

Riskorienterat arbetssätt

FÖR MINSKAD SJUKFRÅNVARO – LÄRDOMAR FRÅN TRE
ÅRS ANALYSARBETE OCH PILOTTEST AV INSATSER



Sveriges
Kommuner
och Regioner

Förord

Arbetsmiljöarbete och hälsofrämjande arbete är viktiga och prioriterade frågor i kommuner och regioner. Att förebygga och förkorta sjukfrånvaro och möjliggöra för medarbetare att stanna eller återgå i arbete är viktigt för den enskilda medarbetaren såväl som för organisationen. Sjukfrånvaro kan ha många olika orsaker och det är många faktorer som bidrar till medarbetarens hälsa och välmående. Att påverka sjukfrånvaro är därför en känd utmaning. Vår erfarenhet är att arbetsgivare i kommuner och regioner har god kompetens inom arbetsmiljöfrågor och de medarbetare inom hälso- och sjukvårdsfrågor som utfärdar sjukintyg har god kunskap kring behandlande och rehabiliterande åtgärder. Vi vet också att god samverkan mellan arbetsgivare och vårdgivare ger möjligheter att både förebygga sjukfrånvaro och underlätta arbetsåtergång. För att stärka det arbete som pågår ville SKR ge utökad möjlighet till lärande och samverkan mellan regionen som arbetsgivare och vårdgivare.

I syfte att bidra till ett sådant lärande genomfördes ett omfattande analysarbete samt workshops i flera regioner och kommuner. Detta bidrog till ökad kunskap om arbetsgivarens och vårdgivarens arbete och förutsättningar och ledde till att ett nytt arbetssätt, ett så kallat ”Riskorienterat arbetssätt” utvecklades. Arbetssättet utgår ifrån forskningen om vikten av att tidigt fånga upp risk för sjukfrånvaro och arbeta förebyggande och främjande på tre nivåer samtidigt; organisation, ledarskap och individ. Ett riskorienterat arbetssätt innebär att en region eller kommun identifierar vilka arbetsplatser som har en högre och ökande sjukfrånvaro jämfört med andra arbetsplatser. Utöver det identifieras personer som riskerar att få en längre sjukfrånvaro. För dessa arbetsplatser och personer görs en fördjupad kartläggning och sedan genomförs specifika insatser riktade till arbetsplatsen och till individerna. De med en större risk för sjukskrivningar får följaktligen extra stöd. Att arbeta riskorienterat är ett komplement och en förstärkning till ordinarie arbetsmiljöarbete. Under åren 2018–2019 genomfördes pilottest med det nya arbetssättet i två regioner. Erfarenheterna från utvecklingsarbetet har visat positiva resultat med minskad sjukfrånvaro. Vi hoppas att du med intresse tar del av erfarenheterna och funderar på om det här kan vara något för din kommun eller region att prova.

Reviderad Stockholm, februari 2021

Helén Lundkvist Nymansson

Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

Sammanfattning	6
Om denna rapport	8
Termer och begrepp	9
Friska medarbetare ger positiva effekter på välfärden	12
Arbete är positivt och en bra arbetsplats bidrar till god hälsa	12
Det systematiska arbetsmiljöarbetet är grunden i arbetet med friska arbetsplatser.....	14
Det finns kunskaper om varningssignaler och effektiva insatser	14
Det finns stora skillnader i sjukfrånvaro inom Sverige	15
Välfärdens medarbetare – en fjärdedel av arbetsmarknaden.....	22
Förändringar i sjukfrånvaro påverkar välfärdens kostnader, kompetensförsörjning och kvalitet.....	25
God samverkan mellan medarbetare, arbetsgivare, vårdgivare och Försäkringskassan kan bidra till återställd arbetsförmåga.....	30
För att nå en låg och stabil sjukfrånvaro kan både samverkan och riskorienterade arbetssätt vara viktiga pusselbitar	33
Arbetet är baserat på kvalitativ och kvantitativ analys av sjukfrånvarons omfattning och konsekvenser	35
Arbetet har omfattat tre faser	35
Kvantitativa och kvalitativa metoder som använts genomgående i alla faser ...	36
Fas 1: Behovsanalys i fem regioner och åtta kommuner	37
Fas 2: Utveckling av insatser och modell för pilottest tillsammans med regionerna	40
Fas 3: Pilottest av det riskorienterade arbetssättet i två regioner med löpande uppföljning	42
Det finns riskgrupper för sjukskrivning som går att identifiera	49
Fyra riskgrupper som är möjliga att identifiera med statistik från lönesystemet	49
Arbetsplatser med hög och ökande sjukfrånvaro kan ha många olika typer av utmaningar	50
Medarbetare med upprepad korttidsfrånvaro har en högre risk för längre sjukskrivning.....	54
Medarbetare som återgår i arbete efter sjukskrivning har en ökad risk för ny sjukskrivning särskilt inom vård och omsorg.....	58
Risken för återfall i ny sjukskrivning är större för medarbetare med upprepad korttidsfrånvaro.....	59
Beskrivna riskgrupper på medarbetar- och arbetsplatsnivå har en högre vårdkonsumtion än andra medarbetare	60

Riskgrupper på medarbetar- och arbetsplatsnivå har en högre förekomst av psykisk ohälsa och smärta	61
Det finns goda möjligheter att stärka arbetet med riskgrupper	63
Många organisationer arbetar med friskfaktorer och systematiskt arbetsmiljöarbete.....	63
När ett riskorienterat arbetssätt saknas får det konsekvenser.....	64
Arbetsätten för att ge stöd till arbetsplatser kan förbättras	64
Arbetsätt för att fånga upp och ge stöd till medarbetare i riskgrupper kan uppdateras med tidigare identifiering, bli tydligare och möjliggöra ökad medarbetaranpassning.....	65
Tre sammanlänkade insatser har testats för att förebygga sjukfrånvaro och förbättra effektiviteten i samverkan	68
Resultaten visar att insatserna är uppskattade och kan minska sjukfrånvaro och kostnader	71
Sammanfattning av resultaten	71
1 100 medarbetare tog del av insatserna under pilottestet.....	72
Insatserna nådde målgrupper med relativt hög sjukfrånvaro och hög förekomst av psykisk ohälsa och smärta	73
Det finns skillnader i genomförande mellan regionerna som påverkar resultaten	75
Insatserna har uppskattats av medarbetare, chefer och HR	79
De som intervjuades upplevde att insatserna utgjorde en förstärkning av arbetsmiljöarbetet.....	81
Arbetsmiljö och hälsa kan ha förbättrats av insatserna och ingen uppger att de har försämrats	83
Sjukfrånvaron och relaterade kostnader minskade i deltagande regioner.....	84
Den samlade bedömningen är att riskorienterat arbetssätt är genomförbart och kan ge goda resultat	89
Några faktorer försvårar jämförelsen av resultaten mellan olika grupper	89
Insatserna har testats under cirka 15 månader – en längre uppföljningsperiod kommer visa om effekterna kvarstår	92
Insatserna har utvärderats med en gedigen uppföljningsmodell men är inte forskning.....	92
Parallellt med utvecklingsarbetet har flera större förändringar skett i regionerna	93
SKR:s samlade bedömning är att insatserna ger goda resultat när de genomförs som en helhet.....	93
Inspiration och stöd till kommuner och regioner att se över arbetet med riskgrupper och förstärka sina arbetssätt	94

Sammanfattning

Mer än var tionde invånare, 1 200 000 personer, arbetar i kommuner och regioner¹. Det är dessa personer som får vård, skola och omsorg att fungera, varje dag. Att välfärdens medarbetare mår bra och har det bra på jobbet är viktigt för hela samhället.

Att vara i arbete är en friskfaktor som ger meningsfullhet, social samvaro och struktur på dagen. Tyvärr har det under en längre tid varit vanligare att vara sjuk och frånvarande från arbetet i kommuner och regioner än inom myndigheter och privat sektor och detta får konsekvenser. För kvinnor och män som medarbetare innebär det en ökad risk för sämre hälsa, livskvalitet och privatekonomi. Samtidigt som arbetsgivaren får högre kostnader, sämre möjligheter till kompetensförsörjning och det finns risk att verksamheternas kontinuitet och kvalitet påverkas negativt.

Forskning har visat att en viss sjukfrånvaro är ofrånkomlig i den här typen av verksamheter men att en betydande andel av sjukfrånvaron kan gå att förebygga och förkorta med rätt insatser.

För att kvinnor och män som medarbetare ska kunna ha fortsatt god hälsa och stanna i arbete behöver vi bli bättre på att förebygga problemen med den höga sjukfrånvaron och sätta in tidiga insatser. Från SKR:s analys- och utvecklingsarbete i fem regioner och åtta kommuner är det tydligt att dessa arbetsgivare i de flesta fall har strategier, policier och processer på plats för hälsofrämjande arbete, systematiskt arbetsmiljöarbete och för rehabilitering av enskilda medarbetare. Ett område där det samtidigt funnits utrymme till förbättring har varit att arbeta med fokus på grupper i risk för sjukskrivning.

Resultaten av arbetet visar att det går att identifiera riskgrupper för högre sjukfrånvaro både på medarbetar- och arbetsplatsnivå utifrån den data som arbetsgivaren har tillgång till. Två särskilda riskgrupper på medarbetarnivå har identifierats och beskrivits i analysarbetet:

- *Medarbetare med upprepad korttidsfrånvaro* (tre eller fler tillfällen under ett år) utgör cirka tjugo procent av medarbetarna, de står för en stor del av kostnaderna för sjukfrånvaron och har en högre risk för längre sjukskrivning samt för att återfalla i ny sjukskrivning efter att de återgått i arbete. Analysarbetet visar också att dessa medarbetare i högre utsträckning har diagnoser inom psykisk ohälsa och smärta. De medarbetare, chefer och vårdpersonal som intervjuats pekar på att orsaken till sjukskrivningsmönstren både kan handla om faktorer hos medarbetaren och på arbetsplatsen.
- *Medarbetare som återgår i arbete efter en längre sjukskrivning* har en högre risk för att återfalla i ny sjukskrivning, särskilt om de före den längre sjukskrivningen haft en upprepad korttidsfrånvaro.

¹ SKR Personalen i siffror 2019

Från analysarbetet är det tydligt att en majoritet av arbetsplatserna inom en förvaltning följer det övergripande sjukfrånvaromönstret i organisationen. Men inom alla förvaltningar går det att hitta arbetsplatser med en hög och ökande sjukfrånvaro. På dessa arbetsplatser är det vanligare att medarbetarna har diagnoser inom psykisk ohälsa och smärta. Det genomförda arbetet visar att det på dessa arbetsplatser kan finnas många olika typer av utmaningar – allt från obalans mellan krav och resurser till kränkande särbehandling och mobbing.

I det utvecklingsarbete som SKR genomfört tillsammans med regioner och kommuner har vi studerat om det finns möjligheter att förbättra hur arbetet med dessa riskgrupper fungerar och hur samverkan mellan vård och arbetsgivare kan förbättras genom *riskorienterade arbetssätt*.

Att arbeta riskorienterat innebär att fånga upp medarbetare och arbetsplatser med *risk* för sjukfrånvaro och genomföra aktiviteter för att förebygga sjukfrånvaro och åstadkomma friska arbetsplatser. För att lyckas behövs aktiviteter på tre nivåer: lednings-, arbetsplats-, medarbetarnivå.

Under 2018 och 2019 har SKR i samarbete med Region Norrbotten och Region Skåne utvärderat riskorienterade arbetssätt. Resultaten från den uppföljningen går i linje med tidigare erfarenheter från forskning; med ett systematiskt helhetsgrepp där det finns ett förebyggande arbete på alla tre nivåerna går det att minska sjukfrånvaron och därmed även minska kostnader och förbättra kompetensförsörjning. Sjukfrånvaron i båda regionerna hade minskat mer än det nationella genomsnittet. Region Norrbotten, som arbetade med hela insatsmodellen under uppföljningsperioden, minskade sin sjukfrånvaro i piloten med cirka 13,6 procent, nästan dubbelt så mycket som regionens mål på sju procent. Nationellt minskade sjukfrånvaron under samma period med två procent, eller 0,2 nettodagar per försäkrad. Regionens beräknade kostnader för sjukfrånvaron minskade med ca 1 550 kronor per medarbetare i regionen och med 3 650 kronor per medarbetare i den direkta målgruppen för insatserna. Detta gjorde att den totala beräknade årskostnaden för sjukfrånvaron minskade med cirka 11,3 miljoner kronor. Den minskade sjukfrånvarons effekter på kompetensförsörjningen motsvarar att cirka 46 heltidstjänster var åter i arbete. Kvinnor och män som medarbetare och chefer upplever samtidigt att arbetet är ett värdefullt bidrag till och en förstärkning av befintliga arbetssätt.

Om denna rapport

Under tre år har SKR Uppdrag psykisk hälsa arbetat med ett analysarbete och pilottest av arbetssätt för att hitta, fånga upp och ge tidiga insatser till medarbetare med risk för sjukskrivning. Analysarbetet har resulterat i en utveckling av ett riskorienterat arbetssätt. I denna rapport sammanfattar SKR lärdomar från arbetet ”Samverkan för minskad sjukskrivning” inklusive beskrivning av kvantitativa och kvalitativa metoder, resultat från analysarbete och resultat från pilottest av insatser. Arbetet har finansierats genom överenskommelsen om sjukskrivning och rehabilitering. Rapporten inkluderar också vissa erfarenheter från arbetet med Arbetsmiljö och hälsa, ett analysarbete som SKR Uppdrag psykisk hälsa genomförde i samarbete med åtta kommuner och som sedan fortsatt i två kommuner som även de testat ett riskorienterat arbetssätt.

Rapporten baseras på statistik från samtliga kvinnor och män på arbetsplatser i åtta kommuner och fem regioner, underlag från intervjuer med sammanlagt cirka trehundra medarbetare (semistrukturerade intervjuer eller fokusgruppsintervjuer), samt enkätsvar från över tusen medarbetare kring sjukfrånvaro, arbetsmiljö och arbetssätt.

Praktiskt stöd för hur det är möjligt att genomföra ett liknande arbete beskrivs i en separat handbok. Handboken riktar sig till personer som arbetar i en region eller kommun och ansvarar för frågor om hälsofrämjande aktiviteter, arbetsmiljö, sjukfrånvaro eller rehabilitering. Den är tänkt att fungera som en vägledning för hur organisationer steg för steg kan stärka sina arbetssätt med fokus på riskgrupper och på så sätt arbeta mer förebyggande för att minska sjukfrånvaro.

Vi vill rikta ett stort tack till de regioner och kommuner som deltagit i det här analys- och utvecklingsarbetet. Tack vare ert engagemang, och den tid som lagts ner av såväl medarbetare, controllers, chefer, HR och högsta ledning har vi ny kunskap och insikter som kan användas för att skapa bättre förutsättningar för friska medarbetare och hållbara arbetsplatser genom att fånga upp och stötta de med störst risk.

Särskilt tack riktas till Region Norrbotten och Region Skåne som varit med i hela arbetet under tre år. Tack även till Region Gotland, Region Västerbotten, Region Örebro län, Botkyrka kommun, Borås stad, Gällivare kommun, Håbo kommun, Kungsbacka kommun, Nynäshamns kommun, Vänersborgs kommun och Örnsköldsviks kommun som deltagit under olika delar av arbetet.

Termer och begrepp

Vad menar vi med medarbetare?

Det förekommer olika begrepp för att beskriva de kvinnor och män som uppstår en anställning på olika arbetsplatser i kommuner och regioner. I denna rapport har vi valt att använda begreppet medarbetare. I de flesta fall är begreppet medarbetare i denna rapport avgränsat till personer med månadsanställning. I ett fåtal kommuner inkluderar begreppet medarbetare kvinnor och män som är både månadsavlönade och timavlönade (detta motiveras då utifrån att timanställning i dessa organisationer varit en mycket vanlig anställningsform inom vissa förvaltningar och att personer med timanställning ändå gått på schema och därmed haft sjukfrånvaro med såväl sjuklön som sjukpenning).

Vad menar vi med sjukfrånvaro?

Med sjukfrånvaro menar vi den tid som medarbetare är frånvarande från arbetet till följd av ohälsa. Begreppet sjukfrånvaro används i denna rapport för både den korta sjukfrånvaron (dag 1–14) då arbetsgivaren uppstår kostnaden för sjuklön och för de längre sjukskrivningar (från dag 15) där Försäkringskassan bär kostnaden. När vi beskriver sjukfrånvarons omfattning och förändringar i denna rapport har vi valt att i huvudsak använda oss av variabeln ”nettodagar”, där en dag i sjukskrivning motsvarar åtta frånvarotimmar från planerad arbetstid.

Vad menar vi med riskgrupper?

Den här rapporten handlar om sjukfrånvaro och begreppet riskgrupper innebär därmed om grupper med en ökad risk för just sjukfrånvaro. Det kan vara enskilda medarbetare eller arbetsplatser som har en ökad risk. Det finns flera riskfaktorer för sjukfrånvaro både på medarbetar- och arbetsplatsnivå – där en del riskfaktorer är lättare att mäta och vara uppmärksam på än andra. I det analysarbete som beskrivs har SKR med hjälp av analys av statistik identifierat riskgrupper för sjukfrånvaro baserat på den data som arbetsgivare själva har tillgång till, det vill säga statistik från lönesystem eller rehabiliteringssystem. På arbetsplatsnivå handlar det om arbetsplatser med hög och ökande sjukfrånvaro. På medarbetarnivå handlar det om medarbetare med tre eller fler korta sjukfrånvarotillfällen (dag 1–14) under en tolv månadersperiod samt medarbetare som återgår i arbete efter sjukskrivning. I denna rapport används begreppen sjukfrånvaro och sjukskrivning synonymt.

Vad är riskorienterat arbetssätt i denna rapport?

Att arbeta riskorienterat innebär att fånga upp medarbetare och arbetsplatser med risk för sjukfrånvaro och genomföra aktiviteter för att förebygga sjukfrånvaro och åstadkomma friska arbetsplatser. För att lyckas behövs aktiviteter på tre nivåer: lednings-, arbetsplats- och medarbetarnivå.

NÅGRA VANLIGA BEGREPP NÄR DET GÄLLER ATT MÄTA SJUKFRÅNVARO

Det finns många olika begrepp som används inom uppföljning och analys av sjukfrånvaro och inom HR. Många kommuner och regioner använder sig av samma begrepp och nyckeltal som SKR:s medan andra har valt egna. Könsuppdelad statistik bör vara en utgångspunkt vid uppföljning av sjukfrånvaro, och en analys utifrån kön, och eventuellt andra faktorer som ålder, funktionsnedsättning etcetera bör göras. Här följer några av de vanligaste begreppen och hur de brukar förklaras.

- *Ohälsotalet* är en av de indikatorer Försäkringskassan följer upp. Ohälsotalet avser antalet utbetalda nettodagar med sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning och aktivitetsersättning per registrerad försäkrad i gruppen 16–64 år under den senaste tolv månadersperioden.
- *Sjukpenningtalet* är en av de indikatorer Försäkringskassan följer upp. Sjukpenningtalet avser antalet utbetalda nettodagar med sjukpenning och rehabiliteringspenning per registrerad försäkrad i gruppen 16–64 år (exklusive försäkrade med hel sjuk- eller aktivitetsersättning) under den senaste tolv månadersperioden.
- *Sjuktalet* är en av de indikatorer Försäkringskassan följer upp. Sjuktalet avser antal bruttodagar med sjukpenning per registrerad försäkrad i gruppen 16–64 år under den senaste tolv månadersperioden.
- *Sjukfrånvaro i procent* (den obligatoriska sjukfrånvaroredovisningen) är den variabel som oftast följs upp inom organisationen. Med detta avses andelen total sjukfrånvarotid av sammanlagd ordinarie arbetstid.
- *Nettodagar* med sjukfrånvaro avser att dagar med partiell ersättning räknas om till hela dagar, exempelvis blir två dagar med halv ersättning en nettodag. Begreppet utgår från att åtta sjukfrånvarotimmar motsvarar en nettodag.
- *Bruttodagar* med sjukfrånvaro avser det antal kalenderdagar som personen varit sjukfrånvarande, från den första dagen i sjukfallet till sista (eller nuvarande dag vid pågående sjukfrånvaro). Sjukförsäkringens ersättningsvillkor och bedömningsgrunderna i rehabiliteringskedjan baserar sig på bruttodagar.

Det finns säsongsvariationer för sjukfrånvaro som gör att samtliga variabler för att mäta sjukfrånvaro brukar följas över en tolv månadersperiod alternativt jämföras med samma tidsperiod föregående år.

OM COVID-19 OCH NYA FÖRUTSÄTTNINGAR

Att välfärdens medarbetare är viktiga och gör stor skillnad har aldrig varit så aktuellt som under våren 2020. I och med den rådande pandemin och dess konsekvenser på välfärdens verksamheter inom framför allt vård och omsorg men också inom socialtjänst och skola så har det tillkommit nya eller ökade riskfaktorer för psykisk ohälsa. Exempelvis visar tidiga forskningsresultat en högre risk för PTSD och psykisk ohälsa hos vårdpersonal och att vissa personalgrupper kan ha en högre risk än andra. Forskning visar också att det finns insatser som kan förebygga. Tidigare kriser har också lärt oss att det kan komma en ökad psykisk ohälsa och ökade sjukskrivningar efter krisen.

När denna rapport skrivs är det för tidigt att säga vad de långsiktiga effekterna av covid-19 kommer att bli när det kommer till medarbetarnas psykiska ohälsa och risken för sjukskrivning. Vad gäller riskorienterade arbetssätt så kan det exempelvis finnas behov av att lära av den förändrade situationen och justera vissa riskfaktorer utifrån ett nytt normalläge. Det är viktigt att ett sådant lärande tar sin utgångspunkt i ett analysarbete av såväl riskfaktorer för sjukfrånvaro som ett jämställdhetsperspektiv.

Betydelsen av riskorienterade arbetssätt bedömer vi kommer öka snarare än minska till följd av pandemin och kan utgöra en viktig pusselbit i en långsiktig lösning när det gäller att fånga upp medarbetare såväl som arbetsplatser där risken är stor för ohälsa och sjukfrånvaro.

Friska medarbetare ger positiva effekter på välfärden

I det här kapitlet beskriver vi en kort bakgrund till arbetet med samverkan för minskad sjukskrivning. Hur har sjukfrånvaron varierat över tid? Vad är situationen i kommuner och regioner kopplat till sjukfrånvaro, och vilka konsekvenser får sjukfrånvaron för kvinnor och män på arbetsplatserna där? Varför är det viktigt att stärka samverkan i regionens roll som arbetsgivare och vårdgivare? Vilka positiva konsekvenser kan friskare medarbetare och minskad sjukfrånvaro medföra? Vidare ger vi en introduktion till risker för sjukskrivning för de kvinnor och män som är medarbetare i välfärden, baserat på tidigare analysarbeten och forskning. I kapitlet refereras ibland till SKR:s fördjupade analysarbete. Med detta menas de analyser som SKR genomförde i fem regioner och åtta kommuner under 2017–2019 och som ligger till grund för den här rapporten.

Arbete är positivt och en bra arbetsplats bidrar till god hälsa

Våra jobb kan ge oss meningsfullhet, status, identitet, struktur, kreativitet, social samvaro och möjlighet att lära nya saker². Alla dessa aspekter av ett arbete är saker som gör att vi mår bättre och varför att vara i arbete betraktas som en friskfaktor.

Det finns gott om stöd i forskningen för att arbetsplatsen kan skapa goda förutsättningar för hälsa hos de kvinnor och män som arbetar där – både genom det förebyggande och hälsofrämjande arbetet och genom att ha välfungerande processer för tidiga aktiviteter och rehabilitering när ohälsa uppstår. En grund i detta är det systematiska arbetsmiljöarbetet³ men flera andra faktorer kan ha stor påverkan. Bland de faktorer som enligt aktuell kunskap har positiv inverkan på medarbetarnas hälsa återfinns ett ledarskap med fokus på visioner och mål ("transformativt ledarskap") där hänsyn tas till behoven hos medarbetarnas vilka också får vara delaktiga i utformningen av arbetet.

"Kännetecknande för hälsofrämjande arbetsplatser är att man med arbetsplatsen som utgångspunkt vill erbjuda goda arbetsvillkor, ett gott arbetsklimat och ge förutsättningar för personlig och professionell utveckling."
Institutet för stressmedicin, Västra götalandsregionen

² Institutet för stressmedicin: Hälsa på arbetsplatsen 2018

³ Myndigheten för arbetsmiljökunskap 2020: Faktorer som skapar friska arbetsplatser

Ytterligare faktorer som påverkar är exempelvis meningsfullt arbete, socialt stöd, samarbete, medarbetarens och gruppens tilltro till sig själv, arbetsplatsens innovationsklimat samt avsaknad av mobbing, rollkonflikter och konflikt mellan arbete och privatliv.

SKR har tillsammans med parterna inom ramen för Suntarbetsliv⁴ utvecklat en rad olika stöd och verktyg för kommuners och regioners arbete med att skapa en god arbetsmiljö och därmed utveckla verksamheten. Utgångspunkten är kunskapen om vad som skapar friska arbetsplatser (se Figur 1).

Figur 1 Friskfaktorerna som ligger till grund för Suntarbetslivs arbete. De bygger på forskning om vad som skapar friska arbetsplatser.



Källa: Suntarbetsliv

⁴ SKR driver sedan 2012 Föreningen Suntarbetsliv i samverkan med de fackliga organisationerna och de kommunala företagens arbetsgivarorganisation Sobona. Utifrån forskning och arbetsmiljökunskap utvecklar Suntarbetsliv stöd och verktyg för att underlätta arbetsmiljöarbetet i kommuner, regioner och företag. Bl.a. utbildningar för systematiskt arbetsmiljöarbete samt organisatorisk och social arbetsmiljö. Målgruppen är i första hand chefer och skyddsombud.

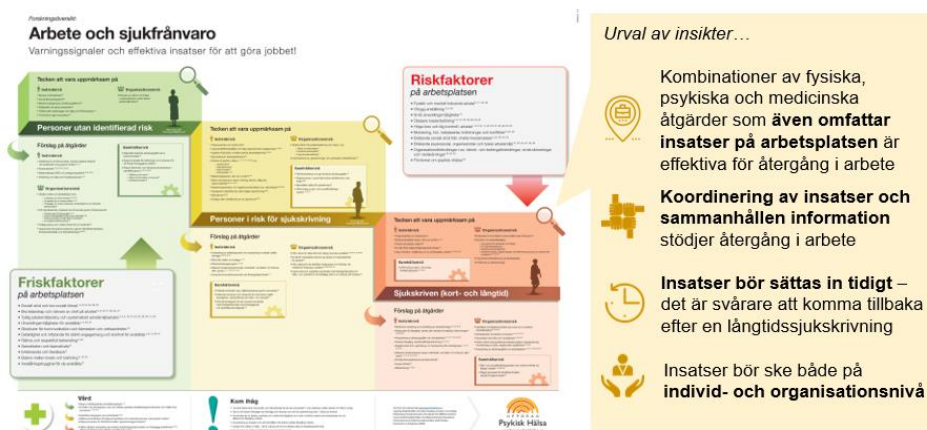
Det systematiska arbetsmiljöarbetet är grunden i arbetet med friska arbetsplatser

Alla arbetsplatser ska ha ett systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM). Det innebär ett arbete där arbetsgivaren undersöker, genomför och följer upp verksamheten i syfte att förebygga olyckor och ohälsa - ett av arbetsgivarens viktigaste ansvar. I det systematiska arbetsmiljöarbetet ingår såväl organisatoriska som psykosociala förhållanden på arbetsplatsen som den fysiska arbetsmiljön. Rutiner och processer ska vara integrerade i det dagliga arbetet. Arbetsgivaren har huvudansvaret för att det finns ett systematiskt arbetsmiljöarbete på plats och att gällande lagar, regler och föreskrifter på området följs. Medarbetare, skyddsombud och företagshälsovård har också viktiga roller – där medarbetare påtalar risker och tillbud och föreslår åtgärder, skyddsombudet är med i planering och genomförande av exempelvis undersökningar av arbetsmiljön och riskanalyser. Företagshälsovårdens roll är ofta som expertresurs vid exempelvis undersökningar, utredningar och utbildningar.

Det finns kunskaper om varningssignaler och effektiva insatser

Det finns ett växande kunskapsunderlag kring arbetsätt och insatser som kan förebygga, förkorta och främja hållbar återgång i arbete. Gemensamt för dessa är att insatserna bör omfatta ett systematiskt helhetsgrepp med en kombination av fysiska, psykiska och medicinska åtgärder som även omfattar arbetsplatsen. Det finns också stöd i forskning att det är viktigt med tidiga insatser och att medarbetar- och organisationsinsatser bör kombineras. SKR har tillsammans med RISE tagit fram en översikt över kunskapsläget kring varningssignaler och effektiva insatser (se Figur 2).

Figur 2 Forskningsöversikt ”Arbete och sjukfrånvaro”



Källa: SKR. Länk till forskningsöversikt: https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2018/02/Affisch_Sjukfranvaro_digital_jun2020.pdf

Dåliga förutsättningar för arbete ökar risken för ohälsa

För att vi ska må bra på arbetet och ha en god arbetsförmåga behöver det finnas en balans mellan de krav som arbetet ställer och medarbetarens förmåga och vilja i en given situation och vid en viss tidpunkt. Arbetsförmågan kan påverkas av dels individuella faktorer såsom sjukdom, olycksfall eller privata händelser, dels av arbetets krav och förutsättningar. På samma sätt som att arbete och arbetsplatsen i grunden kan ge hälsa och meningsfull sysselsättning kan dåliga förutsättningar och arbetsmiljöer leda till ohälsa. Både fysiska och psykiska påfrestningar kan ge tillfälliga och bestående konsekvenser för hälsan och arbetsförmågan. De vanligaste arbetsrelaterade orsakerna till sjukfrånvaro är stress, psykiska påfrestningar, påfrestande arbetsställningar och tung manuell hantering⁵. Dessa leder ofta till sjukskrivningar för psykisk ohälsa och/eller smärta.

