

# ÄR FÖRETAGSSUBVENTIONERAD FRISKVÅRD LÖNSAMT? – EN KVANTITATIV STUDIE

Kandidatuppsats i Företagsekonomi

David Klingberg  
Daniel Thorvaldsson

VT 2009:KF50



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR DATA- OCH AFFÄRSVETENSKAP

## **Förord**

Vi vill visa vår tacksamhet gentemot vår handledare Gunnar Wramsby som har stöttat oss i vårt uppsatsskrivande med konstruktiv kritik och givande synvinklar.

Vi vill också visa vår tacksamhet gentemot Universitetslektor Bengt Nättorp för sitt kunnande inom statistik och matematik, sitt engagemang på ledig tid samt att han har bidragit med vägledning inom området statistik.

**Svensk titel:** Är företagssubventionerad friskvård lönsamt?

**Engelsk titel:** Are companies subsidized fitness profitable?

**Utgivningsår:** 2009

**Författare:** David Klingberg, Daniel Thorvaldsson

**Handledare:** Gunnar Wransby

### **Abstract**

According to our theoretical frame of reference, and according to a survey conducted for Statens offentliga utredningar, (SOU 1997:188), there may be a connection between physical exercise and health demonstrated. There is no clear research that shows that physical exercise leads to fewer sick leaves. Our study is based on the basic hypothesis that there is a positive correlation between company subsidized health and reduced sickness absence. Through a survey in which 48 ICA stores involved and where the stores' financial statements were examined, data were collected related to stores fitness subsidy and sick leave. According to a Chi-square test a weak correlation between fitness subsidy and sick leave was detected, and estimates for the correlation between the two variables, of the collected data set, showed a connection. Utilization of the health premium was found to be maximum, (to an average of 30 percent), at a subsidy level of 3000 SEK per year and employee. At a general estimate of the standard cost savings that the decrease in sick leave causes, we found that a subsidy level to a maximum of 1000 SEK per year per employee is not profitable, while a similar level to 3000 SEK in grants per year and an employee gave a positive net result of nearly 3000 SEK per employee . We therefore recommend a subsidy level of 3000 SEK per year and employee when this level was found to generate better profitability and maximum utilization of staff.

### **Keywords:**

Cost efficiency, profitability, savings, fitness subsidies, fitness contributions, sick leave, quantitative study, Chi-square, correlation, exercise, health

## **Sammanfattning**

Enligt vår teoretiska referensram samt enligt en undersökning som genomfördes åt Statens offentliga utredningar, (SOU 1997:188), kan ett samband mellan motionsutövande och hälsa påvisas. Det finns däremot ingen entydig forskning som visar på att motionsutövande leder till minskad sjukfrånvaro. Vår studie utgår från grundhypotesen att det finns ett positivt samband mellan företagssubventionerad friskvård och minskad sjukfrånvaro. Genom en enkätundersökning där 48 ICA-butiker medverkade samt där butikernas årsredovisningar granskades, insamlades data relaterad till butikernas friskvårdssubventionering och sjukfrånvaro. Enligt ett Chi-square test kunde ett svagt samband mellan friskvårdssubventionering och sjukfrånvaro skönjas, och även beräkningarna för korrelationen mellan de två variablerna för den insamlade datamängden påvisade ett samband. Nyttjandegraden av friskvårdsbidraget visade sig vara högst vid en subventioneringsnivå på 3000 kr per år och anställd, och uppgick vid nämnda nivå till i genomsnitt 30 procent. Vid en grov schablonberäkning av kostnadsbesparingarna som den minskade sjukfrånvaron medför, fann vi att en subventioneringsnivå på maximalt 1000 kronor per år och anställd är olönsam medan en motsvarande nivå på 3000 kronor i bidrag per år och anställd gav ett positivt nettoresultat på nära 3000 kronor per anställd. Vi rekommenderar därför en subventioneringsnivå på 3000 kronor per år och anställd då den nivån visade sig generera bäst lönsamhet och även högst nyttjandegrad bland de anställda.

### **Nyckelord:**

Kostnadseffektivisering, lönsamhet, besparingar, friskvårdssubventionering, friskvårdsbidrag, sjukfrånvaro, kvantitativ studie, Chi-square, korrelation, motion, hälsa

## Innehållsförteckning

<b>1. Inledning .....</b>	<b>- 1 -</b>
1.1 Problembakgrund .....	- 1 -
1.2 Problemdiskussion .....	- 2 -
1.3 Frågeställning .....	- 3 -
1.4 Syfte .....	- 3 -
1.5 Avgränsning .....	- 3 -
1.6 Kapitelsammanfattning .....	- 4 -
<b>2. Metod.....</b>	<b>- 5 -</b>
2.1 Metodologiska ställningstaganden och vetenskaplig ansats .....	- 5 -
2.2 Vetenskapligt angreppssätt.....	- 6 -
2.3 Datainsamlingstekniker.....	- 7 -
2.4 Validitet och reliabilitet.....	- 8 -
2.5 Analytiskt tillvägagångssätt .....	- 8 -
2.6 Kapitelsammanfattning .....	- 9 -
<b>3. Teori.....</b>	<b>- 10 -</b>
3.1 Ekonomiska aspekter med företagshälsa.....	- 11 -
3.1.1 Faktiska kostnader för företaget .....	- 12 -
3.2 Påverkande faktorer.....	- 12 -
3.3 Sjukfrånvaron för olika branscher.....	- 13 -
3.4 Sambandet mellan motion och hälsa .....	- 15 -
3.4.1 Motion är bra för hjärtat.....	- 15 -
3.4.2 Fysisk och psykiskt välbefinnande.....	- 15 -
3.4.3 BMI och hälsorisker med fetma .....	- 15 -
3.4.4 Samhällstrender .....	- 16 -
3.4.5 Rekommenderad träningsvolym .....	- 16 -
3.5 Liknande studier .....	- 17 -
3.5.1 Temo Direkts intervjuundersökning .....	- 17 -
3.5.2 Oklarheter i intervjuundersökningen .....	- 19 -
3.6 Utformning av grundhypotes .....	- 19 -
3.7 Kapitelsammanfattning .....	- 20 -
<b>4. Urvalsprocessen för studien .....</b>	<b>- 21 -</b>
4.1 Kapitelsammanfattning .....	- 22 -
<b>5. Empiri.....</b>	<b>- 23 -</b>
5.1 Datainsamling samt svarsfrekvens .....	- 23 -
5.2 Kvantitativa data .....	- 24 -
5.2.1 Medelvärde.....	- 24 -
5.2.2 Median.....	- 24 -
5.2.3 Nationell spridning.....	- 24 -
5.3 Klassificering av svar .....	- 25 -
5.4 Fördelningen av utgivna friskvårdsbidrag.....	- 25 -
5.5 Sjukfrånvaron i relation till friskvårdsbidraget .....	- 26 -
5.6 Sjukfrånvaro män och kvinnor .....	- 27 -
5.7 Personalens utnyttjande av friskvårdssubventioneringen .....	- 27 -
5.8 Butikernas införande av friskvårdssubventionen .....	- 28 -
5.9 Krav för nyttjanderätt .....	- 28 -
5.10 Kapitelsammanfattning .....	- 29 -
<b>6. Analys .....</b>	<b>- 30 -</b>
6.1 Chi-square fördelningen .....	- 30 -

6.2 Hypotesprövning .....	- 31 -
6.3 Korrelation .....	- 32 -
6.4 Fördelningen av kvinnor och dess påverkan på sjukfrånvaron .....	- 34 -
6.5 Påverkande faktorer på olika träningsval .....	- 35 -
6.6 Samband mellan subventionering och nyttjandegrad – pengar som motivator .....	- 36 -
6.7 Friskvårdssubventioneringens lönsamhet .....	- 37 -
6.8 Kapitelsammanfattning .....	- 38 -
<b>7. Slutsatser med reflektion .....</b>	<b>- 39 -</b>
7.1 Kapitelsammanfattning .....	- 40 -
<b>8. Förslag på fortsatt forskning .....</b>	<b>- 41 -</b>
<b>9. Källförteckning .....</b>	<b>- 42 -</b>
Elektroniska sidor .....	- 42 -
<b>10. Bilagor .....</b>	<b>- 44 -</b>
Bilaga 1 – Enkätundersökning .....	- 44 -
Bilaga 2 – Svarsmatris .....	- 45 -
Bilaga 3 – Beräkningsunderlag Chi-square .....	- 47 -
Bilaga 4 – Beräkningsunderlag för korrelation, alla företag utan kategorisering .....	- 48 -
Bilaga 5 – Beräkningsunderlag korrelation, kategoriserade subventioneringsgrupper ...	- 49 -
Bilaga 6 – Beräkningsunderlag för subventioneringens lönsamhet .....	- 50 -

## Figurförteckning

Du Pont-schema 1, figur 3a .....	- 10 -
Du Pont-schema 2, figur 3b .....	- 11 -
Sjukfrånvaro, figur 3.3.1 .....	- 14 -
Motionsmatris män, figur 3.5.1 a .....	- 18 -
Motionsmatris kvinnor, figur 3.5.1 b .....	- 18 -
Total svarsfrekvens, figur 5.1.1 .....	- 23 -
Svarsfrekvens telefonenkät, figur 5.1.2 .....	- 23 -
Svarsfrekvens mailenkät, figur 5.1.3 .....	- 23 -
Fördelning av butiker, figur 5.2.1 .....	- 25 -
Fördelningen av utgivna friskvårdsbidrag, figur 5.4.1 .....	- 25 -
Genomsnittlig sjukfrånvaro för subventioneringsgrupperna, figur 5.5.1 .....	- 26 -
Sjukfrånvaro för subventioneringsgrupperna, figur 5.6.1 .....	- 27 -
Nyttjandegrad i förhållande till storlek på subventionering, figur 5.7.1 .....	- 28 -
Chi-square fördelningen, figur 6.1.1 .....	- 30 -
Chi-square fördelningen vid olika frihetsgrader, figur 6.1.2 .....	- 31 -
Verkliga värden, figur 6.2.1 .....	- 32 -
Väntevärden, figur 6.2.2 .....	- 32 -
Korrelationen för den genomsnittliga sjukfrånvaron för de olika subventioneringsgrupperna, figur 6.3.1 .....	- 34 -
Genomsnittlig andel kvinnor per subventionerings kategori, figur 6.4.1 .....	- 35 -
Genomsnittlig vinst per anställd och år för de olika subventioneringsgrupperna, figur 6.7.1 .....	- 37 -

# 1. Inledning

---

*I detta första kapitel inleder vi uppsatsen och förklarar varför vi kom in på ämnet från första början. Uppsatsens grund vilar på frågeställningen och syftet, men problemdiskussionen och avgränsningen är också viktiga punkter för uppsatsens fortsättning, vilka finns presenterade i kapitlet.*

---

## 1.1 Problembakgrund

Under de senaste tio åren har sjukfrånvaron ökat med en skrämmande hastighet, men för ett par år sedan avtog denna utveckling för att istället övergå i en positivare trend. Sjukfrånvaron är nu på väg ner för att stabilisera sig på en mer acceptabel nivå. Vi menar att bara för att situationen har förbättrats betyder det inte att åtgärder inte behöver vidtas, eftersom trenden kan svänga tillbaka lika snabbt, och sjukfrånvaron alltså utgör en stor kostnad för det enskilda företaget.

Vid sjukdomstillfälle ute i arbetslivet betalar den enskilde anställda den första sjukdagen själv i form av en så kallad karensdag, därefter står företaget för sjuklönen upp till två veckor. Efter de två veckorna går Försäkringskassan in och betalar ut ersättningar i form av sjukpenning och sjuk/aktivitetsersättning, vilka år 2000 uppgick till 54 miljarder kronor men ökade till smått ofattbara 159 miljarder kronor år 2003 [www.fk.se](http://www.fk.se) (2009-03-06). Trenden vi kan se är mycket oroande och kräver drastiska åtgärder.

De förslag riksdagen och regeringen har på sin agenda är att utöka kostnadsansvaret för arbetsgivarna. Förslaget är att de även långsiktigt ska stå för 25 procent av sjukpenningkostnaderna, vilket spår på de redan ansträngda kostnaderna för arbetsgivarna. Att lägga, som förslaget innebär, en ännu högre kostnadsbörda på arbetsgivarna leder tyvärr inte till målet att få människor tillbaka i arbete. Belastningen ligger på kostnadsrisker som arbetsgivarna inte kan påverka i någon större utsträckning, och det tenderar till att de försöker undvika riskerna genom att vara restriktiva med nyanställningar. Svenskt näringsliv vill istället att karensdagen skall vara en hel dag och att de försäkrade får stå för större kostnader själva. Sjukförsäkringen bör också ha en bortre gräns, som inte finns i dagsläget, men som är nödvändigt. Reglerna om förmånsbeskattning för enskilda individer och reglerna om företagets avdragsrätt för friskvårdsåtgärder måste ses över och göras mer ändamålsenliga. (Sjuktalens utveckling - nationell och regional nivå (2003), Svenskt näringsliv s. 12 - 13). Det ligger förbehållslöst i både den privata- som den offentliga sektorns intresse att minska utbetalningarna för att främja en ökad lönsamhet. Sjukfrånvaron bland anställda kan alltså enligt regeringens mening sägas ha inverkan på produktiviteten och verksamhetsresultatet i en organisation. [www.riksdagen.se](http://www.riksdagen.se) (2009-03-05).

Sjukfrånvaron är ett problem för många företag, då den medför både ineffektivitet inom organisationen och höjer de totala personalkostnaderna. En allmän schablonberäkning för vad en korttidssjukskrivning kostar per sjukdag för ett företag, visar att kostnaden uppgår till hela tio procent av den anställdes månadslön, vilket är lågt räknat och sannolikt i underkant (Ljusenius & Rydqvist 1999, s. 84-85). Något som ibland diskuteras är hur företagen skall lyckas minska sjukfrånvaron för att minimera dess negativa inverkan på lönsamheten.

Vi menar att man kan gå ett steg längre genom att vidta förebyggande åtgärder för personalen i form av friskvård för att stärka hälsan och på så vis få en mer effektiv och bättre fungerande personal. Vi hoppas att vår studie ska visa att det finns ett samband mellan hög sjukfrånvaro och sämre träningsvanor och vice versa.

Gröjer & U. Johansson (2004, s. 465) förklarar att 13 olika studier har visat ett påtagligt samband där medelvinsten var fyra till fem gånger för hälsoprogramsinvesteringen i minskade hälsokostnader. Detta resultat kan vi använda för att få en tydligare bild hur företagens kostnader för ohälsa ser ut och hur mycket de kan tjäna på att förebygga den. Vad som däremot ännu inte är känt, är om det finns ett samband mellan anställdas träningsvanor och sjukfrånvaro, och således finns det inte heller någon offentlig statistik som stödjer att subventionerad friskvård leder till minskad sjukfrånvaro. Det är inom detta område vi har för avsikt att skapa ett kunskapsbidrag.

## 1.2 Problemdiskussion

Den stora frågan vi ställer oss är om det finns ett samband mellan de anställdas träningsvanor och företagets sjukfrånvaro, och om det i så fall går att koppla till kostnadsbesparingar för det enskilda företaget. Själva kopplingen mellan fysisk aktivitet och hälsa anser vi vara intressant ur ett företagsekonomiskt perspektiv, då det finns många studier som visar att anställda presterar bättre och är effektivare om de mår bra. Hur definierar man då vad som menas med att må bra, och vad innebär egentligen begreppet hälsa? I vår analys gör vi inte anspråk på att besvara frågor av den här karaktären utan vi koncentrerar oss istället på en statistisk jämförelse, vilken vi har till avsikt att dissekera och analysera med hjälp av befintlig teori inom området. Vi menar att det finns en stor mängd rapporter där sambandet mellan fysisk aktivitet och dess positiva hälsoeffekter belyses, men betydligt färre analyser där steget tas till det företagsekonomiska perspektivet och där hälsoeffekterna mäts i monetära termer som rena kostnadsbesparingar, genom minskad sjukfrånvaro.

Med stöd av den befintliga forskningen rörande sambandet mellan motion och hälsa, och med utgångspunkten att sänkta motionskostnader för de anställda motiverar personalen att motionera, har vi utarbetat en grundhypotes som lyder: ”Det finns ett positivt samband mellan företagssubventionerad friskvård och minskad sjukfrånvaro”. Den hypotesen leder oss oundvikligen in på vår kärnfråga, vilken vi har till avsikt att basera hela vår kandidatuppsats på. Hur ser sambandet ut mellan företagssubventionerad friskvård och minskad sjukfrånvaro? Hur stor genomsnittlig kostnad per anställd får friskvården motsvara, för att investeringen i personalen skall vara långsiktigt och kortsiktigt finansiellt lönsam för företaget? Vi ser genast ett problem i all form av lönsamhetsmätning för det generella företaget, vilket ofta tenderar att resultera i större generaliseringar, men vill ändå göra en mycket grov uppskattning föra att redovisa resultatet av analysen på ett tydligt sätt. Vi resonerar som tidigare nämnt att kostnaden för till exempel ett gymkort spelar en avgörande roll för den anställdes ställningstagande till att bruka denna motionsform. Vi menar därför att en subventionering, eller full ersättning av ett gymkort från företagets sida, kan bidra till att fler anställda väljer en aktivare livsstil, vilket i så fall även torde leda till att den totala sjukfrånvaron på företaget sänks. Vi har också som avsikt att analysera frågan om subventionerad friskvård är ett effektivt verktyg för att företagen skall lyckas sänka sjukfrånvaron, och tänker därför beräkna hur stor subventioneringen bör vara för att ge maximalt utslag. Om vår grundhypotes visar sig vara falsk, leder detta fram till en orsaksanalys, och ett försök till att ta fram ett bättre verktyg för att sänka den totala sjukfrånvaron på ett kostnadseffektivt sätt.

Svaret på frågorna som nämnts ovan är givetvis av stor vikt för att ett företag skall kunna avgöra hur de skall satsa på personalens välmående och hälsa, men samtidigt uppnå ett bra resultat med sänkt sjukfrånvaro som en grundförutsättning. Något som vi anser borde ha stor betydelse för om ett företag beslutar sig för att subventionera friskvården för de anställda, är att utgifter direkt anknutna till motionsutövande i godkänd anläggning som är skild från arbetsplatsen är avdragsgilla, (skattefria). Så här skriver skatteverket, *”Arbetsgivaren kan ersätta en anställds utlägg vare sig det avser årskort, klippkort eller enkelbiljetter utan att skattefriheten påverkas, under förutsättning att betalningen avser förmåner som uppfyller kriterierna för skattefria motions- eller friskvårdsaktiviteter”* [www.skatteverket.se](http://www.skatteverket.se) (2009-03-10). Definitionen av enklare motionsform är enligt oss inte kristallklar, men för att ge ett riktmärke listar skatteverket en lång rad av aktiviteter som får statuera goda exempel för begreppet. Noterbart är att skattefriheten inte gäller för aktiviteter som anses kräva dyra redskap eller kringutrustning, där golf, ridning, utförsåkning och segling omnämns. [www.skatteverket.se](http://www.skatteverket.se) (2009-03-10). Att staten är villig att till viss del finansiera friskvården genom skatteavdrag för de anställda, ger som logisk följd att kostnaden för en subventionering även från företagets sida minskar med den aktuella skattesatsen. Det här tror vi, som tidigare nämnts, haft en betydande effekt för antalet företag som anammat friskvårdssubventionering, vilket medför att vi förväntar oss att den största andelen företag tillämpar subventioneringen idag, dock i olika grad.

### **1.3 Frågeställning**

Hur ser sambandet ut mellan företagssubventionerad friskvård och minskad sjukfrånvaro? Hur stor skall friskvårdssubventioneringen vara för att investeringen i personalen skall vara så långsiktigt och kortsiktigt finansiellt lönsam för företaget som möjligt?

### **1.4 Syfte**

Syftet med rapporten är att i en aktuell studie analysera om det finns ett positivt samband mellan företagssubventionerad friskvård och minskad sjukfrånvaro.

### **1.5 Avgränsning**

Vår studie kommer att ha som utgångspunkt att mäta det statistiska sambandet mellan subventionerad friskvård och sjukfrånvaro. De företag vi har valt att involvera i analysen är ICA – butiker, både i ICA koncernen och utanför den, i hela Sverige för att få ett så stort urval som möjligt, sett till antal mätpunkter och geografisk spridning. Vi tänker inte åtskilja arbetsplatsernas fördelning mellan arbetare och tjänstemän eller vilken verksamhet som bedrivs, men vi begränsar oss till butiker med minst 30 anställda för att observationerna skall anses vara relevanta. När vi ser till friskvårdsbidraget så menar vi den, för den anställde, monetära kostnadsreduktionen. Vi kommer inte att ta hänsyn till några övriga hälsofrämjande åtgärder från arbetsgivaren, utan fokuserar till fullo på relationen mellan friskvårdsbidraget och sjukfrånvaron. Vi har även valt att inte vidare analysera ifall införandet av friskvårdssubventionering får en tydlig effekt på sjukfrånvaron, utan kommer uteslutande att fokusera studien kring information om hur förhållandet ser ut på arbetsplatserna idag. Anledningen till den här avgränsningen är att en studie, där effekterna mäts efter införandet av

en friskvårdssubventionering, skulle vara allt för tidskrävande och vi bedömer därför att den aspekten ligger utanför ramarna för vår begränsade tidsbudget.

