

Organisatoriska problem löses inte med hjälp av individåtgärder

En analys av åtgärder för att förbättra arbetsmiljön och sänka sjukfrånvaron i en svensk region

Magnus Åkerström, Jonathan Severin

Magnus Åkerström, medicine doktor, Institutet för stressmedicin, Västra Götalandsregionen. E-post: magnus.akerstrom@vgregion.se

Jonathan Severin, forskningsassistent, Institutet för stressmedicin, Västra Götalandsregionen. E-post: jonathan.severin@vgregion.se

Interventioner för att förbättra de organisatoriska förutsättningarna på arbetsplatsen har länge efterfrågats av forskningen och arbetslivet. Trots detta syftar merparten av de interventioner som genomförs till att stärka individen. Sedan 2017 har chefer inom Västra Götalandsregionen kunnat söka medel för att genomföra åtgärder för att förbättra arbetsmiljön. Sammanlagt 154 ansökningar har analyserats med syfte att undersöka vad chefer behöver för att kunna arbeta mer på organisatorisk nivå. Resultatet visar att det främst är åtgärder på individnivå (42 %) som föreslås trots att 97 % av ansökningarna beskriver problem på en organisatorisk nivå. För att uppnå en bättre överensstämmelse mellan problem och åtgärder behöver chefer och deras HR-funktioner stöd i utformandet av effektiva åtgärder för att förbättra arbetsmiljön inom offentlig sektor.

Most interventions in the working environment aim to improve individual health, rather than organisational preconditions within the workplace. Since 2017, managers in Region Västra Götaland, have been able to apply for funding to improve the working environment. A total of 154 applications have been analysed to investigate how more work on an organisational level can be done. The results show that it is mainly measures on an individual level (42 %) that are suggested. However, 97 % of the applications describes problems on an organisational level. To achieve a better congruence between described problems and suggested measures, unit managers and human resources need support when developing effective measures, in order to improve the working environment in the public sector.

Bakgrund

Arbetsplatsen och dess organisering har en stor påverkan på den arbetsrelaterade ohälsan i Sverige (Ahlborg et al 2016; Vingård et al 2015). Många arbetsplatser, särskilt inom den offentliga sektorn, brottas med hög sjukfrånvaro ofta i samband med hög personalomsättning (SKL 2017a). Detta har lett till att krav på åtgärder har ställts för att minska såväl sjukfrånvaro som personalomsättning bland medarbetare (Arbetsmiljöverket 2015). Kunskap om effektiva arbetssätt för att förbättra arbetsmiljön har även efterfrågats inom forskningen (Nielsen & Randall 2012; Nielsen et al 2010; Cox et al 2007; Kompier et al 2000).

Arbetet med att förbättra arbetsmiljön och sänka sjukfrånvaron sker inom arbetslivet på olika nivåer och utifrån olika perspektiv (SKL 2017b). Åtgärder kan ske på individ-, grupp- eller organisatorisk nivå (Dahlgren & Whitehead 2007) och utifrån främjande, förebyggande eller rehabiliterande perspektiv (Bauer et al 2006). Åtgärder på individnivå syftar till att stärka den enskilda individen, fysiskt, psykiskt och mentalt, medan åtgärder på gruppnivå syftar till att stärka den sociala interaktionen eller minska social dysfunktion mellan två eller fler individer. Åtgärder på en organisatorisk nivå avser strukturella åtgärder, vilka syftar till att förbättra förhållanden för samtliga medarbetare på arbetsplatsen (Giga et al 2003). Ett främjande perspektiv definieras genom att se hälsa som en resurs, med fokus på att stärka hälsa. Ett förebyggande perspektiv utgår från faktorer som ökar risken för att utveckla ohälsa, medan rehabilitering handlar om att minimera ohälsa eller återskapa hälsa genom behandling (Bauer et al 2006).