Sjukskrivning medför en risk för ökad psykisk ohälsa

Vid nedsatt hälsa och arbetsförmåga kan sjukskrivning vara en nödvändig och viktig del av behandlingen. Syftet med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är ”att individen ska återfå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller kunna söka, arbete”⁶. Men den frånvaro från arbetet som sjukskrivning medför innebär i sig andra risker för medarbetarens psykiska hälsa. Exempel på när detta innebär en sämre återhämtning är när den som är sjukskriven vänder på dygnet, försämrar sina mat- och motionsvanor eller ökar sin alkoholkonsumtion. En längre tids sjukskrivning kan också leda till ensamhet, oro och skuld känslor. Allt detta kan bidra till en ökad psykisk ohälsa och förlänga en sjukskrivning ytterligare⁷.

Det finns stora skillnader i sjukfrånvaro inom Sverige

Sjukfrånvaron har varierat mycket över tid

Under de senaste femtio åren har sjukfrånvaron varierat kraftigt för både kvinnor och män. Fram till 1980 var mäns sjukfrånvaro högre än kvinnors men därefter har kvinnor haft en högre sjukfrånvaro. Den senaste större nedgången av sjukfrånvaro var mellan åren 2002 och 2010 då sjuktalet (se Figur 3) minskade med 12,3 bruttodagar (-59 procent) och sjukpenningtalet (se Figur 4) minskade med 12,6 nettodagar ned till 5,9 nettodagar – en tredjedel av nivån i oktober 2002. Efter 2010 ökade sjukfrånvaron igen fram till januari år 2017 för att sedan minska något (se Figur 5) Under den senaste uppgången av sjukfrånvaron ökade sjukfrånvaron mer hos kvinnor än hos män, både procentuellt och i absoluta tal. Kvinnor ökade sin sjukfrånvaro med 5,7 nettodagar (65 procent) medan män ökade sin sjukfrånvaro med 2,7 nettodagar

⁵ Institutet för stressmedicin 2018, Hälsa i arbetslivet

⁶ SOU 2020:24 Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

⁷ Region Stockholm FÖRKOM: Bipacksedel för sjukskrivning

<https://vardgivarguiden.se/globalassets/avtal/styrdokument/slls-riktlinjer-och-policys/riktlinjer-och-handlingsprogram/bipacksedel-sjukskrivning-1609.pdf> HÄMTAD 2020-04-15

(45 procent). Därefter har sjukfrånvaron minskat något mer för kvinnor än män, men skillnaden är fortfarande relativt stor mellan könen. I sammanhanget är det värt att nämna att det finns stöd i forskning att effekter på sjukfrånvaro och den psykiska hälsan är likartade när kvinnor och män utsätts för samma faktorer i arbetet och privatlivet.⁸

Förändringen av sjukfrånvaron i kommuner och regioner brukar historiskt följa den nationella trenden med motsvarande svängningar (se Figur 5).

OM SJUKFRÅNVARO HOS KVINNOR OCH MÄN

I den här rapporten använder vi ofta begreppet medarbetare. Men det är viktigt att poängtera att det finns skillnader mellan kvinnor och män när det gäller sjukfrånvaro. Kvinnor har en högre sjukfrånvaro än män och kvinnor rapporterar också i högre utsträckning upplevd stress och utmaningar i arbetsmiljön och har i högre utsträckning sjukskrivningar inom exempelvis psykisk ohälsa.

Det finns flera orsaker till detta kopplade till utmaningar att få till jämställdhet i samhället i stort.⁹ Kvinnor och män är verksamma inom olika sektorer på arbetsmarknaden och det är en ojämn fördelning av kvinnor och män på olika hierarkiska nivåer. Traditionellt kvinnodominerade yrken inom skola, vård och omsorg har ofta en arbetsmiljö med höga krav och låga resurser. Både kvinnor och män som arbetar inom dessa områden har högre ohälsa än andra.¹⁰

Kvinnor utför en större del av det obetalda hem- och omsorgsarbetet och statistik från bland annat Försäkringskassan visar att det är efter det första barnet som sjukfrånvaron mellan män och kvinnor börjar skilja sig åt. Den vanligaste orsaken till deltidarbete för både kvinnor och män är avsaknad av heltidstjänst, vilket är vanligare bland kvinnor än bland män. I många kvinnodominerade yrken finns en deltidnorm som kan göra det svårt för både kvinnor och män inom dessa yrken att bli erbjudna en heltidstjänst. Den näst vanligaste orsaken till kvinnors deltidarbete är att de tar hand om barn eller vuxen anhörig. Deltidsarbete, sämre inkomstutveckling och därmed svagare anknytning till arbetet i kombination med ökat ansvar för obetalt hem- och omsorgsarbete sänker i sin tur tröskeln för att vara sjukfrånvarande.¹¹

Den högre sjukfrånvaron hos kvinnor kan delvis förklaras utifrån bransch och yrken men vissa skillnader kvarstår även inom samma yrkes- och åldersgrupper. Riksrevisionen (2019) skriver: *"De osakliga könsskillnaderna är särskilt tydliga bland patienter som är 31–40 år, som inte har barn, som är högutbildade, som har en relativt hög inkomst och som företrädesvis arbetar i mansdominerade branscher"*¹². Riksrevisionen skriver också i samma rapport att *"En jämförelse mellan olika branscher visar att kvinnor, givet bedömningen av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, sjukskrivs mer än män inom branscher som antingen i hög grad*

⁸ Institutet för stressmedicin: Hälsa i arbetslivet

⁹ SKR (2020) *En jämställd arbetsgivarpolitik. Ett program i nio punkter.*

¹⁰ FORTE (2016) *Arbetsmiljön i kvinnodominerade sektorer.* Arbetsmiljöverket (2017) *En vitbok om kvinnors arbetsmiljö* Rapport 2017:6

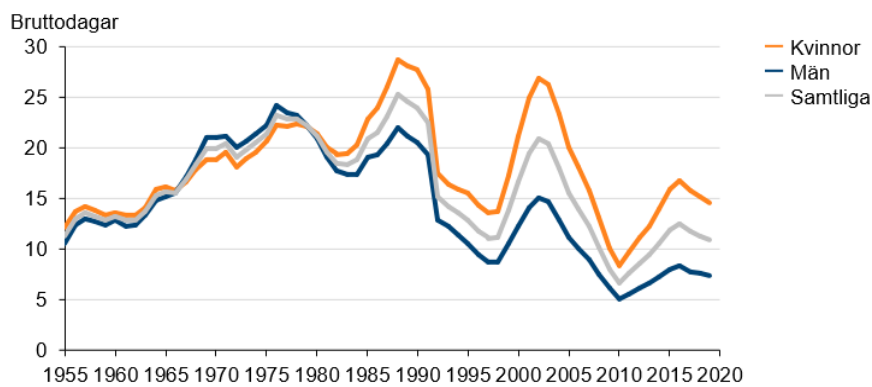
¹¹ SOU 2017:101 *Jämställt föräldraskap och goda uppväxtvillkor för barn – en ny modell för föräldraförsäkringen. Slutbetänkande av Utredningen om en modern föräldraförsäkring*

¹² Riksrevisionen 2018, *Jämställd sjukfrånvaro – bedöms män och kvinnor likvärdigt i sjukskrivningsprocessen?*

domineras av män (exempelvis parti- och provisionshandel, dataprogrammering, fastighetsverksamhet), eller som är relativt jämnt fördelat mellan könen (exempelvis arbetsförmedling och bemanning, restaurang, förlagsverksamhet). Noterbart är att inga tydligt statistiskt säkerställda skillnader återfinns inom de mest kvinnodominerade branscherna". Mönstret att den totala nivån på sjukfrånvaron samvarierar med andelen kvinnor i yrket är dock tydligt. Även män i kvinnodominerade verksamheter har en relativt sett hög sjukfrånvaro. Ett annat viktigt mönster är att sjukfrånvaron överlag är större bland personer som saknar eftergymnasial utbildning.

Kvinnor har också en högre risk för att återfalla i ny sjukskrivning inom tre år. Det finns också gott stöd i forskning att effekter på sjukfrånvaro och den psykiska hälsan är likartad när kvinnor och män utsätts för samma faktorer i både arbetet och privatlivet.¹³

Figur 3 Försäkringskassans sjuktal under perioden 1950 – 2019

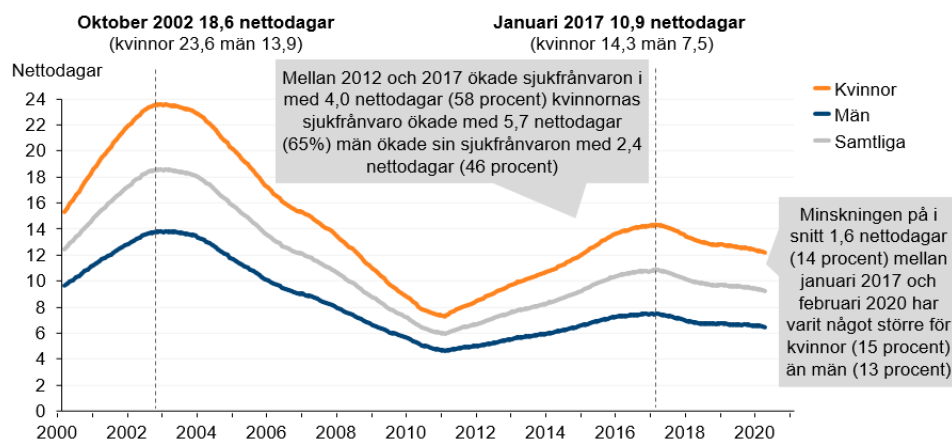


Not: Försäkringskassans sjuktal avser ersättningsformen sjukpenning. Måttet baseras på antalet utbetalda bruttodagar

Källa: Försäkringskassan. SKR och Lumell Associates analys

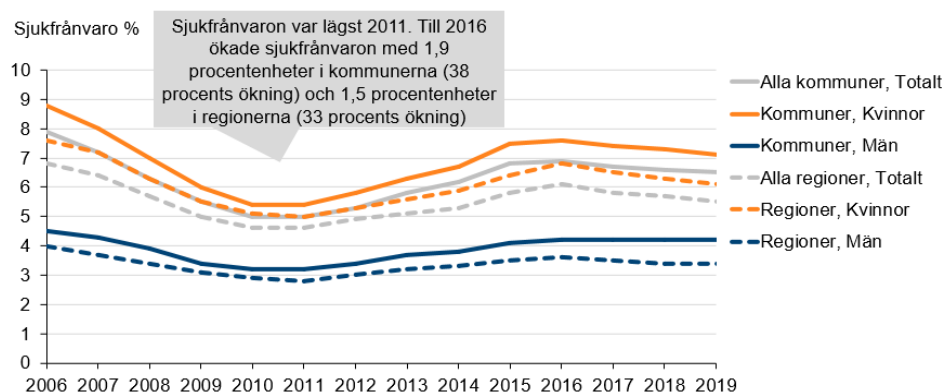
¹³ Institutet för stressmedicin: Hälsa i arbetslivet 2020

Figur 4 Försäkringskassans sjukpenningtal under perioden januari 2000 – februari 2020 uppdelat på kvinnor och män



Källa: Försäkringskassan. SKR och Lumell Associates analys

Figur 5 Sjukfrånvaro i procent av tillgänglig arbetstid, för medarbetare i kommuner och regioner



Källa: Försäkringskassan. SKR och Lumell Associates analys

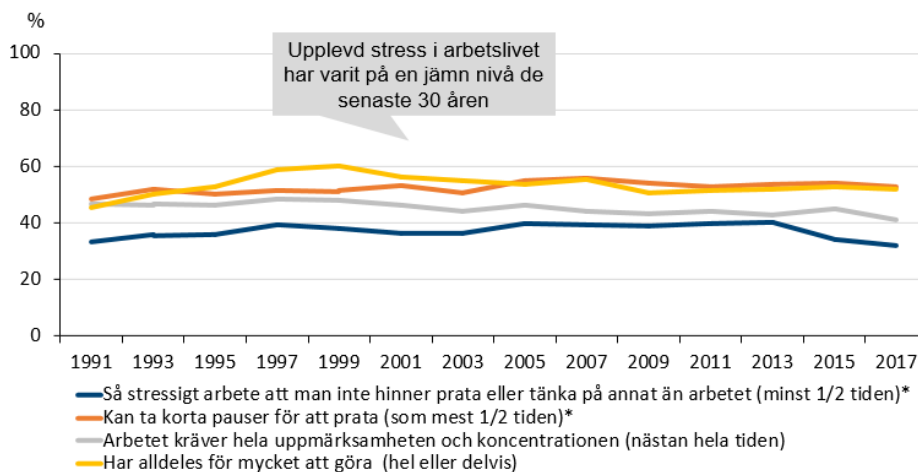
Svängningarna i sjukfrånvaron har inte en entydig förklaring eller en tydlig koppling till arbetsmiljön

Förklaringarna till svängningarna i sjukfrånvaron handlar troligen om förändringar av regler i sjukförsäkringen och tillämpningen av reglerna, men även konjunktur- och attitydförändringar i samhället påverkar. Något som SKR tidigare har belyst i rapporten *Sjukfrånvaron i kommuner och landsting – Vad är problemet* (2018).

De svängningar som syns i sjukfrånvarostatistiken återspeglas inte i motsvarande förändringar i hälsa och arbetsmiljö.¹⁴ Exempelvis visar statistik från Arbetsmiljöverket (2020)¹⁵ att den sammanlagda andelen anmälda arbetsskador, olycksfall och arbetssjukdomar per tusen sysselsatta under perioden 2000–2019 har legat på ungefär 30 anmälningar per år för kvinnor och ungefär 28 anmälningar per år för män med endast mindre variationer mellan åren. Detta under en period då sjukpenningtalet gjorde två mycket stora svängningar. Även resultaten från SCB:s och Arbetsmiljöverkets enkätundersökning ”Arbetsmiljöundersökningen” visar att den upplevda stressen och belastningen från arbetsmiljön har varit relativt konstant (se Figur 6). Den upplevda stressen är samtidigt högre hos kvinnor än män inom samtliga sektorer såväl som kommunal sektor (se Figur 7). I detta sammanhang bör noteras att kvinnor och män ofta har olika yrken och arbetar heltid i olika utsträckning och att båda dessa är två faktorer som kan ha stor påverkan på upplevd stress eftersom de har det på sjukskrivningar.

Sammantaget visar statistiken över anmälda arbetsskador, olycksfall och arbetssjukdomar och statistiken från Arbetsmiljöverkets omfattande undersökning att den upplevda arbetsmiljön och sjukskrivningarna inte har en entydig koppling, åtminstone inte på makronivå.

Figur 6 Resultat från SCB/Arbetsmiljöverkets ”Arbetsmiljöundersökningen” för fyra frågor kring upplevd stress och arbetsmiljö observera att formuleringen av frågorna med * ändrades något år 2015

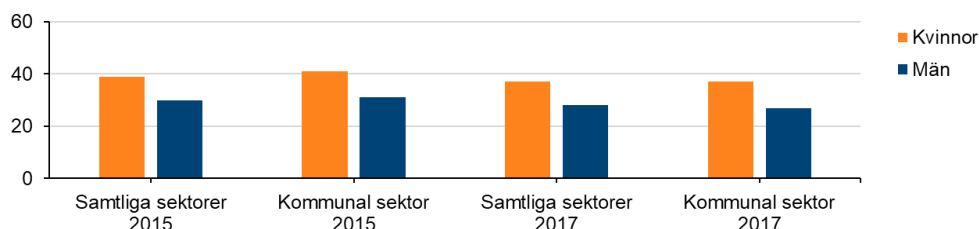


Källa: AV/ SCB Arbetsmiljöundersökningen. SKR och Lumell Associates analys

¹⁴ SKR 2018 Sjukfrånvaron i kommuner och landsting – Vad är problemet?

¹⁵ Arbetsmiljöverket 2020 Arbetsmiljöstatistik Rapport 2020:01, Arbetsskador 2019

Figur 7 Den upplevda stressen är högre hos kvinnor än män inom samtliga sektorer såväl som kommunal sektor



Not: Andel som svarat "Så stressigt arbete att man inte hinner prata eller tänka på annat än arbetet (minst halva tiden)". Observera att kvinnor och män ofta har olika yrken och arbetar heltid i olika utsträckning.

Källa: AV/SCB Arbetsmiljöundersökningen. SKR och Lumell Associates analys

Psykisk ohälsa är den vanligaste orsaken till sjukskrivning

Totalt står diagnoser inom smärta och psykisk ohälsa för ungefär två tredjedelar av sjukskrivningarna. Psykisk ohälsa är sedan 2014 den vanligaste sjukskrivningsorsaken och stod under år 2019 för nästan hälften av sjukskrivningarna. Analyser från Försäkringskassan visar vidare att sjukskrivningar för psykiatriska diagnoser är betydligt längre än vid andra sjukskrivningsorsaker och risken för återfall i ny sjukskrivning är högre.¹⁶ Den vanligaste specifika sjukskrivningsorsaken inom området psykisk ohälsa år 2019 var "Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress" (F43) – en diagnos som ökat från 10,4 procent av pågående sjukfall år 2005 till 20,4 procent av pågående sjukfall i fjärde kvartalet 2019.¹⁷

Psykisk ohälsa och smärta anses vara de sjukskrivningsorsaker som arbetsgivare och vårdgivare har störst möjligheter att påverka genom god arbetsmiljö och relevanta vårdinsatser. Det är också dessa sjukskrivningsorsaker som utgjorde målgruppen för olika överenskommelser mellan staten och SKR avseende sjukskrivning och rehabilitering, ett arbete som startade år 2006 med sjukskrivningsmiljarden och år 2008 med rehabiliteringsgarantin. Dessa satsningar har sedan fortsatt (med gradvis vidareutvecklat fokus och omfattning baserat på lärdomar) genom årliga överenskommelser mellan staten och SKR. Syftet med år 2020 års överenskommelse "Överenskommelse om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess" är att ge regionerna ekonomiska drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan för att skapa en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess i hälso- och sjukvården. Tillsammans har dessa olika överenskommelser och rehabiliteringsgarantin skapat förutsättningar för att öka tillgången på psykologisk behandling för psykisk ohälsa och smärta. Insatserna som innefattats har bland annat varit kognitiv beteendeterapi, multimodal

¹⁶ Försäkringskassan 2017: Korta analyser 2017–1: Psykiatriska diagnoser

¹⁷ Försäkringskassan statistik "Pågående sjukfall efter diagnos, 2005-2019"

rehabilitering och rehabiliteringskoordinering samt kunskapsstöd såsom exempelvis Försäkringsmedicinska beslutsstöd och ”Stöd till rätt sjukskrivning”. Uppföljning av år 2018 års överenskommelser visar att ”alla landsting och regioner har erbjudit behandling för psykisk ohälsa och långvarig smärta enligt överenskommelsen och att antalet genomförda behandlingar vid psykisk ohälsa och långvarig smärta ökade under 2018 jämfört med 2017. Den största ökningen skedde för behandling vid psykisk ohälsa, medan antalet behandlingar vid långvarig smärta ökade marginellt.¹⁸

Sjukfrånvaron medför stora kostnader för samhället

Försäkringskassans kostnader för utbetald sjukpenning uppgick år 2019 till 33 miljarder kronor.¹⁹ Dessa kostnader är samtidigt inte hela kostnaden för samhället kopplat till sjukfrånvaron. I de direkta kostnaderna för samhället ingår också den sjuklönen som arbetsgivare i regioner, kommuner och myndigheter betalar under den första delen av sjukskrivningen och under fortsatt sjukskrivning enligt kollektivavtal. Utöver detta tillkommer en rad indirekta kostnader för samhället i form av exempelvis minskade skatteintäkter från inkomstskatter, produktionsbortfall och ökade kostnader för hyrpersonal.

Hot och våld på arbetsplatsen och i hemmet kan orsaka sjukfrånvaro

Det finns starkt stöd i forskningen om sambandet mellan våldsutsatthet och ohälsa. Utsatthet för sexuellt, fysiskt eller psykiskt våld kan bidra till ökad risk för olika former av psykisk och fysisk ohälsa, både på kort och på lång sikt.²⁰

Både kvinnor och män utsätts för våld, såväl i heterosexuella som i samkönade relationer. Det vanligaste är dock att kvinnor utsätts för våld i nära relationer och att våldet utövas av en manlig partner eller före detta partner.²¹

Sjukfrånvaro kan vara en varningssignal och som arbetsgivare är det viktigt att upptäcka och fråga de anställda om deras våldsutsatthet i nära relationer, samt att ha en handlingsplan och beredskap om våldsutsatthet upptäcks. Utöver att förebygga att någon utsätts för upprepat våld handlar det ur ett arbetsgivarperspektiv också om att hitta bakomliggande orsak till ohälsa och långtidssjukskrivningar hos anställda.²²

Hot och våld, eller risken för att bli utsatt för hot och våld på arbetsplatsen, kan förekomma inom de flesta branscher och yrken men inom vissa yrkesgrupper är det mer vanligt än inom andra. Bland kvinnor återfinns särskilt utsatta grupper framförallt inom vård- och omsorgsarbete. Bland män rör det sig om service-,

¹⁸ SKR 2019 Insatser för psykisk ohälsa och långvarig smärta

¹⁹ Försäkringskassan: Utgiftsprognos för budgetåren 2020-2023

²⁰ SOU 2016:55 Det handlar om jämlik hälsa. Delbetänkande från Kommissionen för jämlik hälsa

²¹ Socialstyrelsen (2019) Plan för utökad samverkan för förbättrad upptäckt av våld i nära relationer. Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Migrationsverket och Socialstyrelsen i samverkan

²² Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck.

Slutbetänkande av Utredningen som ska föreslå en nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor: SOU 2015:55

omsorgs- och säkerhetsarbete, där polis och väktare ingår. Drygt två av tre utsatta för hot och våld på arbetsplatsen är kvinnor. För arbetsgivare är det av vikt att även arbeta med att upptäckt och fråga om våldsutsatthet och våldsbenägenhet och ta fram handlingsplaner för hur en bör agera när någon på arbetsplatsen är utsatt för våld eller vid misstanke att någon är en våldsutövare.²³

Sexuella trakasserier förekommer i alla yrkesgrupper, men är vanligast inom yrken där de anställda kommer i kontakt med människor. Där kommer trakasserier framför allt från kunder, brukare, patienter och klienter. Den som drabbas kan få fysiska och psykiska besvär. En av de vanligaste konsekvenserna är att den som utsatts lämnar sitt arbete. Minskad produktivitet, kreativitet och sjukskrivningar är andra konsekvenser. En arbetsplats där sexuella trakasserier förekommer är ingen trygg arbetsplats. Statistik visar att unga kvinnor på arbetsmarknaden totalt i åldern 16–29 år är särskilt utsatta för sexuella trakasserier.²⁴

Välfärdens medarbetare – en fjärdedel av arbetsmarknaden

Ungefär en fjärdedel av de knappt fem miljoner personer som arbetar på den svenska arbetsmarknaden arbetade år 2019 inom kommuner och regioner. I Sveriges kommuner arbetar cirka 900 000 personer, de flesta inom kommunal hälso- och sjukvård och omsorg samt skola och förskola. I Sveriges regioner arbetar cirka 290 000 medarbetare, de flesta inom hälso- och sjukvården. Nästan 80 procent medarbetarna i kommuner och regioner är kvinnor och medelåldern är cirka 45 år i både kommuner och regioner.

Sjukfrånvaron är högre i kommuner och regioner jämfört med myndigheter och privat sektor

Sjukfrånvaron är högre inom kommuner och regioner jämfört med myndigheter och privat sektor (se Figur 8). Medarbetare i kommuner och regioner arbetar i högre utsträckning i människovårdande yrken där viss sjukfrånvaro är oundviklig. Människovårdande yrken kännetecknas av en högre risk för infektionssmitta och att de ofta är mer psykiskt påfrestande med risker för etisk stress. Det är också som nämnt en högre andel kvinnor än män som arbetar i kommuner och regioner vilket kan vara en del av förklaringen då kvinnor har en högre sjukfrånvaro än män.

²³ Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck. Slutbetänkande av Utredningen som ska föreslå en nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor: SOU 2015:55

²⁴ Arbetsmiljöstatistik Rapport 2018:2

FÖRSÄKRINGSKASSAN SKRIVER:

"Inom vård, omsorg och sociala tjänster finns i hög grad psykosociala arbetsmiljöbelastningar, men även fysiska belastningar samt hot och våld. Ergonomisk belastning i form av tunga lyft och obekväma arbetsställningar finns också inom de kvinnodominerade delarna av arbetsmarknaden exempelvis inom hälso- och sjukvård samt äldreomsorg, barnomsorg och omsorg för funktionshindrade. Hög risk för sjukskrivning gäller också för män inom ett flertal branscher och yrken inom vård och omsorg. Även de män som arbetar som operationssjuksköterskor, geriatriksjuksköterskor, distriktssjuksköterskor, röntgensjuksköterskor och akutsjuksköterskor har en hög sjukskrivningsrisk [...] Kvinnorna dominerar inom utbildningssektorn och arbetar i högre grad inom förskola och grundskola medan männen i högre grad arbetar på gymnasie- och universitetsnivå. Risker för sjukskrivning är högst inom förskole- och grundskoleutbildning. Betydelsen av bransch förstärks generellt när hänsyn tas till yrkessammansättningen inom näringar som saknar tydliga riskyrken. Hög sjukfrånvaro beror då sannolikt på generella arbetsmiljöproblem snarare än att vissa yrkesgrupper är utsatta. Utbildningssektorn är ett sådant exempel där problem med arbetsmiljö och sjukfrånvaro främst finns inom för- och grundskolan, men inte är tydligt avgränsat till vissa yrkesgrupper."

Källa: Försäkringskassan 2018: Socialförsäkringsrapport 2018:2 Sjukfrånvaron på svensk arbetsmarknad

Den högre sjukfrånvaron i kommuner och regioner kvarstår samtidigt även vid jämförelser inom branscher exempelvis mellan skolor i privat och offentlig regi, eller sjukvård i privat och offentlig regi.²⁵

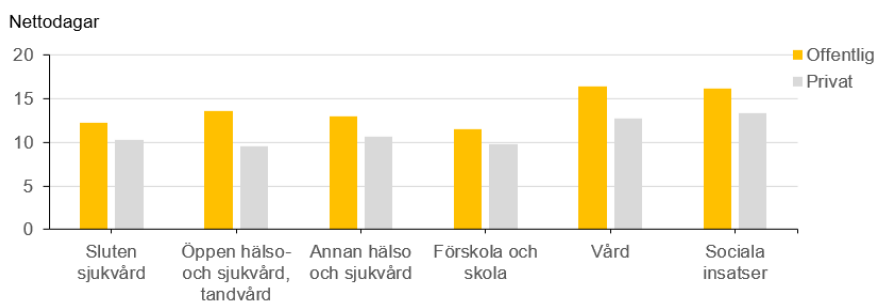
Det finns flera förklaringar²⁶ till skillnaderna mellan offentliga och privata utförare, exempelvis arbetar en högre andel kvinnor än män i offentlig regi och det finns skillnader i yrkessammansättning och åldersfördelning bland de anställda - även vid jämförelse med likvärdiga branscher. Det finns också betydande skillnader avseende vilka typer av verksamheter som har privatiserats, särskilt inom vården. Exempelvis är det vanligare att verksamhetsområden utan dygnet runt verksamhet läggs som vårdval. Det finns också ofta en högre etablering av privata utförare i områden med hög socioekonomi jämfört med låg socioekonomi – något som kan påverka arbetsbelastningen. Andra exempel på förklaringsfaktorer kan vara personalsammansättning (exempelvis i vilken utsträckning städ- och servicepersonal är anställd eller på entreprenad) och arbetsplatsens storlek – en faktor som är tydligt kopplad till sjukskrivningar enligt Försäkringskassans uppföljningar. I rapporten *Sjukfrånvaron i kommuner och landsting – Vad är problemet* (2018) finns ett utförligt och intressant resonemang kring detta.

²⁵ Försäkringskassan statistik: Antal startade sjukfall per 1 000 sysselsatta och Antal sjukskrivningsdagar per sysselsatt - fördelat på sektor, bransch, kön och år 2012-2107

²⁶ SKR 2018 *Sjukfrånvaron i kommuner och landsting – Vad är problemet?*

Figur 8 Sjukfrånvaron är högre i kommuner och regioner jämfört med privat sektor även inom vård, skola och sociala insatser

Det finns skillnader mellan sjukfrånvaro för privata och offentliga arbetsgivare inom vård, skola och omsorg. Till detta finns flera tänkbara förklaringar, exempelvis är skillnader i personalsammansättning, åldersfördelning, könsfördelning, vårdtyngd, komplexitet i verksamheterna med mera troligen en del av förklaringen. I rapporten *Sjukfrånvaron i kommuner och landsting – Vad är problemet* (2018) finns ett utförligt och intressant resonemang kring detta.



