

# Trender av få sjukfrånvarodagar

Betydelser av stödjande arbetsförhållanden, ledarstrategier och organisering av social och organisatorisk arbetsmiljö

Lotta Dellve, Sara Larsson Fallman

Lotta Dellve, professor, Institutionen för sociologi och arbetsvetenskap,

Göteborgs Universitet, Göteborg. E-post: lotta.dellve@gu.se

Sara Larsson Fallman, doktorand vid avdelningen för ergonomi, KTH samt sektionen för

arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. E-post: sara.larsson@hb.se

Låg sjukfrånvaro mäts ofta på olika sätt och kan indikera både goda arbetsförhållanden och krav på sjuknärvaro. Syftet var att undersöka utvecklingen av låg sjukfrånvaron bland sjuk- och undersköterskor och utforska om enhetsvis utveckling samvarierade med stödjande arbetsförhållanden, ledarstrategier och organisering av social och organisatorisk arbetsmiljö. Data från arbetsgivarens personalregister kopplades till chefsenkät. Resultaten visade att majoriteten (93 %) inte hade en sjukdag under ett år och 2 % var sjukskrivna 1-7 dagar. Samvariationerna var svaga men visade betydelser av god samverkan mellan chef och medarbetare samt stödjande, närvarande och strukturerande ledning. Stödjande organisatoriska strukturer samvarierade med ingen sjukdag alls.

Lower rates of sick leave are measured in various ways and can indicate both good working conditions and sickness presenteeism. The purpose was to investigate the development of low sick leave among nurses and to explore whether developments per units co-varied with supportive working conditions, leader strategies and organizing of psychosocial work environment. Data from employer's register of sickness absence was merged to questionnaire data answered by managers. The majority (93%) did not have any days of sick leave and 2% were on sick leave 1-7 days per year. The associations were weak but showed the importance of good collaboration between manager and employees as well as a leadership that was supportive, structuring and close-to-practice. Supportive organizational structures were associated with no sick leave.

## Inledning och syfte

Chefers arbete inom vård och omsorg har det senaste två decennierna fokuserat olika åtgärder för att sänka den höga sjukfrånvaron bland medarbetare. Det kan möjligen ha haft en betydelse för den trend av minskade sjukfall i kommuner och regioner som skett sedan mitten på 2010-talet (AFA, 2019). Denna studie bidrar till kunskap om vilka stödjande ledarstrategier och arbetsförhållanden som i början på denna period kan ha påverkat minskade sjukfall. Den bild som man får av sjukfrånvarons utveckling tycks dock bero på vilka mått och datakällor som används. Mer forskning och nationella översikter har gjorts för att finna förklaringar och bra mått på längre sjukskrivning. Det är idag mer okänt hur trender av de kortare sjukfallen förändrats.

Tidigare forsknings visar att de flesta orsaker till sjukfrånvaro, som kan tillskrivas arbetsförhållanden, finns att finna i den psykosociala arbetsmiljön. Psykiskt och fysiskt ansträngande arbete, höga krav, låg kontroll, obalans mellan ansträngning och belöning, orättvisa samt rollkonflikter och konflikter ökar risken för sjukskrivning (Forte, 2015). Dessa arbetsförhållanden är också arbetsgivaren, och närmaste chef, ansvarig för att värdera och åtgärda så att de inte innebär risker för anställdas hälsa (AFS 2015:4). Tidigare studier visar att chefs- och ledarskap har stor betydelse för goda arbetsförhållanden (Cummings m.fl., 2018; Dellve & Eriksson, 2017; Wong & Laschinger, 2013) och att stödjande organisatoriska förhållanden kan ha betydande påverkan för chefers möjligheter att förbättra arbetsmiljön (Åkerlind m.fl., 2013; Dellve m.fl., 2013; Dellve & Wolmesjö, 2016). Men vilken betydelse stödjande arbetsförhållanden (för chefer och medarbetare), ledarstrategier och organisering av organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA) har för trender av lägre nivåer av sjukfrånvaro är mindre studerat.

Syftet var att undersöka utvecklingen av låg sjukfrånvaron och ingen sjukfrånvaro bland sjuksköterskor och undersköterskor samt utforska om enhetsvis utveckling samvarierade med stödjande arbetsförhållanden, ledarstrategier och organisering av social och organisatorisk arbetsmiljö.

## Bakgrund

Nedan beskrivs först problematik att mäta sjukskrivning och särskilt trender av få dagar och sedan organisatoriska och sociala arbetsförhållanden som kan påverka trender av få sjukskrivningsdagar.

### *Trender av sjukfrånvaro i vårdsektorn*

I nationella rapporter ges en överblick över hur trender utvecklats avseende sjukfrånvaro. Dock avspeglar dessa vanligen de sjukfall som överstiger 14 da-

gar – och inte sjukfrånvaro bland majoriteten av anställda. Rapporterna visar att sjukfrånvaron är högst inom vård, omsorg och sociala tjänster som sysselsätter många kvinnor (Försäkringskassan, 2018). Enligt AFAs statistik (2019) har det dock skett en trend av minskning av sjukfall i kommuner och regioner för både kvinnor och män sedan mitten på 2010-talet.