Effektiva åtgärder för att sänka sjukfrånvaron, så som kompetenshöjande aktiviteter, förbättra och tydliggöra rutiner och strukturer på arbetsplatsen, säkerställa ett gott ledarskap, öka det sociala stödet med mera har identifierats på flera nivåer i arbetsmiljöarbetet (SKL 2017b). När det kommer till interventioner för att förbättra brister i arbetsmiljön förordas interventioner på organisatorisk nivå utifrån tillgänglig kunskap (Nielsen & Randall 2012; Nielsen et al 2010; Cox et al 2007; Kompier et al 2000) eftersom denna typ av interventioner bland annat visat sig ge ett mer långsiktigt positivt resultat (Giga et al 2003). Vikten av arbete på organisatorisk nivå lyfts även fram i nuvarande regelverk för organisatorisk och social arbetsmiljö i Sverige (Arbetsmiljöverket 2015). Trots detta är merparten av de interventioner som genomförs inom arbetsmiljön inriktade på att stärka individer (Proper & van Oostrom 2019; Montano et al 2014; Corbiere et al 2009; Lamontagne et al 2007).

Sedan 2017 har Västra Götalandsregionen avsatt 15 miljoner årligen för att förbättra arbetsmiljön och sänka sjukfrånvaron bland regionens cirka 55 000 anställda. En stor del av dessa medel har öronmärkts för att verksamheter ska kunna söka stöd att genomföra hälsofrämjande och förebyggande arbetsmiljöinsatser, utöver det systematiska arbetsmiljöarbetet.

För att få tillgång till de örönmärkta medlen skickade chefer tillsammans med sin HR-personal in en ansökan där de beskrev verksamhetens arbetsmiljö, aktuella problem, samt föreslog och motiverade vilka åtgärder de önskade genomföra. De bifogade även en kostnadsuppskattning för dessa. Därefter tog en utsedd grupp med representanter från den centrala HR-funktionen i regionen samt forskare och utvecklingsledare inom arbetsmiljö vid Institutet för stressmedicin beslut om ansökan skulle godkännas, avslås eller kompletteras ytterligare innan beslut. Som stöd för dessa beslut användes på förhand överenskomna kriterier. Kriterierna innebar bland annat att insatserna skulle komma medarbetarna ute i verksamheten till nytta samt att medel ej fick användas för att ersätta arbetstid för ordinarie personal eller till materialinköp.

Syfte

Genom att analysera vilka åtgärder chefer och HR inom en stor offentlig verksamhet föreslår för att komma till rätta med hög sjukfrånvaro bland medarbetarna, syftar studien till att identifiera vad chefer behöver för att gå från ett individ- till ett organisationsperspektiv i sitt arbetsmiljöarbete.

Metod

Under 2017 och 2018 kom det in totalt 154 ansökningar innehållandes 209 föreslagna åtgärder till bedömningsgruppen. Sammanlagt kom 106 av de 154 ansökningarna (69 %) från vårdenheter, 28 ansökningar (18 %) från administrativa grupper, 12 ansökningar (8 %) från enheter som arbetar med service och underhåll samt 8 ansökningar (5 %) kom från enskilda ledningsgrupper.

Analysen av ansökningarna utfördes i tre steg: 1) klassificering av beskrivet problem, föreslagna åtgärder och om ansökan innehöll en problemanalys eller inte, 2) bakgrundsinformation och klassificeringar sammanställdes kvantitativt och 3) statistiska test genomfördes för att identifiera eventuella skillnader mellan grupper.

Klassificeringarna utfördes genom deduktiv innehållsanalys (Elo & Kyngäs 2008) där både de problem som beskrevs i ansökningarna och de åtgärder som föreslogs för att komma till rätta med problemen klassificerades utifrån nivå (individ-, grupp-, eller organisatorisk nivå) (Dahlgren & Whitehead 2007). Åtgärderna klassificerades även utifrån perspektiv (främjande, förebyggande eller rehabiliterande perspektiv) (Bauer et al 2006). Dessutom gjordes en bedömning huruvida ansökningarna, förutom en beskrivning av problemet, även innehöll en problemanalys som på ett tydligt sätt motiverade föreslagen åtgärd utifrån det beskrivna problemet.

