

## Hälsa och framtid i kommuner och landsting

Magnus Svartengren<sup>1, 2</sup>  
Ulrich Stoetzer<sup>1</sup>  
Marianne Parm Sund<sup>1</sup>  
Tomas Eriksson<sup>2</sup>  
Åsa Stöllman<sup>2</sup>  
Eva Vingård<sup>2</sup>

Karolinska Institutet<sup>1</sup> och Uppsala Universitet<sup>2</sup>



AKADEMISKA  
SJUKHUSET



UPPSALA  
UNIVERSITET



Karolinska  
Institutet



UPPSALA  
UNIVERSITET



# Hälsa och framtid i kommuner och landsting

**Magnus Svartengren<sup>1,2</sup>**

**Ulrich Stoetzer<sup>1</sup>**

**Marianne Parmsund<sup>1</sup>**

**Tomas Eriksson<sup>2</sup>**

**Åsa Stöllman<sup>2</sup>**

**Eva Vingård<sup>2</sup>**

***Karolinska Institutet<sup>1</sup> och Uppsala Universitet<sup>2</sup>***

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	2
Förord .....	4
Sammanfattning .....	5
Bakgrund .....	5
Syfte .....	6
Delstudie 1.....	6
Delstudie 2.....	7
Delstudie 3.....	9
Sammanfattande slutsats .....	12
Bakgrund .....	13
Verksamhet och organisation i kommuner och landsting .....	13
Forskningsprojektet Hälsa och framtid .....	14
<i>Delstudie 1</i> .....	16
Sjukfrånvaro och kvalitetsindikatorer i kommuner och landsting med olika andel långtidssjukskrivna.....	16
En registerstudie.....	16
1. Syfte .....	16
2. Metod .....	16
3. Resultat.....	18
4. Slutsatser .....	27
Källor.....	28
<i>Delstudie 2</i> .....	29
Friska kommuner och landsting – organisatoriska faktorer av betydelse för friskhet .....	29
1. Bakgrund .....	29
2. Syfte .....	31
3. Metod .....	31
3.1 Urval.....	31
3.2 Intervjuer .....	32
3.3 Övrig datainsamling .....	33
3.4 Intervjuinnehåll .....	34
3.5 Analys.....	34
4. Resultat.....	36
4.1 Övergripande resultat .....	36
4.2 Huvudresultat .....	38
4.2.1 Ledningsstrategier .....	39
4.2.2 Personalpolitik.....	40
4.2.3 Kommunikation och delaktighet .....	41
4.2.4 Arbetsorganisation .....	43
4.2.5 Systematiskt arbetsmiljöarbete.....	45
5 Diskussion .....	48
5.1 Resultatdiskussion.....	49
5.1.1 Ledningsstrategier .....	49
5.1.2 Personalpolitik.....	50
5.1.3 Arbetsorganisation .....	51
5.1.4 Kommunikation och delaktighet .....	51
5.1.5 Systematiskt arbetsmiljöarbete.....	52

5.2 Metoddiskussion.....	53
5.2.1 Metodurval .....	53
5.2.2 Intervjun .....	54
5.2.3 Urvalet .....	54
5.2.4 Analysen.....	55
5.2.5. Risken för bias.....	56
6. Slutsatser .....	57
Referenser.....	58
<i>Delstudie 3</i> .....	64
Sjukskrivning, rehabilitering och återgång i arbete bland anställda i kommuner och landsting. .....	64
1. Bakgrund .....	64
2. Syfte .....	66
3. Metod .....	66
3.1 Individuella intervjuer med chefer .....	66
3.2 Fokusgrupper med första linjens chefer .....	66
3.3 Enkät till långtidssjukskrivna .....	67
4. Resultat.....	68
4.1 Intervjuer med ledningen i deltagande kommuner och landsting .....	68
4.2 Fokusgruppsintervjuer med första linjens chefer .....	69
4.2.1. Policy.....	69
4.2.2. Utbildning/stöd/system.....	69
4.2.3. Rutiner .....	70
4.2.4. Anpassning .....	70
4.2.5. HR .....	72
4.2.6. Försäkringskassan (FK).....	72
4.2.7. Företagshälsovården (FHV) .....	72
4.2.8. Varför blir en sjukskrivning lång eller kort.....	73
4.2.9. Övriga reflektioner från de intervjuade .....	74
4.2.10. Önskelista .....	75
4.3 Enkät till långtidssjukskrivna i kommuner och landsting .....	76
5. Diskussion .....	79
6. Slutsats .....	81
Referenser.....	82
Bilaga: Intervjuguide Hälsa och Framtid i offentlig sektor.....	85

# Förord

Denna undersökning om hälsa och framtid i kommuner och landsting fokuserar på de organisatoriska faktorer som utmärker verksamheter med få sjukskrivna medarbetare, det som vi definierar som friska verksamheter.

Studien är finansierad av AFA Försäkring och vi vill framföra vårt varma tack för detta men också för det stöd och hjälp med kontakter vi fått av främst avdelningen för forskning och utveckling på AFA Försäkring.

Vi vill också tacka alla de personer i deltagande kommuner och landsting som upplåtit sin tid för att hjälpa till att organisera våra besök, delta i intervjuer enskilt eller i grupp och som svarat på våra enkäter. Utan er medverkan hade det inte blivit någon undersökning.

Docent Lena Ekenvall har förtjänstfullt läst alla intervjuer och på så sätt kvalitetssäkrat våra slutsatser. Ett stort tack för detta.

Uppsala och Stockholm i januari 2013

Eva Vingård      Magnus Svartengren

Projektledare

# Sammanfattning

## ***Bakgrund***

Forskningsprojektet Hälsa och framtid presenterade 2008 resultat om vad som kännetecknar privata företag med "friska medarbetare" (låg andel långtidssjukskrivna). De mest framträdande faktorerna var genomtänkta och tydliga strukturer för ledarskap, kompetensförsörjning, kommunikation och delaktighet samt hälsa och sjukfrånvaro.

AFA Försäkring beviljade år 2009 anslag för tre års studier om Hälsa och Framtid i offentlig förvaltning (HOFF), ett forskningsprojekt om kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro. Hög sjukfrånvaro har under lång tid varit ett problem för många kommuner och landsting men det finns även de som har haft relativt låg sjukfrånvaro. Den genomsnittliga totala sjukfrånvaron bland kommunanställda var år 2011 5,1 procent och varierade detta år mellan olika kommuner från 3,0 till 7,6 procent.

I Sverige finns 290 kommuner och 20 landsting/regioner. Verksamheterna styrs i stor utsträckning av lagar och nationella riktlinjer för att alla delar av landet ska få en likvärdig samhällsservice. Det finns samtidigt ett långtgående självstyre som innebär att verksamheten kan anpassas till lokala och regionala förutsättningar.

Kommunerna ansvarar för huvuddelen av den samhällsservice som ges. Vissa kommunala verksamheter är lagstadgade, bland annat skola, äldreomsorg, socialtjänst, stadsplanering, räddningstjänst och bibliotek. Landstingen och regionerna ansvarar för uppgifter som är gemensamma för stora geografiska områden och som ofta kräver betydande ekonomiska resurser. Hälso- och sjukvård, tandvård samt kollektivtrafik är obligatoriska uppgifter inom landsting och regioner. Nästan 90 procent av kommunernas och landstingens kostnader går till vård, skola och omsorg.

Variationerna är stora i fråga om geografisk storlek, befolkningsstruktur och antal anställda. Antalet anställda (månadsavlönade) varierade vid årsskiftet 2010/11 från 259 (Bjurholm i Västerbotten) till 40 723 (Stockholm). I landstingen/regionerna varierade antalet anställda år 2011 mellan 3 789 i Jämtland och 45 644 i Västra Götaland.

## **Syfte**

Projektets övergripande syfte är att studera om det finns faktorer på organisationsnivå som kännetecknar kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro och att besvara följande frågor:

- Vad karaktäriserar dessa två grupper ur ett övergripande perspektiv?
- Vilka organisatoriska faktorer utmärker verksamheter med låg sjukfrånvaro jämfört med sådana med högre sjukfrånvaro?
- Spelar en god och tidig rehabilitering roll för hälsoläget i kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro?

Projektet består av tre delstudier:

1. Insamling av registerdata om sjukfrånvaro, antal anställda, ålder, könsfördelning, kompetens, personaltäthet, kontinuitet mm i kommuner och landsting
2. Intervjuer om ledarskap, kompetensförsörjning, kommunikation, delaktighet och rutiner kring hälsa och sjukfrånvaro med nyckelpersoner i kommuner och landsting med låg respektive hög sjukfrånvaro
3. Fokusgruppsintervjuer med enhetschefer/första linjens chefer i ett urval kommuner om rutiner kring sjukfrånvaro och rehabilitering samt samverkan med företagshälsovården och Försäkringskassan. Enkät till långtidssjukskrivna kommun- och landstingsanställda.

### ***Delstudie 1***

Antalet sjukdagar per anställd är högre i kommuner och landsting än i privat verksamhet och bland statligt anställda. När dessa siffror korrigeras för ålder och kön så är det dock främst kommunerna som sticker ut något. I vår studie har vi delat upp landets 290 i kommuner i kvartiler där 72 kommuner i kvartil 1 har den lägsta sjukfrånvaron och 72 kommuner i kvartil 4 har högst sjukfrånvaro. Skillnaderna i nya 90-dagars fall/1000 anställda 2006 är betydande med 23,9 i kvartil 1 och 41,8 i kvartil 4. Det finns kommuner med låg sjukfrånvaro i hela landet men kommunerna i Götaland har flest antal i kvartil 1 (36 %) mot 14 % i Svealand och Norrland.

Några säkra skillnader i kvalitetsindikatorer som antal anställda i äldreomsorg eller skola finns inte. Inte heller kostnaderna för dessa verksamheter tycks skilja sig åt.

För landstingens del skiljer sig också sjukfrånvaron mellan kvartil 1 med lågt antal långtidssjukskrivna och kvartil 4 med högt antal långtidssjukskrivna åt ganska rejält. Privata enheter i Stockholm skiljer sig dock inte från andra landstingsenheter i samma kommun.

Vad gäller kvalitetsindikatorer inom olika områden beträffande landstingen är vårdrelaterade infektioner och väntetid till vuxenpsykiatrien sämre inom landstingen i kvartil 4 (högst sjukfrånvaro) medan den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten är något högre i kvartil 1 (lägst sjukfrånvaro). Skillnaderna är dock överlag små och knappast av statistisk signifikans.

Sjukfrånvaron har generellt sjunkit i hela Sverige oavsett bransch eller sektor de senaste åren. De flesta kommuner och landsting befinner sig dock i samma kvartil som 2006. De som bytt kvartil har oftast gjort det ett steg upp eller ett steg ner.

## ***Delstudie 2.***

Arbetsmiljön är en aspekt av människors liv som kan påverka hälsan både positivt och negativt.

Traditionellt är studier av arbete och hälsa i huvudsak inriktade på skadliga arbetsförhållanden, det vill säga problem och hinder som kan relateras till olika hälsoutfall. Ett alternativt men mer ovanligt sätt att förhålla sig till ämnet är att identifiera faktorer som främjar hälsa.

Urvalet av kommuner och landsting för denna studie gjordes utifrån AFA Försäkrings statistik om sjukfrånvaro år 2005 och 2006/07. De 10 % av kommunerna som hade högst sjukfrånvaro samt de kommuner som ändrat sitt sjukskrivningsmönster radikalt mellan åren exkluderades i undersökningen för att undvika att kommuner med mycket speciella förhållanden kom med. Från de femton kommunerna med högst respektive lägst sjukfrånvaro valdes därefter fem från varje grupp ut att ingå i studien. En frisk och en mindre frisk kommun inom samma geografiska område eftersträvades för att i viss mån undvika att regionala skillnader påverkade resultaten. För att bredda undersökningen beslöts att även inkludera två storstadskommuner där en stadsdelsförvaltning med låg och en med högre sjukfrånvaro i vardera staden studerades.

Två landsting valdes utifrån AFA Försäkrings statistik om sjukfrånvaro och representerar grupperna låg respektive hög sjukfrånvaro. Urvalet gjordes utifrån sjukfrånvaron i de två landstingen som helhet. Två större divisioner inom respektive landsting valdes ut för intervjuer.



I de tio kommunerna i grundurvalet intervjuades personalchef, förvaltningschef och en enhetschef/första linjens chef med högst 50 underställda inom äldreomsorg respektive skola. Sammanlagt gjordes 77 individuella intervjuer. I de två största kommunerna gjordes intervjuer i två stadsdelar vardera med personalchef samt med verksamhetschef och en enhetschef inom äldreomsorgen. I båda landstingen gjordes intervjuer på tre nivåer med en divisionschef (ca 300 underställda), avdelnings/verksamhetschef (högst 50 anställda) samt divisionens personalchef/personalstrateg. Samtliga intervjuer genomfördes under perioden april 2010-oktober 2011.

Intervjun skedde i semistrukturerad form. Innehållet i intervjun berörde områden som i tidigare forskning visat sig ha samband med hälsa nämligen ledningsstrategier, personalpolitik, omvärldsanalys, förändringsstrategier, kommunikation, delaktighet/inflytande, arbetsorganisation och arbetsinnehåll, arbetsmiljöarbete, hälsa, sjukfrånvaro och rehabilitering samt visioner och mål. Analysen gjordes med en kvalitativ textanalys utifrån givna definitioner. Eftersom syftet med studien var att hitta friskfaktorer på organisationsnivå beslöts på ett tidigt stadium att koncentrera analysen till utsagor som tydligt beskrev strategier inom organisationen. Under analysarbetets gång genomfördes två seminarier tillsammans med deltagande kommuner och landsting för att få återkoppling och diskutera arbetet. De teman som kvarstod efter alla analyssteg kommer att benämnas som friskfaktorer på organisationsnivå.

Skillnaderna mellan olika offentliga verksamheter med lägre respektive högre sjukfrånvaro är mindre än i motsvarande studie mellan privata företag. Det är inte förvånande eftersom verksamheter inom kommuner och landsting har betydligt fler likheter sinsemellan än verksamheter inom privat sektor.

Vi fann att kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro kännetecknas av genomtänkta strategier på organisationsnivå, särskilt inom följande områden:

- *Uppföljning och kontroll av ledarskap/chefskap genom direktkontakt*

Verksamheter med låg sjukfrånvaron beskriver mer generellt att uppföljning och feedback sker genom direktkontakt. De högre cheferna träffar ledare och medarbetare antingen i möten avsatta för att diskutera sådana frågor, genom att närvara vid andra möten, t.ex. arbetsplatsträffar, eller direkt genom att vara ute i verksamheterna. Ibland har chefen sin arbetsplats placerad nära medarbetarna och har daglig kontakt med dem. Även när det finns hindrande geografiska avstånd är de högre

cheferna måna om att ta sig ut till verksamheterna. Flera beskriver också att de anstränger sig att vara tillgängliga via telefon och e-post.

- *Individuella önskemål om utbildning tillgodoses*

I verksamheter med låg sjukfrånvaro beskriver chefer på olika nivåer att det finns möjligheter för personalen att – utöver verksamhetens omedelbara och direkta behov – få individuella önskemål tillgodosedda i samband med personalutbildning och -utveckling.

- *Möjligheter till byte av arbetsuppgifter finns och uppmuntras*

Chefer i kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro beskriver att de vid utvecklingssamtalen efterfrågar och/eller uppmuntrar personalens intresse att pröva nya arbetsuppgifter, skaffa ny kompetens eller flytta till andra arbetsplatser inom kommunen.

- *Kommunikation, feedback och möjligheter för medarbetare att framföra idéer och kritik*

I organisationer med låg sjukfrånvaro finns system och strategier för feedback. Chefer värdesätter att medarbetarna delar med sig av goda idéer och vill skapa forum där sådant kommer fram. De beskriver att det finns utrymme för feedback under möten samt att detta förs vidare uppåt och nedåt i linjen. Dessa forum kan även vara av mer informell karaktär, som att det är accepterat att gå in spontant till chefen eller att diskutera i korridoren eller på fikarasten.

- *Prioritering av arbetsuppgifter vid hög arbetsbelastning*

I verksamheter med låg sjukfrånvaro tar chefer på ett tydligt sätt ansvar för att prioritera arbetsuppgifterna, t ex genom att uppmärksamma om personal ställer alltför höga krav på sig själva och tar på sig för mycket att göra.

- *Det systematiska arbetsmiljöarbetet införs strukturerat i verksamheten*

Kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro arbetar mer strukturerat och strategiskt med det systematiska arbetsmiljöarbetet i den dagliga verksamheten. Inga större skillnader framkommer i de enskilda detaljerna.

### **Delstudie 3**

Arbetslinjen är sedan länge förhärskande i det svenska samhället. Varje person förutsätts tjäna sitt eget uppehälle. Generellt sett är arbete positivt och främjar hälsa och ekonomi både för individen

och för samhället. Långa sjukskrivningar försämrar möjligheten att återgå i arbete både pga. den sjukdom en person är sjukskriven för och den sjukroll som individen intar.

Orsakerna till sjukskrivning bortsett från diagnosen är komplexa och innefattar arbetsförhållanden, livsförhållanden, normer, attityder, sjukförsäkringssystemets utformning mm. Återgång i arbete efter långtidssjukskrivning är en långdragen och även den en komplex process. Här spelar också faktorer utanför sjukdomen roll såsom individuella faktorer, arbetets art och sociala förhållanden.

Generellt sett skiljer sig friska kommuner och landsting från mindre friska genom att de har större kunskap om sjukfrånvaron i organisationen och försöker anpassa arbetet till perioder med nedsatt arbetsförmåga hos medarbetarna. Större flexibilitet tycks råda och mer kontakter med andra aktörer tas och fungerar bra vid behov av rehabilitering.

Vid de individuella intervjuerna med chefer på olika nivåer i friska och mindre friska kommuner och landsting ställdes frågor om hälsa, sjukfrånvaro rehabiliteringsrutiner, vilka möjligheter som finns för anpassning av arbetet vid tillfällig nedsatt arbetsförmåga samt erfarenheter av samverkan med företagshälsovården och Försäkringskassan.

Första linjens chefer i två friska och två mindre friska kommuner har i fokusgrupper intervjuats om sina erfarenheter och praktiska handläggning av långtidssjukskrivna. Totalt gjordes åtta intervjuer. Arbetsledare med egen erfarenhet av rehabiliteringsfall inbjöds att delta. Sammanlagt deltog 21 arbetsledare från friska förvaltningar och 23 från mindre friska.

En enkät rörande sjukskrivningsdiagnos, arbetsförhållanden, rehabiliteringsinsatser och effekterna av desamma utsändes 2011 till alla som varit sjukskrivna mer än tre månader i AFAs databas över långtidssjukskrivna i kommuner och landsting år 2007 och 2008.

Samtidig satsning på hälsofrämjande och förebyggande arbete, att fånga upp tidiga signaler och skapa rutiner för sjukskrivning och rehabilitering i samarbete med andra aktörer är exempel på riktade insatser som var mer vanligt förekommande i friska organisationer.

Ytterligare ett exempel på hur en organisation arbetar strategiskt och operativt är att systematiskt införa rutiner och tydliggöra riktlinjer för vad som händer när en anställd blir sjuk och samtidigt föra en dialog med chefer som är ovana att handlägga rehabiliteringsärenden.

I friska verksamheter fångas tidiga signaler på ohälsa upp och anpassning av arbetet kan göras under

en kortare tid. Vid rehabilitering resonerar chefer på ett likartat sätt genom att exempelvis ändra schema, ta bort vissa arbetsuppgifter eller lägga till andra uppgifter.

I de friska kommunerna och landstingen hade man ett mer systematiserat system för att ta kontakt med en sjukskriven medarbetare. Telefonkontakt är det vanligast sättet och det sker efter ett bestämt antal dagar. Sjukanmälan tas också i görligaste mån hand om av arbetsledaren per telefon. Dessa rutiner upplevs som mycket viktiga för motivation och återgång i arbete.

Alla grupperna vittnar om svårigheter när personer kommer tillbaka från en långtidssjukskrivning. Även om de kommer på 100 % är de inte helt arbetsföra direkt. Ännu svårare är det om de är deltidssjukskrivna. Att vara arbetsför på 50 % innebär nästan aldrig att man är 100 % arbetsför på de 50 procenten. Anpassning kan vara svår att genomföra. De ekonomiska ramarna är så snäva att det inte fungerar.

All anpassning måste göras genom effektiviseringar eftersom det inte finns andra pengar. Detta blir ohållbart i längden. På kort sikt fungerar det i de friska kommunerna och landstingen med hjälp av arbetsledarnas kreativitet och vilja att få tillbaka sina medarbetare. Arbetsledningens egna initiativ och lösningar är mycket viktiga. Vid återgång i arbete är det viktigt att informera arbetsgruppen om den som kommer tillbaka i dennes närvaro och godkännande, var många överens om i de friska verksamheterna. Det är viktigt för arbetskamraterna att veta vad man kan förvänta sig och om det är arbetsträning eller direkt ut i vanligt arbete som gäller.

