

**Minskad sjukfrånvaro  
– en fråga om arbetsgivarincitament?**

**Medfinansieringsreformen ur ett arbetsgivarperspektiv**

**BJÖRN TRÄGÅRDH  
MARGARETA DAMM  
FREDDY HÄLLSTEN  
MIKAEL LÖFSTRÖM  
TORBJÖRN STJERNBERG  
PETER SVAHN**



Handelshögskolan vid Göteborgs universitet  
*School of Business, Economics and Law at University of Gothenburg*  
Företagsekonomiska institutionen  
*Department of Business Administration*  
Studier av organisation och samhälle  
*Studies of Organization and Society*  
Box 610  
SE-405 30 Göteborg

## Minskad sjukfrånvaro – en fråga om arbetsgivarincitament? Medfinansieringsreformen ur ett arbetsgivarperspektiv

**Abstract:** Studien utvärderar medfinansieringsreformen som kom att gälla 2004–2006 och vars intention var att med ekonomiska incitament få arbetsgivare att ta ett ökat ansvar för att minska den sjukfrånvaro som i början av seklet ansågs mycket stor. För att förklara arbetsgivarnas förhållningssätt besvaras först följande frågor:

- Vad *gör* arbetsgivarna för att de anställda inte skall vara frånvarande från arbetet? Hur har de på denna punkt eventuellt förändrat sitt handlande på grund av reformen?
- Hur påverkas *jämställdheten* av de nya incitamenten, till exempel med hänsyn taget till att kvinnor vanligtvis står för högre andel av sjukfrånvaro?
- Hur förhåller sig arbetsgivarna till *ekonomiska analyser och kalkyler* av sjukfrånvaron och reformen? Vilka ekonomiska resultat kan skönjas?
- Hur ser arbetsgivarna efter reformens genomförande på sitt *ansvar* att förebygga ohälsa och vidta rehabiliterande insatser? Har reformen förändrat synsättet?

Frågorna besvaras dels med hjälp av en enkät och dels med en serie fallstudier från företag och förvaltningar. I analysen dras slutsatsen att arbetsgivare, *oavsett reformen*, tar ansvar för att åtgärder som antas förebygga ohälsa eller rehabilitera sjuka genomförs, men att de vare sig *kan* eller *vill*, annat än marginellt, ta ansvar för sjukfrånvaron och dess orsaker.

**Keywords:** Medfinansieringsreformen, utvärdering, arbetsgivare, sjukfrånvaro, rehabilitering, förebyggandeåtgärder.

**JEL code:** H51, I18, M12, M49

**Author:** Björn Trägårdh, tel 031-786 1536, e-mail: [bjorn.tragadh@handels.gu.se](mailto:bjorn.tragadh@handels.gu.se), Margareta Damm, tel 031-786 4483, e-mail: [margareta.damm@handels.gu.se](mailto:margareta.damm@handels.gu.se), Freddy Hällsten, tel 031-786 1508, e-mail: [freddy.hallsten@handels.gu.se](mailto:freddy.hallsten@handels.gu.se), Mikael Löfström, tel 031-786 1436, e-mail: [mikael.lofstrom@handels.gu.se](mailto:mikael.lofstrom@handels.gu.se), Torbjörn Stjernberg, tel 031-786 5419, e-mail: [torbjorn.stjernberg@handels.gu.se](mailto:torbjorn.stjernberg@handels.gu.se), Peter Svahn

## FÖRORD

Varför ägna tid åt att läsa om en reform som redan är avskaffad? När denna rapport började skrivas var vi fortfarande upptagna av frågeställningen: Vilka blev effekterna av medfinansieringsreformen? Just vår delstudie ingick i en serie studier för att utvärdera denna reform, som infördes av den socialdemokratiska regeringen i januari 2005 och som avskaffades när den borgerliga alliansen tog över regeringsansvaret. Reformen fortlevde i exakt två år (till och med 31 december 2006). Vår uppgift var att studera reformen ur ett arbetsgivarperspektiv. Medfinansieringsreformen innebar att arbetsgivarnas fick ansvar för att betala en särskild sjukförsäkringsavgift avseende att täcka en del av de anställdas sjukpenning, vilket skulle utgöra incitament för att vidta åtgärder.

