

Hälsa, humankapital och ekonomisk utveckling

Tre uppsatser om hälsans ekonomiska betydelse framtagna inom projektet "Folkhälsa och regional utveckling i samverkan" (FRUSAM)

Diskussionsrapport

November 2010

Innehåll

SAMMANFATTNING.....	5
SUMMARY.....	7
HÄLSA OCH EKONOMISK TILLVÄXT - EN INTRODUKTION.....	9
<i>Inledning</i>	9
<i>En enkel modell för hälsa och ekonomisk tillväxt</i>	10
<i>Sambandet mellan hälsa och ekonomisk tillväxt i en EU-rapport från 2005</i>	12
<i>Ekonomiska effekter av socioekonomisk ojämlikhet i hälsa inom EU</i>	18
<i>Hälsans betydelse som "konsumtionsvara" i en WHO-rapport</i>	20
<i>Syntes - en god hälsa har ekonomisk betydelse för individen och samhället</i>	23
<i>Sammanfattning</i>	23
<i>Referenser</i>	24
OM BEGREPPET HUMANKAPITAL MED BETONING PÅ HÄLSA.....	27
<i>Inledning</i>	27
<i>Begreppet kapital</i>	27
<i>Begreppet humankapital</i>	28
<i>Hälsa och välfärd</i>	31
<i>Sammanfattning</i>	34
<i>Referenser</i>	34
EFFEKTER AV HUMANKAPITALINVESTERINGAR I FÖRETAG OCH ORGANISATIONER.....	37
<i>Inledning</i>	37
<i>Arbetsmiljö och arbetsorganisatoriska faktorer har betydelse för hälsa och tillväxt</i>	38
<i>Hur hör hälsa och ekonomi i organisationer ihop?</i>	40
<i>Effekter av kompetens- och personalutveckling</i>	41
<i>Effekter av hälso- och arbetsmiljöinriktade insatser</i>	43
<i>Sammanfattning</i>	45
<i>Referenser</i>	46

Sammanfattning

Denna antologi innehåller tre uppsatser som alla har utgångspunkten att en god hälsa innebär ett mycket stort värde för människor, också i ekonomiska termer, samtidigt som en god hälsa fungerar som ett viktigt medel för ekonomisk utveckling.

Hälsa och ekonomisk tillväxt - en introduktion av Bernt Lundgren

I den inledande uppsatsen framhålls att människors hälsa är viktig både som mål och medel för individer och samhälle. Hälsa som medel för individ och samhälle redovisas tillsammans med underlag från en EU-rapport publicerad år 2005. I en egen enkel modell för hälsa och ekonomisk tillväxt sätts människors hälsa in i sitt sammanhang av bestämningsfaktorer för hälsa och belyses hälsans påverkan tillsammans med kunskap på produktion, inkomster, kostnader och samhällsekonomiska utfall. EU-rapporten finner belägg för att en god hälsa påverkar företagets produktion genom att människor får ökat arbetskraftsdeltagande, högre produktivitet i arbetet, fler produktiva år och troligen även bättre inlärningsförmåga och fler utbildningsår. Effekterna av hälsa bekräftas även i vissa empiriska makroekonomiska studier, men resultaten är inte entydiga. Enligt modellen kan hälsa dessutom påverka individernas och företagets inkomst och därmed konsumtions- och sparandenivån i samhället. En tredje påverkan i modellen gäller kostnaderna för vård, service och transfereringar som kan bli relativt sett lägre om hälsan förbättras. För företag och samhällsekonomi kan en god hälsa på så sätt bidra till ekonomisk tillväxt och utveckling.

Hälsa som både medel och mål berörs i en annan EU-rapport från 2007 om de ekonomiska effekterna av socioekonomisk ojämlikhet i hälsa. Viktiga resultat i den rapporten lyfts fram, bland annat vikten av att minska de stora sociala skillnaderna i hälsa inom EU-länderna. På så sätt kan man både förbättra hälsan och livskvaliteten för många människor och samtidigt få väsentliga ökningar i ländernas BNP. Hälsa som mål exemplifieras även genom en WHO-rapport och en studie i denna som visar en monetär beräkning av hälsa som mål. Denna studie som omfattar många europeiska länder visar bland annat att det årliga värdet av ökad medellivslängd i Sverige under perioden 1970–2003 var 29 procent av BNP per capita.

Introduktionen avslutas med en syntes av hälsans ekonomiska betydelse för individer och samhälle. Hälsa som mål (konsumtionsvara) skapar efterfrågan på hälsorelaterade varor och tjänster samt efterfrågan på hälsostödjande infrastrukturer och miljöer. Hälsa som medel (kapitalvara) leder till ökad produktion, ökade inkomster och minskade (relativa) kostnader för vård, service och ekonomiska transfereringar. Hälsa som mål och medel kan också mötas med politiska initiativ som stödjer en positiv utveckling.

Om begreppet humankapital med betoning på hälsa av Mikael Nordberg

Den andra uppsatsen redogör för begreppet humankapital. Den behandlar begreppets innebörd och historik, särskilt ur ett hälsoperspektiv. Framställningen tar sin utgångspunkt i begreppet kapital. Kapital är en benämning på resurser som är framställda av människor, utgör långvarig produktionskapacitet och är möjliga att investera i till en kostnad. Resurserna kan vara såväl

materiella som ickemateriella. Humankapitalet är ett viktigt ickemateriellt kapitalslag. Med humankapital avses allt det kapital som är bundet till enskilda människor; humankapitalet finns i människan. I arbetslivet är humankapitalet ett mått på arbetskraftens kvalitet. En enkel, allmänt accepterad definition saknas dock. Utbildningar av olika slag bidrar till humankapitalet, men även hälsa gör det i hög grad. Både den fysiska och den psykiska dimensionen av begreppet hälsa är relevanta. Humankapitalbegreppets rötter kan spåras till åtminstone den senare delen av 1700-talet, men det var först under 1960-talet som intresset tog verklig fart. Betoningen låg länge på utbildning i olika former; hälsokomponenten befann sig under lång tid i skymundan. När det gäller studiet av humankapitalets betydelse för ekonomisk tillväxt dröjde det till början av 1990-talet innan hälsans roll på allvar uppmärksammades.

Uppsatsen berör även begreppet välfärd och dess koppling till humankapital och hälsa. Välfärdsbegreppet är flerdimensionellt, varför bruttonationalprodukten och andra rent ekonomiska mått är otillräckliga som välfärdsindikatorer. En central välfärdsdimension är hälsa, som bidrar till människors välbefinnande både som konsumtionsvara och som kapitalvara. Som konsumtionsvara bidrar hälsan *direkt* till en individs välbefinnande; god hälsa är ett *mål* i sig självt. Som kapitalvara ingående i individens humankapital är hälsa ett *medel* för att uppnå högre välbefinnande genom den avkastning som god hälsa genererar – på såväl som utanför arbetsmarknaden.

Effekter av humankapitalinvesteringar i företag och organisationer av Stig Vinberg

I antologins tredje och avslutande bidrag konstateras att allt fler nationella och internationella forskare studerar arbetsmiljöns och hälsans betydelse för verksamhetsutvecklingen. Forskning från flera vetenskapliga områden visar att det finns samband mellan, å ena sidan, arbetsmiljö- och arbetsorganisatoriska faktorer och, å andra sidan, de utfall som handlar om medarbetarnas hälsa och effektivitet i organisationer. I uppsatsen redovisas exempel på forskningsresultat som visar att investeringar i arbetsmiljö- och kompetensutveckling kan vara lönsamma för organisationer och också innebära bättre hälsa för individer. Flera studier visar även att förbättringarna när det gäller kvalitet och produktivitet ger betydligt större ekonomiska vinster än de personalekonomiska fördelarna. Sambanden mellan faktorer som rör humankapital, hälsa och organisatoriska utfall är dock komplexa och de kan variera i olika typer av organisatoriska kontexter. Det behövs mer kunskap om hur dessa samband ser ut och hur olika förmodade förklarande faktorer hänger ihop sinsemellan och med olika typer av utfall.

Summary

Health, human capital, and economic development

This anthology includes three papers based on the premise that good health is of major value to people, also in economic terms, at the same time that good health serves as an important means of economic development.

Health and economic growth - an introduction by Bernt Lundgren

The first paper emphasizes that people's health is important as both ends and means for the individual and society. Health as means for the individual and society is presented together with a 2005 EU report. Using a simple model of health and economic growth, people's health is put into its context of determinants of health, and it is shown how health, along with knowledge, can affect corporate production, individual and corporate income, costs, and outcomes pertaining to the economy as a whole. The EU report finds evidence for the view that good health affects corporate production through increased participation rates, higher productivity at work, more productive years, and probably also better learning skills and more schooling. Some empirical macroeconomic studies have been able to confirm these positive growth effects of good health, but the evidence is not conclusive. According to the model, health can also affect individual and corporate income, and in turn consumption and savings levels in the society. A third impact put forward by the model concerns the costs of care, service and economic transfers which may be relatively lower if health improves. For business and the economy as a whole, good health can thereby contribute to economic growth and development.

Health as both ends and means is touched on in a 2007 EU report dealing with the economic impact of socioeconomic inequalities in health. Important findings of that report are highlighted: among other things, the importance of reducing the huge social disparities in health within the EU countries. In that way, one can both improve health and the quality of life for many people, and bring about substantial increases in countries' GDPs. As another instance of health as an end, a WHO report, and a study being part of that report, are discussed. The study contains a monetary calculation of health as an end and encompasses many European countries. Among other things, the study shows that the annual monetary value of increased life expectancy in Sweden during the period 1970–2003 amounted to 29% of GDP per capita.

A synthesis of the economic importance of good health for individuals and the society, closes the introductory paper. Health as an end (consumption good) causes a demand for health-related goods and services, and a demand for infrastructures and environments supporting good health. Health as a means (capital good) results in increased corporate production, higher individual and corporate income, and reduced (relative) costs of care, service and economic transfers. Health as ends and means can also be addressed with political initiatives that support a positive development.

***On the concept of human capital, with emphasis on health
by Mikael Nordberg***

The second paper explains the concept of human capital. It deals with the concept's meaning and history, particularly with regard to health. The starting point is the concept of capital. Capital is defined as resources which are produced by humans, represent long-lasting productive capacity, and might be invested in at a cost. Such resources may be either physical or non-physical. Human capital is an important type of non-physical capital. It encompasses all the capital embodied in humans. In the labour market, it is a measure of the quality of the workforce. There is no simple, widely accepted definition, however. Various types of education contribute to the amount of human capital – and so does health. Both the physical and the psychological dimension of the concept of health are relevant. The roots of the concept of human capital can be traced back at least to the latter part of the 18th century, but it was not until the 1960s that interest in human capital boomed. Various types of education have been the focus of attention; the health component was long neglected. As for the study of human capital's contribution to economic growth, the role of health did not receive serious attention until the early 1990s.

The paper also provides a brief account of the concept of welfare and its relation to human capital and health. Welfare is a multidimensional concept, making gross domestic product and other purely economic measures inadequate as indicators of welfare. Health, however, constitutes a central dimension of welfare. It contributes to people's well-being both as a consumption good and as a capital good. As a consumption good, health *directly* contributes to an individual's well-being, meaning good health is an *end* in itself. As a capital good forming part of the individual's human capital, health is a *means* to attaining more well-being through the return that good health yields, both in the labour market and elsewhere.

***Effects of human capital investments in enterprises and organisations
by Stig Vinberg***

The third contribution concludes that the importance of the working environment and health to organisational development is receiving growing attention in both a national and an international context. Research from various scientific fields shows associations between, on the one hand, the working environment and work organisational factors and, on the other hand, outcomes like employee health and efficiency in organisations. Results from various studies indicate that investments in the working environment and skills development can be profitable for organisations and also contribute to better employee health. Several research studies point to the fact that quality and productivity changes lead to greater economic effects than changes related to employee health and sickness absence. It is important to note that relationships between variables associated with human capital, health and organisational outcomes are complex, and that these relationships can vary, depending on various contextual factors. There is a need for more knowledge about the mechanisms beyond the aforementioned associations and how assumed explanatory factors are related to different individual and organisational outcomes.

Hälsa och ekonomisk tillväxt - en introduktion

Bernt Lundgren

Inledning

Målet för den svenska folkhälsopolitiken är ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”. (Regeringens proposition 2002/03:35; Regeringens proposition 2007/08:110). Innebörden av målet är att människors hälsa ska förbättras och hälsoskillnaderna minska genom insatser som riktas mot hälsans bestämningsfaktorer, såväl samhällsstrukturrella förhållanden som människors livsvillkor och levnadsvanor. Genom att dessa bestämningsfaktorer förekommer inom ett stort antal samhällssektorer finns möjligheter för många aktörer att medverka i folkhälsoarbetet. Arbetet för en förbättrad hälsa är på så sätt i verklig mening ett sektorsövergripande arbete.

Om folkhälsopolitiken får avsedda effekter kan en förbättrad folkhälsa i sin tur påverka både enskilda människors och samhällets utveckling i positiv riktning. Denna möjlighet, med särskild betoning på god hälsa och ekonomisk tillväxt, har uppmärksammats av Statens folkhälsoinstitut i två tidigare rapporter: Hälsans betydelse för individens och samhällets ekonomiska utveckling (Malmberg, Andersson, Johansson, & Hermansson, 2007) och Hälsa och ekonomisk tillväxt: kunskapsöversikt över sambandet mellan hälsa och ekonomisk tillväxt samt synpunkter på hälsa i ett regionalt utvecklingsperspektiv (Hermansson & Lundgren, 2008). Den förra rapporten omfattar tre svenska studier som alla pekar på ett positivt samband mellan hälsa och ekonomisk utveckling. Den senare rapporten är en fördjupad kunskapsöversikt och tar bland annat upp frågor om vad ekonomisk tillväxt är, hur hälsa kan påverka tillväxten enligt teoretiska modeller och vilka empiriska studier som finns att tillgå. Enligt rapporten visar internationella studier att många av sambanden mellan hälsa och ekonomisk tillväxt bekräftas både när det gäller studier av utvecklingsländer med låga BNP-nivåer och västvärldens höginkomstländer.

I denna introduktion om hälsa och ekonomisk tillväxt, som delvis bygger på de två ovan nämnda rapporterna från Statens folkhälsoinstitut och studier i dessa, framhålls att människors hälsa är viktig som både mål och medel för individerna och samhället. Som mål innebär en förbättrad hälsa en direkt vinst i form av ett ökat välbefinnande och som medel ger ökad hälsa dels tillgång till mera ”frisk” tid som kan användas till arbete eller andra aktiviteter, dels ökad kvalitet och produktivitet i de aktiviteter som genomförs.

Redovisningen startar med en enkel modell för hälsa och ekonomisk tillväxt. Syftet med modellen är att sätta in människors hälsa i sitt sammanhang av bestämningsfaktorer för hälsa och samspel mellan hälsa och kunskap samt att belysa hälsans påverkan på produktion, inkomster, kostnader och samhällsekonomiska utfall. Efter redovisning av modellen sätts fokus på hälsa som medel. Som underlag används en EU-rapport från 2005, Suhreke, McKee, Sauto Arce, Tsoleva och Mortensen (2005), som visar hälsans bidrag till ekonomisk

utveckling i utvecklade ekonomier och särskilt EU. Därefter belyses hälsa som både medel och mål via en annan EU-rapport från 2007, Mackenbach, Meerding och Kunst (2007), som behandlar de ekonomiska effekterna av socioekonomisk ojämlikhet i hälsa, och viktiga resultat från den rapporten lyfts fram. Hälsa som mål exemplifieras även genom en studie i en WHO-rapport, Suhrcke, Sauto Arce, McKee och Rocco (2008), som visar en ekonomisk beräkning av hälsa som värde för individen. Introduktionen avslutas med en syntes beträffande hälsans ekonomiska betydelse för individer och samhälle.

Som framgår används två EU-rapporter och en WHO-rapport som underlag för framställningen. Skälet till detta är att dessa rapporter utöver att de har en god vetenskaplig kvalitet och är väl strukturerade och lättlästa, även är politiskt relevanta genom att rapporterna har anknytning till EU respektive WHO.

En enkel modell för hälsa och ekonomisk tillväxt

Modellen i figur 1 nedan visar vad som påverkar människors hälsa och hur hälsan i sin tur påverkar den ekonomiska tillväxten. Här behandlas bestämningsfaktorer för hälsa, individens humankapital i form av hälsa och kunskap, hälsans påverkan på produktion, inkomster och kostnader samt utfallet av denna påverkan på samhällsekonomin.

Bestämningsfaktorer för hälsa

Människors hälsa beror i huvudsak på vilka resurser de har tillgång till och vilka hälsorisker de utsätts för i sitt dagliga liv. Resurserna kan exempelvis gälla utbildning, arbete, arbetsmiljö, boende, ekonomi, fritid, medborgerliga aktiviteter och trygghet. Av de nämnda resurserna är ekonomin särskilt viktig eftersom den styr andra bestämningsfaktorer som har sin grund i ekonomiska förhållanden: boende, näringsriktig kost, social stress på grund av fattigdom etc. Ohälsa skapas när människor lever under mycket sämre livsvillkor än andra i fråga om resurser och risker. Även många av de levnadsvanor som individen själv bestämmer över är socialt betingade, till exempel fysisk aktivitet, den mat man äter och hur man använder tobak, alkohol och narkotika. Med andra ord påverkar människors livsvillkor hälsan direkt, men livsvillkoren påverkar även människors levnadsvanor som i sin tur även påverkar hälsan.

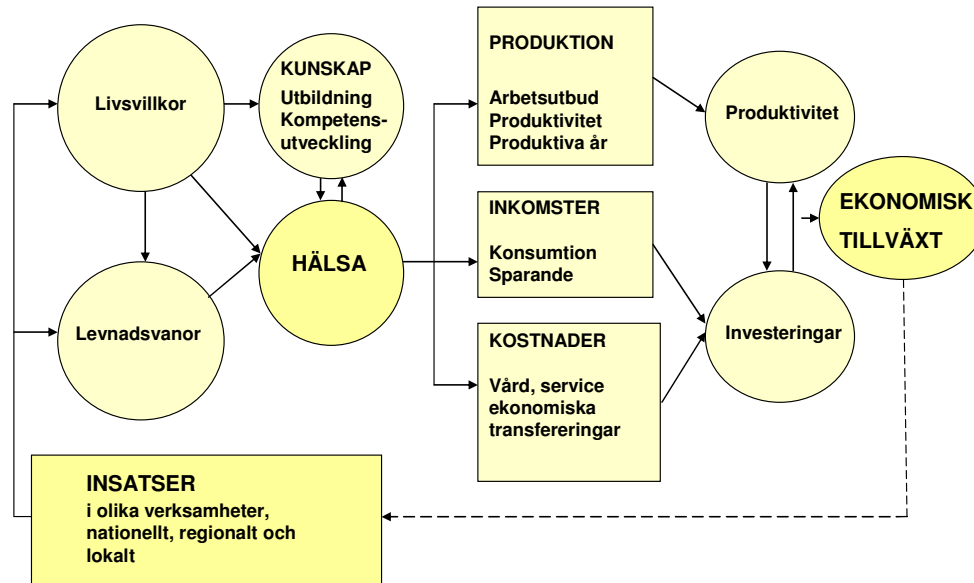
Humankapital

I nästa led av modellen kan vi se det ömsesidiga sambandet mellan hälsa och kunskap som tillsammans bildar individens humankapital. Bättre hälsa leder till en bättre inlärningsförmåga och fler utbildningsår, och bättre kunskap skapar sedan förutsättningar för en bättre social position med bättre inkomster. Kunskapen får människor bland annat genom formell utbildning och arbetsplatspecifik kompetensutveckling.

