

Effekter av ledarprogram för hållbart och hälsofrämjande ledarskap på sjukfrånvaro, sjuknärvaro och utmattning

Andrea Eriksson, Lotta Dellve

Andrea Eriksson, docent, CBH Skolan för Kemi, Bioteknik och Hälsa, KTH Kungliga Tekniska högskolan, Stockholm. E-post: andrea4@kth.se
Lotta Dellve, professor, Institutionen för sociologi och arbetsvetenskap, Göteborgs Universitet, Göteborg. E-post: lotta.dellve@gu.se

Hälso- och sjukvården är den bransch i Sverige med högst sjukfrånvaro. Ledarskap kan ses som en nyckelfaktor i ett proaktivt arbete för att främja friskare medarbetare. Syftet med studien var att analysera hur förändrade ledarstrategier till följd av ledarprogrammet på olika sätt bidrog till sjukfrånvaro, sjuknärvaro och utmattning. Studien bygger på uppföljande analyser av ett ledarprogram för hållbart och hälsofrämjande ledarskap som genomfördes vid 17 vårdarbetsplatser. Här redovisas resultat från analys av medarbetares skattade frånvaro och utmattning genom deras svar på enkäter. Resultaten visade att förändringar i specifika ledarstrategier hade samband med förändrade nivåer av sjukfrånvaro, sjuknärvaro och utmattning. Sambanden var dock svaga med begränsade effekter på skattade sjukfrånvaromönster och utmattning. Av betydelse hade mer aktivt chefsarbete med förbättringar genom ledarprogrammet.

Healthcare is the industry in Sweden with the highest number of sick leave. Leadership can be seen as a key factor in efforts for promoting healthier employees. The purpose of the study of this was to analyze how changing leadership strategies resulting from a leadership program in various ways contributed to sickness absence, sickness presenteeism and exhaustion. The study is based on follow-up analyzes of yearly surveys to employees during and after a leadership program with focus to develop sustainable and health-promoting leadership. The study was conducted at 17 health care workplaces. The results pointed at that changes in specific leadership strategies were statistically significantly associated with changes in levels of sickness absence, sickness presenteeism and exhaustion. However, the statistical associations were weak and the overall results showed limited effects on patterns of sickness absence or presenteesm and exhaustion. Nevertheless, managers working actively with improvements had some importance for lower sickness presenteeism among employees.

Introduktion

Sjukskrivning sker när en persons arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom. Hälso- och sjukvården är den bransch i Sverige med högst sjukfrånvaro (Försäkringskassan, 2018). Psykiska och muskuloskeletala diagnoser är de vanligaste orsakerna till sjukfrånvaro bland vårdpersonal och psykisk diagnos är vanligast för vårdpersonal med långtidssjukskrivning (AFA Försäkring, 2019). När det gäller psykiska diagnoser som t ex utmattningsdepression så är reaktion på svår stress generellt sett en av de vanligaste psykiska diagnoser som föranleder sjukfrånvaro (Försäkringskassan, 2016). Det kan i det här sammanhanget ses som viktigt att förebygga psykisk ohälsa innan den uppstår och det finns tydligt samband mellan försämrad psykosocial arbetsmiljö och stressrelaterad sjukfrånvaro inklusive utmattning (Bria et al. 2012; Försäkringskassan, 2017; Vingård, 2015; SBU, 2015). Viktiga arbetsfaktorer som främjar anställdas psykiska hälsa inkluderar ett rättvist, stödjande och inkluderande ledarskap, kontroll i arbetet, balans mellan arbete och fritid, balans mellan arbetsinsats och belöning, tydliga mål och anställningstrygghet (Vingård, 2015). Omfattande forskning pekar, å andra sidan, på att höga krav i arbetet (t ex hög arbetsbelastning) kombinerat med begränsade kontrollmöjligheter samt begränsat medmänskligt stöd i arbete bidrar till stressymptom och psykisk ohälsa inklusive depressionssymptom (SBU, 2014; Nieuwenhuijsen et al., 2010; Westerholm, 2008). Det finns måttligt stark forskningsevidens för att just låg kontroll i arbete påverkar ökning i sjukfrånvaro (Allebeck & Mastekaasa, 2004).

Det kan ses som särskilt viktigt att göra proaktiva insatser för att förebygga sjukfrånvaro då sjukskrivning i sig visat samband med ohälsa och i förlängningen ökad mortalitet (Vahtera et al., 2004). Samtidigt är det, på grund av de mångbottnade förklaringar som finns till sjukfrånvaro, inte helt okomplicerat att använda sjukfrånvaro som mått på framgång av ett hälsofrämjande utvecklingsarbete. I ett försök att fånga hälsosamma aspekter utvecklades ett mått, som benämndes balanserad närvaro (balanced work attendance) genom trend- och sambandsanalyser av sjukskrivning, icke-sjukskrivning, sjuknärvaro, arbetsförhållanden och hälsa (Dellve, et al 2009; 2011). På individ- och arbetsplatsnivå visades tydligast samband mellan årlig sjukfrånvaro om max 4-7 sjukdagar och goda arbetsförhållanden samt god hälsa och arbetsförmåga över tid (Dellve et al., 2008; 2011). En balanserad närvaro bör också inkludera låg grad av sjuknärvaro då upprepad sjuknärvaro, dvs att gå till jobbet fast man egentligen borde ha varit sjukskriven, är en indikator för hälsoproblem inklusive långtidssjukskrivning (Taloyan et al., 2012; Dellve, et al 2011). En studie visar till exempel att vara sjuknärvarande mer än 6 gånger per år innebär en 74 % högre risk att senare vara sjukskriven mer än två månader (Hansen et al.,