Trivsel på arbetet är en mycket viktig faktor för om en sjukskrivning blir lång eller kort var nästan alla överens om. Trivs man kan man stå ut med lite krämpor som ibland är oundvikliga.

I en av de friska verksamheterna går arbetsledaren ibland in och föreslår en förebyggande sjukskrivning som en åtgärd när någon håller på att förlora balansen i arbetet.

Alla de 2493 individer inom kommuner och landsting som varit sjukskrivna 90 dagar eller mer 2007 och 2008 fick en enkät att besvara. Deltagandet var naturligtvis frivilligt. Svar inkom från 1218 individer vilket innebär en svarsfrekvens på 49 %. Äldre svarade i högre utsträckning än yngre men i övrigt framkom inga säkra systematiska skillnader beträffande diagnos eller geografisk hemvist, de parametrar som går att jämföra.

Cirka 67 procent ansåg att arbetet hade orsakat eller försämrat de besvär de varit långtidssjukskrivna för.

Ganska få (27 %) angav att de fått professionell hjälp med sina besvär innan långtidssjukskrivningen. När de blivit sjukskrivna var det dock vanligt med någon typ av rehabiliteringsåtgärd. 73 % av de sjukskrivna hade fått detta och vanligast var en multimodal insats med hjälp från läkare, sjukgymnast, psykolog m.fl.

På frågan vad som var den mest avgörande faktorn för arbetsåtergång kom "Minskade symtom och besvär" på första plats och "Min egen vilja" på andra.

Under 2008 infördes stora regeländringar inom socialförsäkringen då den så kallade rehabiliteringskedjan infördes. Denna innebar att individen inte kunde vara sjukskriven utan bortre tidsgräns och att man efter 180 dagars sjukskrivning i allmänhet skulle pröva individen mot alla på arbetsmarknaden förekommande arbeten. Arbetsförmedlingen kopplas också in tidigt och idén är att inlåsnings-effekten på en arbetsplats som inte är lämplig ska minska och återgång i arbete stimuleras. Fyrtioen procent av de tillfrågade tyckte att regeländringarna på något sätt påverkat deras sjukskrivning men relativt sällan till det positiva. Trettiosex procent angav att de kommit tillbaka till arbetet snabbare medan 53 procent inte tyckte så och 11 procent visste ej.

### ***Sammanfattande slutsats***

Vi har i denna studie hittat faktorer som skiljer sig mellan friska och mindre friska verksamheter inom kommuner och landsting. Dessa faktorer kan inte förklaras av t.ex. regionala skillnader eller kvalitetsindikatorer. Förhållandena som präglar friska verksamheter går att påverka på organisationsnivå utan att stora resurser tillskjuts och genom detta kan man göra hälsovinster bland de anställda.

# Bakgrund

## ***Verksamhet och organisation i kommuner och landsting***

I Sverige finns 290 kommuner och 20 landsting/regioner. Verksamheterna styrs i stor utsträckning av lagar och nationella riktlinjer för att alla delar av landet ska få en likvärdig samhällsservice. Det finns samtidigt ett långtgående självstyre som innebär att verksamheten kan anpassas till lokala och regionala förutsättningar.

Kommunerna ansvarar för huvuddelen av den samhällsservice som ges. Vissa kommunala verksamheter är lagstadgade, bland annat skola, äldreomsorg, socialtjänst, stadsplanering, räddningstjänst och bibliotek. Landstingen och regionerna ansvarar för uppgifter som är gemensamma för stora geografiska områden och som ofta kräver betydande ekonomiska resurser. Hälso- och sjukvård, tandvård samt kollektivtrafik<sup>1</sup> är obligatoriska uppgifter inom landsting och regioner. Nästan 90 procent av kommunernas och landstingens kostnader går till vård, skola och omsorg.

Kommuner och landsting styrs av politiker, som väljs i kommun- och landstingsval vart fjärde år. Högsta beslutande organ är fullmäktige. Därunder finns nämnder inom olika politikområden. Det finns ungefär 44 000 förtroendevalda inom kommuner och landsting. Tre procent av dessa är helt eller deltidanställda. Det löpande arbetet sköts av tjänstemän. Populärt brukar skillnaden mellan de två funktionerna beskrivas som att "politiker bestämmer *att* och tjänstemännen *hur*", dvs politiker fattar beslut och tjänstemännen verkställer besluten.

Variationerna är stora i fråga om geografisk storlek, befolkningsstruktur och antal anställda. Personalstyrkan varierade år 2011 från 236 i Bjurholms kommun till 37 448 i Stockholms stad. Antalet anställda i de tjugo landstingen/regionerna varierade år 2011 mellan 3 789 i Jämtland och 45 644 i Västra Götaland.

Från 1980-talet och framåt har styrningen av offentlig verksamhet alltmer börjat efterlikna privat sektor med betoning på kostnadskontroll, ökad effektivitet och konkurrens. Syftet är att uppnå en

---

<sup>1</sup>I några län sköts detta tillsammans med kommunerna

mer rationell ledning med tydliga mål och systematisk uppföljning. Den så kallade beställarutförarmodellen är vanligt förekommande.

## ***Forskningsprojektet Hälsa och framtid***

Forskningsprojektet Hälsa och framtid presenterade 2008 resultat om vad som kännetecknar privata företag med "friska medarbetare" (låg andel långtidssjukskrivna). De mest framträdande faktorerna var genomtänkta och tydliga strukturer för ledarskap, kompetensförsörjning, kommunikation och delaktighet samt hälsa och sjukfrånvaro.

AFA Försäkring beviljade år 2009 anslag för tre års studier om Hälsa och Framtid i offentlig förvaltning (HOFF), ett forskningsprojekt om kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro. Hög sjukfrånvaro har under lång tid varit ett problem för många kommuner och landsting men det finns även de som har haft relativt låg sjukfrånvaro. Sjukfrånvaro medför höga kostnader för kommuner och landsting. Det finns alltså stora vinster att göra genom att hitta faktorer som kan främja hälsa och minska sjukfrånvaro. Den genomsnittliga totala sjukfrånvaron bland kommunanställda var år 2011 5,1 procent och varierade detta år mellan olika kommuner från 3,0 till 7,6 procent.

Projektets övergripande syfte är att studera om det finns faktorer på organisationsnivå som kännetecknar kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro och att besvara följande frågor:

- Vad karaktäriserar dessa två grupper ur ett övergripande perspektiv?
- Vilka organisatoriska faktorer utmärker verksamheter med låg sjukfrånvaro jämfört med sådana med högre sjukfrånvaro?
- Spelar en god och tidig rehabilitering roll för hälsoläget i kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro?

Projektet består av tre delstudier:

4. Insamling av registerdata om sjukfrånvaro, antal anställda, ålder, könsfördelning, kompetens, personaltäthet, kontinuitet mm i kommuner och landsting
5. Intervjuer om ledarskap, kompetensförsörjning, kommunikation, delaktighet och rutiner kring hälsa och sjukfrånvaro med nyckelpersoner i kommuner och landsting med låg respektive hög sjukfrånvaro

6. Fokusgruppsintervjuer med enhetschefer/första linjens chefer i ett urval kommuner om rutiner kring sjukfrånvaro och rehabilitering samt samverkan med företagshälsovården och Försäkringskassan. Enkät till långtidssjukskrivna kommun- och landstingsanställda.



## **Delstudie 1**

# **Sjukfrånvaro och kvalitetsindikatorer i kommuner och landsting med olika andel långtidssjukskrivna.**

## **En registerstudie**

### **1. Syfte**

Syftet med denna delstudie är att undersöka om det med hjälp av uppgifter från register går att hitta faktorer som är utmärkande för friska kommuner och landsting, det vill säga där medarbetare har låg långtidssjukfrånvaro (mer än 90 dagar).

### **2. Metod**

I rapporten redovisas statistik om sjukfrånvaro i landets 290 kommuner år 2006 samt några kvalitetsindikatorer för äldreomsorg, grundskola och hälso- och sjukvård i kommuner och landsting. Året 2006 har valts som utgångspunkt att definiera friska kommuner och landsting då det från detta år finns en noggrann och genomarbetad statistik för att beskriva sjukfrånvaron med ett sammanvägt mått för långtids- och korttidssjukfrånvaro. Vissa jämförelser har också gjorts med senare siffror från 2008 och 2009 då sjuktalen började sjunka. Vissa värden är också från 2007 då det är det bäst redovisade året.

Registerdata har hämtats från:

- AFA Försäkring
- Socialstyrelsen
- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
- SCB
- Försäkringskassan
- Skolverket
- Kolada, kommun- och landstingsdatabasen

Dessa publicerar regelbundet öppna jämförelser om kvalitet inom bland annat hälso- och sjukvård, äldreomsorg, grundskola och gymnasieskola. Syftet med jämförelserna är att stimulera landsting och kommuner att analysera sin verksamhet, lära av varandra, förbättra kvaliteten och effektivisera verksamheten.

Jämförelserna av de olika kvalitetsindikatorerna har i möjligaste mån tagits fram för samma år. Det har dock inte alltid varit möjligt då de olika databaserna startade olika år och från början inte hade fullständig information från kommunerna. Här redovisas sådana nyckeltal, kvalitetsområden och indikatorer som berör personal inom äldreomsorg och skola samt sådana som visar kostnader för kommunerna.

Kommuner har delats upp i fyra lika stora delar (kvartiler), som representerar 72 eller 73 kommuner vardera. Kommunerna med lägst sjukfrånvaro återfinns i kvartil 1 (Q 1) och kommuner med högst sjukfrånvaro i kvartil 4 (Q 4). Även de tjugo landstingen har delats upp i kvartiler på motsvarande sätt.

Begreppet "ohälsotal" definieras i rapporten på två olika sätt. SKL beräknar ohälsotalet som summa nettodagar med sjukpenning, rehabiliteringspenning samt nettodagar med aktivitets- och sjukersättning divideras med antal anställda 16-64 år inom respektive sektor. Det ohälsotal som Försäkringskassan redovisar beräknas genom att antal dagar i stället divideras med antal försäkrade. De försäkrade omfattar förutom sysselsatta även den del av befolkningen i åldrarna 16-64 år som är arbetslös.

### 3. Resultat

#### Sjukfrånvaro i olika sektorer

Sjukfrånvaron är högre både bland äldre jämfört med yngre och bland kvinnor jämfört med män. Kommun- och landstingsanställda hade år 2006 betydligt högre total sjukfrånvaro än anställda i staten och i den privata sektorn. Om värdena standardiseras, dvs att de vägs samman som om varje sektor har likartad ålders- och könsfördelning bland de anställda, förändras denna bild relativt mycket. Kommunerna har fortfarande de högsta sjuktalen men för landstingens del sjunker antalet sjukdagar per anställd med detta sätt att redovisa. Detta redovisas i tabell 1.

**Tabell 1. Antal sjukdagar per anställd<sup>2</sup> 2006 fördelat efter sektor. Faktiska tal och standardvägt<sup>3</sup>**

#### Faktiska tal

Privat sektor	Staten	Kommuner	Landsting
13,2	13,2	23,1	20,8

#### Standardvägt

Privat sektor	Staten	Kommuner	Landsting
15,3	11,7	18,0	14,7

Källa: SKL 2008

Personalsammansättningen skiljer sig avsevärt mellan de olika sektorerna. Betydligt fler kvinnor än män och en större andel äldre än yngre är anställda i kommuner och landsting än i privat och statlig sektor. I kommuner och landsting är 80 procent av de anställda kvinnor. Motsvarande siffra i privat sektor är 38 procent.

<sup>2</sup>Mått på den sammanlagda ersatta sjukfrånvaron från socialförsäkringen för sysselsatta

<sup>3</sup>Resultaten viktas så att sammansättningen i varje population blir densamma som i en standardpopulation

## Kommuner

### Antal anställda

Drygt en tredjedel (100st) av landets kommuner hade år 2006 färre än 1000 anställda, 92 kommuner hade mellan 1000 och 2000 anställda och i 95 kommuner fanns 2000-15000 anställda. I de tre storstadskommunerna arbetade mellan 20000 och 45000 personer.

Av tabell 2 framgår att låg sjukfrånvaro (kvartil 1) är ganska jämnt fördelad mellan kommuner av olika storlek, dock med lägre andel i större kommuner. I kvartil 2 däremot finns flest från de något större kommunerna. I kvartil 3 är fördelningen jämn mellan de tre grupperna. I kvartil 4 (högst sjukfrånvaro) har hälften av kommunerna färre än 1000 anställda. Storstäderna placerar sig i de två kvartilerna med högst sjukfrånvaro.

Antalet sjukfall per 1000 anställda var i år 2006 i medeltal 32,1 och varierade mellan 23,9 i kvartil 1 och 41,8 i kvartil 4. Den totala sjukfrånvaron var i medeltal 7,9 och varierade mellan 6,6 i kvartil 1 och 9,2 kvartil 4.

**Tabell 2. Antal kommunanställda i samtliga kommuner uppdelat i kvartiler (Q1 = lägst sjukfrånvaro, Q4= högst sjukfrånvaro). Antal nya fall med mer än 90 dagars sjukfrånvaro/1000 anställda 2006.**

Kvartil	<1000	1000-1999	2000-14999	Stor-städer	Nya 90-dagarsfall/ 1000 anställda 2006
Q 1	26 (26 %)	26 (28 %)	20 (21 %)	-	23,9
Q 2	15 (15 %)	25 (27 %)	33 (35 %)	-	29,1
Q 3	25 (25 %)	22 (24 %)	24 (25 %)	2	33,6
Q 4	34 (34 %)	19 (21 %)	18 (19 %)	1	41,8
<b>Totalt</b>	<b>100 (100 %)</b>	<b>92 (100 %)</b>	<b>95 (100 %)</b>	<b>3</b>	<b>32,1</b>

Den totala sjukfrånvaron bland kommunanställda minskade från 2006 till 2008 inom samtliga kvartiler och sjönk från 7,9 till 6,2 procent, vilket framgår av tabell 3.

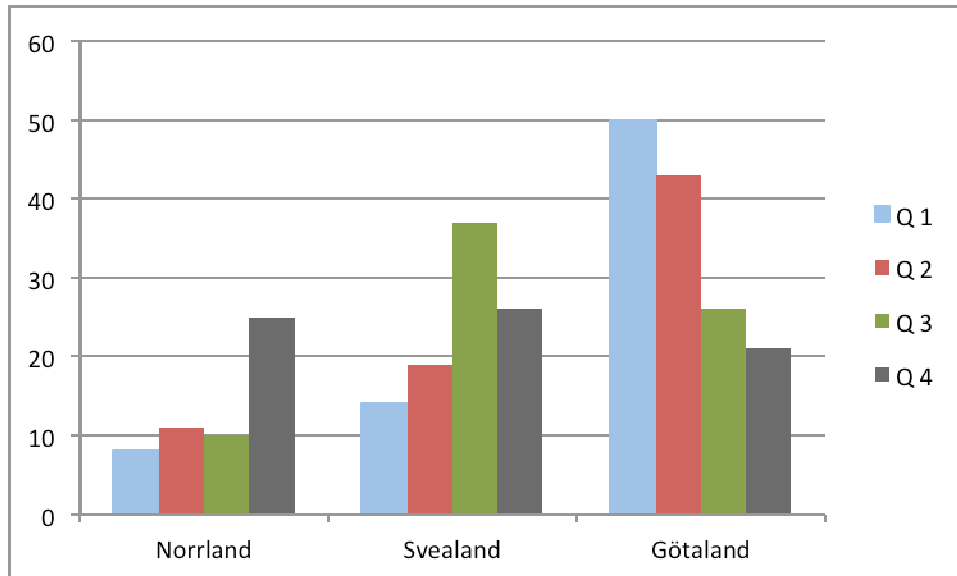
**Tabell 3. Total sjukfrånvaro bland kommunanställda i samtliga kommuner uppdelat i kvartiler (Q1 = lägst sjukfrånvaro, Q4= högst sjukfrånvaro) 2006 och 2008.**

Kvartil	Total sjukfrånvaro2006 (%)	Total sjukfrånvaro 2008 (%)
Q 1	6,6	5,2
Q 2	7,7	6,0
Q 3	8,1	6,5
Q 4	9,2	7,3
<b>Totalt</b>	<b>7,9</b>	<b>6,2</b>

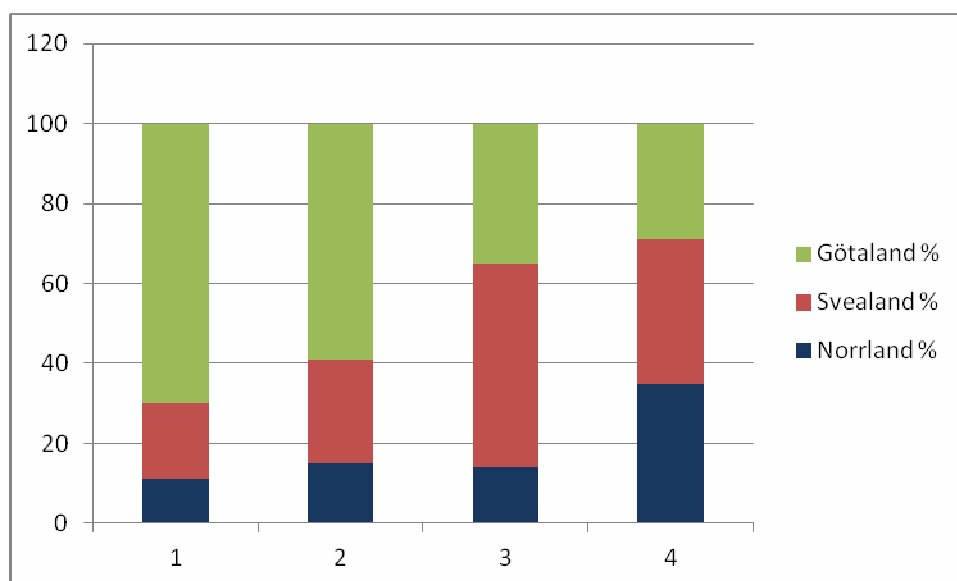
#### Geografiska skillnader

Det finns kommuner med låg sjukfrånvaro i hela landet men spridningen är avsevärd mellan regionerna. Nära hälften (46%) av kommunerna i Norrland placerar sig i kvartil 4, dvs i gruppen med högst sjukfrånvaro. I Svealand ligger tyngdpunkten i kvartil 3 (38%) medan huvuddelen av kommunerna i Götaland befinner sig i kvartil 1 (36%) och kvartil 2 (31%).

**Figur 1. Långtidssjukfrånvaro 2006 (mer än 90 dagars sjukfrånvaro/1000 anställda) i Norrland (54 kommuner), Svealand (96 kommuner) och Götaland (140 kommuner). Antal kommuner per kvartil (Q1 = lägst sjukfrånvaro, Q4= högst sjukfrånvaro)**



**Figur 2. Långtidssjukfrånvaro 2006(mer än 90 dagars sjukfrånvaro/1000 anställda) i Norrland, Svealand och Götaland. Kvartilernas fördelning per region (%) (Q1 = lägst sjukfrånvaro, Q4= högst sjukfrånvaro)**



### Jämförelse mellan kommunanställda och befolkningen som helhet

För att få perspektiv på ovanstående siffror hade vi ambitionen att jämföra sjukfrånvaro mellan kommunanställda och befolkningen som helhet inom kvartilerna. Det visade sig tyvärr vara svårt att få fram helt jämförbara mått i tillgänglig statistik. I tabell 4 redovisas en jämförelse så långt denna går att göra. Även om jämförelsen inte är helt möjlig framgår att sjukfrånvaron samvarierar mellan kommunanställda och övriga som bor i respektive grupp av kommuner kvartilvis.

**Tabell 4. Jämförelse mellan sjukfrånvaron för befolkningen som helhet (16-64 år) och sjukfrånvaron bland kommunanställda i de fyra "kvartilerna" (Q1 = lägst sjukfrånvaro, Q4= högst sjukfrånvaro)**

Kvartil	Sjukfrånvaro i befolkningen 2007 (%)	Sjukfrånvaro bland kommunanställda 2006 (%)
Q1	9,3	6,6
Q2	9,6	7,7
Q3	10,0	8,1
Q4	11,7	9,2

**Källa:** Källa: [forsakringskassan.se/press/statistik\\_och\\_analys/ohalsa/ohalsotalet](http://forsakringskassan.se/press/statistik_och_analys/ohalsa/ohalsotalet)

### Förändringar i sjukfrånvaro mellan 2006/07 och 2009

Sjukfrånvaron sjönk både i offentlig och privat sektor mellan åren 2006/07 och 2009. Av tabell 5 framgår i vilken mån sjukfrånvaron i kommunerna förändrades så mycket att en förflyttning i kvartil tillhörighet skedde. Två tredjedelar av kommunerna kvarstod i samma kvartil som tidigare medan en tredjedel (98 st) bytte kvartil. 55 kommuner hade högre sjukfrånvaro och 43 kommuner hade lägre sjukfrånvaro 2009 än 2006/07.