Två personer (författarna) gjorde varsin oberoende klassificering av samtliga problembeskrivningar och åtgärder. De två oberoende klassificeringarna jämfördes och befanns skilja sig åt i sammanlagt 15 % av bedömningarna (5 % för klassificering av beskrivet problem, 17 % för nivån på föreslagen åtgärd, 20 % för perspektiv på föreslagen åtgärd och 17 % för om ansökan innehöll en problemanalys eller inte). Avvikande klassificeringar diskuterades och den slutgiltiga klassificeringen fastslogs gemensamt. Ytterligare data från ansökningarna, så som vilken typ av verksamhet som skickat in ansökan, målgrupp för insatsen, förekomst av plan för uppföljning etc. registrerades också.

De föreslagna åtgärderna sammanställdes kvantitativt utifrån dess klassificerade nivå och perspektiv och överensstämelsen mellan beskrivna problem och föreslagna åtgärder undersöktes deskriptivt. Skillnader mellan grupper för de kategoriska variablerna (ansökningar som inkom 2017 respektive 2018 och ansökningar som innehöll en problemanalys respektive inte innehöll en problemanalys) undersöktes med chi²-test. Gränsen för statistisk signifikans sattes vid $p < 0,05$ och tvåsidiga konfidensintervall användes. Statistiska beräkningar utfördes med IBM SPSS Statistics version 25 (IBM, Armonk, New York, USA).

Studien har godkänts av regionala etikprovsningsnämnden i Göteborg (Dnr 911-18).

Resultat

Omkring 3–5 % av de ca 1970 organisatoriska enheterna inom Västra Götalandsregionen (som fanns vid projektets början 2017) ansökte om medel för att förbättra arbetsmiljön åren 2017 och 2018, vilket motsvarar 66 ansökningar 2017 och 88 ansökningar 2018.

Totalt innehöll de 154 ansökningarna 209 olika åtgärder då ansökningarna kunde innehålla mer än en föreslagen åtgärd (ansökningarna innehöll i medeltal 1,4 åtgärder och maximalt 6 åtgärder föreslogs i enskilda ansökningar). Av de 209 åtgärderna tilldelades 70 % ($n = 146$) medel inom ramen för arbetsmiljösatsningen, vilket betyder att totalt 114 av ansökningarna beviljades helt eller delvis. För att få den fullständiga bilden av vilka problem som beskrivits och vilka åtgärder som föreslogs baserades analyserna på samtliga inkomna ansökningar.

Målgruppen för åtgärderna var i 70 % av fallen samtliga anställda inom den sökande enheten, i 20 % riktade sig åtgärderna till en subgrupp inom enheten (exempelvis administratörer eller undersköterskor på en vårdenhets) och resterande 10 % av åtgärderna riktade sig endast mot chefer. Det fanns inga statistiska skillnader gällande vilka verksamheter som ansökte, målgrupp eller andel beviljade åtgärder mellan de ansökningar som skickades in 2017 jämfört med ansökningarna som skickades in 2018.

Nivå och perspektiv på beskrivet problem och föreslagna åtgärder

Sammanlagt 203 av de totalt 209 i ansökningarna föreslagna åtgärderna (97 %) baserades på ett problem som bedömdes vara på en organisatorisk nivå, resterande sex åtgärder grundade sig på problem som bedömdes vara på gruppnivå. Det föreslogs åtgärder inom samtliga kombinationer av nivå och perspektiv, där 42 % av åtgärderna bedömdes rikta sig mot enskilda individer, 26 % riktades mot en gruppnivå och 32 % av åtgärderna riktades mot en organisatorisk nivå (tabell 1). Åtgärdernas perspektiv klassificerades i 9 % som hälsofrämjande, 88 % som förebyggande och i 4 % som rehabiliterande (tabell 1). Andelen förebyggande åtgärder ökade 2018 jämfört med 2017 (94 % jämfört med 80 %, $p < 0,01$) samtidigt som både andelen främjande och rehabiliterande åtgärder minskade. Den typ av åtgärder som oftast föreslogs i ansökningarna var en förebyggande

Tabell 1. Antal föreslagna åtgärder, n (%), under 2017 och 2018, uppdelade på nivå och perspektiv.

