

Sjukfrånvaro i sjukvården

Trendanalyser över en fyraårsperiod med hjälp av klusteranalys

Göran Jutengren

Göran Jutengren, docent i psykologi vid sektionen för arbetsliv och välfärd,
Högskolan i Borås. E-post: goran.jutengren@hb.se

För att följa sjukfrånvarons utveckling över fyra år bland landstingsanställda sjuksköterskor och undersköterskor klusteranalyserades 38 vårdenheter på ett mellanstort och två mindre sjukhus i Västra Götaland. Incidenserna över tid granskades för låg (0-7 dagar/år), omfattande (8-27 dagar/år), och hög sjukfrånvaro (≥ 28 dagar/år) för både kombinerade och separata yrkesgrupper. I samtliga fall delades vårdenheter in i två kluster där incidenserna för sjukfrånvaro följde separata utvecklingsbanor för respektive kluster. Som en generell slutsats konstateras att skillnaderna mellan klustrens utvecklingsbanor var större för undersköterskor än för sjuksköterskor. Diskussionen avslutas med ett förslag om att undersköterskors arbetssituation borde uppmärksammas i högre grad.

In order to follow the development of sickness absence over a four-year period among registered and assistant nurses, 38 care units at a medium-sized and two smaller hospitals in Västra Götaland were cluster analyzed. The incidences over time were examined in terms of low (0-7 days/year), extensive (8-27 days/year), and high sickness absence (≥ 28 days/year) for both combined and separate professional groups. For all cases, the care units were divided into two clusters for which the incidences of sickness absence followed separate trajectories for each cluster. As a general conclusion, differences between trajectories of clusters were larger for assistant nurses than for registered nurses. The discussion closes with a suggestion that the work situation of assistant nurses deserves more attention.

Inledning

I den här undersökningen följs sjukfrånvarostatistikens utveckling över tid på ett antal sjukvårdsenheter i Västra Götalandsregionen. Till skillnad från den överväldigande majoriteten av studier som granskat utvecklingen av sjukfrånvaro följs intakta subgrupper av sjukvårdsenheter över en fyraårsperiod med hjälp av klusteranalys. Det innebär att de olika sjukvårdsenheternas förutsättningar och omständigheter betraktas som en helhet, snarare än att enskilda variabler

fokuseras. Det underförstådda antagandet för denna granskning är att en del av sjukfrånvaron är arbetsmiljörelaterad (Andersen & Westgaard, 2013; Rugulies, Christensen, Borritz, Villadsen, Bültmann, & Kristensen, 2007; Vingård, 2015) och att detta i synnerhet gäller sjukfrånvaro på grund av mental ohälsa (Bourbonnais, Brisson, Vézina, Masse, & Blanchette, 2005).

Bland diagnoserna bakom sjukskrivningar påbörjade under en 12-månadsperiod fram till februari 2018 var 27 % relaterade till psykisk ohälsa och därmed den största orsaken till att yrkesaktiva personer i Sverige blev sjukskrivna (Försäkringskassan, 2018). En närmare granskning av ohälsostatistiken visar att förstämningssyndrom och ångest- och stressrelaterade syndrom tillsammans dominerar den psykiska ohälsan i sjukförsäkringsstatistiken (Inspektionen för socialförsäkringen, 2014). Sjukfrånvaron är som regel högst bland landstings- och kommunanställda, med personal inom vård, omsorg, och socialtjänst, i synnerhet undersköterskor, som särskilt utsatta (Lutz, Sundqvist & Umegård, 2017). Bland landstingen hör Västernorrland, Västerbotten, Sörmland, Västmanland, och Västra Götaland till de arbetsgivare som har högst sjukfrånvaro (Lutz m.fl., 2017).

I fokus för den här undersökningen är sjukvårdsenheter snarare än individer. Skillnaden är att granskningen av sjukvårdsenheter inte beaktar individuella skillnader i hur arbetsmiljön upplevs. Det finns många anledningar till att en gemensam kontext uppfattas på olika sätt av olika personer. Det kan handla om att de på grund av gruppdynamik och skillnader i social status på arbetsplatsen verkligen har olika situationer, trots att de arbetar på samma vårdenhet (Christie & Barling, 2009; Rai & Agarwal, 2018). Det kan också handla om att de uppfattar och tolkar exakt samma situation på olika sätt som ett resultat av t.ex. personlighet eller tidigare erfarenheter (Ekbladh, 2010; Labriola, Holte, Christensen, Feveile, Alexanderson, & Lund, 2011). Att det är sjukvårdsenheterna som beaktas i analyserna innebär att det är den kollektivt betraktade arbetsmiljön som vi kan dra slutsatser om.