2009). Balanserad närvaro som inkluderar en viss grad av sjukfrånvaro per år och en låg grad av sjuknärvaro kan därmed utifrån ett främjande perspektiv ses som en positiv indikator.

Ledarskap kan ses som en nyckelfaktor i ett proaktivt arbete för att främja balanserad närvaro då det finns omfattande forskning som pekar på ledarskapets betydelse för utveckling av stödjande och god psykosocial arbetsmiljö som bidrar till medarbetares delaktighet och kontroll (Dellve & Eriksson, 2017). Forskning pekar på att ledarskap påverkar medarbetares sjukfrånvaromönster på olika sätt (Stapelfeldt et al., Kuoppala et al, 2008; Nyberg et al 2008). En studie visar till exempel att ledarstrategier som inkluderar erkänsla, målytdlighet och respekt bidrar till högre grad av närvaro (Dellve et al, 2007). Låg grad av ledarskapsstöd och ledarskapskvalité har å andra sidan visat sig påverka långtidsjukfrånvaro (Aagestad et al. 2012; Labriola et al., 2006). Strukturering av viktiga basförhållanden i arbetsmiljöarbetet har också visat sig påverka sjukfrånvaromönster (Dellve et al., 2008) vilket antyder vikten av ett ledarskap som kan strukturera upp arbetsförhållanden och vid behov arbetsuppgifter.

Mekanismer bakom sjukfrånvaro är dock komplexa och beror ofta på samspel mellan sjukförsäkringsregler, arbetsmarknadskonjunktur, individuella faktorer och arbetsplatsfaktorer. I linje med detta pekar forskning på att en kombination av hälsofrämjande insatser på individ- och organisationsinriktade hälsofrämjande insatser har samband med lägre grad av sjukskrivning (Ljungblad, 2015). Trots betydelsen av organisatoriska och ledarskapsfaktorer för sjukfrånvaron så görs det begränsat med åtgärder för sjukfrånvaro utifrån organisationsperspektiv (Åkerström & Severin, 2020). Det finns överlag begränsat med holistiska interventionsstudier som utgår från ett systemperspektiv där både individ- och organisationsperspektiv inkluderas för att främja psykisk hälsa och balanserad närvaro (Dellve & Eriksson, 2017; Kraaijeveld et. al., 2013). Studien som den här artikeln baseras på analyserade betydelsen av ett holistiskt och evidensbaserat program för hållbart och hälsofrämjande ledarskap påverkar sjukfrånvaromönster och psykisk hälsa bland vårdpersonal. Syftet var att analysera om och hur förändrade ledarstrategier under och efter ledarprogrammet bidrog till minskad sjukfrånvaro, sjuknärvaro och utmattning.

Metod

Beskrivning av ledarprogram

Studien bygger på ett evidensbaserat ledarprogram för hållbart och hälsofrämjande ledarskap (Dellve & Eriksson, 2016; 2017). Inom ramen för ledarskapsprogrammet träffades grupper med första linjens chefer vid sex tillfällen inklusive en uppföljningsträff. Chefer från vårdarbetsplatser vid sjukhus, folktandvård

och kommuner från olika geografiska delar i Sverige deltog i ledarprogrammet. I vissa regioner/kommuner deltog högre ledning (andra linjens chefer) i en kortversion av ledarprogrammet. Träffarna leddes av representanter från företagshälsovård och/eller HR. Programmet bygger på kunskapsutveckling genom dialog och övningar där målet är att cheferna ska utveckla handlingsberedskap såväl som konkreta handlingsplaner för ett hälsofrämjande och hållbart ledarskap. Innehållet i träffarna strukturerades upp utifrån innehållet i ett arbetsmaterial om hälsofrämjande och hållbart ledarskap (Dellve & Eriksson, 2016) vilket innebar att reflektionsövningar genomfördes baserat på följande teman:

- Att må bra och ha ett hälsosamt arbetsengagemang
- Att leda och bygga en hälsosam och hållbar arbetsituation
- Minska, motverka och förebygga riskfaktorer i arbetet
- Strategier för balans och återhämtning
- Ledarskap som stödjer välbefinnande och arbetsengagemang
- Medarbetarskap och välfungerande grupper
- Att leda hållbart utvecklingsarbete
- Bygga hållbara basstrukturer och verksamhetsutveckling