Påverkan på produktion, inkomster och kostnader

Hälsan i samspel med kunskap påverkar ekonomin via produktionen, inkomsten och kostnader för vård, service och transfereringar. Med transfereringar menas här överföring av kontanta medel till hushåll.

Bestämningfaktorer → *Humankapital* → *Påverkan på produktion,* → *Aggregerad ekonomi*
för hälsa *inkomster och kostnader*



Källa: Bernt Lundgren, 2010.

Figur 1: En enkel modell för hälsa och ekonomisk tillväxt

En god hälsa i samspel med hög kunskap påverkar produktionen genom

- mer omfattande arbetsdeltagande
- högre produktivitet i arbetet
- fler produktiva år.

En god hälsa påverkar människors inkomst, konsumtion och sparande genom

- högre ingångslön och löneutveckling
- val av högre konsumtions- och sparandenivå
- ökat sparande när antalet år i god hälsa ökar.

En god hälsa påverkar kostnaderna genom

- mindre utgifter för vård, service och ekonomiska transfereringar relativt sett.¹

Aggregerad ekonomi

Sambandet mellan hälsa och ekonomisk tillväxt är både kortsiktigt och långsiktigt. Insatser som förbättrar hälsan kan ha snabba ekonomiska effekter, men det är framförallt det långsiktiga sambandet som ska betonas. Många faktorer påverkar den ekonomiska tillväxten, varav till exempel tekniska innovationer, investeringar i realkapital och utbildning av arbetskraften har direkta effekter på ekonomin. Hälsans effekt på ekonomin är främst att den

¹ Många faktorer påverkar den absoluta utvecklingen av utgifter för vård, service och ekonomiska transfereringar, bland annat den teknologiska utvecklingen samt utvecklingen av inkomster och befolkningens ålderssammansättning. Med mindre utgifter relativt sett avses att en förbättrad hälsa är en faktor som kan dämpa den kostnadsdrivande effekten av andra faktorer.

höjer avkastningen på andra investeringar som i sig redan gynnar den ekonomiska tillväxten. Hälsa är alltså en viktig komponent i humankapitalet.

Återkoppling via insatser

Modellen visar att det finns en möjlig (och önskvärd) återkoppling mellan ekonomisk tillväxt och insatser för att främja en bättre och mer jämlik hälsa. Med ekonomisk tillväxt följer ökade individuella och kollektiva resurser där de senare i form av bl.a. socialförsäkringar och välfärdstjänster kan användas i omfördelande syfte över människors livscykel och mellan sociala grupper och därmed bidra till minskade hälsoskillnader. Vidare kan sådana resurser användas för att förbättra miljöer som innebär hälsorisker.

Sambandet mellan hälsa och ekonomisk tillväxt i en EU-rapport från 2005

År 2001 redovisade Världshälsoorganisationen (WHO) en rapport från The Commission on Macroeconomics and Health som visade att förbättringar i hälsa är en viktig strategi för att öka den ekonomiska tillväxten och minska fattigdomen i låg- och medelinkomstländer. Denna rapport, Commission on Macroeconomics and Health (2001), följdes år 2005 av en översikt om evidens beträffande hälsans effekter på ekonomin i höginkomstländer, särskilt i EU. Rapporten, The contribution of health to the economy in the European Union (Suhreke et al., 2005), framhåller att det finns starka ekonomiska skäl till att investera i hälsa om Europas globala konkurrensförmåga ska kunna upprätthållas.

EU-rapporten ställer en viktig fråga i centrum: vilken relevans har resultaten från forskningen om sambandet mellan hälsa och ekonomisk tillväxt för EU-ländernas politik? Frågan är berättigad eftersom många studier som refereras i EU-rapporten hämtar sitt empiriska underlag från låginkomstländer i Afrika, Latinamerika och Asien. Man redovisar två viktiga skillnader mellan låginkomstländer och de flesta EU-länder respektive andra höginkomstländer:

Sjukdomsburden är annorlunda i låginkomstländer, där den i huvudsak består av smittsamma infektionssjukdomar, dödlighet i barnsäng, barnadödlighet och sjukdom som följd av undernäring. I höginkomstländer är det främst de icke smittsamma sjukdomarna som dominerar; hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, skador och psykisk ohälsa. Denna sjukdomsburden har en annan karaktär och lyfter även fram andra problem.

Produktionstekniken i höginkomstländerna har vissa särdrag, där tyngre arbete inom jordbruk och råvaruproduktion är mindre viktigt för ekonomin. Tekniken har gjort att kroppsarbete har blivit en väsentligt mindre betydelsefull insatsfaktor i ekonomin än i utvecklingsekonomier. Detta gör också att hälsan kommer att påverka arbetsmarknaden och dess effektivitet på olika sätt.

Teoretiska utgångspunkter

En teoretisk utgångspunkt för EU-rapporten är idén att humankapitalet är en viktig drivkraft för ekonomiska utfall både på individ- och samhällsnivå. Rapporten hänvisar till den makroekonomiska neoklassiska teorin², där den ekonomiska tillväxten beror på kapitalstocken (byggnader, maskiner etc.) samt arbetskraftens storlek och produktivitet. Enligt denna teori beror förändringar i produktiviteten på de teknologiska framstegen. Inom den så kallade endogena tillväxtteorin³ har försök gjorts att förklara vad som driver fram produktiviteten och förändringarna i teknologin. Teorin har särskilt fokuserat på investeringar i humankapital, främst i form av högre utbildad arbetskraft.

I rapporten hänvisar man även till ekonomen Gary Beckers teorier som förklarar att individer kan tänkas investera i utbildning för att höja framtida inkomster (Becker, 1964). Becker har också lyft fram hälsa som en del av humankapitalet⁴, vilket Beckers elev Michael Grossman senare förfinade. Michael Grossman utvecklade 1972 en modell som fokuserar på individens efterfrågan på hälsa (Grossman, 1972). Grossman skiljer mellan hälsa som något människor kan konsumera, och som ett kapital de investerar i. Som en "konsumtionsvara" är hälsa direkt nyttig eftersom människor uppskattar att må bra, och hälsa är därmed ett mål i sig. Som en "kapitalvara" är hälsa ett medel för att få mera "frisk" tid som kan användas till arbete eller andra typer av aktiviteter. Hälsa är därför inte enbart något som efterfrågas utan också något som människor producerar, både som mål och medel.

Rapporten utgår vidare från ett synsätt på kanaler för hälsans påverkan på ekonomin som har hämtats från Bloom, Canning och Sevilla (2001).⁵ Dessa forskare tänker sig att hälsan kan påverka den ekonomiska utvecklingen i höginkomstländer via främst fyra kanaler: högre produktivitet, ökat arbetsutbud, förbättrade yrkeskunskaper som ett resultat av högre utbildning och arbetsträning, samt ett ökad sparande som kan användas för investeringar i både fysiskt och intellektuellt kapital.

Författarna av EU-rapporten framhåller att det inte är så enkelt att bestämma i vilken utsträckning dessa mekanismer existerar i praktiken och hur viktiga de är. Skälet för detta är att dataunderlag, hälsomått och ekonomiska mått varierar i olika undersökningar. För de resultat de redovisar använder de statistiska metoder som uppväger nämnda problem. De koncentrerar sig särskilt på frågorna om produktivitet och arbetsutbud där evidensen är god men tar även upp de två andra mekanismerna.

Samhällskostnader för sjukdom

Det finns ett stort antal studier om samhällskostnader för sjukdom (cost-of-illness-studier, COI) med inriktning på höginkomstländer, främst USA men även Europa. Dessa studier skattar storleken på de resurser i monetära termer som används för att behandla sjukdom liksom storleken på de negativa konsekvenserna i termer av minskad produktion och produktivitet av att människor är sjuka. Sådana studier är enligt EU-rapporten ett viktigt första steg i arbetet med att visa storleken på samhällsekonomiska effekter av sjukdomsördan.

² Makroekonomin handlar om samhällsekonomi sedd i ett helhetsperspektiv. Studiet av makroekonomin behandlar fyra marknader; varu-, arbets-, finans- och valutamarknaderna. Den makroekonomiska politikens huvudområden gäller allokeringspolitik, fördelningspolitik, stabiliseringspolitik och tillväxtpolitik. Se Fregert och Jonung (2003), s. 21 och 25.

³ Se Fregert och Jonung (2003), s. 145–149.

⁴ Se Mikael Nordbergs uppsats "Om begreppet humankapital med betoning på hälsa" i denna rapport.

⁵ Se även Bloom och Canning (2000).

Samtidigt framhålls att dessa studier inte kan visa riktningen på sambandet mellan hälsa och ekonomiska utfall och det begränsar värdet av studierna.

I rapporten redovisas studier av kostnader för hjärt-kärlsjukdom och psykisk ohälsa samt fyra riskfaktorer för ohälsa som är särskild relevanta för Europa, nämligen diabetes, fetma, rökning och alkoholkonsumtion. Här ska några av dessa exempel nämnas. Hjärt-kärlsjukdom är den sjukdom som är mest kostsam. En studie av Liu, Maniadakis, Gray & Rayner (2002) visar till exempel att kostnaden i Storbritannien år 1999 var 11 procent av hälso- och sjukvårdens utgifter och 1 procent av BNP. På motsvarande sätt beräknades att kostnaderna i EU-25 för sjukdom orsakad av tobaksbruk var mellan 1,04 och 1,39 procent av EU-25:s BNP år 2000 (Suhrcke et al., 2005).

Effekter av hälsa på individ- och hushållsnivån

EU-rapporten lyfter fram hur hälsoeffekterna skiljer sig åt på individ- och hushållsnivå respektive på makronivå. För individ- och hushållsnivån finns enligt rapporten omfattande evidens i utvecklade länder för att hälsa i arbetslivet har stora ekonomiska effekter. Hälsa påverkar löner, inkomster, mängden arbetade timmar, arbetskraftsdeltagandet, beslut om förtidspensionering och utbudet av arbetskraft för dem som vårdar sjuka hushållsmedlemmar. I rapporten granskas även de jämförelsevis få studierna av hälsans effekt på utbildning och sparande i utvecklade länder.⁶

Hälsa och arbetsliv

I rapporten framhålls att det intuitivt är uppenbart att individens hälsostatus påverkar dennes beslut att delta i arbetskraften och omfattningen av arbetad tid. Vidare menar författarna att man kan förvänta sig att kvaliteten på arbetsutbudet, eller produktiviteten, påverkas av individens hälsostatus. Beträffande produktiviteten upplyser författarna om att en individs arbetsproduktivitet i allmänhet approximeras med individens lönenivå i studier. Skälet till detta är att lönenivån motsvarar den marginella produktiviteten under antagande om perfekt marknadskonkurrens. I rapporten gör författarna en åtskillnad mellan studier som beskriver hälsoeffekter på lönenivåer och inkomster å ena sidan och studier som undersöker hälsoeffekter på arbetsutbudet å andra sidan.

Hälsa och löner/inkomster

Ett stort antal studier visar att dålig hälsa påverkar människors löner och inkomster negativt. Storleken på effekterna varierar i olika studier på grund av olika forskningsmetoder och hälsomått, bland de senare till exempel självskattad hälsa, diagnosticerad sjukdom och långtidssjukskrivning. Medan många studier har belyst det nämnda sambandet inom höginkomstländer är studier som avser europeiska länder relativt få. Här redovisas tre studier som har presenterats under 2000-talet.

En studie av Andrén och Palmer (2001), som specificerar årsinkomst och timlön, visar med data från det svenska socialförsäkringsregistret för åren 1983–91 att personer i yrkesverksam ålder som efter långtidssjukskrivning i fem år har blivit friska och återigen arbetar har lägre inkomster under kommande yrkesaktiva år. En studie av Hansen (2000) med data från Sverige om kvinnors och mäns löner visar att lönerna för kvinnor minskar när de är frånvarande från arbetet genom egen sjukdom men inte på motsvarande sätt när de är hemma och vårdar ett

⁶ I en uppdaterad litteraturgenomgång bekräftar McKee och Suhrcke (2010) EU-rapportens slutsatser om hälsans effekter på individ- och hushållsnivån.

sjukt barn. Att vara hemma med ett sjukt barn uppfattas enligt författarna som mer ”legitimt” än att vara sjuk själv. För män finns i denna studie inga effekter på egen inkomst av frånvaro från arbetet på grund av egen sjukdom.

Gambin (2004) använder data från en brittisk hushållsundersökning för åren 1991–2001 och undersöker inverkan av hälsa på löner för kvinnor och män som yrkesarbetar. Hon finner att kvinnors självskattade hälsa påverkar deras löner mer än vad mäns självskattade hälsa gör. Mycket bra hälsa hos män jämfört med mindre bra hälsa ökar mäns timlön i genomsnitt med 1,027 brittiska pund medan motsvarande för kvinnor är 1,040. Utfallet är alltså större för kvinnor än för män och relativt sett ändå större än själva siffrorna om det beaktas att kvinnors genomsnittliga löner är lägre än mäns.

Ett antal studier använder fysiska proxymått (surrogatmått för hälsa) som längd och vikt (BMI – ”body mass index”). Det finns stora skillnader i tolkningen av sambandet mellan dessa variabler och löner/inkomster för individer. Sambandet är direkt kopplat till hälsa för låginkomstländer, där undernäring spelar stor roll för arbetskapaciteten. Däremot spelar andra faktorer in i höginkomstländer; kroppslängd visar sig till exempel ha en positiv inverkan på löner vid anställning medan högt BMI har en negativ inverkan, en effekt som dessutom är starkare för kvinnor än för män. Sociala värderingar spelar roll vid lönesättning, och det är värt att påpeka att värderingar av till exempel kropps-konstitution i sin tur är kopplade till föreställningar om hälsa. Dessa föreställningar varierar liksom kroppsidealerna över tid och det finns skäl att ta hänsyn till hur den typen av socialt och kulturellt konstruerade hälsovariabler uppstått för att förstå vilken betydelse de faktiska måtten kan ha.

Studier som stödjer tesen om ett positivt samband mellan längd och lön är till exempel Heineks (2004) studie av tyska paneldata för perioden 1991–2002 som visar ökande inkomster med 1,0–1,3 procent för män för varje ökad centimeters längd. För kvinnor fanns inte någon motsvarande effekt. I två andra studier av Judge och Cable (2004; 2003) med data från USA respektive Storbritannien visas att varje tum som längden ökar resulterar i en årlig inkomstökning med 789 dollar efter kontroll av kön, ålder och vikt. Författarna kompletterar denna analys med en övergripande analys av litteratur inom ämnesområdet och får fram att längd påverkar såväl självförtroende som ledarförmåga och prestationsförmåga. Det är alltså inte enbart större produktivitet som mäts via anknytningen mellan längd och bättre arbetsmarknadsutfall.

Hälsa och arbetskraftsutbud

Ett stort antal studier, huvudsakligen från USA men under senare tid också från Europa, visar att en god hälsa ökar sannolikheten för individer att delta i arbetskraften med följd att arbetsutbudet ökar. Flera studier visar också att det finns ett klart samband mellan ohälsa och människors planer på att pensionera sig i förtid, men detta påverkas även mycket av de institutionella förutsättningarna, dvs. utformningen av pensionsförsäkringar och pensionsregler. Arbetskraftsdeltagandet påverkas inte bara av enskilda människors hälsa utan även av hälsan hos de övriga i hushållet. Om exempelvis barnen blir sjuka måste föräldrarna anpassa sitt beteende på arbetsmarknaden till detta.

Här redovisas några europeiska studier om arbetskraftsdeltagande. Gannon och Nolan (2003) visar med enkätdata från Island år 2000 att kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättningar som allvarligt hindra dagliga aktiviteter påverkar människors arbetsförmåga på ett påtagligt sätt. Män med dessa besvär hade 61 procent lägre sannolikhet och kvinnor 52 procent lägre sannolikhet att arbeta jämfört med män och kvinnor utan dessa besvär. Pagán och Marchante

(2004) visar med data 1995–2000 om självskattad hälsa hos spanska män med funktionsnedsättning att män med en omfattande funktionsnedsättning har arbete i väsentligt lägre utsträckning än män som inte har en omfattande funktionsnedsättning.

En svensk undersökning av Lindholm, Burström och Diderichsen (2001) visar på motsvarande sätt, med data från Undersökningen av levnadsförhållanden (ULF) under perioderna 1979–90 och 1986–97, att sannolikheten för ekonomisk inaktivitet, arbetslöshet och långtidsarbetslöshet är väsentligt högre för dem som har en begränsande långvarig sjukdom.

En forskare, Riphahn (1998), har lyft fram effekter av en plötslig hälsoförsämring, en hälsochock, och argumenterar för att en hälsorelaterad arbetsförsämring kan ha effekter under lång tid. Hennes analyser avser människor i åldern 40–59 år och baseras på data från en tysk enkät för perioden 1984–94. Hon finner, med en definition av en hälsochock som en nedgång med minst fem punkter ifråga om tillfredsställelse med hälsan inom ett år (baserad på en skala från 0–10), att 13 procent av dem så råkade ut för en hälsochock inte längre var heltidsanställda under året därpå, jämfört med drygt 5 procent i urvalet som helhet. Hon finner vidare att sannolikheten att personer som upplever en hälsochock blir deltidssysselsatta ökar med omkring 60 procent och att sannolikheten att personerna helt ska lämna arbetskraften ökar med mer än 200 procent. En hälsochock visar sig vara den viktigaste determinanten för att helt lämna arbetskraften. Hon avslutar med att detta resultat visar vilka politiska möjligheter det finns att behålla äldre arbetskraft i arbete, till exempel genom att satsa mer på rehabilitering.

Hälsa och utbildning

Teorier om humankapital (Schultz, 1960; Mushkin, 1962; Becker, 1964) betonar att personer med längre utbildning är mer produktiva än andra och därmed också kan ha högre inkomster. En god hälsa och bra kognitiva funktioner under barndomen ger bättre förutsättningar för kunskapsinhämtning och en hög produktivitet i framtiden. Bättre hälsa ökar också livslängden, och förväntningar om ett längre liv ger människor starkare motiv att investera i utbildning för att förbättra sina framtida inkomster.