L. Schäfer Elinder & J. Faskunger (2006, s. 13) redogör för fysiska aktiviteters många effekter på människors hälsa och då främst som de formulerar det *hälsofrämjande fysisk aktivitet*, vilket förbättrar hälsan och den fysiska kapaciteten. Folkhälsoinstitutet höjer samtidigt ett varningens finger att överdriven fysisk aktivitet kan leda till bland annat hjärtproblem, speciellt för personer med högre blodtryck och med det menas en större belastning på hjärtat vilket resulterar i lägre fysisk prestationsförmåga. Vi kommer inte att behandla de risker motion kan medföra vidare i vår studie utan kommer att koncentrera oss på de positiva effekter motion har. Skälet till att vi inte behandlar de risker överdriven fysisk aktivitet kan orsaka är att vår undersökning blir alltför tidskrävande och omfattande, enligt vår mening, samt att vi förlorar vår inriktning om vi går från syftet i en större utsträckning. Ett annat ämne som inte kommer att behandlas är kost och näringslära, då vi menar att dess effekter inte på ett direkt och entydigt sätt går att relatera till minskad sjukfrånvaro, med tillägget att det enligt oss skulle vara synnerligen svårt att mäta.

## **1.6 Kapitelsammanfattning**

Under de senaste tio åren har sjukfrånvaron i landet ökat, men vi har under ett par år tillbaka kunnat observera en minskning som på sikt innebär lägre kostnader för arbetsgivarna. Denna positiva trend utesluter inte preventiva åtgärder i form av friskvårdssubventionering för att säkra en frisk och effektiv personal. Vi vill kunna visa att det finns ett positivt samband mellan subventionering av friskvård och företagshälsa, och på vilken nivå den kan vara lönsam. Studien kommer att ske mot ICA – koncernen för att mätpunkterna skall vara likriktade, sett till hur företagsklimatet och arbetsmiljön ser ut. Vi har också valt att avgränsa oss från vissa ämnen, däribland inverkan av kost och näringslära samt att överdriven fysisk träning kan leda till besvär och risker.

## 2. Metod

---

*Metoden är essentiell för uppbyggnaden av en uppsats där många viktiga punkter ska redogöras för. Vilket förhållningssätt ska vi ha, vilka ställningstaganden gör vi, vad har vi för vetenskaplig ansats och uppsatsens validitet och reliabilitet diskuteras.*

---

Om vi studerar begreppet sjukfrånvaro och vad som påverkar ett företags sjukfrånvaro, inser vi att den frågeställningen är av mycket komplex natur. Människor är olika och reagerar olika på en rad faktorer, som påverkar vår hälsa, trivsel på arbetsplatsen och i slutändan inverkar på företagets sjukfrånvarostatistik. I en statlig rapport till idrottsutredningen står, "Det verkar som om sjukskrivning inte bara är ett mått på hälsa utan också ett mått på vad som är acceptabelt", Rapport till Idrottsutredningen, (SOU 1997:188 s 70). Med det här menas att många anställda, (som enligt studien är äldre än 30 år), inte anser att det är acceptabelt att vara sjukfrånvarande fler än tre gånger på ett år. Eftersom det finns så många faktorer som kan påverka sjukfrånvarostatistiken, varav våra forskningsfrågor bara berör en möjlig faktor nämligen subventioneringen av friskvård, ställs extra stora krav på mätmetoder och framförallt isoleringen av den variabel som önskas mätas. Urvalsprocessen, (vilken vi fördjupar oss i under kapitel fyra), är således av ypperlig relevans för hela studiens pålitlighet, vilket vi formulerar som studiens validitet och reliabilitet, två begrepp som förklaras senare i kapitlet.

Studieobjektet kan tolkas som de specifika företag som vi har till avsikt att involvera i studien, men våra forskningsfrågor inriktar sig inte mot det enskilda företaget utan istället till att analysera ifall det finns ett samband mellan en investering i friskvård och en minskning i sjukfrånvaron, gällande för alla företag inom den valda populationen. Det leder fram till att vårt ontologiska förhållningssätt till studieobjektet går under begreppet realism, eftersom vår utgångspunkt är hur studieobjektet fungerar och beter sig i verkligheten. Då våra forskningsfrågor är gällande för det generella företaget, har vi ett positivistiskt synsätt, vilket leder fram till att vi anser att en kvantitativ studie är lämpligast. För att skapa kunskap som i slutändan leder fram till ny teoribildning, har vi som avsikt att pröva vår grundtes, att det finns ett positivt samband mellan företagssubventionerad friskvård och sjukfrånvaro, vilket alltså innebär att vi använder oss av en hypotetisk deduktiv metod. All empirisk data som samlas in och analyseras, kommer antingen att ge stöd åt vår hypotes, eller förkasta den.

### 2.1 Metodologiska ställningstaganden och vetenskaplig ansats

Innan själva undersökningen ägde rum hade vi ett antal val att ta ställning till, bland annat hur vårt metodologiska ställningstagande kommer att förhålla sig. Som vi nämnt i det första avsnittet i metodkapitlet motiveras vår undersökning av att välja det positivistiska paradigmet till fördel för det tolkande hermeneutiska, eftersom vi har valt att åskådliggöra ett samband baserat på statistiska data som går under kvantitativ mätning. Vidare i undersökningen vill vi påvisa att vår verklighetsuppfattning är oberoende enligt ontologisk realism eftersom det mänskliga tänkandet inte kan anses inskränka hur vi genomför studien. Nästa val vi har att ta ställning till är om vi skapar kunskap genom förnuft eller genom erfarenheter från det vi har observerat, sett ur ett epistemologiskt perspektiv. Valet här ser vi inte som komplicerat då våra resultat baseras på händelser vi i egen mening inte har uppfattat eller vinklat utan endast tagit del av i form av ren data, alltså empiri som ska överensstämma med verkligheten.

Av dessa olika val vi har gjort ter det sig tämligen självklart att det positivistiska paradigmet står som grund för hur vi vill skapa vår vetenskapliga ansats. Vi lägger ingen vikt på att tolka de resultat vi har observerat utan vi iakttar utfallet och genomför en analys som är fri från värderingar och oberoende av det mänskliga tänkandet. Vi tror att vi kan få fram bevis som är trovärdiga, där vi går från teori till empiri enligt den deduktiva ansatsen. Vi kan inte se någon nackdel att vi inte kan göra anspråk på en absolut sanning, utan hoppas snarare att uppsatsen lämnar utrymme för tolkning hos läsaren.

## 2.2 Vetenskapligt angreppssätt

Inom ramen för hälsa, och allt som kan tänkas påverka vår hälsa, finns en större mängd litteratur då samhällsintresset för hälsorelaterad forskning ökat de senaste 20 åren. Det är denna forskning som ligger till grund för vår utgångspunkt, att fysisk aktivitet är hälsofrämjande och torde resultera i lägre sjukfrånvaro. Avvikelse från vår grundhypotes inom urvalsgruppen är att vänta då testgruppens problem med sjukfrånvaro skiljer sig åt sinsemellan, varför vi menar att det är det generella sambandet mellan friskvårdsbidrag och sjukfrånvaro som är av intresse. Ett sätt att analysera sambandet är att studera korrelationen mellan friskvårdsbidraget och sjukfrånvaron.

Att hälsoeffekten av fysisk träning är positiv har enligt vår uppfattning ett kraftigt stöd inom forskarvärlden, men vilken påverkan den positiva hälsoeffekten i realiteten har på sjukfrånvaron saknar enligt oss ännu entydiga studier. Det här får konsekvensen att vi endast till viss del kan använda oss av befintlig teori eller annan sekundärdata, i den mån den är relevant och tillämpbar. Vi kommer således att till största delen förlita oss på de empiriska studier vi genomför och framförallt det empiriska material vi samlar in och analyserar. Vår grundhypotes har dock utformats utifrån det teoretiska material vi tagit del av, och kommer att testas genom hypotesprövning mot den empiriska studie som vi genomför. Vår studie kommer således att vara kvantitativ med ett deduktivt metodologiskt tillvägagångssätt. Den huvudsakliga teoribildningen kommer på så sätt att skapas utifrån de resultat som vi får av de empiriska studierna i förhållande till den befintliga teorin inom området, och analyserna av det empiriska materialet. På detta sätt har vi som avsikt att tillföra ett kunskapsbidrag genom nyvunnen teoribildning.

De studier vi kommer att genomföra är att jämföra sjukfrånvaron inom en bransch satt i relation till vilka företag som subventionerar friskvård och i vilken omfattning. En aspekt som är till vår fördel är att företag enligt lag måste redovisa den totala sjukfrånvaron i årsredovisningen samt även sjukfrånvaron för respektive kön, sjukfrånvaron i åldersintervaller samt långtidssjukfrånvaro. Denna lag kan beskrivas som ett hälsobokslut och är förhållandevis ny då den trädde i kraft under år 2003. Omfattningen sträcker sig till kommuner, landsting, statliga myndigheter och privata arbetsgivare med undantag för arbetsgivare med färre än tio anställda. Ett utdrag av lagen förklaras av N. Cronsell, J. Engvall & P. Karlsson (2005, s. 132 – 136) och de ger exempel på hur beräkningar ska utföras, bland annat sjukfrånvaro i procent enligt formeln: Total sjukfrånvaro i timmar / de anställdas sammanlagda ordinarie arbetstid i timmar. Med stöd av lagstiftningen har vår studie således en, enligt vår mening, mycket pålitlig sekundär informationskälla, nämligen företagens årsredovisningar.

## 2.3 Datainsamlingstekniker

För att data skall kunna samlas in med rätt teknik, kan data delas in i tre övergripande kriterier. Den första handlar om att kategorisera data efter om den är kvalitativ eller kvantitativ. Med kvalitativ data menas mer djupgående data som är subjektiv, medan kvantitativ data är av generell, objektiv typ. Det andra kriteriet handlar om primär- och sekundärdata. Primärdata är data som forskaren själv samlat in, medan sekundärdata är data som framställts av andra personer. Sista kriteriet är om det rör sig om stimulidata eller icke-stimulidata. Stimulidata betyder data som påverkats av undersökningsformen. Med detta menas om exempelvis frågan i sig kan ha påverkat svaret i en intervju. (Andersen 1998, s. 149-158).

Med ovanstående begreppsförklaringar kan fastställas att data som vi yrkar insamla är enbart kvantitativ, eftersom vi har sammanställt en enkät med ett antal frågor rörande bland annat om friskvård subventioneras, hur stor friskvårdssubventioneringen är och utnyttjandegraden av erbjudandet, (se bilaga ett). Vidare så ska vi använda oss av både primärdata och sekundärdata. Primärdata består av den information som vi inhämtar genom vår enkät, medan sekundärdata främst består av färdiga siffror som sjukfrånvaron i procent för män och kvinnor och vissa åldersintervaller från respektive företags årsredovisningar. Årsredovisningarna kommer enbart att inhämtas från databasen Bolagsinfo som återfinns på [www.retriever.se](http://www.retriever.se). Vi har till allra största del valt att fokusera, och basera vår analys, på icke-stimulidata som ren statistik eftersom stimulidata i vår studie är minimerad till flervalsalternativen i vår enkät. (Ibid)

Det empiriska materialet vi har för avsikt att samla in, avgränsas genom kategoriseringen av data. Kategoriseringen delas upp enligt företag som inte subventionerar friskvård, företag som subventionerar friskvård i intervallerna - mindre än 1000 kronor, mellan 1001 kronor och 2000 kronor, mellan 2001 kronor och 3000 kronor, mellan 3001 och 4000 kronor, hela friskvårdskostnaden eller annat belopp än ovanstående. Vi kommer att presentera hur stor del av personalen som utnyttjar bidraget i en procentsats av hela personalstyrkan, när bidraget trädde i kraft samt vilka krav som finns för att kunna utnyttja bidraget. Avgränsningen av kategorierna anser vi vara relevanta och avspeglar den bild vi vill att vår undersökning ska ha.

Andersen (1998), beskriver en rad olika observationstekniker och menar att för att rätt teknik skall väljas måste utgångspunkten för observationen vara ifrån var studien äger rum, hur studien genomförs och på vilket sätt den påverkar observationsobjektet. Först måste hänsyn tas till var observationen äger rum, antingen ute i fält eller i laboratoriemiljö. Nästa punkt är huruvida observationen är öppen eller sluten, vilket betyder ifall observationsobjektet är medveten om själva observationen eller inte. Sen är frågan om observationen är deltagande eller icke-deltagande, alltså om observatören ingår som deltagare i fenomenet som observeras eller står utanför fenomenet som objektiv observatör. Ytterligare ett ställningstagande är ifall observationen är strukturerad eller ostrukturerad, alltså om observatören på förhand vet exakt vad som skall observeras. Sista begreppet handlar om observationen är direkt eller indirekt, vilket betyder ifall observationsobjektet är informerad om observationens syfte eller inte. Om en observation görs ute på fält, är öppen, icke-deltagande, strukturerad eller direkt, pratar man om en kvantitativ observationsteknik, vilket passar mycket väl in på hur vi yrkar genomföra vår studie. (Andersen 1998, s. 149-158)

Anledningen till att vi har valt just den här observationstekniken är att data som vi fäster störst intresse vid och som kommer att utgöra den viktigaste stödpelaren i analysen, kommer att

vara kvantitativ. Insamlad sekundär och primärdata kommer till största delen vara icke-stimulativ. Vidare så kommer vår studie att produceras ute på fält, vara öppen, icke deltagande, strukturerad och direkt, vilket leder oss fram till att användandet av en kvantitativ metod som kallas standardiserade och strukturerade intervjuer i kombination med insamlandet av sekundärdata.

## **2.4 Validitet och reliabilitet**

Begreppet reliabilitet innebär en uppskattning av, i hur stor grad resultatet av en mätning eller observation påverkats av tillfälligheter, mätmetoden eller själva utförandet av mätmetoden, och därför skiljer sig från sitt verkliga värde. Om vare sig mätmetoden eller själva tillämpandet av mätmetoden kan anses ha någon betydande inverkan på dess resultat och det inte torde kunna föreligga några tillfälligheter som påverkat utfallet, anses observationen eller mätningen ha hög reliabilitet, vilket givetvis är eftersträvansvärt. Med validitet menas en observations giltighet och relevans. Giltigheten anger i hur stor grad det empiriska materialet stämmer överens med de teoretiska begreppen. Relevansen säger något om hur relevant det empiriska materialet är för själva problemställningen. (Andersen 1998, s. 85).

Eftersom vår studie till stor del kommer att förlitas på sekundärdata, i form av sjukfrånvarostatistik från företagens årsredovisningar, vilket också är lagstadgat, anser vi att vår insamlade sekundärdata har mycket hög reliabilitet. Vi kommer däremot att genom strukturella standardiserade intervjuer i form av enkätundersökningar, inhämta information om framförallt utbetalning av friskvårdsbidrag, vilket är information som inte på något sätt kan krävas av studieobjekten. Vi hävdar dock att den informationen sannolikt inte borde ses som känslig för företagen att ge ut, och ser därför heller ingen nämnvärd anledning till att vi skulle få felaktig information från företagen.

All insamlad data kommer att behandlas anonymt, och mätpunkternas namn och geografiska position kommer inte att redovisas i rapporten. Vi menar att det här tillvägagångssättet medför en större trygghet för de företag som väljer att medverka i studien, och bidrar sannolikt till en högre medverkandegrad samt en större sanningsenlighet i de insamlade svaren.

Med ovanstående förklaring som utgångspunkt hävdar vi att data vi insamlar kommer att ha en mycket hög reliabilitet. Relevansen anser vi vara mycket hög då vi arbetar med ren statistik som på ett mycket direkt sätt kan mätas och direkt kopplas till logiska slutledningar som besvarar vår problemformulering. Ser vi däremot på giltigheten för studien, hävdar vi att den i hög grad kommer att vara direkt beroende av vår studies omfattning, då ett större antal studieobjekt leder till en bättre generalisering, eftersom vi yrkar göra en kvantitativ studie.

## **2.5 Analytiskt tillvägagångssätt**

Efter att datainsamlingen är genomförd kommer ett antal tester att göras, i syfte att analysera om ett eventuellt samband mellan grad av friskvårdssubventionering och sjukfrånvaro existerar. Den första analytiska metoden är ett signifikanstest, där insamlad data antas ligga inom ramarna för en viss fördelning, vilket testas mot en viss sannolikhetsgrad, signifikans. Efter signifikanstestet är det naturligt att fortsätta med att beräkna korrelationen mellan grad av friskvårdssubventionering och sjukfrånvaro. Vi kommer även att dela in alla mätpunkter i subventioneringskategorier, för att sedan beräkna genomsnittsdata för varje kategori. På det här sättet tydliggörs skillnaderna mellan de olika subventioneringsnivåerna. Ifall ett sannolikt

samband har visat sig i ovan nämnda tester, så kommer vårt sista steg vara att analysera vilken subventioneringsnivå som kan anses mest lönsam för företagen, med hänsyn tagen till nyttjandegrad, sjukfrånvaro, subventioneringskostnad samt skattereduktion.

## **2.6 Kapitelsammanfattning**

För att klargöra om vår grundhypotes är gällande, som utgörs av påståendet att det existerar ett positivt samband mellan företagssubventionerad friskvård och minskad sjukfrånvaro, har vi valt att genomföra en kvantitativ studie. Vi har antagit en positivistisk, objektiv grundsyn och väljer att genomföra en kvantitativ studie, med en deduktiv metod. Resultatet av studien kommer att framställas genom matematisk och statistisk analys. Det material som kommer att samlas in består av både primär- och sekundärdata. Vi kommer dock uteslutande att behandla kvantitativa data och primärdata kommer att insamlas genom standardiserade intervjuer, dels via e-mail utskick av en enkät, och dels via telefonintervjuer som till fullo baseras på enkäten. Studiens validitet och reliabilitet anses vara god då insamlad sekundärdata baseras på årsredovisningar vilka är lagstadgade, medan primärdata består av objektiva siffror vilka enligt oss inte torde vara känsliga för företagen att lämna ut. Dessutom kommer all insamlad data att behandlas anonymt, och mätpunkternas namn och geografiska position kommer inte att redovisas i rapporten, i syfte att ytterligare stärka datainsamlingens sanningsgrad och pålitlighet.

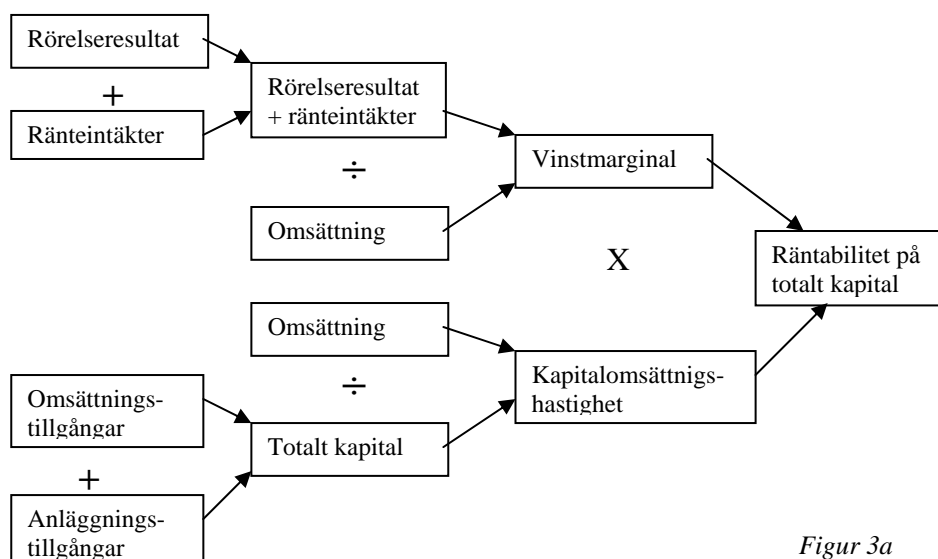
### 3. Teori

*Uppsatsens teoretiska grund vilar på detta kapitel där vi har för avsikt att visa en koppling mellan ökad träning och minskad sjukfrånvaro i företag. Kan detta bevisas är det självklart att företagen får minskade personalkostnader som på sikt kan leda till en effektivare verksamhet och ökad lönsamhet.*

För att mäta ett företags lönsamhet bör fokus läggas på effektivitet, vilket innebär att resultatet sätts i proportion till det inom organisationen uppbundna kapitalet. Det betyder att ett företag som genererar ett högre resultat inte tvunget måste anses mer lönsamt än ett företag som genererar ett lägre resultat, förutsatt att det sistnämnda företaget omfattar en mindre kapitalmängd. Resultatet i sig anses därför inte vara ett rättvisande mått som beskriver ett företags lönsamhet, utan snarare den kvot som erhålles genom att resultatet divideras med kapitalet. Sett ur ett ägarperspektiv är det framför allt resultatkvoten i förhållande till det egna kapitalet, räntabiliteten på det egna kapitalet, som hamnar i fokus. (Ax, Johansson, Kulvén 2005, s.29-30).