Att följa utvecklingen av sjukfrånvaron för hela kluster över tid ger en bredare bild av situationen på sjukvårdsenheterna än vid en tvärsnittsgranskning. Man kan t.ex. se ifall en viss nivå av sjukfrånvaro är övergående eller varaktig. Man kan eventuellt också dra vissa slutsatser angående nedåt- eller uppåtgående trender. Målsättningen i föreliggande studie är att särskilja trender bland sjukvårdsenheter med bättre respektive sämre förutsättningar ur ett arbetsmiljöperspektiv. Beroende på trendernas olika form och läge kan de bl.a. ligga till grund för analyser av predicerande faktorer. Arbetsmiljöfaktorer som kan öka risken för sjukfrånvaro för den anställde är bl.a. ett fysiskt och mentalt krävande arbete, en otrygg anställning, små utvecklingsmöjligheter, konstant låg uppskattning för en bra arbetsinsats, höga krav och låg kontroll, psykosocial utsatthet på arbets-

platsen, och bristande stöd (Vingård, 2015). Förutsättningarna för återgång till arbetet har inte fått samma uppmärksamhet i forskning och utvärdering som orsakerna bakom sjukfrånvaro.

Att mäta sjukfrånvaro på ett tillförlitligt sätt som också möjliggör valida gruppjämförelser är inte helt okomplicerat. En svensk översiktsstudie visar att ett stort antal mått för sjukfrånvaro har använts och att samma utfallsmått har använts endast i ett fåtal studier (Elrud, Ljungquist, & Alexanderson, 2015). En av svårigheterna med att operationalisera sjukfrånvaro på ett tillförlitligt sätt är att sambandet mellan sjukfrånvaro och ohälsa inte är helt linjärt. Det vill säga att en 100-procentig närvaro på arbetsplatsen kan innebära att medarbetaren ibland är på jobbet trots sjukdom, så kallad sjuknärvaro. Deltve med kollegor (Deltve, Eriksson, & Vilhelmsson, 2007; Deltve, Hadzibajramovic, & Ahlberg Jr., 2011) har analyserat hur långtidsfriskhet eller ”balanserad arbetsnärvaro” kan operationaliseras på individ- och arbetsplatsnivå. De fann att sjukfrånvaro från två till sju dagar hade starkast samband med positiva arbetsplatsförhållanden, arbetsengagemang och arbetstillfredsställelse och att en balanserad arbetsnärvaro var kopplat till en långsiktigt hållbar hälsa.

Syftet med den här undersökningen är att granska de longitudinella sjukfrånvarotrenderna bland vårdpersonal på vårdenheter i landstinget. Sjuksköterskor och undersköterskor hör till de stora yrkesgrupperna inom landstingens sjukvårdsorganisationer. Forskning och löpande statistik visar tydligt att det finns ett samband mellan social ställning och sjukfrånvaro; ju ogynnsammare socioekonomisk status desto högre frekventare sjukskrivningar (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2003). På grund av skillnader i både utbildningslängd och yrkesstatus, till sjuksköterskeprofessionens fördel, kan man förvänta sig att sjukfrånvarotrenderna dessa yrkesgrupper emellan skiljer sig åt.

Metod

Undersökningsgrupp

Samtliga sjuksköterskor och undersköterskor anställda på 38 vårdenheter (fördelade på 13 kliniker) på ett mellanstort och två mindre sjukhus i Västra Götalandsregionen ingick i analyserna för den här undersökningen. Vårdenheternas verksamheter innefattade medicin (8 st.), akutvård (7 st.), anestesi (5 st.), infektion (4 st.), barn- & ungdomsmedicin (3 st.), vuxenpsykiatri (3 st.), barn- & ungdomspsykiatri (2 st.), kirurgi (2 st.), ortopedi (2 st.), förlossning (1 st.), samt neurologi & rehabilitering (1 st.). Efter godkännande från berörda enhets- och klinikchefer och från ledningen på VG-regionens avdelning för data och analys gjordes registerutdrag från VG-regionens vårddatabas vid enheten för regional vårdanalys. Data som hanterats i denna rapport avser oidentifierad sjuk-

frånvarostatistik på enhetsnivå för åren 2013-2016. Etikansökan för projektets genomförande är beviljad av den regionala etikprövningsnämnden i Göteborg (Dnr 1075-16).

Den aktuella undersökningen är en uppföljning av ett större projekt där enkätdata från enhets- och klinikchefer samlades in vid tre tillfällen (dvs. åren 2012, 2013, och 2014) gällande arbetsmiljö, organisatoriska förutsättningar, ledarstrategier, engagemang, och mental utmattning. Etikansökan för det ursprungliga projektets genomförande är beviljad av den regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (Dnr 2012/94-31/5).

Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaro uttrycks i den här undersökningen i termer av årlig incidens per enhet. Måttet avser antal fall av sjukfrånvaro per år vid enheten per det totala antalet helårsanställningar vid enheten under det aktuella kalenderåret. Sjukfrånvaron har delats upp i tre olika intervall med utgångspunkt i antalet sjukfrånvarodagar under ett helt kalenderår. Sjukfrånvarodagarna behöver med andra ord inte utgöra en sammanhållen period, utan kan vara utspridda över hela året. Sjukfrånvarons omfattning har delats upp i följande tre intervall:

Låg sjukfrånvaro, 0-7 dagar per år. Sjukfrånvaro av den här omfattningen kan även benämnas balanserad arbetsnärvaro. Anledningen är att ett visst mått av sjukdagar är nära nog oundvikligt under ett helt år och att närvaro på arbetsplatsen vid sjukdom bör undvikas. Höga nivåer av detta sjukfrånvarointervall är ofta att föredra.

Omfattande sjukfrånvaro, 8-27 dagar per år. Det här sjukfrånvarointervallet avspeglar en förhöjd sjukfrånvarofrekvens. Vid sjukfrånvaro av den här omfattningen finns det anledning att söka efter bakomliggande orsaker och att arbeta förebyggande. Ju lägre nivåer av detta sjukfrånvarointervall desto bättre.

Hög sjukfrånvaro, 28 och fler dagar per år. Sjukfrånvaro i det här intervallet är typisk för allvarligare sjukdomstillstånd och långtidssjukskrivningar. För en tillbakagång till arbetet krävs i många fall en aktiv rehabiliteringsplan. Ju lägre nivåer av detta sjukfrånvarointervall desto bättre.

Analys

I den här undersökningen användes en kvantitativ longitudinell design med registerdata för sjukfrånvaro på enhetsnivå. För att dela in enheter och kliniker i grupper med avseende på personalens sjukfrånvaro över tid så att gruppernas respektive utvecklingslinjer framgår, har de procedurer som tillhandahålls i SPSS version 25.0 använts för att genomföra en serie så kallade hierarkiska klusteranalyser (Everitt, Landau, Leese, & Stahl, 2011) med Wards metod (Hair,

Black, Babin, & Anderson, 2010, kap. 9). I dessa delar enheterna in i kluster (dvs. grupperingar) med avseende på de variabler man väljer att utgå ifrån. Med utgångspunkt från de valda variablerna kommer enheterna inom varje enskilt kluster att skilja sig åt så lite som möjligt, samtidigt som de kommer att skilja sig så mycket som möjligt mellan klustren. I den aktuella undersökningen baserades klusteranalyserna på sjukfrånvarostatistik för åren 2013, 2014, 2015, och 2016, vilket innebar att varje enskilt kluster kom att bestå av samma vårdenheter över de fyra åren. Genom att göra klusteranalyser med ett bestämt sjukfrånvarointervall i taget (dvs. låg, omfattande, respektive hög sjukfrånvaro) över de fyra åren, representerar varje kluster en bestämd utvecklingsbana för incidenskategori i fråga.

Planen för analyserna är att granska ett sjukfrånvarointervall i taget; inledningsvis med data för kombinerade yrkesgrupper (sjuksköterskor och undersköterskor), och därefter för en yrkesgrupp i taget. Antalet kluster som analyserna skulle resultera i avgjordes dels genom att granska dendrogrammen visuellt och dels genom att studera hur mycket agglomerationskoefficienten ökade för varje kluster som adderades (Yim & Ramdeen, 2015). För att undvika kluster som bestod av färre än fyra vårdenheter togs, om nödvändigt, udda enheter bort ifall de på egen hand utgjorde ett kluster vid de inledande klusteranalyserna.

Resultat

Vid en inledande granskning av klusterindelningarna konstaterades att sjukfrånvaron inte var systematiskt fördelad mellan de olika klustren. För data med sammanslagna yrkesgrupper t.ex., så skiljde sig kombinationerna av klustertillhörighet över de tre incidenskategorierna inte signifikant åt från en slumpmässig fördelning mellan de olika vårdenheterna, $X^2(3, N = 33) = 6,88, p = 0,08$. Däremot fanns en överensstämmelse mellan yrkesgrupperna sett över de olika vårdenheterna. Sjuksköterskor och undersköterskor hade samma kombination av klustertillhörighet över de tre incidenskategorierna i 11 fall av 26, vilket kan jämföras med det förväntade utfallet 6,5 (dvs. 25 % av 26), $X^2(1, N = 26) = 4,15, p = 0,04$. Resultaten av den här granskningen kan tolkas som att det är arbetsmiljön på enheterna snarare än vilken typ av verksamhet som bedrivs på enheterna som har betydelse för utvecklingen av sjukfrånvaroincidensen.

För att ge en generell bild av sjukfrånvaron för sjuksköterskor respektive undersköterskor i VG-regionen som helhet redovisas sjukfrånvarofrekvensen från år 2013 till 2016 för dessa yrkesgrupper i tabell 1. Där framgår att sjukfrånvaron tenderar att vara högre bland undersköterskor än bland sjuksköterskor. En annan iakttagelse man kan göra i tabell 1 är att sjukfrånvaron i VG-regionen tycktes öka något för båda yrkesgrupperna under motsvarande år som granskas i föreliggande undersökning.