Det finns en omfattande litteratur och stark evidens för ett positivt samband mellan vuxna människors hälsa och utbildning (Freedman & Martin, 1999). Så fann till exempel Case, Fertig och Paxson (2004) med drygt 40-åriga longitudinella data från Storbritannien att barn med dålig hälsa har lägre utbildningsnivå. Särskilt psykiska och emotionella villkor under barndomen är starkt relaterade till nivån på erhållen utbildning.

Relationen mellan barns hälsa och kognitiv utveckling har även undersökts i en mångfald studier i USA. Edwards och Grossman (1980) fann i en studie med data för barn i åldern mellan sex och elva år under perioden 1963–65 ett signifikant samband mellan kognitiv utveckling (mätt med ett IQ-mått och utbildningsnivå) och flera olika hälsoindikatorer. I studien gick det dock inte att klargöra sambandets riktning.

Med samma indikatorer som hos Edwards och Grossman undersökte därefter Shakotko, Edwards och Grossman (1980) sambandet mellan hälsa och utbildningsprestation under barndomen och motsvarande under tonåren. Individerna i studien var mellan sex till elva år under perioden 1963–1965 mellan tolv och 17 år under perioden 1966–70. Enligt forskarna finns det ett dubbelriktat samband mellan hälsa och utbildning där dock riktningen från

utbildning till hälsa är starkast. De tolkar resultatet som att det kan finnas en kontinuerlig relation mellan hälsa och kognitiv utveckling över hela livscykeln. De finner även ett starkt positivt samband mellan kognitiv utveckling under barndomen och kognitiv utveckling under puberteten.

Författarna till EU-rapporten (Suhrcke et al., 2005) framhåller med utgångspunkt från bland annat nämnda studier att fastän det starka och positiva sambandet mellan hälsa och utbildning i de flesta fall beror på effekter av utbildning på hälsa så kan åtminstone delar av detta samband förklaras av effekter av hälsa på utbildning; detta sker huvudsakligen via effekter av hälsan under barndomen på kognitiv utveckling. Detta är i sig, menar författarna, ett argument för att investera i barns hälsa.

Hälsa och sparande

Det är rimligt menar EU-rapportens författare att sparandet ökar om människor förväntar sig att leva ett längre och hälsosammare liv. Studier av höginkomstländer som belyser detta samband är alltför emellertid få. Författarna hänvisar till en studie av Smith (1999) där resonemang sker om hälsa och sparande.

Effekter av hälsa i ett makroperspektiv

Författarna till EU-rapporten diskuterar kopplingen mellan hälsans mikroekonomiska effekter och tillväxten av bruttonationalprodukten (BNP) på det makroekonomiska planet. Flera olika studier refereras, inklusive historiska studier där enskilda länder har följts över längre tid och där man har funnit positiva samband mellan hälsa och ekonomisk tillväxt.

Enligt en studie av Robert Fogel (1994) beror exempelvis omkring 30 procent av den ekonomiska tillväxten i Storbritannien 1780–1980 på att befolkningen fick bättre hälsa och mer näringsrik mat. Förklaringen är att en stor del av befolkningen, närmare 20 procent för Storbritannien under 1700-talet, inte hade tillgång till mer föda än att de orkade med ”a few hours of strolling”. Effekten av de förbättrade näringsförhållandena kom därför att bli stora när de fattigaste delarna av befolkningen kunde medverka mer i produktionen. Bättre hälsa och en bättre sammansättning av kosten samt bättre kläder och bostäder påverkade, enligt Fogel, effektiviteten i hur energin kunde omvandlas till produktivt arbete. En annan viktig slutsats av Fogels arbete är att det finns en tidsmässig eftersläpning på ekonomisk tillväxt av de insatser och investeringar som gjordes för att förbättra näringsförhållanden, sanitära förhållanden respektive direkta sjukdomsbegränsade insatser.

I en annan historisk studie av Suchit Arora (2001) undersöktes med medellivslängd som hälsomått sambandet mellan hälsa och ekonomisk tillväxt för tio länder som idag räknas som höginkomstländer. Länderna och tidsperioderna är Australien (1881–1994), Danmark (1870–1992), Finland (1881–1992), Frankrike (1870–1994), Italien (1875–1992), Japan (1891–1994), Nederländerna (1880–1992), Norge (1870–1992), Sverige (1870–1994) och Storbritannien (1871–1992). Enligt Arora ökade hälsoförbättringarna ländernas ekonomiska tillväxt med mellan 30 och 40 procent.

Studier som har belyst enbart låginkomstländer eller låginkomstländer tillsammans med höginkomstländer har genomgående funnit att bättre hälsa, ofta mätt som medellivslängd, har positiva effekter på ekonomisk tillväxt. Emellertid är empiriska makroekonomiska studier som gäller enbart höginkomstländer både mycket få till antalet och redovisar resultat som inte är entydiga. Vissa av studierna har funnit stöd för tesen att bättre hälsa leder till högre

ekonomisk tillväxt, medan andra inte har kunnat finna något sådant stöd. Enligt författarna till EU-rapporten kan en förklaring till svårigheterna vara de hälsoindikatorer som vanligen används i den här typen av empiriska studier. Ofta approximeras befolkningens hälsa med allmänna dödlighetsmått (medellivslängd och liknande) som inte i tillräckligt hög grad avspeglar de hälsoskillnader som faktiskt existerar mellan höginkomstländer. En indikator som författarna anser är väsentligt bättre än medellivslängd när det gäller studier av höginkomstländer är dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar. I en studie av 26 höginkomstländer, där dödlighet i hjärt-kärlsjukdom bland vuxna i yrkesverksam ålder används som mått, fann till exempel Suhrcke och Urban (2005) vid analys av perioden 1960–2000 att en minskning av hjärt-kärl dödligheten med tio procent hade samband med en ökning av den ekonomiska tillväxten med en procentenhet. Studien visar enligt EU-rapportens författare att det finns ett stort behov av att förnya arsenalen av hälsoindikatorer vid tillväxtstudier som gäller höginkomstländer. Utöver hjärt-kärl dödlighet anser författarna att psykisk sjukdom och annan sjuklighet bör kunna användas som hälsoindikatorer i rika länder.

Slutsatser av rapporten

EU-rapporten 2005, *The contribution of health to the economy of the European Union*, belyser situationen i höginkomstländer i allmänhet och EU i synnerhet. Sammanfattningsvis visar rapporten att beslutsfattare bör uppmärksamma hälsa som ett angeläget investeringsområde inom politikområden även utanför hälso- och sjukvården. Hälsa är en viktig del av humankapitalet och bidrar till ekonomisk tillväxt genom högre produktivitet och ökat arbetsutbud samt troligen också genom förbättrad kunskapsinhämtning. Den teoretiskt tänkbara effekten via ökat sparande är däremot empiriskt osäker. Befintliga studier om effekter av hälsa på kunskap och sparande är dock få och behöver utökas. Även fler makroekonomiska studier av dagens höginkomstländer bör genomföras. Både för makro- och mikroekonomiska studier behöver hälsoindikatorerna utvecklas. Det är även angeläget att arbeta för att få fram jämförbara data från alla EU-länder för utveckling av den komparativa forskningen. Mer forskning behövs även för att tydliggöra vinster och kostnader av åtgärder i politikområden även utanför hälso- och sjukvården.

Ekonomiska effekter av socioekonomisk ojämlikhet i hälsa inom EU

EU-kommissionen har under 2000-talet haft en arbetsgrupp som har arbetat med frågan om sociala determinanter och ojämlikhet i hälsa. Inom ramen för detta arbete har professor Johan Mackenbach vid Universitetet i Rotterdam haft i uppdrag av EU-kommissionen att belysa de ekonomiska effekterna av socioekonomisk ojämlikhet i hälsa. Han och ett par forskarkollegor menar att det enbart är genomsnittlig hälsa som har belysts hittills, och att det är otillräckligt. I stället bör ojämlikhet i hälsa och ekonomiska effekter av denna belysas. Rapporten *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union* var klar under 2007 (Mackenbach, Meerding, & Kunst, 2007).

Mackenbach et al utgår i rapporten från ett stort antal olika datakällor för sin analys av samtliga länder i EU 25, det vill säga de 25 länder som då ingick, och presenterar ett så kallat "levelling up"-scenario för dessa länder år 2004. "Levelling up" betyder i sammanhanget en nivåförskjutning uppåt så att den vuxna befolkningen först rankas efter socioekonomisk

position, och sedan tänker man sig att den nedre halvan av denna befolkning ska få en lika bra hälsa som den halva som utgör det övre skiktet.

Forskarna utgår även från en välfärdsekonomisk ansats, en så kallad ”full income approach” med avseende på analysen. I en sådan ansats sätts inte enbart hälsans effekter på ekonomisk tillväxt i fokus utan även dess effekter på social välfärd mer allmänt. Genom en ”full income approach” kompletteras således hälsa som en ”kapitalvara”, vilken påverkar ekonomisk tillväxt via arbetsutbud, produktivitet, inlärning och sparande, av hälsa som en ”konsumtionsvara”, det vill säga som nytta och livskvalitet för individen. Eftersom hälsa inte har något marknadsvärde bygger ansatsen på hälsoekonomiska värderingar i pengar av dödsfall och sjuklighet. I Mackenbachs et al. studie används värderingar angivna av den amerikanske ekonomen Nordhaus (2002).

Mackenbach et al. uppskattar att antalet dödsfall som hänger ihop med ojämlikheten i hälsa mellan de två grupperna i befolkningen i EU-25 år 2004 är 707 000 per år och att antalet livsår som förloras med dessa dödsfall är 11,4 miljoner genom att i genomsnitt 16 år förloras per dödsfall. Vidare finner de att antalet fall av ohälsa som inte inkluderar dödsfall är 33 miljoner per år, motsvarande 4,3 miljoner förlorade livsår, och att inverkan på medellivslängden vid födelsen är 1,84 år samt att samma ojämlikhet i hälsa minskar den hälsovägda medellivslängden, det vill säga god hälsa, med drygt 5 år (5,14 år).

Forskarna konstaterar vidare att den socioekonomiska ojämlikheten i hälsa får stora ekonomiska effekter. De ojämlikhetsrelaterade förlusterna av hälsa som ”en kapitalvara”, som minskar arbetsutbudet och produktiviteten, är relativt sett små (1,4 procent av BNP), men stora i absoluta termer (141 miljarder euro per år).

Det är när hälsa värderas som ”en konsumtionsvara”, dvs. som nytta och livskvalitet för en person, som den ekonomiska effekten av ojämlikhet i hälsa framstår som mycket stor: cirka 9,5 procent av BNP eller 1 000 miljarder euro. Bedömningen av denna ekonomiska effekt bygger på en hälsoekonomisk värdering av dödsfall och sjuklighet gjord av Nordhaus (Nordhaus, 2002).

Slutsatsen om en stor ekonomisk effekt stöds av separat beräknade kostnader för socialförsäkringssystemen och hälso- och sjukvården. De ojämlikhetsrelaterade ekonomiska förlusterna beräknas till 15 procent av kostnaderna för socialförsäkringssystemen och 20 procent av kostnaderna för hälso- och sjukvården i EU som en helhet. Skattingarna avser årliga värden.

Tobak som exempel

Mackenbach et al. framhåller att den fördjupade forskningen under senare år om orsaker till ojämlikhet i hälsa har lett till en allt större kunskap om hur denna ojämlikhet kan påverkas via politiskt beslutade interventioner. De redovisar ett exempel inom tobaksområdet.

Om en tobakspolitik implementeras som minskar rökningen med 33 procent i den lägre socioekonomiska gruppen, medan rökprevalensen minskar med 25 procent i den högre socioekonomiska gruppen, minskar inte bara den sociala ojämlikheten i hälsa, utan också ca 7 procent av de kostnader genom dödsfall och sjuklighet, inklusive kostnader för socialförsäkringar och hälso- och sjukvård, som följer av hälsoojämlikheten. Ojämlikhetsrelaterade förluster för hälsa som en ”konsumtionsvara” skulle minska med omkring 75

miljarder Euro per år inom EU 25, och motsvarande för hälsa som en "kapitalvara" skulle minska med nästan 9 miljarder Euro.

Slutsatser av rapporten

Det finns enligt Mackenbach och kollegor en stor potential för att minska dessa socioekonomiska skillnader i hälsa och därmed förbättra hälsan och livskvaliteten för ett stort antal människor. Samtidigt kan man alltså vinna ekonomiska fördelar. Åtgärderna bör omfatta både breda välfärdsinsatser som involverar flera samhällssektorer och enskilda riskfaktorer. Breda välfärdsprogram för att minska hälsoskillnader kan, enligt Mackenbach et al., ge effekt på 10–20 års sikt. Åtgärder för att minska ojämlikhet i hälsa knuten till enskilda riskfaktorer, så som rökning, kommer också, menar han, att bidra till att öka arbetsproduktiviteten och välfärd samt att reducera kostnader för socialförsäkringar och hälso- och sjukvård.

Hälsans betydelse som "konsumtionsvara" i en WHO-rapport

Den hälsoekonomiska värderingen av hälsa innebär, som i Mackenbachs et al. studie, att man också bör lyfta fram värdet av ökad livslängd och livskvalitet för människor inom ramen för tillväxtbegreppet. När man tar hänsyn till både värdet av ekonomisk tillväxt och värdet av ökad livslängd m.m. brukar detta kallas en "full income approach".

Metoder för att sätta pris på hälsa

En ansats med inriktning på hela inkomsten ("full income approach") förutsätter att värdet av liv och livsår kan skattas i monetära termer. I modern ekonomisk litteratur finns det primärt finns två sätt att beräkna värdet av ett liv (Hultkrantz & Svensson, 2008). Dessa är "revealed preferences" (RP-metoder) och "stated preferences" (SP-metoder). Båda beräkningssätten baseras på ekonomisk teori och en betalningsviljeansats.

Med RP-metoder extraheras mått från människors faktiska val. Man får vid dessa metoder fram det ekonomiska värdet på hälsan genom att till exempel granska de extra inkomster som människor kräver för att acceptera jobb som innebär hälsorisker, till exempel gruvarbete, eller genom att granska människors utgifter för olika säkerhetsarrangemang som antisladdsystem och brandvarnare. Med hjälp av dessa inkomster, risker och utgifter kan man göra många analyser av små förändringar i dödlighetsrisken för att få fram värdet av ett så kallat "statistiskt liv". Detta värde kan i sin tur användas för att värdera förändringar i dödlighetsrisker.

Med SP-metoder mäts styrkan i personers preferenser genom att söka svar på hur de skulle välja i hypotetiska valsituationer, till exempel hur mycket de är beredda att betala för att minska sin dödsrisk i en viss omfattning.

Den amerikanske ekonomen William Nordhaus har blivit en standardreferens i många studier där värdet av ett statistiskt liv anges. Han gick igenom olika betalningsviljestudier och kom fram till att ett statistiskt liv är värt 3 miljoner dollar samt att ett livsår är värt 100 000 dollar (Nordhaus, 2002). Den första siffran är värdet av att undvika ett dödsfall hos en person i 40-årsåldern, medan den senare gäller värdet av att den personen får ytterligare ett livsår. Nordhaus värden gäller USA omkring 1990 och dessa värden kan enligt Mackenbach et al. (2007) eventuellt behöva justeras för inflation och för skillnader i skattningar av hälsans värde

i Europa jämfört med USA. Nordhaus skattning av värdet för ett livsår till 100 000 dollar (motsvarande 77 000 euro vid tidpunkten för Mackenbachs et al. beräkningar) stämmer dock bra med motsvarande skattningar av det EU-finansierade projektet ExternE som bland annat har beräknat de ekonomiska effekterna av luftföroreningarnas hälsokonsekvenser. Projektets skattningar ligger i intervallet 50 000–100 000 euro. Nordhaus skattningar av ett (friskt) livsår har alltså blivit något av ett standardvärde, vilket också bekräftas av andra forskningsresultat. Dow och Schoeni (2008, s. 3) skriver i en teknisk rapport till Robert Wood Johnson Foundation: "We use \$100,000 as the benchmark because it is a common, arguably conservative, value of a healthy life year". Detta värde på ett livsår används därefter i huvudrapporten "Overcoming obstacles to health" från Robert Wood Johnson Foundation (2008, s. 43) till "the Commission to Build a Healthier America".

Hälsans betydelse som "konsumtionsvara" - medellivslängd

I en WHO-rapport från år 2008 med titeln *The economic costs of ill health in the European Region* redovisar Suhrcke, Sauto Arce, McKee och Rocco (2008) studier av kostnader för hälsans betydelse som "konsumtionsvara" med fokus på medellivslängd. Här nämns några studier.

Ekonomen Dan Usher var den som först introducerade värdet av minskad dödlighet i samband med nationalräkenskapsberäkningar, i en studie år 1973 av sex länder: Kanada, Chile, Frankrike, Japan, Sri Lanka och Taiwan (Usher, 1973). Han använder begreppet "hela inkomsten" (full income) för att få fram det summerade värdet av BNP-tillväxt och vunnit medellivslängd, under en period av några decennier i mitten av 1900-talet. Mätt med ett konventionellt BNP-mått har höginkomstländerna i gruppen en högre tillväxt än låginkomstländerna, medan det omvända gäller beträffande utvecklingen av medellivslängden.

Nordhaus har gjort en studie av förhållanden i USA (Nordhaus, 2003), och den visar att det ekonomiska värdet av förbättrad medellivslängd i ett nästan 100-årigt perspektiv (1900–1995) är lika stort som värdet av den ekonomiska tillväxten av alla varor och tjänster utanför hälsoområdet. Detta resultat visar att hälsoinvesteringar kan ge mycket större produktivitetseffekter än andra investeringar, vilket också är resultatet i studier av Costa och Kahn (2003), Crafts (2005), Cutler och Richardson (1997), Miller (2000) samt Viscusi och Aldy (2003).

Suhrcke et al. (2008) redovisar i en egen studie om ohälsans kostnader i valda länder inom WHO:s Europaregion en skattning av det monetära värdet av en förbättrad medellivslängd mellan 1970 och 2003. Studien bygger på en modell och beräkningar av Becker, Philipson och Soares (2005) samt Soares (2007). Med SP-metoder skattas den summa pengar som människor skulle vilja ha för att inte få ta del av livslängdsförbättringarna som skedde mellan dessa år. Med andra ord, vilken inkomst skulle någon som lever med 2003 års inkomstnivå och livslängd vilja ha för att acceptera att leva med den livslängd som fanns 1970? Den ytterligare inkomst som hon eller han skulle vilja ha är det monetära värdet av de livsår som vanns mellan 1970 och 2003.