Var femte kommun i Svealand förflyttade sig till en kvartil med lägre sjukfrånvaro jämfört med var tionde i Götaland respektive Norrland. 23% av kommunerna i Götaland, 21% i Svealand och 6% i Norrland förflyttade sig till en kvartil med högre sjukfrånvaro.

**Figur 5. Förändringar i sjukfrånvaro i förhållande till samtliga kommuner mellan 2006/07 och 2009. (Q1 = lägst sjukfrånvaro, Q4 högst sjukfrånvaro)**

2006/2007	2008				
Kvartil	Till Q 1	Till Q 2	Till Q 3	Till Q 4	Totalt
Q 1		23	2	0	25
Q 2	14		16	0	30
Q 3	8	7		14	29
Q 4	3	1	10		14

#### Kvalitetsindikatorer inom äldreomsorg och utbildning

Graden av privatisering inom äldreomsorg och hemtjänst varierar mycket mellan kommunerna. I denna redovisning finns bara den offentliga omsorgen med. Om förhållandena skiljer sig mellan offentlig och privat liknande verksamhet kan vi inte uttala oss om. I tabell 6 redovisas ett antal kvalitetsindikatorer för äldreomsorg. Nyckeltalet för kostnad för äldreomsorg per invånare avser både kommunal och privat regi. I övrigt avses enbart kommunal verksamhet.

Antal årsarbetare per 1 000 invånare, omräknat till heltid, redovisas oberoende av åldersstrukturer, privatisering, kommunens storlek eller andra faktorer som kan tänkas påverka antalet anställda. Antalet är i samtliga kvartiler ungefär 30 per 1000 invånare och varierar inom varje kvartil från knappt 10 till mellan 40 och 50 anställda per 1 000 invånare.

Kostnaden för äldreomsorgen per invånare är högst i kvartil 4 men skillnaderna är även här större inom respektive kvartil än mellan kvartilerna. Kommunernas kostnader för äldreomsorg per invånare varierar mellan 5 000 och drygt 20 000 kr.

Andelen månadsanställda personer inom vård och omsorg med minst två års eftergymnasial utbildning är cirka 13 procent. Spridning inom respektive kvartil ligger mellan 6 och 20 – 30 %. Andelen omvårdnadspersonal med yrkesförberedande utbildning (undersköterskor, vårdbiträden och hemvårdare) är knappt 80 procent i samtliga kvartiler och varierar mellan cirka 50 % och drygt 90 %.



Antal omvårdnadsanställda per första linjens chef är i samtliga kvartiler omkring 40 personer och varierar mellan knappt 10 och mer än 80 personer.

Medelåldern hos omvårdnadsanställda i Sveriges kommuner är 46 år för kvinnor och 47 år för män. Skillnaderna är mycket små både inom respektive kvartil och mellan kvartilerna.

**Tabell 6. Kvalitetsindikatorer inom äldreomsorgen. Jämförelse mellan de fyra kvartilerna. Genomsnitt för 2006 respektive 2007 (Q1 = lägst sjukfrånvaro, Q4= högst sjukfrånvaro)**

Kvalitetsindikator	Kvartil			
	Q1	Q2	Q3	Q4
Antal årsarbetare per 1000 invånare. 2006	29	28	27	33
Kostnaden för äldreomsorgen per invånare, kronor. 2007 <sup>4</sup>	11 592	10823	10613	13678
Andel omvårdnadspersonal med eftergymnasial utbildning, procent. 2007	13,1	13,3	12,9	12,3
Andel omvårdnadspersonal med yrkesförberedande utbildning, procent. 2007	78,8	78,1	75,9	79,3
Antal omvårdnadspersonal per chef. 2007	38	40	37	36

### Skolan

Grundskolor och gymnasieskolor bedrivs i både kommunal regi och i privat regi. Omfattningen av skolor bedrivna i privat regi varierar mellan kommunerna och data finns inte alltid tillgänglig. I tabellerna 7 och 8 redovisas kvalitetsområden som på olika sätt påverkar personalen inom kommunala grund- respektive gymnasieskolan: antal lärare per 100 elever, kostnader för lärarlöner per elev, andel lärare med pedagogisk högskoleutbildning, andel elever i årskurs 9 som är behöriga till gymnasieskola samt antal lärare per rektor. Skillnaderna mellan kvartilerna är överlag relativt små. Lönekostnaden för lärare per grundskoleelev är högre i kvartil 4 än i kvartilerna 1-3 medan lönekostnaden för lärare för gymnasieelev är lägre i kvartil 2 än i övriga kvartiler.

<sup>4</sup> Nyckeltalet avser verksamhet både i kommunal och privat regi

**Tabell 7. Kvalitetsindikatorer inom kommunal grundskola. Jämförelse mellan de fyra kvartilerna. Genomsnitt för läsåret 2006/07 (Q1 = lägst sjukfrånvaro, Q4= högst sjukfrånvaro)**

Kvalitetsindikator	Kvartil			
	Q1	Q2	Q3	Q4
Antal lärare per 100 elever	9	8	8	9
Lönekostnad för lärare per elev, kronor	68 921	66 552	67 764	71 340
Andel lärare med pedagogisk examen, procent	87,5	86,2	85,1	85,5
Andel elever behöriga till gymnasiet, procent	90,1	90,3	88,3	89,5
Antal lärare per rektor	24	24	26	22

**Tabell 8. Kvalitetsindikatorer inom kommunal gymnasieskola. Jämförelse mellan de fyra kvartilerna. Genomsnitt för läsåret 2006/07**

Kvalitetsindikatorer	Kvartil			
	Q1	Q2	Q3	Q4
Antal lärare per 100 elever	9	9	9	10
Lönekostnad för lärare per elev, kronor	47 118	41 483	45 759	47 746
Andel lärare med pedagogisk examen, procent	72	76,3	73	73,8

## Landsting

I tabell 9 redovisas data om antalet långa nya fall av långsjukfrånvaro i de 20 landstingen. För Stockholms län redovisas även siffror från åtta privata enheter (Q1: 2 st, Q2-3: 4 st, Q4: 2 st). I redovisningen har värdena för kvartilerna 2 och 3 slagits ihop eftersom deras siffror var lika.

**Tabell 9. Antalet nya fall med mer än 90 dagars sjukfrånvaro/1000 anställda i samtliga landsting indelat i kvartiler samt i privata enheter i Stockholms län. 2007 (Q1 = lägst sjukfrånvaro, Q4= högst sjukfrånvaro)**

	Kvartil		
	Q 1	Q2+Q3	Q4
Landsting	19	22	29
Privata enheter i Stockholm	12	18	25

Om man jämför landstingsenheter enbart i Stockholm och privata enheter också i Stockholm skiljer sig inte antalet långtidssjukskrivna anmärkningsvärt åt. Landstingen har ca 17 långa sjukfall/1000 anställda och de privata enheterna 19 långa sjukfall/1000 anställda.

I tabell 10 redovisas Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för de fem landstingen med lägst antal långa sjukfall/1000 anställda (kvartil 1) respektive de fem landstingen med högst antal långa sjukfall/1000 anställda (kvartil 4).

**Tabell 10. Kvalitetsindikatorer för landsting med låg respektive hög andel nya fall mer med än 90 dagars sjukfrånvaro/1000 anställda. Jämförelse mellan kvartilerna 1 och 4. (Q1 = lägst sjukfrånvaro, Q4= högst sjukfrånvaro)**

Kvalitetsindikatorer	Kvartil	
	Q1	Q4
Andel patienter med vårdrelaterade infektioner 2010 (%)	8,8	10,2
Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet/100 000 invånare 1-79 år 2005-2008 (antal)	49	46
Andel som har stort eller mycket stort förtroende för primärvården 2007 (%)	56	55
Strukturjusterad kostnad för hälso- och sjukvård 2007 (i 2009 års siffror)	19 477	19 506
Andel som får läkarbesök inom sju dagar i primärvård 2010 (%)	93	91
Andel som väntat mer än 90 dagar på behandling i specialistvård 2010 (%)	10	13
Andel som väntat längre än 90 dagar på besök inom vuxenpsykiatri 2010 (%)	3,8	5,7

## **4. Slutsatser**

Antalet sjukdagar per anställd är högre i kommuner och landsting än i privat verksamhet och bland statligt anställda. När dessa siffror korrigeras för ålder och kön så är det dock främst kommunerna som sticker ut något. I vår studie har vi delat upp landets 290 i kommuner i kvartiler där 72 kommuner i kvartil 1 (Q 1) har den lägsta sjukfrånvaron och 72 kommuner i kvartil 4 (Q 4) har högst sjukfrånvaro. Skillnaderna i nya 90-dagars fall/1000 anställda 2006 är betydande med 23,9 i Q 1 och 41,8 i Q 4. Det finns kommuner med låg sjukfrånvaro i hela landet men kommunerna i Götaland har flest antal i Q 1 (36 %) mot 14 % i Svealand och Norrland.

Några säkra skillnader i kvalitetsindikatorer som antal anställda i äldreomsorg eller skola finns inte. Inte heller kostnaderna för dessa verksamheter tycks skilja sig åt.

För landstingens del skiljer sig också sjukfrånvaron mellan Q 1 med lågt antal långtidssjukskrivna och Q 4 med högt antal långtidssjukskrivna åt ganska rejält. Privata enheter i Stockholm skiljer sig dock inte från andra landstingsenheter i samma kommun.

Vad gäller kvalitetsindikatorer inom olika områden beträffande landstingen är vårdrelaterade infektioner och väntetid till vuxenpsykiatrien sämre inom landstingen i Q 4 (högst sjukfrånvaro) medan den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten är något högre i Q 1 (lägst sjukfrånvaro). Skillnaderna är dock överlag små och knappast av statistisk signifikans.

Sjukfrånvaron har generellt sjunkit i hela Sverige oavsett bransch eller sektor de senaste åren. De flesta kommuner och landsting befinner sig dock i samma kvartil som 2006. De som bytt kvartil har oftast gjort det bara ett steg upp eller ett steg ner.

## **Källor**

Sveriges kommuner och landsting SKL. Kort om kommuner, landsting och regioner, 2012 .

Sveriges kommuner och landsting SKL . Lean – Motiv, initiativ, implementering och resultat, 2012.

Sveriges kommuner och landsting SKL,2011a. [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/statistik/statistik-personal/landstingsanstalld-personal/landstingsanstalld-personal-2011](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/statistik/statistik-personal/landstingsanstalld-personal/landstingsanstalld-personal-2011)

Sveriges kommuner och landsting SKL, 2011b. [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/statistik/statistik-personal/sjukfranvaro](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/statistik/statistik-personal/sjukfranvaro)

AFA Försäkrings statistik över sjukfrånvaro  $\geq 90$  dagar

Försäkringskassan. [www.forsakringskassan.se/press/statistik\\_och\\_analys/ohalsa/ohalsotalet](http://www.forsakringskassan.se/press/statistik_och_analys/ohalsa/ohalsotalet)

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Sjukfrånvaro och frisknärvaro i kommuner och landsting 2006 – en personalstatistisk rapport

Socialstyrelsen. Äldreguiden

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Öppna jämförelser

Rådet för främjande av kommunala analyser (Kolada)

## **Delstudie 2**

# **Friska kommuner och landsting – organisatoriska faktorer av betydelse för friskhet**

### **1. Bakgrund**

Arbetsmiljön är en aspekt av människors liv som kan påverka hälsan både positivt och negativt. Begreppet hälsa är komplext och har definierats på många olika sätt (35). En intressant och användbar definition har gjorts av idehistorikern Lennart Nordenfeldt som säger att hälsa finns då en individ känner välbefinnande och kan uppnå sina vitala mål givet den kontext individen befinner sig i (43). Detta innebär att en person med en biomedicinsk kronisk sjukdom kan definieras ha hälsa och också ha partiell eller full arbetsförmåga. Sjukdomsrelaterade fysiska och psykiska funktionsnedsättningar kan vara relaterade till sjukfrånvaro. Det är emellertid inte enbart sjukdom som avgör om en person är sjukskriven. Sjukskrivningsprocessen och orsaken till sjukskrivning är komplex och innefattar många komponenter som t.ex. anpassningsmöjligheter på arbetet, försäkringssystemets utformning, rehabilitering och personlig motivation (28).

Traditionellt är studier av arbete och hälsa i huvudsak inriktade på skadliga arbetsförhållanden, det vill säga problem och hinder som kan relateras till olika hälsoutfall. Ett alternativt sätt att förhålla sig till ämnet är att identifiera faktorer som främjar hälsa, till exempel det framväxande forskningsfältet positiv psykologi (11, 15, 36, 45, 50).

Utgångspunkten i positiv psykologi är att undersöka det som fungerar bra i en organisation. Positiva fenomen måste undersökas och förstås utifrån sig själva, då det är omöjligt att förstå faktorer som leder till hälsa, balans och meningsfullhet genom att undersöka sjukdom, stress och alienation (51). Positiv psykologi studeras på såväl individnivå som organisations- och samhällsnivå. På organisationsnivå studeras grupperingar, sammanslutningar och institutioner som ger gott liv (36). Positiv psykologi har förslagits vara en möjlig väg att fokusera på vad som gör arbetsplatser motståndskraftiga och anpassningsbara till ökade krav och ständiga förändringar (11). Idén är att det

är möjligt för organisationer att uppnå nya prestationsnivåer genom att förstå drivkrafterna bakom positivt beteende på arbetsplatsen (15).

Sambandet mellan arbete och hälsa på individnivå är väl studerat och det finns i dag mycket kunskap om vad som kan orsaka olika hälsoproblem på arbetet. Forskningsområdet har funnits i flera decennier. I början studerades den fysiska exponeringar i arbetsmiljön och dess relation till en sjukdomar av olika typ från olika organsystem, t.ex. lungsjukdom, hjärt-kärlsjukdom och cancer. Senare forskning har haft alltmer fokus på psykosociala arbetsvillkor, dvs. faktorer som kan verka stressande och mera indirekt orsaka ohälsa. En av de mest kända och mest använda är Karaseks och Theorells modell över hur höga krav tillsammans med låg kontroll, så kallade högstressarbeten, kan relateras till mängder av utfall, både ifråga om hälsa och prestationer (31). En annan internationellt förankrad och känd modell är Effort-rewardmodellen som lanserades av Johannes Siegrist (47). I denna modell bör det finnas en balans mellan den energi en individ lägger ner på sin arbetsprestation och den belöning i form av materiella förmåner men också uppskattning och feedback som individen får för att inte dålig hälsa ska bli följden. Det har visat sig att den negativa effekten av stress kan dämpas av stöd från ledning och arbetskamrater (29, 61). Även många andra psykosociala faktorer och deras relation till hälsa har studerats (12, 22, 30).

De flesta studier om sambandet mellan arbetsvillkor och hälsa bygger på individers uppgifter, som statistiskt förs samman till gruppnivå. Det är först på senare år som forskningen om arbete och hälsa har breddat perspektivet och börjat intressera sig för organisationens påverkan. Många har påpekat behovet av studier om hur organisatoriska faktorer påverkar hälsan (27). Bristande kunskap om organisationen och hur denna påverkar medarbetarens hälsa kan leda till att hälsorisker förbises och möjligheter till effektiva åtgärder begränsas (38). I en tidigare studie i privat sektor identifierades en rad faktorer på organisatorisk nivå som kan härledas till låg sjukfrånvaron (1, 58).

## **2. Syfte**

Syftet med denna studie är att identifiera vilka organisatoriska faktorer som utmärker verksamheter med låg sjukfrånvaro i kommuner och landsting.

## **3. Metod**

### **3.1 Urval**

Urvalet av kommuner och landsting för denna studie gjordes utifrån AFA Försäkrings statistik om sjukfrånvaro år 2005 och 2006/07.

I ett första steg gjordes ett urval av de 213 kommuner som hade mellan 500 och 2999 anställda. I nästa steg undantogs de 10 procent av kommunerna som hade högst sjukfrånvaro. Anledningen till detta är att de med allra högst sjukfrånvaro kan ha speciella förhållanden och att fokus för denna undersökning är att hitta de faktorer som utmärker friska organisationer. Även de kommuner där sjukfrånvaron förändrades kraftigt mellan åren 2005 till 2006/07 uteslöts. Från de resterande kommunerna valdes 15 kommuner med låg sjukfrånvaro och 15 med hög sjukfrånvaro, väl spridda över landet. Slutligen valdes de fem kommunerna med lägst sjukfrånvaro och de fem med högst sjukfrånvaro i denna grupp ut för närmare studier. En frisk och en mindre frisk kommun inom samma geografiska område eftersträvades för att i viss mån undvika att regionala skillnader påverkade resultaten. För att bredda undersökningen beslöts att även inkludera två storstadskommuner där en stadsdelsförvaltning med låg och en med högre sjukfrånvaro i vardera staden studerades.

Två landsting valdes utifrån AFA Försäkrings statistik om sjukfrånvaro och representerar grupperna låg respektive hög sjukfrånvaro. Urvalet gjordes utifrån sjukfrånvaron i de två landstingen som helhet. Två större divisioner inom respektive landsting valdes ut för intervjuer.

De utvalda kommunerna och landstingen fick både skriftlig och muntlig information om projektets syfte. Sedan två av de tio kommunerna i grundurvalet valt att avstå från deltagande kontaktades de två som stod närmast på tur utifrån ovanstående urvalskriterier. Ett av de först utvalda landstingen tackade nej till att medverka, varpå nästa "på listan" kontaktades och accepterade att delta.



De grupper av kommuner och landsting som deltog i studien definieras i den fortsatta redovisningen som *friska* och *mindre friska*, som verksamheter/organisationer med *lägre* respektive *högre* sjukfrånvaro eller som *de med lägst sjukfrånvaro jämfört med övriga*.

### 3.2 Intervjuer

Sammanlagt gjordes 77 individuella intervjuer (tabell 1). I de tio kommunerna i grundurvalet intervjuades personalchef, förvaltningschef och en enhetschef/första linjens chef med högst 50 underställda inom äldreomsorg respektive skola. I en kommun intervjuades ytterligare två chefer på annan nivå för att få kompletterande information. I ett fall lämnade en enhetschef återbud och det gick inte att få fram en ersättare.

I de två största kommunerna gjordes intervjuer i två stadsdelar vardera med personalchef samt med verksamhetschef och en enhetschef inom äldreomsorgen<sup>5</sup>.

I båda landstingen gjordes intervjuer på tre nivåer med en divisionschef (ca 300 underställda), avdelnings/verksamhetschef (högst 50 anställda) samt divisionens personalchef/personalstrateg. I en av landstingsdivisionerna intervjuades ytterligare två chefer för att få en fördjupad bild av organisationsstrukturen.

Tabell 1: Antal genomförda individuella intervjuer i kommuner och landsting

Kommun/ landsting	Personal- chefer	Förvaltnings/ Divisions- chefer	Enhets/ Avdelnings- chefer	Chefer på andra nivåer	Totalt antal intervjuer
Kommuner, 500-2 999 anställda (10 st)	10	20	19	2	51
Stadsdelar i kommuner med fler än 10 000 anställda	4	4	4		12

<sup>5</sup>Skolfrågor hanteras centralt, ej på stadsdelsnivå, i båda dessa kommuner

(2 st)					
Landsting (2 st)	4	4	4	2	14
<b>Totalt: 14</b>	<b>18</b>	<b>28</b>	<b>27</b>	<b>4</b>	<b>77</b>

En utgångspunkt för både innehåll och metodik i denna delstudie var erfarenheter från forskningsprojektet Hälsa och framtid i privat sektor där båda projektledarna samt ytterligare två av deltagarna i forskargruppen deltog (1, 58). Intervjuargruppen bestod av fyra personer - psykologer, samhällsvetare och sjukgymnast/beteendevetare - anställda vid Karolinska Institutet, Uppsala universitetet och Akademiska sjukhuset i Uppsala. Intervjuerna hade en bred kunskap från forskning om sambandet mellan arbetsliv och hälsa och erfarenheter av kvalitativa metoder. Den intervjuguide som användes utvecklades inför intervjuerna i projektet inom privat sektor. Den testades därefter genom provintervjuer och reviderades på några få punkter.

Intervjuargruppen hade regelbundna möten för diskussioner om intervjuteknik och projektets metodologiska ansats. Ett viktigt syfte med studien var att fånga och beskriva strukturer och faktorer inom organisationen, till skillnad från personliga upplevelser och känslor. Metoden kännetecknas huvudsakligen av att intervjuaren ber intervjupersonen att konkretisera och ge exempel på det man talar om.

Kommunintervjuerna genomfördes under tiden april 2010-februari 2011 och intervjuerna i landstingen gjordes mellan april och oktober 2011. En person ledde intervjun och en hade en mer observerande roll för att säkerställa att alla frågeområden täcktes in. Intervjupersonerna informerades om att deltagandet var frivilligt och att allt insamlat material skulle behandlas konfidentiellt. Varje intervju varade i cirka 1½ timme. Intervjuerna spelades in, skrevs ut och analyserades därefter.

### 3.3 Övrig datainsamling

Utöver intervjuer samlades även skriftligt material in i form av policydokument om rekrytering, arbetsmiljö, rehabilitering mm. En planeringsdag ägnades åt utbildning om kommuners och landstings organisationsstruktur, under medverkan av SKL.