Vanligaste sjukskrivningsdiagnos inom kommuner och regioner tillhör gruppen psykiska och muskuloskeletala diagnoser. Psykiska diagnoser ökade under 2010 till 2016 och sjukfrånvaro på grund av att dessa diagnoser blir oftare längre jämfört med andra diagnoser. Risken för sjukfrånvaro är också generellt lägre bland osäkert anställda (Försäkringskassan, 2018). Dock är gruppen osäkert anställda i sjukvården inte en homogen grupp med lägre ställning på arbetsmarknaden utan även en grupp som kan ha eftertraktade specialistkunskaper.

Långsiktiga förändringar i demografi, sjukdomsmönster, arbetsförhållanden och privatliv samt förändringar i regelverket kan ha viss påverkan på trender av sjukfrånvaron. Ingen av dessa förhållanden kan dock förklara variationerna i utvecklingen av sjukfrånvarotrender (ISF 2015). Vad det gäller trender och nivåer av få sjukdagar, som inkluderar de första 14 dagarna, är den nationella statistiken än mer oklar och osäker. Sjuklöneperiod, där arbetsgivaren betalar och registrerar sjukfrånvaron de första 14 dagarna infördes 1992. ISF (2015) menar dock att antalet dagar med sjuklön har varit relativt stabilt och varierat mellan 4 och 6 dagar per år och anställd.

### *Mäta sjukfrånvaro*

Sjukfrånvaro kan användas som mått på flera olika sätt, utifrån flera olika dimensioner och för att indikera olika aspekter. Till exempel för att skatta förhållanden som rör hälsa bland anställda, indikerar arbetsförhållanden, rehabilitering och återgång i arbetet samt ekonomiska förutsättningar att vara sjukskriven vid sjukdom (SBU, 2003). Länder har dock olika förutsättningar att använda nationella data och regelverk som styr sjukfrånvaro (Gimeno m.fl., 2014).

I Sverige finns god information om sjukfrånvaro i nationella registerdatabaser. I organisationer förs också personalregister med uppgifter om sjukfrånvaro. Båda har sina för- och nackdelar samt kvalitetsbrister. Organisationens personalregister innehåller även sjukfrånvaro som är kortare än 14 dagar vilket nationella register oftast inte gör. Detta har stor betydelse då de allra flesta fall av sjukfrånvaro inte överstiger 14 dagar. Dock varierar struktur och kvalitén i samt tillgänglighet av arbetsgivares register varför det dels kräver en kvalitetsgranskning dels ofta krävs omfattande databearbetningar för att det ska vara möjligt att analysera materialet (Dellve m.fl., 2007a; 2007b).

Analysenheter är i nationella utredningar ofta individer och grupper (Gimeno m.fl., 2014) medan organisationer oftare följer sjukfrånvaro per timmar, da-

gar och organisationsenheter. Detta kan rimligtvis ge något olika resultat som också kan variera beroende av hur sjukfrånvaron mätts. Det är mer vanligt att organisationer använder sjukfrånvaromått på mer förenklade sätt, till exempel använder medelvärden av alla anställda oavsett sysselsättningsgrad - och tar beslut utifrån dessa (Dellve m.fl., 2007a). I de olika sätten att mäta sjukfrånvaro ingår allra oftast sjukfrånvarofall, tid och individ. Dessa kan kombineras på olika sätt för att göra skattningar som indikerar det som är önskvärt för studien. I tid kan sjukfrånvaro presenteras som antal eller andel dagar med frånvaro från arbetet per år. Antal anställda eller helårsanställda i undersökningsgruppen utgör nämnaren i analysen (Hensing m.fl., 1998).

Information om sjukfrånvaro kan också inhämtas via enkäter som besvaras av de anställda själva. Här finns dock risk för att minnet sviktar på ett systematiskt sätt som kan påverka resultaten (recall bias). Fördel med att använda registerdata är att det bygger på mer objektivt insamlad data och också medger analys av trender genom tillgång till sjukfrånvarodata över längre tid (Försäkringskassan, 2016). Det finns därför anledning att utveckla vetenskaplig och praktisk kunskap som borgar för bättre användning av registerdata, och då även från organisationers registerdata med kortare sjukfrånvaro.

### *Låg sjukfrånvaro och få sjukdagar*

Mer ansträngningar har gjorts för att finna förklaringar och bra mått på längre sjukskrivning än för kortare sjukfrånvaro och inga eller få sjukdagar. Mer valida mått som använder sjukfrånvarodata men som är positivt riktat skulle fokusera stärkande arbetsförhållanden jämte risker för sjukfrånvaro. Det finns olika former av icke-sjukfrånvaro att beakta i mätning och tolkning av resultat. Dessa har tidigare benämnts som t ex sjuknärvaro, långtidsfriskhet och balanserad närvaro. *Sjuknärvaro* innebär att man går till arbetet trots att man är sjuk och borde stannat hemma. Det kan inte skattas med registerdata utan kräver en subjektiv värdering av den anställde (vanligast genom enkätdata) (Skagen & Collin, 2016). *Inga frånvarodagar* benämns ibland *långtidsfriskhet* utan att veta om individen är frisk eller sjuknärvarande på arbetet. *Få sjukdagar* och *balanserad närvaro* är mått som tagits fram genom studier av organisationers registerdata som kopplats till data från medarbetarenkät (Dellve m.fl., 2007a; 2007b) samt undersökts i longitudinella enkätstudier (Dellve m.fl., 2011). När låg sjukfrånvaro har skattas med nationell statistik avser det ofta andel av anställda som inte varit sjukfrånvarande i 14 dagar eller mer. Studierna har visat samband med måttet och olika organisatoriska och sociala förhållanden. Dessa beskrivs nedan.