Källa: Försäkringskassan. SKR och Lumell Associates analys

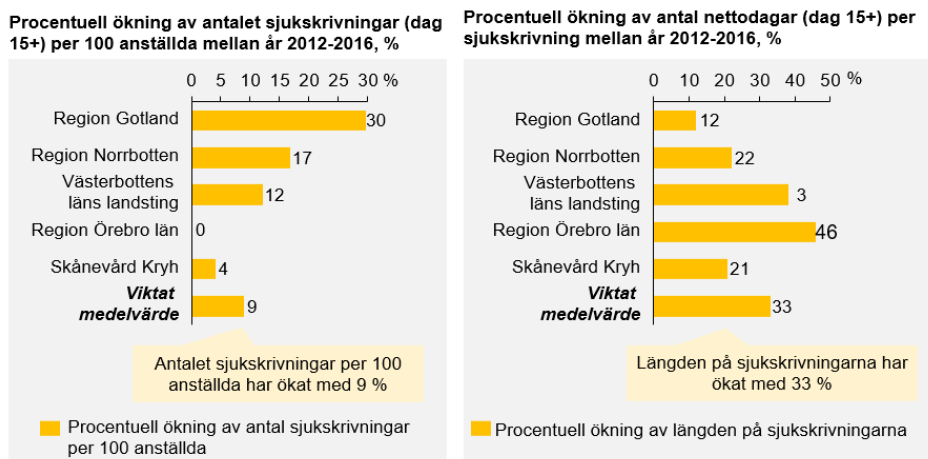
I de åtta kommuner och fem regioner som deltog i SKR:s fördjupade analysarbete har sjukfrånvaron följt nationella trender

Under perioden 2012–2016 ökade sjukpenningtalet nationellt med fyra nettodagar, knappt sextio procent (se Figur 4). Under samma period ökade sjukfrånvaron (oviktat medelvärde) med knappt fyrtio procent i genomsnitt i landets kommuner och trettiofyra procent i landets regioner enligt statistik från KOLADA (se Figur 5).

Sjukfrånvaroutvecklingen i de åtta kommuner och fem regioner som deltog i SKR:s analysarbete har följt den nationella trenden, om än med något mindre ökning. Sjukfrånvaron i regionerna ökade med 33 procent under åren 2012–2016 och var i princip oförändrad jämfört med 2016 för de första tre kvartalen år 2017. I deltagande kommuner ökade sjukfrånvaron under perioden 2012–2016 i genomsnitt med 27 procent, med ett spann från åtta procent till 67 procent.

I de fem regioner som SKR analyserade förklarades ökningen av att sjukskrivningarna från dag 15 blivit fler men framför allt längre (se Figur 9). Sjukskrivningarna från dag 15 stod för 88 procent av ökningen, medan korttidsfrånvaron (dag 1–14) hade ökat med tolv procent.

Figur 9 Förändring av sjukskrivningarna från dag 15 i fem regioner för perioden 2012–2016



Not: Antal nettodagar definieras som antal heltidsdagar i sjukskrivning (8 frånvarotimmar = 1 dag). Alla anställda är medräknade oavsett anställningsform

*Observera att för Region Gotland har data funnits för år 2013-2016 och Skånevård Kryh år 2014-2016. Den procentuella ökningen 2012-2016 är ett beräknat värde baserat på samma årliga ökning.

Källa: Statistik från lönesystemen i Region Gotland jan 2013 - jun 2017, Region Norrbotten jan 2012 - aug 2017, Skånevård Kryh jan 2014 - jun 2017, Västerbottens läns landsting jan 2012 - jun 2017, Region Örebro jan 2012 - aug 2017, SKR och Lumell Associates analys

De intervjuer och enkäter med medarbetare i regionerna som genomfördes av SKR 2017 visade på att "känsla av otillräcklighet" uppfattas vara en vanlig orsak till sjukskrivning. På arbetsplatsen uppfattas obalans mellan krav och resurser samt avsaknad av stöd för prioritering, riskidentifiering och hållbar arbetsåtergång medföra risk för hög sjukfrånvaro. De som intervjuades menade också att vårdpersonal i risk för sjukskrivning inte alltid fångas upp i tid.

Förändringar i sjukfrånvaro påverkar välfärdens kostnader, kompetensförsörjning och kvalitet

När välfärdens medarbetare är frånvarande från jobbet får det konsekvenser. SKR:s analysarbete i fem regioner och åtta kommuner har strävat efter att kvantifiera vad dessa konsekvenser innebär för arbetsgivaren. Utöver konsekvenser på regioner och kommuner får sjukskrivningar som tidigare nämnts också konsekvenser för medarbetaren både i form av ökad risk för ohälsa och ekonomiska konsekvenser till följd av minskad inkomst.

Arbetsgivaren har betydande direkta kostnader för sjukfrånvaro

De direkta kostnaderna för sjukfrånvaro utgörs i huvudsak av kostnader för sjuklön, arbetsgivaravgift och semesterlön samt vissa mindre kostnader för administration (se Figur 10).

Figur 10 Beräkning av arbetsgivarens direkta kostnader för sjukfrånvaro

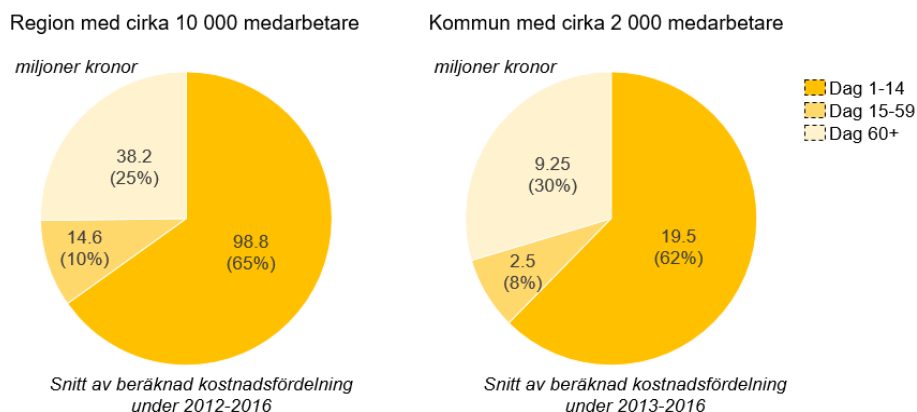


Not: För kostnadsberäkning har Försäkringskassans beräkningsmodell använts, som beräknar arbetsgivarens direkta kostnader för sjuklön och arbetsgivaravgifter etc. Arbetsgivaravgiften är 31,42 %, semesterlönen 12 %, overhead-kostnaden 20 % och den extra sjuklönen enligt kompletterande avtal för dag 15-90 är 10 %.

Källa: Försäkringskassan. SKR och Lumell Associates analys

De direkta kostnaderna för sjukfrånvaron består till stor del av kostnader för den korta sjukfrånvaron. Exempel på hur kostnaderna fördelas i två av de deltagande regionerna/kommunerna ses i Figur 11.

Figur 11 Exempel på kostnadsfördelning för sjukfrånvaro i en region och en kommun



Källa: Statistik från lönesystemet i [Region] jan 2012 – juli 2017 och [Kommun] jan 2013 – Mars 2016, SKR och Lumell Associates analys

För de regioner som deltog i analysarbetet beräknades arbetsgivarens direkta kostnader för sjukfrånvaro till i genomsnitt 17 000 kronor per medarbetare under år 2017. Om denna genomsnittskostnad skulle vara lika hög även i de regioner som inte deltog i analysarbetet så skulle det detta innebära direkta kostnader på 4,9 miljarder kronor för landets regioner, vilket motsvarar 1,6 procent av regionernas samlade kostnader för hälso- och sjukvården.

Ökningen av sjukfrånvaro mellan 2012 och 2017 motsvarar ökade direkta kostnader på cirka 4 000 kronor per medarbetare och år (se Figur 12).²⁷ Om denna kostnadsutveckling skulle återfinnas i alla regioner så innebär det en ökning på 1,2 miljarder kronor i direkta kostnader för arbetsgivaren. Ur ett samhällsperspektiv tillkommer ytterligare (och större) kostnader för bland annat sjukpenning och uteblivna skatteintäkter.

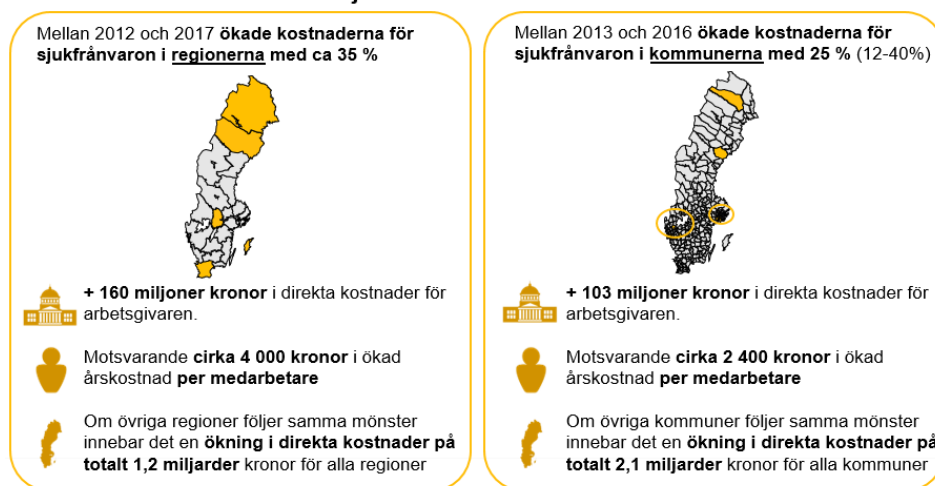
De direkta kostnaderna för sjukfrånvaro beräknades i de kommuner som deltog i analysarbetet till i genomsnitt cirka 13 500 kr per medarbetare och år²⁸. Om dessa kommuner är representativa för alla kommuner i landet så motsvarar det en kostnad på 12,1 miljarder kronor årligen för landets kommuner. Likt regionerna så kan vi också observera en ökning av sjukfrånvaron bland kommunerna. Den ökade sjukfrånvaron på cirka 25 procent mellan 2013 och 2016 motsvarar en kostnadsökning på 2 400 kronor per medarbetare och år. Om denna ökning motsvarar ökningen i alla kommuner så skulle det innebära en ökning av de direkta kostnaderna med 2,1 miljarder kronor under åren 2013–2016.

²⁷ Alla kostnader är beräknade med 2017 års lönenivåer (dvs justerat för eventuella löneökningar)

²⁸ Medellönen i kommunerna är lägre än i regionerna vilket avspeglar sig på kostnaden.

Figur 12 Förändring av kostnader för sjukfrånvaro i regionerna (2012–2017) och kommunerna (2013–2016)

Den direkta kostnaden för sjukfrånvaro har ökat



Källa: statistik från lönesystem i fem regioner och åtta kommuner (se tabell 1). SKR och Lumell Associates analys

Utöver de direkta kostnaderna för sjukfrånvaron tillkommer extrakostnader för arbetsgivaren för exempelvis hyrpersonal och produktionsbortfall. I kostnadsberäkningarna ovan är inte heller arbetsgivarens kostnader för sjuklön till personer med indragen sjukpenning medräknade, något som flera regioner betalar enligt gällande kollektivavtal.

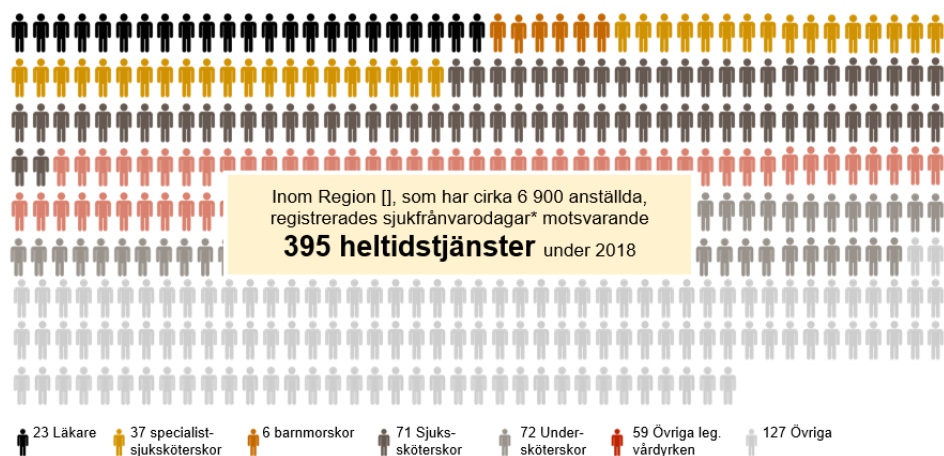
Sjukfrånvaron påverkar kompetensförsörjningen

SKR:s analysarbete i fem regioner visade att sjukfrånvaron mellan 2012 och 2017 i snitt ökade med 3,3 heltidsdagar per medarbetare och år. Om en heltidsanställd medarbetare normalt arbetar 225 arbetsdagar på ett år (exklusive semester) motsvarar enbart *ökningen* på 3,3 heltidsdagar cirka 600 heltidstjänster i de fem regioner som deltog i arbetet. Totalt motsvarar sjukfrånvaron i de fem regionerna cirka 2 500 heltidstjänster. Om de fem regionerna är representativa för alla regioner i landet så skulle det innebära att sjukfrånvaron 2019 motsvarade 16 000 heltidstjänster i regionerna och cirka 60 000 heltidstjänster i kommunerna.

I Figur 13 visar vi ett exempel från en av de deltagande regionerna på hur sjukfrånvaron påverkar kompetensförsörjningen. Sjukfrånvaron hos de olika personalgrupperna i regionen motsvarar totalt 395 heltidstjänster fördelat på, 71 sjuksköterskor, 37 specialistsjuksköterskor, 23 läkare och 6 barnmorskor.

Figur 13 Exempel på sjukfrånvarons konsekvenser på kompetensförsörjningen i en region

Sjukfrånvaron medför konsekvenser för kompetensförsörjningen













Källa: Statistik från lönesystemet i Region[], jan 2016–sep 2019, SKR och Lumell Associates analys

Verksamhetens kvalitet kan försämrans av stress

Medarbetare och chefer upplever att sjukfrånvaron har stor påverkan på det dagliga arbetet. I SKR:s enkät från år 2017 till medarbetare i fem regioner visade att den korta sjukfrånvaron (dag 1–14) uppfattades ha störst påverkan på det dagliga arbetet, men att även den längre sjukfrånvaron innebär utmaningar. Det finns också visst stöd i forskning för att kvalitet i vården kan påverkas när medarbetare har exempelvis psykisk ohälsa. Ett exempel är en systematisk litteraturgenomgång publicerad i JAMA 2018 som visade att symtom på utbrändhet påverkar patientsäkerhet, professionalism och patientnöjdhet (se Figur 14).

Figur 14 Exempel på forskning som belyst hur symtom på utbrändhet påverkar vårdens kvalitet

Huvudsakliga resultat:	Om studien:								
<table border="1"><thead><tr><th>Studerade utfall</th><th>Läkare med symtom på utbrändhet*</th></tr></thead><tbody><tr><td> Patientsäkerhet (avvikelser och medicinavvikelser)</td><td>• 2 gånger högre risk för avvikelser</td></tr><tr><td> Professionalism (ex följsamhet till riktlinjer, reducerad integritet, låg empati)</td><td>• 2-3 gånger högre risk (beroende på symtombild)</td></tr><tr><td> Patientnöjdhet (patientskattad nöjdhet med vården)</td><td>• 2-4,5 gånger högre risk för låg patientnöjdhet</td></tr></tbody></table>	Studerade utfall	Läkare med symtom på utbrändhet*	 Patientsäkerhet (avvikelser och medicinavvikelser)	• 2 gånger högre risk för avvikelser	 Professionalism (ex följsamhet till riktlinjer, reducerad integritet, låg empati)	• 2-3 gånger högre risk (beroende på symtombild)	 Patientnöjdhet (patientskattad nöjdhet med vården)	• 2-4,5 gånger högre risk för låg patientnöjdhet	 <ul style="list-style-type: none">• Författare: Panagioti et al NIHR (National Institute for health research, United Kingdom)• Studietyper: Systematisk litteraturgenomgång (PRISMA)• Antal inkluderade studier: 47 (5243 granskade publikationer)• Antal läkare som inkluderats: 42 773 st• Publicerad: september 2018, JAMA Internal Medicine
Studerade utfall	Läkare med symtom på utbrändhet*								
 Patientsäkerhet (avvikelser och medicinavvikelser)	• 2 gånger högre risk för avvikelser								
 Professionalism (ex följsamhet till riktlinjer, reducerad integritet, låg empati)	• 2-3 gånger högre risk (beroende på symtombild)								
 Patientnöjdhet (patientskattad nöjdhet med vården)	• 2-4,5 gånger högre risk för låg patientnöjdhet								

Källa: Panagioti et al 2018

God samverkan mellan medarbetare, arbetsgivare, vårdgivare och Försäkringskassan kan bidra till återställd arbetsförmåga

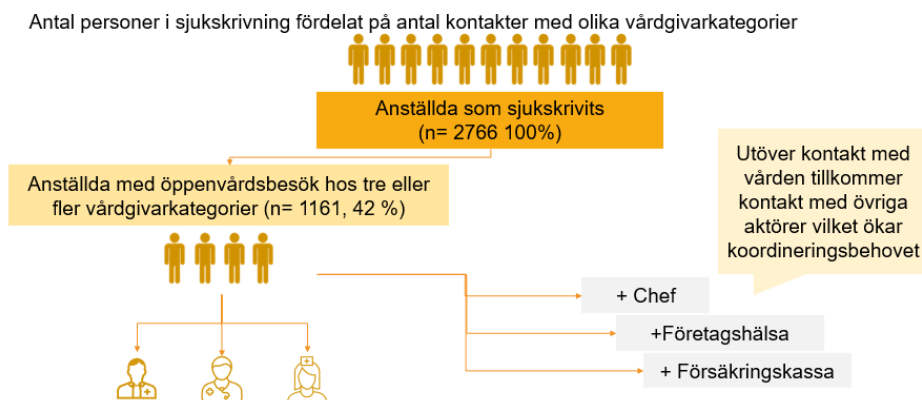
Samverkan ett medel eller en process som krävs för att två eller flera parter ska uppnå ett gemensamt mål som inte var möjligt att uppnå på egen hand. I frågor som rör rehabilitering och sjukskrivning kan arbetsgivaren behöva utbyta information och samarbeta med flertalet externa aktörer (exempelvis vårdgivare, företagshälsovård, Försäkringskassa, Arbetsförmedling med flera). En tidig samverkan mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivaren är betydelsefull för att ge rätt stöd åt kvinnor och män som medarbetare, i syfte att om möjligt, förkorta eller förebygga sjukskrivning. Företagshälsovård och hälso- och sjukvård spelar en viktig roll i arbetet med rehabilitering av enskilda medarbetare och är aktörer som chefer bör samverka med både för att förebygga sjukfrånvaro hos medarbetare och för att underlätta återgång efter en sjukskrivning. Även Försäkringskassa och Arbetsförmedling är aktörer där samarbete ofta är nödvändig för en välfungerande rehabiliteringsprocess. Fackliga organisationer är involverade då bland annat struktur och policys för

organisationens rehabiliteringsprocess tas fram i samverkan samt på individnivå då den sjukskrivne önskar detta.

Medarbetare i sjukskrivning har behov av samordning

När en medarbetare blir sjukskriven är det många personer som behöver samverka. Utöver kontakten med den egna chefen tillkommer ofta kontakter med andra aktörer hos arbetsgivaren, exempelvis med HR och företagshälsovård. Ofta involveras också flera externa aktörer i medarbetarens sjukskrivning. Hos Försäkringskassan får medarbetaren en handläggare och inom vården har medarbetaren kontakt med läkare men också med andra professioner. SKR:s analyser visar att fyra av tio medarbetare träffar tre eller flera professioner inom öppenvården under sin sjukskrivning (se Figur 15). Alla dessa personer och professioner behöver arbeta tillsammans för att åstadkomma en bra rehabilitering.

Figur 15 Medarbetare i sjukskrivning träffar många olika professioner i vården



Not: Endast anställda som haft vårdkonsumtion.

Källa: Statistik från lönesystem i Region jan 2013- sept. 2017, Statistik från öppenvårddatabasen i en region jan 2013-feb2019, SKR och Lumell Associates analys

Både arbetsgivare och vårdgivare menar att samverkan kan förbättras

SKR:s intervjuer och enkäter med medarbetare i regionerna visar att förutsättningar för samverkan mellan arbetsgivare och vårdgivare varierar utifrån var i rehabiliteringskedjan som medarbetaren befinner sig (före, under eller efter sjukskrivning). De största hindren för samverkan uppfattades utgöras av svårighet att prioritera samverkan samt brist på rutiner och struktur för detsamma.

Den sammantagna bilden är att det finns ett behov av att stärka samverkan mellan arbetsgivare och vårdgivare i samband med arbetsåtergång (se Figur 16). Bilden delas av medarbetare på både arbetsgivar- och vårdgivarsidan. Bland medarbetare på arbetsgivarsidan (chefer och HR), svarar enbart femton procent av respondenterna på SKR:s enkät att samverkan fungerar bra. Bland

medarbetare på vårdgivarsidan (läkare och rehabiliteringskoordinatorer) svarar 37 procent att samverkan fungerar bra.

Dessa lärdomar stärks till del av lärdomar från den nationella kartläggning av arbetet med rehabiliteringskoordinatorer som SKR genomförde under 2018. Rehabiliteringskoordinatorer är en funktion som har utvecklats inom hälso- och sjukvården i syfte att ge individuellt stöd till patienter och stärka intern och extern samverkan i sjukskrivningsprocessen. År 2018 fanns koordineringsfunktionen i alla regioner inom primärvården och på en del specialistkliniker. SKRs nationella kartläggning visade på stor spridning i rehabiliteringskoordinatorernas uppdrag och förutsättningar. En stor andel av rehabiliteringskoordinatorerna beskrev att de tog ansvar för såväl intern samverkan (på den egna vårdcentralen/vårdenheten) som för extern samverkan (med exempelvis arbetsgivare och Försäkringskassa). Kartläggningen visade att det i flera fall kunde finnas brist på samverkansytor men framför allt behov av en högre tjänstgöringsgrad för de som arbetade som rehabiliteringskoordinatorer för att kunna ta ansvaret för samverkan i den utsträckning som uppdraget omfattade och som de upplevde att det fanns behov.²⁹

Figur 16 Det finns ett behov av att stärka samverkan mellan arbetsgivare och vårdgivare i samband med arbetsåtergång



Not: Andel respondenter som svarade "I hög utsträckning" eller "I mycket hög uträckning" på frågan "I vilken utsträckning upplever du att samverkan mellan arbetsgivaren och nedanstående aktörer fungerar väl i samband med återgång i arbete?" för arbetsgivarsidan respektive "I vilken utsträckning upplever du att samverkan mellan hälso- och sjukvården och nedanstående aktörer fungerar väl vid återgång i arbete? (för vårdpersonal i sjukskrivning)" för vårdgivarsidan.

Källa: Enkätundersökning (arbetsgivarenkät n=281, vårdgivarenkät n=141) SKR och Lumell Associates analys

Samverkan kan öka chanserna att tidigt fånga upp risk för sjukskrivning

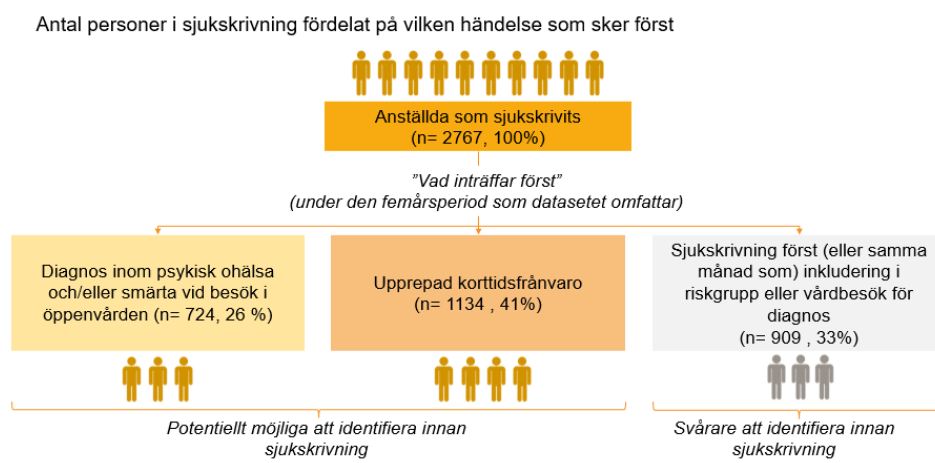
Arbetsgivaren är tillsammans med hälso- och sjukvården den aktör som tidigt, ibland redan innan en sjukskrivning blir aktuell, får kännedom om medarbetarens/patientens situation. En god samverkan mellan arbetsgivare, företagshälsovård och hälso- och sjukvården skapar därmed goda möjligheter att fånga

²⁹ SKR 2018 Nationell kartläggning: Rehabiliteringskoordinering inom hälso- och sjukvården

upp tidiga tecken på ohälsa, bedöma både medarbetarens hälsa och risker i arbetsmiljö och hitta relevanta åtgärder på medarbetar- och arbetsplatsnivå.

Många kvinnor och män som blir sjukskrivna kan ofta identifieras hos arbetsgivare eller i vården innan sjukskrivningen är ett faktum. Erfarenheter från SKR:s analysarbete visar att de medarbetare som blir sjukskrivna från dag 15 ofta antingen har upprepad korttidsfrånvaro (vanligast) eller en diagnos inom psykisk ohälsa minst en månad innan en sjukskrivning inträffar (se Figur 17). En god samverkan kan sannolikt ge bättre möjligheter att tidigt fånga upp dessa medarbetare.

Figur 17 Flödesanalys av medarbetare som fått en sjukskrivning med fokus på att förstå vad som hände innan sjukskrivningen

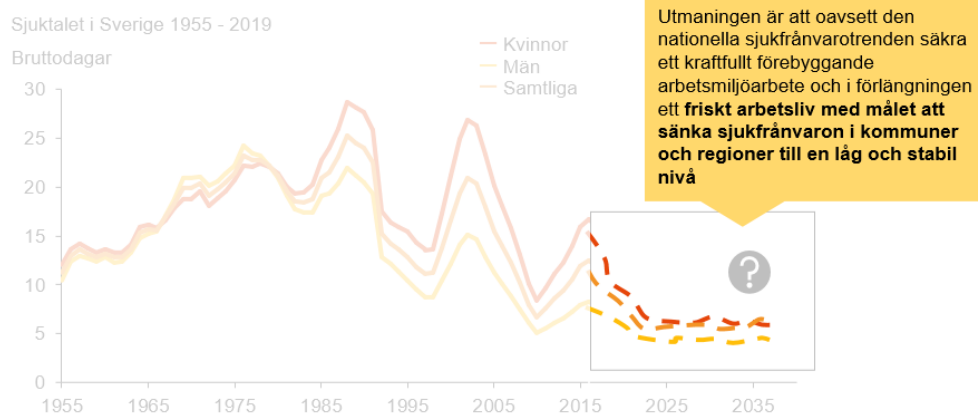


Not: Endast anställda som haft minst ett öppenvårdsbesök under 2015-2019
Källa: Statistik från lönesystem i en Region. 2013-2019. Statistik från öppenvårddatabasen i en Region, SKR och Lumell Associates analys

För att nå en låg och stabil sjukfrånvaro kan både samverkan och riskorienterade arbetssätt vara viktiga pusselbitar

För att skapa hållbara förutsättningar för medarbetare att stanna i arbete behöver vi bli bättre på att förebygga problem och sätta in tidiga insatser (se Figur 18). För att lyckas med detta visar forskning att det behövs ett nära samarbete mellan arbetsgivare och hälso- och sjukvården för att fånga upp tidiga signaler, samordna stödet under sjukskrivning och underlätta återgång i arbete; något som kräver en bättre samverkan mellan aktörer. Därför inledde SKR projektet "Samverkan för minskad sjukskrivning" med syftet att förebygga och förkorta sjukskrivning i offentlig sektor. Målsättningen med arbetet var att utveckla arbetssätt för att förebygga och förkorta sjukfrånvaro där samverkan mellan arbetsgivare och vårdgivare förbättras.

Figur 18 Syftet med utvecklingsarbetet är att bidra till sjukfrånvaro på en låg och stabil nivå



Källa: Försäkringskassan. SKR och Lumell Associates analys

Arbetet är baserat på kvalitativ och kvantitativ analys av sjukfrånvarons omfattning och konsekvenser

I det här avsnittet beskriver vi metodiken för arbetet med ”Samverkan för minskad sjukskrivning”. Arbetet utgår från ett inledande explorativt analysarbete av data på medarbetarnivå från HR-system och vårddatalager samt över tvåhundra intervjuer och ett femtiotal workshops/-fokusgrupper. Arbetssätten har justerats löpande baserat på lärdomar från analysarbetet.