### 3.4 Intervjuinnehåll

Intervjun skedde i semistrukturerad form. Innehållet i intervjun berörde områden som i tidigare forskning (1, 58) visat sig ha samband med hälsa:

- Ledningsstrategier
- Personalpolitik
- Omvärldsanalys
- Förändringsstrategier
- Kommunikation
- Delaktighet/inflytande
- Arbetsorganisation och arbetsinnehåll
- Arbetsmiljöarbete
- Hälsa, sjukfrånvaro och rehabilitering
- Visioner och mål

Intervjuguiden återfinns i bilaga 1

### 3.5 Analys

Analysen gjordes med en kvalitativ textanalys utifrån givna definitioner (39). Med hjälp av dataprogrammet Nvivo 9 kategoriserades intervjuerna med utgångspunkt från intervjuguidens områden. Eftersom syftet med studien var att hitta friskfaktorer på organisationsnivå beslöts på ett tidigt stadium att koncentrera analysen till utsagor som tydligt beskrev strategier inom organisationen. Intervjuerna analyserade inledningsvis samma intervju individuellt utifrån frågeområdena. Därefter jämfördes och diskuterades analyserna inom gruppen för att uppnå samstämmighet.

Första delen av analysen gjordes på materialet från samtliga tio kommuner i ursprungsurvalet. För att öka hanterbarheten reducerades mängden data efter hand till de fem kommunerna med låg sjukfrånvaro. Utifrån de första analyserna reduceras även antalet frågeområden.

I nästa steg sammanfattades innehållet i de utvalda citaten som så kallade ”bärande meningar”. Här samarbetade intervjuerna två och två. Därefter jämfördes och diskuterades definitionerna inom hela gruppen. Detta ledde till en god överensstämmelse och gemensam förståelse för den fortsatta

analysen. Sedan sammanfattades bärande meningar med liknande innehåll till teman. Även i detta skede arbetade intervjuarna i par.

Analysen fortsatte genom att ovanstående teman från friska kommuner jämfördes med utsagor från mindre friska kommuner. Därefter fördjupades analysen inom de teman som visade störst skillnader mellan kommuner med högre respektive lägre sjukfrånvaro både ifråga om antal citerade personer och totalt antal citat. Nästa steg blev att studera spridningen inom och mellan kommunerna samt att gå tillbaka till texten för att hitta konkreta exempel och leta citat. Slutligen testades temana mot storstadskommunerna och landstingen.

En extern forskare anlätades för att läsa igenom samtliga intervjuer och leta efter faktorer som eventuellt kunde ha missats i den strukturerade analysmodellen.

Under analysarbetets gång genomfördes två seminarier tillsammans med deltagande kommuner och landsting för att få återkoppling och diskutera arbetet.

De teman som kvarstod efter alla analyssteg presenteras i resultatdelen och kommer att benämnas som friskfaktorer på organisationsnivå.

## **4. Resultat**

### **4.1 Övergripande resultat**

Skillnaderna mellan olika offentliga verksamheter med lägre respektive högre sjukfrånvaro är mindre än i motsvarande studie mellan privata företag (1, 58). Det är inte förvånande eftersom verksamheter inom kommuner och landsting har betydligt fler likheter sinsemellan än verksamheter inom privat sektor. De offentliga verksamheternas mål och uppgifter inom vård, äldreomsorg och skola styrs till stor del av lagar och förordningar. Vissa skillnader kan dock förekomma eftersom uppdragen kan skilja sig något beroende på regionala förutsättningar och politiska mål.

I alla kommuner och landsting finns formella rapporteringssystem, som är grundade i föreskrifter och regleringar av verksamheterna. Budgetarna följs noga upp och det finns flera olika sätt att kontrollera vad medarbetarna gör, bland annat via externa styrsystem. Inomkommunernas äldrevård används t.ex. brukarenkäter och anhörigenkäter och inom skolans område rapporteras bland annat resultat i form av andel elever med godkända avgångsbetyg. De fackliga organisationerna har en viktig roll i att påtala brister inom båda verksamhetsområdena.

Studien ger en god inblick i verksamheterna inom kommuner och landsting och visar att arbetet med att bedriva en i många aspekter komplicerad verksamhet görs av kompetenta och hängivna personer, som ofta har lång erfarenhet.

Trots stora likheter i verksamheterna i de kommuner och landsting som studerats så finns en variation i fråga om organisatoriska och strukturella faktorer. Ett exempel är antalet chefsnivåer och hur många anställda varje chef har personalansvar för. Ett annat område är mandat och ansvar för första linjens chefer. Vissa rektorer leder exempelvis sin verksamhet på egen hand medan det i andra kommuner finns såväl biträdande rektorer som gruppchefer eller motsvarande. I vissa fall är detta avhängigt av enheternas storlek men inte generellt. Synen på hur stor en ledningsgrupp bör vara och dess funktion varierar också. Även utformningen av personal/HR-funktionen kan skifta från att vara ett i huvudsak administrativt stabsorgan till att fungera som kvalificerad stödfunktion inom personalstrategiska områden som rekrytering, hälsa och rehabilitering.

Program för ledarutveckling finns i vissa kommuner medan andra uttrycker önskemål om bättre ledarutbildning och stöd. Mer personligt utvecklande och ledarskapsinriktade satsningar saknas ofta. Inom skolans värld ställer förändrade pedagogiska krav och nya riktlinjer från statsmakten krav på återkommande vidareutbildningar för chefer och andra. En liknande utveckling finns även inom äldreomsorgen men, såvitt vi funnit, inte i lika stor omfattning som inom skolans värld.

Det finns ibland avsevärda skillnader mellan olika verksamheter inom samma kommun.

Erfarenhetsutbytet är dock ofta begränsat, vilket får som konsekvens att goda och kreativa lösningar inte sprids inom organisationen. Detta illustreras av följande citat från en rektor:

- *Vi har gjort en överenskommelse för att få tid till dom här arbetstopparna, för vissa typer av prov och viss typ av dokumentation. Då har man ett antal dagar som är fria från undervisning där man kan sitta och jobba ograverat med det här och då sätter vi in vikarier./.../ Nu pratar jag om oss. Andra rektorer som visste att vi hade gjort så har frågat hur vi fördelat det här så jag tror det är fler som har nåt motsvarande nu men exakt hur det ser ut vet jag inte. Det är ingenting vi har diskuterat på områdesnivå.*

I flera kommuner saknas övergripande ledningsgruppsmöten. Det innebär att man sällan delar med sig av eller diskuterar olika lösningar och idéer mellan olika förvaltningar. Exempelvis kan man inom skolans område ha integrerat arbetsmiljöarbetet på ett innovativt och effektivt sätt samtidigt som äldreomsorgen brottas med att hitta en modell för det systematiska arbetsmiljöarbetet. Ibland beskrivs också "flaskhalsar" där beslut, idéer och förslag fastnar mellan olika nivåer inom verksamheten. Det är inte alltid självklart att medarbetarna har en uttalad väg för hur de ska föra förslag och kritik vidare till högsta ledningen.

Ett intressant fynd är att geografiskt näraliggande kommuner med likartade förutsättningar (storlek, demografi, ekonomi och näringsliv) saknar systematiskt samarbete. Medan en kommun har funnit en fungerande lösning söker grannkommunen former för samma problem. Exempelvis har en kommun löst vikariebehovet i skolan med ett system där en viss andel av arbetstiden har reserverats som gemensam resurs/"vikarietid" medan en näraliggande kommun inte har öronmärkt resurser för detta utan löser situationen mera ad hoc. Utifrån våra erfarenheter sker begränsat erfarenhetsutbyte och samarbete mellan grannkommuner eller överhuvudtaget mellan kommuner med likartade förutsättningar.

Storstadskommuners villkor skiljer till viss del från medelstora kommuner. Ofta är enheterna större och avståndet till nämndpolitiker och högsta tjänstemän är längre. Stabsfunktionerna är mer utvecklade och direkt inblandade i verksamheterna. Det finns ofta fler beslutsnivåer och fler chefer då antalet anställda per förvaltning är större. Samtidigt är rekryteringsbasen bredare, vilket innebär att det kan vara lättare att rekrytera den typ av chefer de önskar. Kraven från brukare kan också vara mer varierande då stora demografiska och sociala skillnader kan finnas inom samma kommun. Konkurrensen mellan den kommunala verksamheten och privata aktörer är betydande. Det finns stordriftsfördelar där större upphandlingar kan pressa priserna så att möjligheten till t.ex. friskvårdsprogram, personalutbildning och ledarskapsprogram kan komma fler tillgodo.

Landstingens organisation karaktäriseras av en tydlig hierarkisk struktur med flera olika högprofessionella yrkesgrupper och kunskapsområden. Linjeorganisationen betonas tydligare än i kommuner, liksom trögheter för personal inom olika professioner att samverka. Att en stor del av verksamheten bedrivs dygnet runt ställer speciella krav på organisationen att hitta fungerande former kring kommunikation och delaktighet för medarbetarna genom arbetsplatsträffar och andra arenor för information. Landsting har generellt kommit längre än kommuner när det gäller metoder för flödeskontroll, t ex genom lean-metoden och processmöten.

Resultaten från storstadskommuner och landsting motsäger dock inte i något fall de hälsofrämjande faktorer som hittades på organisatorisk nivå i medelstora kommuner.

## 4.2 Huvudresultat

De faktorer som utmärker kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro är antingen mer vanligt förekommande eller tydligare och mer systematiskt beskrivna. Det finns ingen inbördes ordning i graden av styrka i resultaten eller betydelsen för hälsa. Resultaten presenteras därför i den ordning som frågorna ställdes utifrån frågeguiden. Det är värt att påpeka att skillnaderna inte är svartvita utan snarare ligger på en gråskala.

Detta är en kvalitativ studie, där det inte är vedertaget att tala om kvantitativa skillnader eller dra den typen av slutsatser. Däremot beskrivs oftare en kvalitativ gradskillnad i påverkan på hälsa och sjukskrivningsbeteenden. Detta kommer på ett teoretiskt plan att diskuteras vidare i slutkapitlet.

Varje faktor kommer först att beskrivas utifrån den definition som använts för att kategorisera materialet. Därpå följer enskilda citat för att ge exempel och förtydliga resultat. Citaten är valda så att de ska vara tydliga men också kunna ge inspiration och idéer. De har redigerats något för att öka läsbarheten eller för att skydda källan.

#### 4.2.1 Ledningsstrategier

Detta område handlar om strategier och idéer för beslutsfattande och ledarskap. Hur vill man att ledarna ska vara generellt? Finns det ledarskapspolicies? Hur ser rekrytering, kompetensutveckling och stöd till ledare ut? Hur fungerar samarbetet mellan politiker och tjänstemän?

Vi fann inga tydliga skillnader mellan friska och mindre friska kommuner och landsting inom ovanstående områden men däremot ifråga om faktorn uppföljning och kontroll.

#### ***Uppföljning och kontroll av ledarskap/chefskap genom direktkontakt***

Området uppföljning och kontroll innefattar hur ledarskapet följs upp och hur högre chefer får feedback från de lägre cheferna. Hur kontrollerar/vet man att ledarna agerar som förväntat? Hur bevakar man att fattade beslut implementeras som det är tänkt? Även hur medarbetarnas arbete följs upp ligger inom detta område. Hur vet man att ledarna följer beslut, policies och värdegrund och att de lever upp till uppsatta mål?

Verksamheter med låg sjukfrånvaron beskriver mer generellt att uppföljning och feedback sker genom direktkontakt. De högre cheferna träffar ledare och medarbetare antingen i möten avsatta för att diskutera sådana frågor, genom att närvara vid andra möten, t.ex. arbetsplatsträffar, eller direkt genom att vara ute i verksamheterna. Ibland har chefen sin arbetsplats placerad nära medarbetarna och har daglig kontakt med dem. Även när det finns hindrande geografiska avstånd är de högre cheferna måna om att ta sig ut till verksamheterna. Flera beskriver också att de anstränger sig att vara tillgängliga via telefon och e-post. Följande två exempel kommer från skola respektive äldreomsorg:

- *Vi har tät dialog i ledningsgruppen och för oss gäller det att utnyttja den lilla kommunens fördelar. Det är väldigt greppbart, man har personkännedom. Vi har 330 anställda i min förvaltning och jag känner mer eller mindre 300 så det är en annan förutsättning än en förvaltning med tusentals medarbetare givetvis och det gäller att utnyttja det. Vi träffas också i olika chefskonstellationer. Jag har min ledningsgrupp där det ofta är övergripande och*



*strategiska frågor. Sen har jag en chefsgrupp där alla är rektorer. Mycket fokus och mycket arbete handlar om skolor och förskolor men sen har vi en grupp som vi kallar för "chefsgruppen" och då är det ju sånt som gäller alla, till exempel en ny lag som ska implementeras, nya samverkansavtalet eller ett nytt datorsystem. Vi försöker kanalisera dom olika frågorna i rätt forum och jag finns ju med i alla.*

- *Vi har ju en närhet./.../ I mitt ledarskap - när jag har tid och möjlighet - så är jag ute i verksamheten och pratar med folk. Spontansamtal tycker jag väldigt mycket om, att inte planera in ett utvecklingssamtal den och den dan utan när jag är ute så försöker jag nå var och en och se "hur är det, hur mår du, hur känner du, hur känns det här nu inför dom här förändringarna" osv., bygga upp ett förtroende och ett ärligt samtal i dom flesta situationer. Så jag känner att dom är väldigt ärliga mot mig.*

#### 4.2.2 Personalpolitik

Begreppet personalpolitik kan definieras som de mål och medel som ett företag eller en förvaltning använder för styrning av personalfrågor i vid mening. Väsentliga områden är rekrytering, introduktion, kompetensförsörjning och lönesättning. I intervjuerna ställdes frågor om strategier och hur dessa konkretiseras i policier och praktisk tillämpning, exempelvis: Vilka generella krav och riktlinjer finns ifråga om utbildning och erfarenhet vid rekrytering? Sker rekrytering i huvudsak intern eller externt? Krävs formell utbildning? Hur hanteras ändrade krav från omvärlden? Hur hanteras personalfrågor vid omorganisationer och nedskärningar?

Resultaten visar inga tydliga skillnader mellan friska och mindre friska verksamheter när det gäller ovanstående områden. Det område inom personalpolitik där det finns skillnader är kompetensutveckling, där kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro har tydligare strategier för individuell utbildning och möjligheter till intern rörlighet.

#### **Individuella önskemål om utbildning tillgodoses**

Generella utbildningar genomförs ofta utifrån behov som uppstår i verksamheten i samband med ändrade lagar och regler, omorganisationer, nya system osv. De individuella behoven av utbildning och utveckling kartläggs i allmänhet med hjälp av årliga utvecklingssamtal.

I verksamheter med låg sjukfrånvaro beskriver chefer på olika nivåer att det finns möjligheter för personalen att – utöver verksamhetens omedelbara och direkta behov – få individuella önskemål tillgodosedda i samband med personalutbildning och -utveckling.

- *Jag öronmärker pengar för såna här saker i min budget. Det är viktigt att kompetensutvecklingen är strategisk, både utifrån den personliga utvecklingen och utifrån mål som vi ska uppnå. /.../I samband med utvecklingssamtalen får man höja upp saker som ligger utanför dom här områdena som hela skolan ska satsa på. /.../ Det kan vara nånting inom gruppdynamik eller ett specifikt område som nån känner att "här behöver jag få lite extra kött på benen" så då kan dom få det.*

### **Möjligheter till byte av arbetsuppgifter finns och uppmuntras**

Chefer i kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro beskriver att de vid utvecklingssamtalen efterfrågar och/eller uppmuntrar personalens intresse att pröva nya arbetsuppgifter, skaffa ny kompetens eller flytta till andra arbetsplatser inom kommunen. I vissa fall ser man även att anställda som lämnar kommunen för vidare studier kan inspirera den personal som stannar kvar att utvecklas. Följande citatger exempel på möjligheter att pröva andra arbetsuppgifter:

- *I: Om nån i personalen skulle tröttna på jobbet och vilja pröva något annat inom kommunen, finns det utrymme för det?*
- *S: Ja, det är vi jätteduktiga på och uppmuntrar. Ibland är det ju så att en del som jobbar på demensavdelning känner att dom inte orkar. Det är psykiskt jättejobbigt och så kanske dom vill prova en vanlig avdelning och då tar vi upp det. Jag brukar också fråga mina medarbetare om dom är intresserade av att byta. Ibland ser man ju på några att dom är lite trötta och tänker att det kanske hade vart läge, eller så kommer dom till mig när dom känner att det skulle vara kul att prova 6 månader nånstans. Då tar vi upp det i ledningsgruppen eller så ringer jag direkt till dom som jag vet kan fixa detta och frågar: Finns det nån lucka eller det kanske är nån där som vill byta över? Så det byts friskt /.../ och det tycker jag är himla käckt. Kommunen är ju stor och har många möjligheter.*

### 4.2.3 Kommunikation och delaktighet

Inom detta område ryms kommunikation mellan ledning och medarbetare, mellan olika nivåer inom organisationen och strukturer och rutiner för hur information om planer och beslut sprids till de

berörda. Ett delområde handlar om feedback mellan medarbetare/enheter/nivåer, både uppåt och nedåt i organisationen, och hur idéer som personalen har kring förbättringsarbeten tas tillvara. Skapas det utrymme i organisationen att dela kunskap och goda exempel? Uppmuntras medarbetarna att ge feedback, kritik eller ge förslag på förbättringar? Vilka kanaler finns för att föra fram sina åsikter? En annan aspekt av kommunikation är vilka forum/arenor som finns för att kommunicera. Finns olika former av möten för att möjliggöra kommunikation eller sker det mest via informella kontakter? Inom dessa områden fann vi inga avgörande skillnader mellan verksamheter med låg sjukfrånvaro jämfört med övriga.

Resultaten tyder på att det finns skillnader inom några områden mellan friska och mindre friska organisationer när det gäller kommunikation. Dessa handlar om vägar och öppenhet för feedback och vilka kanaler som finns för att kunna lämna goda idéer samt för att föra fram kritik. Begreppet delaktighet är nära relaterat till kommunikation. Finns det genomtänkta och framarbetade strategier som tagits fram för att främja delaktighet? Arbetar organisationen medvetet med frågan och uppmuntras delaktighet hos personalen?

Feedback och möjlighet att delge idéer hänger samman med stämningen på arbetsplatsen, om det är "högt i tak" och om det finns någon som lyssnar, kan ta emot och föra informationen vidare. I studien framkommer att det finns system och strategier för feedback i organisationer med låg sjukfrånvaro. Chefer värdesätter att medarbetarna delar med sig av goda idéer och vill skapa forum där sådant kommer fram. De beskriver att det finns utrymme för feedback under möten samt att detta förs vidare uppåt och nedåt i linjen. Dessa forum kan även vara av mer informell karaktär, som att det är accepterat att gå in spontant till chefen eller att diskutera i korridoren eller på fikarasten.

- *I: Hur får du reda på sånt som händer, allt från bra idéer till kritik och sånt?*
- *S: Jag är en jävel på att dricka kaffe, jag tror på det här småpratet i korridorerna, att visa sig, att se människor, stanna upp.*

Ett annat exempel kommer från skolans område:

- *Jag tror också att det är bra att man kommer ner och träffar dom i klassrummet och man går ner på deras arbetsrum och pratar lite grand och nu det här året har jag försökt att göra lektionsbesök, avtalat tid med dom att "nu kommer jag att vara med på lektionen och jag kommer att vilja ha ett samtal med dig efteråt om vad du gjort" och det var väldigt bra. Det önskar jag att jag kunde få mer tid för det, det gav mycket.*

### **Kanaler för kritik**

I kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro finns en acceptans för att kunna föra fram kritik, "högt i tak", vilket förutsätter tydliga kanaler där kritik kan lämnas.

- *Nu försöker vi ha en öppen dialog och herre gud ingen är felfri. Jag försöker att peppa dom att våga säga dåliga saker om mig för jag tänker som så och ni får förstå att ni formar mig som chef också och det gör ni bara genom att säga både negativt och positivt...*

I de friska organisationerna finns även en mer tillåtande attityd när det gäller att kunna föra fram kritik förbi linjen, att kunna hoppa över ett chefsled och istället lämna kritiken till nästa nivå i organisationen. Att kritiken tas emot högre upp i organisationen betyder dock inte att lösningen alltid hör hemma där. Ofta förs den framförda kritiken tillbaka på något sätt till den chef som är närmast berörd.