*Betydelse av stödjande arbetsförhållanden, ledarstrategier och organisering av OSA*

Inom vård i jämförelse med andra branscher upplever många i högre grad brister i den psykosociala arbetsmiljön (Arbetsmiljöverket, 2016; Försäkringskassan, 2014). Förhållanden på arbetet som är mer främjande av välbefinnande och förebyggande av ohälsa är ett rättvist, stödjande, inkluderande ledarskap, kontroll i arbetet, balans mellan arbete och fritid, balans mellan arbetsinsats och belöning, tydliga mål och anställningstrygghet (Dellve & Eriksson, 2017; Forte, 2015). Att dessa även är systemövergripande indikeras i de många studier som dels beskrivit chefers utmaningar att organisera rimliga arbetsförhållanden för sina medarbetare dels egna belastningar i chefsarbetet (sammanfattade i Dellve & Eriksson, 2017) vilka även indikerat minskad hälsa för cheferna själva (Fallman m.fl., 2019).

Det finns fler studier om förklaringar till längre sjukfrånvaro men det finns några tidigare studier, framförallt med enkät och organisationers registerdata, som gett vissa förklaringar till låg sjukfrånvaro eller få sjukfrånvardagar. *Sjuknärvaro* har i tidigare studier förklarats av snålt bemannade enheter, ”inläsning” (dvs. svårt att ta ut sjukledighet och överlämna sitt arbete till annan medarbetare) (Johansen m.fl., 2014), obalans mellan ansträngning och belöning, tidspress, lite stöd, lågt inflytande över arbetstid, plikttrogenhet, mycket ansvar, övertidsarbete (Dellve m.fl., 2011; Leineweber m.fl., 2011; 2013; Böckerman & Laukkanen, 2010). En kunskapsammansättning visade att sjuknärvaro var en riskfaktor för framtida hälsoproblem och sjukfrånvaro (Skagen & Collins, 2016). *Inga frånvardagar* har getts följande förklaringar: högre lön, inställning till egen förmåga, engagemang, arbetsrelaterad smärta eller stress, tidigare icke-sjukskrivning (Schreuder m.fl., 2013; Dellve m.fl., 2007; 2011). *Balanserad närvaro* (max 4 till 7 dagars sjukskrivning per år) har samvarierat med engagemang, arbetstillfredsställelse, positiv känsla inför arbetet, meningsfullt arbete, stöd, belöning genom arbetet och balans i ansträngning-belöning, hälsofrämjande satsning med integrerat individ och organisationsfokus (Dellve m.fl., 2007a; 2007b; 2011; Aronsson & Gustavsson, 2005; Voss, 2001).

Låg sjukfrånvaro mätt med nationell statistik skattar ofta andel av anställda som inte varit sjukfrånvarande i 14 dagar eller mer. Studierna har visat samband med måttet och olika organisatoriska och sociala förhållanden. I en totalundersökning av låg sjukfrånvaro bland undersköterskor i omsorgen under fem år förklarades variationen av andel som inte arbetar heltid (dvs. < 85 %) ( $r^2 = 0,34$ ) (Dellve m.fl., 2006). Tillsammans med resultat från andra studier om belastande arbetsförhållanden tolkades detta såsom att det både för individen och arbetsgruppen/enheten blir en lagom och hållbar arbetssituation när fler orkar utföra arbetsuppgifterna (Dellve m.fl., 2003). En annan studie sökte förklaringar kopplade till chefers arbete att ta ansvar för arbetsmiljön, utveckla den och

bedriva det systematiska arbetsmiljöarbetet. Med konkreta frågor om ledning och förutsättningar fångades systematik och organisering av arbetsmiljöarbetet jämte löpande operativ verksamhet och annan verksamhets- och kvalitetsutveckling, i hög och lågincidensorganisationer. Resultat visade på att chefers organisering av arbetsmiljö- och personalvårdande arbete samt förutsättningar för delaktighet i arbetsmiljöarbetet samvarierade med andelen icke-sjukskrivna anställda (Dellve m.fl., 2008). En god basstrukturering hade troligtvis betydelse för att många som arbetar ska kunna ha goda arbetsförhållanden med kontroll och delaktighet. Ljungblad (2015) fann att andelen med låg grad av sjukfrånvaro hade samband med chefers skattningar av organisationers satsningar på att förebygga ohälsa bland anställda.

## Metod

### *Studiedesign*

Studien har en kvantitativ design med fokus på trender och nivåer av få sjukdagar bland sjuksköterskor och undersköterskor under fyra år som kopplades till enkätdata om operativa chefers egenskattade arbete och förutsättningar. Etiska aspekter prövades och godkändes av etikprövningsnämnd (Dnr 2012/94-31/5 och 1075-16).