		Perspektiv på åtgärd			Summa
		Hälsofrämjande	Förebyggande	Rehabiliterande	
Nivå på åtgärd	Organisation	7 (3 %)	58 (28 %)	1 (0,5 %)	66 (32 %)
	Grupp	1 (0,5 %)	48 (23 %)	6 (3 %)	55 (26 %)
	Individ	10 (5 %)	77 (37 %)	1 (0,5 %)	88 (42 %)
	Summa	18 (9 %)	183 (88 %)	8 (4 %)	209 (100 %)

åtgärd med syfte att stärka enskilda individer (37 %). När åtgärderna stratifierades för nivån på beskrivet problem framkommer att samtliga åtgärder som baserades utifrån problem på gruppnivå ($n = 6$) klassificerades som rehabiliterande åtgärder på gruppnivå. För de 203 åtgärder som baserades på problem på organisatorisk nivå, klassificerades 43 %, 24 % respektive 33 % på individ-, grupp- respektive organisatorisk nivå och 9 %, 89 % respektive 2 % klassificerades som främjande, förebyggande respektive rehabiliterande.

Exempel på föreslagna aktiviteter

Vid genomgång av de åtgärder som föreslagits i ansökningarna kunde tre olika kategorier av åtgärder urskiljas. Den första kategorin omfattade åtgärder som syftar till att skapa sig en bättre förståelse av situationen och/eller få hjälp att identifiera effektiva åtgärder för att förbättra arbetsmiljön. Denna typ av åtgärder bedömdes oftast ligga på en organisatorisk nivå, innehöll oftast en problemanalys och beskrev ett problem på organisatorisk nivå. Exempel på ansökningar

inom denna kategori var en vårdenhet som framställde ett behov av att göra en djupanalys av arbetsmiljön som ett steg i att ta fram en långsiktig handlingsplan för att bryta trenden med höga sjuktal och ökande personalomsättning. I en annan ansökan beskrev en vårdenhet ett behov av att upprätta en handlingsplan med fokus på den psykosociala arbetsmiljön, eftersom de hade ett bristande samarbetsklimat på grund av en sammanslagning med en annan vårdenhet. Med hjälp av chefsstöd och genom att involvera vårdpersonalen i processen ville de identifiera hinder och skapa verktyg för att gemensamt förbättra arbetsmiljön.

Den andra kategorin av ansökningar var mindre och omfattade mer specifika åtgärder som identifierats i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Dessa åtgärder var ofta på gruppnivå och innehöll oftast en problemanalys. Förutom beskrivna problem på organisatorisk nivå ingick även ansökningarna med problem på gruppnivå i denna kategori. Exempel på ansökningar inom denna kategori var en verksamhet med slutenvård som föreslog teambuilding med syfte att skapa stabila samarbetskulturer vilket man upplevde saknades. En ansökan gällde en serviceenhet som ville genomföra en hälsosatsning i syfte att stärka medarbetarna i deras yrkesroll inför en kommande omorganisation. I en tredje ansökan beskrev en administrativ enhet bristande social arbetsmiljö karaktäriserat av kränkande bemötande, särbehandling inom arbetsgruppen med hög korttidsfrånvaro samt flera chefsbyten. Genom utvecklingsdagar med fokus på medarbetarskap och värdegrund ville de på sikt återskapa en god social arbetsmiljö. Ansökningar med både ett beskrivet problem och föreslagna åtgärder på gruppnivå, innehöll beskrivningar om mobbing, grupperingar inom arbetsgruppen och bristande social arbetsmiljö såsom dåliga attityder och inställningar som resulterat i en negativ påverkan på medarbetarnas arbetsbelastning med hög sjukfrånvaro som följd. Förslag på åtgärder var teambildande aktiviteter genom hälsofrämjande workshops eller utvecklingsdagar med fokus på värdegrund, kommunikation, självkänedom och grupprocesser, vilket skulle leda till en nystart för arbetsgruppen med ökad delaktighet, arbetsglädje samt minskad sjukfrånvaro.