Ledarprogrammet, inklusive resultat av interventioner baserat på programmet, har beskrivits mer i detalj i andra publikationer. Processer och utfall kopplade till programmet har studerats genom kvalitativa intervjuer och enkäter till chefer och medarbetare (Eriksson et al., 2016; Eriksson et al., 2015; Dellve & Eriksson, 2017). Handlingsplanerna som cheferna tog fram till följd av utbildningen var anpassade till de förutsättningar, utmaningar och problem som fanns vid den egna arbetsplatsen/i det egna ledarskapet. Det innebar att insatserna vid de olika arbetsplatserna till följd av ledarprogrammet skiljde sig åt. Vissa chefer arbetade i större utsträckning med att utveckla ett mer strukturerat arbetsmiljöarbete medan andra chefer i större utsträckning arbetade med att utveckla sitt eget ledarskap, t ex att tillämpa ett mer närvarande ledarskap. Generella resultat pekar bland annat på att dialogen om arbetsmiljö ökade vid arbetsplatser vars chefer deltagit i ledarprogrammet. Resultaten visar dock också att förbättringar i ledarskap till följd av programmet beror på i vilken utsträckning de chefer som deltar i programmet arbetat aktivt med att genomföra förändringar vid sina arbetsplatser eller inte. De chefer som arbetat aktivt har i flera fall på olika sätt arbetat med att involvera medarbetare i att genomföra förbättringar i arbetsmiljön (Eriksson et al., 2016).

Studiedesign och material

Studien analyserade om och hur sjukfrånvaro, sjuknärvaro och utmattning förändrades under och efter ledarprogram. Studien bygger på kvantitativa analy-

ser av svar från medarbetarenkäter från 17 vårdarbetsplatser vars chefer hade deltagit i ledarprogrammet. Informerat samtycke har inhämtats och studien är godkänd av etikprövningsnämnden i Stockholm (referens 2015/5:10).

Medarbetarenkäten genomfördes före programmet startade (T1) samt ca 4-5 månader (T2) samt ca 9-10 månader (T3) efter att programmet genomförts. Nästan alla (15/17) av arbetsplatserna deltog med tillräckligt många svarande per enhet (minst 8) för att kunna inkluderas i analysen i alla tre enkätmätningar. I analys av T1 och T2 analyserades svar från alla enheter. Resultaten av enkät-mätningarna återkopplades till deltagande arbetsplatser så att de kunde genomföra åtgärder inom frågeområden med sämre skattningar. Svarsfrekvensen per år var 62–72% (T1 n = 346; T2 n = 293 och T3 n = 208) och per analyserad enhet 38-93%. Vid T1 var 88% av de svarande kvinnor; 38% var sjuksköterskor, 28% var undersköterskor och 13% var tandsköterskor. Andra yrkesgrupper (> 10%) representerades av administratörer, tandläkare och logopedier.

Självskattade nivåer av sjukfrånvaro, sjuknärvaro och utmattning användes som utfallsmått. Tidigare studier visar att självskattad sjukfrånvaro är ett lämpligt mått att använda då det korrelerar relativt väl med verklig sjukfrånvaro (Voss et al., 2008). Sjukfrånvaro mättes genom att medarbetare skattade hur många dagar de senaste månaderna de varit borta från arbetet på grund av egen sjukdom. Svartalternativen var *Ingen dag* (1), *1-3 dagar* (2), *4-7 dagar* (3), *8-13 dagar* (4) och *Mer än 14 dagar* (5). Balanserad sjukfrånvaro kategoriserade som att ha 0-7 sjukdagar (Dellve et al., 2011).

Sjuknärvaro mättes genom att medarbetare skattade hur många gånger de under de senaste 12 månaderna har gått till arbete trots att de egentligen, med tanke på sitt hälsotillstånd, borde ha sjukskrivit sig. Svartalternativen var *Ingen gång/ Inte aktuellt, har inte varit sjuk de senaste 12 månaderna* (1), *En gång* (2), *2-5 gånger* (3), *Mer än 5 gånger* (4).

Utmattning mättes med ett index med tre frågor från det validerade instrumentet SWEBO (Hultell & Pettersson, 2010). Svartalternativen gick från *Inte alls* (1) till *Hela tiden* (5).

Följande mått användes som förklarande faktorer i studien:

- Hälsoorienterat ledarskap (1 fråga): I vilken utsträckning närmaste chef prioriterar medarbetares hälsa högt
- Chefsstöd: Instrument med två frågor från Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Pejtersen et al., 2010).
- Relationsinriktad och Uppgiftsinriktad ledarskap: 2 frågor i varje index utarbetat i Strömngren et al. (2017) utifrån frågor om ledarskapskvalité från Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Pejtersen et al., 2010)

- Måltydighet: Index med tre frågor från instrumentet Hållbart medarbetarengagemang (Lutz, 2016).
- Förbättringsarbete: Index med tre frågor om psykosocial arbetsmiljö, effektivitet och kvalitet har förbättrats de senaste 6 månaderna.