Ur ovan resonemang följer således att företag måste sträva efter att upprätthålla en så hög effektivitet som möjligt för att bibehålla eller förbättra sin lönsamhet. Det åstadkoms genom att försöka öka intäkterna men också hålla nere och ständigt jaga kostnaderna. För att visualisera hur relationen mellan en organisations intäkter och kostnader skapar lönsamhet så har vi valt att presentera vissa utvalda beståndsdelar i nedanstående du Pont-schema.

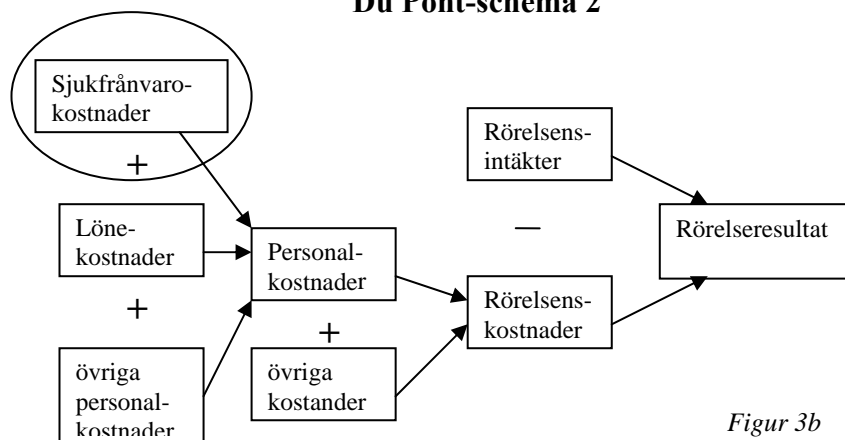
#### Du Pont-schema 1



Figur 3a

Vad vi kommer att fokusera på är hur rörelseresultatet kan förbättras genom kostnadsminimering, varför vi bryter ut posten rörelseresultat ur figuren, och utvecklar ett mer detaljerat du Pont-schema:

**Du Pont-schema 2**



Figur 3b

Sett till figurerna 3a och 3b ovan kan tyckas att sjukfrånvarokostnaderna torde spela en mindre roll för ett företags lönsamhet, men beroende på hur man räknar och vilka aspekter som vägs in i begreppet sjukfrånvarokostnader så påverkas lönsamheten helt klart av posten på så väl kort som lång sikt. Johansson och Skoog (2001), skriver "I en amerikansk studie påstås att amerikanska företag betalar ca 50 procent av sin vinst efter skatt i medicinska kostnader.", (Johansson & Skoog, 2001, s. 15). Enligt vår mening låter den siffran väl tilltagen, men kontentan kvarstår dock att sjukfrånvaron är ett ekonomiskt problem för företag och bidrar, enligt oss, på ett otvetydigt sätt till att minska företagets lönsamhet.

### 3.1 Ekonomiska aspekter med företagshälsa

De ekonomiska aspekter vi har för avsikt att beröra i vår uppsats anknyts till huruvida hälsan och motion kan bidra till långsiktig lönsamhet för företag. Inledningsvis kommer vi att diskutera hur sjukfrånvaron påverkar företagets ekonomi.

En funktionsnedsättning för personalen inom en organisation kan visa sig som sjukfrånvaro, och kan delas in i olika kostnader, ofta visas de som fyra stycken: Lägre produktivitet, högre frånvaro, rehabiliteringsåtgärder och ökad personalomsättning. Varje funktionsnedsättning leder nästan alltid till minst en av dessa fyra olika kostnader, i de allra flesta fall förekommer två eller tre av kostnadsslagen. Alla de fyra kan bara samtidigt ingå i sådana fall där den drabbade slutat sin anställning. I dessa fall måste den ursprungliga anställda ersättas med en ny medarbetare, vilket innebär att organisationen får ökad personalomsättning. (Aronsson, Thomas & Malmquist, Claes 1996, s. 80)

Normalt sett kan man anta att den anställdes produktivitet är 100 procent om han är fullt frisk och erfaren. I praktiken är produktiviteten något lägre än 100 procent eftersom någon anställd ofta är sjuk eller befinner sig i någon form av inskolning. Kostnad för lägre produktivitet är en kostnad organisationen har trots att den anställda befinner sig på arbetsplatsen. Denna kostnad kan uppstå dels innan frånvaron ökat, men också mellan frånvaroperioder. Arbetstagarens produktivitet kan minska genom att arbetsintensiteten sjunker på grund av att kvaliteten på utfört arbete minskar. Den anställda kan även påverka ekonomin sekundärt genom att sprida dålig atmosfär på arbetsplatsen, men detta är en aspekt vi endast kommer att beröra kortfattat.

Problemet tas upp för att tydliggöra att det finns underliggande orsaker till att anställda kan bidra till en sämre arbetsmiljö som i sin tur kan leda till ökade kostnader för företaget. Dessa kostnader ryms dock inte inom ramen för vår rapport. (Aronsson & Malmquist 1996, s. 80)

Det föreslås att effekterna av träning uppkommer först efter ett till två år efter att träningen initierades på arbetsplatsen. Det är också betydelsefullt att vi mäter effekterna från träning och motion efter minst ett år från tidpunkten för investeringen och om möjligt över en längre tidsperiod. (Hansson, Johanson och Leitner 2004, s. 39 - 41)

### **3.1.1 Faktiska kostnader för företaget**

För att poängtera sjukfrånvarons betydelse för företag är det lämpligt att visa hur kostnaderna ser ut i faktiska summor. För att underlätta gör vi ett enkelt sifferexempel: En anställd har 15000 kronor i månadslön och sociala avgifter på 40 procent av månadslönen sammanlagt 21000 kronor, samt en normal frånvaro som i detta fall är två enveckorsperioder per år. Årskostnaden är då cirka 241500 kronor och med 220 arbetsdagar per år blir antalet närvarotimmar  $210 \cdot 8 = 1680$  timmar. Arbetskraftskostnaden per närvarotimme blir då 241500 dividerat med 1680 timmar, vilket är 143,8 kronor. För att sedermera beräkna kostnaden för den anställdes lägre produktivitet tas den procentuella minskningen av produktiviteten multiplicerat med värdet av arbetstiden. Ett enkelt sätt att tänka är att som exempelvis en anställd som inte hinner genomföra alla sina uppgifter på en dag, och att ett glapp på 24 minuter har uppstått. På en arbetsdag på åtta timmar motsvarar de 24 minuterna fem procent i arbetsbortfall eller minskad produktivitet. (Aronsson & Malmquist 1996, s. 80 - 85)

Under år 2003 betalade arbetsgivarna ut sammanlagt cirka 170 miljarder kronor i inkomstersättningar vid sjukfrånvaro. Av detta belopp betalas cirka 25 miljarder kronor direkt till de anställda i form av sjuklön enligt lag och avtal. De resterande 145 miljarder kronorna betalas ut i form av enhetliga premier till socialförsäkringarna och de avtalade försäkringarna. Det ska tilläggas att arbetsgivarna vid sjukdom betalar semesterlön upp till tre år trots att något arbete inte utförts. (Sjuktalens utveckling - nationell och regional nivå (2003), Svenskt näringsliv s. 13)

I 14 studier om ekonomiska effekter av hälsobefrämjande program utförda i USA, visar samtliga att hälsoprogrammen resulterat i lägre sjukfrånvaro. Tre av de här studierna visar i faktiska siffror att för varje investerad dollar ges resultatet 5,82 US Dollar i genomsnittlig vinst. Tyvärr tas inte preventiva och förebyggande åtgärder upp i de flesta av de diskussioner som förs om sjukfrånvaron och de kostnader och problematik som den medför. Svårigheten i att införa åtgärder beror på de olikheter som finns i arbetsuppgifter, personliga förutsättningar och individuell fysik. Det finns således mycket få lösningar på individnivå. (Hälsa och företagsekonomi – en forskningsöversikt (2003) IPF s. 15 - 17).

## **3.2 Påverkande faktorer**

Sjukfrånvaron påverkas givetvis inte enbart av hur bra ett företag subventionerar friskvård och personalen i sin tur utnyttjar bidraget. De faktorer som påverkar kan exempelvis vara psykosociala i form av stress, dålig arbetsmiljön från arbetskamrater och hur inställningen från chef och ledning ser ut. (Aronsson, Thomas & Malmquist, Claes 1996, s. 80 - 85)

De ökade krav som ställs på de anställda i form av organisationsförändringar, syftar till att öka effektiviteten genom slimmandet av organisationer och personalminskningar. En annan viktig faktor är kravet på att vara ständigt uppkopplad och tillgänglig vilket minskar andrummet för de anställda drastiskt. Denna tendens kommer knappast att avta utan snarare öka under de närmaste åren. En annan viktig faktor kan vara att känslan av sammanhang och tillhörighet minskar i och med den ständigt höga förändringstakten. Företag säljs eller läggs ner och produktion flyttas till låglöneländer. En del organisationer slås ihop och förutsättningarna ändras och anställda måste anpassa sig. Alla förändringar leder till stora påfrestningar på hälsan för personalen genom ökad oro och osäkerhet för framtiden samt att anställningstryggheten minskar vid omorganiseringar. På detta anspelas faktorer såsom medelåldern på de anställda, socialförsäkringssystemet, läkarnas sjukskrivningspraxis, synen på sjukfrånvaron och ökad press utanför arbetslivet. Det är enligt nämnda orsaker problematiskt att analysera och förklara sjukfrånvaron i samhället. Det krävs insatser på många samhällsområden. Ser vi till den faktiska arbetsmiljön definierad som förhållandena på en arbetsplats omfattar den fysiska, psykologiska och sociala faktorer som har betydelse för arbetsmiljön. (Ericsson, Björn (2007), s. 26 - 31)

Arbetsmiljölagen säger bland annat att:

*”Arbetsgivaren skall vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall.”*(Arbetsmiljölagen kapitel tre paragraf två SFS 2002:585)

*”Arbetsgivaren skall svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå.”* (Arbetsmiljölagen kapitel tre paragraf två b SFS 1999:841)

*”Arbetsgivaren skall genom att anpassa arbetsförhållandena eller vidta annan lämplig åtgärd ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet.”* (Arbetsmiljölagen kapitel tre paragraf 3 SFS 2002:585)

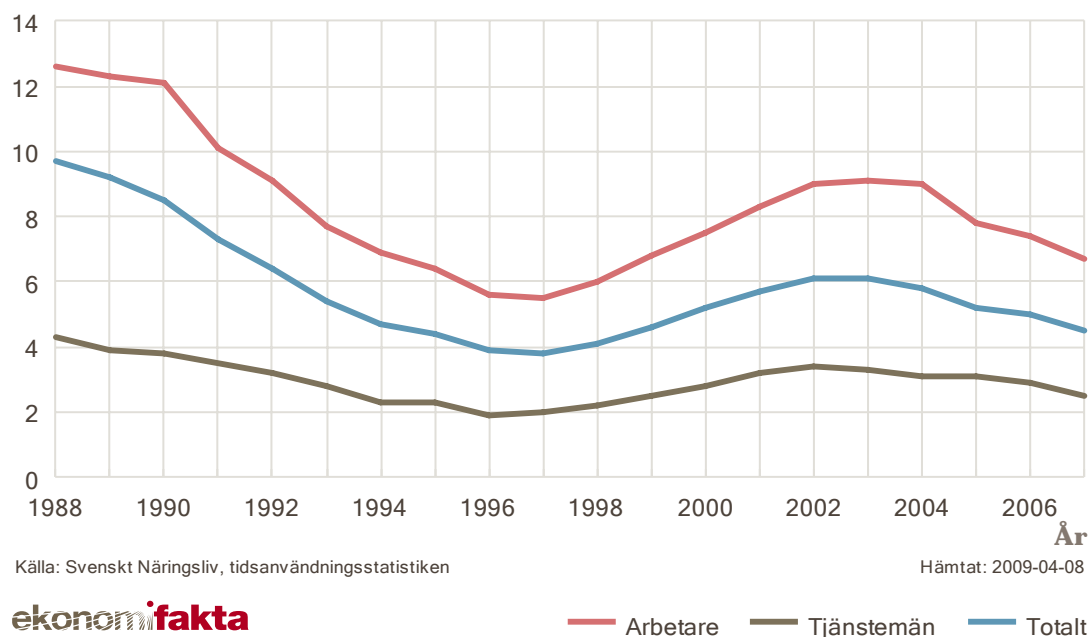
### **3.3 Sjukfrånvaron för olika branscher**

En vanlig uppdelning av sjukfrånvaron är att separera olika branscher eller mer specifikt, segment. En första uppdelning görs mellan tjänstemannasektorn och arbetarsektorn då de här två segmenten har helt åtskild arbetsbelastning som i sin tur resulterar i olika sjukfrånvarosiffror och ohälsotal. [www.ekonomifakta.se](http://www.ekonomifakta.se) (2009-04-07)

I figur 3.3.2 presenterar vi ett exempel på hur sjukfrånvaron kan vara uppdelad för att få en överskådlighet. Enligt figur 3.3.1 sjönk sjukfrånvaron drastiskt mellan åren 1988 – 1996, från en sammanlagd frånvaro på cirka tio procent till cirka fyra procent. Den främsta orsaken tros vara införandet av karensdagen, sänkta ersättningsnivåer samt ökat arbetsgivaransvar. [www.ekonomifakta.se](http://www.ekonomifakta.se) (2009-04-07)

## Sjukfrånvaro

Procent av ordinarie tid



*Figur 3.3.1*

Den sjukfrånvaro vi har presenterat i figur 3.3.1 är offentliga data och rör endast den frånvaro som har uppstått efter två veckor då Försäkringskassan står för utbetalningarna av sjukersättning. De två första två veckorna står företagen själva för och är de mest intressanta siffrorna för vår rapport och kommer att presenteras under empirikapitlet. [www.fk.se](http://www.fk.se) (2009-04-08)

### **3.4 Sambandet mellan motion och hälsa**

Människan är i grunden en fysisk varelse och människokroppen är konstruerad för rörelse och regelbunden ansträngning. Eftersom kroppen oftast inte får den vardagsmotion som den egentligen behöver, bör varje människa regelbundet träna styrka, motion och rörlighet. Träning och motion bidrar dessutom en större motståndskraft vid olyckor samt snabbare läkning vid skador. (Winroth, Rydqvist 1995, s.15).

#### ***3.4.1 Motion är bra för hjärtat***

Många studier talar för att motion och träning har en positiv effekt på blodkärlen och hjärtat vilket motverkar högt blodtryck som kan leda till hjärtinfarkt. Att träning och motion även påverkar och utvecklar hjärtats slagvolym får på sikt effekten att de som motionerar regelbundet får en högre slagvolym, vilket innebär att en större mängd blod kan pumpas runt i kroppen vid varje hjärtslag. Det leder i sin tur till att en person som motionstränar regelbundet inte kräver lika hög hjärtfrekvens för att transportera syresatt blod i kroppen. Det är därför som regelbundna motionärer ofta har en lägre vilopuls än personer som inte tränar alls, och därför också orkar med mer och inte blir ansträngda lika fort. (Winroth, Rydqvist 1995, s.98-106).

#### ***3.4.2 Fysisk och psykiskt välbefinnande***

Enligt en undersökning genomförd år 1997, (betänkande till idrottsutredningen), så bidrar fysiska aktiviteter i form av träning och motion till så väl ökad fysisk som psykisk hälsa. Undersökningen visade att både män och kvinnor i alla åldrar upplever att de uppnår ett bättre fysiskt hälsotillstånd av att gå från en lägre motionsnivå till en högre. Även den psykiska hälsan upplevdes förbättrad, dock mest påtagligt bland män, (i alla åldersgrupper), men även för kvinnor över 60 år. Det är således relevant med regelbunden motion både ur ett fysiskt hälsoperspektiv men även för vårt mentala välbefinnande. (SOU 1998:76, s.80-83).

Ytterligare en aspekt som är värd att lyftas fram är att den sociala kontakten mellan människor även påverkar vårt psykiska välbefinnande. Gruppaktiviteter och gemensam träning med andra människor ger positiva sociala och psykiska effekter. Det kan således finnas ett mervärde i tränings- eller motionsformer som bedrivs i grupp eller i en social omgivning som exempelvis ett gym, då både det sociala samspelet med andra människor samt det fysiska träningsmomentet kan uppnås på samma gång. (Winroth, Rydqvist 1995, s.18-28).

#### ***3.4.3 BMI och hälsorisker med fetma***

Det finns ingen klar gräns för, eller definition av obesitas, (fetma). I vetenskapliga mätningar, där riskfaktorer med fetma studeras, refereras vanligtvis till måttet BMI, (Body Mass Index), vilket är ett mått som tas fram genom att en persons aktuella vikt divideras med kvadraten på personens längd uttryckt i  $\text{kg/m}^2$ . En vanlig gräns för fetma uttryckt i BMI är  $30 \text{ kg/m}^2$  och gränsen för kraftig fetma sätts ofta till  $35 \text{ kg/m}^2$ . Vid fetma ökar risken för en rad olika sjukdomar samt hälsonedsättande faktorer. Exempelvis ökar risken vid fetma för insjuknande i diabetes typ II, högt blodtryck, hjärtinfarkt, artros och vissa cancersjukdomar. (Järvholm, Olofsson 2005, s.120-123).

Enligt den tidigare nämnda undersökningen i betänkandet till idrottsutredningen, (SOU 1998:76, s.80-83), framtogs ett BMI-medelvärde för både kvinnor och män. För kvinnor var medelvärdet 23,60 kg/m<sup>2</sup> och för män 24,83 kg/m<sup>2</sup>. Anmärkningsvärt är dock att medelvärdet för män överstigit 25 kg/m<sup>2</sup>, alltså gränsvärdet för övervikt, redan efter att de fyllt 30 år, vilket inträffar först i 60 års åldern för kvinnor i genomsnitt. (SOU 1998:76, s.80-83). Då BMI-värdena i förhållande till motionsvanorna analyserades, i ovan nämnda studie, visade det sig att högre motionsnivåer gav lägre BMI. Det krävdes dock inga träningspass på elitidrottsnivå för att uppnå en viktminskning utan räckte med regelbunden lätt motion för att minska andelen överviktiga. Undersökningen visade att andelen överviktiga minskade tydligt för personer som gått från den lägsta motionsnivån, (ingen motion alls eller i mycket enkel form), till motionsnivå ett, vilken motsvarar lätt regelbunden motion. Sambandet gällde för män i alla åldrar samt för yngre kvinnor. För äldre kvinnor återfanns inget tydligt samband. (SOU 1998:76, s.80-83).

#### **3.4.4 Samhällstrender**

Enligt statistiska centralbyrån så uppgav år 2002 sex av tio vuxna som fyllt 30 år att de motionerade regelbundet, vilket ses som en ökande trend jämfört med tidigare års mätningar. Motionsvanorna skiljer sig dock generellt åt mellan de olika samhällsklasserna, där ett tydligt mönster kan urskiljas. Lågutbildade och personer med låg socioekonomisk status motionerar i mindre utsträckning än högutbildade och personer med hög socioekonomisk status. Generellt så har samhällsutvecklingen medfört att många former av fysisk aktivitet har flyttats till fritiden, från att tidigare ha varit naturliga moment i vardagen. Det är därför sannolikt att den totala energiförbrukningen på grund av fysisk aktivitet, för genomsnittssvensken, har minskat de senaste årtiondena. Vid en jämförelse med genomsnittet för alla EU-länder framkommer också att svenskar tränar och motionerar betydligt mindre än genomsnittet. Dessutom så är det mycket vanligare med stillasittande fritid eller ingen motion alls i Sverige jämfört med de flesta andra medlemsländerna. (Faskunger, Schäfer Elinder 2006, s.45-54).