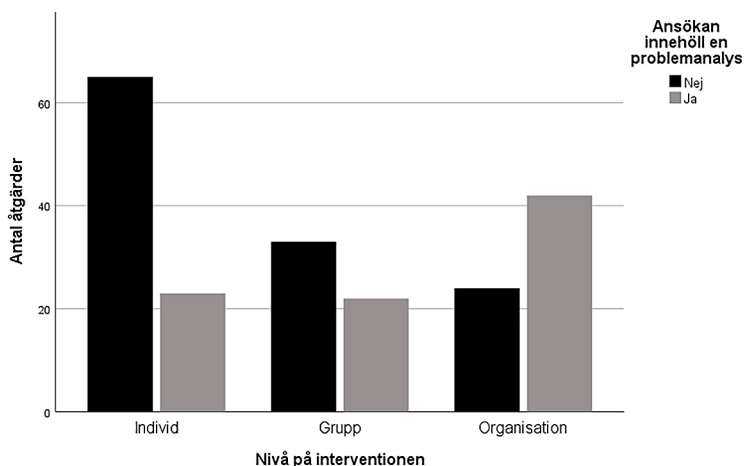
Den tredje och största kategorin av ansökningar omfattade åtgärder som författarna av ansökan betecknade som hälsofrämjande eller förebyggande men som inte var direkt relaterad till det organisatoriska problemet som beskrivs i ansökan. I denna kategori förekom det även ansökningar om aktiviteter på arbetsplatsen som i vanliga fall hade prioriterats bort av t.ex. budgetskäl så som heldagsexternat med övernattnings och/eller inbjudna föreläsare. Dessa åtgärder var ofta på individnivå och saknade ofta problemanalys. En mindre andel av ansökningarna i denna kategori avsågs utifrån att de inte uppfyllde de uppsatta kriterierna för arbetsmiljöinsatsningen. Exempel på ansökningar i denna tredje kategori var en vårdenhet där medarbetarna önskade fysisk aktivitet på arbetstid utifrån de generella positiva effekterna på psykisk ohälsa av fysisk aktivitet. Fö-

reslagna åtgärder var att införa praktisk träning, fysiska test och kompetensutveckling inom fysisk aktivitet för personalgruppen. En annan vårdverksamhet föreslog föreläsningar inom friskvård, inspiration och tips för att få mer ork vid skiftarbete. Detta för att ge medarbetare verktyg för att underlätta återhämtning i vardagen. Samtidigt beskrevs hög arbetsbelastning, en stressig arbets-situation och hög sjukfrånvaro som arbetsmiljöproblem.

Överrensstämmelse mellan beskrivet problem och föreslagna åtgärder

Hälften av ansökningarna och 47 % av alla åtgärderna baserades på en tydlig problemanalys och 42 % av ansökningarna innehöll en plan för uppföljning. Andelen åtgärder som baserades på en tydlig problemanalys minskade 2018 jämfört med 2017 (39 % jämfört med 61 %, $p < 0,001$).

Bland ansökningar som innehöll en tydlig problemanalys identifierades en högre andel organisatoriska åtgärder jämfört med ansökningar som inte innehöll en problemanalys (48 % jämfört med 36 %, $p < 0,001$, Figur 1). Dessa ansökningar innehöll även en högre andel rehabiliterande åtgärder (8 % jämfört med 1 %, $p < 0,05$) och en högre andel av dessa ansökningar innehöll en plan för uppföljning (55 % jämfört med 30 %, $p < 0,01$) jämfört med de ansökningar som inte innehöll en problemanalys. En tydlig problemanalys ledde även till att en större andel av åtgärderna beviljades jämfört med ansökningar som inte innehöll en problemanalys (81 % jämfört med 62 %, $p < 0,05$).



Figur 1: Antal åtgärder på individ- grupp- och organisatorisk nivå uppdelade på huruvida ansökan innehöll en tydlig problemanalys eller inte.