- *I: Är OK att gå till dig direkt?*
- *S: Ja, finns det en anledning till det eller man säger "jag har tagit upp det här med min chef vid flera tillfällen och det händer ingenting" eller "vi pratar inte samma språk" eller "chefen behandlar mig annorlunda" eller vad det nu kan vara då är det självklart att jag ska in direkt men annars - om det handlar om scheman och att det blev tokigt eller vad det nu kan vara - då tycker jag att man i första hand ska se om man kan lösa det [med närmaste chef].*

#### **4.2.4 Arbetsorganisation**

Hur arbetet organiseras påverkar de fysiska, psykiska och sociala arbetsförhållandena på arbetsplatsen. Detta har betydelse för vilka krav som ställs, vilka kontrollmöjligheter de anställda har över sin egen arbetssituation, förekomsten av belöningsystem osv. Rutiner för att hantera hög arbetsbelastning och plötsligt uppkommen belastning tillhör också detta område, exempelvis om det leder till övertidsarbete, om man tar in vikarier eller om uppgifterna fördelas på dem som finns på plats. På dessa punkter finns inga tydliga skillnader mellan friska och mindre friska kommuner och landsting. Däremot finns skillnader ifråga om chefernas roll när det gäller att hantera höga krav i arbetet.

### **Prioritering av arbetsuppgifter vid hög arbetsbelastning**

I verksamheter med låg sjukfrånvaro tar chefer på ett tydligt sätt ansvar för att prioritera arbetsuppgifterna, t ex genom att uppmärksamma om personal ställer alltför höga krav på sig själva och tar på sig för mycket att göra. Det är också vanligt att chefer själva försöker vara förebilder, t ex genom att gå hem i tid. En rektor ger nedanstående exempel:

- *I vissa fall kan vi se att det är en del som inte sätter gränser, som ibland tar på sig lite för mycket som dom inte alltid måste göra. Då måste vi säga till, "nej nu får inte du göra det här det här året". Om dom inte själva förstår det får vi säga att nu får nån annan ta den uppgiften. Om man är trött jämt, då måste man förändra nånting i den vardagliga situationen.*

*Det har hänt att jag har delat på grupper så att jag har tagit in två lärare istället för enbart en ordinarie om det är saker som inte riktigt har fungerat fullt ut, och att det har gått in nån som extra stöd under lektioner.*

En kommunal personalchef beskriver sitt arbetssätt på följande vis:

- *Vi får reda på om stressnivån är extra hög via chefen eller om medarbetaren ringer. Cheferna har ju personalansvaret för sin personal och det gäller att utbilda dom och göra dom tillräckligt trygga i att kunna se det också, våga se det och våga ta tag i det och våga ta beslut kring förebyggande åtgärder också, att tänka förebyggande, långsiktigt hälsofrämjande. Och vet man att man har levt på gränsen till vad personalen orkar i 6 månader eller 1 år då får man kanske göra någonting åt det. Om vi ser att dom går på knäna så måste vi ha en dialog med chefen ifråga.*

I storstadskommunerna finns samma typ av resonemang som i de medelstora kommunerna om hur chefer kan stötta personalen i att det vardagliga arbetet:

- *Där är det ju dialogen chef/medarbetare igen. /.../Det är oerhört komplext och en av dom största frågorna just nu är: Hur hittar vi en rimlig arbetssituation utifrån det flöde som finns på information och krav från medborgare? /.../ När alla krav blir så stora springer vi på alla bollarna. Man kan inte bara köra medarbetarsamtal, man måste ha den kontinuerliga dialogen där man får hjälp att prioritera. Vilket är det viktiga just nu?*

Även i landstingen finns liknande tankegångar kring ledarens ansvar för att prioritera arbetsuppgifter:

- *Det är jättemycket att göra just nu. Vi är alltid tre eller fyra chefer i tjänst och då är en av gruppcheferna platsansvarig. Det är "dagens chef", det är den som vet hur verksamheten ser ut och då jobbar vi lite grand grönt, gult, rött. Om det är grönt kan jag sitta på mitt rum och jobba med mina arbetsuppgifter, är det gult blir jag informerad: "Det vore jättebra om du kan komma ut och hjälpa till med en lunchavlösning om du har tid men vi löser det annars". Men när det är rött läge kommer dom in och säger "nu får ni komma ut, nu är det skitmycket att göra" och då får man släppa och då försöker man att gå ut och hjälpa till.*

#### 4.2.5 Systematiskt arbetsmiljöarbete

Systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) innebär att arbetsmiljön ska hanteras som en naturlig del i den dagliga verksamheten och ses ur ett helhetsperspektiv, dvs. omfatta de fysiska, psykologiska och sociala förhållandena i arbetsmiljön samt också den arbetsorganisatoriska aspekten. Områden som tas upp i intervjuerna är hur chefer och medarbetare arbetar med det systematiska arbetsmiljöarbetet, hur arbetsmiljöarbetet integreras i vardagen och hur arbetet med arbetsmiljön följs upp. Andra frågeområden är om det görs handlingsplaner, med riskanalys och åtgärdsförslag, för att komma till rätta med eventuella brister och om det görs konsekvensbeskrivningar vid större förändringar. Kontrollerar man den psykosociala arbetsmiljön på något systematiskt sätt?

Kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro arbetar mer strukturerat och strategiskt med det systematiska arbetsmiljöarbetet i den dagliga verksamheten. Inga större skillnader framkommer i de enskilda detaljerna.

#### ***Det systematiska arbetsmiljöarbetet införs strukturerat i verksamheten***

En tydlig strategi för hur det systematiska arbetsmiljöarbetet kan införas genom pilotprojekt och sedan gemensam utbildning ger nedanstående citat exempel på.

- *Jag fick uppdraget att titta på det systematiska arbetsmiljöarbetet. /.../ Nu har vi suttit en grupp med arbetsledare och fackliga, 15 personer tillsammans med en konsult och gått igenom vad vi ska göra, skapat ett flikssystem med olika innehåll som ska digitaliseras, blanketter som är lika för alla i hela kommunen oavsett förvaltning så att allt är snarlikt. Sedan /.../ testar vi den här 2-dagarsutbildningen. Så det känns som att nu äntligen har vi det*

*på plats och det är liksom en verktygslåda. Om det sker en arbetsskada då ska jag veta som chef "exakt det här gör jag"*

I organisationer med låg sjukfrånvaro beskrivs hur arbetet med SAM kan vara organiserat. En del är att medarbetarna är delaktiga i grupper med olika ansvarsområden som träffas för analyser och diskussion kring arbetsmiljöfrågor.

- *Vi har den psykosociala, den fysiska gruppen, "likabehandlingsgruppen" och "krisgruppen" inom arbetsmiljöarbetet. Vi går ut varje år och tar upp det här igen med balansen i arbetslagen och sen får vi ett resultat från kommunens arbetsmiljöenkät. Där kommer också den typen av frågor och när det resultatet kommer då tar vi upp det till diskussion. Arbetsbelastningen är ju ett område som nästan alltid kommer upp överallt.*

En annan del av systematiken är resonemang kring vem som ansvarar för vad i arbetsmiljöfrågor. Tydliga rutiner med medarbetardialog, samverkansgrupp/skyddskommitté och dokumentation är viktiga delar av SAM för att cheferna ska ha kunskap om hur det ser ut i verksamheten. En årlig revision av SAM av hela verksamheten, ända upp till politikerna, är viktigt för att följa riskanalysen och den uppföljning av åtgärder som behövs. Användning av verktyg över intranätet kan underlätta hanteringen av dokumentation/handlingsplaner för att få en överblick över vad som behöver göras.

En struktur i form av ett "årshjul" i intranätet, där aktiviteter inom SAM men även andra aktiviteter inom t.ex. administrationen kan läggas in, kan skapa ett verktyg för att sprida ut belastningen över året.

- *Vi gör en revision av det systematiska arbetsmiljöarbetet i november varje år när verksamhetscheferna svarar på en lång enkät, som vi på Personal sammanställer. Vi tar upp den i centrala samverkansgruppen och lyfter fram ett förslag till handlingsplan till kommunstyrelsen. Verksamhetscheferna ansvarar för att redovisa sitt resultat i lokala samverkansgruppen och rapportera till utskotten om att så här ser det ut när det gäller arbetsmiljön. Dom har också ansvar för att lägga en handlingsplan, har arbetsmiljöansvar och måste åtgärda dom brister som finns och där har vi fått precis samma material så vi vet ju så där kan vi ha uppföljning*

En inventering och analys av hur olika arbetsuppgifter utförs i vardagen kan bidra till förståelse för arbetsmiljön och integrering av det systematiska arbetsmiljöarbetet vardagsarbetet.

- *Det är ju arbetsmiljöfrågor som man i första hand får titta på, hur gör vi så att jobbet blir så lätt som möjligt. /.../ Man såg ju hur vansinnigt mycket tid felaktig logistik tar.*
- *Tanken är att vi ska jobba nära våra vårdtagare och då skapar vi ju ett lugn genom vårt arbetssätt. Då ska inte vi behöva springa runt och leta, hämta, fixa, dona utan det är ju vi som kan skapa arbetsmiljön genom att tänka arbetsmiljö hela tiden.*

#### 4.2.6 Hälsa, sjukfrånvaro och rehabilitering

Inom området hälsa och sjukfrånvaro ställdes frågor om andelen sjukskrivna, orsaker till sjukfrånvaro och vilka rutiner som finns vid sjukfrånvaro. Ytterligare ett frågeområde handlade om rehabiliteringsrutiner, vilka möjligheter som finns för anpassning av arbetet vid tillfällig nedsatt arbetsförmåga samt erfarenheter av samverkan med företagshälsovården och Försäkringskassan. Slutligen ställdes frågor om hur organisationerna ser på friskvård, utnyttjade av bidrag/subventioner och hur följs detta upp. Resultaten av synen på och förhållningssättet till hälsa, sjukfrånvaro och rehabilitering redovisas i delstudie 3.



## **5 Diskussion**

Vi fann att kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro kännetecknas av genomtänkta strategier på organisationsnivå, särskilt inom följande områden:

- Uppföljning och kontroll av ledarskap/chefskap genom direktkontakt
- Individuella önskemål om utbildning tillgodoses
- Möjligheter till byte av arbetsuppgifter finns och uppmuntras
- Feedback och möjligheter för medarbetare att framföra idéer och kritik
- Prioritering av arbetsuppgifter vid hög arbetsbelastning
- Det systematiska arbetsmiljöarbetet införs strukturerat i verksamheten

Arbetet som sker inom offentliga förvaltningar är på flera sätt likartat och styrt av offentliga lagar och förordningar. Det medför att skillnaderna mellan organisationerna vid en första anblick framstår som små, jämfört med verksamheter inom den privata sektorn. Vi har i den här studien jämfört friska och mindre friska kommuner och landsting. Det är ett spännande resultat att vi i studien funnit flera faktorer i organisationerna med låg sjukfrånvaro som kan ha betydelse för medarbetarnas hälsa. Studien har givit en värdefull inblick i hur det kommunala och landstingskommunala arbetet går till på både mindre och större orter och i olika delar av landet. Resultaten handlar i första hand om kontraster och består sällan av stora skillnader mellan friska och mindre friska kommuner och landsting. Skillnaderna är inte svartvita utan mer av en gråskala. Bland de deltagande organisationerna finns de som vid tidpunkten för urvalet till studien hade en hög sjukfrånvaro men som fram till intervjutillfället har arbetat strategiskt och framgångsrikt med att öka hälsan i organisationen. Om intervjuerna hade skett vid samma tidpunkt som urvalet hade sannolikt skillnaderna blivit mer framträdande.

Utgångspunkten för projektet har varit att studera faktorer på organisatorisk nivå som kan ha betydelse för sjukfrånvaro och därmed ha betydelse för hälsa även om sjukfrånvaro i sig inte är enbart beroende av sjukdom (28). Studiens fokus har varit att hitta positiva faktorer, så kallade friskfaktorer, i organisationer som skapar förutsättning för hälsa (1,58). Det som bland annat påverkat hälsan är arbetet med värderingar, beteenden, arbetssätt och organisationsstrukturer. Viktiga värderingar för hållbar hälsa är ledningens engagemang, allas delaktighet, ständiga förbättringar och kundfokusering (8).

Resultaten kommer att diskuteras utifrån tidigare forskning om hälsa i arbetslivet på både individ- och gruppnivå.

## 5.1 Resultatdiskussion

### 5.1.1 Ledningsstrategier

En friskfaktor som framkom i organisationerna med låg sjukskrivning var möjligheten att kunna ha direktkontakt med sina ledare, att ledarna får feedback direkt från sina medarbetare och att medarbetarna kan få stöd och återkoppling. Det innebär i sin tur att ledarna kan bli insatta i den dagliga verksamheten och ta tag i problem när de uppkommer. Det är viktigt att även ledare får det stöd och den uppbackning de behöver från sina chefer och t ex stab.

#### ***Uppföljning och kontroll av ledarskap/chefskap genom direktkontakt***

Chefers ledarskap är centralt för att skapa god arbetsmiljö. Att vara närvarande, engagerad och tillgänglig som ledare har mycket stor betydelse för att uppnå en frisk arbetsplats (34) (AV 2012:7). En ledare som understödjer en utveckling av medarbetarna är tydlig med krav men även med uppmuntran och stöd. Ett sådant ledarskap ger trivsel och har i tidigare studier visat sig reducera stress (46, 52, 62). Det har även visat sig ge ökad effektivitet och motivation (23, 24, 32, 33, 49). För att ha välmående anställda krävs det ett engagemang från högsta ledningen och ett ledarskap som karaktäriseras av inlevelse, närvaro och kommunikation, integritet och kontinuitet (8).

Även chefers psykosociala arbetsmiljö har uppmärksammats i fråga om det systematiska arbetsmiljöarbetet. En studie i kommuner och landsting visar att framför allt första linjens chefer och kvinnliga chefer upplever hög stress och arbetsbelastning och löper ökad risk för stressrelaterad psykisk ohälsa (6). Tidigare forskning har visat att risk för stress och psykisk ohälsa bland ledare kan reduceras genom återkoppling, uppmuntran och stödjande normer och värderingar (62). För att chefer ska kunna hantera stress i sin organisation behöver de ha en rimlig arbetsbelastning och inte själva vara alltför utsatta.

För att föra en verksamhet framåt krävs det människors energi, kompetens och innovationskraft minst i tider av ekonomisk kris (53). För att möjliggöra detta är det viktigt med ledare som är tillgängliga och inger tillit, på en arbetsplats som vårdar mellanmännsliga relationer och främjar ett positivt emotionellt klimat (56).

Tillit är en central del av begreppet "Relational Justice" (organisatorisk rättvisa). Begreppet försöker fånga om de anställda uppfattar organisationen som rättvis och välvillig och fångar hur relationerna mellan medarbetare och chefer uppfattas, där cheferna ses som representanter för organisationen. Bra sådana relationer ökar tillit och med det lojaliteten vilket i sin tur påverkar produktivitet. En rad hälsoutfall har också visat sig relaterade till begreppet. Teorin bakom dessa effekter är att bra relationer och tillit till organisationen fungerar stressreducerande (13, 18, 19, 20, 25, 40, 54). Det är rimligt att tänka sig att ett ledarskap som präglas av närhet till de anställda och den dagliga verksamheten ökar chansen att skapa bra och rättvisa relationer, men också att närheten i sig uppfattas som att organisationen "bryr sig" (14, 57).

### 5.1.2 Personalpolitik

Genomförda studier visar att möjligheter till lärande och utveckling är viktigt för hälsan och att en arbetsmiljö med goda relationer ökar förmågan att lära och stärker kreativiteten och förmågan att skapa mening i komplexa miljöer (31, 55). En genomtänkt personalpolitik som befrämjar lärande kan bidra till att attrahera nya medarbetare och ökar också sannolikheten för företaget att få behålla sin personal (4).

#### ***Individuella önskemål om utbildning tillgodoses***

Verksamheter med låg sjukfrånvaro uttrycker i högre grad att utbildning inte enbart är styrd av verksamhetens behov utan också är personligt utvecklande (1, 58). Dessa möjligheter ökar medarbetarnas kunskap och skicklighet men kan också ge ökad motivation och kan ha en gynnsam effekt på produktiviteten (42).

#### ***Möjligheter till byte av arbetsuppgifter finns och uppmuntras***

Organisationer med låg sjukfrånvaro kännetecknas i studien av större möjligheter till variation i arbetet, t ex genom att pröva andra arbetsuppgifter inom den egna enheten eller flytta till någon annan verksamhet. Detta kan främja hälsa och förebygga den så kallade inlåsningseffekten, dvs att medarbetare stannar kvar trots att de anser sig ha valt fel yrke eller är på fel arbetsplats (2). Ökade möjligheter till intern rörlighet kan också underlätta vid omorganisationer, ge balans mellan krav och kontroll och anpassningsmöjligheter i samband med rehabilitering (28, 31).

### 5.1.3 Arbetsorganisation

Tidigare forskning om krav och kontroll över arbetssituationen har visat klart samband mellan arbetsorganisation och hälsa (31).

#### ***Prioritering av arbetsuppgifter vid hög arbetsbelastning***

Stress i arbetet kan minskas genom att en närvarande och tydlig chef ger stöd, uppmuntran och hjälper till att prioritera bland arbetsuppgifterna (46, 52, 60, 62). En studie i sextio kommuner visar tydliga samband mellan ett utvecklingsinriktat ledarskap, positivt socialt klimat, god hälsa och låg sjukfrånvaro (64).

### 5.1.4 Kommunikation och delaktighet

Kommunikationen är en grundläggande, självklar och central del av arbetslivet och mycket tid läggs på möten, som är viktiga forum för utvecklingen av arbetsgruppens gemensamma frågor och ger tillfälle till delaktighet (3, 16). En fungerande kommunikation mellan kollegor, mellan chefer och mellan olika enheter/nivåer krävs för att arbetet ska kunna organiseras väl.

#### ***Feedback och möjligheter för medarbetare att framföra idéer och kritik***

De områden där det framkommer tydligare strategier bland de mer friska verksamheterna handlar om medarbetarnas möjlighet att ge och få feedback, om de kan förmedla åsikter, idéer och kritik i frågor som rör arbetet, samt vilka kanaler man kan använda inom organisationen, både formellt och informellt. Dessa båda teman är nära sammanlänkade och redovisas därför tillsammans.

Relationer på arbetet har betydelse för arbetshälsa, och att samspelet mellan individer inte fungerar utan kommunikation (57). Med ett gott socialt stöd och med goda arbetsrelationer har det även visat sig att individer inte bara mår bättre, utan också blir mer kreativa och tar till sig ny kunskap och ny information bättre (21, 56).

Resultaten i den här studien tyder på att de friska organisationerna har ett mer öppet kommunikationsklimat, med tydligare kanaler och en öppenhet för feedback, både i formella och informella vägar. Organisationen är mer vaken för, och uppmuntrar, sin personal att vara delaktig, att både föra fram goda idéer samt att även ge obekväm kritik. Ett sådant kommunikationsklimat bidrar till att ledningen lättare får kännedom om vad som sker ute på arbetsplatserna, och därmed kan

åtgärda eventuella missförhållanden snabbare. Medarbetarna känner en större delaktighet i sitt arbete, vilket ökar upplevelsen av engagemang och tillfredställelse. I ett tillitsfullt klimat är det också lättare att genomföra förändringar (26).

Forskningsområdet "Positive Organization Scholarship" (POS) fokuserar på vad som fungerar väl i organisationer och vad man kan lära av det (9, 10). Inom POS-forskningen finns studier av så kallad positiv kommunikation, i vilken kommunikation är nödvändig för att skapa förståelse, sprida kunskap, motverka isolering, möjliggöra koordinering och förbättra förmågan till problemlösning (7). Enligt Browning fungerar positiv kommunikation integrerande i organisationer, innebär respekt och stöd mellan kolleger och är lösningsinriktad, framtidsinriktad och samarbetsorienterad. Forskare från USA (37) har utvecklat en modell för en väl fungerande kommunikation, som också har kopplingar till POS-området. Modellen konstruerades för att undersöka samband mellan kommunikation och produktivitet i organisationen, men den har även visat sig ha kopplingar till flera faktorer inom psykosocial arbetshälsoforskning (3). En god balanserad kommunikation, med ett positivt förhållningssätt och ett inkluderande av andras åsikter och behov, främjar medarbetares välbefinnande och stämningen i gruppen, tydliggör deras roller och inspirerar till mer lärandestämningen på arbetsplatsen. Detta är faktorer inom arbetsmiljön som bidrar till en god hälsa (1, 58).

#### 5.1.5 Systematiskt arbetsmiljöarbete

I kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro är arbetsmiljöarbetet strategiskt och systematiskt arbetsmiljöarbete kan ses som ett ledningssystem för arbetsmiljöarbetet. Det är en process att integrera arbetsmiljöarbetet i den dagliga verksamheten och i verksamheter med låg sjukfrånvaro har i den processen kommit långt med t.ex. gemensam agenda där arbetsmiljöarbetet är en stående punkt och en tydlig struktur hur arbetet med samverkan går till.

#### ***Det systematiska arbetsmiljöarbetet införs strukturerat i verksamheten***

Bra ledare och engagerade medarbetare, en god kommunikation, gemensamma värderingar, ett organisationsklimat med måttliga krav och en god fysisk miljö stärker den hållbara arbetshälsan hos individen visar internationell forskning (53). Detta kan naturligtvis åstadkommas på många olika sätt men för att systematiskt arbetsmiljöarbete ska genomsyra hela organisationen, uppifrån och ner, behövs ett långsiktigt, strukturerat och systematiskt arbete. I föreskriften systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) beskriver Arbetsmiljöverket hur detta ska gå till (59). Flera studier

och rapporter visar att ledningens engagemang, integritet och medarbetarnas delaktighet är viktiga komponenter i en organisations verksamhetsutveckling, som också omfattar arbetsmiljön (4, 14, 34, 41, 44).