#### **3.4.5 Rekommenderad träningsvolym**

*”Alla individer bör, helst varje dag, vara fysiskt aktiva sammanlagt minst 30 minuter. Intensiteten bör vara åtminstone måttlig, till exempel en rask promenad. Ytterligare hälsoeffekt kan erhållas om man utöver detta ökar den dagliga mängden eller intensiteten ”,* (Faskunger, Schäfer Elinder 2006, s.17).

Ett annat riktmärke som också ges av Statens Folkhälsoinstitut och som är gällande för alla nordiska länder är att den extra fysiska aktiviteten som sker dagligen skall motsvara en energiförbrukning av 150 kilo kalorier. Tidigare under till exempel 60- och 70-talet var rekommendationen långa och intensiva träningspass för att några hälsoeffekter skulle erhållas, vilket sedan ändrades i början av 90-talet. Dagens rekommendationer bygger istället på att hälsoeffekten styrs av den totala energiförbrukningen vilken till stor del sker även vid motionsformer som kräver måttlig intensitet. Tilläggas bör dock att de gamla rekommendationerna inte helt skall förkastas då det optimala är en kombination av medel intensiv motion som till exempel raska promenader fyra till sju dagar i veckan, samt högintensiv motion tre gånger i veckan. De positiva hälsoeffekterna ökar dock i proportion till vilken intensitetsnivå som motionen lägges på, fram till den grad då motionsformen eller utövandet i sig kan orsaka skador. (Faskunger, Schäfer Elinder 2006, s.8-18).

### 3.5 Liknande studier

En synnerligen likartad studie som den vi har för avsikt att genomföra, utfördes år 1997 av Idrottsutredningen. De resultat som utredningen kom fram till och som går att relatera till vår studie, stödjer bara vår grundhypotes i mycket begränsad utsträckning. Vårt resonemang är att regelbunden fysisk aktivitet gynnar hälsan och därmed torde leda till minskad sjukfrånvaro. En subventionering av friskvårdskostnader för personalen menar vi fungerar som en motivator och leder till ökade friskvårdsaktiviteter hos de anställda. Den meningen delar dock inte Idrottsutredningen som uttrycker sig, *”Efter de tydliga samband som gäller mellan motion och upplevd fysisk och psykisk hälsa skulle man vänta också ett tydligt samband mellan motion och sjukskrivning. Men så är inte fallet. Det verkar som om sjukskrivning inte bara är ett mått på hälsa utan också ett mått på vad som är acceptabelt. Sjukskrivning är mer självklar och acceptabel i den yngre generationen än i den äldre.”*, (Rapport till Idrottsutredningen, SOU 1997:188, s.70). Eftersom Idrottsutredningens undersökning är relativt omfattande och utförd av en professionell byrå, (Temo Direkt), kan de slutsatser som dragits av denna undersökning anses vara en direkt teoretisk motsägelse till vår grundhypotes, men så är inte fallet enligt oss. Vi kommer nu att titta närmare på Temo Direkts undersökning för att ge en mer exakt bild av vad den egentligen visar.

#### 3.5.1 Temo Direkts intervjuundersökning

Mellan den 14 maj och 25 juni år 1997 genomförde Temo Direkt, på uppdrag av den statligt tillsatta Idrottsutredningen, en telefonintervjuundersökning där 2100 personer, från olika åldersgrupper (15-59 år) och med geografisk spridning, medverkade. Intervjuunderlaget bestod av ett trettioital frågor vilka behandlade områden runt hälsa och motion och därtill relaterade allmänna värderingar. Vid vissa frågor tilläts flera svarsalternativ för samma fråga vilket bidragit till att summan av procentsatserna i tabellerna nedan inte alltid blir 100 procent. Av de tillfrågade svarade hela 95 procent att de motionerade, medan 34 procent var medlemmar i en motions- eller idrottsförening. (SOU 1997:188, s.13-14).

Svenskarnas motionsvanor delades upp i fyra olika nivåer där den första nivån var ingen eller enklaste form av motion, andra nivån var regelbunden lätt motion, tredje nivån var regelbunden motion som är ansträngande och den fjärde nivån motsvarade mycket motion på fasta tider, träning och/eller tävling. För varje steg från en lägre motionsnivå till en högre motionsnivå ökade de tillfrågades upplevelse av ett bra hälsotillstånd med igenomsnitt elva procentenheter bland män och sex procentenheter bland kvinnor. (SOU 1997:188, s.63-70).

I undersökningens nästa steg delades de tillfrågade upp i de fyra grupperingarna efter motionsnivå, samt i undernivåer efter kön och de två ålderskategorierna 15-29 år och 30-59 år, enligt matriserna nedan. De fick svara på frågan om de hade varit sjukskrivna tre gånger eller fler och/eller varit sjukskrivna mer än 14 dagar de senaste tolv månaderna. Så här såg matriserna ut:

	<b>Motionsnivå</b>			
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Alla <b>män</b> utom dem som av sjukdom eller invaliditet har begränsad möjlighet att utöva motion				
<b>15-29 år.</b>				
Ej sjukskriven enligt (*)	69%	78%	88%	79%
Sjukskriven mer än tre gånger de senaste 12 månaderna.	32%	23%	11%	21%
<b>30-59 år.</b>				
Ej sjukskriven enligt (*)	94%	92%	91%	93%
Sjukskriven mer än tre gånger de senaste 12 månaderna.	6%	8%	8%	7%

*Figur 3.5.1 a*

\* Ej sjukskriven tre gånger och/eller mer än 14 dagar de senaste 12 månaderna.

	<b>Motionsnivå</b>			
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Alla <b>kvinnor</b> utom dem som av sjukdom eller invaliditet har begränsad möjlighet att utöva motion				
<b>15-29 år.</b>				
Ej sjukskriven enligt (*)	81%	85%	73%	77%
Sjukskriven mer än tre gånger de senaste 12 månaderna.	17%	16%	3%	23%
<b>30-59 år.</b>				
Ej sjukskriven enligt (*)	87%	87%	92%	90%
Sjukskriven mer än tre gånger de senaste 12 månaderna.	6%	8%	8%	11%

*Figur 3.5.1 b*

\* Ej sjukskriven tre gånger och/eller mer än 14 dagar de senaste 12 månaderna.

Idrottsutredningen drar av ovanstående data slutsatsen att det finns ett samband mellan motionsnivå och minskad sjukfrånvaro för åldergruppen 15-29 år. Den största skillnaden går att urskilja mellan personer i denna åldersgrupp vars motionsvanor går under nivå ett jämfört med personer vars motionsnivå går under nivå tre. Det föreligger enligt undersökningen ingen positiv effekt för sjukfrånvaron, att gå från motionsnivå tre till motionsnivå fyra, vilket talar för att regelbunden motion som är ansträngande men i lagom mängd, är det optimala ur ett friskvårdsperspektiv. För män i åldersgruppen 30-59 år finns inget tydligt samband mellan motionsnivå och sjukfrånvaro medan det för kvinnor i samma åldersgrupp kan urskiljas ett vagt positivt samband upp till motionsnivå tre. Andelen tillfrågade som borträknades på grund av sjukdom eller invaliditet var hela 21 procent. (SOU 1997:188, s.70-72).

### 3.5.2 Oklarheter i intervjuundersökningen

Enligt undersökningen hävdade hela 95 procent av de tillfrågade att de motionerade och på frågan hur de upplevde sitt fysiska hälsotillstånd svarade bara tio procent att de inte mådde så bra eller rent av dåligt. Nämnvärt är dock att i den siffran vägs resultatet från åldersgruppen över 60 år in, vilken höjer andelen som anser sig ha fysiska besvär markant. Trots detta räknar Temo Direkt bort hela 21 procent, mer än var femte person, av de tillfrågade i statistiken som presenterades i de två matriserna på grund av fysiska besvär som medförde begränsningar i förmågan för motionsutövande. En fråga som vi ställer oss är ifall det verkligen är representativt för svenska folket att var femte person skulle ha så kraftiga fysiska begränsningar att de inte skulle kunna klassificeras under någon av motionsnivågrupperna som använts i undersökningen? En annan oklarhet är varför antalet sjukfrånvarotillfällen och antalet sjukfrånvarodagar blandas ihop i undersökningen och ifall de verkligen visar samma sak? Vore det i så fall inte lämpligare och ange även sjukfrånvaron i en procentsats av total arbetstid? Hur sanningsenligt de tillfrågade har svarat angående sin sjukfrånvaro och framförallt huruvida de har fysiska besvär som omöjliggör regelbunden motion eller om det rent utav är en ursäkt för att de inte orkar motionera är också frågeställningar som vi inte anser har beaktats i tillräcklig utsträckning i Temo Direkts intervjuundersökning.

### 3.6 Utformning av grundhypotes

Då flertalet studier visar på vinningen med hälsoprogram för att minska sjukfrånvaron anser vi att det är motiverbart för företagen att även investera den anspråkslösa summa pengar som krävs för att subventionera de anställdas fysiska aktiviteter som sker utanför arbetstid. Idrottsberedningens rapport uppvisade ju också klara skillnader i upplevd fysisk hälsa för de som motionerade regelbundet avseende båda könen i alla åldersgrupperna, (SOU 1997:188, s.63-70). Vi anser det inte heller sannolikt att 21 procent av de anställda på en genomsnittlig svensk arbetsplats är så begränsade i sitt motionsutövande att de aldrig kan nå upp till en motionsnivå som motsvarar lätt regelbunden motion. Med stöd av den teoretiskt förankrade uppfattningen att regelbunden motion, med fördel utförd i grupp, är gynnsam för människors upplevda fysiska och mentala hälsa, så har vi utformat vår grundhypotes som lyder: *Det finns ett positivt samband mellan företagssubventionerad friskvård och minskad sjukfrånvaro.* För att undersökningen inte skall anses missvisande kommer vi vara tvungna att ta reda på i hur stor utsträckning friskvårdsbidragen utnyttjas på de arbetsplatser där denna förmån erbjuds de anställda. Med hjälp av den siffran kan vi dra slutsatser angående huruvida pengar överhuvudtaget fungerar som motivator för att få de anställda att motionera i större utsträckning, och i därmed i slutändan om subventioneringen verkligen leder fram till minskad sjukfrånvaro och högre produktivitet.

### 3.7 Kapitelsammanfattning

Ett företags lönsamhet mäts i effektivitet, i form av ett räntabilitetsmått i förhållande till dess kapital. För att upprätthålla god effektivitet och därmed också god lönsamhet inom organisationen, krävs att sjukfrånvaron minimeras i största möjliga mån för att minska dess negativa effekter för företaget. Den totala sjukfrånvaron inom alla sektorer har pendlat under årens lopp på grund av ett antal olika faktorer och nivån är idag ungefär 3,5 procent, sammanlagt för både arbetare och tjänstemän. Som referensvärde kan anges att arbetsgivarna i Sverige under år 2003 uppskattas ha utbetalat hela 170 miljarder kronor i form av inkomstersättningar vid sjukfrånvaro. Utöver dessa kostnader så finns också produktionsbortfall och minskad omsättning på grund av sämre effektivitet som är några av resultaten vid sjukfrånvaro. Det finns ett antal dokumenterade samband mellan regelbunden fysisk aktivitet och upplevd fysisk och psykisk hälsa samt motståndskraft mot ett flertal sjukdomar. Det är också dokumenterat att regelbunden fysisk aktivitet generellt leder till minskat BMI. Ett högt BMI anses vara en betydande riskfaktor ur ett hälsoperspektiv. Statens Folkhälsoinstitut rekommenderar regelbunden motion och träning på en lågintensiv nivå dagligen, som exempelvis promenader, medan kompletterande högintensiv träning rekommenderas minst tre gånger i veckan. Tidigare studier har visat på ett begränsat samband mellan motionsvanor och minskad sjukfrånvaro, där sambandet endast på ett tydligt sätt gick att urskilja i åldersgruppen 15-29 år. Vår grundhypotes formulerar vi trots detta som att det finns ett positivt samband mellan företagssubventionerad friskvård och minskad sjukfrånvaro.

#### 4. Urvalsprocessen för studien

---

*Hur kommer det empiriska materialet att tas fram och hur kommer datainsamlingen rent praktiskt gå tillväga, är några av de frågor vi behandlar i urvalsprocessen.*

---

För att vår studie skall anses relevant och för att reliabiliteten och validiteten skall hålla en god nivå, krävs det att hänsyn tas till ett antal kritiska faktorer som uppstår vid genomförandet av studien. Först och främst måste variablerna som vi studerar i största möjliga mån isoleras, så att jämförelserna mellan mätobjekten visar på skillnaderna mellan just de önskade variablerna och inga andra störande, tillfälliga faktorer i för hög grad påverkar utfallet. Sett till den här studien så handlar det om att hitta en större mängd företag, (mätpunkter), med likartad och framför allt, ur studiens perspektiv, likvärdig arbetsmiljö. Eftersom det är så många faktorer som påverkar sjukfrånvaron i ett företag, är det mycket viktigt för studiens relevans att dessa ”störande faktorer” kan anses påverka mätresultatet på ett likartat sätt, för alla företag som inkluderas av studien. En grundförutsättning blir därför att mätpunkterna verkar inom samma bransch, och helst bedriver samma verksamhet på ett likartat sätt. Vi väljer därför att göra ett stratifierat urval för studien. (Andersen 1998, s.122-126).

En grundförutsättning för att en kvantitativ studies reliabilitet inte skall anses allt för ifrågasättbar, är att antalet mätpunkter är tillräcklig. Förutsatt att svarsfrekvensen från studieobjekten är maximalt 50 procent och att vår studie har som målsättning att omfatta ungefär 50 mätpunkter, ger det oss grundkravet att branschen vi studerar måste omfatta minst hundra företag. För att jämförelserna i sjukfrånvaron skall anses generaliserbar för hela landet, krävs dessutom att mätpunkternas geografiska spridning måste vara nationell och inte koncentrerad på något specifikt område. (Ibid).

Utöver ovanstående input för studien, krävs att skillnaden i sjukfrånvaron mellan de olika mätpunkterna är mätbar, och inte allt för marginell då vår studies omfattning är begränsad. För att studien dessutom överhuvudtaget skall vara relevant bör även sjukfrånvaron anses vara ett ansevärt problem, där potentiella kostnadsbesparingar skulle ge en tydlig effekt på verksamhetens lönsamhet. Ett grundkrav har därför vid valet av bransch varit att branschen dras med högre sjukfrånvaro än både genomsnittet för alla branscher i Sverige samt för närliggande branscher. Dessutom krävs i studien viss skillnad mellan de olika mätpunkternas sjukfrånvaro, vilket skapar marginal för senare analys och slutsatser.

Vi väljer att studera dagligvarubranschen av tre anledningar. Först och främst så finns det inom branschen ett mycket stort antal mätpunkter. Dessutom så har branschen en relativt hög sjukfrånvaro, vilket vi tidigare belyst i teorikapitlet, samt att den geografiska spridningen är god och representativ i hela landet. Vi bedömer således att det från branschens sida torde finnas ett stort ekonomiskt intresse i att finna kostnadseffektiva verktyg och lösningar för att minska de kostnader som sjukfrånvaron innebär för verksamheten. Den dagligvarukedja som ligger till grund för urvalet av mätpunkter är ICA-koncernen, där vi fokuserat på de, sett till omsättningen samt antal anställda, största butikerna valts ut. Vi gjorde den huvudsakliga avgränsningen då vi valde bort butiker med mindre än 30 genomsnittligt anställda för räkenskapsåret 2007. Det är i första hand ICA Maxi butiker samt ICA Kvantum butiker som blivit tillfrågade att medverka i studien, men även ett antal ICA Supermarket har valts ut. Totalt sett har knappt 150 stycken butiker blivit tillfrågade om de vill medverka i studien. På grund av det stora antalet mätpunkter och vår begränsade tidsmässiga budget har flertalet av

butikerna blivit tillfrågade via e-mail, medan resterande blivit intervjuade via telefon, dock med samma enkät som intervjuunderlag.

#### **4.1 Kapitelsammanfattning**

Urvalet för vår rapport har skett genom att vissa aspekter tagits hänsyn till, däribland att butiker med mindre än 30 anställda inte berör vår studie. För att studien överhuvudtaget skall kunna genomföras måste minst 30 mätpunkter finnas representerade varför knappt 150 stycken butiker har blivit tillfrågade att medverka. En enkät ligger till grund för datainsamlingen som skickas ut till berörda butiker via e-mail, men vissa butiker kontaktas också via telefon då vår tid har varit begränsad.

## 5. Empiri

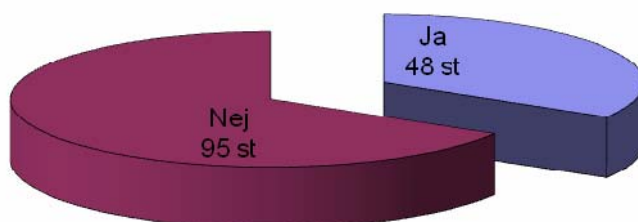
*I detta kapitel redovisas resultaten av vår undersökning i nio avsnitt med betoning på statistiska samband och tydliga figurer för att läsaren skall få en god bild av vårt insamlade material och hur vi har gått tillväga i processen.*

### 5.1 Datainsamling samt svarsfrekvens

Tillvägagångssättet för insamlingen av data har skett enligt de förutsättningar vi presenterade i kapitlet om urvalsprocessen med en enkät som underlag för en mail- och telefonintervju. Insamlingen ägde rum under drygt två veckors tid mellan den 16 april och den 2 maj. Vid det första tillfället skickades vår enkät ut via e-mail, som återfinns i slutet av vår rapport som bilaga ett, där de tillfrågade företagen hade fram till den 27 april att svara på enkäten. Svaren var tyvärr inte tillfredställande utan krävde ytterligare åtgärder från vår sida. Vi valde till en början att skicka ut ett påminnelsemail till de butiker som inte svarat. Efter vårt påminnelsemail mottog vi ytterligare ett mindre antal svar, men resultatet var fortfarande inte tillräckligt. Vi tog beslutet att kontakta de butiker utan mailadress men som hade ett direktnummer. Svarsfrekvensen här var betydligt bättre vilket medförde att svaren kom över den kritiska gränsen på 30 mätpunkter och vår undersökning kunde därmed genomföras.

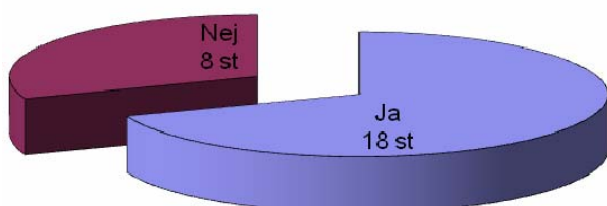
Nedan presenterar vi de statistiska svarsfrekvenserna för vår undersökning från mail- och telefonenkäten. De totalt tillfrågade butikerna uppgick till 143 stycken, varav 48 valde att delta och 95 valde att tacka nej. Merparten av de tillfrågade via e-mail som inte är med i undersökningen, valde att inte svara, medan ett fåtal svarade att tid inte fanns för att delta. De tillfrågade butikerna via telefon var övervägande positiva till vår undersökning och bidrog mer än gärna till vår statistik, ett mindre antal hänvisade även här till tidsbrist. Slutsatsen av vår datainsamling blir således att tiden inte låg till vår fördel och att telefonintervjuer var ett betydligt bättre medium för att uppnå en högre svarsfrekvens än för mailenkäten. Anledningen till att vi inte valde att kontakta de olika butikerna per telefon i inledningsfasen beror enbart på att vår disponerade tid för datainsamling var begränsad.

#### Total svarsfrekvens



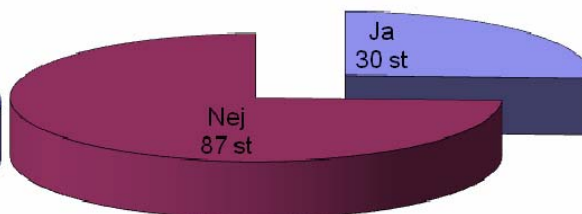
Figur 5.1.1

#### Svarsfrekvens telefonenkät



Figur 5.1.2

#### Svarsfrekvens mailenkät



Figur 5.1.3

Den sammanlagda svarsfrekvensen för mail- och telefonintervjun var 48 butiker. 95 butiker valde att tacka nej, av totalt 143 tillfrågade. I telefonenkäten var deltagandet 18 av totalt 26 tillfrågade butiker där endast åtta butiker valde att tacka nej. Mailenkäten genererade tyvärr ett allt för dåligt resultat där endast en fjärdedel valde att delta. Huvudorsaken kan möjligen vara densamma som för de som tackade nej att tid inte fanns tillgängligt vilket vi inte kan påverka.