Diskussion

Nästan samtliga ansökningar identifierade problem som bedömdes vara på en organisatorisk nivå och för 70 % av åtgärderna bedömdes hela personalgruppen vara målgrupp för de föreslagna åtgärderna, vilket talar för att organisatoriska åtgärder krävs för att förbättra arbetsmiljön snarare än insatser som stärker enskilda individer på arbetsplatsen (Nielsen & Randall 2012; Nielsen et al 2010; Cox et al 2007; Kompier et al 2000).

Trots att nästan alla ansökningar identifierade problem på en organisatorisk nivå var det förebyggande individåtgärder som oftast föreslogs. Denna diskrepans mellan nivå på problem och föreslagna åtgärder är problematisk då tidigare studier har belyst vikten av att åtgärder inom interventioner är anpassade utifrån det problem som föreligger (Hammer et al 2019; Nielsen & Randall 2015; McFillen et al 2012; Lamontagne et al 2007; Kompier et al 2000). Det ska dock kommas ihåg att det ofta behöver ske åtgärder på flera nivåer för att komma till rätta med en hög sjukfrånvaro och/eller hög personalomsättning (Ljungblad 2015; Lamontagne et al 2007), samt att det även kan ha skett andra organisatoriska åtgärder inom enheternas systematiska arbetsmiljöarbete som det inte söktes pengar för i denna satsning och som således inte ingår i studien.

Ett annat sätt att utvärdera överrensstämelsen mellan beskrivet problem och föreslagna åtgärder är att titta på om åtgärderna baseras på en tydlig problemanalys (Hammer et al 2019; Nielsen & Randall 2015; McFillen et al 2012; Lamontagne et al 2007; Kompier et al 2000). Exempel där det finns en problemanalys respektive inte kan hämtas från ansökningar som baseras på problem med hög arbetsbelastning hos personalen. I en ansökan där det fanns en problemanalys planerades det en djupanalys av arbetsmiljön som ett första steg i att ta fram en långsiktig handlingsplan för att bryta trenden med höga sjuktal och ökande personalomsättning bland medarbetarna. Ett exempel på när det inte fanns en problemanalys är om det istället, utifrån samma problem, föreslås en inspirationsföreläsning för personalen om vikten av fysisk aktivitet på fritiden. Resultaten visade att endast 50 % av ansökningarna och 47 % av alla åtgärderna baserades på en sådan problemanalys.

Vid en ytterligare analys av vilka åtgärder som föreslagits bland ansökningar innehållandes en problemanalys, framgår det även här att en majoritet av åtgärderna har föreslagits på individ- och gruppnivå, snarare än på en organisatorisk nivå vilket innebär att det behöver även säkerställas att problemanalysen lyckas identifiera effektiva åtgärder (vilket inte värderades när ansökningarna klassificerades). Som tidigare nämnts kan dock ytterligare åtgärder som vi inte har kännedom om också ha genomförts, vilka inte har finansierats av denna arbetsmiljöinsatsning.

Resultatet av studien påverkas till stor del av den klassificering som gjorts utifrån innehållet i ansökningarna. För att minimera felklassificeringar lästes samtliga ansökningar av två personer och oberoende klassificeringar av nivå, perspektiv och förekomst av problemanalys utfördes utifrån i förväg definierade definitioner (Dahlgren & Whitehead 2007; Bauer et al 2006) och avvikande klassificeringar diskuterades gemensamt tills konsensus uppnåddes.

Förekomsten av en diskrepans mellan beskrivet problem och föreslagen åtgärd bidrar till att mindre effektiva åtgärder väljs och att interventionen inte leder till den effekt på sjukfrånvaro och/eller personalomsättning som eftersträfvats (Proper & van Oostrom 2019; Montano et al 2014; Corbiere et al 2009; Lamontagne et al 2007). Detta talar sammantaget för att första linjens chefer samt HR-resurser kopplade till dessa chefer behöver stöd i att designa effektiva åtgärder utifrån aktuellt problem. Det kan till exempel handla om tillgång till och nära samarbete med expertstöd från företagshälsovård eller HR-funktioner med särskilda kunskaper inom arbetsmiljöområdet. För det dagliga systematiska arbetsmiljöarbetet är det dessutom viktigt att chefer och HR-resurser inte bara har tillgång till effektiva och ändamålsenliga arbetssätt inom detta område utan även har tillräcklig tid, kunskap och erfarenhet för att kunna lyfta blicken från individ till organisation i arbetsmiljöarbetet. Tidigare forskning har visat att kunskapsbrist inom arbetslivet såväl som tidsbrist och stress påverkar förutsättningarna för att lyfta blicken från individ till organisation negativt (Eklöf 2017).