Arbete med ledningssystem för kvalitet kan vara ett framgångsrikt sätt för chefer att nå hållbar hälsa bland medarbetarna (8). Fokusgruppsintervjuer visade att de viktigaste värderingarna för hållbar hälsa var ledningens engagemang, allas delaktighet, ständiga förbättringar och kundfokusering

Kan integreringen av något annat ledningssystem än det för kvalitet påverka arbetshälsan på ett positivt sätt, förutsatt att arbetet sker på ett likartat sätt? En genomgång av olika ledningssystem visar på många likheter mellan de vanligaste ledningssystemen. Systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) kan jämföras med andra ledningssystem med avseende på faktorer som ledningens engagemang, medarbetarnas delaktighet, kompetensutveckling, roller, ständig förbättring, policy, mål samt regelbundna uppföljningar (17).

Införandet av det systematiska arbetsmiljöarbetet ute på arbetsplatserna torde påverka arbetshälsan positivt om det integreras i den dagliga verksamheten, om det görs systematiska uppföljningar och förbättringar (5, 65). Andra viktiga faktorer för att skapa en bra arbetsmiljö är att det finns en tydlighet om vem som ansvarar för vad, en samstämmig bild av målen och att cheferna bidrar till prioriteringar och rutiner i arbetet samt ger positiv feedback (61, 35).

#### 5.1.6 Hälsa, sjukfrånvaro och rehabilitering

Kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro har större kunskap om både omfattning och orsaker till kort och lång sjukfrånvaro, och skapar rutiner för sjukskrivning och hur tidiga signaler kan fångas upp för att minska sjukfrånvaron. Resultaten diskuteras i delstudie 3.

## **5.2 Metoddiskussion**

### 5.2.1 Metodurval

Denna delstudie har genomförts utifrån kvalitativ metod, med en manifest innehållsanalys. Fördelen med kvalitativ metod är att man kan få en grundlig kunskap om hur de intervjuade resonerar och

handlar. En manifest innehållsanalys innebär att innehållet i intervjuerna beskrivs uttryckligen, till skillnad mot en latent innehållsanalys, där det som sägs i stället tolkas vid bearbetningen (48).

### 5.2.2 Intervjun

Fördelen med att göra intervjuer är möjligheten att utforska, fördjupa och klargöra områden som tidigare är relativt outforskade. Vi valde att göra semistrukturerade intervjuer, utifrån en fast frågeguide, som täckte in de frågeområden som i tidigare forskning visat samband med friska organisationer inom privat sektor (1, 58). Ett antal pilotintervjuer genomfördes och intervjuguiden anpassades till den offentliga sektorns utmärkande egenskaper. Utifrån ett organisationsteoretiskt perspektiv utformades intervjun för att vi skulle kunna undersöka hur dessa faktorer tog sig uttryck på strategisk nivå. Vid samtliga intervjuer deltog två forskare, där den ena hade en mer observerande roll, för att säkerställa att samtliga frågeområden täcktes in, samt för att tillförsäkra oss om en bra interbedömarreliabilitet, dvs. att vi la samma innebörd i begreppen och ställde frågorna på samma sätt. Intervjuerna träffades kontinuerligt under datainsamlingsperioden för att dela erfarenheter och diskutera metod och innehåll.

### 5.2.3 Urvalet

Syftet med studien var att studera friskfaktorer på organisationsnivå. Vi har studerat friska och mindre friska kommuner och landsting. Att mäta friskhet med sjukfrånvarostatistik är inte optimalt men ett alternativ för att mäta friskhet finns inte.

Statistik från 2006 användes för urvalet och studien genomfördes 2010-2011. Under studiens genomförande har sjukfrånvaron generellt sänkts i landet, delvis beroende på ett nytt regelverk inom socialförsäkringen vilket gjort att nya rutiner och metoder har införts av Försäkringskassan. Bland annat har tiden det är möjligt att vara sjukskriven begränsats och under en längre sjukskrivning ska avstämning göras mot andra arbetsuppgifter hos den ordinarie arbetsgivaren och slutligen mot hela arbetsmarknaden. Detta är en del av innehållet i den så kallade rehabiliteringskedjan. Sjukfrånvaro påverkas också av många andra faktorer såsom konjunkturläge, arbetsmarknad och olika satsningar på samhällsnivå. Dessa faktorer är dock likartade överallt i landet.

Kommuner och landsting valdes ut genom ett strategiskt urval, för att representera hela Sverige geografiskt och för att uppnå en generaliserbarhet. Kommuner och landsting med liknade storlek och liknande arbetsmarknad mm matchades också så att båda grupperna (frisk/mindre frisk) innehöll organisationer med likartade förutsättningar. Det kan dock inte uteslutas att det finns andra faktorer

som kan vara viktiga för skillnader mellan kommuner och landsting, som vi inte har uppmärksammat vid urvalet.

Vi valde att undersöka de mest personaltäta verksamheterna, dvs. vård, omsorg och skola. Det innebär att specifika organisatoriska förutsättningar inom andra verksamhetsområden kan vara annorlunda.

Vi beskriver organisationer, strukturer och strategier utifrån intervjuer med personer på strategiska positioner, i ledningsposition på tre olika nivåer. Förfarandet var det samma i samtliga organisationer, vilket minskade risken för att övervägande positiva personer skulle delta.

När det gäller urvalet enhetschef var vi inte delaktiga i hur urvalet skedde, utan det valdes ut av varje organisation. Generellt upplevde vi att intervjupersonerna var intresserade av att berätta om hur de arbetade. Intervjun som metod innebär ett personligt möte och ger också möjlighet att ställa följdfrågor och be om exempel för att förtydliga utsagor från informanterna.

#### 5.2.4 Analysen

I kvalitativa studier styrks ibland slutsatserna genom så kallad triangulering, dvs. att utifrån olika källor eller infallsvinklar jämföra och stärka resultaten. Den viktigaste källan till våra resultat är det intervjumaterial som vi samlat in och analyserat. Dessa resultat kan vi jämföra med den kunskap som tidigare forskning genererat och med andra datakällor, t.ex. dokument och policies. En viktig del av valideringen i kvalitativa studier är också att de organisationer som ingår i studien, kan bekräfta rimligheten i våra resultat. Vid två seminarier bjöds representanter från de deltagande kommunerna och landstingen in, för att ta del av analysarbetet, komma med feedback och diskutera.

Analysen begränsades till ett urval frågeområden, då det insamlade materialet var mycket stort. Begränsningen gjordes utifrån en första analys och genomgång, samt utifrån erfarenhet och tidigare forskning, framför allt de erfarenheter och kunskaper som genererats inom projektet Hälsa och framtid i privat sektor (1, 58).

Analysen i kvalitativa studier brukar avslutas när man har nått mättnad i materialet, alltså när materialet inte verkar ge någon ny eller utökad kunskap. Till viss del kan sägas att en sådan mättnad nåtts för de områden som analyserades djupast. Materialet är emellertid så omfattande att det finns utrymme för att undersöka andra faktorer än de som specialstuderats här. Detta förfarande kan ha medfört att något område inte har klarlagts. Forskargruppens kompetens och erfarenhet tillsammans



med den samlade kunskapen inom området borgar dock för att de viktigaste områdena har belysts. Det förtjänar att påpekas att det finns andra faktorer som är viktiga för hälsa och sjukfrånvaro men som inte särskilde friska och mindre friska kommuner och landsting.

#### 5.2.5. Risken för bias

Det kan ses som ett problem att intervjuerna kunde vara medvetna om huruvida de kommuner och landsting de besökte tillhörde gruppen friska respektive mindre friska. Detta kan möjligen leda till omedveten styrning, både under intervjuerna och i analyserna. För att minimera subjektivitet och förbättra både reliabilitet och validitet användes erfarna intervjuare, fast frågeguide och en homogen intervjuteknik som efterfrågade verkliga beteenden i stället för attityder och idéer. Provintervjuer användes för finjusteringar av frågeguide och frågemetodik och senare hölls kontinuerliga konsensusmöten. Vidare oidentifierades de transkriberade intervjuerna före analyserna och intervjuerna analyserade andra intervjuer än sådana de själva hade genomfört. De strukturerade analyser och åtgärder som vidtagits för att säkerställa giltiga och tydliga definitioner, koder och meningsfulla teman ökar resultatens tillförlitlighet.

## **6. Slutsatser**

Vi fann att kommuner och landsting med låg sjukfrånvaro kännetecknas av genomtänkta strategier på organisationsnivå, särskilt inom följande områden:

- Uppföljning och kontroll av ledarskap/chefskap genom direktkontakt
- Individuella önskemål om utbildning tillgodoses
- Möjligheter till byte av arbetsuppgifter finns och uppmuntras
- Feedback och möjligheter för medarbetare att framföra idéer och kritik
- Prioritering av arbetsuppgifter vid hög arbetsbelastning
- Det systematiska arbetsmiljöarbetet införs strukturerat i verksamheten

De faktorer som verkar vara specifika för de offentliga förvaltningar som har låg sjukfrånvaro kan, tillsammans med det som vi vet är hälsofrämjande faktorer, vara viktiga att beakta vid organisationsförändring.

Ett övergripande mönster som diskuterades under analysarbetet var att det inom såväl ledarskap, kommunikation och delaktighet som arbetsorganisation verkar vara närmare mellan förvaltnings/divisions-, avdelningschefer och medarbetare i friska kommuner och landsting. Det kan uttryckas i att ledarna befinner sig fysiskt nära verksamheterna, ofta besöker dem eller har regelbunden telefon- och mejlkontakt eller på andra sätt har god kännedom om vad som händer. Ledarna är också ofta mer involverade i den dagliga verksamheten rent konkret med att t.ex. vara med och prioritera. Denna "närhetsprincip" kan vara en viktig friskfaktor i sig, som vore intressant att studera vidare.

Vad gäller friskfaktorer som var utmärkande för den privata sektorn, t ex tydliga ledarskapspolicies, värdegrund och målformuleringar så kan sägas att dessa även borde vara friskfaktorer i kommuner och landsting (1, 58). Detta framkom dock inte lika tydligt i denna studie. En förklaring kan vara att kommuner och landsting är mer lika i sina grundförutsättningar och att skillnader därför är svårare att identifiera. En annan förklaring skulle kunna vara att kommuner och landsting ännu inte kommit till samma organisatoriska mognad utan präglas av traditionella hierarkiska strukturer. Alla organisationer vinner på att ha t.ex. genomtänkt, genomsyrande ledarskapsfilosofi och väl utvecklade system och strukturer för att skapa delaktighet (58). Otvivelaktigt är att en nödvändig grund ligger i det strategiska tänkandet, systematiken och strukturerna i organisationsarbetet. Systematiken i olika ledningssystem, med ledningens engagemang och medarbetarnas delaktighet, möjliggör att arbetsmiljöns olika organisatoriska och psykosociala aspekter blir transparenta.

## **Referenser**

1. Ahlberg, G, Bergman, P, Ekenvall, L, Parmasund, M, Stoetzer, U, Waldenström, Svartengren M . Tydiga strategier och delaktiga medarbetare i friska företag. Hälsa och Framtid. Karolinska Institutet, Uppsala Universitet, Stockholms läns landsting. Rapport 2008
2. Aronsson G, Dallner M, Gustafsson K. Yrkes- och arbetsplatsinlåsning En empirisk studie av omfattning och hälsokonsekvenser. *Arbete och Hälsa* 2000:5 (Stockholm)
3. Balanserad kommunikation - en nyckel till produktivitet och hälsa? Slutrapport AFA Försäkring 2012
4. Bergman NP. Developing working conditions. Doctoral Thesis. Karolinska Institutet. Stockholm 2011.
5. Bjurvald M, Berg H, Unge C, Schaerström A. Ökad hälsa i arbetslivet – Målområde 4. Kunskapsunderlag till folkhälsopolitisk rapport 2005, Statens Folkhälsoinstitut.
6. Björklund C, Lohela Karlsson M, Jensen I, Hagberg J, Bergström G. Hierarkier av hälsa. Chefers hälsa och psykosocial arbetsmiljö i kommuner och landsting. Rapport IMM Karolinska Institutet 2011
7. Browning L, Morris GH, Kee KF. The role of communication in positive organizational scholarship, p 566-590. In: *The Oxford handbook of Positive organizational scholarship*, Eds Cameron KS, Spreitzer GM. OUP 2011 (New York)
8. Bäckström I. On the Relationship between Sustainable Health and Quality Management. Doctoral Thesis. Mid Sweden University 2009.
9. Cameron KS, Spreizer GM. *The Oxford handbook of Positive Organizational scholarship*. OUP 2011 (New York)
10. Cameron KS, Dutton JE, Quinn RE (Eds.). *Positive organizational Scholarship. Foundations of a new discipline*. Baret-Koeler Publishers 2003 (San Francisco)
11. Christensen M, Lindström K, Straume LV, Kopperud KH, Borg V, Clausen T, Hakanen J, Aronsson G, Gustafsson K. Positive factors at work. The first report of the Nordic project. In: TemaNord Christensen M(ed) 2008 (Copenhagen)

12. Christensen KB, Nielsen ML, Rugulies R, Smith-Hansen L, Kristensen TS. Workplace levels of psychosocial factors as prospective predictors of registered sickness absence. *J Occup Environ Med* 2005;47(9):933-40
13. Colquitt JA, Conlon DE, Wesson MJ, Porter CO, Ng KY. Justice at the millennium: A meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. *J Appl Psychol* 2001;86(3):425-45
14. Dellve L, Skagert K, Eklöf M. Delaktighet och struktur i systematiskt arbetsmiljöarbete. 2004; Rapport 107. Arbets- och miljömedicin, Göteborg.
15. Donaldson SI, Ko I. Positive Organizational Psychology , behavior and scholarship: A review of the emerging literature and evidence base. *J Pos Psychology* 2010;5:177-91
16. Dutton JE, Ragins BR, (Eds.). *Exploring Positive Relationships at Work: Building a Theoretical and Research Foundation*. Lawrence Erlbaum Associates 2007 (New York).
17. Eliasson, H. MIMS – multiintegrated management systems for quality, environment, and systematic work environment. Licentiatavhandling. Kungliga Tekniska Högskolan 2009 (Stockholm).
18. Elovainio M, Kivimäki M, Vathera J. organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health. *Am J Public Health* 2002;92(1):105-8
19. Elovainio M, Kivimäki M, Vathera J, Keltiangas-Järvinen L, Virtanen M. Sleeping problems and health behaviors as mediators between organizational justice and health. *Health Psychology* 2003;22(3):287-93
20. Ferrie JE, Head J, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot M, Kivimäki M. Injustice at work and incidence of psychiatric morbidity: the Whitehall II study. *Occup Environ Med* 2006;63:443-50
21. Fredrickson BL. (2005). The broaden-and-build theory of positive emotions. In: *The Science of Well-Being*, Huppert FA, Baylis N, Keverne B (Eds.) (pp. 217-238). Oxford University Press 2005 (New York).
22. Gustafsson R, Lundberg I. *Arbetsliv och hälsa 2004*. Arbetsmiljöverket 2004. Liber Idé förlag, (Stockholm)
23. Guzzo RA, Bondy JS. *A Guide to Worker Productivity Experiments in the United States 1976-1981*. Pergamon press 1983 (New York)

24. Guzzo RA, Jette RD, Katzell RA. The effects of psychologically based intervention programs on worker productivity: a meta-analysis. *Personnel Psychology*, 1985;38:275-92.
25. Head J, Kivimäki M, Siegrist J, Ferrie JE, Vathera J, Shipley MJ, Marmot M. Effort-reward imbalance and relational justice at work predict sickness absence: The Whitehall II study. *J Psychosom Research* 2007;63:433-40
26. Huy QN. Emotional capability, emotional intelligence and radical change. *Academy of Management Review* 1999;24:325 - 345.
27. Härenstam A, Marklund S, Berntson E, Bolin M, Ylander J. Understanding the organizational impact on working conditions and health, *Arbete och Hälsa*, 2006 Arbetslivsinstitutet, (Stockholm).
28. Johansson G. The illness flexibility model and sickness absence. Thesis Karolinska Institutet 2007, Stockholm
29. Johnson JV, Hall E. Job strain, work place social support and cardiovascular disease. *Am J Public Health* 1988;78:1336.42
30. Järvholm B (1996). *Arbetsliv och hälsa – en kartläggning*. Arbetarskyddsstyrelsen 1996. (Helsingborg)
31. Karasek R, Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. Basic Books 1990 (New York).
32. Kopelman RE. Objective feedback. In Locke, E.A. (ed.). *Generalizing from Laboratory to Field Settings* 1986 Lexington Books (Lexington MA).
33. Landy FJ, Farr JL, Jacobs RR. Utility concepts in performance measurement. *Organizational Behavior and Human Performance*, 1982;30:15-40.
34. Lindberg P, Vingård E. *Den goda arbetsmiljön och dess indikatorer – en kunskapsöversikt*. Rapport 2012:7. Arbetsmiljöverket (Stockholm).
35. Lindberg P. *The work ability continuum*. Thesis Karolinska Institutet 2006. (Stockholm).
36. Linley PA, Joseph S, Harrington S, Wood AM. Positive Psychology. Past, present and (possible) future. *J Pos Psycholog* 2006;1:3-16

37. Losada M, Heaphy E. The role of positivity and connectivity in business teams: A non-linear dynamics model. *American Behavioral Scientist*, 2004;47: 740-765.
38. Macdonald L A, Härenstam A, Warren N D, Punnett L. Incorporating work organisation into occupational health research: an invitation for dialogue. *Occup Environ Med*, 2008;65(1): 1-3.
39. Mayring P. *Qualitative Content Analysis*. Forum: Qualitative Social Research. 2000;1(2).
40. Moliner C, Martinez-Tur V, Peiro JM, Ramos J, Cropanzano R. Perceived reciprocity and well-being at work in non-professional employees: fairness or self-interest? *Stress Health* 2012; Jan 28 Epub ahead of print
41. Målqvist I, Åborg C, Forsman M. Styrformer och arbetsförhållanden inom vård och omsorg. En kunskapssammanställning om New Public Management. Karolinska Folkhälsoakademin. Rapport 2011:11 (Stockholm)
42. Neal A, West MA, Patterson, MG. Do organizational climate and competitive strategy moderate the relationship between human resource management and productivity? *Journal of Management* 2005;31:492-512
43. Nordenfelt L. *On the nature of health. An action-theoretic approach*. D Reidel Publishing Company 1986 (Dordrecht)
44. Parm Sund M. Att organisera för hållbar utveckling. *Arbets- och Miljömedicin*, Stockholms läns landsting. Rapport 2006:4 (Stockholm)
45. Seligman M, Csikszentmihalyi M. 2000. Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 2000;55:5-14.
46. Seltzer J, Numeroff RE, Bass BM. Transformational leadership: Is it a source of more or less burnout or stress? *Journal of Health and Human Resource Administration*, 1989;12:174-185
47. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occupational Health Psychology*, 1996;1(1):27-41.
48. Silverman, D . *Interpreting Qualitative Data. Methods for analyzing talk, text and interaction*. Sage Publications 2006 (London)

49. Sims H, Lorenzi P. The new leadership paradigm. Sage Publications 1992 (Newbury Park CA).
50. Snyder CR Lopez SJ. Handbook of positive psychology. Oxford University Press 2001 (New York)
51. Snyder CR, Lopez SJ. Positive Psychology. The scientific and practical explorations of human strengths. Sage Publications 2007 (Thousand Oaks CA)
52. Sosik JJ, Godshalk VM. Leadership styles, mentoring functions received, and job-related stress: A conceptual model and preliminary study. Journal of Organizational Behavior, 2000;21:365-90.
53. SOU 2009:47. God arbetsmiljö – en framgångsfaktor? Arbetsmarknadsdepartementet 2009 (Stockholm).
54. Spell CS, Arnold TJ, Multilevel analysis of organizational justice, climate, structure and employee mental health. J Management 2007;33(5):724-51
55. Stacey R. Complex Responsive Processes in Organizations - Learning and Knowledge Creation. Routledge 2001 (London)
56. Stoetzer U, Ahlberg G, Johansson G, Bergman P, Hallsten L, Forsell Y, Lundberg I. Problematic interpersonal relationships at work and depression: a Swedish prospective cohort study. J Occup Health. 2009;51(2):144-51.
57. Stoetzer U. Interpersonal Relationships at Work. Organization, Working Conditions and Health. Thesis. Karolinska Institutet 2010 (Stockholm)
58. Stoetzer U, Bergman P, Aborg C, Johansson G, Ahlberg G, Parnsund M, Svartengren M. Organizational factors related to low levels of sickness absence in a representative set of Swedish companies. WORK 2012 Sep 13. [Epub ahead of print]
59. Systematiskt arbetsmiljöarbete. AFS 2001:1. Arbetsmiljöverket 2001 (Stockholm)
60. Waldenström K. Externally assessed psychosocial work characteristics. A methodological approach to explore how work characteristics are created, related to self-reports and to mental illness. Thesis. Karolinska Institutet 2007 (Stockholm)
61. Waldenström K, Härenstam A. Hur skapas bra arbetsförhållanden? Rapport från Arbets- och miljömedicin 2006:5. Stockholms läns landsting (Stockholm).