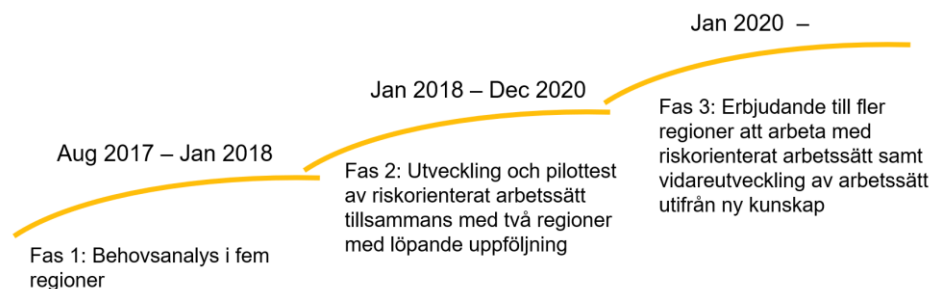
Arbetet har omfattat tre faser

Arbetet genomförs i tre faser:

- Fas 1: Behovsanalys i fem regioner och åtta kommuner
- Fas 2: Utveckling av riskorienterade arbetssätt tillsammans med deltagande regioner
- Fas 3: Pilottest av riskorienterade arbetssättet i Region Norrbotten och Region Skåne med löpande uppföljning

Målsättningen med pilottestet var att vid goda resultat permanenta insatserna i regionerna med start 2020, samt att sprida metoder, verktyg och lärdomar genom en ordnad process till andra intresserade regioner och kommuner. I Figur 19 presenteras projektets tre faser med tillhörande tidsperioder.

Figur 19 Projektets tre faser



Källa: SKR

Kvantitativa och kvalitativa metoder som använts genomgående i alla faser

Kvantitativ analys av HR- och lönestatistik på medarbetarnivå

Det kvantitativa analysarbetet har omfattat avidentifierad statistik från HR-/lönesystem på medarbetarnivå som tillhandahållits av deltagande regioner och kommuner. Data har varit strukturerad så att det för varje organisation och månad har gått att följa sjukfrånvaron ner på arbetsplats- och medarbetarnivå. All behandling av data har skett i enlighet med vid tiden rådande lagstiftning för behandling av personuppgifter.

Semistrukturerade intervjuer med experter, medarbetare, chefer, HR, vårdpersonal och företagshälsor

Cirka 300 semistrukturerade intervjuer har genomförts i analysarbetet. Metoden innebär att en intervjuguide med i huvudsak öppna frågor utformats där vissa frågor varit gemensamma i alla kommuner och regioner och vissa frågor baserats på kvantitativa och kvalitativa analysresultat som arbetsgruppen velat förstå mer om. Urvalet av intervjupersoner samt utformning av intervjuguide har skett i samråd med de lokala arbetsgrupperna i respektive region/kommun. Intervjuerna har genomförts på plats eller per telefon.

Enkät för att validera insikter från intervjuer

I de fem regioner som deltog i analysarbetet genomfördes enkätundersökningar som komplement till intervjuerna. Två enkäter utformades: en riktad till arbetsgivarsidan i organisationerna (HR, chefer och skyddsombud) och en riktad till olika personer inom vården (läkare, rehabiliteringskoordinatorer och företagshälsovård). Frågorna utgjordes i huvudsak av flervalsfrågor, men med möjlighet att komplettera med fritextsvar. Enkäterna testades på ett urval av personer i målgrupperna och länk till enkäten distribuerades därefter per mail i respektive organisation. Urvalet av svars personer gjordes av de lokala arbetsgrupperna och svaren var anonyma.

Workshops och fokusgrupper för att utveckla och förbättra insatser

I syfte att ta fram insatser och förbättrade arbetssätt har personer i deltagande kommuner och regioner samlats till fokusgrupper eller workshops där även forskare inom arbetsmiljö och sjukfrånvaro deltagit. Fokusgrupperna har i huvudsak följt ett upplägg där resultaten från analysen har diskuterats. Grupperna har gemensamt fått identifiera bakomliggande orsaker till de mönster och utmaningar som identifierats i intervjuer. Mönster och utmaningar har sedan klustrats till olika teman. Efterföljande workshops har syftat till att gemensamt identifiera möjliga insatser och utvecklingsarbeten som kan möta de identifierade utmaningarna och behoven. Baserat på denna bruttolista av insatser och utvecklingsarbeten har sedan lokala och regionala arbetsgrupper valt vilka insatser och arbetssätt de ska fortsätta arbeta med.

Under pilottestet av insatser har workshops med lokala arbetsgrupper och med berörda chefer och medarbetare använts för att löpande justera och förbättra insatsernas utformning och genomförande.

Lokala och nationella arbetsgrupper med deltagande från högre chefer

Analysarbetet har organiserats i en projektmodell med arbetsgrupper och styrgrupper på både lokal och nationell nivå. I varje deltagande region eller kommun bildades en lokal arbetsgrupp. Under fas 1 bestod arbetsgrupperna av personer från HR, vårdgivare inom hälso- och sjukvården (samt i vissa fall även företagshälsovård) och representanter från högsta ledning (oftast HR-direktör). Under pilottestet bestod arbetsgrupperna av ansvarig processledare och de medarbetare som direkt arbetar med de nya arbetssätten. Analysarbetet diskuterades också löpande med lokal tjänstemannaledning.

Fas 1: Behovsanalys i fem regioner och åtta kommuner

Under behovsanalysen genomfördes ett kvantitativt och kvalitativt analysarbete i totalt fem regioner och åtta kommuner. Omfattning på analysarbetet varierade mellan deltagande organisation. I tabell 1 har vi sammanställt en förteckning över de regioner och kommuner som deltog i analysarbetet samt vilka datakällor som använts i respektive organisation.

Analysarbetet fokuserade på att identifiera:

- Prioriterade målgrupper med risk för långtidssjukskrivning, ur olika perspektiv
 - Lidande – vilka målgrupper har störst risk för långtidssjukskrivning?
 - Kostnader – vilka målgrupper kostar mest?
 - Kompetensförsörjning – vilka målgrupper är kritiska för att kunna upprätthålla ordinarie verksamhet?
- Orsaker till långtidssjukskrivning hos prioriterade målgrupper
- Gap i befintligt insatsutbud (rehabilitering, återgång i arbete)
- Gap i rehabiliteringskedjan
- Samarbetet mellan inblandade aktörer

I samtliga regioner och kommuner omfattade den kvantitativa analysen data från lönesystemen. Utöver detta så gjordes fördjupade analyser i vissa regioner/kommuner baserat på olika underlag. I de fem regionerna studerades utvalda nyckelvariabler från öppenvårdsregister. I tre av kommunerna analyserades statistik från företagshälsovård (på aggregerad nivå eller medarbetarnivå). I en kommun analyserades resultaten på medarbetarenkät (på chefsnivå) och i en kommun analyserades data från rehabiliteringssystem. Se Tabell 1 för en fullständig förteckning över vilka datakällor som använts i respektive region/kommun.

Tabell 1 Kvantitativa datakällor per region och kommun

Organisation	Statistik från lönesystem	Statistik från öppenvård	Statistik från företagshälsovård	Medarbetar-enkät	Rehabiliterings-system
Region Gotland	2013–2017	2014–2016			
Region Norrbotten	2012–2019	2014–2016			
Region Skåne	2014–2019	2014–2019			
Region Västerbotten	2012–2017	2014–2016			
Region Örebro län	2012–2017	2014–2016			
Borås stad	2013–2017				
Botkyrka kommun	2012–2016		2016	2017	
Gällivare kommun	2012–2017				
Håbo kommun	2012–2017				
Kungsbacka kommun	2013–2016		2016		2017
Nynäshamns kommun	2013–2016		2013–2016		
Vänersborgs kommun	2014–2017				
Örnsköldsviks kommun	2013–2016				

Källa: SKR

Det kvalitativa analysarbetet baserades i huvudsak på semistrukturerade intervjuer. Dessa genomfördes med forskare och experter inom arbetsmiljö och sjukskrivning (11), med medarbetare, chefer och HR i samtliga kommuner och regioner (124) samt med ett urval av privata leverantörer av företagshälsovård och tidiga insatser vid sjukskrivning (7). Intervjuerna hölls med personer i flera olika typer av roller i både regionerna och kommunerna. Totalt genomfördes 142 semi-strukturerade intervjuer under Fas 1.

Dessa intervjuer kompletterades med en kvalitativ webbenkät till medarbetare i regionerna med sammanlagt 411 respondenter från första linjens chefer, HR, läkare i primärvården samt rehabiliteringskoordinatorer i primärvården. I flera kommuner kompletterades intervjuerna med enkäter till olika verksamhetsrepresentanter med sammanlagt 417 svar. I kommunerna genomfördes också fokusgrupper med medarbetare, chefer och HR där totalt 76 personer deltog. I Tabell 3 presenteras antalet personer som deltagit i intervjuer, fokusgrupper och webbenkäter uppdelat per organisation.

Tabell 2 Antal personer som deltagit i intervjuer och webbenkät uppdelade per region och kommun

Organisation	Semistrukturerade intervjuer med medarbetare, fackliga, HR och chefer och vårdpersonal	Semistrukturerade intervjuer med forskare och leverantörer	Fokusgrupps-intervjuer med medarbetare, HR och chefer	Kvalitativ webbenkät till medarbetare, fackliga, HR och chefer och vårdpersonal
Region Gotland	10 personer			88 personer
Region Norrbotten	7 personer			60 personer
Region Skåne	11 personer			97 personer
Region Västerbotten	7 personer			122 personer
Region Örebro län	9 personer			44 personer
Borås stad	3 personer		10 personer	58 personer
Botkyrka kommun	30 personer			
Gällivare kommun	3 personer		20 personer	70 personer
Håbo kommun	3 personer		12 personer	43 personer
Kungsbacka kommun	25 personer			
Nynäshamns kommun	10 personer			
Vänersborgs kommun	3 personer		14 personer	140 personer
Örnsköldsviks kommun	3 personer		20 personer	106 personer
Universitet och högskola (forskare inom sjukskrivning, arbetsmiljö)		11 personer		
Leverantörer av företagshälsovård och tidiga insatser		7 personer		
Totalt	124 intervjuer	18 personer	76 personer	828 personer

Källa: SKR

Analysarbetet genomfördes av SKR med stöd av Lumell Associates och resultat från analysarbetet diskuterades löpande med lokala arbetsgrupper för att säkerställa korrekt tolkning, minimering av eventuella felkällor och förankring av arbetet.

Fas 2: Utveckling av insatser och modell för pilottest tillsammans med regionerna

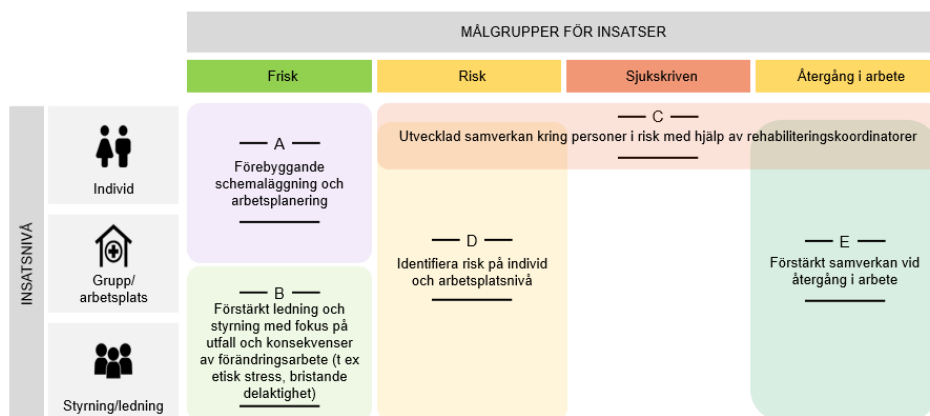
Med utgångspunkt i analysresultaten från Fas 1 och en genomgång av aktuell forskning utvecklade SKR förslag på insatser:

- *Tillsammans med regionerna* utvecklades arbetssätt för att åstadkomma friska arbetsplatser, förebygga sjukfrånvaro från dag 15 och förbättra effektivitet i samverkan. Det är detta arbete som beskrivs i denna rapport.
- *Tillsammans med kommunerna* skedde ett parallellt arbete där insatser för att minska den korta sjukfrånvaron utvecklades och senare upphandlades. Detta är ett separat arbete som inte beskrivs närmare i denna rapport då uppföljning av utvecklingsarbetet fortfarande pågår (läs mer på sida 41).

Utvecklingen av det riskorienterade arbetssättet i regionerna genomfördes med stöd av en serie workshops för att utforma och välja insatser som kunde förebygga och förkorta sjukfrånvaro.

Vid den inledande workshopen samlades representanter från de fem medverkande regionerna, forskare och medarbetare vid SKR för att tillsammans identifiera möjliga förbättringsområden och ta fram idéer på insatser. Idéerna bearbetades sedan till sex förslag på insatser (se Figur 20) som vidareutvecklades gemensamt i fyra ytterligare workshops. Tre sammankopplade insatser valdes sedan ut för pilottest.

Figur 20 Sex inledande förslag på insatser för att minska och förkorta sjukfrånvaro



Källa: Workshops med representanter från regionerna. SKR och Lumell Associates analys.

Modellen för pilottest bestod av insatser på tre nivåer

Det riskorienterade arbetssättet som testas i pilottestet bestod av tre sammanlänkande insatser (se Figur 21). Insatserna genomfördes på medarbetar-, arbetsplats-, ledningsnivå och förstärker varandra. Arbetssättet som helhet och

alla tre insatser utgick ifrån kunskapen om att samarbetet mellan vård och arbetsgivare är en nyckelfaktor för att förebygga och förkorta sjukfrånvaro.

Insatsmodellen i sin helhet beskrivs i kapitlet ”Tre sammanlänkade insatser har testats för att förebygga sjukfrånvaro och förbättra effektiviteten i samverkan”.

Figur 21 Pilottestet omfattade en modell med tre sammanlänkade insatser som alla syftar till att förebygga och förkorta längre sjukskrivning. Ett övergripande fokus för insatserna var stärkt samverkan mellan arbetsgivare och vårdgivare.



Källa: SKR

Fas 3: Pilottest av det riskorienterade arbetssättet i två regioner med löpande uppföljning

Med behovsanalysen och de föreslagna insatserna som grund tog Region Skåne och Region Norrbotten under vintern 2018 beslut om att delta i Fas 3 av projektet. Denna fas innefattade att pilottesta det riskorienterade arbetssättet. Under pilottestets första år finansierades insatserna delvis av regionerna själva och delvis av SKR via överenskommelser med staten. Under 2019 finansierades insatserna av regionerna själva. SKR finansierade ett nationellt genomförandestöd under perioden 2018–2019 med fokus på projektledning, koordinering, processutveckling och analys.

Övergripande målsättning för pilottesterna

Målsättningen för pilottesterna var att till årsskiftet 2019/20 ha bidragit till en mätbar minskning av sjukfrånvaron, genom att:

1. Genomföra insatserna och på detta sätt ta ett systematiskt helhetsgrepp kring sjukfrånvaron.
2. Förebygga och förkorta sjukfrånvaro genom att,
 - 2.1 förebygga nya sjukskrivningar bland medarbetare med upprepad sjukfrånvaro,
 - 2.2 förkorta sjukfrånvarotiden bland medarbetare i sjukskrivning,
 - 2.3 förebygga återfall i sjukskrivning bland medarbetare som nyligen återgått i arbete.
3. Förbättra samverkan mellan vård- och arbetsgivare både i medarbetarärenden och på organisatorisk nivå genom att:
 - 3.1 skapa fler kontaktytor för erfarenhetsutbyte mellan regionen i rollen som vård- respektive arbetsgivare,
 - 3.2 förstärka samordning i individuella ärenden med hjälp av koordineringsfunktion,
 - 3.3 sprida kunskap kring hälsosamma arbetsplatser och hållbar återgång i arbete,
 - 3.4 genomföra workshops kring samverkan för minskad sjukskrivning med representanter från arbetsgivare, företagshälsovård, primärvård och försäkringskassa både på ledningsnivå och på handläggarnivå.

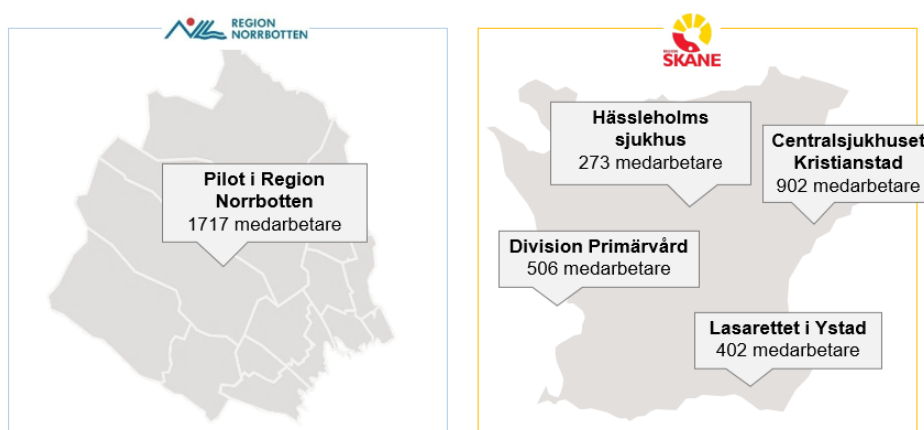
Det mätbara målet var att antalet sjukfrånvarodagar per medarbetare skulle minska med sju procent i de utvalda divisionerna/verksamhetsområdena under perioden september 2018 till augusti 2019 jämfört med året innan pilotens start.³⁰

³⁰ Minskningen avser det totala antalet sjukdagar i de utvalda divisionernas men ska även ses i ljuset av och utvärderas i relation till eventuell förändring i sjukfrånvarodagar i övriga divisioner i regionen.

Pilottestet omfattade totalt 3 800 medarbetare i två regioner

Uppstart av arbetet skedde i januari 2018 och pilottestet pågick fram till december 2019. I varje region omfattades ett antal utvalda verksamhetsområden (se Figur 22)

Figur 22 Sammanlagt omfattade pilottestet cirka 3 800 medarbetare.



Not: Region Skåne har omorganiserats, förvaltningen Skånevård Kryh finns inte längre.
Källa: Statistik från lönesystemet i f.d. Skånevård Kryh och Region Norrbotten, jan 2015–sep 2019, Lumell Associates analys

I Region Norrbotten deltog sju verksamhetsområden (ca 1 700 medarbetare). I Region Skåne deltog sju verksamhetsområden inom före detta Skånevård Kryh (ca 2 100 medarbetare)

Under 2019 genomfördes uppföljning av insatserna

Arbetet med insatserna följdes upp under våren respektive hösten 2019. Uppföljningen omfattade två delar (se Figur 23):

- A. Omfattning och implementering
- B. Tidiga utfall

För uppföljningen utarbetades ett antal huvudfrågeställningar

A. Omfattning och implementering: Hur skiljer sig genomförandet av insatsen från den ursprungliga insatsbeskrivningen i metodstödet?

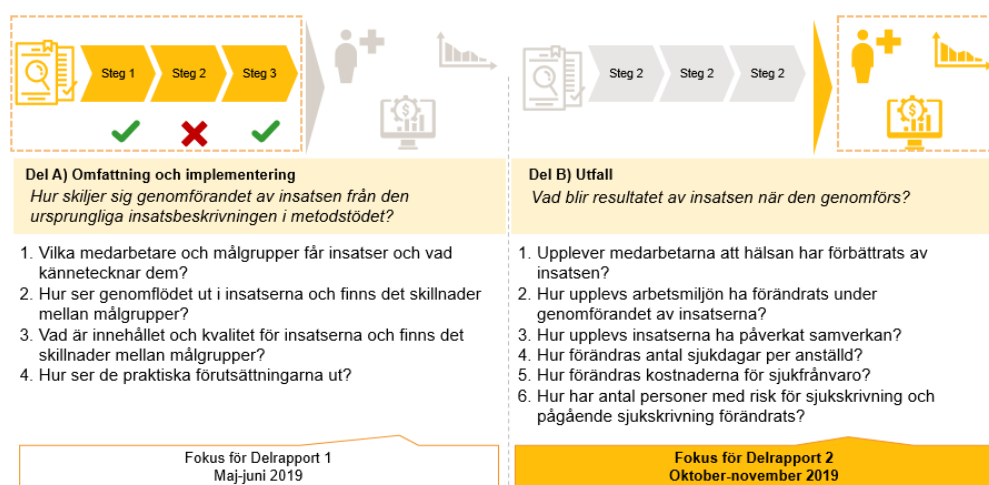
- Vilka medarbetare och målgrupper får insatser och vad kännetecknar dem?
- Hur ser genomflödet ut i insatserna och finns det skillnader mellan målgrupper?
- Vad är innehåll och kvalitet i insatserna och finns det skillnader mellan målgrupper?
- Hur ser de praktiska förutsättningarna ut?

B. Tidiga utfall: Vad blir resultatet av insatsen när den genomförs?

- Hur upplever medarbetare att hälsan har förändrats av insatsen?
- Hur upplevs arbetsmiljön ha förändrats under genomförandet av insatserna?
- Hur uppfattas insatserna ha påverkat samverkan?
- Hur förändras antal sjukdagar per medarbetare?
- Hur förändras kostnaderna för sjukfrånvaro?

Figur 23 Översikt över uppföljning av genomförande och utfall 2019

Översikt över uppföljning av genomförande och utfall



Källa: SKR

Uppföljningen baserades på statistik, intervjuer och enkäter

- statistik från lönesystem och vårddatalager
- enkäter till medarbetare
- semistrukturerade intervjuer med medarbetare, chefer, HR, rehabiliteringskoordinatorer och företagshälsovård
- loggar från arbetet med insatserna Reko-AG och Riktat arbetsplatsstöd
- processdokumentation över insatserna (metodhandbok Reko-AG, metodhandbok Riktat arbetsplatsstöd)

Tabell 3 Datakällor som använts i uppföljningen av det riskorienterade arbetssättet i två regioner

Organisation	Statistik från lönesystem	Statistik från öppenvård	Statistik från företags-hälsovård	Enkäter	Intervjuer	Loggar från insats-teamen
Region Norrbotten	2012–2019	2013–2019	2013–2019	Delrapport 1: 40 medarbetare Delrapport 2: 22 medarbetare	Delrapport 1: 17 intervjuer Delrapport 2: 16 intervjuer	Reko-AG Riktat arbetsplatsstöd
Region Skåne	2015–2019	2014–2019		Delrapport 1: 57 medarbetare Delrapport 2: 88 medarbetare	Delrapport 1: 21 intervjuer Delrapport 2: 16 intervjuer	Reko-AG Riktat arbetsplatsstöd

Källa: SKR, pilotregioner

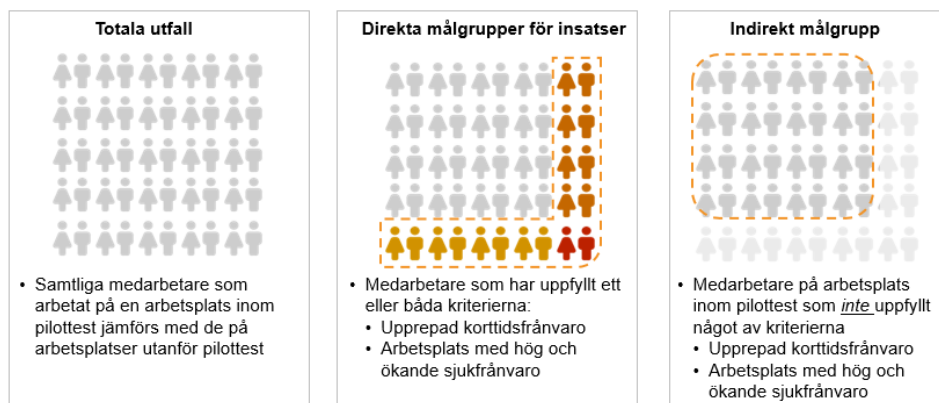
Fokus uppföljning av tidiga utfall

Den kvantitativa uppföljningen av tidiga utfall på sjukfrånvaron utgick ifrån analyser av nettodagar³¹. För att följa upp tidiga utfall på sjukfrånvaron fördjupade vi oss i tre grupper (se Figur 24):

- **Totala utfall:** Samtliga medarbetare som arbetat på en arbetsplats inom pilottest jämförs med de på arbetsplatser utanför pilottest
- **Direkta målgrupper för insatser:** Medarbetare som har uppfyllt ett eller båda kriterierna för risk:
 - 1) Upprepad korttidsfrånvaro
 - 2) Arbetsplats med hög och ökande sjukfrånvaro, inom respektive utanför pilottest
- **Indirekt målgrupp:** Medarbetare som *inte* har uppfyllt ett eller båda kriterierna för risk:
 - 1) Upprepad korttidsfrånvaro
 - 2) Arbetsplats med hög och ökande sjukfrånvaro, inom respektive utanför pilottest

³¹ Nettodagar definieras i denna delrapport som heltidsdagar i sjukskrivning, 1 nettodag=8 arbetstimmar

Figur 24 Beskrivning av tillvägagångssätt för uppföljning av tidiga utfall på sjukfrånvaron

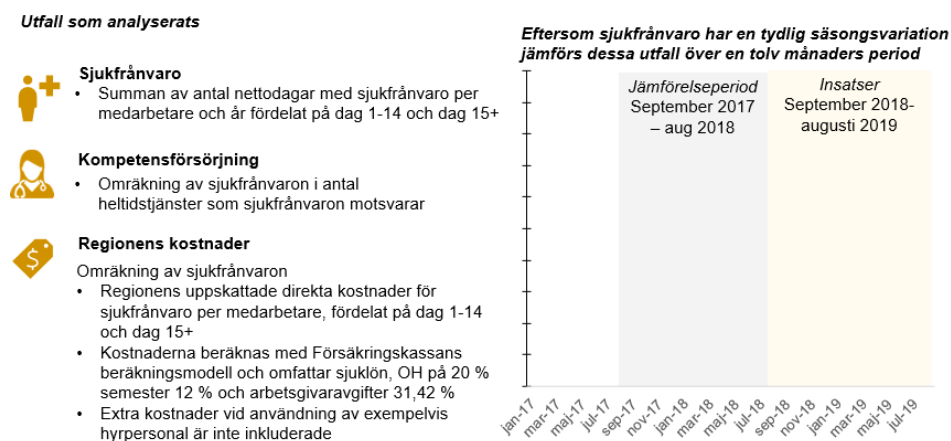


Källa: SKR

Alla jämförelser med sjukfrånvaro avser en rullande period på tolv månader och jämför perioden september 2018 till augusti 2019, jämfört med september 2017 till augusti 2018 (se Figur 25).³²

³² De uppskattade direkta kostnaderna för arbetsgivaren är baserade på Försäkringskassans beräkningsmodell och alla kostnader är baserade på genomsnittlig årslön för respektive år (384 000 kronor x), LKP 31 procent, semester 12 procent och OH 20 procent

Figur 25 I uppföljningen jämförs tre primära variabler över två tidsperioder



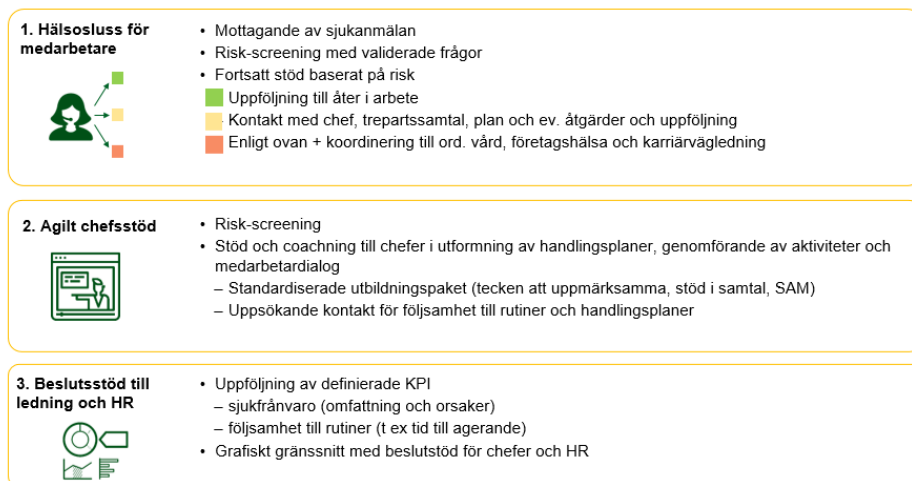
Källa: SKR

UTVECKLING OCH PILOTTEST AV RISKORIENTERADE ARBETSSÄTT I KOMMUNER

Utifrån de behovsanalyser som genomfördes under 2017 (Fas 1) utformades även förslag på pilotprojekt i kommunerna bestående av tre insatser för att med riskorienterade arbetssätt förebygga sjukfrånvaro. De tre insatserna som togs fram för kommunerna beskrivs övergripande i Figur 26. De tre insatserna var främst inriktade på att minska den korta sjukfrånvaron (dag 1–14) med fokus på två riskgrupper: (1) medarbetare med fler än tre sjukfall de senaste tolv månaderna, och (2) arbetsplatser med hög och/eller ökande korttidssjukfrånvaro. Likt pilotprojekten i regionerna innebar det riskorienterade arbetssättet i kommunerna ett systematiskt helhetsgrepp om sjukfrånvaron och riktade sig mot samtliga tre organisationsnivåer: medarbetarnivå, arbetsplatsnivå och organisationsövergripande styrnings- och ledningsnivå.

Två kommuner, Botkyrka och Örnsköldsvik, valde att under 2018 starta upp pilotprojekt med en treårshorisont och därmed påbörja implementering av ett riskorienterat arbetssätt utifrån de tre föreslagna insatserna. En viktig skillnad i kommunernas pilotprojekt jämfört med regionerna, är att kommunerna tillämpade en utfallsbaserad modell där insatserna på medarbetar- och ledningsnivå (insats 1 och 3 i Figur 26) tillhandahålls genom upphandlat stöd med utfallsbaserade avtal. De utfallsbaserade avtalen syftade till att skapa gemensamma incitament för leverantör och kommun och att skapa ett fokus på utfallet av insatserna. Utfallet av pilotprojekten i kommunerna mäts i antal nettodagar korttidssjukfrånvaro (dag 1–14) och jämförs med en uppmätt baslinje inför implementeringen av insatserna. Pilotprojekten finansieras av kommunerna. Det statliga forskningsinstitutet RISE bistår kommunerna med löpande genomförandestöd och uppföljning.