I denna arbetsmiljösatsning inom offentlig sektor har medel tillgängliggjorts för att stärka det systematiska arbetsmiljöarbetet, som chefer bedriver i samverkan med medarbetare, snarare än att introducera ett annat arbetssätt eller modell för att sänka sjukfrånvaron och förbättra arbetsmiljön inom verksamheten. Utifrån dessa resultat, som visar brister i överrensstämelsen mellan beskrivet problem och föreslagen åtgärd, kan det ifrågasättas om medel istället bör användas på annat sätt. Det har dock visats i tidigare forskning inom offentlig verksamhet att ett välfungerande systematiskt arbetsmiljöarbete påverkar sjukfrånvaromönstret på en arbetsplats (Dellve et al 2008). För att åstadkomma de för problemen anpassade åtgärderna är det viktigt att chefer, med kunskap om förhållandena inom arbetsmiljön, är delaktiga i arbetet med att designa interventionen.

Vid genomgång av föreslagna åtgärder kan möjliga orsaker till diskrepansen mellan beskrivet problem och åtgärd ses. En orsak kan vara att det systematiska arbetsmiljöarbetet inte är tillräckligt aktivt på arbetsplatsen, så att det därav är svårt för chefer och HR-resurser att överblicka situationen och bedöma vad som behöver göras när monetära medel blir tillgängliga. Tidsbrist kan också medverka till att problemanalysen prioriteras bort och att åtgärder som allmänt anses som främjande, eller åtgärder som påverkar symptomen av brister i arbetsmiljön men inte orsakerna till bristerna, föreslås såsom motiverande föreläs-

ningar om fysisk aktivitet eller hur individer kan hitta en balans mellan arbete och fritid, detta trots vetenskap om att ett organisatoriskt problem föreligger. En ytterligare orsak till denna diskrepans kan vara att medel som avsätts för att stärka det systematiska arbetsmiljöarbetet kan ha setts som en möjlighet att genomföra aktiviteter som exempelvis prioriteras bort av besparingskäl, så som medarbetardagar med övernattnings och/eller inbjudna föreläsare.

Denna arbetsmiljöinsats har fortsatt under 2019 samt 2020 och för att underlätta för chefer att vidta effektiva åtgärder har ansökningsprocessen förändrats så att stöd för att genomföra en problemanalys ges som en del av ansökningsprocessen.

Slutsatser

När chefer tillsammans med sin HR-funktion inom offentlig sektor designar åtgärder som syftar till att sänka sjukfrånvaron förekommer det en diskrepans mellan beskrivet problem och föreslagen åtgärd. Denna diskrepans bidrar till att mindre effektiva åtgärder väljs och att interventionen inte leder till den effekt på sjukfrånvaro och/eller arbetsmiljön som eftersträvs.

För att chefer tillsammans med HR ska kunna föreslå effektiva åtgärder i syfte att sänka sjukfrånvaron bland medarbetarna krävs, utöver finansiella resurser, även kunskap, tid samt stöd i att identifiera effektiva förebyggande och främjande åtgärder som motsvarar det unika problem som finns på respektive arbetsplats.