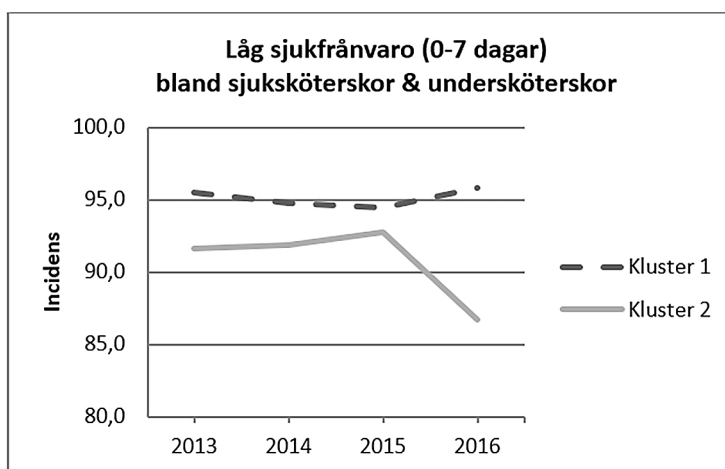
Tabell 1. Sjukfrånvaro i procent (andel sjukfrånvarotimmar av ordinarie arbetstid) bland tillsvidareanställd personal i Västra Götalandsregionens egna förvaltningar

	2013	2014	2015	2016
Sjuksköterskor	5,4	6,3	6,5	6,9
Undersköterskor	8,0	8,7	9,4	9,6

Kommentar: Uppgifterna är hämtade 2019-10-04 från VG-regionens statistikdatabas på följande webbadress: <http://pxwebb2017.vgregion.se/PXWeb/pxweb/sv/?rxid=41618624-9d6b-4d14-8dcd-b9f3e48cb1ab>

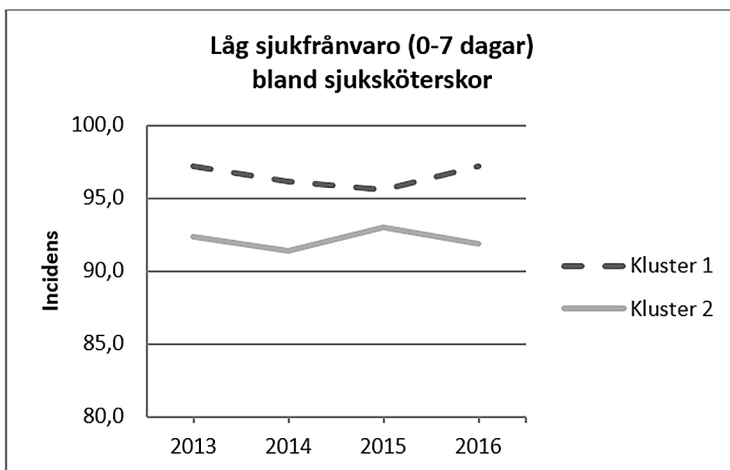
Låg sjukfrånvaro

För kombinationen av båda yrkesgrupperna i sjukfrånvarointervallet med låg sjukfrånvaro framgår sjukfrånvaroincidensens utveckling över tid av figur 1. Antal vårdenheter i respektive kluster var $n_1 = 34$ och $n_2 = 4$. De två utvecklingsbanorna följer inledningsvis samma trend som dessutom ligger på en relativt stabil nivå. Under det sista året avviker de 4 vårdenheter som utgör kluster #2 genom att incidensen av balanserad närvaro sjunker markant. Det verkar sannolikt att en sådan förändring kan kopplas till en bestämd orsak, eller flera.



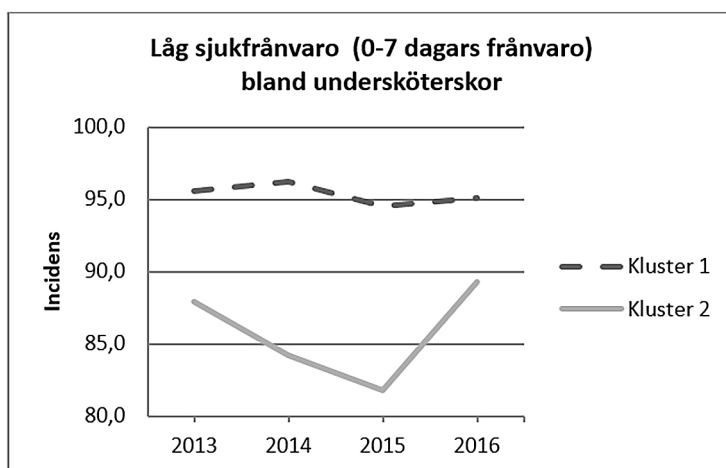
Figur 1. Utvecklingslinjer för olika kluster av sjukhusenheter.

