade vi Lindvalls teori om att styrning och ledning i första hand handlar om att påverka och påverkas av mänskliga beteenden. Även han poängterar betydelsen av att få såväl enskilda som grupper av aktörer att agera samordnat. För att lyckas med det senare krävs en viss grad av målöverensstämmelse. Som Anthony & Govindarajan påpekar är det svårt att uppnå helt perfekt målöverensstämmelse. De menar att huvudsaken är att styrningen inte uppmuntrar medarbetarna att agera mot företagets bästa.

I samtliga av våra tre kommuner har hälsobokslutsarbetet fått mycket positiva reaktioner från respektive kommunledning. Även de anställda i Simrishamns och Lomma kommun har visat sitt medtycke för arbetet. Det senare baserar vi på att de anställda har visat sig ha en positiv inställning till den medarbetarenkät som de förväntats fylla i. I Kristianstad är dock medarbetarnas attityd något sämre. Rydén menar att det är svårt att få de anställda att delta i enkätundersökningen. Framför allt är det de som inte trivs med sin arbetssituation som struntar i att fyller i enkäten. Att strunta i enkäten menar Rydén är helt fel taktik – ”vill man påverka och förändra måste man säga vad man tycker”.

En sista förutsättning som vi vill diskutera utgör i första hand inte en förutsättning för att en integration av hälsobokslutet ska vara möjlig utan är snarare en förutsättning för att integrationen ska bli bestående. Enligt Johanson & Cederqvist medför integrering av hälsobokslut i verksamheten en hel del förändringar i organisationens verksamhetsstyrning. För att skapa en varaktig och hållbar förändring menar författarna att en institutionalisering och rutinisering av bokslutet i organisationens dagliga styrning är en nödvändig förutsättning. Hälsöfrågorna måste, som vi tidigare fastslagit, komma upp på samma spelplan som organisationens ekonomifrågor och därmed få samma rutinmässiga behandling som de senare.

I detta sammanhang anser vi att vilja, ambition och målöverensstämmelse utgör tre viktiga faktorer. Enligt vår mening besitter samtliga tre kommuner dessa faktorer och har därmed goda förutsättningar för att en institutionalisering av hälsofrämjande åtgärder ska kunna ske. Institutionaliseringen skulle dock kunna underlättas ytterligare genom att kommunerna, liksom kommunerna i regeringens hälsobokslutsprojekt, använde någon form av verksamhetsstyrningsmodell som underlag vid integreringen. Idag är det ingen utav våra kommuner som använder någon specifik styrmodell. Kristianstads kommun håller dock på att utveckla en variant av det balanserade styrkortet i styrningen som de kallar Business objects. Business objects ska liksom det balanserade styrkortet bestå av olika fokusområden, varav personal och hälsa utgör ett.

7.5 Hälsobokslut i praktiken

I fråga om användning anser vi att kommunernas sätt att tillämpa hälsoboksluten på flera sätt överensstämmer med hur Liukkonen och Aronsson & Malmquist har tänkt sig att deras hälsobokslutsmodeller ska användas. Liukkonens tanke är att hälsobokslutet ska bredda verksamhetsuppföljningen till att även omfatta arbetsmiljö och hälsofrågor. Enligt Aronsson & Malmquist är syftet med hälsobokslutet att lyfta fram hälsofrågorna i organisationen. Detta menar vi har skett i samtliga tre kommuner. Dock är det enligt vår mening kanske inte i första hand hälsobokslutet i sig som har gjort att arbetsmiljö- och hälsofrågor har kommit upp på agendan utan snarare bakomliggande faktorer, såsom ökad sjukfrånvaro och lagstiftning om dels obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro och dels lagstiftning om medfinansiering.⁵

Enligt Liukkonen ska hälsobokslutet även öppna utrymme för en dialog om hälsa och arbetsmiljö. Det senare anser vi i synnerhet Lomma kommun har tagit i beaktning. Enligt dem är målet med hälsobokslut nämligen att skapa en dialog på olika nivåer i organisationen kring de redovisade resultaten. Bokslutet används bland annat som diskussionsunderlag i chefgrupper och vid ledningsträffar samt i dialog med politiker och tjänstemän. Även Kristianstad och Simrishamn använder sina hälsobokslut för att kommunicera. Vår uppfattning är emellertid att de senare mer använder hälsoboksluten som informationsverktyg. De vill genom bokslutsrapporten ”*ge en samlad bild av hälsosituationen i organisationen*” (Rydén 2006-05-11) och på så sätt skapa insikt och förståelse för hälsan på arbetsplatsen.