För alla förklarande faktorer (förutom förbättringsarbete) så gick svarsalternativen från *I mycket liten grad/Stämmer mycket dåligt* (1) till *I mycket hög grad/Stämmer mycket bra* (5). Svarsalternativen för Förbättringsarbete var *I mycket hög grad* (5), *I ganska hög grad* (4), *I ganska låg grad* (3), *Inte alls* (2) och *En försämring har skett* (1).

Cronbachs alfa för de inkluderade index låg mellan 0,76 (Måltydlighet) till 0,92 (Relationsinriktat ledarskap).

Analys

Deskriptiva analyser samt t-test genomfördes i ett första steg för att se om det var skillnader i utfallsmåtten mellan T1, T2 och T3. Differenser räknades ut (T2-T1, T3-T1). Dessa analyser genomfördes för hela materialet såväl som indelat utifrån om cheferna för arbetsplatserna hade arbetat aktivt/inte hade arbetat aktivt utifrån arbetsmaterialet (Eriksson et al., 2016). Regressionsanalyser genomfördes i ett andra steg för att analysera hur ledarstrategier bidragit till förändringar i utfallen. De förklarande faktorerna adderades en efter en i 6 olika regressionsmodeller. Utfallen i regressionsanalysen utgjordes av förändringar i utfallsmåtten mellan T1 och T3. De förklarande faktorerna utgjordes av förändringar i ledarstrategier samt förbättringsarbete mellan T1 och T3. Eftersom interventionen syftat till att utveckla hälsofrämjande ledarskap analyserades först i modell 1 hur förändringar i hälsoorienterat ledarskap bidragit till förändring i utfallen. Då omfattande forskning pekar på betydelsen av stöd för psykisk hälsa och sjukfrånvaro (SBU, 2014; Nieuwenhuijsen et al., 2010; Westerholm, 2008; Vingård, 2015) så inkluderades sedan i nästa steg förändringar i chefsstöd i modell 2. Då ledarskapskvalité också visat vara av betydelse för sjukfrånvaro (Stapelheldt al., Kuoppala et al, 2008; Nyberg et al 2008) så inkluderas förändringar i relationsinriktat ledarskap och uppgiftsinriktat ledarskap i modell 3 respektive modell 4. Måltydighet lades till i modell 5 för att analysera hur ytterligare aspekter av strukturerande ledarskap kan ha bidragit till resultaten. Slutligen lades förbättringsarbete till i modell 6 för att analysera om förbättringsarbete som skett till följd av programmet kan ha bidragit till utfallen.

Resultat

Förändringar i sjukfrånvaro och sjuknärvaro

Vid T1 hade 78 % som svarade på enkäten balanserad närvaro, dvs max 0-7

sjukdagar. Den balanserade närvaron minskade något mellan baslinjemätningen och T2 vilket också innebar att sjukfrånvaron ökade något över tid (se tabell 1). Mer än hälften (63 %) av de som svarade på enkäten hade vid T1 låg grad av sjuknärvaro, dvs de hade max 1 dag gått till arbetet fast de borde ha stannat hemma för sjukdom. Skattningar i sjuknärvaro var mer eller mindre oförändrad över tid medan sjukfrånvaro ökade och utmattning minskade (se tabell 1). I baslinjemätningen var det 1 % som inte alls känt sig utmattade medan det i T2 och T3 var 22 % respektive 26 % som inte alls känt sig utmattade.

Tabell 1. Medelvärden vid T1 och skillnader i medelvärden mellan T1-T2 and T1-T3.

	Medelvärden (SA) T1	Medelförändringar (SA) T1-T2	Medelförändringar (SA) T1-T3
Sjukfrånvaro	2,48 (1,32)	0,17 (1,21)*	0,14 (1,31)
Sjuknärvaro	2,00 (0,97)	0,07 (1,00)	0,09 (0,95)
Utmattning	2, 62 (0,50)	-0,59*** (0,91)	-0,59*** (0,90)

*= $p < .05$, ***= $p < .001$

SA = Standardavvikelse

Skillnader i medarbetares skattningar av sjukfrånvaron framträdde när en indelning gjordes efter om arbetsplatserna hade arbetat aktivt/inte hade aktivt hade arbetat med att utveckla ett hälsofrämjande ledarskap (se tabell 2). Resultaten pekar på att sjukfrånvaron ökade signifikant vid de arbetsplatser som inte arbetat aktivt med att utveckla ett hälsofrämjande ledarskap vid T2 ($p < 0,001$) och en tendens till att den ökat något vid T3 ($p < 0,09$). Vid arbetsplatser som hade arbetat aktivt med arbetsmaterialet var det däremot ingen statistiskt signifikant skillnad i sjukfrånvaro över tid. Grad av ökningen i sjukfrånvaron över tid vid de arbetsplatser som inte arbetat aktivt med arbetsmaterialet skilde sig signifikant ($p < 0,001$) från de arbetsplatser som arbetat aktivt med arbetsmaterialet. Att notera är att skattningar av sjukfrånvaro var statistiskt signifikant högre ($p < 0,001$) vid arbetsplatser som aktivt arbetat med arbetsmaterialet vid baslinjemätning (73 % skattade här balanserade arbetsnärvaro) jämfört med arbetsplatser som inte arbetat aktivt med arbetsmaterialet (82 % skattade här balanserade arbetsnärvaro). Vid uppföljningsmätningarna efter genomförande av programmet fanns det inte längre några statistiskt signifikanta skillnader i grad av skattningar av sjukfrånvaron mellan de arbetsplatser som arbetat aktivt/inte aktivt utifrån arbetsmaterialet.