### *Urval och undersökningsgrupp*

Två sjukhus inom en region var intresserade av att delta i studien. Registerdata för åren 2013-2016 togs fram för samtliga 16 kliniker och deras 41 vårdenheter (n = 2729 helårsarbetare) och utgör studiepopulation vid övergripande beskrivning av förekomst av sjukfrånvaro. Inom ramen för ett större forskningsprojekt hade enkätdata gällande stödjande arbetsförhållanden, ledarstrategier och organisering av OSA samlats in. Vid de sjukhus som inkluderades i denna studie besvarade 114 operativa chefer enkäten. Svarsfrekvensen var 2013 71,5% och 2014 55%. Av de operativa chefernas svar kunde 38 sammanlänkas med de enheter som vi erhållit registerdata för. Vårdenheter avsåg följande verksamheter: medicin (n=8), akutvård (n=7), anestesi (n=5), infektion (n=4), barnmedicin (n=3), vuxenpsykiatri (n=3), barn- och ungdomspsykiatri (n=2), kirurgi (n=2), ortopedi (n=2), förlossning (n=1), neurologi och rehab (n=1). Samtliga sjuksköterskor och undersköterskor som utgjorde undersökningspopulationen vid de valda vårdenheter ingick i studien.

### *Utfallsmått: Enbetsvist få sjukdagar*

Avidentifierade registerutdrag togs fram via arbetsgivarens personaldatabas på grupp- och enhetsnivå. I denna studie avser registerdata statistik om sjukfrån-

varo aggregerat till enhetsnivå för undersköterskor och sjuksköterskor för åren 2013-2016. Sjukfrånvaromåttan avsåg andel fall av få sjukdagar per enhet för respektive grupp och år per det totala antalet helårsarbetande vid respektive grupp det aktuella året (årlig enhetsvis förekomst). Intervall av få sjukfrånvarodagar baserades på tidigare forskning: 0 sjukfrånvarodagar, 0-7 sjukfrånvarodagar och 1-7 sjukfrånvarodagar. På samma sätt togs indelning i längre sjukskrivning fram (8-28 dagar samt långtidssjukskrivning (> 28 dagar) för beskrivande statistik.

### *Förklarande faktorer*

Enhetsvis förekomst av låg sjukfrånvaro kopplades till aspekter på chefsarbete, arbetsförhållanden och förutsättningar som skattats av verksamhets- och enhetschefer via en enkät genom ett tidigare projekt (Dellve m.fl., 2016). De enheter där det fanns enkätdata från 2013 och 2014 (svarsfrekvens 63 %) ingick i analysen av förklarande förhållanden.

*Stödjande arbetsförhållanden* Index från GMSI (Eklöf m.fl., 2011) med följande index och frågor som besvarades på en fem-gradig svarsskala om källor för chefstöd användes:

- *Stödjande organisatoriska strukturer*: Sju frågor om övergripande stöd (egen chef, HR, externt stöd) och klarhet i chefsuppdraget (prioritering och avgränsning) (Cronbachs alfa = 0,74).
- *Stödjande ledningsgrupp*: Sex frågor om stöd i personalfrågor och verksamheten (Cronbachs alfa = 0,88).
- *Stödjande chefskollegor*: Fyra frågor om stöd i personalfrågor och verksamheten (Cronbachs alfa = 0,87).
- *God samverkan med medarbetare*: Sex frågor om samarbetet och tillit mellan operativ chef och medarbetarna i arbetet (Cronbachs alfa = 0,82).
- *Gruppdynamiska problem*: Tre frågor om samarbete och intressekonflikter mellan medarbetare (Cronbachs alfa = 0,74).

*Ledarstrategier* Index från GMSI (Eklöf m.fl., 2011) med följande index och frågor som besvaras på en fem-gradig svarsskala om chefers ledarstrategier riktade mot medarbetare användes:

- *Strukturerande ledarstrategi*: Jag hjälper medarbetare prioritera; Jag omfördelar arbetsuppgifter bland medarbetarna (Cronbachs alfa = 0,76).
- *Närvarande ledarstrategi*: Jag är tillgänglig för medarbetarna; Jag är närvarande i verksamheten för att få en känsla för hur den fungerar (Cronbachs alfa = 0,85).

*Organisering av social och organisatorisk arbetsmiljö (OSA)*. Frågor avsåg (a) dokumenterade riktlinjer, (b) regelbunden uppföljning och utvärdering, (c) resurser och (d) och (e) helhetsbedömning av möjligheter att på ett säkert och tillfredsställande sätt uppfylla chefsansvaret inom fysisk och psykisk arbetsmiljö samt utvecklingsarbeten (Dellve m.fl., 2008).

### *Analys*

I ett första steg räknades årlig enhetsvis förekomst av få sjukfrånvarodagar ut (0, 0-7, 1-7 fall per helårsarbetare) och enhetsvis flerårsförekomst (2013-2016). Med klusteranalyser grupperades enheter in i grupper med avseende på årlig enhetsvis förekomst av få sjukfrånvarodagar (nivåer och utvecklingslinje) över tid, så att klustrernas skillnader framgick så mycket som möjligt (se Jutengren, detta temanummer). Varje kluster indikerar en utvecklingsbana av ökande eller minskande årlig enhetsvis förekomst av få sjukfrånvarodagar över de undersökta åren 2013-2016. Därefter kopplades registerdata samman med enkätdata på arbetsplatsnivå för att presentera beskrivande statistik av medelvärden per kluster (inga signifikanstester gjordes här). För att ta reda på om de olika stödresurserna predicerar klustertillhörighet gjordes *binär logistisk regressionsanalys* med en prediktorvariabel i taget. För att undersöka samvariationer gjordes *linjära regressionsanalyser* med de förklarande variablerna under 2014 och fyra-årsförekomst av låg sjukfrånvaro.