Figur 26 Beskrivning av föreslagen insatsmodell i kommunerna



Källa: SKR

- 1. På medarbetarnivå** innefattar det riskorienterade arbetssättet en hälsosluss med koordinator dit sjukanmälan görs och en screening av risk baserat på tidigare frånvaro och validerade frågeformulär genomförs. Baserat på screeningen väljs lämplig åtgärd: (a) uppföljning till åter i arbete (grön), (b) plan för arbetsrelaterade åtgärder och uppföljning över telefon från koordinator (gul) eller (c) åtgärd (a) och (b) samt styrning till externa resurser så som företagshälsovård (röd). Data från hälsoslussen ligger sedan till grund för insatsen på organisationsövergripande nivå ("beslutsstödet").
- 2. På arbetsplatsnivå** tillhandahålls ett stöd till chefer bestående av ett insatsteam från HR, i syfte att identifiera och stötta chefer och arbetsplatser med störst behov av arbetsmiljöåtgärder. Stödet utgår från en initial riskscreening baserad på analys av tillgängliga data. Dialog inleds sedan med berörd chef där stöd erbjuds gällande identifiering av riskfaktorer samt framtagande av en resurssatt åtgärdsplan. Utifrån åtgärdsplanen stöttar insatsteamet chefen i genomförandet av planerade åtgärder. Insatsen på arbetsplatsnivå i kommunerna liknar till stor del den tidigare beskrivna insatsen på arbetsplatsnivå i regionerna.
- 3. På organisationsövergripande styrnings- och ledningsnivå** utgår det riskorienterade arbetssättet från ett datadrivet beslutsstöd riktat till ledning och HR. Stödet skall skapa förutsättningar för tidigare åtgärder genom att tillhandahålla fakta och utarbetade statistikunderlag, samt en möjlighet att underlätta lärande mellan enheter som lyckats väl och de som har större utmaningar

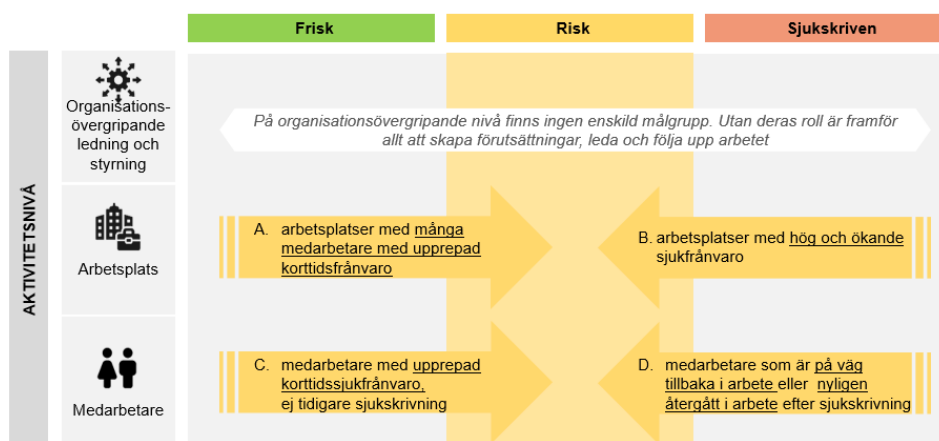
Det finns riskgrupper för sjukskrivning som går att identifiera

I det här avsnittet beskriver vi de riskgrupper för sjukskrivning på arbetsplats- och medarbetarnivå som har omfattats av arbetet samt vad vi vet från analysarbetet kopplat till dessa. Värt att notera är att riskgrupperna finns inom alla verksamheter och att inga tydliga skillnader avseende exempelvis kön eller ålder påvisats.

Fyra riskgrupper som är möjliga att identifiera med statistik från lönesystemet

Det finns flera riskfaktorer för sjukskrivning, där vissa riskfaktorer är kopplade till faktorer som kan vara svåra att fånga baserat på kvantitativa data. Sådana faktorer är exempelvis livsstil, familjeförhållanden eller andra personliga förutsättningar. Andra riskfaktorer är enklare att identifiera och fånga upp genom den data som en region eller kommun har tillgång till genom HR- och lönestatistik. Fyra sådana riskgrupper på arbetsplats- respektive medarbetarnivå visas i Figur 27.

Figur 27 Illustration av riskgrupper på de olika aktivitetsnivåerna



Källa: SKR

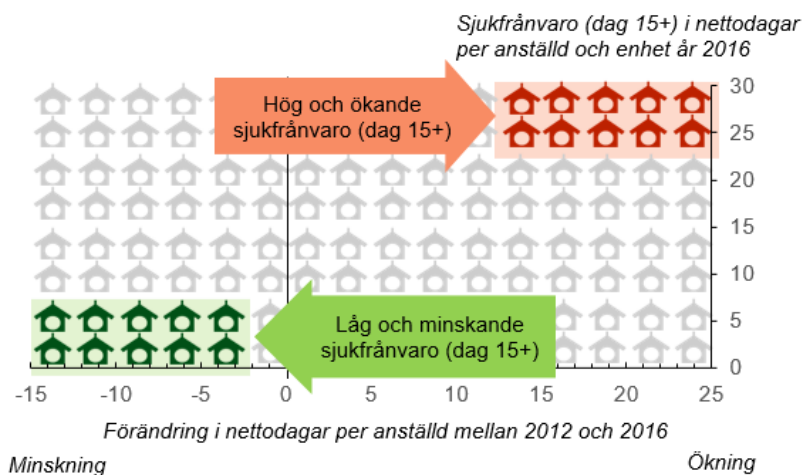
Arbetsplatser med hög och ökande sjukfrånvaro kan ha många olika typer av utmaningar

Skillnaderna i sjukfrånvaro är större inom än mellan verksamhetsområden

Genomförda analyser av sjukfrånvaro i deltagande regioner och kommuner visade att det fanns stora skillnader i kort- och långtidsfrånvaro mellan olika arbetsplatser i alla de regioner och kommuner som studerades. Det fanns också stora skillnader i hur sjukfrånvaron förändrats mellan olika arbetsplatser. Detta är viktigt att komma ihåg eftersom det ofta pekas ut att vissa verksamhetsområden har större problem med sjukfrånvaron än andra. Det brukar exempelvis särskilt framhållas att sjukfrånvaron är högst inom vård- och omsorgs-/socialförvaltning inom kommunerna samt inom exempelvis psykiatri inom regionerna. Detta mönster återfanns i de genomförda analyserna – men *skillnaden mellan olika verksamhetsområden var genomgående betydligt mindre än skillnaden mellan arbetsplatser inom ett verksamhetsområde*. Den genomsnittliga sjukfrånvaron (medelvärdet) för ett verksamhetsområde ger alltså inte hela bilden.

I en deltagande region varierade exempelvis den *genomsnittliga långtidsfrånvaron* (dag 15+) mellan arbetsplatser från 0 till 29 dagar per anställd år 2016. Även *förändringen* i långtidsfrånvaro per anställd mellan 2012 och 2016 varierade stort (se Figur 28). Vid svängningar i sjukfrånvaron går det att identifiera både arbetsplatser med hög och ökande sjukfrånvaro och arbetsplatser med låg och minskande sjukfrånvaro. I exemplet nedan finns inga tydliga skillnader mellan enheter med hög och ökande respektive låg och minskande sjukfrånvaro när det kommer till köns- och åldersfördelning, lön, sysselsättningsgrad eller antal medarbetare per chef. Den arbetsplats vars sjukfrånvaro ökade mest ökade med 25 nettodagar per anställd, samtidigt som andra arbetsplatser hade minskande sjukfrånvaro (som mest en minskning med 15 nettodagar per anställd och år).

Figur 28 Sjukfrånvaron varierar mellan arbetsplatser. Exempel på skillnader i sjukfrånvaro efter dag 15 mellan olika arbetsplatser i en region under en viss tidsperiod

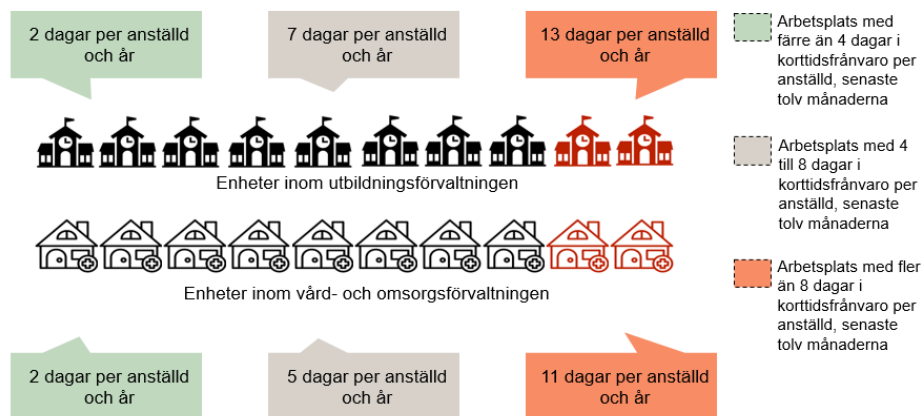


Not: Nettodagar beräknat utifrån frånvaron i kalenderdagar. Andelen dagar som inte var arbetsdagar den aktuella månaden har dragits ifrån, 25 semesterdagar har dragits ifrån jämnt fördelat över året. Alla anställda är medräknade oavsett anställningsform. Källa: Statistik från lönesystemet i [Pilotregionen], jan – dec 2017, Lumell Associates Analys

Motsvarande mönster ses för den korta sjukfrånvaron. I en av de kommuner som analyserades (se Figur 29) varierade exempelvis den genomsnittliga korta sjukfrånvaron (dag 1–14) mellan förvaltningarna från 3,5 till 7,0 nettodagar per anställd år 2016. Samtidigt noterades en stor spridning mellan arbetsplatserna inom respektive förvaltning; inom den förvaltning där den korta sjukfrånvaron var högst (i genomsnitt 7,0 nettodagar per medarbetare) var spridningen³³ mellan arbetsplatserna 0,3–13,2 nettodagar per anställd 2016. För den förvaltning som hade lägst korttidsjukfrånvaro (3,5 nettodagar per medarbetare) observerades spridningen mellan arbetsplatserna: 0,5–7,2 dagar per anställd 2016. Det finns följaktligen en stor spridning i sjukfrånvaro mellan arbetsplatserna även för korttidsfrånvaro, där vissa enheter har en väldigt låg nivå av korttidsfrånvaro och andra har en hög såväl inom förvaltningar med generellt hög som låg korttidsfrånvaro. Vid fördjupande analyser finns inga tydliga skillnader mellan enheter med hög och ökande respektive låg och minskande sjukfrånvaro när det kommer till köns- och åldersfördelning, lön, sysselsättningsgrad eller antal medarbetare per chef.

³³ 95 % konfidensintervall

Figur 29 Exempel på hur skillnaderna i korttidssjukfrånvaro (dag 1–14) är större inom än mellan förvaltningar



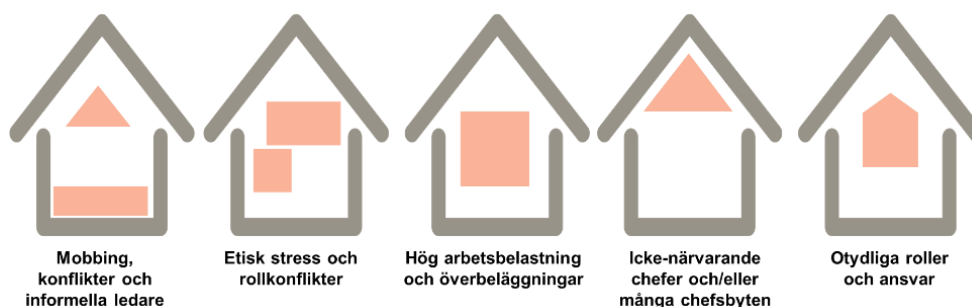
Källa: Statistik från lönesystemet i [Pilotkommunen], jan – dec 2016, Lumell Associates Analys

Skillnaderna mellan arbetsplatser verkar inte kunna förklaras av olika strukturella förutsättningar. Inga signifikanta skillnader observerades vad gäller till exempel könsfördelning, åldersfördelning, antal underställda per chef, eller mix av utbildningsnivå hos personal (exempelvis förhållandet mellan förskollärare/barnskötare i förskolan eller undersköterskor/vårdbiträden inom hemtjänst) mellan de arbetsplatser som minskat, bibehållit eller ökat sjukfrånvaron jämfört med andra arbetsplatser. Liknande mönster observeras i samtliga regioner och kommuner där kort- och långtidssjukfrånvaron per arbetsplats har kunnat följas över tid.

Hög arbetsbelastning, konflikter och svårigheter att få till ett nära ledarskap är exempel på orsaker till hög och ökande sjukfrånvaro

Arbetsplatser med hög och ökande sjukfrånvaro beskrivs i intervjuer med HR, chefer och medarbetare kunna ha många olika typer av arbetsmiljöutmaningar (se Figur 30). Exempelvis beskrevs hög arbetsbelastning, avsaknad av rutiner/stöd för att prioritera samt avsaknad av rutiner för att fånga upp och stötta medarbetare i risk för sjukskrivning eller vid återgång i arbete som viktiga bidragande orsaker till sjukfrånvaron på olika arbetsplatser.

Figur 30 Exempel på vanliga arbetsmiljöutmaningar från arbetsplatser med hög och ökande sjukfrånvaro



Källa: Intervju (44 st.) med HR-direktörer, HR-strateger, bitr. hälso-och sjukvårdsdirektör, specialister, i allmänmedicin, rehabiliteringskoordinatorer, företagshälsa, avdelnings-och verksamhetschefer m.fl. Enkätundersökning (arbetsgivarenkät n=281, vårdgivarenkät n=141) SKR och Lumell Associates analys

I intervjuer framkommer det att arbetsplatser med hög och ökande sjukfrånvaro kännetecknas av arbetsmiljöutmaningar på både medarbetar- och arbetsplatsnivå. På medarbetarnivå kan det handla om etisk/moralisk stress, stressrelaterad problematik, bristande delaktighet, känsla av otillräcklighet samt hög arbetsbelastning i kombination med en privat ansträngd situation. Vanliga orsaker på arbetsplatsnivå handlar det om obalans mellan krav och resurser, svårigheter att få till ett nära ledarskap och svårigheter att fånga upp och arbeta med både medarbetare med behov och mer strukturella utmaningar på arbetsplatsen. Dessa orsaker beskrivs vara sammanlänkade där enskilda medarbetare ibland har fått stor effekt på den övriga arbetsmiljön där exempelvis informellt ledarskap lyfts upp som förekommande.

De enkäter som genomförts med medarbetare i regionerna bekräftar bilden från intervjuerna. Exempelvis betonas arbetsmiljöutmaningar i form av bristande rutiner för att ge tidigt stöd till medarbetare i risk för sjukskrivning, obalans mellan krav och resurser samt mobbing.

I flertalet av kommunerna genomfördes intervjuer och fokusgrupper med medarbetare som i linje med insikterna från regionerna talar för att orsaker till hög sjukfrånvaro finns på både medarbetar- och arbetsplatsnivå. Hög arbetsbelastning, stressrelaterad problematik, bristande delaktighet och en ansträngd privat situation är orsaker som återkommer även bland medarbetare inom kommunerna. Orsaker på medarbetarnivå knyts också tätt ihop med orsaker på arbetsplatsnivå, så som obalans mellan krav och resurser eller utmaningen i att få till ett nära ledarskap. Exempelvis leder obalans mellan krav och resurser på arbetsplatsnivå till tuffa arbetscheman och brist på vikarier, vilket tenderar i att resultera i en hög arbetsbelastning på medarbetarnivå och ökad risk för sjukfrånvaro.

I hälften av kommunerna skickades också en webbenkät ut till verksamhetsrepresentanter. Svaren från enkäten pekade på att tidig identifiering av medarbetare och arbetsplatser i behov av stöd ansågs som utmanande, samtidigt som chefer och skyddsombud upplevdes endast i en viss utsträckning ha tillräcklig kunskap om psykisk ohälsa och stressproblematik.

Medarbetare med upprepad korttidsfrånvaro har en högre risk för längre sjukskrivning

Upprepad korttidsfrånvaro är en risk för sjukskrivning

Upprepad korttidsfrånvaro är enligt forskare och experter inom sjukfrånvaro en viktig indikator på risk för att också hamna i längre sjukskrivning (dag 15+). De forskare som intervjuats inom ramen för det här arbetet menade att det redan efter tre eller fyra sjukfall fanns en ökad risk (se Figur 31). Detta bekräftas av det analysarbete som SKR har genomfört.

Figur 31 Exempel på citat från forskare och experter inom rehabilitering, försäkringsmedicin, psykisk ohälsa och arbetsmiljö



Källa: Intervjuer med forskare och experter. SKR och Lumell Associates analys

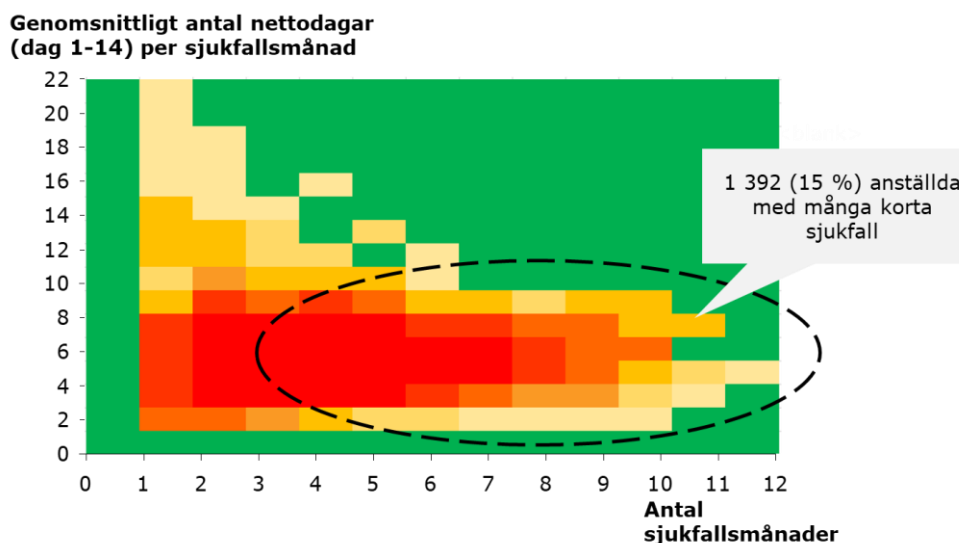
Redan vid tre korta sjukfrånvarotillfällen (dag 1–14) under en tolv månaders period sågs en högre risk för sjukskrivning. Drygt en femtedel av medarbetarna i regioner och kommuner hade ett sådant mönster av upprepad korttidsfrånvaro. Av de som blev sjukskrivna från dag 15 hade två tredjedelar av de längre sjukskrivningarna föregåtts av upprepad sjukfrånvaro. Detta innebär en högre risk att hamna i längre sjukfrånvaro för medarbetare som har en period av upprepad korttidsjukfrånvaro. Personer som hade upprepad korttidsfrånvaro och som sedan blev sjukrivna under längre tid (dag 15+) hade dessutom längre sjukskrivningar och en högre risk att inom ett år bli sjukskrivna igen eller åter ha upprepad korttidsfrånvaro efter återgång i arbete.

Sammantaget gör detta att den direkta kostnaden för en långtidssjukskrivning, räknat under en tvåårsperiod, är ungefär den dubbla för medarbetare som har ett mönster av upprepad korttidsfrånvaro innan sjukskrivningen.

Det finns en spridning bland medarbetarna i antalet korta sjukfall

En fördjupad analys av de korta sjukfallen (dag 1–14) visade att det finns en stor spridning mellan medarbetare i antalet sjukfall och längden på sjukfallen. En stor grupp medarbetare hade ingen sjukfrånvaro under ett år, några medarbetare hade enstaka långa sjukfall, medan andra hade flera och korta sjukfall. För att förstå mer om vilken typ av sjukfall som står för den största delen av den korta sjukfrånvaron genomfördes analyser i tre kommuner. I Figur 32 nedan illustreras hur den korta sjukfrånvaron fördelade sig i en kommun med cirka 8 000 medarbetare. På Y-axeln i figuren är längden på sjukfallen och på X-axeln antal månader som en medarbetare hade sjukfall. Figuren ska tolkas så att grön färg illustrerar att sjukfrånvaron är ett mycket litet problem, gula nyanser innebär att sjukfrånvaron i viss mån är ett problem och röd att det är den längd och antal sjukfall som genererar flest sjukdagar för kommunen.

Figur 32 Illustration av hur den korta sjukfrånvaron fördelar sig i en kommun med cirka 8 000 medarbetare.



Källa: Statistik från lönesystemet i [Pilotkommun], jan – dec 2016, Lumell Associates Analys

Upprepad korttidsfrånvaro är sammankopplat med högre direkta kostnader för sjukfrånvaro

Den korta sjukfrånvaron är som nämnt med marginal den största kostnadsdrivaren för de direkta kostnaderna för sjukfrånvaro (se Figur 11).

En mindre andel av medarbetarna står i sin tur för en stor del av den korta sjukfrånvaron och därmed även en stor del av kostnaderna för sjukfrånvaro. Dessa medarbetare har ofta flera korta sjukfrånvarotillfällen som upprepar sig under flertalet av månaderna under året. I Figur 33 presenteras ett exempel från en av de kommuner som deltog i arbetet. I den kommunen stod 20 procent av

medarbetarna i kommunen för 75 procent av den korta sjukfrånvaron. Mönstret återfinns i samtliga regioner och kommuner som deltagit i analysarbetet.

Figur 33 Illustrationsexempel från en kommun där 20 procent av medarbetarna står för 75 procent av den korta sjukfrånvaron



Källa: Statistik från lönesystemet i [Pilotkommun], jan – dec 2017, Lumell Associates Analys

Flera som intervjuats betonar att orsakerna till upprepad korttidsfrånvaro kan variera

Från de intervjuer och fokusgrupper som genomförts är det tydligt att det finns flera olika orsaker till upprepad korttidsfrånvaro, och att dessa orsaker kan finnas på både medarbetar- och arbetsplatsnivå. Exempel på citat från intervjuerna och fokusgrupperna presenteras i Figur 34, 35 och 36.

I flera av de deltagande kommunerna har fokusgrupper genomförts i syfte att identifiera orsaker och behov kopplat till upprepad korttidsfrånvaro. På medarbetarnivå nämndes stress genom hög eller ohållbar arbetsbelastning tillsammans med en ansträngd privat situation som en vanlig orsak till upprepad korttidsfrånvaro. Även känslan av otillräcklighet i arbetet och brist på samhörighet till kollegor togs upp som vanliga orsaker till upprepad korttidsfrånvaro.

Figur 34 Citat från intervjuer med medarbetare med historik av upprepad korttidsfrånvaro



Källa: Intervjuer med medarbetare i kommuner och regioner. SKR och Lumell Associates analys

På arbetsplatsnivå var lyftes orsaker till upprepad korttidsfrånvaro som ofta var tätt knutna till redan nämnda orsaker på medarbetarnivå. Utmanande ekonomiska villkor och begränsade resurser upplevdes leda till tuffa arbetsplanerna och hög arbetsbelastning. När någon är sjuk får annan ordinarie personal ofta rycka in vid avsaknad av vikarier, vilket bidrar till stress och att medarbetare går till arbetet trots att de är sjuka. Hand i hand med detta infinner sig en kultur på arbetsplatsen som karaktäriseras av stress, med uteblivna raster och kollegor som inte tar sig tid att prata med varandra. Risken för sjukfrånvaro ökar och det bildas en negativ spiral där stress och hög arbetsbelastning föder varandra.

Figur 35 Citat från intervjuer med medarbetare med historik av upprepad korttidsfrånvaro



Källa: Intervjuer med medarbetare i kommuner och regioner. SKR och Lumell Associates analys

Bristande ledarskap i form av frånvarande chefer och otydligt ledarskap är också orsaker till korttidsfrånvaro på arbetsplatsnivå som lyfts av medarbetare. Medarbetare behöver känna sig sedda och behövda. När fokus ökar på sjukskrivningar upplevs detta ha skapat en attityd på chefsnivå där medarbetares sjukfrånvaro ifrågasätts, vilket bidrar till än mer stress. Just chefens betydelse för medarbetarens välmående på jobbet var något som samtliga intervjurespondenter i kommuner tog upp. Bilden i kommunerna bekräftades både i intervjuer med och i enkäter till medarbetare i regionerna. Vid fördjupande analyser finns inga tydliga skillnader avseende köns- och åldersfördelning för medarbetare med upprepad korttidsfrånvaro.

Figur 36 Citat från intervjuer med medarbetare med historik av upprepad korttidsfrånvaro



Källa: Intervjuer med medarbetare i kommuner och regioner. SKR och Lumell Associates analys

Medarbetare som återgår i arbete efter sjukskrivning har en ökad risk för ny sjukskrivning särskilt inom vård och omsorg

Forskning och analysarbete från Försäkringskassan visar att tidigare sjukskrivning är en betydande riskfaktor för att återfalla i ny sjukskrivning de närmaste tre åren efter att den första sjukskrivningen avslutas och att den risken är högre för medarbetare inom vård och omsorg. Risken är också högre för kvinnor.³⁴

³⁴ Försäkringskassan 2018: Socialförsäkringsrapport 2018:8

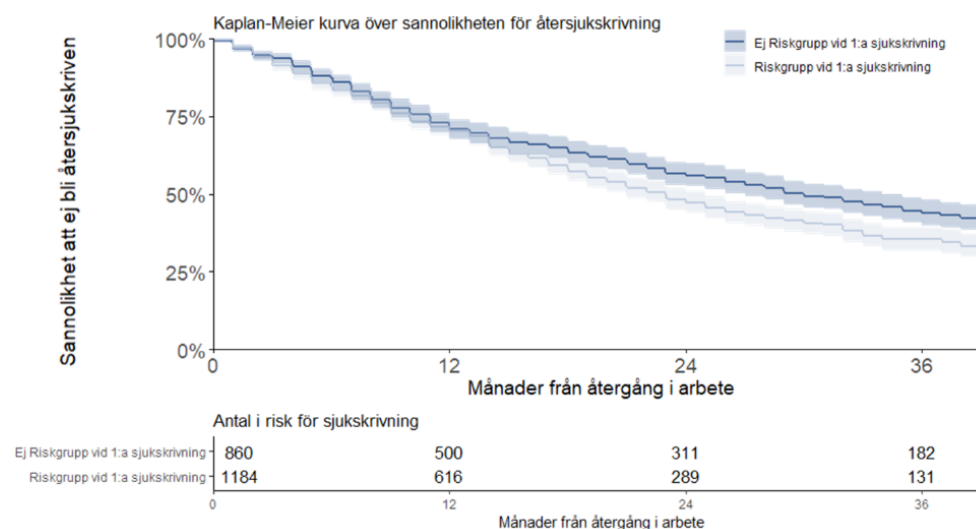
FÖRSÄKRINGSKASSAN: SOCIALFÖRSÄKRINGSRAPPORT 2018:8

”Den största relativa risken för att komma i en ny sjukskrivning inom ett år efter avslutat sjukfall löper de som hade haft sjukpenning någon gång under de 24 månader som föregick det aktuella sjukfallet. Den risken är drygt 130 procent högre än för dem som inte hade ett tidigare sjukfall under den perioden. Arbetande inom vård- och omsorgsbranscher löper högre risk än arbetande i nästan samtliga andra branscher att återgå i ny sjukskrivning. Jämfört med arbetande i t ex tillverkningsbranschen löper arbetande inom vård och omsorg 10 till 15 procents större risk att hamna i ny sjukskrivning inom ett år efter avslutat sjukfall. Kvinnor är starkt överrepresenterade inom vård och omsorgsbranschen och har högre risk än män att hamna i ny sjukskrivning ett till tre år efter avslutat sjukfall. De som har en sjukpenninggrundande inkomst som understiger 240 000 kronor löper högre risk (cirka 35 procent) än de med inkomster som överstiger 348 000 kronor, och detta gäller även de med inkomster däremellan. Även de som har en årsinkomst mellan 294 000 och 348 000 kronor löper en högre risk (20 till 25 procent) för återgång i sjukskrivning jämfört med dem som har inkomst över ”taket”. Denna förhöjda risk för ny sjukskrivning gäller både ett, två och tre år efter avslutat sjukfall.”

Risken för återfall i ny sjukskrivning är större för medarbetare med upprepad korttidsfrånvaro

I analysarbetet framkom att risken för återfall i sjukskrivning var större för medarbetare som före sin sjukskrivning hade upprepad korttidsfrånvaro. Figur 37 nedan visar hur personer med sjukskrivning har en förhöjd risk för ny sjukskrivning och att medarbetare som har ett mönster av upprepad korttidsfrånvaro vid första sjukskrivning (i figuren kallad ”riskgrupp”) har en högre sannolikhet att återfalla i ny sjukskrivning.