## **5.2 Kvantitativa data**

Data vi har valt att presentera är enbart av kvantitativ natur och vi lägger ingen större vikt vid att dra några slutsatser eller lägga några värderingar i detta kapitel utan resultaten redovisas senare i rapporten för att få en högre kontinuitet och hålla isär fakta från värderingar. Datasamlingen för primärdata har, som nämnts i tidigare kapitel, skett genom en mailenkät samt en telefonenkät och sekundärdata är hämtad från bolagens årsredovisningar vilka tillgängliggjorts genom databasen "Bolags info".

### **5.2.1 Medelvärdet**

Av de tillfrågade som valde att delta i vår undersökning subventionerar 75 procent friskvård medan 25 procent avstår. De butiker som subventionerar friskvård har en genomsnittlig sjukfrånvaro på 3,9 procent medan de som inte subventionerar friskvård har en genomsnittlig sjukfrånvaro på 4,8 procent. Det skiljer 0,9 procentenheter mellan de två kategorierna, till fördel för de butiker som subventionerar friskvård. Den procentuella skillnaden mellan 4,8 procent och 3,9 procent, om vi inte ser till antalet procentenheter utan den faktiska skillnaden, är att sjukfrånvaron är cirka 23 procent högre för butiker utan friskvårdssubventionering

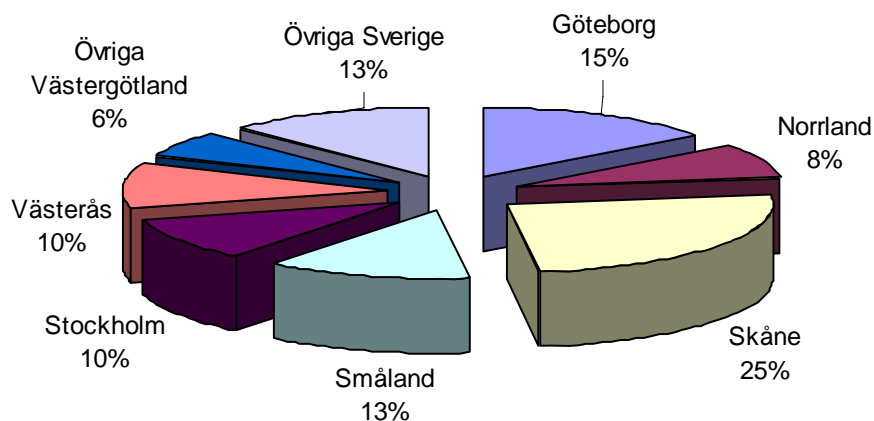
### **5.2.2 Median**

Medianvärdet påvisar en avsevärt mindre avvikelse mellan de butiker som inte subventionerar friskvård och de som subventionerar friskvård. Butiker utan subventionering har en sjukfrånvaromedian på 4,1 procent medan butiker med subventionering visar en sjukfrånvaromedian på 4,0 procent. Skillnaden är i detta sammanhang förhållandevis obetydlig då 4,1 procent är marginellt större än 4,0 procent. Att poängtera är att medianvärdet kan ses missvisande då 75 procent av mätpunkterna har svarat ja på enkäten.

### **5.2.3 Nationell spridning**

Undersökningen är inte avgränsad till ett specifikt område i landet utan berör i stort sett hela Sverige. Vi har valt att redovisa spridningen av de ICA – butikerna som har valt att delta i vår undersökning. För att överskådligheten inte ska gå förlorad har vi kategoriserat ursprunget för butikerna under åtta stycken områden enligt figur 5.2.1. Butikerna är någorlunda jämnt fördelade över områdena med en övervikt för Skåne som representerar en fjärdedel av resultaten.

### Fördelning av butiker



Figur 5.2.1

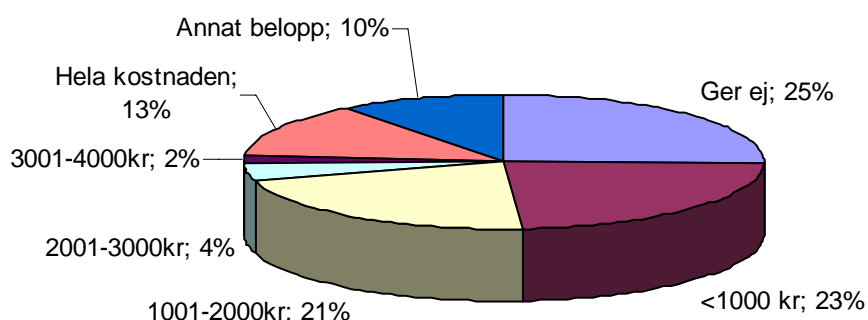
### 5.3 Klassificering av svar

Trots att vi utformat en enkät, i syfte att kategorisera alla företag, har vi under datainsamlandet varit tvungna att göra vissa avvägningar då svaren inte i alla fallen varit direkt översättbara till våra förutbestämda kategorier. Det mest påtagliga exemplet på detta är vad som skall klassificeras som en friskvårdssubventionering eller inte. Vi har valt att göra avgränsningen till ett monetärt bidrag till de anställda där den utbetalda summan brukas av de anställda för att reducera träningskostnaden som erfordras för att erhålla tillgång till träningsanläggning som är geografiskt avskild från arbetsplatsen. Andra svar som behövde sammanfattas och standardiseras var svaren på fråga sex, som behandlar huruvida det finns någon kravbild från arbetsgivarens sida för att den anställde skall få erhålla subventioneringen. Den vanligaste svarsvarianten var här ett anställningskrav uttryckt i anställningsform, så som fastanställning, deltid eller ett visst angivet minimalt antal arbetande timmar per vecka. Eftersom vi inte hade som krav att alla svar måste anges för att enkäten skulle vara av intresse för oss, har inte alla företag fyllt i alla svarsalternativ. I samtliga utförda analyser kommer därför bara mätpunkter med angett svar behandlas, förutsatt att svarsalternativet är relevant för analysen. Exempelvis så ingår inte mätpunkt ICA 16 i beräkningarna för sjukfrånvaron för de olika subventioneringsnivåerna, men däremot i den allmänna beräkningen av den genomsnittliga sjukfrånvaron för de företag som överhuvudtaget subventionerar friskvård, i enlighet med vår definition enligt ovan.

### 5.4 Fördelningen av utgivna friskvårdsbidrag

Figur 5.4.1 visar hur fördelningen av friskvårdsbidrag ser ut för de 48 stycken svarande ICA-butikerna som valt att medverka i studien. Noterbart är att endast 25 procent av de tillfrågade hävdar att de inte ger något friskvårdsbidrag alls, enligt vår tidigare nämnda definition.

#### Fördelningen av utgivna friskvårdsbidrag

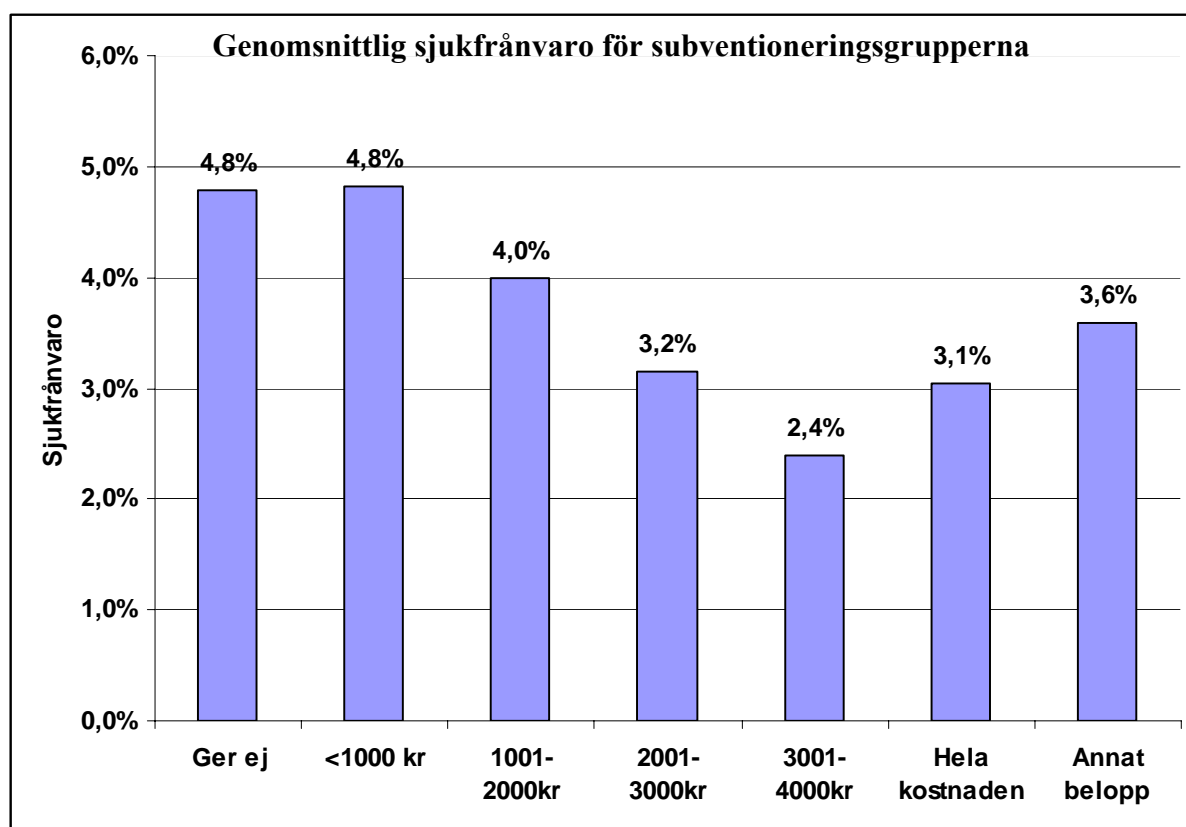


Figur 5.4.1

Vidare kan konstateras att de vanligaste alternativen för friskvårdsbidragen är subventioneringar under 2000 kronor vilka står för 44 procent av mätpunkterna, samt att hela eller halva friskvårdskostnaden subventioneras av företaget, (23 procent). Under kategorin annat belopp som motsvarar tio procentenheter i diagrammet, återfinnes uteslutande svarsalternativet, subventionering av halva friskvårdskostnaden. Av alla mätpunkterna var det endast en som angav det maximala beloppet 5000 till 6000 kronor under svarsalternativet för annat belopp, vilket vi bedömer torde motsvara åtminstone en representativ helårskostnad för den generella motionären. Vi valde därför att flytta den svarpunkten till kategorin för subventionering av hela friskvårdsbidraget, varefter kategorin för annat belopp endast omfattar de företag som valt att subventionera halva friskvårdskostnaden.

## 5.5 Sjukfrånvaron i relation till friskvårdsbidraget

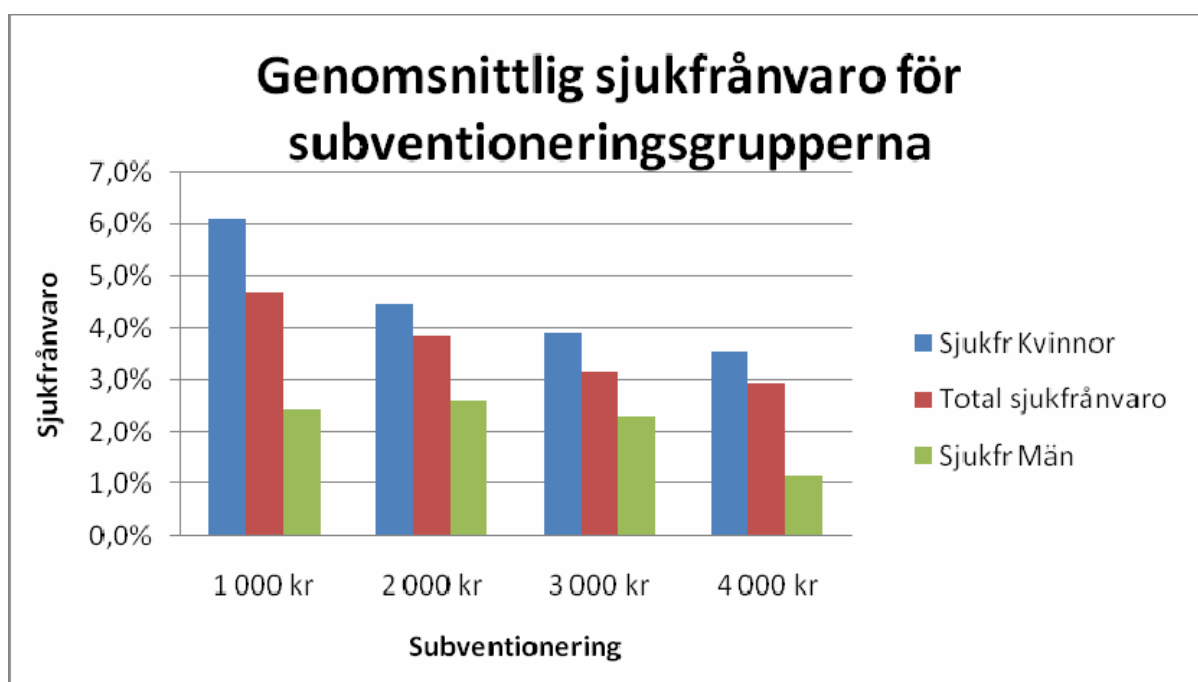
Den, ur vårt perspektiv, viktigaste statistiken utgörs ofrånkomligt av de data som visar på hur sjukfrånvaron beror på friskvårdssubventioneringen, eller inte. Figur 5.5.1 visualiserar sambandet, där de olika företagen har kategoriserats efter grad av friskvårdssubventionering och där staplarnas värde motsvarar varje företagskategoris genomsnittliga sjukfrånvaro. Anmärkningsvärt här är att en friskvårdssubventionering på maximalt 1000 kronor enligt vår studie ger samma effekt på sjukfrånvaron som att inte ge någon subventionering överhuvudtaget. Värt att kommentera är att kategorin för subventionering mellan 3000 kronor och 4000 kronor endast innehåller ett enda företag, och kategorin för subventionering mellan 2000 kronor och 3000 kronor endast innehåller två företag, varför staplarna för dessa kategorier i figuren bör tas med en stor nypa salt, och inte fästas för stor vikt vid. För övriga kategorier finns dock, enligt vår mening, en tillräcklig mängd mätpunkter för att resultaten kan anses vara representativa och ge en rättvisande bild. [www.Retriever.se](http://www.Retriever.se) (2009-04-16)



Figur 5.5.1

## 5.6 Sjukfrånvaro män och kvinnor

Den genomsnittliga sjukfrånvaron för män och kvinnor i för de olika subventioneringsgrupperna åskådliggörs i figur 5.6.1. De butiker som inte subventionerar friskvård är således inte representerade i figuren. Syftet till att vi visar denna sammanställning är för att ge perspektiv på hur mäns- och kvinnors sjukfrånvaro minskar med ökad friskvårdssubventionering. Vi kan tydligt se att sjukfrånvaron för både män och kvinnor minskar ju högre subventioneringsbeloppet är, med undantaget för kategorin vid subventionering på 2000 kronor. Kategorin med subventionering på 3000 kronor omfattar endast två stycken mätpunkter och kan ses missvisande, men trenden pekar ändå på att sjukfrånvaron minskar för båda könen när subventioneringsbeloppet ökar.



Figur 5.6.1

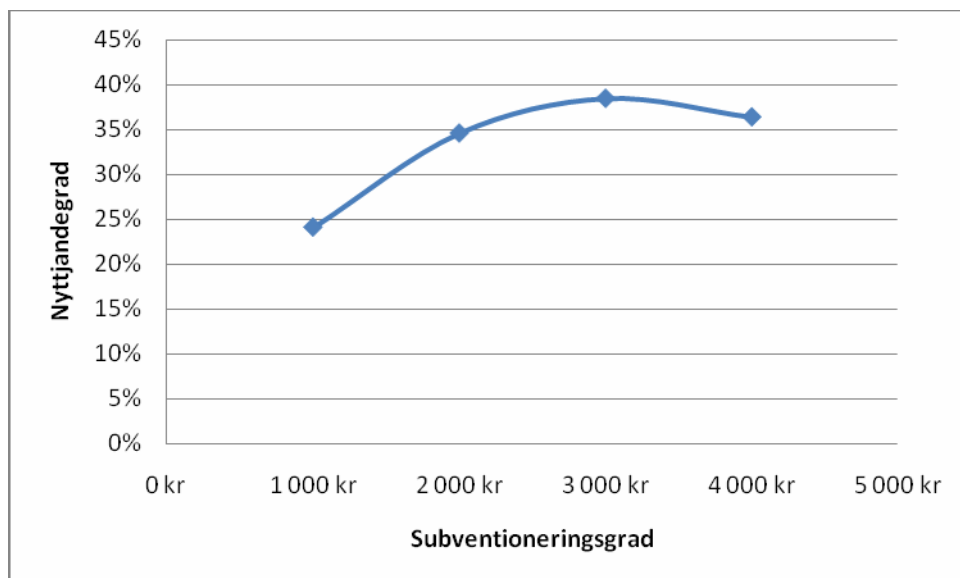
## 5.7 Personalens utnyttjande av friskvårdssubventioneringen

Variationen på de anställdas nyttjandegrad av friskvårdsbidraget är mycket stor, då intervallet sträcker sig från fem till 95 procent. Den genomsnittliga nyttjandegraden uppgår till 32 procent, alltså var tredje anställd utnyttjar bidraget, sett till 45 butiker. Anledningen till att vi utesluter tre butiker i beräkningen beror på att de inte har uppgifter om i vilken utsträckning subventioneringen utnyttjas vilket gör att de inte kan placeras i en nyttjandekategori.

Figur 5.7.1 visar att när subventioneringen är max 1000 kronor, är medelvärdet för utnyttjandegraden 25 procent. Vid subventionering på max 2000 kronor stiger utnyttjandegraden tio procentenheter för att vid maxnyttjandet på knappt 40 procent och en subventionering på max 3000 kronor sedermera avta till drygt 36 procent vid subventionering på 4000 kronor. Att tillägga är att en mätpunkt vid subventioneringsnivån på 4000 kronor visar endast fem procent i utnyttjandegrad vars orsak vi inte kan förklara. Exkluderar vi denna avvikelse från uträkningen blir medelvärdet för nyttjandegraden, då subventioneringen är 4000 kronor, drygt 40 procent. Ett försiktigt samband vi kan se utifrån den beskrivna

informationen påvisar att personalen tenderar att utnyttja subventioneringen till en högre grad då summan för subventioneringen är högre.

### Nyttjandegrad i förhållande till storlek på subventionering



Figur 5.7.1

### 5.8 Butikernas införande av friskvårdssubventionen

Införandet av friskvårdssubventioneringen för butikerna har skett mellan åren 1995 och 2009. 14 butiker valde att införa bidraget mellan år 2004 till år 2006 vilka utgör de vanligaste åren för införande av subventionering. Ser vi till hur många som utnyttjar bidraget i relation med införandet, har det ingen betydelse om butiken införde bidraget före eller efter år 2000 då utnyttjandegraden är cirka en tredjedel av de anställda i båda fallen. Vi har valt att lyfta ut två butiker då de hävdar att de har subventionerat friskvård sedan butiken startades.

### 5.9 Krav för nyttjaderätt

Friskvårdssubventioneringen är en förmån för de anställda, som tyvärr inte är gällande för hela personalstyrkan sett till alla de tillfrågade ICA-butikerna. Den vanligaste kravbilden för att få utnyttja bidraget är att personen i fråga ska vara fast anställd, utan kravet att behöva arbeta 100 procent. Förbehållet är ofta att de anställda ska ha en arbetsvecka på mellan 10-20 timmar per vecka, betala en viss procentsats själva av exempelvis ett gymkort, att träningsutövningen uppgår till ett visst antal pass per vecka eller månad och så vidare. Överlag kan inte sommarvikarier utnyttja bidraget, men ett par butiker erbjuder reduktion på gymkort för dem.

## 5.10 Kapitelsammanfattning

Den empiriska datainsamlingen har skett genom en mail- och telefonenkät samt genom granskning av befintliga årsredovisningar. Svarefrekvensen var dock begränsad. Av 143 tillfrågade butiker valde 48 stycken av dem att medverka i studien. De företag som svarat har sedan grupperats i olika kategorier beroende på grad av friskvårdssubventionering. Av butikerna som medverkar i studien ger 75 procent friskvårdsbidrag medan 25 procent avstår. För de butiker som ger friskvårdsbidrag är den genomsnittliga sjukfrånvaron 3,9 procent, vilket är 0,9 procentenheter lägre än för de butiker som valt att inte ge friskvårdsbidrag, vars motsvarande siffra uppgick till 4,8 procent. Butiker som bara ger upp till 1000 kronor i friskvårdsbidrag uppvisar samma sjukfrånvaro, (4,8 procent), som butiker som avstår att ge friskvårdsbidrag. De butiker som väljer att ge mer än 2000 kronor eller minst halva friskvårdskostnaden i bidrag till de anställda uppvisar en betydligt lägre sjukfrånvaro än resterande butiker. Det finns, avslutningsvis, inget uppenbart samband mellan den genomsnittliga andelen anställda kvinnor i en butik och den totala sjukfrånvaron för butiken.