För sjuksköterskor i sjukfrånvarointervallet med balanserad sjukfrånvaro framgår sjukfrånvaroincidensens utveckling över tid av figur 2. Antal vårdenheter i respektive kluster var $n_1 = 26$ och $n_2 = 11$. Utvecklingsbanorna för de två klustren följer liknande och stabila trender över hela perioden. Dock är trenden för de 11 vårdenheter i kluster #2 stadigt ofördelaktigare.



Figur 2. Utvecklingslinjer för olika kluster av sjukhusenheter.

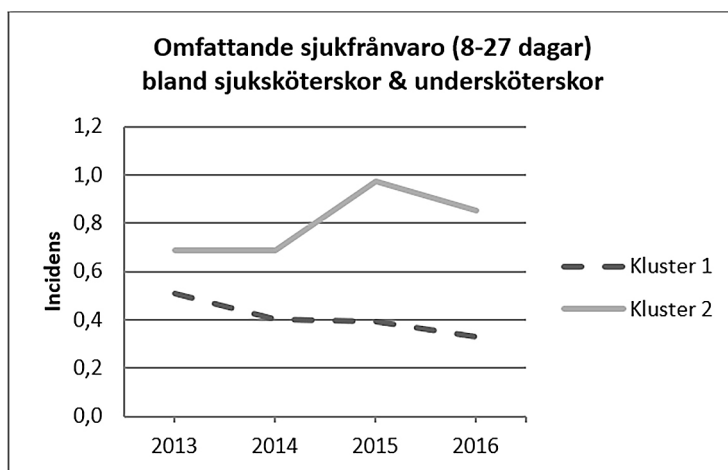
För undersköterskor i sjukfrånvarointervallet med balanserad sjuknärvaro framgår sjukfrånvaroincidensens utveckling över tid av figur 3. Antal vårdenheter i respektive kluster var $n_1 = 27$ och $n_2 = 4$. Här framgår det tydligt en skillnad mellan vårdenheterna i de två klustren, där kluster #1 följer en stabil och väsentligt högre incidens av balanserad närvaro. Vårdenheterna i kluster #2 däremot följer en vikande trend, som under det sista året vänder för att uppvisa en påtaglig förbättring.



Figur 3. Utvecklingslinjer för olika kluster av sjukhusenheter.

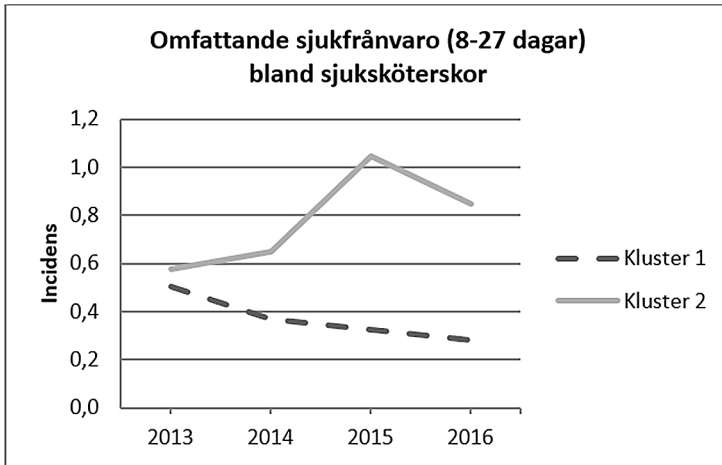
Omfattande sjukfrånvaro

För kombinationen av båda yrkesgrupperna i sjukfrånvarointervallet med omfattande sjukfrånvaro framgår sjukfrånvaroincidensens utveckling över tid av figur 4. Antal vårdenheter i respektive kluster var $n_1 = 19$ och $n_2 = 16$. Vårdenheterna i kluster #2 har redan inledningsvis högre incidens av omfattande sjukfrånvaro än övriga vårdenheter (dvs. kluster #1). Från denna nivå ökar sedan andelen personal med omfattande sjukfrånvaro ytterligare i kluster #2, för att därefter i någon mån minska igen. Trenden för kluster #1 är svagt avtagande under perioden som helhet.



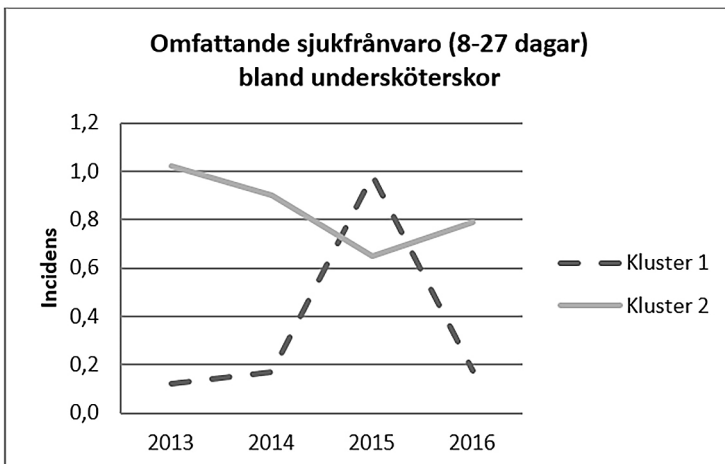
Figur 4. Utvecklingslinjer för olika kluster av sjukhusenheter.