62. van der Doef, M, Maes S, Diekstra R. An examination of the job-demand-control-support model with various occupational strain indicators. *Anxiety Stress and Coping* 2000;13:165-185.
63. Vingård E, Stöllman Å, Eriksson T, Svartengren M, Stoetzer U, Parmasund M. Friska Verksamheter. Slutrapport från utvärderingen av utvecklingsprogrammet. Uppsala Universitet/Karolinska institutet 2012 (Uppsala).
64. Åkerlind I, Ljungblad C, Granström F. Verksamhetsstyrning, arbetsmiljö och hälsa i kommunal vård och omsorg. Akademin för hälsa, vård och välfärd, Mälardalens högskola 2010 (Eskilstuna)
65. Åteg, M, Andersson I-M, Rosén G. Moveit. Motivations- och engagemangskapande metoder i arbetsmiljöarbetet. *Arbete och Hälsa* 2005:8. (Stockholm)



## ***Delstudie 3***

# **Sjukskrivning, rehabilitering och återgång i arbete bland anställda i kommuner och landsting.**

### ***1. Bakgrund***

Arbetslinjen är sedan länge förhärskande i det svenska samhället. Varje person förutsätts tjäna sitt eget uppehälle. I Sverige yrkesarbetar också en mycket hög andel av befolkningen, män som kvinnor. Generellt sett är arbete positivt och främjar hälsa och ekonomi både för individen och för samhället. Långa sjukskrivningar försämrar möjligheten att återgå i arbete både pga. den sjukdom en person är sjukskriven för och den sjukroll som individen intar (2).

De vanligaste diagnosgrupperna vid långtidssjukskrivning är rörelseorganens sjukdomar och symtom samt lättare psykisk ohälsa och stressrelaterade besvär. Orsakerna till sjukskrivning, bortsett från diagnosen, är komplexa och innefattar arbetsförhållanden, livsförhållanden, normer, attityder, sjukförsäkringssystemets utformning mm.

Återgång i arbete efter långtidssjukskrivning är en långdragen och även den en komplex process. Här spelar också faktorer utanför sjukdomen roll såsom individuella faktorer, arbetets art och sociala förhållanden (5, 17)

För att hjälpa en person att återfå arbetsförmågan kan man antingen stärka individens kapacitet eller anpassa arbetsuppgifterna till individen. Samspelet är alltid dynamiskt och en god intervention för en bra och hållbar arbetsförmåga måste alltid ha denna dynamik i fokus. Detta innebär att interventioner för individen och åtgärder på arbetsplatsen ofta bör och kan göras samtidigt (7, 13).

Det finns flera alternativa vägar att välja för en person som är sjuk eller känner symtom. Detta har beskrivits i sjukflexibilitetsmodellen där incitament och krav i arbetet och möjlighet till anpassning har stor betydelse för individens väg tillbaka till arbete eller ut från arbetsmarknaden (8, 9).

Franche och Krause har anpassat en modell från beteendeforskningen "Readiness to change" (12) till processen runt sjukskrivning och återgång i arbete (4). Modellen innehåller fem faser:

1. Sjukskrivningsfas där arbetsåtergång känns avlägsen (Precontemplation)

Själva sjukdomen och dess symtom är centrala i denna fas och individens energi läggs på tillfrisknande och återhämtning.

2. Sjukskrivningsfas där reflektioner på arbetsåtergång startar (Contemplation)

Individen börjar reflektera över arbetsåtergång inom en överskådlig framtid. Fasen karaktäriseras dock ofta av ambivalens och osäkerhet där den anställde har svårt att starta förändringsprocessen mot arbete. Egen motivation och arbetets art spelar stor roll här liksom i nästa fas.

3. Förberedelser för arbetsåtergång (Preparation for action)

Den anställde börjar förbereda sig för arbetsåtergång genom att söka information om detta, testa sin förmåga och göra upp planer. I detta skede är individen mottaglig för hjälp utifrån i form av rehabilitering, coaching eller arbetsanpassning för att sätta planerna i verket.

4. Handling (Action)

I detta skede försöker individen sätta sina planer i verket och är också mycket mottaglig för hjälp utifrån. Risken för återfall till tidigare stadier är stor här om planerna misslyckas helt eller delvis beroende på tillkortakommanden hos individen eller dåligt eller bristfälligt stöd från omgivningen.

5. Upprätthållande (Maintenance)

I detta stadium har den anställde återvänt till arbetet och försöker upprätthålla och förbättra sin arbetsförmåga genom att vara observant på risker att falla tillbaka i tidigare faser. Hjälpt med arbetsanpassningar och kapacitetsökande övningar för individen är viktiga i detta skede.

Längden på de olika faserna skiljer sig naturligtvis åt beroende på sjukdom, symtomgrad och individuella förutsättningar. Att möta individen på rätt sätt och med rätt intervention kräver förståelse för var i processen den sjukskrivne befinner sig.

Socialdepartementet tillsatte för några år sedan ett Rehabiliteringsråd för att fastställa vilken evidens som finns för olika rehabiliteringsmetoder och hur rehabiliteringsgarantin bör vara uppbyggd i framtiden. I rådets slutbetänkande fastslås bl.a. att arbetsplatsen bör involveras i rehabiliteringsarbetet med arbetsåtergång som syfte oavsett orsaken till sjukligheten (14) Det konstaterades också att rehabiliteringsinsatser för de vanliga diagnosgrupperna ospecificerad smärta i rygg, axlar och nacke samt lättare psykisk ohälsa ska sättas in tidigt, helst inom två månaders sjukfrånvaro. Detta hindrar naturligtvis inte att förebyggande åtgärder sätts in för att sjuklighet och sjukskrivning inte ska uppstå.

## **2. Syfte**

Syftet med denna del av studien Hälsa och framtid i offentlig sektor (HOFF) är att undersöka om en bra rehabilitering är viktig för den friska organisationen och hur rehabilitering fungerar i praktiken i den enskilda organisationen och för den långtidssjukskrivne individen.

## **3. Metod**

### **3.1 Individuella intervjuer med chefer**

Vid de individuella intervjuerna med chefer på olika nivåer i friska och mindre friska kommuner och landsting ställdes frågor om hälsa, sjukfrånvaro rehabiliteringsrutiner, vilka möjligheter som finns för anpassning av arbetet vid tillfällig nedsatt arbetsförmåga samt erfarenheter av samverkan med företagshälsovården och Försäkringskassan.

### **3.2 Fokusgrupper med första linjens chefer**

Första linjens chefer i två friska och två mindre friska kommuner har i fokusgrupper intervjuats om sina erfarenheter och praktiska handläggning av långtidssjukskrivna. Totalt gjordes åtta intervjuer. Arbetsledare med egen erfarenhet av rehabiliteringsfall inbjöds att delta. Sammanlagt deltog 21 arbetsledare från friska förvaltningar och 23 från mindre friska. Intervjuerna utfördes efter en viss mall som var densamma som användes i undersökningen inom privat sektor. Tidsåtgången var ca 1.5 timme per intervju. De områden som berördes var

1. Policy gällande rehabilitering
2. Hur utbildning, stöd och system fungerande
3. Vilka rutiner som tillämpades
4. Hur HR-funktionen var till stöd i rehabiliteringsarbetet
5. Försäkringskassans roll i rehabiliteringsarbetet
6. Företagshälsovårdens roll i rehabiliteringsarbetet
7. Varför man trodde att en sjukskrivning blir lång eller kort

8. En önskelista för hur arbetet med rehabiliterings skulle kunna förbättras

### **3.3 Enkät till långtidssjukskrivna**

En enkät rörande sjukskrivningsdiagnos, arbetsförhållanden, rehabiliteringsinsatser och effekterna av desamma utsändes 2011 till alla som varit sjukskrivna mer än tre månader i AFAs databas över långtidssjukskrivna i kommuner och landsting år 2007 och 2008. Alla kommuner och landsting i Sverige indelades i friskhetsgrad utifrån sjuktalet i tertiler. Storstäder behandlades för sig. I analyserna framkom mycket marginella skillnader mellan dessa och materialet slogs därför samman.

## 4. Resultat

### 4.1 Intervjuer med ledningen i deltagande kommuner och landsting

Resultatet visar på skillnader mellan friska och mindre friska kommuner och landsting inom tre områden. Friska verksamheter analyserar och sätter in åtgärder i samarbete med andra aktörer, anpassar arbetet vid nedsatt arbetsförmåga och samarbetar med andra vid fysiska och psykosomatiska besvär.

#### ***Kunskap om sjukfrånvaro och strukturer för åtgärder***

Samtidig satsning på hälsofrämjande och förebyggande arbete, att fånga upp tidiga signaler och skapa rutiner för sjukskrivning och rehabilitering i samarbete med andra aktörer är exempel på riktade insatser för att få ner sjukskrivningstalen.

- *Vi sa "vi pratar inte om sjukfrånvaron utan nu pratar vi hälsotal", lite mer positivt över det hela, och satte igång och fokuserade. Då låg vi på en total sjukfrånvaro på drygt 8 % och vi tyckte det var högt. Vi började titta på vad vi ska göra, drev projekt, gjorde medarbetar-enkät, skapade ett friskvårdspaket som är väldigt uppskattat med träning i bassäng och gym i rehabiliteringssyfte /.../ och satsade mycket på att börja tänka rehabilitering, följa upp långtidssjukskrivningar, skapa rutiner för "hur tar vi hand om dom som är sjuka". Vi hade ju sett folk som hade gått hemma i 2-3 år och aldrig blivit kontaktade av arbetsgivaren. /.../ Nu tar vi kontakt med långtidssjukskrivna, bjuder in dom på möten och arbetsplatsträffar, aktiviteter och julbord. Det har gått jättebra dom här åren. vi jobbar väldigt strategiskt, vi har fokus på det här.*

Ytterligare ett exempel på hur en organisation arbetar strategiskt och operativt är att systematiskt införa rutiner och tydliggöra riktlinjer för vad som händer när en anställd blir sjuk och samtidigt föra en dialog med chefer som är ovana att handlägga rehabiliteringsärenden.

- *Vi har systematiskt infört och tydliggjort riktlinjer för vad som händer när man blir sjuk. Jag har jobbat jättemycket med cheferna genom att stötta dom mycket när det är första gången dom har ett rehabiliteringsfall, visa, sitta bredvid, delta i rehabiliteringsmöten och successivt släppa när dom har fått mer erfarenhet. Sen hela tiden ha dialog kring "vad kan jag göra, hur har jag dialog, kan jag ringa upp på tredje dan, bör jag göra det, hur ska jag ha*

*kontakten". Vi har jobbat mycket med att uppmärksamma att det är viktigt att vara aktiv som arbetsgivare och det är någonting som har gått in nu.*

### **Tillfällig anpassning av arbetsuppgifter**

I friska verksamheter fångas tidiga signaler på ohälsa upp och anpassning av arbetet kan göras under en kortare tid. Vid rehabilitering resonerar chefer på ett likartat sätt genom att exempelvis ändra schema, ta bort vissa arbetsuppgifter eller lägga till andra uppgifter.

- *Då har vi anpassat arbetstid och arbetsuppgifter och kanske också haft stödpersoner runt personen och tagit bort vissa arbetsuppgifter. Ja, det har varit olika varianter beroende på önskemål från personal som har varit aktuella.*

## **4.2 Fokusgruppsintervjuer med första linjens chefer**

### **4.2.1. Policy**

I alla kommuner och landsting finns en policy för rehabiliteringsarbetet. Då långtidsfall trots allt är ovanliga och varje arbetsledare har begränsad erfarenhet så tar man ofta kontakt med HR-avdelningen för stöd och råd.

### **4.2.2. Utbildning/stöd/system**

Ingen specifik utbildning i rehabilitering finns. På en del ställen ingår det i chefsutbildningarna nu för tiden. Flera av de intervjuade hade varit chefer länge och därför inte fått någon formell utbildning. När rehabiliteringskedjan infördes fick alla information av Försäkringskassan. Information finns på kommunernas intranät och detta används ibland.

I de mindre friska kommunerna och landstingen klagar man över stora grupper att vara arbetsledare för och dåligt stöd till cheferna.

Vissa friska verksamheter hade avtal med en landsomfattande extern hälsovårdsorganisation dit både medarbetare och arbetsledare kan ringa för att mer anonymt och utanför organisationen få stöd och hjälp. Informella grupper med chefer har också bildats för att diskutera yrkesrollen och

rehabiliteringserfarenheter. Detta är dock inte systematiserat utan har oftast uppträtt spontant. Något sådant togs inte upp av arbetsledarna i de mindre friska kommunerna och landstingen.

De administrativa systemen tycks generellt fungera mindre bra för att uppmärksamma arbetsledarna på långa sjukfall eller upprepad korttidsjukfrånvaro. Mycket "handjagande" i systemen krävs vilket är en stor arbetsbelastning och en osäkerhet.

#### 4.2.3. Rutiner

I de friska kommunerna och landstingen hade man ett mer systematiserat system för att ta kontakt med en sjukskriven medarbetare. Telefonkontakt är det vanligast sättet och det sker efter ett bestämt antal dagar. Sjukanmälan tas också i görligaste mån hand om av arbetsledaren per telefon. Dessa rutiner upplevs som mycket viktiga för motivation och återgång i arbete.

*- Jag ringer en gång i veckan i alla fall om jag vet att dom är borta. Jag dokumenterar från början för man vet ju inte hur det slutar. Att inte dokumentera var ett fel jag gjorde när jag var ny chef. Plötsligt hade ett fall blivit långt och man kom inte ihåg vad som skett och vad man sagt*

*- Sen tycker jag att det är viktigt att den sjukskrivne tar kontakt också, att dom själva blir delaktiga i vad som händer. Det är inte bara jag som chef som ska ringa och agera*

I de mindre friska verksamheterna tar avdelningen oftast emot sjukanmälan men några rutiner för att ringa upp den sjukskrivne finns sällan. På vissa ställen i en mindre frisk verksamhet har man nyligen infört systemet med en kontaktperson för en sjukskriven som kommer tillbaka.

Generellt sett tas erfarenheter från olika personer och olika förvaltningar dåligt tillvara i alla kommuner. Här skulle troligtvis mycket kunna vinnas i effektivitet och kunskapsinhämtning.

#### 4.2.4. Anpassning

Alla grupperna vittnar om svårigheter när personer kommer tillbaka från en långtidssjukskrivning. Även om de kommer på 100 % är de inte helt arbetsföra direkt. Ännu svårare är det om de är deltidssjukskrivna. Att var arbetsför på 50 % innebär nästan aldrig att man är 100 % arbetsför på de 50 procenten. Anpassning kan vara svår att genomföra. De ekonomiska ramarna är så snäva att det inte fungerar.

*-Det budgeteras inte för att folk ska vara sjuka alls, det budgeteras bara för att alla ska jobba fullt hela tiden och det är inte en relevant budget för det är alltid några procent som är borta*

Speciellt vid missbruk är det mycket känsligt och varje arbetsledare får utforma sina egna strategier. Allt blir då personberoende.

All anpassning måste göras genom effektiviseringar eftersom det inte finns andra pengar. Detta blir ohållbart i längden. På kort sikt fungerar det i de friska kommunerna och landstingen med hjälp av arbetsledarnas kreativitet och vilja att få tillbaka sina medarbetare. Arbetsledningens egna initiativ och lösningar är mycket viktiga. En del förstår systemet bättre än de gör centralt.

*-Jag hade ett ärende och skulle man kört efter reglerna där hade den personen troligtvis inte varit i livet idag och absolut inte i arbete. Men vi grejade det. Problemet är att det inte går hur länge som helst för då går det ut över andra medarbetare. Balansgången är svår*

*-Ibland måste man göra en speciallösning som man hittar på själv om någon är på väg tillbaka till jobbet för jag vet vad det kostar om eleverna blir missnöjda. Jag kan ha en vikarie som går dubbelt några gånger för om matten inte fungerar i årskurs 1 är det 3 elever som lämnar oss med sin skolpeng och det kostar en halv miljon*

Vid återgång i arbete är det viktigt att informera arbetsgruppen om den som kommer tillbaka i dennes närvaro och godkännande var många överens om i de friska verksamheterna. Det är viktigt för arbetskamraterna att veta vad man kan förvänta sig och om det är arbetsträning eller direkt ut i vanligt arbete som gäller.

I de mindre friska verksamheterna upplevdes anpassning som ännu svårare. Att anpassa går inte då blir det någon annan som får ta de besvärliga momenten och det blir orättvist var en vanlig kommentar. Speciellt svårt är det med deltidssjukskrivna som är borta delar av arbetspasset och dessutom inte är fullt presterande när de är där.

Lokalvården har på något ställe varit en "avstjälningsplats" som om alla kunde jobba där utan vidare. Detta har ställt till stora problem för arbetsledarna, för den ordinarie personalen och för den som kommer omplacerad.



Uppsägning kan bli följden av en misslyckad process för återgång i arbete då det inte går att anpassa.

#### 4.2.5. HR

HR funktionen är en stark resurs i rehabiliteringsarbetet på alla ställen. Kontakt tas i alla mer eller mindre knepiga fall och HR känns som en trygghet för arbetsledarna. På vissa ställen i friska verksamheter finns team som kan ge råd till arbetsledarna. Detta kan leda till lösningar. Tyvärr sprids inte goda erfarenheter på ett systematiskt sätt på något ställe.

#### 4.2.6. Försäkringskassan (FK)

I de friska kommunerna tycker man att stödet från FK är bra men mycket av detta beror på enskilda skickliga, professionella och mänskliga handläggare. FK är mycket snabbare nu efter rehabiliteringskedjans införande och tar kontakt på ett mer aktivt sätt på alla ställen. Många klagar dock över stelbenta system. Ingen flexibilitet finns vid t.ex. deltidssjukskrivning. Egna lösningar gillas inte alltid och då får man frisera sanningen.

*-Jag hade en anställd som gick på cellgiftsbehandling men ville jobba så mycket hon orkade. FK ansåg att det måste finnas ett fast schema för henne men det gick ju inte eftersom hon fick sin behandling på olika dagar och mådde olika bra. Vi fick säga att hon jobbade på måndagar och onsdagar även om det inte var sant. Sen jobbade hon när hon kunde. Man får hitta på egna lösningar*

I de mindre friska kommunerna anser man att FK är mycket tuffare nu och tar inte individuella hänsyn på samma sätt. De följer reglerna vad gäller beviljande av sjukpenning och det kan bli väldigt svårt för den enskilde.

*-Jag tycker inte att man får mycket stöd från FK i dagens läge. Det gäller bara att den som är sjukskriven ska ut och jobba även om de är äldre och har en svår sjukdom. Många hinner inte med och det känns jobbigt. Det är inte tal om rehab utan bara ut och jobba.*

#### 4.2.7. Företagshälsovården (FHV)

Företagshälsovården är på många ställen bra men systemet att kontakta dem fungerar inte optimalt. I någon kommun finns FHV på annan ort vilket försvårar samarbetet. I flera friska kommuner har man avtal med en nationell extern hälsoorganisation som man kan ringa i alla ärenden, arbetsrelaterade

som privata. Flera samtal är fria för den lilla enheten för de anställda till denne aktör och bekostas centralt medan företagshälsovårdens kostnad syns direkt på den primära arbetsplatsen. FHV ger stöd när man ber om säger fler arbetsledare men kostnaden blir synlig på ett annat sätt. Kostnaden förs över på den enskilda enheten som inte har råd att låta en anställd nyttja FHV även om det skulle behövas.

*-Det känns hela tiden som om FHV försöker sälja något, arbetsprövningskoncept för 15000 när man kommer med ett rehabärende, det känns väldigt mycket sälj för mig*

*-Jag använder inte FHV för jag hamnar i en knepig situation när den sjukskrivne har stora förväntningar och FHV föreslår en massa dyra åtgärder. Då blir arbetsgivaren en bromskloss som inte ger den sjuke någon bra chans.*

I de mindre friska verksamheterna måste kontakt från arbetsledaren med FHV oftast förankras uppåt, vilket gör systemet krångligt och byråkratiskt.

Att arbetsgivaren beställer en tjänst från FHV försvårar också i kontakten vid möten.

*-Det blir väldigt svårt om det är arbetsgivaren som gör en beställning hos FHV och vill ha ett uppdrag genomfört. Då kan inte FHV sätta sig på den anställdes sida*

Vilka som skulle vara med i rehabiliteringsarbetet från FHV:s sida rådde delade meningar om i alla verksamheter. Många var rädda för att åtgärderna ibland kunde bli för ensidigt medicinskt inriktat.