## 6. Analys

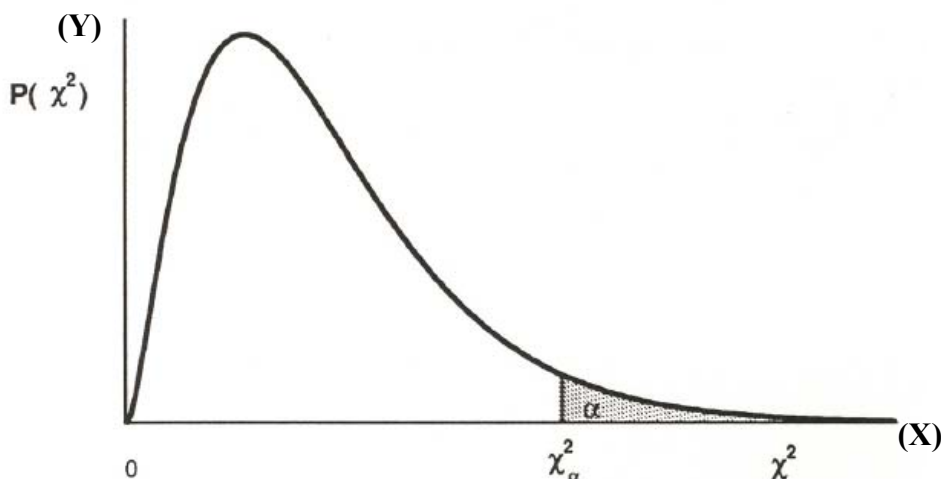
I kapitlet kommer vi att analysera de resultat från de mätningar vi genomfört och sedermera ställa de mot den teori vi beskrev i kapitel tre. Tyngden kommer att ligga på att redogöra för statistiska samband främst genom Chi-square fördelning men också korrelationen för sjukfrånvaron.

### 6.1 Chi-square fördelningen

I vår inledande frågeformulering ställde vi oss den övergripande frågan om det finns ett samband mellan friskvårdssubventionering och minskad sjukfrånvaro. Efter den teoretiska genomgången av det sannolika sambandet mellan motion och hälsa utformade vi sedan vår grundhypotes: "Det finns ett positivt samband mellan företagssubventionerad friskvård och minskad sjukfrånvaro". För att hypotesen inte skall förkastas krävs att den är empiriskt grundad, det vill säga att det krävs att hypotesen testas empiriskt med en vetenskaplig metod. Det finns olika statistiska metoder för att pröva en hypotes, och en av de vanligaste är att insamlad data omvandlas till en fördelning varefter fördelningens signifikansnivå bestäms. Signifikansnivån anger med vilken sannolikhet som ett slumpmässigt värde i fördelningen finns inom uppsatta gränsvärden.

Efter samspråk med Bengt Nättorp, (Universitetslektor på Högskolan i Borås, verksam bland annat inom ämnet statistik), kom vi fram till att vår datamängd motsvarar en Chi-square fördelning. En sådan fördelning ser ut som figur 6.1.1.

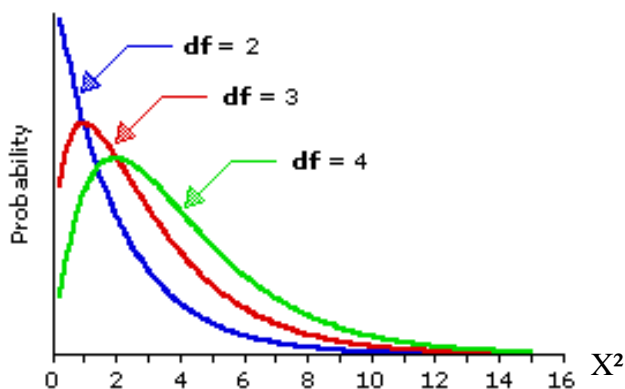
#### Chi-square fördelningen



Figur 6.1.1 <http://uregina.ca/~gingrich/appchi.pdf> (2009-05-19)

I en Chi-square fördelning återfinns mätpunkterna under grafen, enligt figur 6.1.1. På y-axeln anges sannolikheten för mätvärdet, i vårt fall för sjukfrånvaron, medan x-axeln anger det uträknade Chi-square värdet, vilket vi snart skall titta närmare på. Principen för en Chi-square fördelning är att ju högre uträknat Chi-square värdet är, desto mindre blir arean "α" i figuren, vilket innebär att sannolikheten för ett befintligt samband mellan testvariablerna ökar. Chi-square värdet räknas ut efter en viss metod, och dess sannolikhetsvärde hämtas ur ett tabellverk som baseras på fördelningen. (D.Aczel & Sounderpandian 2006, s.688-696).

## Chi-square fördelningen vid olika frihetsgrader



Figur 6.1.2 <http://faculty.vassar.edu/lowry/ch8pt1.html> (2009-05-19)

En Chi-square fördelning antar olika utseenden beroende på antalet frihetsgrader. Vilket antal frihetsgrader som används beror i sin tur på hur data kategoriseras i olika grupper, vilket kommer att beskrivas under kapitel 6.2. Rent generellt kan sägas att desto fler kategorier för den underliggande data, desto fler frihetsgrader. Figur 6.1.2 ovan, återspeglar hur Chi-square fördelningen antar olika utseende beroende på antalet frihetsgrader. I figuren benämns frihetsgrader med den engelska termen, degrees of freedom (df), och exemplet visualiserar fördelningen vid två, tre och fyra frihetsgrader. (Ibid).

## 6.2 Hypotesprövning

Vid hypotes-tester utförda med hjälp av Chi-square metoden, sätts nollhypotesen till att det inte finns något samband mellan variablerna i fördelningen, eller uttryckt med andra ord att punkterna i datamängden är oberoende av varandra. I motsats till nollhypotesen sätts hypotes ett, att det finns ett beroende mellan punkterna i datamängden. Beroende på med vilken säkerhet som oberoendet mellan punkterna skall fastslås, sätts en signifikansnivå, normalt till cirka tio procent. Det här innebär att för att datamängden skall anses oberoende krävs 90 procents sannolikhet att så också är fallet. Beräkningen av sannolikheten visas till fullo under bilaga tre, men sammanfattas i de två figurena nedan. (Ibid).

### Verkliga värden

Sjukfrånvaro	Subventionering					
	0 kr	1 000 kr	2 000 kr	4 000 kr		
> 5,5%	3	4	3	0	10	20,8%
3,9% - 5,5%	6	4	4	4	18	37,5%
< 3,9%	3	4	8	5	20	41,7%
	12	12	15	9	48	
	25,0%	25,0%	31,3%	18,8%		

Figur 6.2.1

### Väntevärden

Sjukfrånvaro	Subventionering			
	0 kr	1 000 kr	2 000 kr	4 000 kr
> 5,5%	2,50	2,50	3,13	1,88
3,9% - 5,5%	4,50	4,50	5,63	3,38
< 3,9%	5,00	5,00	6,25	3,75

Figur 6.2.2

Som synes i figurerna ovan så har subventioneringsgrupp 3000 kronor och 4000 kronor slagits ihop och bildat den gemensamma subventioneringsgruppen max 4000 kronor per år. Antalet frihetsgrader sätts här till sex stycken, vilket beräknas genom att antalet rader minus ett multipliceras med antalet kolumner minus ett. I figur 6.2.1 har varje utfall registrerats, och antalet punkter har summerats horisontellt samt vertikalt enligt figuren. I det nedre högra hörnet finner vi talet 48, vilket är summan av både de vertikala och horisontella delsummorna. Procentsatserna anger hur stor del av de totala mätpunkterna som registrerats för varje rad och kolumn. I figur 6.2.2 har sedan väntevärdena för varje ruta angetts i diagrammet. För att sedan få fram Chi-square värdet för fördelningen görs följande beräkning: (Se bilaga tre för fullständiga beräkningar). (D.Aczel & Sounderpandian 2006, s.688-696).

$$\text{Chi-square} = \sum ((xv-xr)^2 / xv)$$

I ekvationen benämns väntevärdet för varje ruta i figur 6.2.2 med xv medan det reala värdet för samma ruta i figur 6.2.1 benämns xr. Således fås Chi-square värdet genom att skillnaden mellan väntevärde och reallt värde kvadreras, för varje cell i diagrammet, och divideras sedan med respektive väntevärde, varefter alla delsummer summeras och bildar ett tal. Vår fördelning gav talet 5,9 vilket ger procentsatsen 44 procent enligt tabell efter interpolering. Det betyder att det med 44 procents säkerhet inte föreligger något samband mellan variablerna i vår fördelning. För att nollhypotesen inte skall förkastas krävs att det med 90 procents sannolikhet inte föreligger något samband mellan variablerna i fördelningen, vilket alltså innebär att nollhypotesen definitivt kan förkastas, då sannolikheten endast uppgick till 44 procent. Vänder vi på resonemanget kan vi fastställa att det **med nästan 60 procents sannolikhet finns ett samband mellan variablerna, vilket är att betrakta som ett svagt samband.**

Som tidigare nämnts i teoridelen så finns det ett flertal parametrar som påverkar sjukfrånvaron på ett företag. Det medför en stor svårighet i att isolera mätningen av endast en av parametrarna, i vårt fall friskvårdsbidraget. Precis som vi väntat oss är spridningen i sjukfrånvaron inom de olika subventioneringsgrupperna relativt hög vilket får ett mycket negativt utslag i Chi-square testet. En av slutsatserna som går att dra efter det genomförda testet är att det inte på ett övertygande sätt går att statistiskt motbevisa vår grundhypotes. Vi finner på andra sidan bara ett relativt svagt stöd för vårt påstående att friskvårdsbidrag sänker sjukfrånvaron, varför det sannolikt skulle vara av värde att inkludera fler parametrar i beräkningsmodellen. Ett svagt samband var att vänta, och ett svagt samband visade sig också i Chi-square testet, men det finns fler sätt att mäta samband mellan parametrar i en data mängd, och en metod, som i vårt fall kanske ter sig mer passande är att beräkna korrelationen.

### 6.3 Korrelation

För att studera sambandet mellan sjukfrånvaron och grad av friskvårdssubventionering, är beräkning av korrelationen mellan variablerna en lämplig metod. Korrelationen är en matematisk term som betyder hur väl en samling data följer ett linjärt samband. Korrelationsvariabeln kan variera i värde inom intervallet mellan -1 till 1. Om korrelationen är -1 finns ett mycket starkt negativt samband och om korrelationen är 1 finns ett mycket starkt positivt samband. Vid en korrelation på 0 anses inget linjärt samband i datasamlingen förekomma. (D.Aczel & Sounderpandian 2006, s.448-452).

Korrelationskoefficienten, (r), mellan variablerna i en datasamling beräknas med formeln:

$$r = \frac{\sum (x - M_x) * (y - M_y)}{\sqrt{(\sum (x - M_x)^2 * \sum (y - M_y)^2)}}$$

**r = Korrelationskoefficienten**

**x = Subventioneringsnivå, 0 kr, 1000 kr, 2000 kronor etc.**

**y = Sjukfrånvaro**

**M<sub>x</sub> = Medeltalet för subventioneringsgraden**

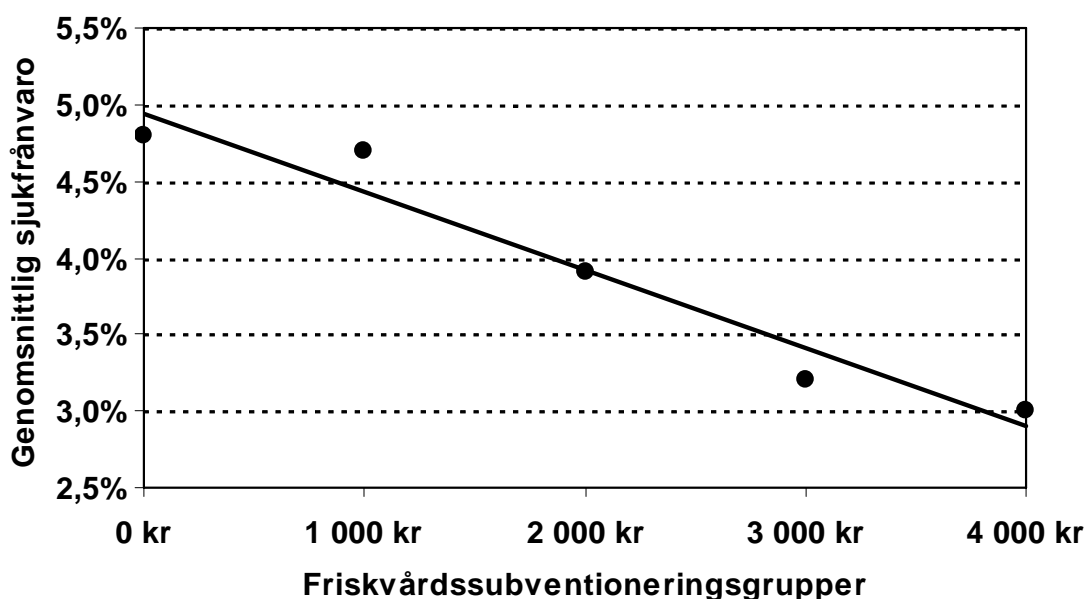
**M<sub>y</sub> = Medeltalet för sjukfrånvaron**

*<http://www.adm.hb.se/~bn/statistik/tentaformler.doc> (2009-05-19)*

Vi har under empirikapitlet presenterat resultatet, i form av genomsnittlig sjukfrånvaro för de olika subventioneringsgrupperna. När korrelationen mellan grad av subventionering och sjukfrånvaro skall beräknas uppstår dock ett mindre problem. Vi måste göra en uppskattning av hur mycket subventioneringen av halva friskvårdskostnaden samt subventioneringen av hela friskvårdskostnaden motsvarar i monetära termer, i form av ett maximalt årligt utbetalningsbelopp. Detta för att dessa två subventioneringsgrupper måste hamna på rätt plats, och representera rätt subventioneringsgrad, så att inte korrelationen blir missvisande eller direkt felaktig. Vi resonerar därför som att ett helårskort på en motionsanläggning i genomsnitt i landet kostar mellan 3000 kronor och 5000 kronor varför vi väljer att sätta värdegränsen till maximalt 4000 kronor. Därav följer att värdet för en subventionering av halva årskostnaden torde motsvara maximalt 2000 kronor per år och anställd. Givetvis kan möjligheten finnas att vissa anställda brukar bidraget för träning på mer än en anläggning, vilket skulle innebära en högre subventioneringsnivå än enligt vårt resonemang, men det anser vi väga upp sannolikheten att vissa anställda brukar motionsformer som inte är lika kostsamma.

I bilaga fyra och bilaga fem visas beräkningsunderlaget för de två olika beräkningarna av korrelationen mellan friskvårdssubventioneringen och sjukfrånvaron. Sett till hela testgruppen så beräknas korrelationen till -0,3, vilket innebär ett svagt negativt samband mellan hög sjukfrånvaro och hög friskvårdssubventionering. Vänder vi på det så innebär resultatet alltså att det existerar ett svagt positivt samband mellan hög friskvårdssubventionering och låg sjukfrånvaro. Anledningen till att korrelationen inte är mer övertygande beror till mycket stor del på den stora spridningen i sjukfrånvaron för de olika subventioneringsgrupperna. Vi menar att detta sannolikt beror på det stora antal faktorer som kan påverka en butiks sjukfrånvaro. Eftersom friskvårdsbidraget enligt vår mening bara är en av de påverkande faktorerna är ett relativt svagt samband att vänta. Dock torde sambandet visa sig starkare och tydligare för medelvärdena för de olika subventioneringsgrupperna, där de övriga påverkande faktorerna kan anses i större grad jämna ut sig mot varandra. Korrelationen för den genomsnittliga sjukfrånvaron för de olika subventioneringsgrupperna, uppgick till -0,97. Det innebär att det föreligger ett mycket starkt samband mellan grad av subventionering och motsvarande grupperns genomsnittliga sjukfrånvaro! Figur 6.3.1 nedan visar sambandet mellan subventioneringsgruppernas genomsnittliga sjukfrånvaro.

### Korrelationen för den genomsnittliga sjukfrånvaron för de olika subventioneringsgrupperna



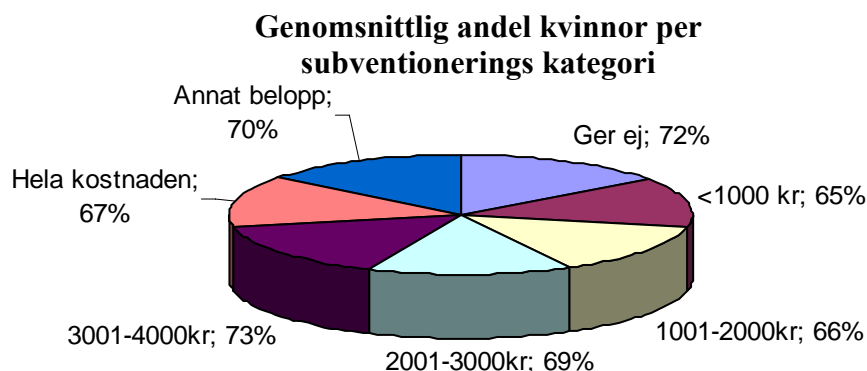
Figur 6.3.1

Under bilaga fyra och fem återfinnes beräkningsunderlaget för korrelationsberäkningarna som utförts enligt ekvationen som presenterades tidigare under kapitel 6.3. Vi kan efter Chi-square testet och beräkningarna av korrelationen, med begränsad säkerhet fastställa att det föreligger ett svagt samband mellan subventioneringsgrad och sjukfrånvaro, sett till de företag som medverkat i studien, medan det med stor sannolikhet föreligger ett starkt samband mellan de olika subventioneringsgrupperna och dess genomsnittliga sjukfrånvaro.

#### 6.4 Fördelningen av kvinnor och dess påverkan på sjukfrånvaron

Då det är allmänt vedertaget att sjukfrånvaron generellt är högre för kvinnor än för män, anser vi det relevant att redogöra för den genomsnittliga andelen kvinnor på företagen som utgör de olika kategorierna för friskvårdssubventioneringen. Då den genomsnittliga sjukfrånvaron, (avseende de företag som medverkat i studien), för männen uppgick till 2,4 procent och motsvarande siffra för kvinnorna var 4,9 procent, finns anledning att resonera kring könsfördelningens påverkan på sjukfrånvaron för våra presenterade kategorier. [www.Retriever.se](http://www.Retriever.se) (2009-04-16)

I figur 6.4.1 redogörs för den genomsnittliga andelen kvinnor i de olika kategorierna. För kategorin 3000 kronor till 4000 kronor subventionering är andelen kvinnor högst, 73 procent, medan sjukfrånvaron för denna kategori samtidigt är lägst. Vi vill återigen påpeka att det endast är ett företag som utgör denna kategori. Av större vikt är andelen kvinnor för de företag som väljer att inte ge någon friskvårdssubventionering, 72 procent, som också har delat högst sjukfrånvaro med subventioneringsgruppen under 1000 kronor. Sistnämnda grupp har dock lägst andel kvinnor, (65 procent), vilket tydligt visar på att det inte finns något uppenbart samband mellan andelen kvinnor och sjukfrånvaron på arbetsplatsen.



*Figur 6.4.1*

Tvärtom kan ett mycket svagt positivt samband skönjas mellan andelen kvinnor, för de grupper som subventionerar friskvård i större utsträckning, och en totalt sett lägre genomsnittlig sjukfrånvaro. Vi väljer dock att lämna det här perspektivet då eventuella samband mellan andelen kvinnor på arbetsplatserna och dess eventuella påverkan på sjukfrånvaron är motsägelsefulla och synnerligen svåra att urskilja statistiskt enligt vår studie.

## 6.5 Påverkande faktorer på olika träningsval

Inom träning och motion pågår det ständigt en debatt om vilken träningsform som är den mest lämpliga rent hälsomässigt. Ser vi till vår studie, som inriktar sig mot dagligvaruhandeln med avgränsning mot ICA-koncernen, kan en viss målgrupp skönjas. Butikspersonal arbetar i en arbetsmiljö där tunga lyft är vardag, exempelvis vid påfyllning av varor ute i butik på olika höjder, lastning på lager, med mera. Arbetet underlättas av en vältränad överkropp och en stark rygg. Vi menar därför att träning med koncentration mot gym lämpar sig bättre i butiksmiljö för att förebygga skador och underlätta det dagliga arbetet.