Figur 37 Kaplan–Meier kurva över sannolikheten för återfall i sjukskrivning. Kaplan–Meier analyser skapar estimat för att en händelse sker vid en viss tidpunkt. I detta fall estimeras sannolikheten för vid vilken tidpunkt en person blir sjukskriven igen efter en tidigare sjukskrivning. Den stora fördelen med metoden är att även när medarbetare temporärt försvinner ur data eller inte längre kan följas upp – så genererar metoden precisa uppskattningar



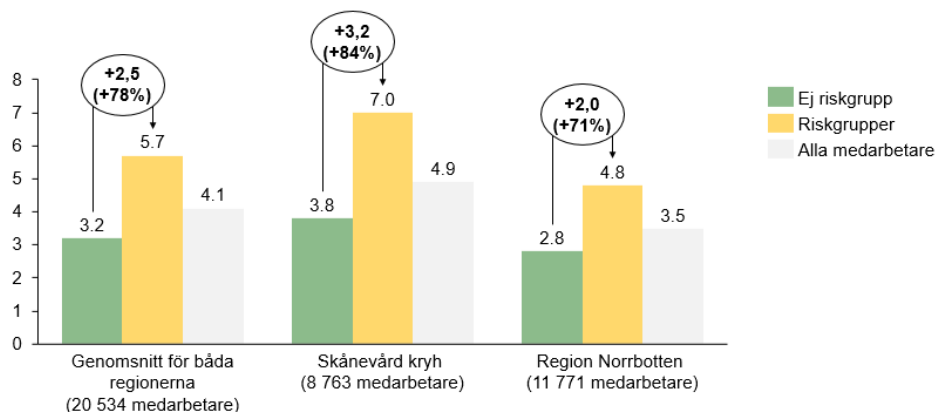
Not: Endast anställda med minst ett öppenvårdsbesök med F och/eller M diagnos (80% av sjukskrivning) har inkluderats.

Källa: Statistik från lönesystemet i Region Norrbotten, 2013-2019. Statistik från öppenvårddatabasen i Region Norrbotten, Lumell Associates Analys

Beskrivna riskgrupper på medarbetar- och arbetsplatsnivå har en högre vårdkonsumtion än andra medarbetare

Samanalyser av data från HR-system och från vårddatalager för drygt 20 500 medarbetare som var anställda i två regioner under perioden 2015–2019 visar att medarbetare som fanns i de beskrivna riskgrupperna i genomsnitt besökte öppenvården vid 5,7 tillfällen per år (att jämföras mot 3,2 besök per år för medarbetare som inte är i riskgrupperna). Från samma analysarbete noteras också att medarbetare med upprepad korttidsfrånvaro före sjukskrivningen gör fler öppenvårdsbesök under pågående sjukskrivning jämfört med personer som inte hade ett mönster av upprepad korttidsfrånvaro före sin sjukskrivning (se Figur 38).

Figur 38 Antal öppenvårdsbesök per medarbetare, fördelat på om de är i riskgrupp eller ej



Not: Jämförelsetal är hämtade från Västra Götalandsregionen och avser öppenvårdsbesök per person i åldersgruppen 18-64 år, år 2017.

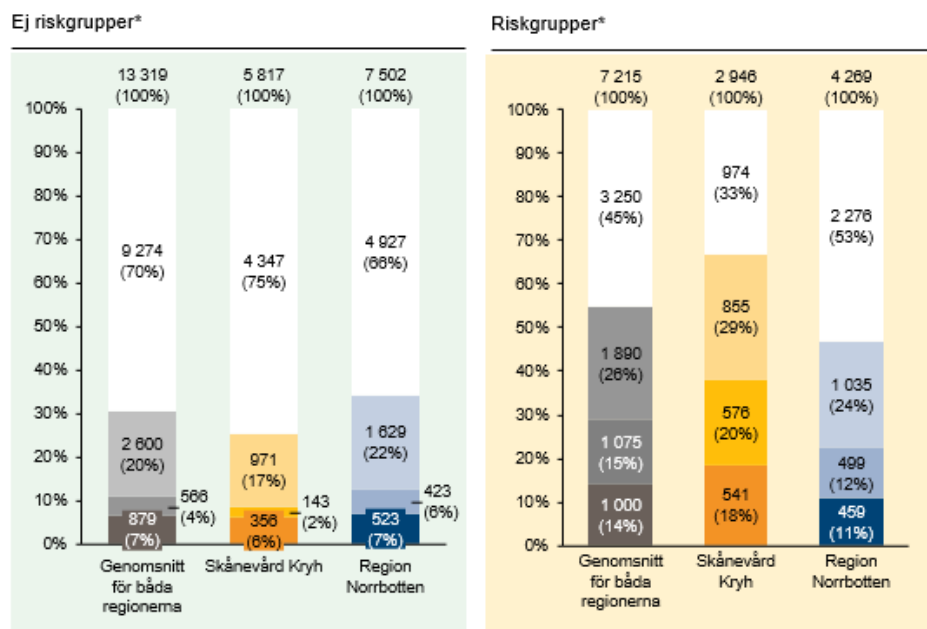
Källa: Statistik från lönesystemet i Region Skåne och Region Norrbotten, 2013-2019, Statistik från öppenvårdsdatabasen i Region Skåne och Region Norrbotten, Lumell Associates Analys

Riskgrupper på medarbetar- och arbetsplatsnivå har en högre förekomst av psykisk ohälsa och smärta

Utifrån forskning kring sjukfrånvaro vet vi att en stor andel av de arbetsrelaterade sjukskrivningarna orsakas av psykisk ohälsa och/eller smärta. Intervjuer med medarbetare, chefer, hr och experter inom ramen för detta arbete talar för att medarbetare med upprepad korttidsfrånvaro ofta har diagnoser inom psykisk ohälsa och/eller smärta.

Bilden från intervjuerna bekräftas av den samanalys av vård- och sjukfrånvarodata som genomfördes i två regioner. Figur 39 nedan visar att 55 procent av medarbetare i de beskrivna riskgrupperna har minst ett besök i öppenvården med diagnos inom psykisk ohälsa och/eller smärta (F- och/eller M-diagnos) jämfört med 30 procent av medarbetarna som inte var i riskgrupp. Analyserna visar också att det för medarbetare med upprepad korttidsfrånvaro var betydligt vanligare att ha diagnoser inom *både* psykisk ohälsa och smärta. 14 procent av medarbetarna i riskgrupperna hade diagnoser inom båda områdena jämfört med 4 procent hos övriga medarbetare.

Figur 39 Antal medarbetare med diagnoser inom psykisk ohälsa och/eller smärta (F- och M-diagnoser) år 2015–2019, fördelat på region och riskgrupp



Källa: HR-statistik från lönesystemet i Region Skåne och Region Norrbotten, jan 2015-mars 2019, Statistik från öppenvårddatabasen i Region Skåne och Region Norrbotten, Lumell Associates Analys

Mönstret är tydligt även när medarbetares sjukhistorik och vårdkonsumtion följs över en längre tidsperiod. Medarbetare med upprepad korttidsfrånvaro som sedan blir sjukskrivna (dag 15+) har i högre utsträckning diagnoser inom psykisk ohälsa och/eller smärta jämfört med andra medarbetare i sjukskrivning.

Sammantaget visar intervjuer och ovan beskrivna samanalyser att diagnoser inom psykisk ohälsa och/eller smärta är vanliga för medarbetare som har upprepad korttidsfrånvaro eller arbetar på en arbetsplats med hög eller ökande sjukfrånvaro. Detta förstärker bilden av att orsakerna till sjukfrånvaro kan vara arbetsrelaterade hos dessa riskgrupper.

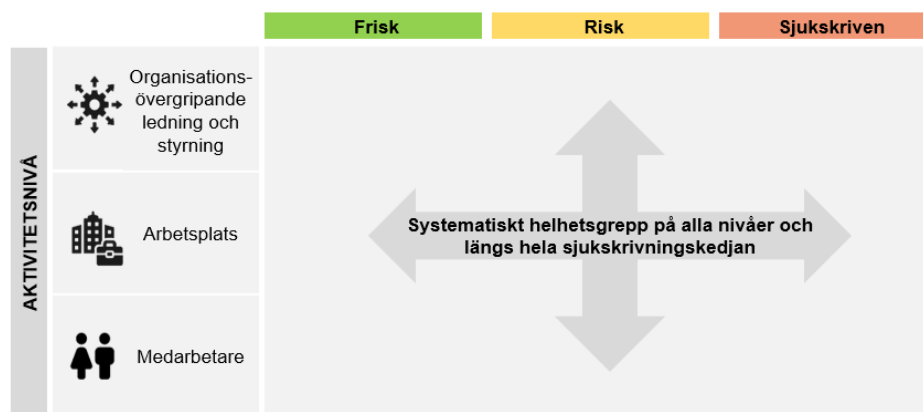
Det finns goda möjligheter att stärka arbetet med riskgrupper

Många organisationer arbetar med friskfaktorer och systematiskt arbetsmiljöarbete

Som tidigare nämnts finns gott om stöd i forskningen för att arbetsplatsen kan skapa goda förutsättningar för hälsa hos medarbetarna – både genom det hälsofrämjande arbetet och genom att ha välfungerande processer för tidiga aktiviteter och rehabilitering när ohälsa uppstår. En grund i detta är det systematiska arbetsmiljöarbetet³⁵ (SAM) men även flera andra faktorer på arbetsplatsen kan ha stor påverkan.

Lärdomar från SKR:s analysarbete är att ett systematiskt helhetsgrepp kring sjukfrånvaro behöver innehålla aktiviteter för medarbetare som är friska, i risk för sjukskrivning eller i pågående sjukskrivning (se Figur 40 som illustrerar en modell för detta).

Figur 40 Modell för systematiskt helhetsgrepp på alla nivåer och längs hela sjukskrivningskedjan



Källa: SKR

Från SKR:s analysarbete är det tydligt att deltagande kommuner och regioner i de flesta fall har ett systematiskt arbetsmiljöarbete på plats. I regel finns strategier och policies för det systematiska arbetsmiljöarbetet, men också processer för ett hälsofrämjande arbete. För enskilda medarbetare i sjukskrivning finns också ofta en uttalad plan för rehabilitering. Många organisationer har dock svårare att få en kontinuerlig följsamhet till uppsatta strategier, policies och processer i hela organisationen och att komma in tillräckligt tidigt i förloppen.

³⁵ Myndigheten för arbetsmiljökunskap 2020: Faktorer som skapar friska arbetsplatser

När ett riskorienterat arbetssätt saknas får det konsekvenser

Som nämnt tidigare finns i många fall ett systematiskt arbetsmiljöarbete på plats. Ett riskorienterat arbetssätt är ett komplement till ett sådant arbete och en möjlighet att ytterligare förstärka det systematiska arbetsmiljöarbetet och påverka sjukfrånvaron. Att arbeta riskorienterat innebär att fånga upp medarbetare och arbetsplatser med risk för sjukfrånvaro och genomföra aktiviteter för att förebygga sjukfrånvaro och åstadkomma friska arbetsplatser. För att lyckas behövs aktiviteter på tre nivåer: lednings-, arbetsplats- och medarbetarnivå.

I genomförda intervjuer är det samtidigt tydligt att det ofta saknas arbetssätt för att strukturera och tidigt fånga upp och arbeta med medarbetare och arbetsplatser med risk för sjukskrivning. För dessa saknas ofta även en samverkan mellan vård- och arbetsgivare. När ett riskorienterat arbetssätt saknas bli konsekvensen istället att organisationen lägger ett stort ansvar på enskilda chefer och medarbetare. I praktiken ger detta ofta ett reaktivt arbetssätt där åtgärder kommer in allt för sent, när det redan finns ohälsa eller omfattande arbetsmiljöproblem. När problem upptäcks sent är situationen ofta svårare att lösa – för arbetsgivaren, medarbetaren, sjukvården och företagshälsovården. Stärker organisationen upp med ett riskorienterat arbetssätt får arbetsgivaren istället ett proaktivt och behovsanpassat stöd till chefer och medarbetare.

Arbetsätten för att ge stöd till arbetsplatser kan förbättras

Analysarbetet visar att det ofta saknas en systematisk rutin för att fånga upp arbetsplatser med hög och ökande sjukfrånvaro. Stöd till dessa från HR bygger istället ofta på att chefen på arbetsplatsen själv tar en kontakt och ber om hjälp och stöd. I ett sådant stöd finns ofta ingen definierad process för att gå till botten med orsaken till sjukfrånvaron och stötta till en åtgärdsplan.

Det är självklart viktigt att kunna vara tillgänglig för de verksamheter som uttrycker behov av stöd. Men intervjuer med verksamheter visar att vissa chefer inte vet vilken hjälp som finns att få eller vad de ska fråga om. Arbetsplatser med chefsbyten riskerar särskilt att hamna mellan stolarna. Sammantaget talar svaren i intervjuerna för att de verksamheter som inte frågar efter stöd kan ha störst behov av stöd kring sjukfrånvaro.

I regionerna visar svaren från enkäter och intervjuer på att kontakten med arbetsplatserna ofta sker på initiativ från chef om denna själv tar kontakt med HR för att få hjälp med situationen kopplat till sjukfrånvaro. De som svarade menade att tydliggjorda roller och rutiner samt utökad och mer strukturerad kommunikation mellan berörda aktörer utgör viktiga förbättringsområden för att förebygga och förkorta sjukskrivning. Det lyftes även att arbetsgivare och vårdgivare bör kontakta varandra i ett tidigare skede än idag. För att underlätta återgång i arbete beskrevs behov av en bättre dialog mellan arbetsgivare och vårdgivare kring till exempel möjligheter för arbetsupptrappning och anpassade arbetsuppgifter, samt ökad samverkan för att finna möjligheter för omplacering. Upplevda svårigheter att prioritera samverkan framför andra arbetsuppgifter och

avsaknad av struktur, rutiner och ansvar för hur samverkan ska fungera beskrivs i enkäten som de främsta hindren för samverkan. Som en kontrast noteras exempelvis att arbetet med medarbetarenkäten exempelvis ofta beskrivs ske med systematik där varje arbetsplats jobbar med frågan, skickar in planer som syntetiseras till åtgärder på övergripande nivå såväl som arbetsplatsnivå. Motsvarande arbetssätt när det gäller sjukfrånvaro är inte lika utarbetat.

Av de som intervjuats i kommunerna är den generella upplevelsen att chefer inte får det stöd som behövs från HR och ledning för att kunna arbeta aktivt med arbetsmiljö och sjukfrånvaro. Majoriteten av fallen innefattar att chefer inte har tillräckligt med tid avsatt för att kunna hantera dessa frågor på ett bra sätt, samtidigt som ökat stöd och kunskap i form av exempelvis utbildningspaket efterfrågas. I vissa organisationer uttrycks att det förekommer motsträvighet att ta emot hjälp från HR. Det förklaras ofta handla om prestige och chefer som har svårt att medge att deras arbetsplats har stora utmaningar gällande arbetsmiljöfrågor och sjukfrånvaro.

För att kunna stötta cheferna och arbetsplatserna i kommunerna behöver HR givetvis ha resurser, kompetens och etablerade arbetssätt. Den samlade bilden från intervjuer är att HR generellt inte har tillräckligt med resurser för att kunna stötta arbetsplatser i behov. Detta kan i sin tur leda till sporadiska punktinsatser istället för ett systematiskt och proaktivt arbete med sjukfrånvaro. Det finns också en avsaknad av analys på arbetsplatsnivå för att identifiera arbetsplatser med risk. Fokus ligger istället främst på identifiering av medarbetare i behov av stöd. Vidare är arbetssätt för att främja lärande mellan arbetsplatser något som intervjurespondenterna ser som något det går att arbeta bättre med.

Arbetssätt för att fånga upp och ge stöd till medarbetare i riskgrupper kan uppdateras med tidigare identifiering, bli tydligare och möjliggöra ökad medarbetaranpassning

Arbetssätten när det gäller medarbetare i risk för sjukskrivning – både vid upprepad korttidsfrånvaro och återgång i arbete – kan förbättras.

Avseende medarbetare med upprepad korttidsfrånvaro är det tydligt att många organisationer har rutiner för att fånga upp medarbetare först efter 6–8 korta sjukfrånvarotillfällen – och att i verksamheten kan det finnas stora skillnader i följsamheten till dessa rutiner. Utöver ett kortare samtal saknas också ofta rutiner för långsiktiga aktiviteter för att förebygga sjukfrånvaro. I vissa fall saknas systemstöd för hur upprepad korttidsfrånvaro ska fångas upp och det blir upp till chefen att hålla koll och logga frånvarotillfällen. Medan det i andra fall saknas tydliga rutiner för vad ett samtal ska innehålla och hur det ska dokumenteras. Oaktat de rutiner som finns på plats beskrevs i intervjuerna att följsamheten till rutinerna kan variera, det kan lätt komma saker emellan och också variera på vilket sätt samtalet hålls. Exempelvis om det är ett ”omtänkesamtal” i syfte att kolla hur medarbetaren har det eller ett samtal för att ”tala om att såhär mycket kan du inte vara borta”.

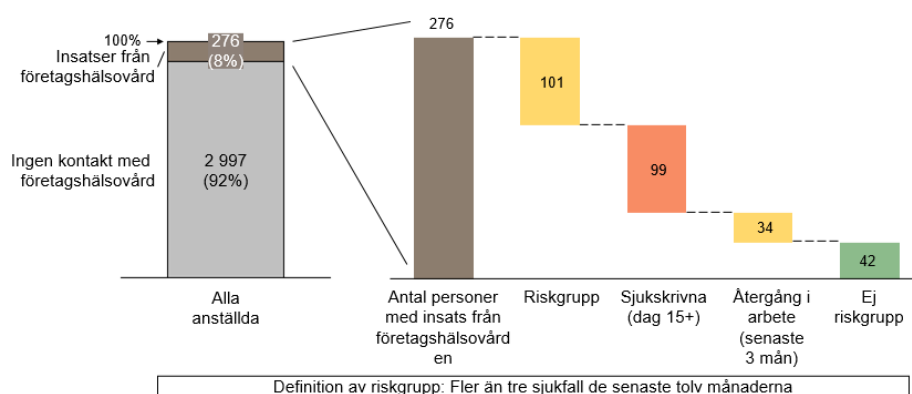
I de kommuner som deltagit i arbetet så uppger flertalet intervjurespondenter att det finns rutiner på plats för att identifiera medarbetare i risk. Trots det upplevs steget att identifiera dessa medarbetare som utmanande och inte särskilt välfungerande. Flera av kommunerna har inbyggd funktionalitet i sina HR-system som varnar när en medarbetare når upp i ett visst antal sjukfall. Gränsvärdet skiljer sig åt, men vanligast förekommande i deltagande kommuner har varit en varningssignal vid sex sjukfall. Problemet som lyfts i dessa kommuner är att chefen eller annan resurs ofta inte har tid att plocka upp varningssignalerna och agera.

I de fall där varningssignalerna plockas upp, och ett samtal mellan chef och medarbetare bokas in, finns en generell upplevelse av att chefen har för lite underlag och kunskap för att kunna ge stöd. Än mindre upplevs samtalen och stödet som ges vara anpassat för medarbetaren och dennes specifika situation. Även om systematik för identifiering av medarbetare i risk finns på plats finns det sällan systematik för att stötta medarbetare. Till sist finns det även kommuner som uppger sig sakna systematik och enhetliga arbetssätt för att identifiera medarbetare i risk.

I intervjuerna framkommer också att det finns möjlighet att bättre nyttja företagshälsovårdens insatser. Flera som intervjuats beskriver att det finns behov av att sätta in företagshälsovårdens insatser tidigare, innan en sjukskrivning. Den bild som framkommer i intervjuerna stärks av fördjupade analyser av nyttjandet av företagshälsovård. Genom att följa medarbetare över tid och samanalysera statistik över sjukfrånvaro med statistik över insatser från företagshälsovården har vi kunnat identifiera vilka medarbetare som erhöll insatser från företagshälsovården. I Figur 41 ges ett exempel från en kommun på en av de analyser som genomförts och som visar på att 37 procent av insatserna från företagshälsovården gick till medarbetare med upprepad korttidsfrånvaro, 36 procent gick till medarbetare med pågående sjukskrivning och 12 procent till medarbetare som nyligen återgått i arbete.

Figur 41 Exempel från en kommun på hur kontakt med företagshälsovården fördelade sig mellan olika grupper under ett år

Antal anställda med registrerad kontakt med företagshälsovården, år 2016



Källa: Statistik från [leverantör av företagshälsovård] 2013-2016, statistik från lönesystemet i en kommun, jan 2013-dec 2016, Lumell Associates Analys

Avseende medarbetare som är i återgång i arbete efter sjukskrivning observerar vi att det ofta finns goda rutiner under pågående sjukskrivning och i samband med arbetsåtergång, men att det ofta saknas en långsiktighet och stöd över tid för att förebygga återfall i sjukskrivning. Det är också tydligt att det finns behov av att en systematisk riskbedömning görs i samband med återgång i arbete och anpassa avstämningar och återgång utifrån risken för att återfalla i sjukskrivning. Många arbetsgivare har liknande processer och arbetssätt oavsett vilka riskfaktorer för återfall i sjukskrivning som finns (exempelvis sjukskrivningsorsak, yrke eller sjukhistorik). Ofta beskrivs också att samverkan och dialog mellan arbetsgivare och hälso- och sjukvården avslutas när arbetsåtergången påbörjades. Detta lyfter såväl chefer som medarbetare som problematiskt då det ofta uppstår frågor kring arbetsmiljö och arbetsbelastning i relation till hälsa där vårdens perspektiv kan vara hjälpsamt. Flera medarbetare efterfrågar också rutiner för att få till avstämningar om hur det fungerar en tid efter arbetsåtergång. Här finns det ett behov av ökad systematik och uthållighet i insatser och arbetssätt.

Tre sammanlänkade insatser har testats för att förebygga sjukfrånvaro och förbättra effektiviteten i samverkan

Utifrån analysarbetets första fas utformades tillsammans med regionerna en modell med tre insatser för att stärka det riskorienterade arbetssättet. Region Skåne och Region Norrbotten gick sedan vidare med att pilottesta insatserna.

Det riskorienterade arbetssättet som testas i pilottestet bestod av tre sammanlänkade insatser (se Figur 21). Insatserna genomfördes på medarbetar-, arbetsplats-, ledningsnivå och förstärker varandra. Arbetssättet som helhet och alla tre insatser utgick ifrån kunskapen om att samarbetet mellan vård och arbetsgivare är en nyckelfaktor för att förebygga och förkorta sjukfrånvaro.

Varje insats bygger på en metod som består av ett antal aktiviteter. På nästa sida beskrivs insatserna och tillhörande aktiviteter övergripande. För en fullständig beskrivning av dessa se den handbok som SKR tagit fram ”Handbok i riskorienterat arbetssätt”.

Det riskorienterade arbetssättet som helhet och alla tre insatser utgår ifrån kunskapen om att samarbetet mellan vård och arbetsgivare är en nyckelfaktor för att förebygga och förkorta sjukfrånvaro. Forskningen talar även för att tidiga och preventiva insatser är en viktig komponent i att förebygga sjukskrivning. Därför sker ett aktivt arbete för att stärka kontaktytorna mellan primärvård och arbetsgivare. Detta ligger även i linje med den bredare omställningen till en nära vård där preventivt arbete har större fokus.

Figur 42 Pilottestet omfattar en modell med tre sammanlänkade insatser som alla syftar till att förebygga och förkorta längre sjukskrivning. Ett övergripande fokus för insatserna är stärkt samverkan mellan regionen som arbetsgivare och vårdgivare.



Reko-AG
- Ett stöd till individen



Riktat arbetsplatsstöd
- Ett stöd till arbetsplatser



Mötesplats vård och arbete
- Ett stöd för förbättrad samverkan mellan vård- och arbetsgivare

Källa: SKR

Rehabiliteringskoordinatorer på arbetsplatsen (Reko-AG) – insats på medarbetarnivå

Reko-AG är en utvecklad funktion med rehabiliteringskoordinatorer på arbetsgivarsidan vilka ger stöd till medarbetare i risk för sjukskrivning, under pågående sjukskrivning och vid återgång i arbete. Syftet är att förebygga och förkorta sjukskrivning och främja en hållbar arbetsåtergång genom medarbetar-anpassat stöd. Vidare är syftet att stärka samverkan mellan arbets- och vårdgivare och på detta sätt bidra till samordnad medicinsk och arbetsinriktad rehabilitering.

Reko-AG:s stöd till medarbetare följer en strukturerad process (se Figur 43). I ett första steg identifieras medarbetare utifrån statistiskt underlag och i dialog med chefer och medarbetare. Dessa erbjuds ett strukturerat rutinsamtal för att ta fram en individuell plan för förebyggande åtgärder och/eller för återgång i arbete. Ett coachande och koordinerande stöd erbjuds sedan till medarbetaren utifrån behov. För samtliga steg i processen fanns metodstöd och andra verktyg utformade.

Figur 43 Processen för Reko-AG - insats på medarbetarnivå



Källa: SKR

I Region Norrbotten bestod insatsen av ett team av två Reko-AG med bakgrund från HR. I Region Skåne hade teamet tre medlemmar (bestående av 2,5 heltidstjänster) med bakgrund i framförallt rehabilitering och primärvård. Samtliga Reko-AG genomgick en tvådagarsutbildning i insatsens metod och aktiviteter samt erbjöds kontinuerligt processtöd från SKR under hela pilottestet.

Teamen arbetade aktivt med löpande uppföljning och utvärdering av sitt eget arbete, i första hand genom veckomöten och månadsmöten fokuserade på problemlösning kring fallbeskrivningar. Detta för att löpande kunna justera och förbättra arbetssätt. Arbetssätt har även justerats utifrån de uppföljningar som gjorts och den återkoppling som då inhämtats från verksamheterna.

Riktat arbetsplatsstöd – insats på arbetsplatsnivå

Riktat arbetsplatsstöd är en strukturerad process för att proaktivt identifiera och ge riktat stöd till arbetsplatser med hög och ökande sjukfrånvaro (inkluderar process för rapportering till högsta ledning). Processen presenteras översiktligt i Figur 44. Riktat arbetsplatsstöd leds av en HR-strateg som stöttar chefer och medarbetare i att identifiera riskfaktorer, välja åtgärder och systematiskt följa upp och förbättra arbetet. Samverkan med fack och skyddsombud är en viktig komponent. Vid behov kan företagshälsovården involveras i arbetet.

Figur 44 Process för Riktat arbetsplatsstöd - insats på arbetsplatsnivå



Källa: SKR

I båda regionerna utfördes insatsen av en person med kompetens inom arbetsmiljö med en tjänst motsvarande 40 procent. Ansvarig för denna insats genomgick, precis som Reko-AG, en tvådagarsutbildning i insatsens metod och aktiviteter samt erbjöds kontinuerligt processtöd från SKR. Metoden och tillhörande aktiviteter justerades löpande under pilottestet.

Mötesplats vård och arbete – insats på styrning-/ledningsnivå

Insatsen syftar till att bidra till ökat erfarenhetsutbyte, innovation och utvecklingsarbete avseende samverkan mellan regionen i rollen som vård- och arbetsgivare. Insatsen består av en workshopserie om sex delar med representanter från arbetsgivarsidan, vårdgivarsidan, Försäkringskassan, företagshälsovård och fackliga representanter. Workshopseriens upplägg syftar till att deltagarna tillsammans ska arbeta fram nya lösningar och verktyg för samverkan utifrån problem de tillsammans identifierat.

Processledaren i respektive region ansvarade för genomförande av workshopserien med stöd av SKR.

Resultaten visar att insatserna är uppskattade och kan minska sjukfrånvaro och kostnader

I detta avsnitt beskriver vi resultaten från SKR:s uppföljningar av Riskorienterat arbetssätt i två regioner. Insatserna följdes upp med avseende på omfattning och spridning, upplevd nytta samt effekter på sjukfrånvaro, kostnader och kompetensförsörjning. Uppföljningen av resultat genomfördes med en kombination av kvalitativa och kvantitativa metoder. De kvantitativa resultaten studerades över tolv månadersperiod och i relation till jämförelsegrupper.

Sammanfattning av resultaten

Den övergripande bilden från uppföljningen är att det fungerade bra att arbeta med riskorienterade arbetssätt genom den modell med tre insatser som pilottestades.

- **Medarbetare, chefer, HR och de som arbetat med insatserna var nöjda med insatserna** som upplevdes förbättra samverkan och ge stöd, avlastning och ett ökat fokus på förebyggande av onödig sjukfrånvaro.
- **Samverkan mellan vård- och arbetsgivare upplevdes ha förbättrats** på både medarbetar- och organisationsnivå. Det var framför allt ökad kompetens, stöd i samordning, fler kontaktytor och gemensamt utvecklade metodstöd som bidragit till detta.
- **Sjukfrånvaron i båda regionerna hade minskat mer än det nationella genomsnittet.** Utifrån resultaten kan även en preliminär slutsats dras om att det är av stor vikt att ta ett systematiskt helhetsgrepp med insatser på alla nivåer samtidigt. Det verkar vara svårare att uppnå resultat genom att endast implementera delar av modellen (dvs. inte samtliga tre insatser).

I Figur 45 ges en mer detaljerad sammanfattning av resultaten uppdelat per region.