⁵ Från och med den 1 januari 2005 är arbetsgivarna skyldiga att betala 15 procent av sjukpenningkostnaderna för sina anställda. Avsikten med lagen är att arbetsgivaren ska stimuleras till aktiva insatser och åtgärder för att minska sjukfrånvaron. (Regeringskansliet)

Rydén menar att hälsobokslutsrapporten gör att arbetet med hälsa blir mer konkret och därmed också lättare att arbeta med.

7.5.1 Hälsobokslut i verksamhetsstyrningen

En av frågorna vi ställde oss i studiens inledande avsnitt var vilken roll hälsobokslutet spelar i kommunernas verksamhetsstyrning. En förutsättning för att kunna besvara denna fråga är enligt oss att vi själva har en klar uppfattning om hur ett hälsobokslut ska användas för att man ska kunna säga att organisationen tillämpar bokslutet i styrningen. Som vi tidigare har diskuterat innefattar styrning av verksamhet ”*det arbete som är inriktat mot att planera, genomföra, följa upp, utvärdera och anpassa företagets verksamhet i strävan efter att uppnå ekonomiska mål av såväl finansiell som icke-finansiell karaktär*”. (Ax et al. s. 15) Enligt oss måste hälsobokslutet integreras och rutiniseras (Johanson & Cederqvists formulering) in i denna process för att man ska kunna säga att bokslutet används aktivt i styrningen. Hälsobokslutet får, som Aronsson & Malmquist uttrycker det, inte ha karaktär av en bilaga utan bör finnas med som en naturlig del av det ordinarie bokslutets helhet. Vi menar att hälsobokslutet tillämpas i verksamhetsstyrningen när hälsofrågorna finns med på samma spelplan som de ekonomiska frågorna och därmed får samma rutinmässiga och återkommande behandling som de senare.

Vad gäller planeringsarbetet skulle vi vilja hävda att alla tre kommuner använder sina hälsobokslut. Boksluten används som underlag för hur resurser ska fördelas och användas. Lomma är den utav kommunerna som använder sitt bokslut mest aktivt i planeringsarbetet då de, som vi tidigare nämnde, kontinuerligt använder bokslutet som diskussionsunderlag på bland annat ledningsträffar och i chefsgrupper. I Simrishamns och Lomma kommun ges förslag på åtgärder till förvaltningarna delvis på central nivå. I Kristianstad ges inga direkta åtgärdsförslag på central nivå utan det är, enligt Rydén, upp till varje enhetschefs enskilda intresse att bryta ner nyckeltal, sätta in åtgärder och fördela resurser. Enhetschefernas arbete styrs dock till viss del av policys som har satts upp centralt.

I verksamhetsstyrningens andra moment, det vill säga i genomförandefasen, anser vi att kommunerna indirekt använder sina bokslut. Denna uppfattning baserar vi på att genomförandet av hälsofrämjande insatser och åtgärder bygger på planeringsarbetet vari hälsobokslutet utgör ett viktigt verktyg. I styrningens tredje fas har hälsobokslutet åter mycket viktig funktion. Det är här uppföljningen och utvärderingen av de hälsofrämjande insatserna och åtgärderna sker. Samtliga hälsobokslut, både i teori och praktik, bygger på en jämförelse

mellan årets och föregående års variabler, ibland även längre tillbaka. På så sätt kan kommunerna kontrollera och utvärdera resultaten av specifika insatser och åtgärder samtidigt som de kan få en mer övergripande bild av hälsoutvecklingen i kommunen. I Lomma och Simrishamns kommun görs en del uppföljnings- och utvärderingsarbete på central nivå, dock sker merparten av detta arbete på förvaltningsnivå. I Kristianstads kommun görs uppföljningen nästan uteslutande på de enskilda förvaltningarna. Hälsobokslutet är i detta fall främst en sammanställning av det arbete som gjorts ute på förvaltningarna.