För sjuksköterskor i sjukfrånvarointervallet med omfattande sjukfrånvaro framgår sjukfrånvaroincidensens utveckling över tid av figur 5. Antal vårdenheter i respektive kluster var $n_1 = 21$ och $n_2 = 13$. Trenderna bland sjuksköterskorna är påfallande lika trenderna för kombinationen av båda yrkesgrupperna. Andelen personal med omfattande sjukfrånvaro ökar markant i det ena klustret för att sedan avta något, medan andelen i det andra klustret minskar svagt över perioden som helhet.



Figur 5. Utvecklingslinjer för olika kluster av sjukhusenheter.

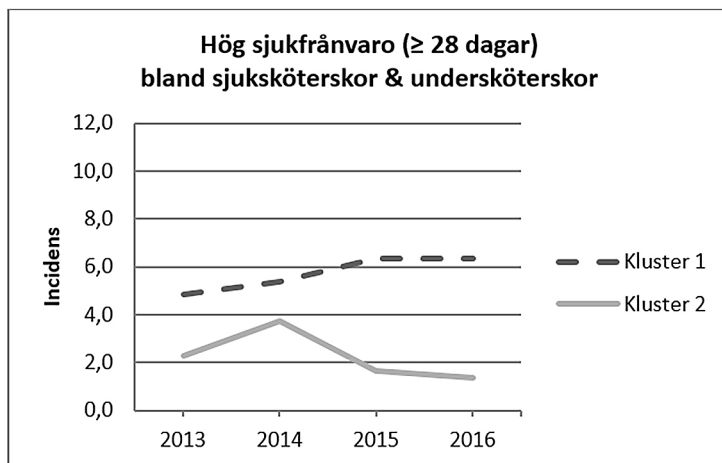
För undersköterskor i sjukfrånvarointervallet med omfattande sjuknärvaro framgår sjukfrånvaroincidensens utveckling över tid av figur 6. Antalet vårdenheter i respektive kluster var $n_1 = 12$ och $n_2 = 19$. Kluster #2 uppvisar en avtagande trend från en relativt hög nivå. Andelen undersköterskor med omfattande sjukfrånvaro i kluster #1 är inledningsvis mycket låg och ökar sedan kortvarigt, men kraftigt nog för att tillfälligt överstiga det andra klustrets nivå.



Figur 6. Utvecklingslinjer för olika kluster av sjukhusenheter.

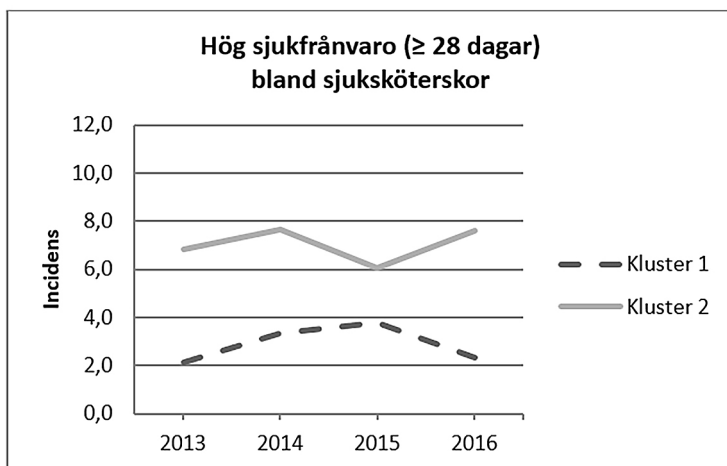
Hög sjukfrånvaro

För kombinationen av båda yrkesgrupperna i sjukfrånvarointervallet med hög sjukfrånvaro framgår sjukfrånvaroincidensens utveckling över tid av figur 7. Antalet vårdenheter i respektive kluster var $n_1 = 27$ och $n_2 = 11$. Trenden för kluster #1 är svagt ökande från en inledningsvis högre incidensnivå än trenden för det andra klustret. Detta gör att skillnaden mellan de två klustrens trender är märkbart större i slutet än i början av den studerade perioden.