## **Resultat**

### *Förekomst och registerdata*

Resultaten visade att majoriteten att den enhetsvisa förekomsten av inga sjukfrånvarodagar innehöll majoriteten av de anställda (93 %) (range 91-96) och att 1,8 % (range 1,3–2,1) hade 1-7 sjukfrånvarodagar i medeltal per år. En halv procent av medarbetare per enhet var i medeltal sjukskrivna 8-28 dagar (range 0,4-0,7) och 4,3 % (range 2,5-6,5) var i medeltal långtidssjukskrivna (> 28 dagar). Det fanns samvariationer mellan måtten på få sjukfrånvarodagar men inte med personalomsättningen (Tabell 1). En hög andel med ingen sjukfrånvaro samvarierade starkt med att det var få som var långtidssjukskrivna vilket kan indikera hälsa och goda arbetsförhållanden. Det kan också indikera att det fanns få möjligheter till sjukskrivning eller negativa normer för sjukskrivning på enhetsnivå.

### *Analys av kluster med olika utvecklingslinjer*

I ett första steg analyserades utvecklingstrender för enheters årsvisa förekomst av anställda med 0-7 sjukfrånvarodagar (se Jutengren, detta temanummer). Resultaten visade en tydlig utvecklingslinje med enheter som hade en ökande andel anställda med få sjukfrånvarodagar (ökande närvaro) och ett annat kluster av

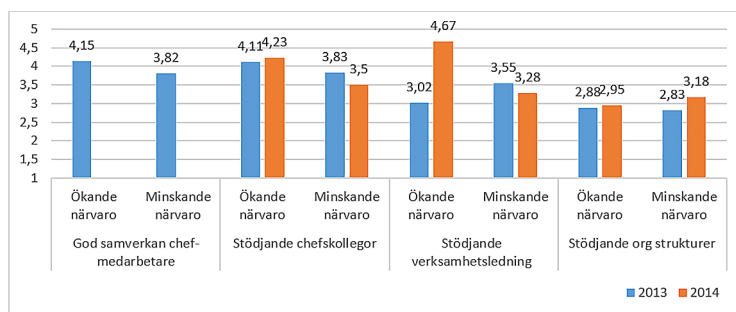


Tabell 1. Korrelationer mellan enhetsvisa mått på få sjukdagar (0 och 1-7 dagar) och längre sjukskrivning samt personalomsättning

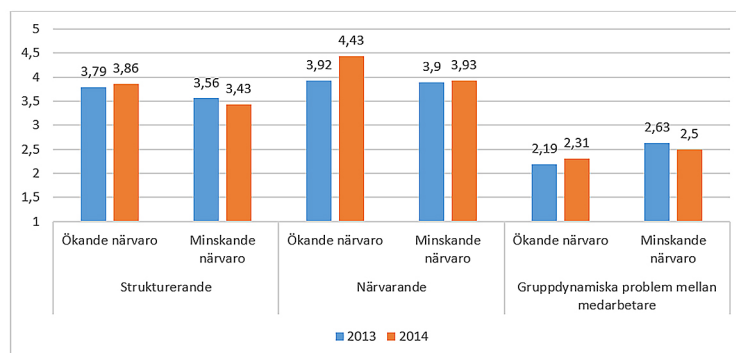
	Enhetsvist få sjukfrånvarodagar	
	0 frånvarodagar	1-7 frånvarodagar
0 sjukfrånvarodagar	-	-0,82
1-7 sjukfrånvarodagar	-0,83	-
8-28 sjukfrånvarodagar	-0,91	0,75
> 28 sjukfrånvarodagar	-0,99	0,74
Personalomsättning	-0,10	0,14

enheter som hade minskande andel anställda med få sjukfrånvarodagar (minskande närvaro).

Medelvärdena för arbetsförhållanden och ledarstrategier i enheter med trend av ökande närvaro indikerade högre grad av stödjande arbetsförhållanden, närvarande och strukturerande ledarskap samt god samverkan mellan chef och medarbetare (Figur 1 och 2). I enheter med minskande trend av närvaro fanns däremot högre grad av samarbetsproblem mellan medarbetare och medarbetare – chef.

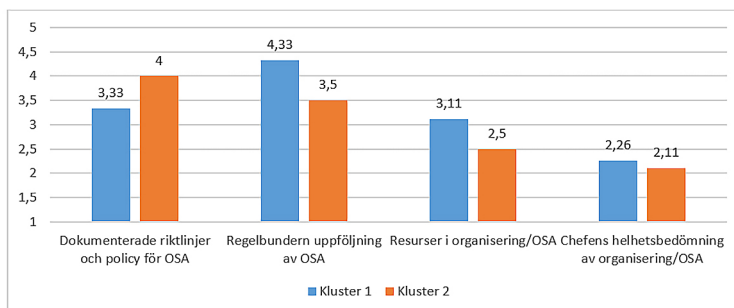


Figur 1. Medelvärden för stödjande arbetsförhållanden i enheter med trend av ökande och minskande närvaro (andel som hade låg sjukfrånvaro).



Figur 2. Medelvärden för ledarstrategier och samarbetsvårigheter i enheter med trend av ökande och minskande närvaro (andel som hade låg sjukfrånvaro).

Medelvärden avseende ledning och organisering av OSA (vid start på trendanalysen, 2013) visade att enheter med trend av ökande närvaro i högre grad hade uppföljning av OSA, mer resurser för OSA och högre grad av tillfredsställelse i helhetsbedömning av att leda och organisera OSA på ett säkert och tillfredsställande sätt. I enheter med minskande trend av närvaro indikerades att det fanns fler riktlinjer kring OSA (Figur 3). Samvariationerna testades med logistisk regression men det fanns inga eller få statistiskt säkra samband.