8 Resultat och slutdiskussion

Också slutligen har vi kommit fram till uppsatsens avslutande del. Vi har valt att kalla detta avsnitt resultat och slutdiskussion. Valet av rubrik är baserat på avsnittets innehåll som kommer att innefatta en redogörelse för de generella slutsatser vi har kunnat dra utifrån ovanstående analys. Eftersom analysen till stor del har behandlar de frågeställningar vi ställde i studiens inledande fas är vår ambition att i detta avsnitt även diskutera svaren på dessa frågor.

Den första och den tredje frågan i vår problemformulering handlade om hur kommunerna har utformat sina hälsobokslutsrapporter och vad det finns för likheter och skillnader mellan kommunernas utformning och användning av hälsoboksluten. Efter att ha genomfört vår studie kan vi konstatera att kommunerna utformat sina hälsobokslut på olika vis. Vi anser att en av anledningarna är att kommunerna inte har utgått från någon gemensam teoretisk modell vid utformningen. De har istället utgått från olika lagar, behov, kommunernas befintliga styrsystem samt benchmarking och utifrån detta utformat sin egen modell. En annan orsak till att utformningen skiljer sig åt är enligt oss att begreppet hälsobokslut inte fått någon klar definition och inte heller har ett konkret innehåll. Att det inte finns någon utformad funktionell modell idag leder vidare till att det blir svårare för kommunerna att utforma sina rapporter på ett funktionellt sätt. Trots att kommunerna har olika modeller och utformat hälsoboksluten olika har vi konstaterat att innehållet till stor del är detsamma. De olika kommunernas innehåll skiljer sig dock vad gäller omfattning och grad av komplexitet. Visserligen finns det även komponenter som skiljer boksluten åt, vilket vi tidigare noterat, men i stora drag sker redovisningen likartat. Med utgångspunkt i empirin och i ovanstående analysavsnitt kan vi konstatera att samtliga tre kommuner använder sina hälsobokslut i verksamhetsstyrningen. Användningen och graden av användning skiljer sig dock till viss del mellan kommunerna och ingen av kommunerna tillämpar bokslutet i samtliga verksamhetsstyrningsmoment.

Den andra delen av frågeställning var vilken funktion hälsobokslutet har i respektive kommun. Vi har konstaterat att hälsobokslutsarbetet har fått en funktion där det skall lyfta fram hälsofrågorna i organisationen och bredda verksamhetsuppföljningen till att även omfatta arbetsmiljö och hälsofrågor. De olika kommunerna har sedan gett sitt hälsobokslut sin specifika roll. Några av de funktionerna som vi har uppmärksammat hos kommunerna är

bland annat att kommunicera informationen om hälsa till omgivningen samt att skapa dialoger på arbetsplatsen som ett kontroll- och analysverktyg, men även för att kontrollera verksamhetsutvecklingen.

Den sista frågan i problemformuleringen var vilken roll hälsoboksluten spelar i kommunernas verksamhetsstyrning. Vi menar som tidigare konstaterats i analysen att hälsobokslutet tillämpas i verksamhetsstyrningen när hälsofrågorna finns med på samma spelplan som de ekonomiska frågorna och därmed får samma rutinmässiga och återkommande behandling som de senare. Vi kan även konstatera att det är ledningen, chefer och medarbeterna som avgör hur hälsobokslutet kommer att användas i organisationen. För det en roll där det endast ska tillgodose regeringens lag om obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro blir det lätt så att rapporten endast används till att mäta och redovisa siffror, vilket leder till att rapporten får en bilagekaraktär. I samtliga tre fall som analyserats används hälsoboksluten som underlag för hur resurser ska fördelas och är därmed en del av planeringsfasen i verksamhetsstyrningen. Vad gäller genomförandefasen anser vi att kommunerna indirekt använder sina hälsobokslut. I styrningens tredje fas spelar hälsobokslutet åter en större roll. Det är här uppföljningen och utvärderingen av de hälsofrämjande insatserna och åtgärderna sker. Därmed inte sagt att hälsoboksluten är fullständigt integrerade i styrningen. Det är skillnad mellan att använda hälsobokslutet i styrningen och att ha det integrerat. Vi anser dock att hälsobokslutet tyvärr ofta har fått en bilagekaraktär och inte är tillräckligt integrerat i samtliga moment. Hälsobokslutet borde finnas med som en naturlig del av det ordinarie bokslutets helhet.