Figur 45 Sammanfattning av resultat per region

	 REGION NORRBOTTEN	 SKÅNE
 Omfattning och insatsmodell	Totalt har ca 1717 medarbetare ingått i piloten, 1127 medarbetare ingår i direkta målgruppen för insatser och 644* har fått insatser. Region Norrbotten har lyckats genomföra ett systematiskt helhetsgrepp genom insatser på individ- arbetsplats- och organisatorisk nivå	Totalt har ca 2117 medarbetare ingått i piloten, 975 medarbetare ingår i direkta målgruppen för insatser och 478* har fått insatser F.d. Skånevård kryh har saknat insatser på arbetsplatsnivå under januari-augusti 2019
 Uppfattning & nöjdhet	Både medarbetare och chefer är generellt sett nöjda med insatserna , särskilt vad gäller arbetsplatsstödet	Medarbetare och chefer är positiva till insatserna och uppskattar Reko-Ag , men det behövs en starkare koppling till arbete på organisationsnivå
 Arbetsmiljö/Hälsa	Man upplever positiva effekter och nytta ifrån arbetsplatsstödet , många är även positiva gentemot Reko-Ag men man är mer neutral gällande effekter	Medarbetare är positiva till individstödet, men överlag är såväl medarbetare, chefer och HR effekter av stödet, delvis då man vill se större involvering av chef
 Sjukfrånvaro	Sjukfrånvaron har minskat med 1,5 nettodagar per medarbetare i hela regionen , och 2,9 nettodagar för medarbetare i den direkta målgruppen. Jämfört med nationell trend där minskningen under motsvarande period i snitt varit 0,2 nettodagar.	Sjukfrånvaron har minskat med 0,6 nettodagar i hela regionen men ökat med 0,4 nettodagar per år för medarbetare i den direkta målgruppen. Jämfört med nationell trend där minskningen under motsvarande period i snitt varit 0,2 nettodagar.
 Kompetensförsörjning	Inom piloten motsvarar minskningen i sjukfrånvaro ca 17 heltidstjänster åter i arbete	Inom piloten motsvarar minskningen i sjukfrånvaro ca 4 heltidstjänster åter i arbete
 Regionens kostnader	Kostnaderna för sjukfrånvaron har minskat med ca 1550 kronor per medarbetare i regionen, 3650 kronor för den direkta målgruppen . Totala beräknade direkta årskostnaden för sjukfrånvaron minskade med cirka 11,3 miljoner kronor.	Kostnaderna för sjukfrånvaron har minskat med ca 800 kronor per medarbetare i fd Skånevård Kryh, 1500 kronor för den direkta målgruppen . Totala beräknade direkta årskostnaden för sjukfrånvaron minskade med cirka 4,7 miljoner kronor.

* Detta är antalet medarbetare som återfinns i datauttagen, enligt loggar för Reko-Ag och Riktat Arbetsplatsstöd har fler medarbetare nåtts

Källa: Statistik från lönesystemet i Skånevård Kryh och Region Norrbotten, jan 2016-sept 2019. Lumell Associates analys

1 100 medarbetare tog del av insatserna under pilottestet

Uppstart av pilottesterna skedde i januari 2018 med samtliga insatser påbörjade i augusti 2018. Pilottestet pågick fram till december 2019. I varje region omfattades ett antal utvalda verksamhetsområden. I Region Norrbotten omfattades pilottestet cirka 1 700 medarbetare, i Region Skåne omfattades cirka 2 100 medarbetare.

Under pilottestet tog totalt 1122 medarbetare del av medarbetar- och arbetsplatsinsatserna (Reko-AG och Riktat arbetsplatsstöd): 644 medarbetare i Region Norrbotten och 478 medarbetare i Region Skåne. I Norrbotten nåddes fler medarbetare av insatsen på arbetsplatsnivå medan Region Skåne nådde fler medarbetare genom det individuella stödet.

Arbetsplatsstödet Riktat arbetsplatsstöd nådde 22 arbetsplatser med sammanlagt 990 medarbetare. Av dessa hade nio arbetsplatser, med totalt 373 medarbetare,

precis påbörjat arbetet under hösten 2019 vilket betyder att de inte ingick i uppföljningen. Sammanlagt omfattades 324 medarbetare av insatser på både medarbetar- och arbetsplatsnivå under perioden september 2018 – augusti 2019.

Både antalet tillfrågade medarbetade och antalet medarbetare som tackade ja till individuellt stöd med Reko-AG ökade under den tid som insatserna genomfördes. Totalt tillfrågades 592 medarbetare om Reko-AG och 456 tackade ja. De medarbetare som mottog stöd hade det i genomsnitt cirka två månader. Periodvis var det svårare att få till ett jämnt inflöde av nya medarbetare då många arbetsplatser periodvis hade en hög arbetsbelastning och då ville skjuta fram uppstarten.

Gällande samverkansinsatsen (Mötesplats vård och arbete) hade båda regionerna påbörjat insatsen 2018 och slutfört den hösten 2019. Regionerna hade då genomfört sex samverkansworkshopar mellan vård- och arbetsgivare, Försäkringskassan, fackliga organisationer samt företagshälsovård.³⁶

Insatserna nådde målgrupper med relativt hög sjukfrånvaro och hög förekomst av psykisk ohälsa och smärta

De arbetsplatser som erhöll insatser kännetecknas av arbetsmiljöutmaningar på såväl medarbetar- som arbetsplatsnivå. Insatserna på arbetsplatsnivå nådde arbetsplatser med hög och i de flesta fall även ökande sjukfrånvaro.

Intervjuer med enhetschefer såväl som med HR och projektteamet visar att arbetsplatserna som erhöll insatser kännetecknades av arbetsmiljöutmaningar på både medarbetar- och arbetsplatsnivå. Arbetsmiljöutmaningarna på medarbetar- och arbetsplatsnivå beskrevs ofta vara sammanlänkade där exempelvis informellt ledarskap, konflikter och buller lyftes upp som förekommande. I genomförda enkäter framkommer att arbetsmiljöutmaningar på de arbetsplatser som haft Riktat arbetsplatsstöd även bestått av bristande rutiner för att ge tidigt stöd till medarbetare i risk för sjukskrivning, obalans mellan krav och resurser samt mobbing.

Målgrupperna för medarbetarinsatserna var medarbetare med upprepad korttidsfrånvaro eller i återgång i arbete efter sjukskrivning. Det fanns inga medarbetare som inte tillhörde målgrupperna som erhöll stödet. För urval av medarbetare att erbjuda stöd kontaktade Reko-AG arbetsplatser med en hög korttidsjukfrånvaro. På dessa arbetsplatser valdes medarbetare med behov av stöd ut i samråd mellan Reko-AG och chef utifrån ett underlag med statistik över sjukfrånvaro.

De intervjuade personerna upplever att rätt personer nåtts med insatsen samt att det funnits en strävan att erbjuda medarbetarstödet till personer med psykisk ohälsa och smärta. De som intervjuats lyfter också att de uppfattar att arbetssättet fungerar när det gäller att nå riskgrupper. Vissa av de som intervjuats anser att Reko-AG ska arbeta mer med de medarbetare som har en

³⁶ Region Skåne genomförde sin sista workshop i december 2019

pågående sjukskrivning samtidigt som andra anser att stödet även fortsatt ska prioriteras för de med upprepad korttidsjukfrånvaro (riskgrupp). Det finns en stor enighet om att medarbetare som återgår i arbete är en viktig målgrupp att fokusera på.

Samanalys av sjukvårds- och sjukfrånvarodata förstärker bilden från intervjuerna och visar att de medarbetare som nåddes av insatserna i högre utsträckning har diagnoser inom psykisk ohälsa och smärta och har fler besök inom öppenvården. Utifrån att psykisk ohälsa och smärta är vanliga sjukskrivningsdiagnoser är det förväntat att dessa är vanligare bland de som erhållit insatserna. Totalt hade 51 procent av de som erhöll insatserna minst ett diagnossatt besök med diagnos inom psykisk ohälsa (F-diagnos) eller smärta (M-diagnos) som huvuddiagnos. 15 procent hade fått både en huvuddiagnos inom psykisk ohälsa och smärta, 12 procent hade en diagnos inom psykisk ohälsa och 24 procent hade en diagnos inom smärta. Motsvarande siffror för alla medarbetare var att 39 procent hade en diagnos inom psykisk ohälsa och/eller smärta, varav 8 procent hade båda diagnoserna, 9 procent hade en diagnos inom psykisk ohälsa och 22 procent hade en diagnos inom smärta. I genomsnitt hade de medarbetare som erhöll insatser 5,4 besök i öppenvården år 2018, mot 4,1 besök per medarbetare i genomsnitt i regionerna.

Från intervjuer med chefer, Reko-AG och HR lyfts att de som tackade ja till medarbetarstöd upplevs vara medarbetare där det ofta finns en risk för längre sjukskrivning eller fortsatt hög korttidsfrånvaro. För vissa medarbetare beskrivs det framför allt handla om en privat situation, men för de flesta en kombination av privata och arbetsrelaterade utmaningar.

De som tackar nej till medarbetarstöd

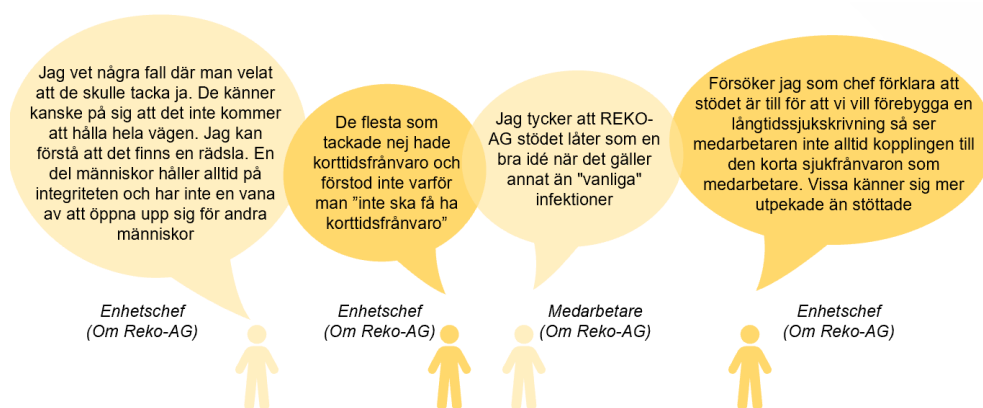
Ungefär en av fem medarbetare som erbjöds stöd med Reko-AG tackade nej till stödet. Exempel på citat från intervjuer kring varför medarbetare tackade nej till stödet presenteras i Figur 46. Utifrån loggarna för insatsen framkommer att de flesta tackade nej för att de själva anser att stödet inte behövs. I dessa fall överlämnades ärendet till ansvarig chef. Vissa var positiva till stödet men efterfrågade att få det i ett senare skede. I intervjuerna framkommer att vissa anser att de som tackar nej är sådana som inte behöver den här typen av stöd, medan andra menar att det i denna grupp finns ett antal medarbetare med risk för utmattning och eller andra orsaker till sjukfrånvaro och att sjukdomsinsikt saknats.

Från enkäten som gick ut till medarbetare framkommer att de som tackade nej till Reko-AG själva anser att det inte funnits ett behov av insatsen. Ett fåtal framförde synpunkten att exempelvis upprepade infektioner enligt dem inte har med risk för längre sjukfrånvaro att göra och att det uppfattades som kontrollerande från arbetsgivarens håll att erbjuda stöd från Reko-AG. I några fall verkade missförstånd eller kommunikation om stödet lett till att medarbetaren tackade nej till insatsen.

Avseende målgrupper kan vi notera att medarbetare i riskgrupp tackade nej i högre utsträckning jämfört med medarbetare i de övriga målgrupperna (pågående sjukskrivning och i återgång i arbete). Det fanns inga skillnader i historisk sjukfrånvaro mellan de som tackade nej till stödet från Reko-AG jämfört med de som tackade ja.

Genom analys av sjukvårds- och sjukfrånvarodata framkommer att de som tackade nej i mindre utsträckning hade en diagnos inom psykisk ohälsa och/eller smärta (F- och/eller M-diagnos) och i genomsnitt färre öppenvårdsbesök än de som tackade ja. Diagnoser och vårdkonsumtion tydde på att det är en andel av de som tackade nej som ändå kan anses ha haft en risk för sjukskrivning och behov av någon form av insats.

Figur 46 Exempel på reflektioner kring varför medarbetare tackar nej till stödet från Reko-AG



Källa: Enkäter till medarbetare; intervjuer med medarbetare, enhetschefer, HR, medlemmar i projektteamet. SKR och Lumell Associates analys.

Mötesplats vård och arbete nådde ut till alla de tilltänkta målgrupperna

De som deltagit i Mötesplats vård och arbete (workshopserien) utgjordes av personer från arbetsgivarsidan, såväl som från vården och Försäkringskassan. Majoriteten av deltagarna bestod av enhetschefer och personer inom HR. Även företagshälsovården har deltagit. Deltagarna från vården bestod bland annat av Rehabiliteringskoordinatorer i primärvården (Reko-PV). Eftersom även deltagare från Försäkringskassan och fackliga representanter deltog innebar det att workshopserien nådde ut till alla tilltänkta aktörer.

Det finns skillnader i genomförande mellan regionerna som påverkar resultaten

Insatserna som testades i pilotstestet är baserade på forskning. Forskningen betonar bland annat vikten av att arbeta på flera nivåer för att minska sjukfrånvaron. Som kan ses i Figur 47 finns det skillnader i genomförandet

mellan regionerna. I Region Norrbotten var alla tre insatser aktiva under hela pilottestet, medan insatsen Riktat arbetsplatsstöd inte genomfördes i Region Skåne mellan januari och december 2019.

Figur 47 Region Norrbotten har haft alla tre insatserna aktiva under 2018–2019 medan Region Skåne haft ett större fokus på medarbetarinsatser



REGION NORRBOTTEN

Insatserna har förstärkt varandra och skapat ett systematiskt helhetsgrepp

- Reko-Ag** (stöd till anställda i riskgrupper)
- Riktat arbetsplatsstöd** (stöd till chefer och arbetsplatser med hög sjukfrånvaro)
- Mötesplats vård och arbete** (Workshopserie på lednings- och styrningsnivå för att förbättra samverkan)

SKÅNE

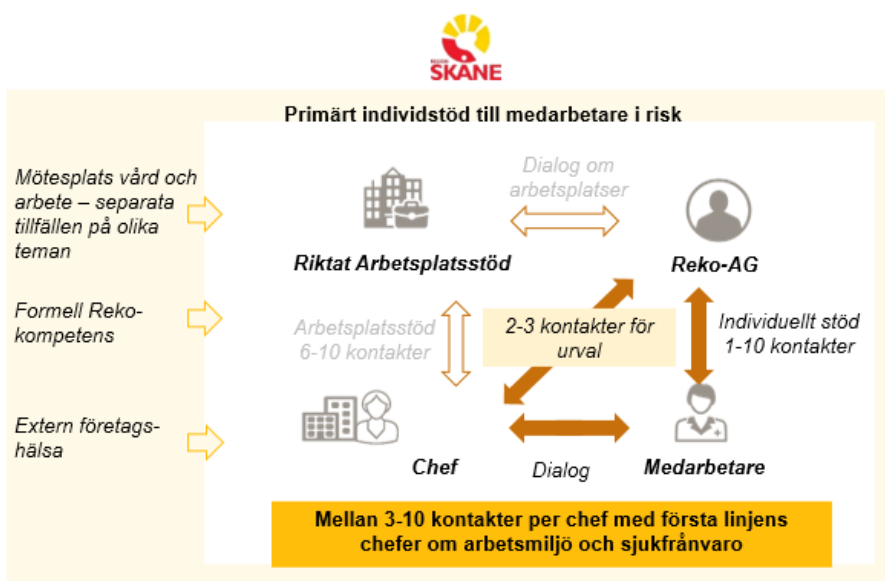
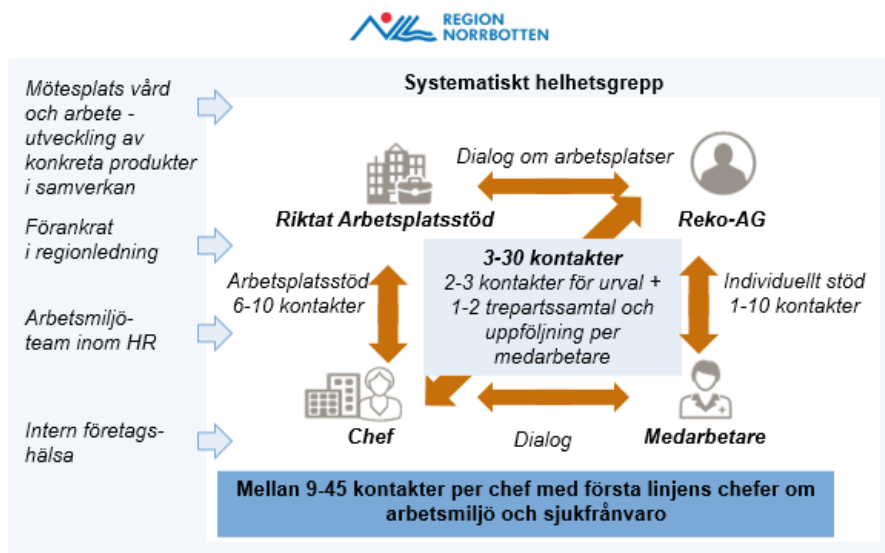
Insatsen Riktat Arbetsplatsstöd har inte varit aktiv under jan-aug 2019

- Reko-Ag** (stöd till anställda i riskgrupper)
- Avsaknaden av Riktat Arbetsplatsstöd under större delen av 2019 innebär att Region Skåne saknat ett helhetsgrepp kring sjukfrånvaron
- Mötesplats vård och arbete** (Workshopserie på lednings- och styrningsnivå för att förbättra samverkan)

Källa: Enkäter till medarbetare; intervjuer med medarbetare, enhetschefer, HR, medlemmar i projektteamet. SKR och Lumell Associates analys.

I Region Norrbotten observeras att insatserna har förstärkt varandra och skapat ett systematiskt helhetsgrepp om sjukfrånvaron. För cheferna på varje arbetsplats medför Region Norrbottens modell en större förstärkning i arbetet med arbetsmiljö och sjukfrånvaro. Antalet kontakter med första linjens chef kring arbetsmiljö och sjukfrånvaro varierade mellan 9–45 kontakter, se Figur 48. I Region Skåne, där fokus framför allt var på medarbetarstöd till medarbetare i risk, var antalet kontakter per chef om arbetsmiljö och sjukfrånvaro lite lägre med en variation mellan 3–10 kontakter.

Figur 48 Skillnaderna i genomförande innebär att Region Norrbotten tagit ett systematiskt helhetsgrepp om sjukfrånvaron med insatser på fler nivåer, medan Region Skåne primärt stöttat medarbetare i riskgrupper och pågående sjukskrivning.

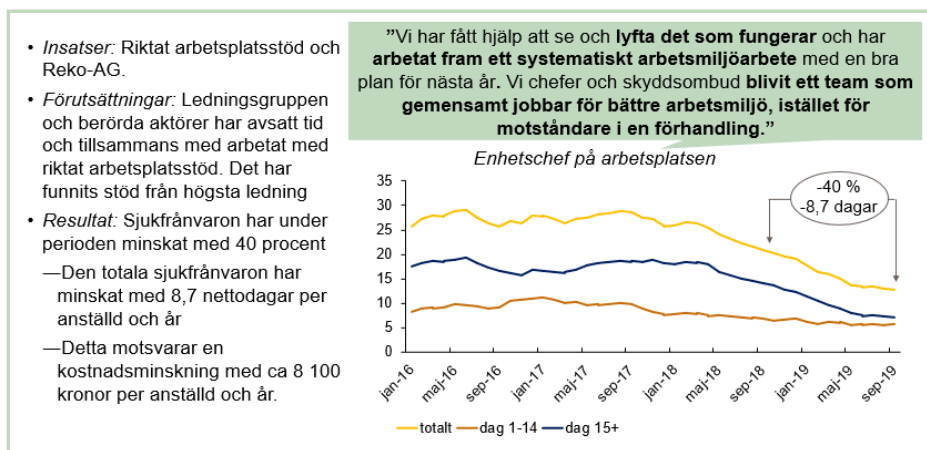


Källa: Enkäter till medarbetare; intervjuer med medarbetare, enhetschefer, HR, medlemmar i projektteamet. SKR och Lumell Associates analys.

Det är också tydligt att förutsättningarna för att genomföra insatserna varierade mellan arbetsplatser. I intervjuer beskrivs att vissa arbetsplatser i högre utsträckning hade ett stort engagemang och mandat från högre ledning att prioritera frågan. Vid arbetsplatser med goda förutsättningar noterades att

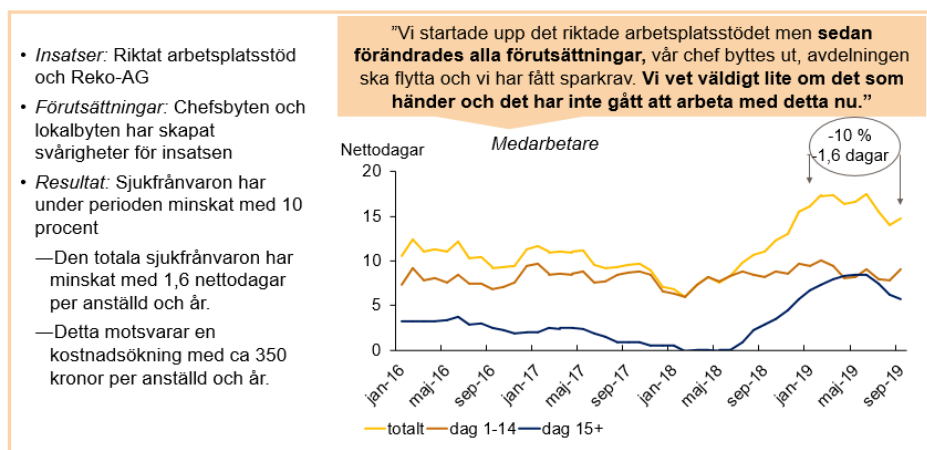
sjukfrånvaron minskade mer än på arbetsplatser som beskrev sämre förutsättningar att arbeta med insatserna (se Figur 49 och Figur 50 för exempel).

Figur 49 På en arbetsplats skapades goda förutsättningar för insatsen genom tidigt förankringsarbete hos alla inblandade. Exempel på insikter och citat från intervjuer med medarbetare, HR och insatsteam på denna arbetsplats i Region Norrbotten



Källa: Statistik från lönesystemet i pilotregion jan 2015-sept 2019. Enkäter till medarbetare; intervjuer med medarbetare, enhetschefer, HR, medlemmar i projektteamet. SKR och Lumell Associates analys.

Figur 50 En annan arbetsplats har haft svårt att komma vidare i arbetet med insatsen till följd av chefsbyten, lokalbyten och sparkrav. Exempel på insikter och citat från intervjuer med medarbetare, HR och insatsteam på denna arbetsplats i Region Norrbotten



Källa: Statistik från lönesystemet i pilotregion jan 2015-sept 2019. Enkäter till medarbetare; intervjuer med medarbetare, enhetschefer, HR, medlemmar i projektteamet. SKR och Lumell Associates analys.

Kvalitativ uppföljning av resultat

Insatserna har uppskattats av medarbetare, chefer och HR

Den samlade bilden från uppföljningarna är att både medarbetare och chefer generellt sett är nöjda med insatserna, särskilt vad gäller arbetsplatsstödet. I Figur 51 presenteras exempel på citat från intervjuer i de två regionerna. De som intervjuades uppger positiva effekter och nytta av arbetsplatsstödet. Många var även positiva gentemot Reko-AG men där var de som intervjuades mer neutrala gällande stödets effekter på sjukfrånvaro. I enkäterna där medarbetare fick ge synpunkter på Reko-AG och Riktat arbetsplatsstöd uppgav de flesta svarande att de var nöjda med insatserna, men några respondenter uttryckte att insatserna inte passat deras situation eller lett till konkreta åtgärder.

Figur 51 Exempel på citat från Region Norrbotten och Region Skåne om Reko-AG respektive Riktat arbetsplatsstöd



Källa: Enkäter till medarbetare; intervjuer med medarbetare, enhetschefer, HR, medlemmar i projektteamet. SKR och Lumell Associates analys.

Regionerna genomförde sex tillfällen var av workshopserien Mötesplats vård och arbete. Den samlade bilden är att deltagarna i båda regionerna är mycket nöjda med workshopserien och att förutsättningarna för samverkan upplevs ha förbättrats. I Figur 52 presenteras ett exempel på hur stödet sett ut för medarbetare med behov av att samverka mellan vård- och arbetsgivare fungerar. Workshoptillfällena resulterade också i nya stöd i arbetet med att förebygga och förkorta onödiga sjukfrånvaro. Exempel på konkreta resultat av workshoperna i Region Norrbotten är nya informationsmaterial till medarbetare om vad som händer vid ohälsa samt material för ett nytt koncept för arbete med

hälsofrämjande arbetsplatser. Både Region Norrbotten och Region Skåne var genom workshopserien med och utvecklade så kallade ”mötescirklar” för goda möten i rehabiliteringsprocessen. Mötescirkelarna är ett metodstöd för strukturerade, tydliga och trygga möten och finns nu framtagna för tre målgrupper: chef, medarbetare och övriga deltagare.

Figur 52 Exempel på hur stödet sett ut för medarbetare med behov av att samverka mellan vård- och arbetsgivare fungerar.


Bakgrund och behov av stöd: Medarbetaren hade sjukskrevs sommaren 2018 med akuta fysiska besvär och gick tillbaka i arbete hösten 2018. På arbetet pressade sig medarbetaren hårt och drabbades av panikångest och psykisk ohälsa. I maj 2019 blev medarbetaren sjukskriven och chefen insisterade på en kontakt med Reko-Ag.

Omfattning och innehåll i stödet från Reko-Ag: kartläggning, samtalsstöd, hjälp att hitta strategier, hjälp att följa upp, stöd att både se behov av stöd från kurator/psykolog och stöd att själv leta efter och etablera kontakt, stöd att byta schema.

Medarbetaren arbetar idag heltid och har en fungerande vårdkontakt. Medarbetaren arbetar idag heltid och har trappat upp arbetsbelastningen till normalläge. Kontakt finns med kurator och kontakten med Reko-Ag är avslutad.

Reko-Ag hjälpte mig hitta strategier, följde upp hur det gick och stöttade mig att söka kontakt med vården. Jag fick först inte tag på en kurator, då följde Reko-Ag upp, och såg till att jag ringde till vi hittat en person som kunde ge rätt stöd

”Utan Reko-Ag hade jag inte jobbat i sommar, jag hade varit sjukskriven, jag hade inte rätt upp det själv. Jag hade aldrig orkat ringa de här samtalen till exempel”



Medarbetare om Reko-Ag

Källa: Enkäter till medarbetare; intervjuer med medarbetare, enhetschefer, HR, medlemmar i projektteamet. SKR och Lumell Associates analys.

De som intervjuades upplevde att insatserna utgjorde en förstärkning av arbetsmiljöarbetet

Insatserna upplevs förstärka arbetsmiljöarbetet genom att tillföra en systematik och tydlig process. Detta stöds också av de konkreta exempel på åtgärdsplaner för arbetsmiljön som utvecklades och de åtgärder som beskrivs ha införts på arbetsplatserna för att skapa en bättre fysisk och psykosocial arbetsmiljö. Insatserna beskrivs tillföra dels ett ökat fokus på frågan i och med regelbundna diskussioner och påminnelser om arbetsmiljön, dels en resursförstärkning av arbetsmiljöarbetet och ett stöd att få samarbete och processer på plats. I Figur 53, 54 och 55 presenteras exempel på citat från regionerna om intrycken av insatserna.

Figur 53 Exempel på citat från HR och enhetschefer om Riktade arbetsplatsstödet



Källa: Enkäter till medarbetare; intervjuer med medarbetare, enhetschefer, HR, medlemmar i projektteamet. SKR och Lumell Associates analys.

Figur 54 Exempel på citat från HR och enhetschefer om Reko-AG



Källa: Enkäter till medarbetare; intervjuer med medarbetare, enhetschefer, HR, medlemmar i projektteamet. SKR och Lumell Associates analys.

Figur 55 Exempel på citat från medarbetare om Reko-AG



Källa: Enkäter till medarbetare; intervjuer med medarbetare, enhetschefer, HR, medlemmar i projektteamet. SKR och Lumell Associates analys.

Arbetsmiljö och hälsa kan ha förbättrats av insatserna och ingen uppger att de har försämrats

Det är ett viktigt resultat att ingen av de som intervjuades eller besvarade enkäter menade att insatserna ledde till att arbetsmiljö eller hälsa hos medarbetarna skulle ha försämrats. Samtidigt fanns en försiktighet kring att uttala sig om huruvida insatserna konkret bidragit till en bättre hälsa.

Många som intervjuats lyfter att insatserna bidragit till åtgärder som i sin tur tros ge en bättre hälsa och arbetsmiljö. Dessa exempel finns inom såväl fysisk arbetsmiljö (exempelvis bullerreducering, hörselskydd och ergonomi) som psykisk arbetsmiljö (exempelvis bättre strukturer för dialog på arbetsplatsen, justeringar i schema och arbetsbelastning). Flera använder uttryck såsom *"det blev ett annat klimat på arbetsplatsen"* för att beskriva hur insatserna påverkat arbetsmiljön. Det är värt att notera att det också finns personer som säger att inga större skillnader kom till genom de nya arbetssätten.