Figur 3. Medelvärden för organisering av organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA) i kluster med ökande (1) och minskande (2) andel med få sjukdagar.

### *Analys av flerårs-förekomst av få sjukdagar*

Samvariationer mellan stödjande arbetsförhållanden, ledarstrategier samt helhetsbedömning av OSA och enheters flerårs-förekomst av få eller inga sjukdagar undersöktes med linjär regression. I tabell 2 redovisas förklarad varians och signifikansvärdet. Mönstret av grad av samvariationer var något olika: En högre förekomst av 1-7 sjukfrånvarodagar förklarades framförallt av stödjande ledning och god samverkan mellan chef och medarbetare. En högre förekomst av noll sjukfrånvarodagar förklarades framförallt av stödjande ledning och stödjande organisatoriska strukturer.

Tabell 2. Linjär binär regression med enhetsvis 4-årsförekomst av anställda med få sjukdagar som utfall och stödjande arbetsförhållanden, ledarstrategier och organisering av OSA som förklarande variabler. ns= inte statistiskt signifikant.

	Enhetsvis 4-årsförekomst av få sjukdagar	
	1-7 sjukdagar $r^2$ ; $p$ -värde	0 sjukdagar $r^2$ ; $p$ -värde
Gruppdynamiska problem	ns	0.03; 0.090
Samverkan chef-medarbetare	0.19; <0.001	0.03; 0.088
Skapa struktur (chefstrategi)	0.05; 0.037	ns
Vara närvarande (chefstrategi)	ns	0.11; <0.001
Stödjande ledning	0.26; <0.001	0.37; <0.001
Stödjande chefskollegor	0.05; 0.027	ns
Stödjande organisatoriska strukturer	0.12; <0.001	0.21; <0.001
Helhetsbedömning organisering av OSA	0.11; <0.001	0.05; 0.020

## Diskussion

Den bild som man får av sjukfrånvaron beror i någon mån av vilken indikator man väljer. Studien undersökte förekomst och utvecklingen av få sjukfrånvarodagar vid sjukhusenheter. Under 2013–2016 hade den absoluta majoriteten (93 %) av anställda vid en vårdenheter ingen sjukfrånvaro alls per år. Få sjukdagar (1–7 dagar) fanns i medeltal bara för 2 % per enhet. Detta kan jämföras med tio år tidigare (2006) då andelen anställda med ingen sjukfrånvaro var 29 % och 25 % hade 1–7 dagars sjukfrånvaro, i vid båda tillfällena mätt på samma sätt och med registerdata (Dellve, m.fl. 2007a). Liknande andelar skattades då i en enkät bland sjuksköterskor i samma region under samma tid: 22 % skattade ingen sjukfrånvaro och 20 % skattade 1–7 dagars sjukfrånvaro (Dellve m.fl., 2011). Detta innebär att allt färre anställda har någon dag alls som med sjukfrånvaro på en enhet. Förklaringarna till detta skulle kunna spegla positiva eller negativa förhållanden: hälsosamma arbetsförhållanden och friska medarbetare eller pressade verksamheter som kräver närvarande medarbetare plats även trots sjukdom. I denna studie undersöktes inte sjuknärvaro. Om sjuknärvaro var en anledning till noll sjukdagar skulle det kunna innebära allvarlig risk för framtida hälsoproblem och sjukfrånvaro (Skagen & Collins, 2016).

I denna studie fann vi mest positiva förhållanden som indikerade samvariation med ökande trend av få sjukfrånvarodagar: högre grad av stödjande förutsättningar, närvarande och strukturerande ledarskap och organisering av OSA samt god samverkan mellan chef och medarbetare. I enheter med minskande trend av närvaro fanns däremot högre grad av samarbetsproblem mellan medarbetare och medarbetare – chef. Dock var sambanden indikerade eller svaga. Resultaten stärker betydelsen av både strukturerande (Eriksson & Dellve, detta temanummer) och närvarande ledning (Fallman & Kullén Engström, detta temanummer) och organisering av organisatorisk och social arbetsmiljö (Dellve, et al 2008; Åkerlind m.fl., 2013). Tidigare studier om gynnsam utveckling av sjukfrånvaro har också visat den adderande betydelsen av ett stabilt arbetsklimat (med lyssnande, stödjande chef och mindre konflikter) för anställda med stor ansvarskänsla och engagemang (Holmgren m.fl., 2010; 2013).

### *Metoddiskussion*

Det finns relativt lite tidigare kunskap om relationen mellan ledarskap och låg sjukfrånvaro och de studier som hittills publicerats är inte entydiga. Olikheter kan till exempel bero på skillnader i studiedesign, hur ledarskap och organisering samt låg sjukfrånvaro skattats. I denna studie fanns god data men bristande power då alla enheter inte säkert kunde kopplas till chefers enkätsvar. Enbart de kopplingar som var säkerställda gjordes vilket innebar lägre power.

Detta ger en osäkerhet som också minskar generaliserbarhet av resultaten. I tolkning av resultaten ska även noteras att anställdas sjuknärvaro, dvs. att gå till arbetet trots att man är så sjuk att man borde stannat hemma, inte alls kunnat skattas i registerdata eller chefsenkät.