Det fanns en tendens att sjuknärvaron ökade mellan T1 och T2 bland de arbetsplatser som inte arbetat aktivt med att utveckla ett hälsofrämjande ledarskap ($P < 0,06$, se tabell 2). I övrigt kunde inga statistiskt signifikanta skillnader

i sjuknärvaro urskiljas över tid eller mellan de som arbetat aktivt och de som inte arbetat aktivt vid de olika mätpunkterna. Det kan dock noteras att den grupp som hade minst 2-5 dagar sjuknärvaro ökade från 26% till 31% bland dem som inte hade arbetat med att utveckla ett hälsofrämjande ledarskap. Bland de som hade arbetat aktivt med att utveckla ett hälsofrämjande ledarskap minskade gruppen med 2-5 dagars sjuknärvaro från 31% till 29% mellan T1 och T3.

Utmattningsnivån minskade över tid både vid de arbetsplatser som arbetat aktivt och vid de arbetsplatser som inte arbetat aktivt. Mellan T1 och T2 minskade utmattningsnivån något mer ($p < 0,01$) bland de som arbetat aktivt.

Tabell 2. Förändringar av sjukfrånvaro, sjuknärvaro och utmattningsnivån efter att ha arbetat aktivt/inte arbetat aktivt.

	Arbetat aktivt:			Inte arbetat aktivt:		
	Medelvärde	Medel- förändringar	Medel- förändringar	Medelvärde	Medel- förändringar	Medel- förändringar
	T1 (SA)	T1-T2 (SA)	T1-T3 (SA)	T1 (SA)	T1-T2 (SA)	T1-T3 (SA)
Sjukfrånvaro	2,86 (1,42)	-0,09 (0,97)	-0,03 (1,40)	2,33 (1,26)	0,29** (1,29)	0,23† (1,40)
Sjuknärvaro	2,07	-0,08 (0,97)	0,01 (0,89)	1,97 (0,97)	0,13† (1,01)	0,13 (0,98)
Utmattningsnivån	2,62 (0,51)	-0,75*** (0,95)	-0,65*** (0,83)	2,62 (0,50)	-0,51 *** (0,88)	-0,54*** (0,94)

***= $p < .001$, **= $p < .01$, p och †= $p < .10$

SA = Standardavvikelse

Ledarstrategiers bidrag till förändringar i sjukfrånvaro och sjuknärvaro

Ledarstrategier bidrog i väldigt liten utsträckning till förändring i sjukfrånvaro och utmattningsnivån efter genomförd ledarskapsutbildning (se tabell 3). En förändring (dvs minskning) i uppgiftsorienterat ledarskap var den enda ledarskapsstrategin som hade statistiskt signifikant samband med ökad sjukfrånvaro. För en förändring i utmattningsnivån (dvs ökning) var en försämring i relationsinriktat ledarskap den enda ledarskapsstrategin som hade statistiskt signifikant samband. Ledarstrategier bidrog i något större utsträckning till förändring i sjuknärvaro efter genomförd ledarskapsutbildning (se tabell 3). Minskning i hälsoorienterat ledarskap, minskning i uppgiftsorienterat ledarskap samt minskad målytdlighet hade statistiskt signifikant samband med ökad sjuknärvaro.

Tabell 3. Regressionsanalys av förklaringar till ökning i sjukfrånvaro, sjuknärvaro och utmattning (beroende variabler) mellan T1-T3. Följande förklarande faktorer (oberoende variabler) analyserades i stegvisa modeller: Förändring mellan T1-T3 i hälsoorienterat ledarskap, ledarskapsstöd, relationsinriktat ledarskap, uppgiftsinriktat ledarskap, målytdlighet och förbättringsarbete.