Referenser

Litteratur

Anthony, R. & Govindarajan, V. (2003) *Management control systems*, McGraw-Hill Companies, New York

Aronsson, T. & Malmquist, C. (2003) *Hälsobokslut – modell utifrån arbetsplatsens behov*, Metodicum AB, Degerfors

Ax, C., Johansson, C. & Kullvén, H. (2002) *Den nya ekonomistyrningen*, Liber Ekonomi, Malmö

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

Bäck, L., Sittkoff, R. Westerberg, L. (2005) *Hälsobokslut – en studie av tre landsting*, Högskolan i Jönköping

Holme, I. & Solvang, B. (1997) *Forskningsmetodik - om kvalitativa och kvantitativa metoder*, Studentlitteratur, Lund

Hällsten, F. (2000) *Personalekonomi och det goda*, Bokförlaget BAS, Göteborg

Jacobsen, Dag Ingvar (2002) *Vad, hur och varför?*, Studentlitteratur, Lund

Kristianstads kommun (2004) *Personalredovisning för 2004*

Liukkonen, P. (2002) *Hälsobokslut – förslag till mätning, analys och diskussionsfrågor*, OskarMedia, Norsborg

Lindvall, J. (2001) *Verksamhetsstyrning – från traditionell ekonomistyrning till modern verksamhetsstyrning*, Studentlitteratur, Lund

Lomma kommun (2005) *Hälsobokslut 2005*

Lundahl, U & Skärvad, P. (1999) *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer*, Studentlitteratur, Lund

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

Simrishamns kommun (2005) *Personalekonomisk redovisning 2005*

SOU 1990:49 *Arbete och hälsa*, Allmänna förlaget, Stockholm

Elektroniska källor

Arbetsmiljöforum, (2006) *Investors in people* hämtat den 2006-05-04 19.08 från www.iipsverige.se

Arbetsmiljöupplysningen.se (2004) *Redovisning av sjukfrånvaro i årsrapporten* hämtat 2006-05-10, 10.34 från <http://www.arbetsmiljoupplysningen.se/AFATemplates/Page.aspx?id=1141>

Attraktiv skola (2006) *Hälsobokslut - en slutrapport* hämtat 2006-05-14, 15.15 från www.skola.se och <http://www.skola.se/?http://www.skola.se/intranet/artiklar.nsf/0/6514216d2689bdaac12570cb00358f62?OpenDocument>

IC Community AB (2006) *Vi gör bra företag bättre!* Hämtat 2006-05-17, 12.30 från www.iccommunity.com

IIP Akademin (2001-2002) *Investors in people* hämtat 2006-05-04, 24.28 från www.iip.se

Regeringskansliet (2001), *Pressrelease 2001-09-20*, hämtad 2006-04-27, 09.51 från <http://www.pressi.com/se/release/37169.html>

Regeringskansliet <http://www.regeringen.se/content/1/c4/19/87/362451c1.pdf> 2006-05-10, 16.28

Regeringens proposition 2002/03:6 *Obligatorisk redovisning av sjukfrånvaro* hämtad 2006-05-10 07.45 från <http://www.regeringen.se/content/1/c4/31/34/3cc03768.pdf>

Ekonomiska drivkrafter för att minska sjukfrånvaron
<http://www.sweden.gov.se/sb/d/2772/a/15722;jsessionid=ak4k7ud-rJ45>

Ds 2001:28 <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/1844>

Muntliga källor

Jönsson, Marianne (2006-05-11) personlig intervju, Kommunledningskontoret, Simrishamn

Liukkonen, Paula (2006-04-26) föredrag, Borgarskolan, Malmö

Rydén, Agneta (2006-05-11) personlig intervju, Kommunledningskontoret, Kristianstad

Bilaga 1 – Intervjuunderlag

Bakgrundsinformation

Hur länge har ni arbetat med hälsobokslut/personalredovisning?

Hur kommer det sig att ni började arbeta med hälsobokslut?

Ser ni någon skillnad på begreppen personalekonomisk redovisning och hälsobokslut?

Utformning och användning

Har ni utgått från någon särskild modell vid utformningen av ert hälsobokslut?

Känner ni till Investors in People (IIP) och/eller Balanced Scorecard? Om Ja, är detta något ni använder er av i kommunen?

Hur har ni kommit fram till era nyckeltal?

Vilka är delaktiga i arbetet med att ta fram underlag/information till hälsobokslutet?