Det behövs bra mått på låg sjukfrånvaro. Det finns dock få tidigare studier som använt data från arbetsgivarens personalregister. En anledning kan vara att kvaliteten i arbetsgivares register varierar och kräver arbete att sammanställa i ett dataset. Validiteten i arbetsgivares register tycks dock ha ökat i de fall då registrering av arbetstid och sjukfrånvaro är direktkopplade till löneutbetalning och då offentliga sektorn utvecklats mot mer standardiserade former för registrering. Analys på enhetsnivå kan dock ge mer grova förklaringar eller enbart spegla det som gynnar grupper. Därmed kan förhållanden av betydelse för individer underskattas.

Vad måtten avspeglar tycks också förändras av sjukförsäkringen och arbetsmarknadssituationen. I vissa tider kanske personalomsättningen bättre avspeglar attraktiva och hållbara arbetsförhållanden? Därför behöver måtten undersökas närmre i de tidsperioder och kontexter som studeras. Genom att undersöka specifika yrken som arbetar med kärnverksamheten inom en bransch där verksamhets- och enhetskontexten varierar borde rimligen kunna ge något närmare förklaringar om hur arbetsförhållanden påverkar trender av låga sjukskrivningsnivåer. Därtill kan rimligtvis stödjande förutsättningar och normer i lokal miljö, arbetsgrupper och organisationer också ha betydelse.

## Slutsatser

Ökad kunskap om vilken eller vilka förhållanden, strategier och processer som stödjer gynnsamma trender av låg sjukskrivning kan ha värde ur individ-, arbetstagar- och samhällsperspektiv. För arbetsgivaren (sjukhusorganisationen) innebär sjukfrånvaron kostnader för vikarier, ökad administrativ arbetstid att finna vikarier till en 24-timmarsverksamhet att det kan bli tapp i vårdens produktion, kompetens och kvalitet. Resultaten kan ge viss vägledning i frågan om vad som behöver proaktivt åtgärdas för att minska sjukfrånvaro på ett hållbart sätt. Först och främst är det viktigt att ställa frågan om det är rimligt och hållbart i längden att den absoluta majoriteten som är anställd på en vårdavdelning inte har en enda sjukfrånvarodag per år? Finns normer om frånvaro eller arbetsvillkor som skapar inlåsning eller finns det andra anledningar som inte främjar hållbarhet? Resultatet visade att låga nivåer av sjukfrånvaro (max sju dagar per år) fanns vid enheter där det fanns stödjande ledningsförhållanden, ledarstrategi som stöttade medarbetare att strukturera arbetet och en bra samverkan mellan chef och medarbetare. Även närvarande ledarstrategi och stödjande or-

tema

organisatoriska strukturer visade indikerade samband – men med hög förekomst av ingen sjukdag alls. Framtida studier bör undersöka huruvida det är hållbart för hälsan och hur det påverkar att långsiktigt arbeta kvar inom vården.

## Referenser

- AFS 2015:4. *Organisatorisk och social arbetsmiljö*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- AFA (2019). *Nya månadsersättningar – minskat med 60 procent*. [https://www.afaforsakring.se/globalassets/forebyggande/analys-och-statistik/rapporter/2019/afa\\_rapport\\_manadsersattningar.pdf](https://www.afaforsakring.se/globalassets/forebyggande/analys-och-statistik/rapporter/2019/afa_rapport_manadsersattningar.pdf)
- Arbetsmiljöverket (2016). *Arbetsorsakade besvär 2016*. (Rapport 2016:3). Stockholm.
- Arbetsmiljöverket (2018). *Arbetsmiljön 2017*. (Rapport 2018:2). Stockholm.
- Aronsson G., & Gustafsson K. (2005). Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 958–966.
- Böckerman, P., & Laukkanen, E. (2010). What makes you work while you are sick? Evidence from a survey of workers. *European Journal of Public Health*, 20(1), 43-46.
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M., & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 19-60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnur-stu.2018.04.016>.
- Dellve, L., Andreasson, J., Eriksson, A., Strömberg, M., & Williamsson, A. (2016). *Nyorientering av svensk sjukvård: Verksamhetsstjänande implementeringslogiker bygger mer hållbart engagemang och utveckling - i praktiken*. (Rapport 2016:1). Stockholm: STH, KTH.
- Dellve, L., Andreasson, J., & Jutengren, G. (2013). Hur kan stödresurser understödja hållbart ledarskap bland chefer i vården? *Socialmedicinsk tidskrift*, 90(6), 866-877.
- Dellve, L., Eriksson, J., & Vilhelmsson, R. (2007a). Assessment of long-term work attendance within human service organisations. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 29(2), 71-80.
- Dellve, L., & Eriksson, A. (2017). Health-promoting managerial work: A theoretical framework for a leadership program that supports knowledge and capability to craft sustainable work practices in daily practice and during organizational change. *Societies*, 7(2), 12.
- Dellve, L., Hadzibajramovic, E., & Ahlberg, G. (2011). Work attendance among health care workers: prevalence, incentives and consequences for health and performance. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1918-1929.
- Dellve, L., Karlberg, C., Allebeck, P., Herloff, B., & Hagberg, M. (2006). Macro-organizational factors, the incidence of work disability, and work ability among the total workforce of home care workers in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(1) 17-25.
- Dellve, L., Lagerström, M., & Hagberg, M. (2003). Dellve, L., Lagerström, M., & Hagberg, M. (2003). Work-system risk factors for permanent work disability among home-care workers: A case-control study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 76(3), 216-224.
- Dellve, L., Skagert, K., & Eklöf, M. (2008). The impact of systematic occupational health and safety management for occupational disorders and long-term work attendance. *Social Science & Medicine*, 67(6), 965-970.