	Ökning sjukfrånvaro β, (SE)	Ökning sjuknärvaro β, (SE)	Ökning utmattning β, (SE)
Modell 1			
Hälsoorienterat ledarskap	0 (0)	-0,01 (0,07)***	0 (0)
Intercept	0,12	0,07	-0,57
Adj r ²	0	0,06	0
Modell 2			
Hälsoorienterat ledarskap	0 (0)	-0,01 (0)**	0 (0)
Ledarskapsstöd	-0,01 (0,01)	0 (0)	0 (0)
Intercept	0,03	0,08	-0,57
Adj r ²	0	0,06	0
Modell 3			
Hälsoorienterat ledarskap	0 (0,01)	-0,01 (0)*	0 (0)
Ledarskapsstöd	-0,01 (0,01)	0,00 (0)	0 (0)
Relationsinriktat ledarskap	-0,01 (0,01)	0 (0,01)	-0,01* (0,01)
Intercept	0,01	0,07	-0,58
Adj r ²	0,01	0,04	0,02
Modell 4			
Hälsoorienterat ledarskap	0 (0,01)	-0,01 (0)*	0 (0)
Ledarskapsstöd	-0,01 (0,01)	0,00 (0)	0 (0)
Relationsinriktat ledarskap	0,01 (0,01)	0 (0,01)	-0,01* (0,01)
Uppgiftsorienterat ledarskap	-0,01 (0,01)*	-0,01 (0)*	0 (0)
Intercept	0,02	0,07	-0,57
Adj r ²	0,05	0,06	0,01

Modell 5			
Hälsoorienterat ledarskap	0 (0,01)	-0,01 (0)*	0 (0)
Ledarskapsstöd	-0,01 (0,01)	0,01 (0)	0 (0)
Relationsinriktat ledarskap	0,01 (0,01)	0,01 (0,01)	-0,01* (0,01)
Uppgiftsorienterat ledarskap	-0,02 (0,01)*	-0,01 (0) ‡	0 (0)
Måltydlighet	-0,01 (0,01)	-0,01 (0)**	0 (0)
Intercept	0,07	0,13	-0,55
Adj r ²	0,04	0,11	0,01
Modell 6			
Hälsoorienterat ledarskap	0 (0,01)	-0,01 (0) ‡	0 (0)
Ledarskapsstöd	-0,01 (0,01)	0,01 (0)	0,01 (0)
Relationsinriktat ledarskap	0,01 (0,01)	0,01 (0,01)	-0,01* (0,01)
Uppgiftsorienterat ledarskap	-0,02 (0,01)**	-0,01 (0) *	0 (0)
Måltydlighet	-0,01 (0,01) ‡	-0,02 (0)***	0 (0)
Förbättringsarbete	0,12 (0,15)	0,12 (0,09)	0,02 (0,10)
Intercept	0,11	0,12	-0,52
Adj r ²	0,07	0,14	0,01

*= $p < .05$, **= $p < .01$, $p < .01$, ***= $p < .001$ and ‡= $p < .10$
 Ostandardiserade b-koefficienter, standardfel inom parantes.

Diskussion

Studien visar att ett ledarprogram för hälsofrämjande ledarskap hade begränsad betydelse för mönster av sjukfrånvaro. Medarbetares självskattade sjukfrånvaroliksom sjuknärvaron ökade något vid de arbetsplatser som inte hade arbetat aktivt med att utveckla ett hälsofrämjande ledarskap. De arbetsplatser som arbetat aktivt med att genomföra handlingsplaner för hållbart och hälsofrämjande ledarskap hade högre sjukskrivning vid baslinjemätningen jämfört med de som inte arbetade aktivt. Kanske hade de arbetsplatserna också större motivation att arbeta aktivt på grund av höga ohälsotal. Resultaten visade att sjukskrivningar-

na åtminstone inte heller ökade vid de arbetsplatser som arbetade aktivt med att utveckla ett hållbart och hälsofrämjande ledarskap. Kanske kan ledarprogrammet ha bidragit till att stoppa en negativ sjukskrivningstrend genom förbättrat ledarskap? Viktigt att notera igen är att sjukskrivningsmönster är komplexa och påverkas av många olika faktorer. Idag finns ingen nyckel till jämförelser mellan nivåer och trender av sjukskrivning som är självskattad eller registerbaserad.

Analyserna av ledarskapsstrategier vid de undersökta arbetsplatserna visade samband med hälsoorienterat ledarskap och minskad sjuknärvaro. I den fulla analysmodellen var det dock uppgiftsorienterat ledarskap och målytdlighet som visade samband med minskad sjuknärvaro och enbart uppgiftsorienterat ledarskap med minskad sjukfrånvaro. Sambanden var statistiskt signifikanta men alltför svaga för att kunna dra några säkrare slutsatser av resultaten. Dock är resultaten i linje med tidigare forskning som pekar på att strukturerande av viktiga basförhållanden i arbetsmiljö påverkar sjukfrånvaromönster (Dellve et al., 2008). Betydelsen av ett mer uppgifts- och målorienterat ledarskap skulle kunna bero på att medarbetare genom en uppstrukturerad arbetssituation kan återfå kontrollen och inflytande vid en pressad arbetssituation (Skakon, et al., 2010).