Resultatet av beräkningarna för några av WHO-länderna i Europaregionen visas i tabell 1. Kolumn 6 innehåller de monetära beloppen för ökad medellivslängd, och de är alltså mått på den inkomstkomensation som människor förväntas begära för att acceptera en lägre medellivslängd. Värdena i kolumnen kan sedan delas med de extra åren i medellivslängd

Tabell 1: Monetära värden för ökad medellivslängd i valda europeiska länder, 1970–2003

Land	Medellivslängd vid födelsen (år)		Real BNP per capita i PPP\$		Monetärt värde		(7) i % av 2003 års BNP per capita
	1970	2003	1970	2003	Vinst av ökad medellivslängd i PPP\$	Vinst per erhållet livsår i PPP\$	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Österrike	70,02	78,93	3 020	30 094	87 986	9 875	33
Finland	70,40	78,72	2 897	27 619	74 037	8 899	32
Frankrike	72,93	79,44	3 659	27 677	54 741	8 409	30
Grekland	73,82	78,93	1 613	19 954	29 085	5 692	29
Irland	70,75	78,28	1 934	37 738	95 450	12 676	34
Nederländerna	73,71	78,80	3 542	29 371	45 426	8 925	30
Norge	74,17	79,71	3 015	37 670	64 398	11 624	31
Spanien	72,88	79,78	2 313	22 391	45 312	6 567	29
Sverige	74,83	80,37	4 019	26 750	42 705	7 708	29
Schweiz	73,24	80,81	5 222	30 552	69 794	9 220	30
Turkiet	54,15	68,70	927	6 772	37 796	2 598	38
Storbritannien	71,95	78,45	3 189	27 147	55 106	8 478	31

Anm.: PPP\$ är köpkraftparitet i USD. Data för medellivslängd och BNP per capita är från WHO:s European Health for All database (HFA-DB), version november 2007. Tabellvärdena återfinns hos Suhrcke et al. (2008).

mellan 1970 och 2003, vilket ger årliga värden enligt kolumn 7. Dessa årliga värden kan i sin tur uttryckas i relation till 2003 års BNP per capita så att det monetära värdet sätts i relation till BNP-måttet, som framgår av kolumn 8. Denna kolumn visar att det årliga monetära värdet av medellivslängdförbättringen mellan 1970 och 2003 var mellan 29 och 38 procent av BNP per capita, och 29 procent för Sverige. Det är alltså ett mycket högt värde, och det är dessutom mycket högre än samtliga länders utgifter för hälso- och sjukvård per capita. Som tidigare nämnts är dock beräkningen förenklad eftersom den enbart handlar om välfärdsvinsterna av ökad medellivslängd. Beräkningen tar inte hänsyn till att sjukdomar skjuts upp mot högre åldrar tack vare den minskade dödligheten.

Slutsatser av rapporten

I WHO-rapporten lyfts fram att det verkliga syftet med ekonomisk aktivitet är att förbättra människors välfärd, inte att producera varor och tjänster för sakens skull. Begreppet välfärd handlar om den nytta människor har av varor och tjänster, och en sådan nytta kan vara att leva länge och ha en god hälsa. Utmaningen blir därmed att översätta människors välfärdsvinster i form av en förbättrad hälsa till ekonomiska värden så att dessa värden kan jämföras med andra ekonomiska mått, till exempel BNP-måttet. I rapporten redovisas metoder för att sätta pris på hälsan och några studier om hälsans värde som ”konsumtionsvara”. Författarna framhåller med en egen studie som grund att investeringar för att förbättra hälsan, via hälso- och sjukvården och andra sektorer, har varit mycket produktiva.

Syntes - en god hälsa har ekonomisk betydelse för individen och samhället

Framställningen med utgångspunkt från två EU-rapporter och en WHO-rapport om hälsa och ekonomisk tillväxt visar att hälsa är en viktig del av humankapitalet och bidrar till ekonomisk tillväxt genom högre produktivitet och ökat arbetsutbud samt troligen också genom förbättrad kunskapsinhämtning. Den teoretiskt tänkbara effekten via ökat sparande är dock empiriskt osäker. Det finns en stor potential för att minska socioekonomiska skillnader i hälsa och därmed förbättra hälsan och livskvaliteten för ett stort antal människor. Samtidigt kan man vinna ekonomiska fördelar. Det verkliga syftet med ekonomisk aktivitet är att förbättra människors välfärd, inte att producera varor och tjänster för sakens skull. En "full income approach" ger möjligheter att översätta människors välfärdsvinster i form av en förbättrad hälsa till ekonomiska värden så att dessa värden kan jämföras med andra ekonomiska mått, till exempel BNP-måttet.

I ett svenskt perspektiv ger de ekonomiska argumenten för investeringar i hälsa som mål och medel för individer och samhälle möjlighet till ett utvidgat resonemang med inriktning på regional och lokal ekonomisk utveckling och politiskt stöd för denna. De viktigaste mekanismerna och processerna kan sammanfattas på följande sätt:

Hälsa som mål skapar en efterfrågan på hälsorelaterade varor och tjänster samt etablerar marknader för hälsoföretag. För att möta denna efterfrågan behövs en regional och lokal politik som anger spelreglerna och stödjer både konsumenter och företag. Hälsa som mål skapar också en efterfrågan på hälsostödjande infrastrukturer och miljöer. Även för detta behövs politiska initiativ som reglerar och stödjer en samhällsplanering som gynnar hälsa, bland annat genom utformning av bostadsområden, grönytor och vägar samt service i form av transporter, utbildningsmöjligheter, kultur och välfärdstjänster.

Hälsa som medel skapar förutsättningar för en ökad och en kvalitativt bättre produktion. Möjliga politiska svar på detta är att stödja kompetensutvecklingen och det hälsofrämjande arbetet i skolor, universitet, företag och organisationer. Hälsa som medel leder till ökade inkomster som i sin tur kan innebära att konsumtionen, investeringarna och tillväxten ökar, varav en del konsumtion och investeringar rör hälsa som mål för människor. Hälsa som medel kan innebära minskade (relativa) kostnader med hjälp av politiska initiativ som stödjer en god, jämlik och jämställd hälsa i alla åldrar. Med samhälleliga insatser, utöver individernas egna, kan människor behålla sitt hälsokapital och förbättra detta långt upp i åldrarna.

Sammanfattning

I denna introduktion om hälsa och ekonomisk tillväxt framhålls att människors hälsa är viktig både som mål och medel för individer och samhälle. Hälsa som medel för individ och samhälle redovisas tillsammans med underlag från en EU-rapport publicerad år 2005. I en egen enkel modell för hälsa och ekonomisk tillväxt sätts människors hälsa in i sitt sammanhang av bestämningsfaktorer för hälsa och belyses hälsans påverkan tillsammans med kunskap på produktion, inkomster, kostnader och samhällsekonomiska utfall. EU-rapporten finner belägg för att en god hälsa påverkar företagets produktion genom att människor får

ökat arbetskraftsdeltagande, högre produktivitet i arbetet, fler produktiva år och troligen även bättre inlärningsförmåga och fler utbildningsår. Effekterna av hälsa bekräftas även i vissa empiriska makroekonomiska studier, men resultaten är inte entydiga. Enligt modellen kan hälsa dessutom påverka individernas och företagens inkomst och därmed konsumtions- och sparandenivån i samhället. En tredje påverkan i modellen gäller kostnaderna för vård, service och transfereringar som kan bli relativt sett lägre om hälsan förbättras. För företag och samhällsekonomi kan en god hälsa på så sätt bidra till ekonomisk tillväxt och utveckling.

Hälsa som både medel och mål berörs i en annan EU-rapport från 2007 om de ekonomiska effekterna av socioekonomisk ojämlikhet i hälsa. Viktiga resultat i den rapporten lyfts fram, bland annat vikten av att minska de stora sociala skillnaderna i hälsa inom EU-länderna. På så sätt kan man både förbättra hälsan och livskvaliteten för många människor och samtidigt få väsentliga ökningar i ländernas BNP. Hälsa som mål exemplifieras även genom en WHO-rapport och en studie i denna som visar en monetär beräkning av hälsa som mål. Denna studie som omfattar många europeiska länder visar bland annat att det årliga värdet av ökad medellivslängd i Sverige under perioden 1970–2003 var 29 procent av BNP per capita.

Introduktionen avslutas med en syntes av hälsans ekonomiska betydelse för individer och samhälle. Hälsa som mål (konsumtionsvara) skapar efterfrågan på hälsorelaterade varor och tjänster samt efterfrågan på hälsostödjande infrastrukturer och miljöer. Hälsa som medel (kapitalvara) leder till ökad produktion, ökade inkomster och minskade (relativa) kostnader för vård, service och ekonomiska transfereringar. Hälsa som mål och medel kan också mötas med politiska initiativ som stödjer en positiv utveckling.

Referenser

- Andren, D., & Palmer, E. (2001). *The effect of sickness on earnings* (Working Papers in Economics No. 45). Gothenburg: Department of Economics, Gothenburg University.
- Arora, S. (2001). Health, human productivity, and long-term economic growth. *Journal of Economic History*, 61(3), 699–749.
- Becker, G. S. (1964). Investment in Human Capital: A theoretical analysis. *Journal of Political Economy*, 70(5), 9–49.
- Becker, G. S., Philipson, T. J., & Soares, R. R. (2005). The quantity and quality of life and the evolution of world inequality. *American Economic Review*, 95(1), 277–291.
- Bloom, D. E., & Canning, D. (2000). The health and wealth of nations. *Science*, 287(5456), 1207–1209.
- Bloom, D. E., Canning, D., & Sevilla, J. (2001). *The effect of health on economic growth: Theory and evidence* (NBER Working Paper No. 8587). NBER.
- Commission on Macroeconomics and Health. (2001). *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development*. Genève: WHO.
- Costa, D. L., & Kahn, M. E. (2004). Changes in the value of life, 1940–1980. *Journal of Risk and Uncertainty*, 29(2), 159–180.

Crafts, N. (2005). *The contribution of increased life expectancy to the growth of living standards in the UK, 1870–2001*. Opublicerad uppsats. London School of Economics. Hämtad från <http://wpeg.group.shef.ac.uk/documents/crafts.pdf>.

Cutler, D., & Richardson, E. (1997). Measuring the health of the US population. *Brookings Papers on Economic Activity, Microeconomics*, 29, 519–539.

Dow, W., & Schoeni, R. F. (2008). *Economic value of improving the health of disadvantaged Americans*. Technical report for “Overcoming obstacles to health: Report from the Robert Wood Johnson Foundation to the Commission to Build a Healthier America”. Hämtad från <http://www.commissiononhealth.org/Report.aspx?Publication=26244>.

Fogel, R. W. (1994). Economic growth, population theory, and physiology: The bearing of long-term processes on the making of economic policy. *American Economic Review*, 84(3), 369–395.

Fregert, K., & Jonung, L. (2003). *Makroekonomi: Teori, politik och institutioner*. Lund: Studentlitteratur.

Gambin, L. (2004). *Gender differences in the effect of health on wages in Britain*. York: Department of Economics and Related Studies, University of York.

Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255.

Hansen, J. (2000). The effect of work absence on wages and wage gaps in Sweden. *Journal of Population Economics*, 13(1), 45–55.

Heinek, G. (2004). *Up in the skies? The relationship between body height and earnings in Germany*. Munich: Department of Economics, University of Munich.

Hermansson, K., & Lundgren, B. (2008). *Hälsa och ekonomisk tillväxt: Kunskapsöversikt över sambandet mellan hälsa och ekonomisk tillväxt samt synpunkter på hälsa i ett regionalt utvecklingsperspektiv* (Rapport A 2008:2). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Hultkrantz, L., & Svensson, M. (2008). Värdet av liv. *Ekonomisk Debatt*, 36(2), 5–16.

Judge, T., & Cable, D. (2003). *Workplace rewards tall people with money, respect*. Florida: University of Florida.

Judge, T., & Cable, D. (2004). The effect of physical height on workplace success and income: Preliminary test of a theoretical model. *Journal of Applied Psychology*, 89(3), 428–441.

Liu, J. L. Y., Maniadakis, N., Gray, A., & Rayner, M. (2002). The economic burden of coronary heart disease in the UK. *Heart*, 88, 597–603.

Mackenbach, J. P., Meerding, W. J., & Kunst, A. E. (2007). *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Malmberg, B., Andersson, E., Johansson, M., & Hermansson, K. (2007). *Hälsans betydelse för individens och samhällets ekonomiska utveckling* (Rapport R 2007:8). Stockholm: Statens

folkhälsainstitut.

McKee, M., & Suhrcke, M. (2010). Investing in health: A contribution to the achievement of the Lisbon Agenda. *European Review*, 18(1), 9–21.

Miller, T. R. (2000). Variations between countries in values of statistical life. *Journal of Transport Economics and Policy*, 34(2), 169–188.

Nordhaus, W. (2002). *The health of nations: The contribution of improved health to living standards* (NBER Working Paper Series, No. 8818). Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research.

Nordhaus, W. (2003). The health of nations: The contribution of improved health to living standards. I K. M. Murphy, & R. H. Topel (Red.), *Exceptional returns: The value of medical research* (s. 9–40). Chicago: University of Chicago Press.

Robert Wood Johnson Foundation. (2008). *Overcoming obstacles to health: Report from the Robert Wood Johnson Foundation to the Commission to Build a Healthier America*. Hämtad från <http://www.commissiononhealth.org/Report.aspx?Publication=26244>.

Soares, R. R. (2007). Health and the evolution of welfare across Brazilian municipalities. *Journal of Development Economics*, 84(2), 590–608.

Regeringens proposition 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*. Stockholm: Regeringen.

Regeringens proposition 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm: Regeringen.

Smith, J. P. (1999). Healthy bodies and thick wallets: The dual relation between health and economic status. *Journal of Economic Perspectives*, 13(2), 145–166.

Suhrcke, M., McKee, M., Sauto Arce, R., Tsolova, S., & Mortensen, J. (2005). *The contribution of health to the economy in the European Union*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.

Suhrcke, M., Sauto Arce, R., McKee, M., & Rocco, L. (2008). *The economic costs of ill health in the European Region*. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe.

Suhrcke, M., & Urban, D. (2005). *The role of cardiovascular disease in economic growth*. Opublicerad uppsats. Venedig: WHO European Office for Investment for Health and Development.

Usher, D. (1973). An imputation to the measure of economic growth for changes in life expectancy. I M. Moss (Red.), *The measurement of economic and social performance* (s. 193–226). New York: National Bureau of Economic Research.

Viscusi, W. K., & Aldy, J. E. (2003). *The value of a statistical life: A critical review of market estimates throughout the world* (NBER Working Paper 9487). Washington, DC: National Bureau of Economic Research.

Om begreppet humankapital med betoning på hälsa

Mikael Nordberg

Inledning

Statens folkhälsoinstitut har i två tidigare rapporter – Malmberg, Andersson, Johansson och Hermansson (2007) och Hermansson och Lundgren (2008) – uppmärksammat hälsans betydelse för ekonomisk tillväxt och samhällets ekonomiska utveckling i vidare mening. Att befolkningens hälsa kan vara viktig för ett lands ekonomiska tillväxt förklaras av etablerad ekonomisk teori med att hälsan bidrar till, eller ingår i, landets samlade humankapital.¹ Ofta förknippas emellertid humankapital med enbart utbildning; att även hälsa bidrar får nog sägas vara mindre känt. Den här uppsatsen vill öka medvetenheten om hälsa som humankapital och den roll som hälsan därigenom spelar för människors välbefinnande och länders välfärd, *utöver* den betydelse god hälsa har som mål i sig självt.

Begreppet kapital

Kapital är ett av nationalekonomins mest använda och grundläggande begrepp. I sin vidaste betydelse omfattar det allt som kan ge avkastning. Ekonomer brukar dock använda begreppet i någon av följande två betydelser: (1) de materiella resurser som bidrar till att höja företags produktionskapacitet, dvs. byggnader, transportmedel, maskiner, datorer och annan utrustning; eller (2) de pengar som används för att köpa och sälja sådana materiella resurser, antingen direkt eller indirekt (det senare genom köp och försäljning av företag, som ju i sin tur kan äga sådana resurser). Betydelsen (1), materiella resurser, kommer att vara utgångspunkten här. Den betydelsen ligger i linje med den klassiska från slutet av 1700-talet. Det ansågs då att ett lands produktionsförmåga, och därmed dess ekonomiska välstånd, beror av den mängd produktionsfaktorer som finns till dess förfogande. Produktionsfaktorerna var till antalet tre: jord, arbetskraft, kapital. Kapital i den här betydelsen benämns ofta realkapital eller fysiskt kapital.

Med tiden har kapitalbegreppet kommit att utvidgas till att alltmer innefatta ickemateriella resurser, och många olika slags kapital har uppkommit. Utvecklingen är nog delvis en följd av att andra discipliner har intresserat sig för kapitalbegreppet och funnit användning för det utanför nationalekonomin, dock efter att ha anpassat det efter sina egna behov. Följande axplock av mer eller mindre etablerade kapitalslag indikerar bredden: socialt kapital, offentligt kapital, kulturellt kapital, intellektuellt kapital, personligt kapital och, inte minst, humankapital. Tomer (2008, s. 13) ger en kapitaldefinition som är tillämplig på såväl materiella som ickemateriella resurser:

¹ Se t.ex. Barro och Sala-i-Martin (2004) eller López-Casasnovas, Rivera och Currais (2005).

[C]apital is that which is produced by humans, is long lasting, represents productive capacity, involves a cost, and might be invested in on the basis of a self-conscious calculation relating to the future.

För att klassificeras som kapital måste en resurs alltså utgöra *långvarig*, mer bestående produktionskapacitet. Graden av långvarighet kan variera betydligt mellan olika slags resurser, beroende på hur snabbt de blir oanvändbara i produktionen. Programvara är ibland värdelös efter bara ett par år, medan en byggnad kan hålla i 100 år. Genom att *investera* i resursen kan dock värdet höjas och livslängden förlängas. Programvara kan uppgraderas och byggnader kan underhållas. Det är viktigt att investeringen medför en *kostnad*: för att investeringen ska kunna genomföras måste något annat väljas bort. De medel som uppgraderingen eller underhållet kräver har en alternativ användning ifall investeringen inte blir av. Om investeringen genomförs innebär det att investeraren bedömer att den varaktigt högre produktionskapacitet som blir följd kommer att leda till *framtida inkomster* som är högre än den initiala kostnaden. (Att utfallet sedan inte alltid blir det tänkta är en helt annan sak.)