Uppdraget gavs av "Arbetsgruppen för att följa upp och utvärdera ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare" med representanter för Social-, Närings- och Finansdepartementen. Studien startade med ingången av 2006 och avsåg från början att slutrapporteras den 30 juni 2007. Med regeringsskiftet hösten 2006 ändrades dock denna plan då man beslöt att avskaffa reformen. Därmed upphörde ovan angivna Arbetsgrupp och de tre forskningsprojekt som fått uppdraget att utvärdera fick avslutas i förtid då finansieringen endast täckte kalenderåret 2006.

Tillbaka till frågan: Varför läsa om en redan skrotad reform?

Det finns flera skäl. Reformen är i sig avskaffad, men problemet är bestående – hög frånvaro från arbetet och i förlängningen även utslagning från arbetslivet, med kostnader eller uteblivna intäkter som följd, vilket drabbar såväl anställda, arbetsgivare som samhället som helhet. Frågan om vad arbetsgivarna gör, kan göra och tidigare har gjort för att förebygga sjukfrånvaro och för att underlätta återgång är av generellt intresse. Vår studie ger både statistiska data som generellt belyser arbetsgivarstrategier, samtidigt som den genom fallstudier ger djupare belysning av problematiken och olika åtgärdsstrategier.

Det finns dock ytterligare ett skäl att läsa om en skrotad reform; medfinansieringsreformen kan ses som en reform i serien av reformer för att stimulera arbetsgivares sociala ansvar – genom att införa ekonomiska incitament och därmed försöka styra beteenden. Vår huvudslutsats är att reformens ekonomiska incitament varit otillräckliga och eventuellt felriktade, speciellt gentemot de nivåer som direkt har att hantera förebyggande åtgärder och rehabilitering. Reformen har inte kommit till rätta med dessa problem, beroende på att reformen är en följd av att problemen uppmärksammats under en tid och att krav rests på att "göra något". De organisationer vi studerat hade redan innan reformen aktivt arbetat med frånvaroproblematiken. Reformen kan snarare ses som ett uttryck för att problemen, eller åtminstone samhällsdebatten, även krävde åtgärder av regeringen. Ur detta perspektiv kan således vår skrift ses som en dokumentation av ett "reformfall" och därmed som underlag för en vidare teori om samhällsreformer.

Denna uppdragsforskning är gjord av en grupp på företagsekonomiska institutionen, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet, under ledning av docent Björn Trägårdh.