Vilken funktion har hälsobokslutet i er organisation? - Intern, extern eller både och?

Har ni stött på några problem under implementeringsprocessen och/eller i användningen av hälsobokslutet? Om Ja, vilka?

Medarbetarna

Hur kommunicerar ni informationen från hälsobokslutet till era anställda?

Hur pass involverade är medarbetarna i hälsobokslutsarbetet?

Hur ofta fyller medarbetarna i medarbetarenkäten?

Vad är medarbetarnas inställning till medarbetarenkäten?

Verksamhetsstyrning/Ekonomistyrning

Använder ni er av hälsobokslutet i er verksamhetsstyrning?

Vad har ni för mål med hälsobokslutet? Övergripande mål/delmål?

Vad har ni gjort för insatser/åtgärder till följd av hälsobokslutsarbetet?

Har ni uppnått några mätbara effekter/resultat av hälsobokslutsarbetet i verksamheten? I sådana fall, hur har ni mätt resultaten?

Hur ofta följs hälsobokslutsarbetet upp?

Vad händer om ni inte når uppsatta mål?

Är någon form av bonus kopplad till nyckeltalen?

Är målen för hälsobokslutet kopplat till organisationens strategiska mål?

Är medarbetarnas mål kopplade till hälsobokslutets övergripande mål?

Framtiden

Hur ser ert fortsatta hälsobokslutsarbete ut?

Övrigt

Vad är din/organisationens inställning till hälsobokslutsarbete? Varför?

Bilaga 2 – Regeringens 11-punktsprogram

1. Nationella mål för ökad hälsa i arbetslivet

Regeringen ska *tillsammans* med arbetsmarknadens parter formulera övergripande mål för ökad hälsa i arbetslivet. Målen ligger i sin tur till grund för ansvariga aktörers strategier att bidra till ökad hälsa på respektive arbetsplats.

2. Trepartssamtal mellan regeringen och arbetsmarknadens parter

Trepartssamtal mellan regeringen och arbetsmarknadens parter med syfte att skapa samsyn samt att samordna insatserna i strategin för att motverka ohälsa i arbetslivet.

3. Ekonomiska drivkrafter för arbetsgivaren att förebygga ohälsa

Regeringen ger arbetsgivarna starkare ekonomiska incitament att ta större ansvar för arbetsvillkor och för att integrera de förebyggande och rehabiliterande insatserna i verksamheten.

4. Utveckling av arbetsmiljöarbetet

Regeringen avsätter mer medel för metodutvecklingen inom företagshälsovården samt för att utbilda regionala skyddsombud i arbetsmiljölagstiftningen och i frågor som rör nya arbetsmiljöproblem. Även lagar och regelverk som berör personal och hälsa ska ses över.

5. Hälsobokslut

Särskilda ekonomiska drivkrafter i form av en redovisning av de anställdas hälsoläge ska på prov införas i styrsystemet inom den offentliga verksamheten. Även inom det privata sektorn ska förutsättningarna för motsvarande redovisning undersökas.

6. Försök att minska ohälsa inom den offentliga sektorn

Regeringen ska genomföra särskilda försök hos offentliga arbetsgivare med syftet att förebygga och minska sjukfrånvaron.

7. Förnyelse av rehabilitering – individen i centrum

En förnyelse av den administrativa hanteringen av sjukfall och av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen ska inledas för att underlätta för den sjukskrivne att snabbt komma tillbaka till arbetet. På så sätt ska långtidssjukskrivningar motverkas.

8. Justeringar av den gällande lagstiftningen för att höja kvaliteten i rehabiliteringsarbetet

Förslag om att försäkringskassans fördjupade bedömning av sjukpenningrätt ska upphöra att gälla med syfte att koncentrera arbetet på mer komplicerade ärenden.

9. Former för sjukskrivningsprocessen

Utveckla formerna för sjukskrivningsprocessen samt klargöra kostnaderna för denna.

10. Förbättra statistik och forskning på ohälsoområdet

Förbättra statistik och utveckla forskning på ohälsoområdet med syfte att förbättra kunskaperna om sjukskrivningsprocessens orsaker, samband och konsekvenser.

11. Förbättrad tillgänglighet till behandling i hälso- och sjukvården

Under perioden 2001-2004 tillförs hälso- och sjukvården omfattande medel för att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvården. (Regeringskansliet, 2001)