- 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.
- Eriksson, A. & Dellve, L. (2020). Effekter av ledarprogram för hållbart och hälsofrämjande ledarskap på sjukfrånvaro, sjuknärvaro och utmattning. *Socialmedicinsk tidskrift, 97*(1).
- Eklöf, M., Pousette, A., Dellve, L., Skagert, K., & Ahlberg, G. (2010). *Gothenburg Manager Stress Inventory (GMSI) Utveckling av ett variations- och förändringskänsligt frågeinstrument för mätning av stressorexponering, copingbeteende och copingresurser bland 1:a och 2:a linjens chefer inom offentlig vård och omsorg.* (ISM-rapport nr 7). Göteborg: Institutet för Stressmedicin.
- Fallman, S. L., Jutengren, G., & Dellve, L. (2019). The impact of restricted decision-making autonomy on health care managers' health and work performance. *Journal of Nursing Management, 27*(4), 706-714.
- Fallman, S. L. & Kullén Engström A. (2020) Har organisatoriska förutsättningar och ledarskapsstrategier betydelse för att främja låg sjukfrånvaro inom hälso- och sjukvården? *Socialmedicinsk tidskrift, 97*(1).
- Forte (2015). *Psyisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. En kunskapsöversikt.* Stockholm.
- Försäkringskassan (2014). *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser.* (Socialförsäkringsrapport 2014:4). Stockholm: Försäkringskassan.
- Försäkringskassan (2016). *Förslag på utfallsmått för att mäta återgång i arbetet efter sjukskrivning.* (Socialförsäkringsrapport 2016:9). Stockholm: Försäkringskassan.
- Försäkringskassan (2018). *Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad.* (Socialförsäkringsrapport 2018:2). Stockholm: Försäkringskassan.
- Gimeno, D., Bültmann, U., Benavides, F., Alexanderson, K., Abma, F., Ubalde-López, M., Roelen, C. A. M., Kjeldgård, L., & Delclos, G. (2014). Cross-national comparisons of sickness absence systems and statistics: Towards common indicators. *The European Journal of Public Health, 24*(4), 663-666.
- Hensing, G., Alexanderson, K., Allebeck, P., & Bjurulf, P. (1998). How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures. *Scandinavian journal of social medicine, 26*(2), 133-144.
- Holmgren, K., Ekbladh, E., Hensing, G., & Dellve, L. (2013). The Combination of Work Organizational Climate and Individual Work Commitment Predicts Return to Work in Women But Not in Men. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 55*(2), 121-127.
- Holmgren, K., Hensing, G., & Dellve, L. (2010). The association between poor organizational climate and high work commitments, and sickness absence in a general population of women and men. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 52*(12), 1179-1185.
- Inspektionen för socialförsäkringen [ISF] (2015). *Årlig rapport 2014.* (Rapport 2015:1) Göteborg: Inspektionen för socialförsäkringen.
- Johansen, V., Aronsson, G., & Marklund, S. (2014). Positive and negative reasons for sickness presenteeism in Norway and Sweden: A cross-sectional survey. *BMJ Open, 4*(2), E004123.
- Jutengren, G. (2020) Sjukfrånvaro i sjukvården: Trendanalyser över en fyraårsperiod med hjälp av klusteranalys. *Socialmedicinsk tidskrift, 97*(1)
- Leineweber, C., Kecklund, G., Theorell, T., Åkerstedt, T., Alexandersson, K., & Westerlund, H. (2013). Inflytande över arbetstiden och sjuknärvaro/sjukfrånvaro. *Arbetsmarknad & Arbetsliv, 19*(4), 87-99.
- Leineweber, C., Westerlund, H., Hagberg, J., Svedberg, P., Luukkala, M., & Alexanderson, K. (2011). Sick-

## tema

- ness presenteeism among Swedish police officers. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(1), 17-22.
- Ljungblad, C. (2015). *Workplace health promotion and employee health in municipal social care organizations*. Avhandling. Institutionen för klinisk neurovetenskap.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2003). *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturgenomgång*. Stockholm.
- Schreuder, J.A.H., Roelen, C.A.M., van der Klink, J.J.L. & Groothoff, J.W. (2013). Characteristics of zero-absenteeism in hospital care. *Occupational Medicine*, 63, 266–273.
- Skagen, K., & Collins, A. (2016). The consequences of sickness presenteeism on health and wellbeing over time: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 161, 169-177.
- Voss, M., Floderus, B., & Diderichsen, F. (2001). Physical, psychosocial, and organisational factors relative to sickness absence: a study based on Sweden Post. *Occupational and Environmental Medicine*, 58(3), 178-184.
- Wong, C. A. & Laschinger, H. K. S. (2013). Authentic leadership, performance, and job satisfaction: the mediating role of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 947-959.
- Åkerlind, I., Larsson, R., & Ljungblad, C. (2013). Ledarskap, socialt klimat, hälsofrämjande åtgärder och sjukfrånvaro – en jämförande studie inom vård och omsorg i 60 kommuner. *Socialmedicinsk tidskrift*, 6, 799-809.