Utmattning är ofta direkt kopplat till stress i arbete (Bria et al., 2012) och medarbetare vars chefer som hade deltagit i ledarprogrammet skattade signifikant minskad utmattning över tid. Utmattning minskade både vid de arbetsplatser som arbetat aktivt samt vid de arbetsplatser som inte hade arbetat aktivt utifrån ledarprogrammet. Analyserna i denna studie visade dock att förändrade ledarstrategier till följd av ledarprogrammet i princip inte bidragit till en minskade utmattning. Den enda ledarstrategin som hade samband med förändringar i utmattning var det relationsinriktade ledarskapet. En tidigare studie visade att dialogen om arbetsmiljön ökade vid de arbetsplatser vars chefer deltagit i det studerade utbildningsprogrammet, oavsett om de arbetat aktivt eller inte (Eriksson et al., 2015). Kanske är det den ökade dialogen, i kombination med ett ökat relationsinriktat ledarskap, som bidrog till minskad utmattning. Tidigare studier visar att ett stödjande och inkluderande ledarskap är betydelsefull för psykisk hälsa (Vingård, 2015). Det är i det här sammanhanget förvånande att resultaten inte visade på något samband mellan förändringar i chefsstöd och förändringar i sjukfrånvaromönster och utmattning.

Den här studien visar att förändrade ledarstrategier hade större betydelse för förändringar i sjuknärvaro jämfört med sjukfrånvaro och utmattning. Enkätsvaren från denna studie återkopplades kontinuerligt till deltagande chefer och de med höga nivåer av sjuknärvaro fick återkoppling om att hög grad av sjuknärvaro är en riskfaktor för långtidssjukskrivning. Flera av de chefer som deltog i ledarprogrammet tog tillsammans med sina medarbetare fram handlingsplaner för att åtgärda de hälso- och arbetsmiljöproblem som framkom i

enkäten. Det skulle kunna vara så att en chef har ”lättare” att synliggöra och skapa en kultur för minskad sjuknärvaro jämfört med att genomföra åtgärder för minskad sjukfrånvaro och utmattning.

Det är svårt att dra några generella slutsatser från den här studien då sambanden av analyserna är svaga och då det inte heller har inkluderats några kontrollarbetsplatser i analyserna. Mer forskning behövs om hur olika specifika ledarstrategier påverkar psykisk hälsa och sjukskrivningsmönster. Att notera är att generellt förbättringsarbete till följd av ledarprogrammet inte hade någon signifikant bidragande effekt på utfallen. En annan studie i detta temanummer visar att vårdarbetsplatser med låg grada av sjukfrånvaro kännetecknas av chefer som har tydliga strategier för att förebygga och hantera sjukfrånvaro (Fallman och Kullén Engström, 2020). Det är troligt att utveckling av ledarstrategier för att direkt hantera sjukfrånvaro, sjuknärvaro och utmattning bör inkluderas för att holistiska ledarprogram ska ha större effekt på sjukfrånvaromönster.

Referenser

- Aagestad, C., Johannessen, H. A., Tynes, T., Gravseth, H. M., & Sterud, T. (2014). Work-related psychosocial risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. *Journal of occupational and environmental medicine*, 56 (8), 787-793.
- AFA Försäkring (2019). Allvarliga arbetsskador och långvarig sjukfrånvaro. https://www.afaforsakring.se/globalassets/forebyggande/analys-och-statistik/rapporter/2019/f7060_arbetskadereport_2019.pdf [Nedladdat 16 december 2019].
- Allebeck, P., & Mastekaasa, A. (2004). Chapter 5. Risk factors for sick leave-general studies. *Scandinavian Journal of public health*, 32 (63_suppl), 49-108.
- Bria, M., Baban, A., & Dumitrascu, D. L. (2012). Systematic review of burnout risk factors among European healthcare professionals. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 16 (3), 423-452.
- Dellve, L., Skagert, K., & Vilhelmsson, R. (2007). Leadership in workplace health promotion projects: 1-and 2-year effects on long-term work attendance. *European Journal of Public Health*, 17 (5), 471-476.
- 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.
- Dellve, L., & Eriksson, A. (2016). Hållbart och hälsofrämjande ledarskap i vardag och förändring. *Göteborg: Göteborgs Universitet*. <https://www.hb.se/PageFiles/295547/Hållbart%20och%20hälsofrämjande%20ledarskap%20i%20vardag%20och%20förändring.pdf> [Nedladdat 16 december 2019].
- Dellve, L., Skagert, K. & Eklöf, M. (2008). The impact of systematic health & safety management for occupational disorders and work ability. *Social Science & Medicine*, 67 (6):965-970.
- Eriksson, A., Dellve, L., Strömberg, M., Edström Bard, E. (2016). Utveckling av Hållbart och Hälsofrämjande Ledarskap - I Vardag och Förändring. Utvärdering av Interaktiv Metodik för Företagshälsö-värdsdrivna Interventioner. TRITA-STH-PUB: Stockholm.
- Eriksson, A., Skagert, K., & Dellve, L. (2013). Utveckling av hälsofrämjande ledarskap och medarbetar-