Referenser

- Ahlborg G., Hultberg A., Hadzibajramovic E., et al. (2016) KART-studien: *Arbetsmiljö, stress och hälsa bland anställda vid Västra Götalandsregionen. Sammanfattning av de viktigaste slutsatserna i KART-rapporterna 2004–2010, vetenskapliga publikationer samt vissa kompletterande analyser*, ISM-rapport 17, Göteborg; Institutet för stressmedicin.
- Arbetsmiljöverket (2015) *Organisatorisk och social arbetsmiljö*. Arbetsmiljöverkets författningssamling AFS2015:4. Stockholm; Arbetsmiljöverket.
- Bauer G., Davies JK. och Pelikan J. (2006) The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International*. 21(2):153-9
- Corbiere M., Shen J., Rouleau M., et al. (2009) A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations. *Work*. 33(1):81–116
- Cox T., Karanika M., Griffiths A., et al. (2007) Evaluating organizational-level work stress interventions: Beyond traditional methods. *Work and Stress*. 21(4):348-362
- Dahlgren G., Whitehead M. (2007) *Policies and strategies to promote social equality in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe*. Arbetsrapport/Institutet för framtidsstudier 2007:14. Stockholm; Institutet för framtidsstudier.
- Dellve L., Skagert K. och Eklöf M. (2008) The impact of systematic health & safety management for occupational disorders and work ability. *Social Science and Medicine*, 67(6):965–970

- Eklöf M. (2017) *Psykosocial Arbetsmiljö – Begrepp, bedömning och utveckling*. Lund; Studentlitteratur.
- Elo S. och Kyngäs H. (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced nursing*. 62(1):107–115
- Försäkringskassan (2018) *Sjukfrånvaro på svensk arbetsmarknad*. Socialförsäkringsrapport 2018:2. Stockholm; Försäkringskassan.
- Giga SI., Noblet AJ., Faragher B. et al. (2003) The UK Perspective: A review of Research on Organisational Stress Management Interventions. *Australian Psychologist*. 38(2):158-164
- Hammer LB., Truxillo DM., Bodner T., et al. (2019) Exploration of the impact of organisational context on a workplace safety and health intervention. *Work and Stress*. 33(2):192–210
- Kompier MAJ., Cooper CL. och Geurts SAE. (2000) A multiple case study approach to work stress prevention in Europe. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 9(3):371-400
- Lamontagne AD., Keegel T., Louie AM., et al. (2007) A Systematic Review of the Job-stress Intervention Evaluation Literature, 1990–2005. *International Journal of Occupational and Environmental Health*. 13(3):268-280
- Ljungblad C. (2015) *Workplace health promotion and employee health in municipal social care organizations*. Institutionen för klinisk neurovetenskap. Stockholm; Karolinska Institutet.
- McFillen JM., O’Neil DA., Balzer WK., et al. (2013) Organizational diagnosis: An evidence-based approach. *Journal of Change Management*. 13(2):223–246
- Montano D., Hoven H., Siegrist J. (2014) A meta-analysis of health effects of randomized controlled work-site interventions: does social stratification matter? *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 40(3):230–4
- Nielsen K. and Randall R. (2015) Assessing and addressing the fit of planned interventions to the organizational context. I: Karanika-Murray M. och Biron C. (eds) *Derailed Organizational Interventions for Stress and Well-Being*. Dordrecht: Springer.
- Nielsen K. och Randall R. (2013) Opening the black box: Presenting a model for evaluating organizational-level interventions. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 22(5):601-617
- Nielsen K., Randall R., Holten A-L., et al. (2010) Conducting organizational-level occupational health interventions: What works? *Work and Stress*. 24(3):234-259
- Proper KI. och van Oostrom SH. (2019) The effectiveness of workplace health promotion interventions on physical and mental health outcomes – a systematic review of reviews. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 45(6):546–559
- SKL (Sveriges kommuner och landsting) (2017a) *Sjukfrånvaro i kommuner och landsting – vad är problemet*. Rapport Sveriges kommuner och landsting. Stockholm; Sveriges kommuner och regioner (SKR).
- SKL (Sveriges kommuner och landsting) (2017b) *Forskningsöversikt: Arbete och sjukfrånvaro – Varningssignaler och effektiva insatser för att göra jobbet*. Sveriges kommuner och landsting ihop med RISE och Uppdrag psykisk hälsa. Stockholm; Sveriges kommuner och regioner (SKR).
- Vingård E., Ekselius L., Järholm B., et al. (2015) *En kunskapsöversikt. Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro*. Stockholm; Forte.