*-Läkarna i rehabarbetet är för mycket sjukdomsfixerade. Processen blir bättre och mindre eländesfokuserad om inte doktorn är med.*

#### 4.2.8. Varför blir en sjukskrivning lång eller kort

Trivsel på arbetet är en mycket viktig faktor vara nästan alla överens om. Trivs man kan man stå ut med lite krämpor som ibland är oundvikliga.

Sjukskrivande läkare är också av betydelse. En del kommuner har problem med stafettläkare som kommer en kort tid och gärna sjukskriver i stället för att ta tag i problemen. Diagnosen, som orsakar sjukskrivning är naturligtvis också av betydelse liksom individens livsstil.

I en av de friska verksamheterna går arbetsledaren ibland in och föreslår en förebyggande sjukskrivning som en åtgärd när någon håller på att förlora balansen i arbetet.

*- Dom som stressar upp sig själv och andra får vara hemma några dagar och ta igen sig för att hindra en längre sjukskrivning. Jag går in ibland och föreslår att dom är hemma några dagar och vilar upp sig*

#### 4.2.9. Övriga reflektioner från de intervjuade

##### *Friska kommuner och landsting*

Ledningen betyder mycket för trivseln. Dålig trivsel avspeglar sig direkt i frånvaro.

*- Förra året hade jag en grupp med jättehög sjukfrånvaro, mycket högre än andra. Jag fick indikationer på att det var chefen som skapade vantrivsel och då stannade man lättare hemma. Det var ett tufft beslut att flytta den chefen men sen har frånvaron varit nästan noll. Och jag måste ju tänka på eleverna också. De mår heller inte bar om inte lärarna gör det*

Det är viktigt att alla blir sedda på alla positioner och nivåer. Mötesstrategi på förskolan t.ex. där alla får bidra till helheten och att alla förstår uppdraget är ett medel för detta.

*- Detta ska vi göra, vissa saker är inte förhandlingsbara men alla kan bidra till förbättringar*

Viktigt att chefen lyssnar och är närvarande.

*-Dörren är alltid öppen och kaffepannan alltid på. Då kan man mota Olle i grind*

Projekt är inte alltid det bästa. De fungerar en viss tid och sen är allt som vanligt igen. Aktiviteter måste vara välunderbyggda och sedan ingå i rutiner och allmänna strategier.

*- Ofta är vissa satsningar kul happenings men känns som "Upp som en sol och ner som en tegelsten" men det är det långsiktiga som är viktigt. Att man tycker det är kul att*

*komma till jobbet, att arbetsuppgifterna är bra att arbetskamraterna är trevliga, att arbetet är utvecklande och stimulerande. Sånt tar tid att bygga*

*- En arbetsledare måste våga fråga om besvärliga saker, även privata, och lyssna. Då kan man lösa knutar och börja jobba aktivt för en återgång i arbete eller för att förhindra sjukskrivning*

#### *Mindre friska kommuner och landsting*

*- Jag tror att personalen själva sitter inne med hur mycket kunskaper som helst. Vi chefer har vissa uppfattningar men skulle vi borra lite djupare skulle så tror jag att personalen har hur mycket idéer som helst*

*- När man skriker på mer resurser måste man veta mycket noga exakt till vad*

*- Arbetsledarna har en stor containerfunktion. Ibland kan containern bli full. Det är inte lätt att vara arbetsledare för en stor grupp*

#### 4.2.10. Önskelista

- Enkel checklista i ett policydokument. Ingen vill läsa 20 sidor text för att hitta en fungerande strategi.

- Bättre administrativa system med t.ex. varningssignal vid 6 korttidssjukfrånvarotillfällen under ett år.

- Några lättare inskolningstjänster efter sjukskrivning. Att promenera med vårdtagare, läsa, hålla sällskap, planera osv. skulle vara mycket bra för den som ska komma tillbaka och för verksamheten. *"Jag är född i en bruksmiljö. Där fanns alltid något för alla. Kunde man inte stå vid pappersmaskinen kunde man sopa golvet i alla fall. Det fanns alltid en arbetsuppgift".*

- Rimlig storlek på arbetsgruppen så att arbetsledaren kan ha en personlig kontakt med alla.

- Mer flexibilitet.

- Mer möjlighet till anpassning "att kunna gå bredvid" under processen för arbetsåtergång

- Bra och väl anknuten FHV.

- Det måste finnas plats även för dem som inte är 100 % fungerande.

### 4.3 Enkät till långtidssjukskrivna i kommuner och landsting

Alla de 2493 individer som varit sjukskrivna 90 dagar eller mer 2007 och 2008 fick en enkät att besvara. Deltagandet var naturligtvis frivilligt. Svar inkom från 1218 individer vilket innebär en svarsfrekvens på 49 %. Äldre svarade i högre utsträckning än yngre men i övrigt framkom inga säkra systematiska skillnader beträffande diagnos eller geografisk hemvist, de parametrar som går att jämföra.

Kvinnor är den övervägande gruppen anställda inom kommuner och landsting och utgjorde 87 % i denna undersökning. De flesta i hela kohorten hade återgått i arbete och 72 % var inte sjukskrivna eller hade sjukersättning. 109 personer hade gått i pension sedan sjukskrivningstillfället. De vanligaste diagnosgrupper var rörelseorganens sjukdomar som stod för 44,5 % av sjukskrivningarna och psykiska besvär 31,1 %.

Hur de undersökta personerna attribuerade sina besvär till privatliv respektive arbete framgår av tabell 1. Även om många ansåg att arbetsförhållanden hade bidragit till besvären var det en liten del (13,7 %) som anmält arbetsskada.

Tabell 1. Andel i procent som anser besvären orsakade eller försämrade av hem/familj och arbete

	Ja	Nej	Vet ej
Besvär orsakade av faktorer i hem/familj	32,5	62,4	5,1
Besvär orsakade av arbetet	67,6	28,0	4,4

Ganska få (26,6 %) angav att de fått professionell hjälp med sina besvär innan långtidssjukskrivningen. När de blivit sjukskrivna var det dock vanligt med någon typ av rehabiliteringsåtgärd. 72,6 % av de sjukskrivna hade fått detta och vanligast var en multimodal insats med hjälp från läkare, sjukgymnast, psykolog m.fl. Hur stor andel som hade tillgång till företagshälsovård och hur stor andel som där företagshälsovården var inblandad i rehabiliteringen framgår av tabell två.

Tabell 2. Andel i procent som har företagshälsovård och som fick hjälp av densamma vid rehabiliteringen.

	Ja	Nej	Vet ej
--	----	-----	--------

Har tillgång till företagshälsovård	78,0	9,9	12,1
Företagshälsovården var inblandad i rehabiliteringen	29,2		

På frågan vad som var den mest avgörande faktorn för arbetsåtergång kom "Minskade symtom och besvär" på första plats och "Min egen vilja" på andra. Övriga åtgärder rankades enbart av en mycket låg andel som viktigast (tabell 3). Flera personer angav ingen faktor som den viktigaste.

Tabell 3. Andel i procent som rankar olika faktorer som den mest viktiga för arbetsåtergång.

Faktor av betydelse	Andel i procent
Minskade symtom och besvär	23,7
Min egen vilja	13,2
Kortare arbetstid	5,2
Annat arbete/andra arbetsuppgifter	3,5
Ekonomiska skäl	2,7
Arbetsgivarens hjälp och engagemang	1,4
Arbetskamraternas stöd och uppmuntran	1,1
Försäkringskassans hjälp och engagemang	0,8
Förändringar i tidigare arbetsuppgifter	0,7
Företagshälsovårdens hjälp och engagemang	0,7
Omskolning	0,6
Fackets hjälp och engagemang	0,5
Arbetsförmedlingens hjälp och engagemang	0,2

Under 2008 infördes stora regeländringar inom socialförsäkringen då den så kallade rehabiliteringskedjan infördes. Denna innebar att individen inte kunde vara sjukskriven utan bortre tidsgräns och att man efter 180 dagars sjukskrivning i allmänhet skulle pröva individen mot alla på arbetsmarknaden förekommande arbeten. Arbetsförmedlingen kopplas också in tidigt och idén är att inlåsningseffekten på en arbetsplats som inte är lämplig ska minska och återgång i arbete stimuleras.

Fyrtioen procent av de tillfrågade tyckte att regeländringarna på något sätt påverkat deras sjukskrivning. Hur dessa som svarat ja på frågan om påverkan hade påverkats framgår av tabell 4.

Tabell 4. Andel av de långtidssjukskrivna som anger påverkan av olika slag och samråd på grund av regeländringar i socialförsäkringen 2008 den s.k. rehabiliteringskedjan.

	Ja	Nej	Vet ej
Kom tillbaka till arbetet snabbare	36,4	52,5	11,1
Förlorade sjukersättningen	37,7	58,0	4,3
Förekom samråd med FK och arbetsgivare	69,8	27,9	2,3
Kontakt med arbetsförmedlingen	32,4	66,8	0,9

## **5. Diskussion**

En tydlig tendens hos friska kommuner och landsting var att dessa hade en större vaksamhet mot sjukfrånvaro, analyserade den och försökte sätta in åtgärder tidigt. Fasta rutiner var viktiga och kontakt med den sjukskrivne skedde tidigt och systematiskt.

Vid psykisk ohälsa har studier visat att ett positivt arbetsklimat med tillit och möjlighet till anpassning påskyndar arbetsåtergång (1). I övrigt är den vetenskapliga litteraturen tämligen sparsam när det gäller generella slutsatser om goda interventioner vid lättare psykisk ohälsa.

Vid smärta och rörelseorganens sjukdomar är det vetenskapliga underlaget för evidensbaserade åtgärder också tunt. Ett antal systematiska litteraturgenomgångar har gjorts och sammanfattningsvis kan sägas att det finns ett visst stöd för att arbetsplatsrelaterade åtgärder av olika slag har effekt för återgång i arbete (6, 11, 15, 16).

Även mer generella översikter har visat detsamma att arbetsplatsen har betydelse för återgång i arbete (3, 10).

I de undersökta kommunerna och landstingen i denna studie fanns policydokument för rehabiliteringsarbetet på alla ställen men av olika kvalitet och användes olika mycket. Att få fram ett dokument som är mer en checklista skulle troligtvis göra dokumenten mer levande och använda.

Utbildning i rehabiliteringsarbete tycks också vara eftersatt på många ställen. Då en enskild arbetsledare sällan har ett rehabiliteringsärende är det svårt att hålla utbildningen aktuell. I en kontext där mycket information och utbildning krävs för kärnverksamheten kan just rehabiliteringen komma på undantag. Detta är förståeligt men gör det ännu mer viktigt att policydokumenten är lättförståeliga och användarvänliga. Hjälpen och stöd från HR-avdelningen och företagshälsovården kan också underlätta för arbetsledaren att snabbt ta sig an aktuella ärenden och sätta in åtgärder.

Att arbetsanpassning är en viktig del av rehabiliteringsarbetet som syftar till återgång i arbetet finns som tidigare nämnts stöd för i den vetenskapliga litteraturen. Förutsättningarna för detta tycks vara bättre i de friska verksamheterna och kan då minska antalet sjukdagar och sjukskrivningsepisoder. Eftersom verksamheterna är ganska lika kommuner och landsting emellan borde alla kunna bedriva samma typ av anpassningsarbete på de flesta ställen, vilket stödjer det friska.



I denna liksom andra undersökningar har det påpekats att de administrativa rutinerna inte främjar att en arbetsledare kan ha god kontroll över sjukfrånvaron, varken den långa eller flera korta. Bättre sådana rutiner är alltså något som kommuner och landsting borde prioritera för rehabiliteringsändamål men också som en allmän uppföljning av verksamheten.

I den enkät som besvarats av ca hälften av de långtidssjukskrivna under åren 2007 och 2008 angav drygt 67 % att deras besvär helt eller delvis hade orsakats av arbetet. Trots detta var det relativt ovanligt att företagshälsovården var involverad i rehabiliteringen, vilket tyder på att denna instans som ändå finns inte är optimalt använd. Orsaken till detta går inte att utläsa av denna undersökning. I intervjuerna med arbetsledarna anges dock att man ibland är rädd för den kostnad som det innebär att vända sig till företagshälsovården även om man i längden säkert skulle vinna på detta och få hjälp av en instans som känner arbetsplatsen och dess krav.

Den förändring som infördes 2008 i socialförsäkringen innebar stora skillnader i möjligheten att vara sjukskriven länge och i de krav som ställdes på utredning och omplacering efter 180 dagars sjukskrivning. Av de som svarat på enkäten hade 41 % påverkats av de nya bestämmelserna. En övervägande andel tyckte inte de kommit tillbaka till arbetet snabbare och många hade också förlorat sin sjukersättning efter 180 dagar. I denna undersökning var de svarande de första som var påverkade av regeländringen och det får antas att allt inte fungerade på bästa sätt. Korrigeringar har senare gjorts av regelverket och både tjänstemän på Försäkringskassan, arbetsgivaren och de sjukskrivna har fått ökade kunskaper av vad som krävs från regelverket. Detta har förhoppningsvis förbättrat den påverkan rehabiliteringskedjan har på arbetsåtergång men går inte att uttala sig om från denna undersökning.

## **6. Slutsats**

Friska kommuner och landsting skiljer sig från mindre friska genom att de har större kunskap om sjukfrånvaron i organisationen och försöker anpassa arbetet till perioder med nedsatt arbetsförmåga hos medarbetarna. Större flexibilitet tycks råda och mer kontakter med andra aktörer tas och fungerar bra vid behov av rehabilitering.

## **Referenser**

1. D'Amato A, Zijlstra F. Toward a climate for work resumption: the nonmedical determinants for return to work. *J Occup Environ Health* 2010;52(1):67-80
2. Falkdal AH, Edlund C, Dahlgren L. Experiences within the process of sick leave, *Scand J Occup Ther*, 2006;13:170-182.
3. Franche RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature, *J Occup Rehabil*,2005;15:607-631.
4. Franche RL, Krause N. Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors, *J Occup Rehabil*,2002; 12:233-256.
5. Friesen MN, Yassi A, Cooper J. Return-to-work: The importance of human interactions and organization structures, *Work* 2001;17:11-22.
6. Holm L, Torgén M, Hansson A-S, Runeson R, Josephson M, Helgesson M, Vingård E. Återgång i arbete efter sjukskrivning för rörelseorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa. *Arbete och Hälsa* 2010;43(3)
7. Ilmarinen JE. Aging workers, *Occup Environ Med*, 2001;58:546-552. *J Rehab Med* 2008;40:796-804
8. Johansson G, Lundberg I. Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model, 2004;*Soc Sci Med*,58:1857-1868.
9. Johansson G. The illness flexibility model and sickness absence, Thesis. Karolinska Institutet 2007.
10. Krause N, Dasinger LK, Neuhauser F. Modified work and return to work: A review of the literature, *J Occup Rehabil*. 1998;8:113-139.

11. Kuoppala J, Lamminpää A. Rehabilitation and workability: a systematic literature review. *J Rehab Med* 2008;40:796-804
12. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors, *American Psychologist*,1992;47:1102-1114.
13. SOU 2009:47. God arbetsmiljö en framgångsfaktor, Statens offentliga utredningar.
14. SOU 2011:15. Rehabiliteringsrådets slutbetänkande, Statens offentliga utredningar
15. van Oostrom SH, Driessen MT, de Vet HC, Franche RL, Schonstein E, Loisel P, van Mechelen W, Anema JR. Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane database of systematic reviews* 4, 2009 Apr 15;(2)
16. Williams RM, Westmorland MG, Lin CA, Schmuck G, Creen M. Effectiveness of workplace rehabilitation interventions in the treatment of work related low back pain: a systematic review. *Disabil Rehab* 2007;29:607-624
17. Young AE, Roessler RT, Wasiak R, McPherson KM, van Poppel MN, Anema JR. A developmental conceptualization of return to work, *J Occup Rehabil*, 2005;15:557-568.



## Bilaga: Intervjuguide Hälsa och Framtid i offentlig sektor

Förhandsinformation: Policydokument

Demografi: ekonomi, antal anställda, yrkeskategorier & andel, åldersfördelning, könsfördelning, andel anställda med icke-svensk bakgrund, ungefärlig fördelning civilstånd och familjesituation, fysisk placering

Anställningsvillkor: Tillsvidareanställning vs vikariat/behovsanställning

Förekommande arbetstider för olika personalkategorier

FHV: Finns avtal med företagshälsovård? (Om vad? Kostnader?)

HR-funktion: Ingår HR-chef i kommunledningen? Hur sker kommunikationen mellan HR och 1:a linjens chefer?

Systematiskt arbetsmiljöarbete? Medarbetarundersökningar? Styrsystem/kvalitetssystem?

Ledningsstrategier

Hur fattas beslut? (politiker/tjänstemannanivå)

Vilken typ av ledare rekryteras? (yrkeskunskap, social kompetens?)

Vilken typ av kompetensutveckling får chefer/ledare?

Vilken typ av ledarstöd får chefer/ledare?

Kontroll/uppföljning?

Personalpolitik

Omfattning och inriktning på rekrytering?

Följs policies om jämställdhet, etnicitet etc?

Krav på utbildning/erfarenhet?

Internutbildning/kompetensutveckling? Utvecklingsmöjligheter?Handledning?

Introduktion/lärande?

Strategi för lönesättning?

Personalomsättning?

Hur hanteras övertalighet/personalbrist?

Sociala aspekter: personalsociala åtgärder, möjligheter till sammanhållning

Skillnader mellan tillsvidare- och timanställda?

*Omvärldsanalys*

Hur förhåller man sig till omvärlden?

Hur hanteras eventuell konkurrens?

Förändringsstrategier

Hur genomförs i regel förändringar?

(motiv till och tillvägagångssätt, planerat uppifrån eller genom aktivt deltagande från anställda)?

Hur hanteras oro?

Kommunikation

*Hur för man ut information?*

*Hur hanteras feedback, idéer?*

*Hur hanteras kritik?*

*Vilka arenor finns?*

Delaktighet/inflytande

*Finns det system (strategier, strukturer) för delaktighet, utbyte av idéer?*

*Hur skapar man utrymme för medarbetarna att lämna förslag och synpunkter?*

Arbetsorganisation och arbetsinnehåll

Kvalitativa & kvantitativa krav (även motstridiga krav av olika slag: ”bra el. snabbt”, arbetsbelastning, övertid)

Hur täcks extra belastningar upp?

Variation/monotoni

Tydlighet/ramar/handlingsutrymme? Kontroll/uppföljning?

Hot/våld (Hur hanteras detta?)

Finns det någon form av hinder (på organisationsnivå) för att göra det man ska?

Vad gör man i så fall för att eliminera hindren?

Arbetsmiljöarbete

Hur arbetar chefer och medarbetare med det systematiska arbetsmiljöarbetet?

Hur integreras arbetsmiljöarbetet i vardagen och hur följs arbetet med arbetsmiljön upp?

Görs handlingsplaner, med riskanalys och åtgärdsförslag, för att komma tillrätta med eventuella brister?

Om det sker kartläggningar (medarbetarenkäter) – vad visade de senaste som gjordes och hur följdes de upp?

Görs konsekvensbeskrivningar vid större förändringar?

Hälsa, sjukfrånvaro & rehabilitering

Hur ser hälsa/sjuksituationen ut? Korttidsfrånvaro? Sjuknärvaro?

Typ av sjuklighet?

Rutiner vid sjukfrånvaro?

Vilka anpassningsmöjligheter finns vid nedsatt arbetsförmåga? Hur gör man?

Närvarokrav/närvaroincitament?

Frånvarokrav/frånvaroincitament?

Hur täcks frånvaro upp på kortare och längre sikt?

Finns någon egen tidsgräns för när åtgärder vidtas vid långtidssjukfrånvaro?

Hur hanteras detta?

Hur sker samarbetet med FHV?

Hur sker samarbetet med Försäkringskassan?

Utnyttjande av friskvård? Hur följs detta upp?

*Visioner och mål*

Hur arbetar ledningen med värdegrund, visioner och mål? Hur sker förankring?

Hur samverkar ledare på olika nivåer med medarbetarna för att omvandla organisationens övergripande vision och policy till handlingsplaner och praktisk handling?

*Öppen fråga*

Om du hade fria händer: Vilka egna visioner skulle du ha på 5 års sikt?



UPPSALA  
UNIVERSITET



Karolinska  
Institutet

# Hälsa och framtid i kommuner och landsting

**Magnus Svartengren<sup>1,2</sup>**

**Ulrich Stoetzer<sup>1</sup>**

**Marianne Parmsund<sup>1</sup>**

**Tomas Eriksson<sup>2</sup>**

**Åsa Stöllman<sup>2</sup>**

**Eva Vingård<sup>2</sup>**

***Karolinska Institutet<sup>1</sup> och Uppsala Universitet<sup>2</sup>***





Rapport från Arbets- och miljömedicin 1/2013

Hälsa och framtid i kommuner och landsting

Akademiska sjukhuset, Uppsala Universitet, 751 85 Uppsala, Tfn 018-611 36 42  
[www.amm uppsala.se](http://www.amm uppsala.se)