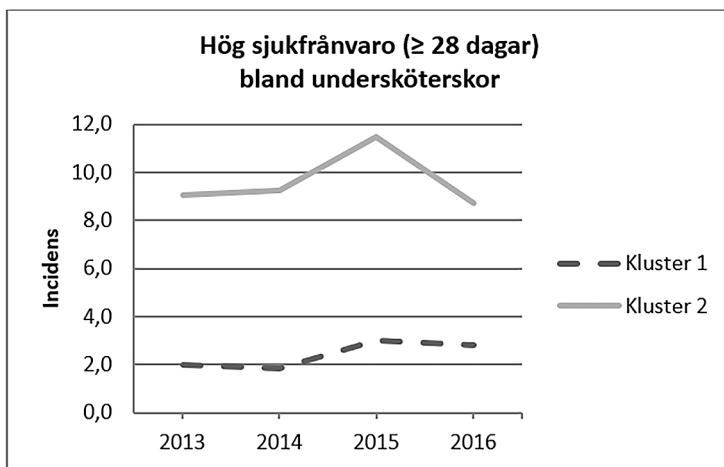
Figur 7. Utvecklingslinjer för olika kluster av sjukhusenheter.

För sjuksköterskor i sjukfrånvarointervallet med hög sjukfrånvaro framgår sjukfrånvaroincidensens utveckling över tid av figur 8. Antal vårdenheter i respektive kluster var $n_1 = 26$ och $n_2 = 11$. Incidensen för vårdenheterna i båda klustren är någorlunda stabila och varierar inte mer än 2 procentenheter över tid. Däremot skiljer sig nivåerna åt.



Figur 8. Utvecklingslinjer för olika kluster av sjukhusenheter.

För undersköterskor i sjukfrånvarointervallet med balanserad sjuknärvaro sjukfrånvaroincidensens utveckling över tid av figur 9. Antal vårdenheter i respektive kluster var $n_1 = 19$ och $n_2 = 12$. Incidensen för vårdenheterna i båda klustren är någorlunda stabila. Men nivåerna skiljer sig kraftigt åt.



Figur 9. Utvecklingslinjer för olika kluster av sjukhusenheter.

Diskussion

Syftet med undersökningen har varit att granska de longitudinella sjukfrånvarotrenderna bland personal på vårdenheter i landstinget. Inte i något fall resulterade klusteranalyserna i att enheterna delades upp i fler än två kluster, vilka representerades av sina respektive trender över den studerade perioden. Resultaten visar att skillnaderna mellan trenderna på det stora hela var större för undersköterskor än för sjuksköterskor. Det gällde i synnerhet trendernas skillnad i termer av incidens. Däremot fanns inget konsistent mönster för hur de olika klustrens trender utvecklade sig över tid.

Vårt att uppmärksamma bland resultaten för låg sjukfrånvaro är att fördelningarna av antalet vårdenheter mellan klustren är mycket ojämn oavsett om det gäller enbart undersköterskor, enbart sjuksköterskor, eller kombinationen av de båda, och att det i samtliga fall är det mindre klustret som har lägre incidens. Man kan därför spekulera om att det på fåtalet vårdenheter kan ha funnits en kultur av att undvika sjukfrånvaro trots sjukdom. Om man tänker sig att personalen på dessa vårdenheter saknat möjlighet till återhämtning är det ingen orimlig tanke att lägre incidens av låg sjukfrånvaro därför motsvaras av högre incidens av omfattande och hög sjukfrånvaro.

Det mest anmärkningsvärda bland resultaten för omfattande sjukfrånvaro gäller undersköterskorna. Där bryts en generellt stor skillnad mellan klustrens trender av tillfälligt då den fördelaktigaste utvecklingsbanan under ett av åren försämras drastiskt, för att sedan återgå till samma låga nivå som tidigare. Det kluster av vårdenheter som gör denna tillfälliga avvikelse är inte påfallande litet utan består av tolv vårdenheter och bör inte vara anmärkningsvärt utsatt för nyckfullheter relaterade till personalomsättning etcetera. Att resonera om orsaken till den tillfälliga försämringen utan tillgång till mer information är vanskligt. Men någon form av koppling till omständigheter i arbetsmiljön kan inte uteslutas.

När det gäller granskningen av hög sjukfrånvaro är resultaten relativt enkla och okomplicerade. Trenderna är stabila över tid och skiljer sig åt endast i termer av utvecklingsbanornas avstånd, med undersköterskor som den mest heterogena yrkesgruppen.

Analyserna i den här undersökningen har vårdenheter snarare än individer som utgångspunkt. Närmare bestämt så är det sjukfrånvaron för distinkta kluster (dvs subgrupper) av vårdenheter som följs över den studerade perioden. Det innebär att ingen hänsyn tas till individuella skillnader i hur situationen uppfattas och att resultaten kan tolkas som ett utfall av arbetsmiljön på vårdenheterna. Men det innebär också att personalomsättningen under den aktuella perioden får stort utslag på sjukfrånvaron på de granskade vårdenheterna. Man kan t.ex.

tänka sig att personal som är sjukskriven på grund av en ofördelaktig arbetsmiljö byter anställning inom eller utom organisationen, vilket i så fall får till följd att sjukfrånvarostatistiken för den aktuella vårdenheten i fråga förbättras. En annan omständighet som är viktig att beakta när resultaten tolkas är att klustren vid de olika analyserna utgörs av helt olika vårdenheter. Det vill säga, eftersom indelningarna av vårdenheter i separata kluster baserar sig på sjukfrånvarons omfattning över den period som studeras så skiljer de sig åt för var och en av de olika analyserna. Direkta jämförelser mellan de olika diagrammen är därför inte meningsfulla.