Begreppet humankapital

Innebörd och definitioner

Humankapitalbegreppet är komplext. Det tycks inte finnas någon allmänt accepterad, enkel definition (Giménez & Sanaú, 2007; Savvides & Stengos, 2009, s. 3–4). Enkelt uttryckt avser humankapital allt det kapital som till skillnad från traditionellt, fysiskt kapital är bundet till enskilda människor – finns *i* människan. Varje människa bär med sig sitt eget, unika humankapital. På arbetsmarknaden kan humankapitalet sägas vara ett mått på arbetskraftens kvalitet: ju större humankapital, desto mer produktiv och desto högre värde som produktionsresurs. Utbildningar av olika slag bidrar till humankapitalet, men även hälsa gör det. Genom att investera i sitt humankapital kan en individ höja sitt eget värde. Följden bör bli högre lön, och på riksnivå högre bruttonationalprodukt (BNP). Kontrasten är stor till det länge förhärskande synsättet om arbetskraften som en rent kvantitativ resurs, bestående av individer utan egentliga egenskaper (se nästa avsnitt), för förekomsten av humankapital innebär ju att arbetskraften är i högsta grad heterogen. Den befinner sig också i ständig förändring. En individs relativa värde är inte fast utan beror av hur väl hon eller han lyckas bevara och förnya sitt existerande humankapital. Precis som ”vanligt” kapital tenderar humankapital att gradvis minska över tiden om det inte underhålls: individen glömmer kunskaper och färdigheter som hon eller han en gång förvärvat, eller så blir de helt enkelt obsoleta; och hälsan försämras med stigande ålder.

För att mer konkret beskriva humankapitalet kan Nationalencyklopedin (2010) vara en lämplig utgångspunkt. Humankapital definieras där som ”människors kunskaper, färdigheter och andra till produktionsförmågan bidragande fysiska och psykiska egenskaper som förvärvats genom investeringar i form av bl.a. utbildning, träning och hälsovård”. Här anas begreppets svårgripbara och flerdimensionella karaktär. Den ekonomiska samarbetsorganisationen OECD har använt sig av följande definition: ”[t]he knowledge, skills, competencies and attributes embodied in individuals that facilitate the creation of personal, social and economic well-being” (OECD, 2001, s. 18). Fitz-enz (2000, s. xii) ger exempel på vad humankapital mer konkret kan vara: intelligens, handlingskraft, ork, attityd, pålitlighet, engagemang, begåvning, fantasi, kreativitet, laganda, målinriktning. Det är uppenbart att

medfödda egenskaper och förmågor ingår. Detta innebär att delar av en individs humankapital inte är producerade av henne eller honom själv utan av andra – av allt från föräldrarna till samhället och dess olika institutioner. Exempelvis kan föräldrar investera i sitt barns humankapital genom att ge det gynnsamma förhållanden under fosterstadiet, även om genetiska faktorer begränsar vad som kan åstadkommas i det avseendet. Variationer i humankapital individer emellan kan därför inte enbart förklaras med att individerna själva har investerat olika mycket i det. Vidare gäller att allt humankapital, i jämförelse med fysiskt kapital, är abstrakt, ogripbart. Det kan emellertid vara mer eller mindre ogripbart, något Tomer (2008, s. 14) tar fasta på. Han placerar in humankapitalets olika komponenter på en skala från mer ogripbart till mindre. Minst ogripbara är sådana färdigheter som beror av individens intellektuella kapacitet (exempelvis formell utbildning eller internutbildningar på jobbet) eller huvudsakligen fysiska förmåga (svetsning, snickeri och liknande). De är alla relativt gripbara färdigheter eftersom de i allmänhet är möjliga att observera, antingen färdigheterna i sig själva eller den process (t.ex. undervisningsmomenten) genom vilken de förvärvades. I andra änden av skalan återfinns färdigheter som är övervägande ickefysiska och inte relaterade till intellektuella funktioner. De är de mest ogripbara. Tomer låter en väsentlig del av dessa färdigheter ingå i det *personliga kapitalet*, en undergrupp till humankapitalet. Han karakteriserar det på följande vis. Notera hälsans framträdande roll.

Personal capital relates to an individual's basic personal qualities and reflects the quality of an individual's psychological, physical and spiritual functioning . . . Further, it mirrors one's internal biochemical balance, one's physical health and conditioning, one's psychological strengths and weaknesses, and one's purpose in life. (Tomer, 2008, s. 82)

Av citatet och redogörelsen ovan som helhet framgår hur komplext och mångtydigt humankapitalbegreppet är – särskilt den mer ogripbara delen av det. Att mäta exakt hur mycket humankapital som finns i ett land eller hos en enskild individ är därför inte möjligt; varje framställt mått blir av nödvändighet en grov approximation. Genom att kombinera flera olika mått som vart och ett försöker fånga en specifik dimension av humankapitalet, kan man dock erhålla approximationer av högre kvalitet. Hälsodimensionen är central och bör ingå. Det kan därutöver vara lämpligt att beakta (minst) två aspekter av det i sig mångtydiga hälsobegreppet: den fysiska och den psykiska.

Om ett lands BNP eller ekonomiska tillväxt påverkas positivt av storleken på medborgarnas totala humankapital, har staten ett betydande incitament att stimulera humankapitalinvesteringar. Staten kan bidra till en högre humankapitalnivå i samhället genom att sänka respektive höja de kostnader och intäkter som är förenade med olika investeringar, både de rent monetära kostnaderna och intäkterna och de som är förknippade med människors upplevda nytta, deras värderingar. Utbildning och hälso- och sjukvård till kraftigt reducerade priser samt insatser för att i negativ riktning förändra attityderna till alkohol och tobak utgör några exempel.²

² Det finns också politiskt mer kontroversiella exempel: höjd avkastning på högre utbildning genom sänkt marginalskatt; höjd punktskatt på alkohol och tobak. Eftersom alkohol och tobak har negativa hälsoeffekter, är det formellt sett *minskad* alkohol- eller tobaks konsumtion som innebär en humankapitalinvestering.

Historik

Så som berördes ovan har synen på produktionsfaktorn kapital historiskt sett haft slagsida åt det materiella hållet. Kapital, eller realkapital, var en benämning på de tillverkade, fysiska resurser som bidrar till företags och länders produktionsförmåga. Produktionsfaktorn arbetskraft betraktades vanligen som en grå, homogen massa utan några särskilda egenskaper. Förutsatt att en individ ville och kunde utföra kroppsarbete spelade det ingen större roll vilka kunskaper eller talanger hon eller han besatt (Keeley, 2007, s. 28). Undantag har dock funnits, för från slutet av 1700-talet fram till mitten av 1900-talet har emellanåt hörts röster som hävdade att även människor, eller alternativt deras färdigheter, bör betraktas som ett slags kapital. Kiker (1966) visar att många av de stora namnen inom ekonomiskt tänkande faktiskt var av den uppfattningen. Redan Adam Smith ansåg år 1776 i sin berömda "An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations" att kapitalbegreppet borde innefatta även de förvärvade och nyttiga förmågorna hos ett lands samtliga invånare. En arbetares ökade skicklighet, sade han, kan betraktas som en maskin som har en kostnad och inbringar vinst (Spengler, 1977). Och i början av 1800-talet skrev Jean-Baptiste Say att eftersom färdigheter och förmågor förvärvas till en kostnad och tenderar att öka arbetsproduktiviteten, bör de betraktas som kapital (Kiker, 1966). Det dröjde emellertid ända till slutet av 1950-talet innan intresset för det kapital som finns i människan tog verklig fart. Enligt Theodore Schultz, amerikansk nationalekonom och själv en av pionjärerna, kan anledningen till det senkomna intresset ha varit den utbredda motviljan mot att tillämpa kapitalbegreppet på människor:

Our values and beliefs inhibit us from looking upon human beings as capital goods, except in slavery, and this we abhor. [. . .] [T]o treat human beings as wealth that can be augmented by investment runs counter to deeply held values. It seems to reduce man once again to a mere material component, to something akin to property. (Schultz, 1961, s. 2)

Den ledande brittiske nationalekonomen Alfred Marshall tycks ha utövat ett betydande inflytande i den riktningen under 1900-talets första decennier. Han förkastade idén om människan som kapital, en idé han ansåg vara både orealistisk (Kiker, 1966) och praktiskt ogenomförbar (Schultz, 1961). Allt detta bidrog rimligen till att den traditionella synen på produktionsfaktorn arbete dröjde sig kvar.

Theodore Schultz och den amerikanske nationalekonomen Gary Becker var de som på allvar etablerade själva termen humankapital.³ Det var då tidigt 1960-tal. Även den polsk-amerikanske nationalekonomen Jacob Mincer svarade för betydelsefulla insatser inom området. Han nyttjade för övrigt termen redan år 1958, vilket kan göra honom till den tidigaste moderne användaren. Termen har emellertid förekommit långt tidigare. Att döma av Kikers (1966) litteraturgenomgång har den använts åtminstone så tidigt som år 1916.

Redan Adam Smith identifierade ett par av de viktigaste humankapitalkomponenterna. Det fanns, enligt honom, två källor till humankapital: utbildning, såväl formell utbildning vid skolor och universitet som utbildning genom lärlingskap; och erfarenhet (Spengler, 1977). Det var också dessa källor som hamnade i blickfånget för Becker, Schultz, Mincer och de övriga moderna pionjärerna under sent 1950- och tidigt 1960-tal. De intresserade sig för både

³ Schultz erhöll år 1979 "Sveriges riksbanks pris i ekonomisk vetenskap till Alfred Nobels minne", det så kallade Nobelpriset i ekonomi. Becker mottog samma pris år 1992.

formell utbildning och mer informell, jobbrelaterad utbildning – det senare främst i form av internutbildningar och erfarenhetsuppbyggnad. Betydelsefulla, tidiga bidrag var bland annat Mincer (1958), Schultz (1960, 1961) och Becker (1964). Under de decennier som följde skrevs tusentals artiklar och böcker om humankapital och olika aspekter av det. De allra flesta behandlade utbildning av olika slag; bara en bråkdel hade hälsoinriktning (Becker, 2007). I studier som specifikt analyserar skillnader i ekonomisk tillväxt länder emellan, är det mest använda humankapitalmättet mängden formell utbildning hos den vuxna delen av befolkningen (Savvides & Stengos, 2009, s. 4). Hälsan har följaktligen fört en relativt undanskymd tillvaro i humankapital litteraturen. När det gäller studiet av ekonomisk tillväxt dröjde det egentligen ända till början av 1990-talet innan dess roll på allvar uppmärksammades. Nationalekonomen Robert Barro och ekonomisk-historikern Robert Fogel, bägge amerikaner, bidrog starkt till att hälsan lyftes fram som tillväxtfaktor, bland annat genom Fogel (1994) och Barro och Sala-i-Martin (1995).⁴ En medvetenhet om hälsan som humankapitalkomponent fanns emellertid långt tidigare. Både Becker och Schultz diskuterar exempelvis hälsan i några av sina tidiga humankapitalarbeten, däribland Becker (1964) och Schultz (1961). Vidare bör särskilt Selma Mushkin och Michael Grossman framhållas. Mushkin (1962) är troligen en av dem som allra först fördjupade sig i hälsans egenskaper som humankapital. Hon analyserade bland annat vilka skillnader och likheter som finns mellan hälsa och utbildning. Grossman (1972) formulerade en epokgörande teoretisk modell över efterfrågan på hälsa. En viktig beståndsdel i modellen är att varje individ både efterfrågar och producerar hälsa. I hälsoekonomilitteraturen benämns modellen vanligen humankapitalmodellen för efterfrågan på hälsa (Grossman, 2000).

Hälsa och välfärd

Hälsa är både mål och medel

Människor efterfrågar hälsa av två skäl. Anledningen är att hälsan har två olika funktioner när det gäller människors välbefinnande. Först och främst är god hälsa ett *mål* i sig självt: god hälsa bidrar direkt till en individs välbefinnande. Man mår helt enkelt bra av att vara vid god psykisk och fysisk hälsa – oavsett hur man sedan utnyttjar sin goda hälsa. På ekonomispråk betyder det att hälsa är en *konsumtionsvara*. Hälsa är dessutom en *kapitalvara* som ingår i, eller bidrar till, individens humankapital. Om individens hälsa förbättras blir individen mer produktiv på arbetsmarknaden. Individen producerar där varor eller tjänster i utbyte mot monetär ersättning. Denna ersättning kan hon eller han sedan använda till att införskaffa sådana varor och tjänster som ökar det egna välbefinnandet. Produktionen sker med egen tid och egna mentala och kroppsliga ansträngningar som insats. Hälsoförbättringen kan ha både en *kvantitativ* och en *kvalitativ* effekt. Den kvantitativa effekten består i att individens effektiva arbetstid ökar: sjukfrånvaron minskar; individen kanske kan gå upp från deltid till heltid, eller rentav förvärvsarbete överhuvudtaget; och pensioneringen kan eventuellt senareläggas.⁵ Fler arbetade timmar innebär förstås högre arbetsinkomster. Den kvalitativa effekten är det ökade värdet av det individen producerar *när hon eller han faktiskt arbetar*: både den mentala och den kroppsliga aktivitetsnivån höjs, varför individen per arbetad timme kan producera mer till bättre kvalitet.⁶ Hälsoförbättringen gör individen starkare, mer

⁴ Fogel tilldelades år 1993 Nobelpriset i ekonomi. Barro väntar fortfarande.

⁵ Teoretiskt sett kan bättre hälsa i stället leda till *färre* arbetade timmar (Suhrcke, McKee, Sauto Arce, Tsovala, & Mortensen, 2005, s. 22). En viktig förklaring är att arbetsutbudet delvis bestäms av inkomsten per arbetad timme. En högre timlön innebär helt enkelt att man har råd att arbeta mindre.

⁶ Schultz (1961) och Mushkin (1962) var tidigt medvetna om de här två effekterna. Mushkin framhöll den kvantitativa effekten som en viktig skillnad mellan hälsa och utbildningshumankapital. Grossman (1972) såg uppenbarligen skillnaden som så pass

uppmärksam, mer uthållig och mer kreativ (Howitt, 2005). Hon eller han kan också använda teknik och utrustning – maskinell och annan – bättre och mer effektivt (Suhrccke et al., 2005, s. 22). Allt detta bör resultera i högre ersättning per arbetad timme (högre timlön) och därmed högre arbetsinkomster. Hälsans produktivitetseffekter har i olika sammanhang undersökts empiriskt. För höginkomstländer finns sammantaget ett gott empiriskt stöd för dem, även om den kvantitativa och den kvalitativa effekten i praktiken ofta är svåra att särskilja (Currie & Madrian, 1999; Suhrccke et al., 2005; McKee & Suhrccke, 2010).

De ovan beskrivna produktivitetseffekterna kan sägas vara *direkta*, då det är hälsoförbättringen som sådan som ökar individens humankapital. *Indirekta* effekter på humankapital och välbefinnande är emellertid också tänkbara. Humankapitaltillskottet sker då via något annat än hälsa. Utbildning, eller snarare kunskaper mer generellt, är en etablerad sådan länk mellan hälsa och humankapital. Utbildning bidrar till humankapitalet och gör människor mer produktiva och därmed mer välbetalda (Willis, 1986; Topel, 1999). Bättre hälsa kan höja människors utbildningsnivå främst av två skäl (Suhrccke et al., 2005). God hälsa i barndomen förbättrar de kognitiva funktionerna och minskar risken för skolk i skolan och att eleven eller studenten tvingas sluta i förtid.⁷ Vidare kan bättre hälsa innebära att människor förväntar sig ett längre (arbets)liv. Den förväntade avkastningen på en genomförd utbildning blir då högre, eftersom individen kan skörda frukterna av den under längre tid. Detta bör öka incitamenten att investera i utbildning. För höginkomstländer har hälsans betydelse för uppnådd utbildningsnivå undersökts empiriskt i relativt begränsad omfattning. Frågan kompliceras dessutom av att sambandet till stor del orsakas av utbildningens gynnsamma inverkan på hälsan. Detta till trots talar mycket för att bättre hälsa, särskilt under barndomen, leder till att människor uppnår högre utbildningsnivå (Suhrccke et al., 2005; McKee & Suhrccke, 2010).

Bättre hälsa gör individen mer produktiv även utanför arbetsmarknaden. Där, på fritiden och utan monetär ersättning, producerar individen sådant som direkt ökar det egna välbefinnandet. Grossman (1972, 2000) har betonat att individens egen (friska) tid är en fundamental insatsvara i denna produktion (liksom i den som sker på arbetsmarknaden): individen använder sportutrustning och egen tid för att producera rekreation, och böcker, lärartjänster och egen tid för att producera nya kunskaper. Andra exempel kan vara ”välskött trädgård”, som produceras med hjälp av trädgårdsredskap och egen tid, och ”välstädat hem”, som produceras med hjälp av städredskap och egen tid. I Grossmans (1972) berömda modell leder bättre hälsa till att den mängd tid som är tillgänglig för sådana aktiviteter ökar. Det rör sig alltså om en kvantitativ effekt motsvarande den som uppkommer på arbetsmarknaden. Även om den kvantitativa effekten nog är den mest uppenbara utanför arbetsmarknaden, är det inte orimligt att tänka sig att det åtminstone för vissa aktiviteter uppkommer också en kvalitativ effekt. Hur mycket kunskaperna ökar och hur fint det blir i hemmet eller trädgården, beror inte bara på den mängd tid som individen lägger på respektive aktivitet utan även på vad hon eller han presterar per tidsenhet. Delvis i linje med detta pekar Tompa (2002) på möjligheten att utvidga Grossman-modellen genom att låta hälsan påverka den friska tidens kvantitet och kvaliteten.

Sammanfattningsvis är hälsa som kapitalvara ett *medel* för att uppnå högre välbefinnande genom den avkastning som god hälsa genererar – både på och utanför arbetsmarknaden.

betydelsefull att han i sin banbrytande teoretiska modell över vad som bestämmer efterfrågan på hälsa, lät hälsan ha enbart en kvantitativ effekt.

⁷ En mer omedelbar effekt av förbättrade kognitiva funktioner och mindre skolk är att individen lär sig mer varje skolår jämfört med vad hon eller han annars skulle ha gjort (Weil, 2007). Detta utgör i sig ett humankapitaltillskott.

Välfärden är flerdimensionell - god hälsa kan vara grundläggande

Hälsa bidrar till människors välbefinnande både som konsumtionsvara och som kapitalvara. Även om god hälsa i en mening närmast är en förutsättning för högt välbefinnande, är också andra faktorer viktiga. The Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress (2009) har identifierat inte mindre än åtta olika välbefinnandedimensioner som tillsammans formar människors totala välbefinnande:⁸ (1) materiell levnadsstandard (inkomst, konsumtion och förmögenhet); (2) hälsa; (3) utbildning; (4) personliga aktiviteter inklusive arbete; (5) politisk medbestämmanderätt och politisk makt; (6) sociala förbindelser och relationer; (7) miljöförhållanden (nuvarande och framtida); och (8) otrygghet (ekonomisk såväl som fysisk). I Sverige har Kommittén Välfärdsbokslut (SOU 2001:79) uttryckt en liknande uppfattning gällande det närliggande välfärdsbegreppets flerdimensionella karaktär.