Flera av de som intervjuats lyfter positiva aspekter av medarbetarstödet; exempelvis att det underlättar att ha någon som lyssnade och att Reko-AG för vissa personer kan vara ett viktigt stöd. Andra menar att det var hjälpsamt att få stöd att kartlägga sin nuvarande situation, få tips och råd, och en struktur för samtal med chefen att prata igenom situationen. Det finns också exempel på personer som fått hjälp med vård- och företagshälsovårdskontakter vilket i sin tur kan ge en bättre hälsa. Vissa personer menar att stödet varken gjort från eller till, för dem var insatserna endast någon enstaka kontakt utifrån att de inte hade behov av mer stöd. De flesta anser att det var för tidigt att säga om den här typen av arbetssätt ger en bättre hälsa.

Kvantitativ uppföljning av resultat

Sjukfrånvaron och relaterade kostnader minskade i deltagande regioner

Båda regionerna minskade sin sjukfrånvaro under uppföljningsperioden och minskningen var större än den nationella trenden för sjukpenningtalet. I Figur 56 ges en översikt över förändringen i sjukfrånvaro och kostnader för olika jämförelsegrupper i de båda regionerna.

Figur 56 Översikt över förändringen av sjukfrånvaro och kostnader för olika jämförelsegrupper i regionerna

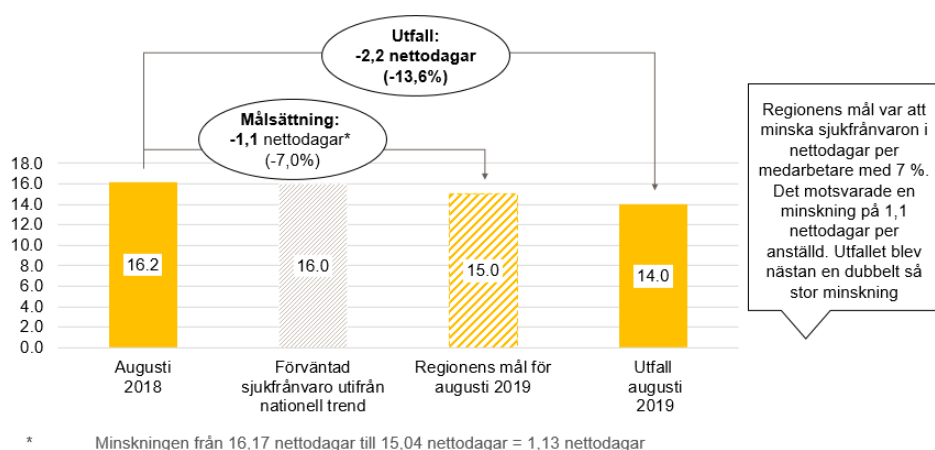


Källa: Statistik från lönesystemet i pilotregion jan 2015-sept 2019. Enkäter till medarbetare; intervjuer med medarbetare, enhetschefer, HR, medlemmar i projektteamet. SKR och Lumell Associates analys.

Fördjupning i resultaten för Region Norrbotten

Region Norrbotten, som arbetade med hela insatsmodellen under uppföljningsperioden, minskade sin sjukfrånvaro i piloten med cirka 13,6 procent, nästan dubbelt så mycket som regionens mål på sju procent (se Figur 57). Nationellt minskade sjukfrånvaron under samma period med två procent, eller 0,2 nettodagar per försäkrad. Regionens beräknade kostnader för sjukfrånvaron minskade med ca 1 550 kronor per medarbetare i regionen och med 3 650 kronor per medarbetare i den direkta målgruppen för insatserna. Detta gjorde att den totala beräknade årskostnaden för sjukfrånvaron minskade med cirka 11,3 miljoner kronor. Den minskade sjukfrånvarons effekter på kompetensförsörjningen motsvarar att cirka 46 heltidstjänster var åter i arbete.

Figur 57 Regionens mål om att minska sjukfrånvaron uppnåddes. Utfallet blev nästan en dubbelt så stor minskning



Källa: Statistik från lönesystemet i pilotregion jan 2015-sept 2019. SKR och Lumell Associates analys

Analys av sjukfrånvaro i verksamhetsområden som berörts av piloten

För de sju verksamhetsområden som omfattades av pilottestet (cirka 1 700 medarbetare) minskade sjukfrånvaron med 2,2 nettodagar per medarbetare (-13,6 procent) under tolv månadersperioden september 2018 till augusti 2019 jämfört med motsvarande period året innan. Detta kan jämföras med en minskning på 1,3 nettodagar per medarbetare (-10,3 procent) för resterande verksamheter inom Region Norrbotten och 0,2 nettodagar (-2,0 procent) nationellt³⁷.

Omräknat till direkta kostnader för sjukfrånvaro motsvarar detta en minskning på cirka 2 150 kronor per medarbetare och år på de arbetsplatser som omfattats av piloten jämfört med en minskning på cirka 1 350 kronor per medarbetare och

³⁷ Försäkringskassan: Sjukpenningtalet, dvs sjukfrånvaron i nettodagar per ”försäkrad”

år på arbetsplatser utanför piloten. Totalt beräknas de direkta kostnaderna för sjukfrånvaron ha minskat med ungefär 3,7 miljoner per år inom piloten. Omräknat till heltidstjänster så hade arbetsplatser inom piloten en minskad sjukfrånvaro motsvarande 17 heltidstjänster.

Analys av sjukfrånvaro hos medarbetare inom målgrupperna

Inom pilottestet fanns 1 127 medarbetare som hade uppfyllt kriterier för målgrupperna för Reko-AG och/eller Riktat arbetsplatsstöd. För de 1 127 medarbetare som hade uppfyllt kriterierna för insatserna minskade sjukfrånvaron under perioden september 2018 till augusti 2019 med 2,9 nettodagar (-15,3 procent) jämfört med samma tolv månadersperiod året innan.

Kostnaderna för sjukfrånvaron minskade med cirka 3 650 kronor per medarbetare. Jämförbara grupper (det vill säga medarbetare i regionerna som är i målgrupperna men inte arbetar på arbetsplatser som omfattats av piloten) hade under motsvarande period minskat sin sjukfrånvaro med 1,7 nettodagar (-8,4 procent) per medarbetare och år.

Analys av sjukfrånvaro hos medarbetare utanför målgrupperna

Inom pilottestet fanns 590 medarbetare utanför de direkta målgrupperna för insatser. För dessa hade sjukfrånvaron under perioden september 2018 till augusti 2019 minskat med 0,6 nettodagar (-6,3 procent) men kostnaderna för sjukfrånvaron hade ökat med 1 100 kronor per medarbetare och år. Kostnadsökningen trots minskad sjukfrånvaro förklaras av att den långa sjukfrånvaron minskat medan den korta sjukfrånvaron (som är dyrare för regionen) hade ökat.

Jämförbara grupper (det vill säga medarbetare i regionerna som är i målgrupperna men inte arbetar på arbetsplatser som omfattats av piloten) minskade sin sjukfrånvaro 0,8 nettodagar (-9,2 procent) per medarbetare och år under samma period.

Sammantaget minskade sjukfrånvaron mer inom Region Norrbotten än vad som var den nationella trenden för samma period. Minskningen var störst hos de som var målgruppen för insatserna.

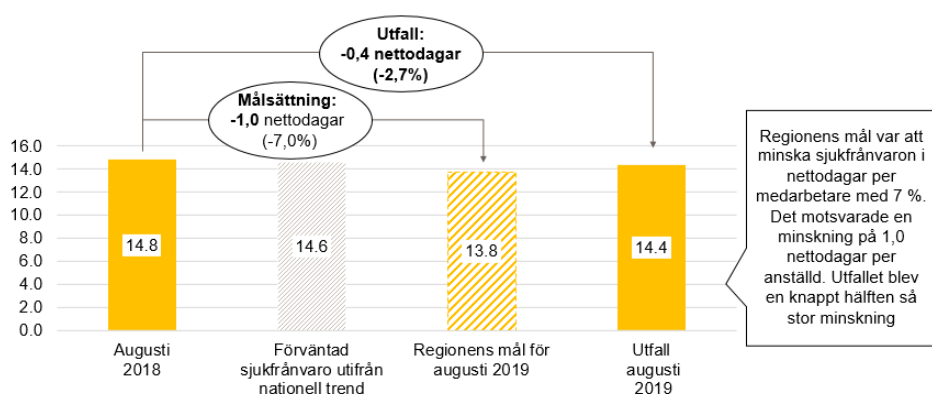
Viktiga framgångsfaktorer var sannolikt att insatserna varit välförankrade på ledningsnivå och att regionen tagit ett helhetsgrepp och parallellt arbetat både med ledning/styrning, arbetsplatser samt riktat stöd till medarbetare. Regionen arbetade också parallellt med hälsosamma arbetsplatser – sannolikt har dessa arbeten förstärkt varandra.

Fördjupning i resultaten för Region Skåne

I den del av Region Skåne som var föremål för pilottestet (f.d. Skånevård Kryh) minskade sjukfrånvaron i piloten med cirka fyra procent, drygt hälften så mycket som regionens mål på sju procent (se Figur 58) Regionens beräknade kostnader för sjukfrånvaron minskade med ca 800 kronor per medarbetare i tidigare Skånevård Kryh och med 1 500 kronor per medarbetare i den direkta

målgruppen för insatser. Detta gör att den totala beräknade årskostnaden för sjukfrånvaron minskade med cirka 4,7 miljoner kronor. Den minskade sjukfrånvaron motsvarade att cirka 14 heltidstjänster var tillgängliga för arbete.

Figur 58 Regionens mål om att minska sjukfrånvaron med sju procent har ännu inte uppnåtts



Källa: Statistik från lönesystemet i pilotregion jan 2015-sept 2019. SKR och Lumell Associates analys

Analys av sjukfrånvaro i verksamhetsområden som berörts av piloten

För de sju verksamhetsområden som omfattades av pilottestet (cirka 2 100 medarbetare) hade sjukfrånvaron minskat med 0,4 nettodagar per medarbetare (-2,7 procent) under tolv månaders perioden september 2018 till augusti 2019 jämfört med motsvarande period året innan. Detta kan jämföras med en minskning på 0,7 nettodagar per medarbetare (-6,0 procent) för resterande verksamheter inom Skånevård Kryh och 0,2 nettodagar (-2,0 procent) nationellt³⁸. Omräknat till direkta kostnader för sjukfrånvaro motsvarade detta en minskning på cirka 700 kronor per medarbetare och år på de arbetsplatser som omfattats av piloten jämfört med en minskning på cirka 850 kronor per medarbetare och år på arbetsplatser utanför piloten. Totalt beräknades de direkta kostnaderna för sjukfrånvaron ha minskat med ungefär 1,5 miljoner per år inom piloten. Omräknat till heltidstjänster så hade arbetsplatser inom piloten en minskad sjukfrånvaro motsvarande 4 heltidstjänster.

Analys av sjukfrånvaro hos medarbetare inom målgrupperna

Inom pilottestet fanns 975 medarbetare som uppfyllde kriterier för målgrupperna för Reko-AG och/eller Riktat arbetsplatsstöd. En del av dessa har fått insatser, andra har erbjudits och tackat nej och ungefär hälften hade inte fått frågan om insatser. För de 975 medarbetare som uppfyllde kriterierna för insatserna hade sjukfrånvaron under perioden september 2018 till augusti 2019 ökat med 0,4 nettodagar (+1,7 procent) jämfört med samma tolv månaders period året innan. Kostnaderna för sjukfrånvaron hade dock minskat med cirka 1 500

³⁸ Försäkringskassan: Sjukpenningtalet, dvs sjukfrånvaron i nettodagar per "försäkrad"

kronor per medarbetare eftersom den korta sjukfrånvaron (dag 1–14) minskat medan den långa hade ökat. Jämförbara grupper (det vill säga medarbetare i regionerna som är i målgrupperna men inte arbetar på arbetsplatser som omfattats av piloten) har under motsvarande period minskat sin sjukfrånvaro med 1,8 nettodagar (-9,5 procent) per medarbetare och år men ökat kostnaden för sjukfrånvaro med 650 kronor då den korta sjukfrånvaron ökat medan den långa sjukfrånvaron minskat. Det finns dock stöd för att grupperna inte var jämförbara. Utanför piloten så slutade många personer med hög sjukfrånvaro under slutet av jämförelseperioden – detta påverkar jämförelsen för de direkta målgrupperna för insatser eftersom de utan insatser på grund av detta minskade sin genomsnittliga sjukfrånvaro kraftigt (de med högst sjukfrånvaro hade slutat). Att medarbetare med hög sjukfrånvaro slutade skedde inte i samma utsträckning i gruppen som har omfattats av insatser.

Analys av sjukfrånvaro hos medarbetare utanför målgrupperna

Inom pilottestet finns 1 145 medarbetare utanför de direkta målgrupperna för insatser. För dessa har sjukfrånvaron under perioden april 2018 till mars 2019 minskat med 0,5 nettodagar (-6,5 procent) medan kostnaderna ökade med 650 kronor per medarbetare och år eftersom den korta sjukfrånvaron minskade medan den långa ökade.

Jämförbara grupper ökade sin sjukfrånvaro 0,1 nettodagar (+1,5%) per medarbetare och år under samma period.

KORT OM RESULTATEN I BOTKYRKA OCH ÖRNSKÖLDSVIK

Parallellt med piloten i regionerna har som nämnts ett parallellt arbete pågått i Botkyrka kommun och Örnsköldsviks kommun. Införandet av de riskorienterade arbetssätten påbörjades i kommunerna under år 2018 med en tidshorisont och uppföljning på tre år. Pilotprojektet har idag hunnit ungefär halvvägs och uppföljning av arbetet stöts av RISE. Uppföljningen av insatserna utgår från korttidssjukfrånvaro (dag 1–14) och jämför med en tidigare uppmätt "baseline" som ska motsvara förväntad sjukfrånvaro. Innan utbrottet av covid-19 fanns tidiga tecken på att insatserna fungerar och har en positiv inverkan på den korta sjukfrånvaron. Sett till omfattning har insatserna implementerats fullt ut i Örnsköldsvik och i alla förvaltningar utom en i Botkyrka.

Den samlade bedömningen är att riskorienterat arbetssätt är genomförbart och kan ge goda resultat

I det här avsnittet diskuterar vi hur resultaten kan tolkas, vilka felkällor och osäkerheter som finns utifrån pilottestets upplägg och SKR:s samlade bedömning av riskorienterat arbetssätts bidrag.

I genomförda uppföljningar har SKR kunnat observera hur införande av insatserna fungerat i praktiken och tidiga effekter på upplevd arbetsmiljö, hälsa och samverkan samt på sjukfrånvaro och relaterade kostnader. Resultaten visar att det riskorienterade arbetssättet gav en förbättrad samverkan mellan aktörer, att modellen var uppskattad och att sjukfrånvaron minskade mer i de deltagande regionerna än i övriga regioner i landet. SKR:s samlade tolkning av resultaten från pilottesten i Norrbotten och Skåne är att ett riskorienterat arbetssätt ger goda resultat om det genomförs som ett helhetsgrepp med parallella insatser på medarbetar-, arbetsplats-, och styrning-/ledningsnivå. Ett sådant helhetsgrepp har visat bäst resultat i piloterna och har även starkast stöd i forskningen.

Tidsperioden under vilken insatserna studerats är samtidigt kort och det finns därför ett behov av att fortsatt följa upp utfall och ytterligare förbättra genomförandet. **SKR föreslår därför att pilotregionerna fortsätter följa och utvärdera arbetet med riskorienterat arbetssätt** med fokus på att följa mer långsiktiga effekter avseende samverkan, hälsa, arbetsmiljö, sjukfrånvaro och kostnader.

Några faktorer försvårar jämförelsen av resultaten mellan olika grupper

En kombination av faktorer har påverkat resultaten i Region Skåne:

Sammantaget har sjukfrånvaron minskat mer inom Skånevård Kryh än vad som är den nationella trenden för samma period. Av flera anledningar är det ännu svårt att dra slutsatser kring om, och i vilken utsträckning som, insatserna bidragit till de uppmätta resultaten i uppföljningen.

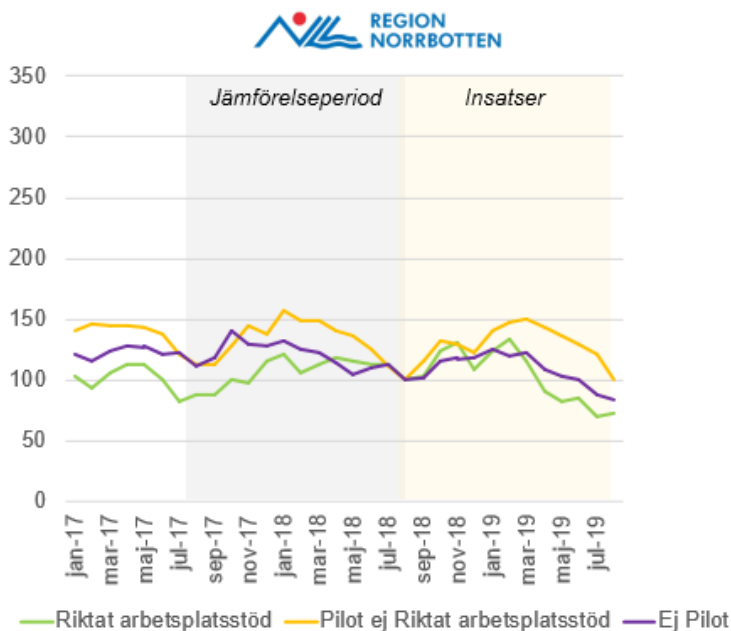
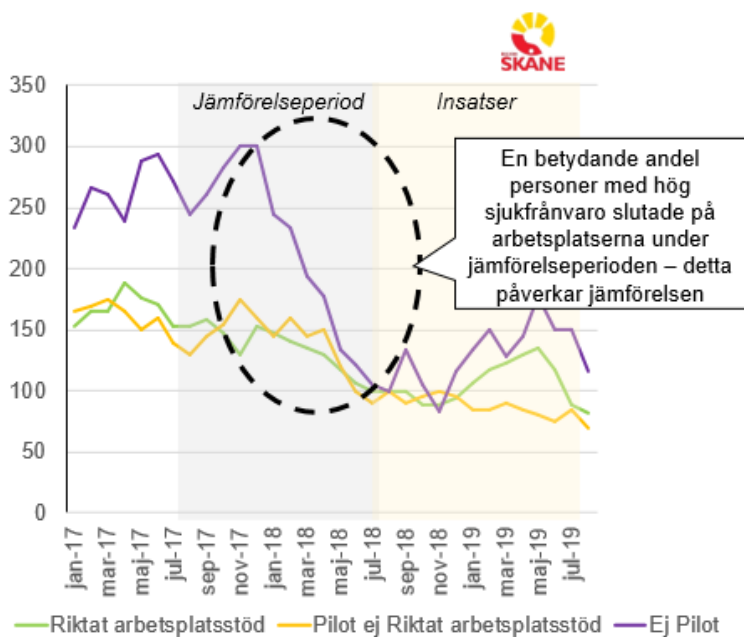
Värt att notera är att jämförelsegrupperna (de som inte erhållit insatser) har minskat sin sjukfrånvaro mer än gruppen som erhållit insatser. Det finns tre tänkbara orsaker till detta:

- *Det är inte det avsedda riskorienterade arbetssättet som testats:* Det riskorienterade arbetssättet som testats i Skånevård kryh motsvarar inte den modell som har bäst stöd i forskning.
- *Det är inte rätt grupper som jämförts:* Jämförelsegrupperna är inte jämförbara och har förändrats över tid
- *Insatsen fungerar inte som avsett:* Insatserna som genomförts har för vissa målgrupper ökat sjukfrånvaron

En fördjupad analys visar att det finns visst stöd för alla dessa tre förklaringar:

- *Insatser på arbetsplatsnivå har saknats i Region Skåne under en stor del av uppföljningsperioden,* vilket gör att de genomförda insatserna inte motsvarar det avsedda helhetsgreppet.
- *Jämförelsegruppen i Region Skåne är inte helt jämförbar med de arbetsplatser som erhöll insatserna.* Detta beror framför allt på att flera anställda med långa sjukskrivningar i jämförelsegruppen (personer med hög sjukfrånvaro mellan juli 2017 – juli 2018) avslutade sin anställning under jämförelseperioden – månaderna innan insatserna startade upp. Motsvarande avslut av anställningar och sjukskrivningar fanns inte på arbetsplatser som erhöll insatser. Detta påverkar jämförelsen genom att den totala sjukfrånvaron under jämförelseperioden var hög i jämförelsegruppen (arbetsplatser med hög sjukfrånvaro) men att sjukfrånvaron där minskat genom att anställningar avslutades för medarbetare med långa sjukskrivningar (Se Figur 59).
- *För vissa medarbetare med medarbetarstöd kan Reko-AG ha bidragit till att öka sjukfrånvaron på kort sikt,* men där behövs längre tidsperiod för att utvärdera effekter.

Figur 59 Det finns stöd för att jämförelsegruppen (arbetsplatser med hög och ökande sjukfrånvaro mellan juli 2017 – juli 2018) inte är en relevant jämförelse för de arbetsplatser som erhöll insatserna i Skånevård Kryh



Källa: Statistik från lönesystemet i pilotregion jan 2015-sept 2019. SKR och Lumell Associates analys

Insatserna har testats under cirka 15 månader – en längre uppföljningsperiod kommer visa om effekterna kvarstår

Det finns flera aspekter som talar för att effekterna av ett riskorienterat arbetssätt kan vara såväl större som mindre än de som visats i denna rapport. Det är väl känt att det tar tid att upparbeta nya arbetssätt, att sprida kunskap om dessa i organisationen och att säkerställa följsamhet. Arbetssätten har också förbättrats löpande i takt med att bättre rutiner kommer på plats. Detta är faktorer som kan tala för att insatserna ännu inte ger full effekt. Det kan också finnas ett ”nyhetens behag” av att frågorna kring arbetsmiljö och riskgrupper kommer på agendan vilket ger en tillfällig minskning av sjukfrånvaro men att långsiktiga effekter av arbetssättet inte kvarstår.

Insatserna började införas våren 2018 och bedöms av verksamheterna vara helt införda under hösten 2019. Vid uppföljningstillfället hade insatserna testats under cirka femton månader vilket bedöms ge en tydlig bild av de kortsiktiga effekterna och att dessa överlag är positiva – både på kvalitativa och kvantitativa utfall. För att säkerställa långsiktiga effekter rekommenderar SKR fortsatt uppföljning och vid behov förbättring av arbetssätten.

Insatserna har utvärderats med en gedigen uppföljningsmodell men är inte forskning

Det arbete som beskrivs här är genomfört med en gedigen uppföljning med både omfattande analys av statistik och ett större antal intervjuer. De kvantitativa resultaten har jämförts med jämförbara grupper och nationell trend. Som alla uppföljningar finns det för och nackdelar med den valda modellen. Syftet med arbetet var att utveckla och införa arbetssätt samtidigt som dessa löpande förbättrades. En fördel med ett sådant arbetssätt är att införande och implementering underlättas, att det ger möjlighet att arbeta med de verksamheter där behovet anses störst.

Ett exempel på en begränsning i uppföljningsmodellen är att ingen randomisering har genomförts avseende vilka arbetsplatser som testat det riskorienterade arbetssättet och att inga kontrollgrupper utsetts. En randomiserad kontrollerad studie hade kunnat ge tydligare resultat avseende insatsernas effekter och bättre möjlighet att kontrollera för andra variabler som kan ha påverkan på resultaten.

En annan begränsning med den valda uppföljningsmodellen var att inga ”före” mätningar gjordes av kvalitativa utfall, såsom upplevd hälsa och arbetsmiljö. Detta har gjort det svårt att utvärdera verkliga effekter på dessa mått. Det bör nämnas att det, även om sådana mätningar fanns att tillgå, finns vissa svårigheter att göra före- och eftermätningar avseende båda dessa variabler. Dels på grund av att det finns en personalomsättning i verksamheterna, dels på grund av att tillfället för mätningen samt omkringliggande händelser (som inte går att kontrollera för) kan spela stor roll för resultaten. Med det sagt så hade sådana mätningar sannolikt gett en bättre grund för att avgöra förbättringar av

arbetsmiljö och hälsa än att i efterhand be de som intervjuats reflektera kring eventuella förändringar.

Ytterligare begränsning i uppföljningsmodellen är att verksamheter som *inte* omfattats av insatser inte har intervjuats eller fått besvara enkäter. Därmed har det funnits begränsade möjligheter att fånga upp om det i dessa jämförelsegrupper skett större förändringar som kan ha påverkat resultaten där.

Parallellt med utvecklingsarbetet har flera större förändringar skett i regionerna

Det är värt att nämna att det under utvecklingsarbetet har skett flera större förändringar i regionerna som kan ha haft påverkan på resultaten. I båda regionerna har valet 2018 medfört förändringar i den politiska ledningen och styrningen av organisationen. Båda regionerna har bytt regiondirektör och Region Norrbotten har även bytt HR-direktör. I Region Skåne genomfördes också en större organisationsförändring där förvaltningsstrukturen och därmed förvaltningsledningen förändrades. De kvinnor och män som intervjuades i arbetet utifrån sina roller som chefer, HR och medarbetare tror dock själva att detta inte haft någon större påverkan på resultaten och har inte heller identifierat förändringar på lokal nivå som kan ha påverkat sjuktalet, utöver någon enstaka arbetsplats. Region Norrbotten har parallellt också gjort ett arbete kring hälsofrämjande arbetsplatser som delvis berört samma verksamheter. Det kan ha skapat synergieffekter som påverkat resultaten.

SKR:s samlade bedömning är att insatserna ger goda resultat när de genomförs som en helhet

Tidigare erfarenheter och forskning har visat att tidiga insatser för att förebygga och förkorta sjukfrånvaro kan vara effektiva när de genomförs som ett systematiskt helhetsgrepp. Den bilden stöds och förstärks av resultaten från uppföljningen av insatserna.

SKR:s samlade bedömning är att kunskapen om riskgrupper för sjukskrivning på medarbetar- och arbetsplatsnivå har förstärkts genom arbetet. Ett riskorienterat arbetssätt är ett komplement som kan förstärka det systematiska arbetsmiljöarbetet.

De riskgrupper för sjukskrivning som studerats här utgörs av medarbetare som antingen har upprepad korttidsfrånvaro, återgår i arbete efter sjukskrivning eller arbetar på arbetsplatser med hög och ökande sjukfrånvaro. Erfarenheterna visar att dessa grupper går att identifiera med hjälp av statistik och att de ofta har en högre förekomst av psykisk ohälsa och smärta, vilket är sjukskrivningsorsaker som kan vara arbetsplatsrelaterade och förebyggbara. Vidare så upplevs det genomförbart att arbeta med de riskorienterade arbetssätt som beskrivs i denna rapport, medarbetare och chefer har varit positiva och effekterna på sjukfrånvaro, kostnader och kompetensförsörjning är positiva när insatserna

genomförs som en helhet. För att se om effekterna kvarstår över tid är det viktigt att fortsätta följa effekter av arbetssätten.

Inspiration och stöd till kommuner och regioner att se över arbetet med riskgrupper och förstärka sina arbetssätt

Lärdomar från tre års arbete med riskorienterade arbetssätt visar att kommuner och regioner bör se över hur de arbetar med riskgrupper. Det finns ofta stora möjligheter att förstärka sina arbetssätt för att fånga upp medarbetare och arbetsplatser med *risk* för sjukfrånvaro och genomföra aktiviteter för att förebygga sjukfrånvaro och åstadkomma friska arbetsplatser. För att lyckas behövs aktiviteter på tre nivåer: lednings-, arbetsplats- och medarbetarnivå.

För att stötta kommuner och regioner i ett sådant arbete har SKR tagit fram en handbok i riskorienterat arbetssätt. Handboken samlar material och lärdomar från utvecklingsarbetet och är ett mer praktiskt stöd än denna rapport. Handboken riktar sig till personer som arbetar i en region eller kommun och ansvarar för frågor om hälsofrämjande aktiviteter, arbetsmiljö, sjukfrånvaro eller rehabilitering. Den är tänkt att fungera som en vägledning för hur organisationer steg för steg kan stärka arbetssätt med fokus på riskgrupper och på så sätt arbeta mer förebyggande för att minska sjukfrånvaro. Handboken och samtliga relaterade metodstöd och verktyg finns på SKR:s hemsida.

SKR har sedan 2019 erbjudit fördjupade utbildningar i riskorienterat arbetssätt. Utbildningarna genomförs även under hösten 2020 och förväntad kunna erbjudas även framöver i någon form.

Riskorienterat arbetssätt

Medarbetare i välfärden ska må bra på jobbet och om någon blir sjuk ska den snabbt få hjälp och stöd att komma tillbaka till sitt arbete.

SKR har tillsammans med Region Norrbotten och Region Skåne tagit fram ett nytt arbetssätt för bland annat chefer och HR att arbeta för att förebygga och förkorta sjukfrånvaron, ett riskorienterat arbetssätt. Det handlar om tidiga insatser på alla nivåer i organisationen för att fånga upp och ge extra stöd till medarbetare och arbetsplatser. Ett riskorienterat arbetssätt är ett komplement till och en förstärkning av det ordinarie arbetsmiljöarbetet.

Vi hoppas att den här rapporten ska vara intressant för medarbetare inom HR och för chefer för medarbetare i regioner och kommuner. I rapporten beskrivs lärdomar och insatser från såväl det analysarbete som ligger till grund för riskorienterat arbetssätt som de utvärderingar av arbetssättet som genomförts tillsammans med Region Norrbotten och Region Skåne.

Upplysningar om innehållet
Anna Östbom, anna.ostbom@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2020 (rev 2021)
ISBN/Beställningsnummer: 978-91-7585-837-1
Produktion: SKR