En generell slutsats av den här undersökningen är att skillnaderna mellan kluster av vårdenheter som regel var större bland undersköterskor än bland sjuksköterskor, i synnerhet när det gäller utvecklingsbanornas läge (dvs. skillnad i termer av incidens). Utifrån antagandet att sjukfrånvaroincidensen till stor del är relaterad till arbetsmiljön (Andersen & Westgaard, 2013; Rugulies m.fl., 2007; Vingård, 2015) så innebär detta i sin tur även att skillnader i arbetssituationen och hur denna uppfattas, skiljer sig mer bland undersköterskor än bland sjuksköterskor. Man kan spekulera i orsakerna bakom undersköterskornas större heterogenitet. En möjlighet är att sjuksköterskornas yrkesroll kanske är mer etablerad och att förväntningarna, kraven, och den individuella kontrollen över arbetssituationen (Karasek & Theorell, 1990) därför varierar i mindre grad bland sjuksköterskor än bland undersköterskor. Beträffande målsättningen att förebygga sjukfrånvaro bland vårdpersonal kan man i så fall hävda att undersköterskornas arbetssituation ännu inte fått den uppmärksamhet den förtjänar.

Referenser

- Andersen, G. R., & Westgaard, R. H. (2013). Understanding significant processes during work environment interventions to alleviate time pressure and associated sick leave of home care workers—a case study. *BMC Health Services Research*, 13(1), 477.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vézina, M., Masse, B., & Blanchette, C. (2005). Psychosocial work environment and certified sick leave among nurses during organizational changes and downsizing. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 60(3), 483-509.
- Christie, A. M., & Barling, J. (2009). Disentangling the indirect links between socioeconomic status and health: The dynamic roles of work stressors and personal control. *Journal of Applied Psychology*, 94(6), 1466.
- Dellve, L., Eriksson, J., & Vilhelmsson, R. (2007). Assessment of long-term work attendance within human service organisations. *Work*, 29(2), 71-80.
- Dellve, L., Hadzibajramovic, E., & Ahlberg Jr, G. (2011). Work attendance among healthcare workers: prevalence, incentives, and long-term consequences for health and performance. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1918-1929.
- Ekbladh, E. (2010). Perceptions of the work environment among people with experience of long-term sick leave. *Work*, 35(2), 125-136.

- Elrud, R., Ljungquist, T., & Alexanderson, K. (2015). Litteraturoversikt, grå litteratur. *Bilaga till förstudierapport SR.S. Stockholm: Försäkringskassan, Sveriges Kommuner och Landsting, Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet.*
- Everitt, B. S., Landau, S., Leese, M., & Stahl, D. (2011). *Cluster analysis* (5th ed.). London: Wiley.
- Försäkringskassan. (2018). Uppföljning av sjukfrånvaros utveckling 2018. Rapport: Svar på regeringsuppdrag 2018-06-08. Nedladdad från <https://www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/ohalsomatt>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspective*. Upper Saddle River: Pearson Education.
- Inspektionen för socialförsäkringen. (2014). *Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser* (Rapport nr 2014: 22). Stockholm: Författaren.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Labriola, M., Holte, K. A., Christensen, K. B., Feveile, H., Alexanderson, K., & Lund, T. (2011). The attribution of work environment in explaining gender differences in long-term sickness absence: results from the prospective DREAM study. *Occupational and Environmental Medicine*, 68(9), 703-705.
- Lutz, Ö., Sundqvist, G., & Umegård, B. (2017). *Sjukfrånvaro i kommuner och landsting: Vad är problemet?* Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Nedladdad från <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/>
- Rai, A., & Agarwal, U. A. (2018). A review of literature on mediators and moderators of workplace bullying: Agenda for future research. *Management Research Review*, 41(7), 822-859.
- Rugulies, R., Christensen, K. B., Borritz, M., Villadsen, E., Bültmann, U., & Kristensen, T. S. (2007). The contribution of the psychosocial work environment to sickness absence in human service workers: Results of a 3-year follow-up study. *Work & Stress*, 21(4), 293-311.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2003). *Sjukskrivning-orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt* (Rapport nr 167). Stockholm: Författaren.
- Vingård E. (2015). Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. En kunskapsöversikt. Forte 2015.
- Yim, O., & Ramdeen, K. T. (2015). Hierarchical cluster analysis: comparison of three linkage measures and application to psychological data. *The quantitative methods for psychology*, 11(1), 8-21.