Vad som påverkar vilken träningsform man väljer är också en intressefråga eftersom en butik med till exempel 30 anställda där tio är män och 20 är kvinnor så kommer männen sannolikt att söka sig mer till gym medan kvinnor sannolikt söker sig till annan gruppträning, för att göra ett rimligt antagande. Då vi kom fram till att butikspersonal lämpligen ska koncentrera sig på träning i gym kan gemensamma träningspass anordnas för att tjäna som en motivator. Många kan också känna sig främmande i ett gym samtidigt som de inte vet hur träningen ska gå till för att ge bäst effekt. Ett bra alternativ kan vara att sysselsätta en eller flera i personalstyrkan som är mer vana vid den sortens träning, att agera som instruktör. Det viktiga är att personalen blir aktiverad och att träningen helst blir en rutin. Har man väl satt bollen i rullning får förhoppningsvis fler upp ögonen och inser att träna är roligt.

## 6.6 Samband mellan subventionering och nyttjandegrad – pengar som motivator

Enligt redovisad statistik från empirikapitlet tenderade personalstyrkan i butikerna från vår undersökning att utnyttja bidraget i högre grad om bidraget var ett större belopp, mellan 3000 kronor till 4000 kronor. Vi hävdar således att det finns ett samband mellan subventioneringsstorlek och nyttjandegrad vilket har bidragit till positiva effekter på sjukfrånvaron. Vi har också beskrivit att subventionering med ett belopp på mellan 3000 kronor och 4000 kronor har störst effekt för att minska sjukfrånvaron eftersom denna subventioneringskategori har genererat lägst sjukfrånvaro. Denna kostnad är relativt liten i större sammanhang, men kan ses som svårmotiverad på kortare sikt. Problemet är att ekonomiska problem ofta löses på just kortare sikt till fördel för investeringar på längre sikt som kan bidra med en framtida lönsamhet.

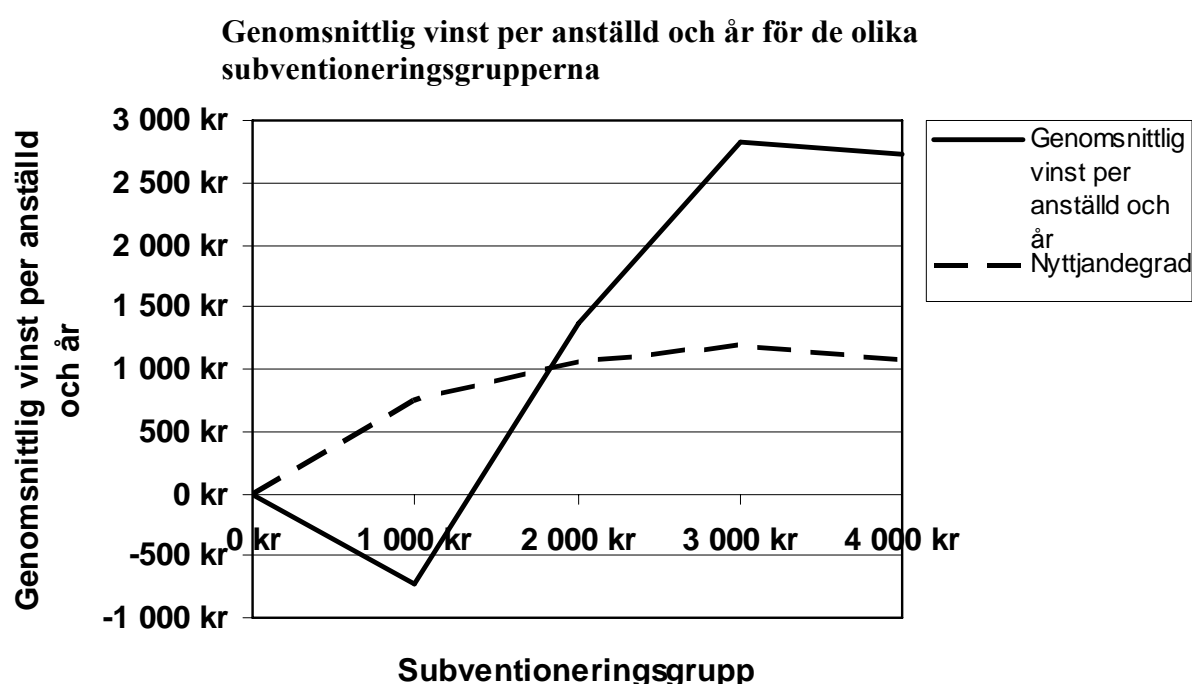
Kostnaden för ett träningskort varierar kraftigt beroende på exklusivitet, vilken träningsform man vill utöva och hur ofta utövningen sker. För att förenkla kan vi redogöra för exempelvis Friskis och Svettis allkort som kostar 2900 kronor plus en medlemskostnad på 100 kronor, enligt uppgift, för ett maxikort med löptid på ett år. Maxikortet innebär att man får utnyttja alla Friskis och Svettis olika pass, gym och spincykling. Priserna varierar med ett par hundralappar nationellt, men cirka 3000 kronor är normalt. Anledningen till att vi använder Friskis och Svettis som exempel är att de finns över hela Sverige och marknadsför sig för att passa allas träningsvanor. Får personalen på butikerna utnyttja ett maxikort kan de själva välja vilken träningsform som passar de bäst utan att behöva känna sig låsta då vissa föredrar gym och andra pass eller kondition [www.friskissvettis.se](http://www.friskissvettis.se) (2009-05-11).

De butiker som subventionerar för minimibeloppet, upp till 1000 kronor, har inte en lägre sjukfrånvaro än snittet utan ligger på en ungefärlig lika nivå med de butiker som inte subventionerar alls. Ett rimligt antagande är att denna summa inte är tillräcklig för att motivera personalen att börja träna då många inte är beredda att betala 3000 kronor som ett träningskort kan kosta, vilket inte är det dyraste. Uppgår subventioneringssumman till ett högre belopp kan personalen få känslan att, om bidraget inte utnyttjas, är det ett slöseri och de börjar träna på så vis. Många får förhoppningsvis känslan av att företaget investerar humankapitalet i företaget genom en friskvårdssubventionering. Vad säger att personalstyrkan inte behöver underhållas för att fungera i enlighet med den kravbild som finns? Detta synsätt borde vara naturligt, för att en frisk personalstyrka har inte bara färre sjukdagar, utan de kan också prestera bättre på arbetsplatsen om de är vid god hälsa.

En aspekt med intresse att belysa är hur nyttjandegraden förhåller sig till sjukfrånvaron vilket kan beräknas enligt följande: de butiker som uppvisar en nyttjandegrad av friskvårdssubventionering på under 30 procent, har en genomsnittlig sjukfrånvaro på cirka 4,4 procent, medan de butiker som har en nyttjandegrad av friskvårdssubventionering på över 30 procent istället har en genomsnittlig sjukfrånvaro som är 3,7 procent. Sammanfattningsvis kan denna beräkning visa att butiker med personal som har högre nyttjandegrad av friskvårdssubventionering har lägre genomsnittlig sjukfrånvaro än de butiker med personal som inte utnyttjar friskvårdssubventioneringen i samma grad.

## 6.7 Friskvårdssubventioneringens lönsamhet

För att friskvårdssubventioneringens ekonomiska effekter skall kunna mätas krävs att vi först gör en grundläggande schablonberäkning av vad varje anställd kostar företaget varje år, och därav hur mycket en procents sjukfrånvaro motsvarar i monetära termer. Vi utgår här från ett antal ifrågasättbara förutsättningar. Dels räknar vi inte med andelen karensdagar, och vi bortser också från långtidssjukfrånvaro, som inte åligger de enskilda företagen att betala. Dessa förutsättningar kan anses ge en synnerligen missvisande kostnadsberäkning, men vi menar att det vägs upp av alla övriga merkostnader, exempelvis i minskad produktivitet, som sjukfrånvaron medför. Vidare så antar vi i beräkningen att den genomsnittlige anställda har en månadslön på 20 000 kronor och att de sociala avgifterna uppgår till 30 procent. Vi har även tagit hänsyn till det faktum att friskvårdsbidraget är skattemässigt avdragsgillt, varför vi har medräknat en reducering av friskvårdskostnaden med 28 procent. (Fullständigt beräkningsunderlag återfinnes i bilaga 6).



Figur 6.7.1

Som synes i figur 6.7.1 är det enligt studien direkt olönsamt att subventionera maximalt endast 1000 kronor per år vilket leder till en genomsnittlig förlust på 720 kronor per bidragstagande anställd och år, medräknat skattereduktionen. Noterbart är att lönsamheten ”toppar ur” på **bidragsnivån 3000 kronor per anställd och år, då vinsten per anställd och år uppgår till 2832 kr, efter skattereduktion**. Värt att poängtera är att beräkningarna baseras på att alla anställda utnyttjar hela friskvårdsbidraget och att detta inte leder till en ytterligare minskad sjukfrånvaro och därmed ökad vinst per anställd. I verkligheten utnyttjar en betydligt lägre andel av personalen friskvårdsbidraget, vilket redogjordes för i avsnitt 5.6. Vi har därför valt att lägga in de anställdas nyttjandegrad av friskvårdsbidraget för varje subventioneringsgrupp, (se streckad graf i figur 6.7.1), vilken är maximal, (40 procent), vid subventionering upp till 3000 kronor per anställd och år. Vid högre bidrag tenderar nyttjandegraden av bidraget att plana ut eller till och med att minska, vilket vi dock ställer oss frågande till.

Summerar vi analysen ovan finner vi att det ter sig optimalt att ge ett friskvårdsbidrag på upp till 3000 kronor per anställd och år, då detta leder till högst nyttjandegrad samt högst vinst per anställd. Sannolikheten att hela personalstyrkan skulle utnyttja bidraget ser vi som mycket liten, men skulle förmodligen leda till ytterligare positiv effekt på sjukfrånvaron. Det innebär också att vi räknat mycket lågt i sannolik vinst per anställd i figur 6.7.1.

## **6.8 Kapitelsammanfattning**

Under detta avsnitt har vi kunnat konstatera att det råder ett samband mellan subventionerad friskvård och företagshälsa med hjälp av ett genomfört chi-square test och beräknad korrelation för sjukfrånvaron. Vi har också diskuterat huruvida subventioneringen kan leda till olika träningsval och vad som kan lämpa sig bäst med tanke på arbetssituation och miljö. Vi hävdar att summan av subventioneringen fungerar som en motivator, att personalen ser subventioneringen som en investering i humankapital för att verksamheten ska flyta smidigare, med bäst effekt på summor på cirka 3000 kronor per anställd och år. För den lägsta subventioneringsgruppen, (upp till 1000 kronor per år), fann vi att subventioneringen belastar resultaträkningen med 720 kronor per anställd och år, medan subventioneringsgruppen upp till 3000 kronor per år är lönsammast och gör en genomsnittlig vinst, vilken är direkt relaterad till en minskning i sjukfrånvaron, på 2832 kronor per anställd och år.

## 7. Slutsatser med reflektion

---

*I detta kapitel drar vi slutsatser och reflekterar över de beräkningar och analyser som genomfördes i kapitel sex, för att besvara forskningsfrågorna från vår problemformulering. Kan frågorna besvaras eller lämnar de något mer som vi inte kan ge svar på?*

---

Vår mest grundläggande frågeställning, som följt oss genom hela rapporten, handlade om det fanns ett samband mellan friskvårdssubventionering och sjukfrånvaro. Efter genomförandet av Chi-square testet fann vi att ett samband sannolikt existerade, dock något svagare än vad som hade förväntats. För att få en tydligare bild av sambandet testades därför korrelationen mellan variablerna för sjukfrånvaro och friskvårdsbidrag, varefter vi även här fann ett svagt samband. Då genomsnittet beräknades för respektive subventioneringsgrupp förtydligades dock sambandet avsevärt. Vi drar därför slutsatsen att det finns ett samband mellan friskvårdssubventionering och minskad sjukfrånvaro och anser att vår grundhypotes stöds av så väl Chi-square testet som korrelationsberäkningarna. Spridningen i sjukfrånvaron inom de olika subventioneringsgrupperna har stört våra beräkningar men kan enligt oss förklaras med att det finns så många olika faktorer som påverkar sjukfrånvaron. Svårigheten att isolera mätningen till fullo mot endast friskvårdssubventioneringens effekt, anser vi dock vara mycket stor. Trots detta menar vi att friskvårdsbidraget sannolikt är en av de påverkande faktorerna för sjukfrånvaron, dock i begränsad omfattning.

I problemformuleringen ställde vi oss frågan hur stor kostnad per anställd som en friskvårdssubventionering får uppgå till för att vara lönsam för företaget på lång och kort sikt. Svårigheten med att besvara den frågan ligger i att lönsamheten, (vilken beräknas som en kostnadsbesparing genom minskad sjukfrånvaro), inte uppvisar ett linjärt samband med subventioneringsgraden, enligt figur 6.7.1. Subventioneringsnivån bör enligt sist nämnda figur uppgå till minst 1500 kronor per anställd och år, för att överhuvudtaget vara lönsam. Vår analys omfattar dock inte subventioneringsgruppen 1500 kronor per år, men vi ser att lönsamheten ökar kraftigt efter denna nivå, för att nå sin topp på en subventionering motsvarande 3000 kronor per år. Med stöd av beräkningarna i avsnitt 6.7 kan vi därför konstatera att den ultimata subventioneringsgraden ur ett kostnadsbesparingsperspektiv, torde vara omkring 3000 kronor per anställd och år, då både lönsamheten och nyttjandegraden per anställd är som högst.

Avslutningsvis så påvisas i analyskapitlet att skillnaden i genomsnittlig sjukfrånvaro, mellan de olika subventioneringsgrupperna, är relativt liten och rör sig inom intervallet för en dryg procentenhet. Det finns därför skäl till att ifrågasätta om vår studies resultat är tillämpligt på alla arbetsplatser inom alla branscher, och inte bara för dagligvaruhandeln, som är överrepresenterade i sjukfrånvarostatistiken. Då dagligvaruhandeln dessutom har en relativt liten andel tjänstemän och där det dagliga arbetet, enligt vår uppfattning, i stor utsträckning omfattar stillasittande, kan den här urvalsgruppen ses som synnerligen fördelaktig för vår typ av studie. Vi anser därför att vår genomförda studie inte kan bevisas vara generaliserbar för andra branscher än för dagligvaruhandeln. Vi ser det dock sannolikt att sambandet är gällande för flertalet branscher, men för att fastställa att så är fallet krävs, enligt vår mening, mer omfattande studier, där hänsyn tas till flera påverkande faktorer.

## 7.1 Kapitelsammanfattning

I analyskapitlet kom vi fram till att chi-square testet gav ett svagt samband varför våra test utökades genom att använda korrelationsberäkning mellan variablerna för sjukfrånvaro och friskvårdsbidrag. Då genomsnittet beräknades för respektive subventioneringsgrupp förtydligades dock sambandet avsevärt. Den ultimata subventioneringsgraden ligger på cirka 3000 kronor ur kostnadsbesparingsperspektiv vilket vi kom fram till i avsnitt 6.7. lönsamheten för denna nivå är högst samtidigt som nyttjandegraden är på en hög nivå. Kontentan av vår studie är att den inte bevisligen kan generaliseras för andra branscher, men att sambandet sannolikt kan vara gällande för andra branscher.

## 8. Förslag på fortsatt forskning

---

*I vårt sista och avslutande kapitel försöker vi uppmuntra till att tråden tas upp där vi slutade och inte avslutas med vår rapport, för ämnet är frekvent förekommande i samhällsdebatter och hälsoundersökningar. Vi hoppas också vår rapport bidrar till mer än de förslag vi nämner i följande kapitel.*

---

Då vår tid var begränsad var vi tvungna att endast välja en bransch och valet föll på dagligvaruhandeln. Vår studie kan säkerligen kompletteras på många punkter, men det mest uppenbara är att genomföra liknande studier fast med andra branscher till exempel verkstadsindustrin, vårdsektorn och IT-branschen för att nämna några. Samband kan också utläsas mellan en eller flera branscher om studien involverar fler branscher.

Det ter sig naturligt att involvera fler parametrar än friskvårdsbidrag i fortsatt forskning, eftersom spridningen i sjukfrånvaron sannolikt då blir mindre. Exempel på fler parametrar kan vara lön, stressfaktorer, skillnader mellan åldersgrupper, trivselfaktorer på jobbet såsom frukt och växter, livssituation med mera. Aspekterna kan skiljas åt beroende på om de är psykologiska eller fysiska för att få en bild av hur till exempel stress påverkar sjukfrånvaron.

Vår studie berör endast den subventionerade träning som utförs på fritid och omfattar inte träning på arbetstid. Det bör sannolikt finnas ett liknande samband mellan träning på arbetstid och minskad sjukfrånvaro utöver den utsträckning vi har noterat i vår studie. Om arbetsgivare rent teoretiskt skulle bevilja träning på arbetstid skulle det innebära en kortsiktig kostnad då personalen har mindre tid att utföra sina arbetsuppgifter men med förhoppning att personalen blir effektivare och på så sätt bidrar till en lönsammare verksamhet. Personalen skulle med stor sannolikhet utnyttja subventioneringen om träning kunde ske på arbetstid eftersom personalen då har betald träningstid.

Om vi hade haft en annan tidsram kunde vi ha analyserat effekten på sjukfrånvaron före och efter införandet av friskvårdssubventionering. De butiker vi har varit i kontakt med har infört subventionerad friskvård mellan åren 1995 till 2009, vilka kan analyseras huruvida sjukfrånvaron har minskat eller ökat sedan införandet av subventioneringen mellan de åren.