Länder och samhällen består av människor. Som mått på länders välfärd används traditionellt sett ofta bruttonationalprodukten, bruttonationalinkomsten eller liknande mått. De har alla den inneboende begränsningen att de primärt enbart täcker delar av den materiella dimensionen (1) ovan. De mäter egentligen bara *ekonomisk* välfärd, och då huvudsakligen genom värdet av den marknadsbaserade produktionen av varor och tjänster.⁹ För hälsans del innebär detta att dess *verkliga* bidrag till samhällets välfärd inte till fullo beaktas: produktivitetseffekter på arbetsmarknaden kommer med, men varken produktivitetseffekter utanför arbetsmarknaden eller hälsoförbättringars ”konsumtionsvaruvärde” gör det. Och mycket tyder på att hälsans bidrag till samhällets välfärd är betydande när det översätts till ekonomiska termer (Suhrccke, Sauto Arce, McKee, & Rocco, 2008).¹⁰ De traditionella, rent ekonomiska måtten har alltså klara välfärdsbegränsningar. Deras otillräcklighet som välfärdsindikatorer är delvis hälsorelaterad, men har också andra orsaker. I allmänhet tenderar dock måtten att samvariera med många av de övriga faktorer som bestämmer välfärdsnivån i ett land: om ett land är rikt (hög BNP per capita) ökar naturligtvis förutsättningarna för en god hälso- och sjukvård, ett utbildningsväsende av hög kvalitet, generösa trygghetsskapande sociala skyddsnet osv.

Den indiske nationalekonomen och filosofen Amartya Sen har formulerat en syn på välfärd som fått stort internationellt genomslag.¹¹ Han utgår ifrån den ”förmåga” människor har att leva sina liv på det sätt de själva önskar – deras faktiska frihet att välja sin egen livsstil (se t.ex. Sen (1999)). Höjd välfärd – utveckling – blir då synonymt med ett utvidgande av de olika slags friheter som ger människor möjlighet att göra vad de vill och vara vad de vill. God hälsa är något de allra flesta av oss värderar mycket högt. En helt grundläggande frihet är därför förmågan att kunna välja att inte dö i förtid. Andra centrala friheter är förmågan att kunna undvika sjukdom och förmågan att kunna välja att vara vid god allmän hälsa. Hälsans välfärdsmissiga betydelse kommer inte minst av att liv, sjukdomsfrihet och god allmän hälsa är sådant som människor *direkt* värdesätter. Sens ”förmågeperspektiv” innefattar därmed

⁸ Kommissionen tillsattes i början av år 2008 av Frankrikes president Nicolas Sarkozy. En imponerande skara framstående forskare har ingått i den, exempelvis hela fem Nobelpristagare i ekonomi (Joseph Stiglitz (ordförande), Amartya Sen (ordförandens rådgivare), Kenneth Arrow, James Heckman och Daniel Kahneman).

⁹ En annan brist som förtjänar att nämnas gäller BNP-utvecklingens relation till den *framtida* välfärden. Ger vi kommande generationer möjlighet att uppnå minst vår nuvarande välfärdsnivå, dvs. är dagens utveckling *hållbar*? Om detta ger BNP:s utveckling mycket lite information, eftersom den ju enbart berör den ekonomiska dimensionen av de tre dimensioner - den ekonomiska, den sociala, den miljömässiga - som hållbarhetsbegreppet vanligen delas upp i. Hälsa brukar för övrigt inkluderas i den sociala.

¹⁰ Se också Bernt Lundgrens uppsats ”Hälsa och ekonomisk tillväxt - en introduktion” i föreliggande rapport. Lundgren redogör där för en del av innehållet i Suhrccke et al. (2008).

¹¹ Sen belönades år 1998 med Nobelpriset i ekonomi. Både The Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress (där Sen själv ingick) och Kommittén Välfärdsbokslut har uppenbart influerats av Sen.

hälsa som mål. Intressant nog ryms där även handlingar och tillstånd som *indirekt* påverkar välbefinnandet, bland annat via humankapitalet – med andra ord även hälsa som medel.

Sammanfattning

Den här uppsatsen redogör för begreppet humankapital. Den behandlar begreppets innebörd och historik, särskilt ur ett hälsoperspektiv. Framställningen tar sin utgångspunkt i begreppet kapital. Kapital är en benämning på resurser som är framställda av människor, utgör långvarig produktionskapacitet och är möjliga att investera i till en kostnad. Resurserna kan vara såväl materiella som ickemateriella. Humankapitalet är ett viktigt ickemateriellt kapitalslag. Med humankapital avses allt det kapital som är bundet till enskilda människor; humankapitalet finns *i* människan. I arbetslivet är humankapitalet ett mått på arbetskraftens kvalitet. En enkel, allmänt accepterad definition saknas dock. Utbildningar av olika slag bidrar till humankapitalet, men även hälsa gör det i hög grad. Både den fysiska och den psykiska dimensionen av begreppet hälsa är relevanta. Humankapitalbegreppets rötter kan spåras till åtminstone den senare delen av 1700-talet, men det var först under 1960-talet som intresset tog verklig fart. Betoningen låg länge på utbildning i olika former; hälsokomponenten befann sig under lång tid i skymundan. När det gäller studiet av humankapitalets betydelse för ekonomisk tillväxt dröjde det till början av 1990-talet innan hälsans roll på allvar uppmärksammades.

Uppsatsen berör även begreppet välfärd och dess koppling till humankapital och hälsa. Välfärdsbegreppet är flerdimensionellt, varför bruttonationalprodukten och andra rent ekonomiska mått är otillräckliga som välfärdsindikatorer. En central välfärdsdimension är hälsa, som bidrar till människors välbefinnande både som konsumtionsvara och som kapitalvara. Som konsumtionsvara bidrar hälsan *direkt* till en individs välbefinnande; god hälsa är ett *mål* i sig självt. Som kapitalvara ingående i individens humankapital är hälsa ett *medel* för att uppnå högre välbefinnande genom den avkastning som god hälsa genererar – på såväl som utanför arbetsmarknaden.

Referenser

- Barro, R. J., & Sala-i-Martin, X. (1995). *Economic growth*. New York: McGraw-Hill.
- Barro, R. J., & Sala-i-Martin, X. (2004). *Economic growth* (2 uppl.). Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Becker, G. S. (1964). *Human capital: A theoretical and empirical analysis, with special reference to education*. New York: National Bureau of Economic Research.
- Becker, G. S. (2007). Health as human capital: Synthesis and extensions. *Oxford Economic Papers*, 59, 379–410.
- Currie, J., & Madrian, B. C. (1999). Health, health insurance and the labor market. I O. Ashenfelter, & D. Card (Red.), *Handbook of labor economics: Volume 3C* (s. 3309–3416). Amsterdam: Elsevier Science.
- Fitz-enz, J. (2000). *The ROI of human capital: Measuring the economic value of employee performance*. New York: AMACOM.

Fogel, R. W. (1994). Economic growth, population theory, and physiology: The bearing of long-term processes on the making of economic policy. *American Economic Review*, 84(3), 369–395.

Giménez, G., & Sanaú, J. (2007). Interrelationship among institutional infrastructure, technological innovation and growth: An empirical evidence. *Applied Economics*, 39(10), 1267–1282.

Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255.

Grossman, M. (2000). The human capital model. I A. J. Culyer, & J. P. Newhouse (Red.), *Handbook of health economics: Volume 1A* (s. 347–408). Amsterdam: Elsevier Science.

Hermansson, K., & Lundgren, B. (2008). *Hälsa och ekonomisk tillväxt: Kunskapsöversikt över sambandet mellan hälsa och ekonomisk tillväxt samt synpunkter på hälsa i ett regionalt utvecklingsperspektiv* (Rapport A 2008:2). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Howitt, P. (2005). Health, human capital, and economic growth: A Schumpeterian perspective. I G. López-Casasnovas, B. Rivera, & L. Currais (Red.), *Health and economic growth: Findings and policy implications* (s. 19–40). Cambridge, Massachusetts: MIT Press.

Keeley, B. (2007). *Human capital: How what you know shapes your life*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Kiker, B. F. (1966). The historical roots of the concept of human capital. *Journal of Political Economy*, 74(5), 481–499.

López-Casasnovas, G., Rivera, B., & Currais, L. (Red.). (2005). *Health and economic growth: Findings and policy implications*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.

Malmberg, B., Andersson, E., Johansson, M., & Hermansson, K. (2007). *Hälsans betydelse för individens och samhällets ekonomiska utveckling* (Rapport R 2007:8). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

McKee, M., & Suhrcke, M. (2010). Investing in health: A contribution to the achievement of the Lisbon Agenda. *European Review*, 18(1), 9–21.

Mincer, J. (1958). Investment in human capital and personal income distribution. *Journal of Political Economy*, 66(4), 281–302.

Mushkin, S. J. (1962). Health as an investment. *Journal of Political Economy*, 70(5:2), 129–157.

Nationalencyklopedin. (2010). Humankapital. Hämtad den 22 november 2010 från <http://www.ne.se/lang/humankapital>.

OECD. (2001). *The well-being of nations: The role of human and social capital*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Savvides, A., & Stengos, T. (2009). *Human capital and economic growth*. Stanford, Kalifornien: Stanford University Press.

Schultz, T. W. (1960). Capital formation by education. *Journal of Political Economy*, 68(6), 571–583.

Schultz, T. W. (1961). Investment in human capital. *American Economic Review*, 51(1), 1–17.

Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press.

SOU 2001:79. *Välfärdsbokslut för 1990-talet: Slutbetänkande av Kommittén Välfärdsbokslut*. Hämtad från <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/2752>.

Suhrcke, M., McKee, M., Sauto Arce, R., Tsolova, S., & Mortensen, J. (2005). *The contribution of health to the economy in the European Union*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.

Suhrcke, M., Sauto Arce, R., McKee, M., & Rocco, L. (2008). *The economic costs of ill health in the European Region*. Hämtad från http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/83443/E93695.pdf.

Spengler, J. J. (1977). Adam Smith on human capital. *American Economic Review*, 67(1), 32–36.

The Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. (2009). *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*. Hämtad från <http://www.citymaking.com/wp-content/uploads/2010/01/19784660-Happiness-and-Measuring-Economic-Progress-by-Joseph-Stiglitz.pdf>.

Tomer, J. F. (2008). *Intangible capital: Its contribution to economic growth, well-being and rationality*. Cheltenham, Storbritannien: Edward Elgar Publishing.

Tompa, E. (2002). The impact of health on productivity: Empirical evidence and policy implications. I A. Sharpe, F. St-Hilaire, & K. Banting (Red.), *The review of economic performance and social progress 2002: Towards a social understanding of productivity* (s. 181–202). Montreal: The Institute for Research on Public Policy.

Topel, R. (1999). Labor markets and economic growth. I O. Ashenfelter, & D. Card (Red.), *Handbook of labor economics: Volume 3C* (s. 2943–2984). Amsterdam: Elsevier Science.

Weil, D. N. (2007). Accounting for the effect of health on economic growth. *Quarterly Journal of Economics*, 122(3), 1265–1306.

Willis, R. J. (1986). Wage determinants: A survey and reinterpretation of human capital earnings functions. I O. Ashenfelter, & R. Layard (Red.), *Handbook of labor economics: Volume 1* (s. 525–602). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.

Effekter av humankapitalinvesteringar i företag och organisationer

Stig Vinberg

Inledning

I dag hörs alltfler diskussioner som gäller om och hur investeringar i humankapital hänger ihop med utveckling och tillväxt. I den senaste folkhälsopolitiska propositionen (Regeringens proposition 2007/08:110) konstateras att arbetsmiljön¹ är en viktig fråga både för människors hälsa och välbefinnande och för verksamheternas utveckling. Därmed är arbetsmiljön även viktig för tillväxt och konkurrens. Arbetsmarknadsdepartementet konstaterar också i en promemoria om den framtida arbetsmiljöpolitiken (Ds 2008:16) att förhållanden som rör arbetsmiljön har betydelse, inte bara för om människor ska hamna i utanförskap, utan också för verksamhetsutveckling, tillväxt och sysselsättning. Det konstateras att en dålig arbetsmiljö är ett kostsamt problem för både individer, organisationer och samhälle, och att det finns stora besparingar att hämta i en bättre arbetsmiljö. I promemorian nämns att företag kan bli mer lönsamma om de integrerar ett klokt arbetsmiljöarbete i sin verksamhetsstyrning. Arbetsmiljön lyfts också fram som ett framtida konkurrensmedel, bland annat med tanke på den förväntade arbetskraftsbristen och de kommande generationernas krav på ett utvecklande arbete. Vidare nämns organisationers sociala ansvar som ett område på frammarsch (SOU 2009:97). Denna utveckling märks bland annat på det globala standardiseringsarbetet om riktlinjer för hur socialt ansvarstagande ska bedrivas, där standarden ISO 26000 godkändes i september 2010. Standarden ska vara en konkret hjälp för företag och organisationer som vill strukturera sitt hållbarhetsarbete och definiera sina förbättringsområden (ISO, 2010).

Regeringen har nyligen bildat Arbetsmiljöpolitiska kunskapsrådet, och i en av rådets skrifter (SOU 2009:47) nämns resultat och slutsatser i den brittiska rapporten Working for a healthier tomorrow (Black, 2008). I rapporten, som har tagits fram på uppdrag av två brittiska departement, konstateras att belastningsrelaterade besvär och mental ohälsa är de största orsakerna till att personer i arbetsför ålder inte kan arbeta, och att bara en liten del av frånvaron beror på individuella livsstilsfaktorer. Ohälsan kostar de brittiska skattebetalarna motsvarande 700 miljarder svenska kronor per år, och författaren understryker att arbetsplatsen och arbetsgivarna har en nyckelroll i det hälsofrämjande arbetet. I Sverige betalade Försäkringskassan år 2009 ut drygt 102 miljarder kronor i ersättning till människor med nedsatt arbetsförmåga (Försäkringskassan, 2010). Den del av arbetskraften som står utan arbete i vårt land motsvarar för närvarande 846 000 helårsekvivalenter² (SOU 2009:93). Enligt Black måste arbetsgivarna inse att investeringar i en bättre arbetsmiljö och i hälsofrämjande insatser för de anställda är direkt lönsamma för företagen. Detta resonemang ligger i linje med den svenska utredningen om marknadsorienterade styrmedel på arbetsmiljöområdet (SOU 2009:40, 2009:97), som lämnade sitt slutbetänkande i november

¹ Med arbetsmiljö avses arbetsorganisatoriska, psykosociala och fysiska förhållanden.

² Antal individer som skulle kunna ha försörjts under ett helt år med full ersättning. Exempelvis blir två personer som varit heltidsarbetslösa ett halvår var, tillsammans en helårsekvivalent.

2009. Utredningen utgår från danska erfarenheter och föreslår en ny modell som bland annat innebär att samtliga arbetsställen ska inspekteras av Arbetsmiljöverket genom besök inom ett bestämt tidsintervall samt att arbetsmiljöcertifierade arbetsgivare får en tilläggsmärkning av Arbetsmiljöverket. Utredningen föreslår också att användningen av olika typer av styrmedel (exempelvis socialt ansvarstagande och arbetsgivarvarumärken) bör stimuleras för att öka medvetenheten om arbetsmiljöns betydelse för verksamhetsutvecklingen.

Under senare år har forskningen om humankapitalinvesteringar ökat inom vetenskapliga områden som företagsekonomi, ledarskap, arbetsmiljö och hälsovetenskap (Hansson, Ahonen, & Diamant, 2007). En del resultat tyder på att sådana investeringar kan ge positiva effekter på tillväxt- och hälsorelaterade utfall, men kunskapen bland forskare är ändå ofullständig. Det finns ett begränsat antal studier där båda typerna av utfall studeras samtidigt, och det är också så att interventionsstudier är förenade med metodologiska problem. Exempel på sådana metodproblem är svårigheter att bedöma vilka komponenter i interventionen som har effekt, påverkan av externa faktorer, avsaknad av jämförelsegrupper och brist på longitudinella studier (Eklund, Hansson, Karlqvist, Lindbeck, & Neumann, 2006; SOU 2009:47).

Syftet med denna uppsats är att redovisa resultat av forskning om sambandet mellan arbetsmiljöfaktorer och olika utfall samt effekter av humankapitalinvesteringar. Redovisningen baseras inte på en systematisk genomgång av studier, utan ska mer ses som exempel på studier kring sambanden mellan humankapital och organisatoriska utfall i termer av sjukfrånvaro, produktivitet, kvalitet och lönsamhet. Med humankapital menas här sådant som rör människors utbildning och kompetensutveckling, men även deras hälsa (se definitioner i uppsatsen "Om begreppet humankapital med betoning på hälsa" i denna rapport). I de interventioner och forskningsstudier som redovisas ingår både individinriktade insatser (friskvård, kompetensutveckling, hälsofrämjande insatser etc.) och organisatoriskt inriktade insatser (arbetsmiljö, arbetsorganisation, ledarskap, ergonomi etc.).

Arbetsmiljö och arbetsorganisatoriska faktorer har betydelse för hälsa och tillväxt

Människors hälsa påverkas av förhållandena på arbetsplatsen och de förhållanden som rör deras totala livssituation. På senare tid har forskare också börjat fokusera mer på hur organisatoriska faktorer påverkar medarbetarnas hälsa (Härenstam, Marklund, Berntsson, Bolin, & Ylander, 2006). Det finns systematiska variationer mellan olika arbetsplatser när det gäller sjukfrånvaro och hälsa, vilket indikerar att vissa variabler på arbetsplatsen är viktiga för de hälsorelaterade utfallen. Flera forskningsstudier har visat att arbetsmiljövariabler som krav, kontroll och socialt stöd påverkar dessa utfall (Karasek & Theorell, 1990), liksom variabeln oro för organisationsförändringar (Szücs, Hemström, & Marklund, 2003).

I en undersökning om långtidsfriskas arbetsvillkor fann Aronsson och Lindh (2004) att följande faktorer gynnade så kallad långtidsfriskhet (en kombination av låg sjukfrånvaro och låg sjuknärvaro): stöd från chefer, kontroll över arbetet, resurser för att göra ett bra arbete, nöjd med kvaliteten på det utförda arbetet, god kontantmarginal och goda relationer till sina närstående. En annan svensk forskare, Sven Setterlind (2004), har utifrån ett omfattande enkätmaterial analyserat vilka faktorer som har samband med olika hälsoutfall. Följande faktorer visade sig ha ett positivt signifikant samband med olika hälsoutfall: lagom arbetsbelastning, rimliga krav i arbetet, egenkontroll och inflytande, kompetensutveckling,

meningsfullt arbete, relationsinriktat ledarskap, uppskattning och återkoppling samt resurser för att uppnå målen.