tema

- skap – Erfarenheter av att arbeta med interventioner utifrån ett arbetsmaterial. *Socialmedicinsk tidskrift*, 90 (6), 793-798.
- Försäkringskassan (2018). Socialförsäkringsrapport 2018-02. <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/5b9d37a9-a56d-4453-896f-fed299534d91/socialforsakringsrapport-2018-02.pdf?MOD=AJPERES&CVID=> [Nedladdat 16 december 2019].
- Försäkringskassan (2017). Socialförsäkringsrapport 2017-13. <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/1596d32b-7ff7-4811-8215-d90cb9c2f38d/socialforsakringsrapport-2017-13.pdf?MOD=AJPERES&CVID=> [Nedladdat 16 december 2019].
- Försäkringskassan (2016). Socialförsäkringsrapport 2015-02. https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/41903408-e87d-4e5e-8f7f-90275dafa6ad/korta_analyser_2016_2.pdf?MOD=AJPERES [Nedladdat 16 december 2019].
- Hultell, D. & Gustavsson (2010). Manual of the Scale of work engagement and burnout (SWEBO). Skriftserie B. Rapport, 1.
- Hansen, C. D., & Andersen, J. H. (2009). Sick at work—a risk factor for long-term sickness absence at a later date? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63 (5), 397-402.
- SBU (2014) Arbetsmiljöns Betydelse för Symtom på Depression och Utmattningssyndrom, SBU: Stockholm.
- Vingård, E. (2015) En kunskapssammanställning: Psykisk Ohälsa, Arbetsliv och Sjukfrånvaro FORTE: Stockholm, <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1056613/FULLTEXT01.pdf> [Nedladdat 16 december 2019].
- Kraaijeveld, R. A., Schaafsma, F. G., Boot, C. R., Shaw, W. S., Bültmann, U., & Anema, J. R. (2013). Implementation of the Participatory Approach to increase supervisors' self-efficacy in supporting employees at risk for sick leave; design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 13 (1), 750.
- Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J., & Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being, and health effects—a systematic review and a meta-analysis. *Journal of occupational and environmental medicine*, 50 (8), 904-915.
- Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D., & Frings-Dresen, M. (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occupational medicine*, 60 (4), 277-286.
- Labriola, M., Christensen, K. B., Lund, T., Nielsen, M. L., & Diderichsen, F. (2006). Multilevel analysis of workplace and individual risk factors for long-term sickness absence. *Journal of occupational and environmental medicine*, 48 (9), 923-929.
- Larsson Fallman, S. & Kullén Engström, A. (2020). Har organisatoriska förutsättningar och ledarskapsstrategier betydelse för att främja låg grad av sjukfrånvaro inom hälso- och sjukvården – Första linjens perspektiv, *Socialmedicinsk tidskrift*, 1, i press.
- Ljungblad, C. (2015). *Workplace health promotion and employee health in municipal social care organizations*. Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet
- Lutz, Ö. (2016). Hållbart medarbetarengagemang i kommuner och regioner. HME, modell och användaranvisningar, SKL.
- Nyberg, A., Westerlund, H., Magnusson Hanson, L. L., & Theorell, T. (2008). Managerial leadership is associated with self-reported sickness absence and sickness presenteeism among Swedish men and women. *Scandinavian journal of public health*, 36 (8), 803-811.

- Pejtersen, J. H., Kristensen, T. S., Borg, V., & Bjorner, J. B. (2010). The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scandinavian journal of public health*, 38 (3_suppl), 8-24.
- Skakon, J., Nielsen, K., Borg, W. & Guzman, J. (2010). Are leaders well-being behaviors and style associated with the affective wellbeing of their employees? *Work and stress*, 24 (2): 107–139.
- Stapelfeldt, C. M., Nielsen, C. V., Andersen, N. T., Krane, L., Fleten, N., Borg, V., & Jensen, C. (2013). Are environmental characteristics in the municipal eldercare, more closely associated with frequent short sick leave spells among employees than with total sick leave: a cross-sectional study. *BMC public health*, 13 (1), 578.
- Strömberg, M., Eriksson, A., Ahlstrom, L., Bergman, D. K., & Dellve, L. (2017). Leadership quality: a factor important for social capital in healthcare organizations. *Journal of health organization and management*, 31 (2), 175-191.
- Taloyan, M., Aronsson, G., Leineweber, C., Hanson, L. M., Alexanderson, K., & Westerlund, H. (2012). Sickness presenteeism predicts suboptimal self-rated health and sickness absence: a nationally representative study of the Swedish working population. *PLoS one*, 7 (9), e44721.
- Vahtera, J., Pentti, J., & Kivimäki, M. (2004). Sickness absence as a predictor of mortality among male and female employees. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(4), 321-326.
- Voss, M., Stark, S., Alfredsson, L., Vingård, E., & Josephson, M. (2008). Comparisons of self-reported and register data on sickness absence among public employees in Sweden. *Occupational and environmental medicine*, 65 (1), 61-67.
- Westerholm, P. (red) (2008). Psykisk arbetsskada. *Arbete och Hälsa*, 2008;42 (1).
- Åkerström, M & Severing, J. (2020) Att förbättra arbetsmiljön och sänka sjukfrånvaron genom interventioner på arbetsplatsen kräver både resurser och kunskap. *Socialmedicinsk tidskrift*, 1, i press.