## 9. Källförteckning

- Andersen, Ib (1998). Den uppenbara verkligheten, Malmö: Studentlitteratur
- Aronsson, Thomas & Malmquist, Claes (1996), Rehabiliteringens ekonomi, Stockholm: Utbildningsförlaget brevskolan
- Ax, Christian et al (2005). Den nya ekonomistyrningen, Malmö: Liber
- Cronsell, Niclas, Engvall, Jörgen & Karlsson, Per (2005). *Hälsoarbete & Hälsobokslut – En handbok för arbetsgivare*. Näsviken: Björn Lundén Information
- D.Aczel, Amir & Sounderpandian, Jayavel (2006), 6:e upplagan, International Edition. Complete business statistics, New York: McGraw-Hill
- Ericsson, Björn (2007), Att leda en frisk och framgångsrik organisation, Jönköping: Brainbooks
- Gröjer, Lars – Erik & Johansson, Ulf (2004). Controllerhandboken. I Samuelsson, Lars. A (red.). *Controllerhandboken*. Stockholm: Teknikföretagen
- Hansson, Bo, Johanson, Ulf, Leitner, Karl-Heinz (2004). The impact of human capital and human capital investments on company performance. Evidence from literature and European survey results. Cedefop Thessaloniki: Grekland
- Johansson, Ulf & Skoog, Matti (2001), Att mäta och styra verksamheten, Uppsala: Uppsala Publishing House
- Johansson, Ulf et al (2003). Hälsa och företagsekonomi – en forskningsöversikt. Uppsala Science park. IPF - Institutet för personal- & företagsutveckling AB
- Järholm, Bengt & Olofsson, Christer (2005), Sjukskrivningsboken. Lund: Studentlitteratur
- Liukkonen, Paula (2002). *Hälsobokslut – Förslag till mätning, analys och diskussionsfrågor* Vasa: Oskarmedia
- Motion och Idrott, Rapport till Idrottsutredningen (1997). Stockholm: Fritzes, (SOU 1997:188)
- Motion och Idrott, Rapport till Idrottsutredningen (1998). Stockholm: Fritzes, (SOU 1998:76)
- Tonnquist, Bo (2006). *Projektledning*. Stockholm: Bonnier utbildning
- Winroth, Jan & Rydqvist, Lars-Göran (1995), *Idrott Friskvård & Hälsa*. Malmö: SISU Idrottsböcker

### Elektroniska sidor

- Arbetsmiljöverket; Tillgänglig: <http://www.av.se/lagochratt/aml/Kapitel03.aspx>. Hämtad: (2009-04-08)
- Ekonomifakta; Tillgänglig; <http://www.ekonomifakta.se/sv/Fakta/Arbetsmarknad/Arbetstid/Sjukfranvaro/>. Hämtad: (2009-04-07)
- Faskunger, Johan & Schäfer Elinder, Liselott (2006), Fysisk aktivitet och folkhälsa. . Statens Folkhälsoinstitut; Tillgänglig: [http://www.fhi.se/upload/ar2006/Rapporter/R200613\\_Fysisk\\_aktivitet\\_0701.pdf](http://www.fhi.se/upload/ar2006/Rapporter/R200613_Fysisk_aktivitet_0701.pdf), Hämtad: (09-03-11)
- Folkhälsoinstitutet; Tillgänglig: [http://www.fhi.se/templates/PageExternal\\_\\_\\_\\_13016.aspx](http://www.fhi.se/templates/PageExternal____13016.aspx), Hämtad: (09-03-08)
- Friskis och Svettis; Tillgänglig: <http://www.boras.friskissvettis.se/kortpriser.asp>. Hämtad (2009-05-11)

- Försäkringskassan; Tillgänglig:  
<http://uppsol.forsakringskassan.se/templates/Page.aspx?id=3779>, Hämtad: (09-03-09)
- Försäkringskassan; Tillgänglig:  
<http://uppsol.forsakringskassan.se/templates/Page.aspx?id=5774>, Hämtad: (09-03-10)
- Försäkringskassan; Tillgänglig:  
[http://www.forsakringskassan.se/privatpers/sjuk/sjuk\\_1\\_14/](http://www.forsakringskassan.se/privatpers/sjuk/sjuk_1_14/), Hämtad: (09-04-08)
- Högskolan i Borås; Tillgänglig: <http://www.adm.hb.se/~bn/statistik/tentaformler.doc>,  
Hämtad: (2009-05-19)
- Retriever; Tillgänglig: <https://web-retriever-info-com.lib.costello.pub.hb.se/services/archive.html>. Hämtad (2009-04-16)
- Riksdagen; Tillgänglig:  
[http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3322&dok\\_id=GQ01LU1](http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3322&dok_id=GQ01LU1),  
Hämtad: (09-03-05)
- Riksdagen; Tillgänglig:  
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1995:1554> (09-03-05)
- Skatteverket; Tillgänglig: [www.skatteverket.se](http://www.skatteverket.se), Hämtad: (09-03-10)
- Statistiska centralbyrån; Tillgänglig:  
<http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/MainTable.asp?yp=tansss&xu=C9233001&omradekod=AM&omradetext=Arbetsmarknad&lang=1>, Hämtad: (09-03-06)
- Svenskt näringsliv; Tillgänglig:  
[http://www.svensktnaringsliv.se/multimedia/archive/00000/Sjuktalens\\_utveckling\\_\\_327a.pdf](http://www.svensktnaringsliv.se/multimedia/archive/00000/Sjuktalens_utveckling__327a.pdf). Hämtad: (2009-04-07)
- Uregina; Tillgänglig: <http://uregina.ca/~gingrich/appchi.pdf>, Hämtad: (2009-05-08)
- Vassar College Public Access Employee Directory; Tillgänglig:  
<http://faculty.vassar.edu/lowry/ch8pt1.html>, Hämtad: (2009-05-08)

## 10. Bilagor

### Bilaga 1 – Enkätundersökning

1. Erbjuder ni friskvårdsbidrag till hela personalstyrkan?

**(Fråga 2 – 6 är endast relevanta vid svar JA på fråga 1)**

2. Hur stort maximalt friskvårdsbidrag erbjuder ni personalstyrkan per år?  
(Välj endast ett av nedanstående alternativ. Vid svarsalternativ e.)  
och f.) skriv gärna i maximalt belopp)

- a) Upp till 1000 kr
- b) 1001 kr – 2000 kr
- c) 2001 kr – 3000 kr
- d) 3001 kr – 4000 kr
- e) Hela friskvårdskostnaden
- f) Annat belopp

3. Hur stor andel av personalen, uttryckt i procent eller antal personer, utnyttjade bidraget det senaste året?

4. Vilket år började ni ge friskvårdsbidrag?

5. Har ni höjt eller sänkt bidraget vid något tillfälle?

6. Finns det något kriterium eller krav som behöver uppfyllas för att personalen skall få utnyttja bidraget, och i så fall vad?

## Bilaga 2 – Svarmatris

Företag	Fråga 1	Fråga 2	Fråga 3	Fråga 4	Fråga 5	Fråga 6
ICA 01	Ja	f) Halva kostnaden	15%	2000	Nej	Nej
ICA 02	Ja	a)	20%	2004	Nej	10h/vecka i snitt
ICA 03	Ja	B	25%	2005	Nej	Mer än 18 h/vecka
ICA 04	Ja	b)	27%	2006	Nej	Nej
ICA 05	Ja	e)	30%	2001	Nej	Fast anställd min 6 mån
ICA 06	Ja	a)	30%	1995	Nej	Mer än 3 mån
ICA 07	Ja	f) 5-6000 kr	30%	2004	Nej	6 mån 10h/vecka
ICA 08	Ja	a)	30%		Flexibel	Nej
ICA 09	Ja	b)	48%	2005	Höjt	6 mån
ICA 10	Ja	d) 3300 kr	60%	2001	Flexibel Höjdes	Nej
ICA 11	Ja	d) 3600 kr	95%	2003	2008	nej
ICA 12	Ja	a)	15%	2007	Nej	Nej
ICA 13	Ja	b) 2000 kr		2008	Höjt	
ICA 14	Ja	b)		2009	Nej	tränat 12 ggr/3 mån, kvitto
ICA 15	Ja	a)	40%	2006	Flexibel	Fastanställd, kvitto
ICA 16	Ja					
ICA 17	Ja	e) Hela årskortet	5%	2004	Nej	Fast anställd
ICA 18	Ja	f) Halva årskortet	30%	2005	Nej	Fast anställning
ICA 19	Ja	f) Halva årskortet	30%	1999	Nej	Fast anställning
ICA 20	Ja	a)	12%	2004	Nej	Fast anställning
ICA 21	Ja	f) Halva årskortet	10%	1999	Flexibel	Fast anställning
ICA 22	Ja	e) Hela årskortet	30%	2004	Nej	Ej sommarvikarie
ICA 23	Ja	b) 1500	20%	2001	Nej	Fast anställning Företaget har avtal med gymmet
ICA 24	Ja	c) 2400 kr	17%	2002	Nej	gymmet
ICA 25	Ja	b)	60%	1999	Nej	Nej
ICA 26	Ja	a) 650 kr per år	40%	Alltid	Nej	Organiserad träning
ICA 27	Ja	a)	20%	2005	Nej	17 timmar veckan Fast anställd, reducerat
ICA 28	Ja	b) 2000	55%	1996	Nej	extraanställd
ICA 29	Ja	a)	23%	2005	Nej	Kvitto, fast anställda Måste stå för 30% av
ICA 30	Ja	b) 2000 kr	30%	2005	Nej	kostnaden själva
ICA 31	Ja	a)	15%	1999	Nej	Ej sommarvikarie
ICA 32	Ja	f) halva årskortet	90%	Alltid	Nej	Fast anställning
ICA 33	Ja	b)	10%	2008	Nej	20 h per vecka
ICA 34	Ja	e) Hela årskortet	50%	2006	Nej	Ej sommarvikarie
ICA 35	Ja	a)	20%	2002	Nej	Ej sommarvikarie
ICA 36	Ja	e)	15%	2006	Nej	Endast fast anställda
ICA 37	Nej					
ICA 38	Nej					
ICA 39	Nej					
ICA 40	Nej					
ICA 41	Nej					
ICA 42	Nej					
ICA 43	Nej					
ICA 44	Nej					
ICA 45	Nej					

ICA 46 Nej  
ICA 47 Nej  
ICA 48 Nej

*Fortsättning på bilaga 2 med sekundärdata:*

Företag	Män	Kvinnor	Tot:	Sjukfrånvaro	Sjukfr		<30 år	30-49 år	50+
					Män	Kvinnor			
ICA 01	6	30	36	3,2%	x	x	0,4%	0,8%	2,1%
ICA 02	17	23	40	3,0%	1,2%	3,7%	2,0%	1,1%	11,0%
ICA 03	25	46	71	6,0%	6,0%	6,0%	5,0%	10,0%	x
ICA 04	12	23	35	4,0%	2,0%	5,0%	4,0%	5,0%	x
ICA 05	21	45	66	3,0%	1,0%	2,0%	4,0%	6,0%	7,0%
ICA 06	37	87	124	5,0%	4,0%	5,4%	4,0%	5,3%	x
ICA 07	41	82	123	4,8%	3,0%	5,8%	10,8%	3,3%	7,6%
ICA 08	18	42	60	6,0%	3,0%	7,0%	3,0%	5,0%	20,0%
ICA 09	17	45	62	3,1%	1,4%	3,7%	2,2%	3,4%	4,9%
ICA 10	17	31	48	5,3%	2,6%	6,8%	3,2%	2,5%	18,9%
ICA 11	11	29	40	2,4%	0,6%	3,0%	0,9%	4,0%	3,5%
ICA 12	21	23	44	7,9%	4,3%	11,6%	3,7%	12,6%	6,9%
ICA 13	15	26	41	2,1%	1,3%	2,5%	2,9%	0,9%	4,5%
ICA 14	15	51	66	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%
ICA 15	15	32	47	2,0%	1,0%	3,0%	2,0%	2,0%	4,0%
ICA 16	9	28	37	3,3%	3,3%	7,7%	3,4%	10,8%	50,0%
ICA 17	10	19	29	2,2%	1,5%	2,7%	2,4%	2,0%	2,0%
ICA 18	20	28	48	4,0%	4,0%	4,0%	2,0%	4,0%	7,0%
ICA 19	10	23	33	0,1%	0,0%	0,1%	x	x	x
ICA 20	9	34	43	4,0%	1,0%	5,0%	2,0%	6,0%	4,0%
ICA 21	15	27	42	2,6%	3,5%	2,2%	3,1%	1,9%	x
ICA 22	15	20	35	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
ICA 23	14	35	49	8,0%	4,0%	9,0%	6,0%	6,0%	11,0%
ICA 24	11	31	42	1,0%	2,0%	1,0%	2,0%	1,0%	1,0%
ICA 25	5	31	36	4,3%	3,3%	4,5%	1,8%	0,6%	11,6%
ICA 26	30	64	94	6,0%	2,0%	7,0%	3,0%	8,0%	6,0%
ICA 27	40	25	65	4,0%	2,0%	5,0%	4,0%	5,0%	2,0%
ICA 28	19	21	40	2,4%	1,0%	3,3%	0,9%	1,5%	x
ICA 29	20	36	56	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%	5,0%	x
ICA 30	20	48	68	3,0%	4,0%	3,0%	2,0%	3,0%	5,0%
ICA 31	11	37	48	3,2%	1,5%	3,7%	2,9%	1,0%	7,7%
ICA 32	9	25	34	8,0%	2,0%	11,0%	2,0%	12,0%	15,0%
ICA 33	24	14	38	5,0%	2,0%	6,0%	3,0%	8,0%	x
ICA 34	11	30	41	4,0%	1,0%	5,0%	5,0%	2,0%	x
ICA 35	15	35	50	8,0%	2,0%	10,0%	x	x	x
ICA 36	11	31	42	4,3%	1,0%	6,5%	2,0%	2,5%	12,9%
ICA 37	8	28	36	7,4%	0,8%	9,3%	8,0%	7,9%	4,0%
ICA 38	23	60	83	8,0%	4,0%	10,0%	6,0%	11,0%	x
ICA 39	27	67	94	4,0%	4,0%	5,0%	4,0%	5,0%	3,0%
ICA 40	26	55	81	4,2%	2,6%	4,9%	6,1%	2,1%	3,5%
ICA 41	39	66	105	3,0%	4,0%	2,0%	2,0%	3,0%	9,0%
ICA 42	10	20	30	4,5%	3,0%	5,2%	5,2%	3,9%	4,7%
ICA 43	6	27	33	1,0%	x	1,0%	2,0%	x	x
ICA 44	13	17	30	2,0%	0,9%	2,8%	x	x	x
ICA 45	13	31	44	11,0%	5,0%	13,0%	3,0%	11,0%	15,0%
ICA 46	17	68	85	4,0%	3,0%	0,0%	7,0%	2,0%	2,0%
ICA 47	10	34	44	4,2%	2,8%	4,7%	8,6%	2,2%	1,1%

ICA 48    9    35    44    4,0%    1,0%    4,0%    4,0%    4,0%    4,0%

### Bilaga 3 – Beräkningsunderlag Chi-square

Subventionering motsvarar maximalt friskvårdsbidrag från företaget per år.  
Grupperna för 3000kr och 4000kr har slagits ihop av praktiska skäl

#### Verkliga värden

Sjukfrånvaro	Subventionering					
	0 kr	1 000 kr	2 000 kr	4 000 kr		
> 5,5%	3	4	3	0	10	20,8%
3,9% - 5,5%	6	4	4	4	18	37,5%
< 3,9%	3	4	8	5	20	41,7%
	12	12	15	9	48	
	25,0%	25,0%	31,3%	18,8%		

#### Vänte värden

Sjukfrånvaro	Subventionering			
	0 kr	1 000 kr	2 000 kr	4 000 kr
> 5,5%	2,50	2,50	3,13	1,88
3,9% - 5,5%	4,50	4,50	5,63	3,38
< 3,9%	5,00	5,00	6,25	3,75

Frihetsgrader:    6

Chi-square:    5,927407 motsvarar    44%

#### Breäkningsunderlag

0,10	0,90	0,01	1,88
0,50	0,06	0,47	0,12
0,80	0,20	0,49	0,42

#### Chi-square tabell

99,5%	99%	97,5%	95%	90%	75%	50%	25%
0,676	0,872	1,237	1,635	2,204	3,455	5,348	7,841

## Bilaga 4 – Beräkningsunderlag för korrelation, alla företag utan kategorisering

<u>Medelvärden</u>						
mx (Subventionering)	1 583	Subven	Sjukfrån %	x-mx	y-my	(x-mx)*(y-my)
my (Sjukfrånvaro)	4,1	2 000	3,2	417	-0,9	-375,00
		1 000	3,0	-583	-1,1	641,67
Term A:	sum(x-mx)*(y-my)	2 000	6,0	417	1,9	791,67
	<b>-40591,67</b>	2 000	4,0	417	-0,1	-41,67
		4 000	3,0	2 417	-1,1	-2658,33
Term B:	sum(x-mx) <sup>2</sup>	1 000	5,0	-583	0,9	-525,00
	<b>81666666,67</b>	4 000	4,8	2 417	0,7	1691,67
		1 000	6,0	-583	1,9	-1108,33
Term C:	sum(y-my) <sup>2</sup>	2 000	3,1	417	-1,0	-416,67
	<b>237,51</b>	3 000	5,3	1 417	1,2	1700,00
		4 000	2,4	2 417	-1,7	-4108,33
Term D:	roten(B*C)	1 000	7,9	-583	3,8	-2216,67
	<b>139271,8565</b>	2 000	2,1	417	-2,0	-833,33
		2 000	2,0	417	-2,1	-875,00
Korrelationen:	<b>A/D</b>	1 000	2,0	-583	-2,1	1225,00
	<b>-0,3</b>	1 000	3,3	-583	-0,8	466,67
		4 000	2,2	2 417	-1,9	-4591,67
		2 000	4,0	417	-0,1	-41,67
		2 000	0,1	417	-4,0	-1666,67
		1 000	4,0	-583	-0,1	58,33
		2 000	2,6	417	-1,5	-625,00
		4 000	0,0	2 417	-4,1	-9908,33
		2 000	8,0	417	3,9	1625,00
		3 000	1,0	1 417	-3,1	-4391,67
		2 000	4,3	417	0,2	83,33
		1 000	6,0	-583	1,9	-1108,33
		1 000	4,0	-583	-0,1	58,33
		2 000	2,4	417	-1,7	-708,33
		1 000	4,0	-583	-0,1	58,33
		2 000	3,0	417	-1,1	-458,33
		1 000	3,2	-583	-0,9	525,00
		2 000	8,0	417	3,9	1625,00
		2 000	5,0	417	0,9	375,00
		4 000	4,0	2 417	-0,1	-241,67
		1 000	8,0	-583	3,9	-2275,00
		4 000	4,3	2 417	0,2	483,33
		0	7,4	-1 583	3,3	-5225,00
		0	8,0	-1 583	3,9	-6175,00
		0	4,0	-1 583	-0,1	158,33
		0	4,2	-1 583	0,1	-158,33
		0	3,0	-1 583	-1,1	1741,67
		0	4,5	-1 583	0,4	-633,33
		0	1,0	-1 583	-3,1	4908,33
		0	2,0	-1 583	-2,1	3325,00
		0	11,0	-1 583	6,9	-10925,00
		0	4,0	-1 583	-0,1	158,33
		0	4,2	-1 583	0,1	-158,33
		0	4,0	-1 583	-0,1	158,33

## Bilaga 5 – Beräkningsunderlag korrelation, kategoriserade subventioneringsgrupper

### Medelvärden

			Sjukfrånv genomsnitt	x-mx	y-my	(x-mx)*(y- my)
mx (Subventionering)	2 000	Subven				
my (Sjukfrånvaro)	3,9	0	4,8	-2 000	0,9	-1760,00
		1 000	4,7	-1 000	0,8	-780,00
Term A:	sum(x- mx)*(y-my)	2 000	3,9	0	0,0	0,00
	<b>-5100,00</b>	3 000	3,2	1 000	-0,7	-720,00
		4 000	3,0	2 000	-0,9	-1840,00
Term B:	sum(x-mx) <sup>2</sup>					
	<b>10000000,00</b>					
Term C:	sum(y-my) <sup>2</sup>					
	<b>2,748</b>					
Term D:	roten(B*C)					
	<b>5242,136969</b>					
Korrelationen:	A/D					
	<b>-0,97</b>					

## Bilaga 6 – Beräkningsunderlag för subventioneringens lönsamhet

<b>Månadslön</b>	20 000 kr
<b>Årslön</b>	240 000 kr
<b>Sociala avgifter</b>	72 000 kr
<b>Total kostnad arbetsgivare</b>	312 000 kr
<b>Skattereduktion</b>	28,0%

<b>Subv grupp</b>	<b>Genomsnitt sjukfrånv</b>	<b>Kostnad/anställd</b>	<b>Diff</b>	<b>Res</b>	<b>Skattereduktion</b>	<b>Vinst</b>
0	4,8%	14976	0,0%	0	0	0
1000	4,8%	14976	0,0%	-1000	280	-720
2000	3,9%	12168	0,9%	808	560	1368
3000	3,2%	9984	1,6%	1992	840	2832
4000	3,0%	9360	1,8%	1616	1120	2736

**Högskolan i Borås** är en modern högskola mitt i city. Vi bedriver utbildningar inom ekonomi och informatik, biblioteks- och informationsvetenskap, mode och textil, beteendevetenskap och lärarutbildning, teknik samt vårdvetenskap.

På **institutionen för data- och affärsvetenskap (IDA)** har vi tagit fasta på studenternas framtida behov. Därför har vi skapat utbildningar där anställningsbarhet är ett nyckelord. Ämnesintegration, helhet och sammanhang är andra viktiga begrepp. På institutionen råder en närhet, såväl mellan studenter och lärare som mellan företag och utbildning.

Våra **ekonomiutbildningar** ger studenterna möjlighet att lära sig mer om olika företag och förvaltningar och hur styrning och organisering av dessa verksamheter sker. De får även lära sig om samhällsutveckling och om organisationers anpassning till omvärlden. De får möjlighet att förbättra sin förmåga att analysera, utveckla och styra verksamheter, oavsett om de vill ägna sig åt revision, administration eller marknadsföring. Bland våra **IT-utbildningar** finns alltid något för dem som vill designa framtidens IT-baserade kommunikationslösningar, som vill analysera behov av och krav på organisationers information för att designa deras innehållsstrukturer, bedriva integrerad IT- och affärsutveckling, utveckla sin förmåga att analysera och designa verksamheter eller inrikta sig mot programmering och utveckling för god IT-användning i företag och organisationer.

**Forskningsverksamheten** vid institutionen är såväl professions- som design- och utvecklingsinriktad. Den övergripande forskningsprofilen för institutionen är handels- och tjänsteutveckling i vilken kunskaper och kompetenser inom såväl informatik som företagsekonomi utgör viktiga grundstenar. Forskningen är välrenommerad och fokuserar på inriktningarna affärsdesign och Co-design. Forskningen är också professionsorienterad, vilket bland annat tar sig uttryck i att forskningen i många fall bedrivs på aktionsforskningsbaserade grunder med företag och offentliga organisationer på lokal, nationell och internationell arena. Forskningens design och professionsinriktning manifesteras också i InnovationLab, som är institutionens och Högskolans enhet för forskningsstödande systemutveckling.



**HÖGSKOLAN I BORÅS**  
VETENSKAP FÖR PROFESSION

BESÖKSADRESS: JÄRNVÄGSGATAN 5 · POSTADRESS: ALLÉGATAN 1, 501 90 BORÅS  
TFN: 033-435 40 00 · E-POST: INST.IDA@HB.SE · WEBB: WWW.HB.SE/IDA