Ledarskapet kan i de flesta fall påverka många av de nämnda och andra arbetsplatsvariabler, och därigenom ha en stor påverkan på arbetsmiljön och medarbetarnas hälsa. Det finns relativt lite forskning kring ledarskapets koppling till hälsa, men området diskuteras till exempel i Nyberg, Bernin och Theorell (2005) och några svenska avhandlingar. I en svensk avhandling omfattande svenska offentliga och privata organisationer visades att ledares människosyn, beteenden och arbetssätt har samband med medarbetarnas hälsa samt kvalitet och effektivitet i organisationerna (Larsson, 2010). I en annan avhandling påvisades samband mellan chefers ledarskap å ena sidan och stress och hälsorelaterade utfall å andra sidan (Nyberg, 2009). En studie i denna avhandling bygger på longitudinella registerstudier bland svenska män, och ett intressant resultat var ett positivt samband mellan lågt skattade värden av ledarskapet och objektivt konstaterad ischemisk hjärtsjukdom. En tredje avhandling bygger på enkäter som besvarades av de anställda på svenska och norska småföretag, och den visade på statistiskt säkerställda positiva samband mellan, å ena sidan, ett respektfullt ledarskap, god laganda, kreativt arbete och rimliga arbetskrav och, å andra sidan, medarbetarnas hälsa och effektivitet i företagen (Vinberg, 2006).

Även internationell forskning har visat att ledarnas arbetssätt samt organisationens klimat och värderingar påverkar den organisatoriska effektiviteten och de anställdas hälsa och tillfredsställelse. Forskarna Murphy och Cooper (2000) identifierade sex modeller kring hälsosamma organisationer. De fann att de flesta modellerna innehöll faktorer som ett relationsinriktat ledarskap, meningsfullt arbete, kontroll och inflytande i arbetet, säkerhet i arbetet, belöningar, personalmedverkan i utvecklingsarbetet, god laganda, god fysisk arbetsmiljö och gemensamma värderingar i organisationen.

Det har även visat sig att arbetsmiljön kan ha stor betydelse för kvalitetsutfallen. Jan Axelssons avhandling (2000) visade på att kostnaderna för kvalitetsbrister minskade med 30 till 50 procent när man förbättrade arbetsmiljön. Kostnader för kvalitetsbrister har också undersökts av Sörqvist (1998) som menade att dessa kostnader kan stå för 10–30 procent av en organisations omsättning eller kostnadsmassa. Vidare har de ekonomiska effekterna av ett framgångsrikt kvalitetsarbete studerats av bland annat Hansson och Eriksson (2002) och Hendricks och Singhal (1997). Sammanlagt visar dessa studier att det finns en positiv koppling mellan framgångsrikt kvalitetsarbete och ekonomiskt utfall.

Hälsa och Framtid - ett forskningsprojekt om långtidsfriska företag

Projektet Hälsa och Framtid³ syftade till att studera vad som utmärker privata företag (med fler än 74 anställda) som har friska medarbetare. I den första registerstudien (Nise, Ekenvall, Alberyd, Svartengren, & HoF study group, 2007) klassificerades 25 procent av totalt 2 036 företag som friska, vilket innebar att de bland annat hade en låg andel nya långtidssjukskrivningar (> 90 dagar). Ett intressant resultat var att de så kallade friska företagen fanns i alla typer av branscher, även i sådana med generellt hög sjukfrånvaro, exempelvis städsektorn, byggnadsindustrin och tillverkningsindustrin. Ett annat intressant resultat var att friska företag i genomsnitt hade färre anställda. Utifrån den första studiens resultat genomfördes i nästa steg drygt 200 intervjuer med ledare, medarbetare och fackliga

³ Projektet, som startade 2005, är ett samarbete mellan forskare från Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, Karolinska Institutet och Uppsala universitet. Fyra delstudier ingår som finansieras av AFA Försäkring, Alecta, Carl Bennet AB, Axel Johnsson AB och AB Volvo.

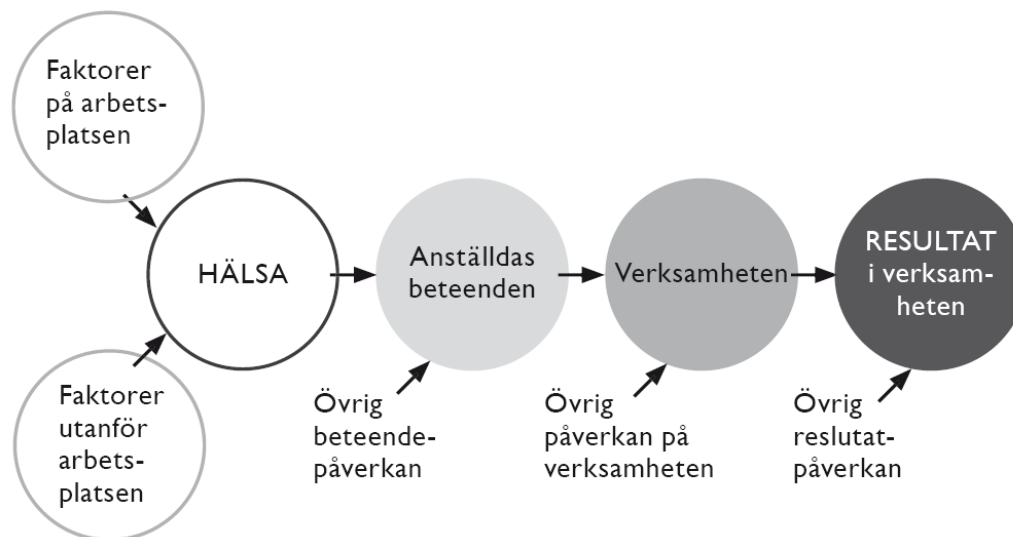
personer från 38 företag som delades in i två grupper – ”de friska företagen” och de ”genomsnittliga företagen”. Syftet var att identifiera och analysera de organisatoriska faktorer som verkar främja hälsan och minska sjukfrånvaron. Resultaten visade att de friska företagen hade ett mer utvecklat arbete kring ledarskap, kompetensförsörjning, kommunikation, delaktighet, hälsa och sjukfrånvaro (Ahlberg et al., 2008).

Dessa friska företag hade en mer tydlig ledarskapsfilosofi som betonade både sociala och yrkesspecifika kunskaper. Det fanns också ett bättre utvecklat organisatoriskt stöd till ledarna och man satsade i högre grad på att internrekrytera sina ledare. Kompetensförsörjningen hade därmed ett mer långsiktigt perspektiv när det gällde rekryteringen, karriärvägarna var tydligare, man ansträngde sig mer för att de anställda skulle passa in i arbetsgruppen, och utbildning sågs som både kompetenshöjande och personligt utvecklande. När det gällde kommunikation hade cheferna stor kännedom om vad som händer i organisationen; de betonade vikten av direktkontakt med medarbetarna och att även informella vägar för kommunikation hade betydelse. I dessa företag var det mer tillåtet för de anställda att kritisera cheferna eller peka på missförhållanden i företaget, och de hade mer utvecklade strategier för återkoppling. När det gäller delaktighet fanns rutiner för att kontinuerligt förbättra verksamheten genom diskussioner i arbetsgrupper, och företagets visioner och affärsidéer var väl förankrade.

I de friska företagen fanns också en större medvetenhet om långtids- och korttids-sjukfrånvarons omfattning, en större medvetenhet om arbetets roll för sjukfrånvaro och mer utvecklade strategier för arbetet med hälsa och sjukfrånvaro. Författarna höll intervjuer med ledare på olika nivåer och ordnade en enkät till drygt 2 000 långtidssjukskrivna, och resultaten visade att de friska företagen hade en tydlig struktur för hur arbetet med rehabilitering skulle fungera. Samtidigt fanns fler stöttande funktioner och en tydlig ansvarsfördelning mellan ledningen och arbetsledningen. Ett intressant fynd var att arbetsledarna främst hade kontakt med långtidssjukskrivna innan personen hade hunnit bli sjuk eller i samband med att han eller hon skulle komma tillbaka till arbetet. Personalavdelningen hade dessutom ett tydligare ansvar och en mer aktiv roll under rehabiliteringsprocessen.

Hur hör hälsa och ekonomi i organisationer ihop?

Det kan verka självklart att de anställdas hälsa påverkar företagets och organisationens resultat (se figur 1). Både på och utanför arbetsplatsen finns faktorer som kan påverka människors hälsa och beteende, som i sin tur påverkar verksamheten och därmed dess resultat (Malmquist, Vinberg, & Larsson, 2007). De kostnader och intäkter som uppstår rör *produktivitet, frånvaro, rehabilitering* och *personalomsättning*. En förbättrad hälsa medför att de anställda kan antas prestera mer, och produktiviteten kan också öka genom att anställda påverkar sina arbetskamraters prestationer på ett positivt sätt. Om anställda drabbas av ohälsa och behöver rehabilitering uppstår dock kostnader för organisationen i form av lägre produktivitet, högre frånvaro, rehabiliteringsåtgärder och ökad personalomsättning. Om en person tvingas sluta sin anställning förlorar organisationen också kompetens, och det kan bli dyrt att ersätta denna kompetensförlust. Personalekonomiska kalkyler visar ofta stora ekonomiska vinster med att förbättra de anställdas hälsoläge.



Figur 1: Hur den anställdes hälsa påverkar verksamhetens resultat. (Källa: Malmquist et al., 2007)

Faktorer på arbetsplatsen kan alltså påverka produktivitet, kvalitet, sjukfrånvaro och personalomsättning, som i sin tur har ekonomiska effekter på organisationen (Rose & Orrenius, 2006). Arbetsmiljöförbättrande åtgärder kan också leda till ekonomiska vinster genom bättre produktivitet och kvalitet, och flera studier pekar på att dessa vinster kan vara långt större än de personalekonomiska vinsterna i form av exempelvis minskad sjukskrivning och lägre kostnader för övertidsersättning (Abrahamsson, 2000; SOU 2009:47).

Effekter av kompetens- och personalutveckling

Forskningen om kompetensutvecklande insatser gällde tidigare främst studier av effekterna på individnivå, men under senare år har intresset ökat för att också studera effekterna på en organisatorisk nivå. Enligt Hansson et al. (2007) finns ett stort antal studier baserade på longitudinella data som visar att investeringar i kompetensutveckling ökar företagets produktivitet och lönsamhet. I flera av dessa studier pekar författarna på att den kompetensutvecklande insatsen påverkar företagets resultat, och exempelvis ökar försäljningen (Barrett & O'Connell, 2001), produktiviteten (Groot, 1999) och vinsten (Bosworth & Loundes, 2002).

På uppdrag av OECD har Bassi och McMurrer (2006) gjort en omfattande litteraturstudie, och där drar de slutsatsen att utbildningsinvesteringar har genererat stora överskott i olika företag under senare år. De menar också att skillnaden i utbildningsutgifter mellan de studerade företagen förklarar skillnaden i børsutveckling mellan företagen, och inte tvärtom. I en studie av Tamkin (2004) påvisades också ett samband mellan högutbildad arbetskraft och produktivitet samt att högpresterande företag också har en genomsnittligt högre utbildningsnivå bland personalen än lågpresterande företag. I en annan studie av Bassi och McMurrer (2006) fann man under en femårsperiod att utbildningsinvesteringar ökar omsättningen, vinsten och børsvärderingen.

Jarret (1998) studerade 20 olika utbildningsaktiviteter i det amerikanska företaget Merck och fann att företaget i genomsnitt tjänade två kronor för varje satsad krona. En svensk studie av utbildningsinvesteringar i åtta svenska verkstadsindustrier (Ottersten, Lindh, & Mellander, 1999) bedömde sannolikheten för att företagen skulle tjäna in de utbildningssatsningar som gjordes under en knapp tioårsperiod. Denna sannolikhet beräknades vara så hög som 80–90 procent.

Det finns få studier som har studerat effekterna av kompetensutveckling för både anställda och företag, men i exempelvis en studie av 100 franska och 235 svenska företag (Ballot, Fakhfakh, & Taymaz, 2004) var ett resultat att effekterna på produktiviteten var två till fem gånger högre än effekterna på de anställdas löneutveckling.

I en annan studie av lärandestrategier i svenska företag (NUTEK, 2000) konstateras att en decentraliserad arbetsorganisation samt ökade befogenheter och ansvar för de anställda har samband med utfall som lönsamhet, produktivitet och effektivitet. Den största skillnaden noterades för faktorn kompetensutveckling; företag som i större omfattning satsade på kompetensutveckling hade i genomsnitt 50 procent högre lönsamhet jämfört med företag som inte satsade på en sådan utveckling.

Ytterligare en studie gällde 280 svenska småföretag som satsade på kompetensutveckling. Resultaten visade att dessa företag signifikant förbättrade sin produktivitet och lönsamhet, jämfört med en kontrollgrupp med 200 företag som inte gjorde motsvarande satsningar (Bager-Sjögren, Gustafsson, & Pettersson, 2003).

Forskningen om hur personalpolitiska satsningar påverkar lönsamheten i organisationer har expanderat kraftigt under det senaste årtiondet. En mängd studier, många från USA, har påvisat starka samband mellan det man kallar ”High Performance Work Systems” (HPWS) och företagets lönsamhet och marknadsvärdering (Hansson et al., 2007). I HPWS är utbildning och kompetensutveckling en del av ett större paket med åtgärder som även inkluderar rekryteringsmetoder, belöningssystem, involvering och motivation av medarbetarna. De flesta studier inom det nämnda området bygger på tvärsnittsdata och det är därför svårt att uttala sig om riktningen i sambanden. Det är också svårt att avgöra vilka komponenter inom HPWS som mest påverkar organisationers resultat, även om flera forskare menar att det är de samlade åtgärderna som tillsammans ger positiva effekter (se till exempel Ingelgård, 1998; Pfeffer, 1998; Vinberg, 2006).

Det finns få longitudinella studier av personal- och arbetsmiljöinriktade åtgärder tillsammans med tillväxtrelaterade utfall, men i en av dem undersökte Ichniowski, Shaw och Prensushi (1995) 26 amerikanska stålverk med information från 36 produktionslinjer. Linjerna klassificerades i två ytterligheter – ”innovativa linjer” och ”konservativa linjer” – och studerades sedan med 2 190 observationer (produktionsmånader). De ”innovativa linjerna” karakteriserades bland annat av mer omsorgsfull rekrytering och utbildning av medarbetare, hög grad av teamarbete, utvecklade belöningssystem och bättre anställningstrygghet. Resultaten av studien visade signifikanta skillnader mellan de studerade linjerna när det gällde olika resultatutfall: de ”innovativa linjerna” som bedömdes ha en god arbetsmiljö och bra personalpolitik hade sju procent mer produktions tid (mindre stopptid) och bättre kvalitet. Dessa effekter bedömdes motsvara cirka 200 000 US dollar i ökade intäkter per månad. Produktionslinjernas utveckling följdes över tid, vilket innebar att de förflyttade sig mellan de nämnda kategorierna. Forskarna drog därför slutsatsen att det är en god arbetsmiljö som

påverkar lönsamheten positivt och inte tvärtom – att lönsamma linjer ”har råd” med en god arbetsmiljö.

Effekter av hälso- och arbetsmiljöinriktade insatser

Den senaste tiden har det också kommit fler studier som rör de ekonomiska effekterna av hälsofrämjande investeringar, men många av dessa är amerikanska och fokuserar främst på individbaserade åtgärder avseende friskvård och levnadsvanor. Flera omfattande forskningsöversikter (Pelletier, 1999; Aldana, 2001) visar att sådana åtgärder har positiv effekt på hälso-, sjukvårds- och frånvarokostnader. Aldana (2001) visar i en genomgång av 13 studier att medelvinsten var fyra gånger hälsoinvesteringen i minskade hälso- och sjukvårdskostnader, och ungefär fem gånger investeringen i sänkta frånvarokostnader.

Källestål et al. (2004) har gjort en systematisk genomgång av effekterna av hälsofrämjande insatser på arbetsplatser under åren 1990–2004, och denna genomgång resulterade i 36 kunskapsöversikter som låg till grund för olika analyser. Några slutsatser var att sådana insatser kan vara effektiva, men att det behövs mer kunskap om effekterna av organisatoriskt inriktade interventioner. Genomgången visade att de genomförda projekten hade flera positiva effekter på hälsa och arbetsmiljö. Dessa uppgifter kommer dock från den del av genomgången som behandlade så kallad ”grå dokumentation” som var av skiftande karaktär och kvalitet.

I en finsk systematisk litteraturöversikt (Kuoppala, Lamminpää, & Husman, 2008) studerades sambanden mellan arbetsrelaterade hälsoinriktade åtgärder och anställdas välmående, arbetsförmåga, sjukfrånvaro och förtidspensionering. Åtgärderna fokuserade på såväl fysiska som psykiska aspekter i arbetet. Slutsatsen var att det finns medelgod evidens för att anställdas välmående, arbetsförmåga och sjukfrånvaro påverkades positivt, men att förtidspensionering inte påverkades. Vidare underströks att utbildning och psykosociala åtgärder inte kunde påvisas ha någon positiv effekt på studerade utfall.

Även det svenska Arbetsmiljöpolutiska kunskapsrådet har gjort en genomgång av hälso- och arbetsmiljöinriktade interventioner (SOU 2009:47), och i den konstateras att det finns många exempel, både i den vetenskapliga litteraturen och i berättelser från företagen själva, som visar på att sådana interventioner kan ge positiva resultat. De insatser som ger mest effekter har kombinerat individinriktade insatser som fysisk aktivitet på arbetstid, tekniska insatser som bättre hjälpmedel och organisatoriska insatser som ökad delaktighet bland de anställda. I rapporten visar professor Jörgen Eklund att det finns många fysiska arbetsmiljöfaktorer som var och en markant kan försämra arbetsförmågan, till exempel störande ljud, olämpliga arbetsställningar, vibrationer, relativt små avvikelser från optimal temperatur och icke optimal belysning. Detta leder även till en motsvarande produktivitets- och kvalitetsförlust. Vidare hänvisar författaren till ny forskning som tyder på att arbetsmiljöns effekter på kvalitet och produktivitet har påtagligt större ekonomisk betydelse än personalekonomiska faktorer (sjukfrånvaro, personalomsättning m.m.).

Ett tydligt exempel på detta är forskaren Lena Abrahamssons studie (2000) som bygger på mätningar före och efter en väl avgränsad insats på Swedish Steel (SSAB) i Luleå. Företaget gjorde en grundlig förbättring av arbetsmiljön i hanteringen av smältjärn, där man tog ett helhetsgrepp på hela produktionsprocessen och även involverade personalen i mycket hög grad. De faktiska utfallen av förbättringarna i den fysiska miljön dokumenterades över tid i olika mellanliggande variabler (luft, ljud, temperatur m.m.) och i ekonomiska variabler

(sjukfrånvaro, kvalitet och produktivitet). Den totala investeringskostnaden var 11,3 miljoner kronor och de direkta effekterna vid den aktuella arbetsplatsen beräknades till 25,6 miljoner kronor. De årliga ekonomiska effekterna av investeringen bestod av kvalitetsförbättringar (59 procent), ökad produktivitet (39 procent) och lägre direkta sjukfrånvarokostnader (2 procent).

En annan svensk studie (Johanson, 1997) gäller 108 arbetsplatsinriktade förändringsprogram, och genom telefonintervjuer visade författaren att produktivitetseffekterna upplevdes som den största effekten av de genomförda insatserna. Produktivitetsökningen översatt i kronor uppskattades till cirka fem gånger större än minskningen av sjukfrånvarokostnader. Den genomsnittliga återbetalningstiden för de genomförda projekten beräknades till tre år i både offentlig och privat sektor.

En svensk studie av 22 enheter (303 anställda) vid Skatteverket (Anderzén & Arnetz, 2005) bygger på före- och eftermätningar av upplevd hälsa och arbetsmiljö, biologiska stressmarkörer, sjukfrånvaro och produktivitet avseende anpassade interventioner. Vid enheterna kartlades hälsan och arbetsmiljön, och man genomförde även insatser som rörde ledar- och medarbetarskap samt organisering av arbetet. Studien visade signifikanta förbättringar i de anställdas upplevelse av psykosocial arbetsmiljö, självskattad hälsa och biologiska stressmarkörer. I studien dokumenterades även en minskad sjukfrånvaro och en ökad produktivitet.

Larsson, Mather och Dell (2007) redogör för en studie i Australien där 70 företag och organisationer deltog. Av resultaten framgår att en kompetent hantering av frågor som rör arbetsmiljö och hälsa hade ett starkt samband med företagets börsutveckling. Författarnas slutsats var att företag som är bättre än genomsnittet på att hantera frågor kring arbetsmiljö och hälsa sannolikt också har bättre ledning generellt.

Det finns ett konkret svenskt exempel på sambandet mellan investeringar i de anställdas hälsa och företagets produktivitet: den så kallade AHA-studien⁴ (Jensen & Roos, 2005). Resultatet visar att en förbättring av de anställdas arbetsförmåga genom hälsorelaterade aktiviteter leder till en kraftig produktivitetshöjning. Investeringarna bestod av ett metodpaket med åtgärder för att arbeta med både individernas hälsa och den psykosociala arbetsmiljön, och författarna konstruerade ett index bestående av upplevd hälsa, funktion, arbetad tid och sjukfrånvaro för att mäta de anställdas arbetsförmåga. Studiens resultat visar att investeringar i hälsa och förbättringar av arbetsförmågan ökar företagets produktivitet i organisationer som har en låg personalomsättning och även i övrigt är stabila. De företag som hade satsat minst på hälsorelaterade aktiviteter hade en stor outnyttjad potential till ökad produktivitet. Resultaten från ett företag med 2 000 anställda visar exempelvis att den arbetade tiden kan öka med 20 000 arbetstimmar per år om den genomsnittliga arbetsförmågan förbättras med en procent hos de anställda. Med andra ord har företaget en potential för att öka sin produktion med motsvarande 20 000 arbetstimmar per år med sin nuvarande arbetsstyrka. Det som krävs är att företaget investerar i personalens hälsa och ökad arbetsförmåga.

I en annan svensk studie (Lohela Karlsson, Björklund, & Jensen, 2010) med koppling till det ovan nämnda projektet⁴ följdes 2095 individer vid fyra större privata svenska företag under en treårsperiod. Genom att studera förändringar av olika variabler under perioden undersöktes om det fanns ett samband mellan anställdas psykosociala arbetsmiljö och produktionsbortfall, samt om detta samband medierades av de anställdas hälsa. De anställdas engagemang i

⁴ Arbete och hälsa inom process- och verkstadsindustrin.

organisationen, samt upplevelser av det sociala klimatet, arbetets krav och kontroll samt rollförenlighet var direkt eller indirekt relaterade till produktionsbortfall via deras hälsa.

Ett annat exempel gäller ett försäkringsbolag i Sverige där cheferna träffades två timmar varannan vecka under ett års tid för att lära sig mer om och diskutera arbetsorganisation, gruppdynamik och hur människor påverkas av stress. Theorell, Emdad, Arnetz och Weingarten (2001) utvärderade insatsen och gjorde jämförelser med en kontrollgrupp där cheferna inte fick någon utbildning. Det visade sig efter ett år att både medarbetarna och cheferna i interventionsgruppen upplevde större möjligheter att påverka och känna delaktighet i det som hände på företaget, och deras halter av stresshormoner i blodet hade också minskat.

Ett tredje svenskt exempel rör ett försök med kortare arbetstid och träning på arbetstid inom Folk tandvården i Stockholms län. Under ett år fick de anställda vid två kliniker förkortad arbetstid från 40 till 37,5 timmar i veckan och anställda vid två andra kliniker fick träna 2,5 timmar per vecka på arbetstid. Referensgruppen bestod av ytterligare två kliniker med oförändrad arbetstid. Forskarna vid Stockholms universitet (von Thiele Schwartz, Lindfors, & Lundberg, 2008) genomförde hälsoundersökningar före försöket samt sex och tolv månader efter att försöket hade avslutats. Det visade sig att träningsgruppen hade mest förbättringar på den fysiska hälsan, med störst effekter på blodtrycket och blodsockernivån. På kliniken där personalen fick träna på arbetstid hade kostnaden för sjukfrånvaro minskat med 21 procent, och med 6 procent på klinikerna med förkortad arbetstid. På kontrollklinikerna hade motsvarande kostnad ökat med 11 procent.

Sammanfattning

I denna uppsats behandlas effekterna av humankapitalinvesteringar i företag och organisationer. Både nationell och internationell forskning fokuserar alltmer på vilken betydelse förhållanden som rör arbetsmiljö och hälsa har för verksamhetsutvecklingen och tillväxten. Forskning från flera vetenskapliga områden visar att det kan finnas samband mellan, å ena sidan, arbetsmiljö- och arbetsorganisatoriska faktorer som ledarskap, psykosociala och fysiska förhållanden och, å andra sidan, utfall som handlar om hälsa och effektivitet i organisationer.

De exempel på forskningsresultat som redovisas indikerar att humankapitalinvesteringar kan vara lönsamma för organisationer samtidigt som de innebär bättre hälsa för de anställda. Redovisade studier kring kompetens- och personalutveckling visar främst på effekter i form av ökad produktivitet och lönsamhet. Studierna kring hälso- och arbetsmiljöinriktade insatser visar på positiva effekter när det gäller hälsa, produktivitet, kvalitet och lönsamhet. Intressant nog visar flera studier att de ekonomiska vinsterna är större för kvalitet och produktivitet än för personalekonomiska faktorer. Investeringar i humankapitalet kan således vara en strategi för organisationer att öka verksamhetens effektivitet och därmed få konkurrensfördelar.

Flera studier har en hel del metodologiska brister, och det är alltför få studier som både följer mer tillväxtorienterade utfall och hälsoutfall. En annan brist är att dokumentationen av vad som ingår i de studerade interventionerna är alltför odetaljerad, vilket gör det svårt att avgöra vilka delkomponenter i interventionen som har störst effekt på det studerade utfallet. Enligt en rapport från Arbetsmiljöpoliciska kunskapsrådet finns också en risk för att kunskapen är snedvriden åt det positiva hållet, alltså att både vetenskapliga studier och så kallad ”grå litteratur” främst fokuserar på de positiva resultaten. Rådet menar därför att det behövs

fler väl genomförda studier av humankapitalrelaterade interventioner som har misslyckats och som inte gav några effekter eller bara negativa resultat.

Rådet ifrågasätter också om det alltid är meningsfullt att försöka uppskatta de ekonomiska vinsterna av humankapitalbaserade insatser. Just ekonomiska argument kan visserligen göra större intryck på till exempel ledarna för olika verksamheter, men i många fall är det kanske mer trovärdigt att redovisa andra icke-monetära framgångsmått som t.ex. förbättrad hälsa och trivsel bland de anställda.

Om man med en intervention eller åtgärd vill påverka hälsoförhållanden som grundas i arbetsvillkor och arbetsförhållanden är det att betrakta som en intervention som genomförs i mångfacetterade sociala system (Pawson, 2006). En intervention kan och ska med detta synsätt utföras på olika sätt i olika situationer och kontext. Pelletier (2005) menar att hälso- och arbetsmiljöinriktade interventioner borde fokusera mer på hur de ska utformas, implementeras och utvärderas istället för att återupprepa studier som ställer frågan om interventioner ska genomföras.

I regeringens skrivelse (2009/10:248) om en förnyad arbetsmiljöpolitik pekas på att det inte entydigt går att säga att en god arbetsmiljö leder till lönsamhet i monetära termer. Forskningsområdet är relativt nytt och de metodologiska svårigheterna att visa på kvantitativa samband mellan en god arbetsmiljö och lönsamhet är stora. Däremot finns det, enligt skrivelsen, tillräckliga belägg för positiva samband mellan god arbetsmiljö och för lönsamhet viktiga faktorer som låg sjukfrånvaro, hög produktivitet, hög kvalitet och stärkt produkt- och arbetsgivarmärke.

Sambanden mellan faktorer som rör humankapital, hälsa och organisatoriska utfall är dock komplexa och kan variera i olika typer av organisatoriska kontexter. Det behövs helt klart mer kunskap om hur dessa samband ser ut och hur olika förmodade förklarande faktorer hänger ihop sinsemellan och med olika typer av utfall.

Referenser

Abrahamsson, L. (2000). Production economics analysis of investment initiated to improve working environment. *Applied Ergonomics*, 31(1), 1–7.

Ahlberg, G., Bergman, P., Ekenvall, L., Parmasund, M., Stoetzer, U., Waldenström, M., et al. (2008). *Tydliga strategier och delaktiga medarbetare i friska företag* (Projektet Hälsa och framtid, delstudie 2). Stockholm: Karolinska Institutet, Uppsala universitet och Stockholms läns landsting.

Aldana, S. G. (2001). Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 8(1).

Anderzén, I., & Arnetz, B. (2005). The impact of a prospective survey-based workplace intervention program on employee health, biologic stress markers, and organizational productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 671–682.

Aronsson, G., & Lindh, T. (2004). *Långtidsfriskas arbetsvillkor: En populationsstudie* (Arbete och Hälsa 2004:10). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Axelsson, J. (2000). *Quality and ergonomics: Towards successful integration*. Doktorsavhandling. Linköping: Linköpings universitet.

Bager-Sjögren, L., Gustafsson, O., & Pettersson, L. (2003). *Växtkraft Mål 4 – en effektstudie: Kompetensutveckling i små företag* (Rapport A2003:001). Östersund: Institutet för tillväxtpolitiska studier.

Ballot, G., Fakhfakh, F., & Taymaz, E. (2004). *Who benefits from training and R&D: The firm or workers? A study of panels of French and Swedish firms*. Arbetsrapport. Paris: ERMES.

Barrett, A., & O'Connell, P. (2001). Does training really work? The returns to in-company training. *Industrial and Labour Relations Review*, 54, 647–662.

Bassi, L., & McMurrer, D. (2006). *Employer's perspectives on the rules of human capital development and management in creating value*. Washington, USA: American Society for Training & Development.

Black, C. (2008). *Working for a healthier tomorrow: Review of the health of Britain's working age population*. London: TSO.

Bosworth, D., & Loundes, J. (2002). *The dynamic performance of Australian enterprises* (Working paper Nr 3/02). Melbourne, Australien: Melbourne Institute of Applied Economics and Social Research.

Ds 2008:16. *Arbetsmiljön och utanförskapet: En tankeram för den framtida arbetsmiljöpolitiken*. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.

Försäkringskassan. (2010). *Försäkringskassans årsredovisning 2009*. Stockholm: Försäkringskassan.

Groot, W. (1999). Productivity effects of enterprise-related training. *Applied Economic Letters*, 6, 369–371.

Eklund, J., Hansson, B., Karlqvist, L., Lindbeck, L., & Neumann, W. P. (2006). *Arbetsmiljöarbete och effekter: En kunskapsöversikt* (Arbete och Hälsa 2006:17). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Hansson, B., Ahonen, G., & Diamant, M. (2007). Research on the financial outcomes of health-related investments. I U. Johanson, G. Ahonen, & R. Roslender (Red.), *Work health and management control* (s. 137–158). Stockholm: Thomson Fakta AB.

Hansson, J., & Eriksson, H. (2002). The impact of TQM on financial performance. *Measuring Business Excellence*, 6(4), 44–54.

Hendricks, K. B., & Singhal, V. R. (1997). Does implementing an effective TQM program actually improve operating performance? Empirical evidence from firms that have won quality awards. *Management Science*, 43(9), 1258–1274.

Härenstam, A., Marklund, S., Berntsson, E., Bolin, M., & Ylander, J. (2006). *Understanding the organisational impact on working conditions and health* (Arbete och Hälsa 2006:4). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Ichniowski, C., Shaw, K., & Prennushi, G. (1995). *The effects of human resource management practices on productivity* (NBER Arbetspapper 5333). Cambridge: Cambridge University.

Ingelgård, A. (1998). *On macroergonomics and learning strategies in improving working conditions*. Doktorsavhandling. Göteborg: Göteborgs universitet.

ISO. (2010). *Guidance on social responsibility: International standard ISO 26000*. Genève: International Organization for Standardization.

Jensen, I., & Roos, P. (2005). *Hälsa och produktivitet: Slutrapport del 2 AHA-studien: Arbete och hälsa inom process- och verkstadsindustrin*. Stockholm: Karolinska Institutet.

Jarret, Q. (1998). *Measuring return on training at Merck & Co* (Perspectives on business innovation, nr. 2). Boston: Ernst & Young Center for Business Innovation.

Johanson, U. (1997). The profitability of investments in work life oriented rehabilitation: A measurement of perceptions. *Personnel Review*, 26(5), 395–415.

Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Job stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.

Kuoppala, J., Lamminpää, A., & Husman, P. (2008). Work health promotion, job well-being, and sickness absences: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(11), 1216–1227.

Källestål, C., Bjurvald, M., Menckel, E., Schaerström, A., Schelp, L., & Unge, C. (2004). *Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser: Effekter av interventioner refererade i systematiska kunskapsöversikter och i svenska rapporter* (Rapport R 2004:32). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Larsson, T. J., Mather, E., & Dell, G. (2007). To influence corporate OH&S performance through the financial market. *International Journal of Risk Assessment and Management*, 7(2), 263–271.

Larsson, J. (2010). *Leadership for quality, effectiveness and health in organisations*. Doktorsavhandling. Östersund: Mittuniversitetet.

Lohela Karlsson, M., Björklund, C., & Jensen, I. (2010). The effects of psychosocial work factors on production loss, and mediating effect of employee health. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(3), 310–317.

Malmquist, C., Vinberg, S., & Larsson, J. (2007). *Att styra med hälsa: Från statistik till strategi*. Degerfors: Metodicum.

Murphy, L. R., & Cooper, C. L. (2000). *Healthy and productive work: An international perspective*. London: Taylor & Francis.

Nise, G., Ekenvall, L., Alberyd, J., Svartengren, M., & HoF study group (2007). *Friska företag i alla branscher: En registerstudie* (Projektet Hälsa och framtid, delstudie 1). Stockholm: Karolinska Institutet, Uppsala universitet och Stockholms läns landsting.

Nyberg, A. (2009). *The impact of managerial leadership on stress and health among employees*. Doktorsavhandling. Stockholm: Karolinska Institutet.

Nyberg, A., Bernin, P., & Theorell, T. (2005). *The impact of leadership on the health of subordinates* (SAL TSA, Rapport nr 1). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

NUTEK (2000). *Företag i förändring: Lärandestrategier för ökad konkurrenskraft*. Sundbyberg: Alfa-Print.

Ottersten, E., Lindh, T., & Mellander, E. (1999). *Evaluating firm training, effects on performance and labour demand* (Rapport nr 503). Stockholm: Industriens utredningsinstitut.

Pawson, R. (2006). *Evidenced based policy: A realist perspective*. London: SAGE.

Pelletier, K. R. (1999). A review and analysis of the health and cost-effective outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programmes at the worksite. *American Journal of Health Promotion*, 8(1), 333–345.

Pelletier, K. R. (2005). A review and analysis of the clinical and cost effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management: Programs at the worksite: Update VI 2000–2004. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(10), 1051–1058.

Pfeffer, J. (1998). *The human equation*. Boston: Harvard Business School Press.

Regeringens proposition 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm: Regeringen.

Regeringens skrivelse 2009/10:248. *En förnyad arbetsmiljöpolitik med en nationell handlingsplan 2010–2015*. Stockholm: Regeringen.

Rose, L., & Orrenius, U. (2006). *Beräkning av arbetsmiljöns ekonomiska effekter på företag och organisationer: En översikt av ett urval av metoder* (Arbete och Hälsa 2006:18). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Setterlind, S. (Red). (2004). *Den hälsosamma arbetsplatsen: Från analys till åtgärd*. Karlstad: Stress Management Center.

SOU 2009:47. *God arbetsmiljö – en framgångsfaktor?* (En skrift från Arbetsmiljöpoltiska kunskapsrådet). Stockholm: Fritzes.

SOU 2009:40. *En ny modell för arbetsmiljöutredning* (Styrmedelsutredningen). Stockholm: Fritzes.

SOU 2009:93. *Inkluderande arbetsliv* (En skrift från Arbetsmiljöpolitiska kunskapsrådet). Stockholm: Fritzes.

SOU 2009:97. *Marknadsorienterade styrmedel på arbetsmiljöområdet* (Slutbetänkande av Styrmedelsutredningen). Stockholm: Fritzes.

Szücs, S., Hemström, Ö., & Marklund, S. (2003). *Organisatoriska faktorerens betydelse för långa sjukskrivningar i kommuner* (Arbete och Hälsa 2003:6). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Sörqvist, L. (1998). *Poor quality costing*. Doktorsavhandling. Stockholm: Kungliga tekniska högskolan.

Tamkin, P. (2004). *Skills pay: The contribution of skills to business success*. London: Institute for Employment Studies.

Theorell, T., Emdad, R., Arnetz, B., & Weingarten, A.-M. (2001). Employee effects of an educational program for managers at an insurance company. *Psychosomatic Medicine*, 63, 724–733.

Vinberg, S. (2006). *Health and performance in small enterprises: Studies of organizational determinants and change strategy*. Doktorsavhandling. Luleå: Luleå tekniska universitet.

von Thiele Schwartz, U., Lindfors, P., & Lundberg, U. (2008). Health-related effects of worksite interventions involving physical exercise and reduced workhours. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 34, 179–188.