FÖRORD .....	4
INLEDNING – BAKGRUND, INNEHÅLL OCH METOD .....	7
<i>Enkätstudien</i> .....	8
<i>Fallstudierna</i> .....	9
<i>Några metodologiska överväganden</i> .....	10
ENKÄTSTUDIEN – RESULTAT .....	12
<i>Bortfallsanalys och svarstillförlitlighet</i> .....	12
<i>Sjukfrånvarostatistik</i> .....	14
<i>Medfinansieringsreformens betydelse för sjukfrånvarons utveckling</i> .....	18
<i>Reformens betydelse i relation till andra drivkrafter</i> .....	21
<i>Förändringar som skett efter 1 januari 2005</i> .....	25
<i>Ekonomiska effekter</i> .....	30
<i>Sammanfattning av enkätstudien</i> .....	33
FALLSTUDIERN – RESULTAT .....	35
<i>”Processindustri AB”</i> .....	35
<i>IT-företaget i snabb tillväxt</i> .....	38
<i>Livsmedelsföretaget</i> .....	39
<i>Hemtjänsten</i> .....	41
<i>Kungälv’s sjukbus</i> .....	45
<i>Folketandvården Göteborg</i> .....	50
<i>Tvätteriet Alingsås</i> .....	56
<i>Västra Götalandsregionen som helhet</i> .....	61
<i>Det statliga verket</i> .....	66
<i>Göteborgs universitet och företagsekonomiska institutionen</i> .....	70
DEN EMPIRISKA STUDIEN I SAMMANDRAG .....	74
<i>Vad gör arbetsgivarna för att minska sjukfrånvaron?</i> .....	74
<i>Jämställdhet</i> .....	78
<i>Vilken ekonomisk betydelse tillskriver arbetsgivare reformen?</i> .....	80
<i>Hur ser arbetsgivare på sitt sjukfrånvaransvar?</i> .....	81
REFORMEN UR ETT ARBETSGIVARPERSPEKTIV – EN ANALYS .....	83
<i>Ägnar sig arbetsgivare åt att förebygga ohälsa och rehabilitera sjuka?</i> .....	83
<i>Leder åtgärderna till minskad sjukfrånvaro?</i> .....	84
<i>Är situationen på arbetet avgörande för sjukfrånvaron?</i> .....	85
<i>Är hög sjukfrånvaro ett stort problem för arbetsgivare?</i> .....	87
<i>Hur viktigt är sjukfrånvarokostnader för arbetsgivare?</i> .....	88
<i>Kan arbetsgivarincitament minska sjukfrånvaron?</i> .....	89
<i>Reformen som symbol – ett samhällsperspektiv</i> .....	90
REFERENSER .....	92
BILAGOR .....	93
<i>Bilaga 1. Enkät</i> .....	93
<i>Bilaga 3. Tidsplan</i> .....	99
<i>Bilaga 2. Missiv</i> .....	98
<i>Bilaga 3. Tidsplan</i> .....	99
<i>Bilaga 4. Teknisk rapport</i> .....	100



## INLEDNING – BAKGRUND, INNEHÅLL OCH METOD

Medfinansieringsreformen blev endast två år gammal, men vi tror att de bakomliggande frågorna kommer att vara fortsatt aktuella: Vilket ansvar har och tar arbetsgivarna för att minska anställdas frånvaro på grund av sjukskrivningar? Hur skall arbetsgivarna hantera detta ansvar? Vilken betydelse har offentliga styrmedel för att åstadkomma ett sådant ansvarstagande?

Medfinansieringsreformen innebar främst att arbetsgivarna mot en sänkning av arbetsgivaravgiften på 0,24 % var skyldiga att betala 15 procent av sjukpenningen, så kallad särskild sjukförsäkringsavgift, för de anställda som var sjukskrivna mer än två veckor, dock endast om sjuklönen översteg 12 000 kronor men inte översteg 4 % av den totala lönesumman. Avgiften betalades per månad tills den anställde åter var i arbete, på hel- eller deltid eller om rehabilitering genomfördes, alternativt anställningen avslutades. Reformen syftade till att förstärka arbetsgivarnas ekonomiska drivkrafter för att minska och förebygga sjukfrånvaro. Reformen byggde både på synpunkten att sjukfrånvaro är starkt relaterat till arbetet (se exempelvis SOU 2002:5) och att ekonomiska incitament förändrar arbetsgivares förhållningssätt och handlingar i frågor som gäller bakomliggande orsaker till personalens frånvaro och åtgärder för att minska densamma. Förhoppningen var alltså att arbetsgivarna med förstärkta ekonomiska incitament skulle utveckla kompetens och vilja att ta på sig ett större ansvar för att minska sjukfrånvaro och utslagning från arbetsmarknaden.

Syftet med vår studie var att utvärdera reformen ur ett *arbetsgivarperspektiv*, då reformen i första hand syftade till att förändra arbetsgivarnas beteende. Arbetsgivarnas arbetsinsatser kan relateras till vilka strategier de tillämpar och de strukturer man bygger för att hantera frågan, liksom till de ekonomiska beräkningar man gör för att dimensionera sina insatser. Studien fokuserar därför på att besvara frågan om reformen fått avsedd effekt inom följande områden:

Arbetsgivarens aktiviteter som syftar till att sjukskrivna skall återgå i arbete  
Frånvaroförebyggande insatser på arbetsplatsen  
Ekonomiska och andra konsekvenser av reformen för arbetsgivarna

Dessa tre teman återkommer som rubriker i vår redovisning av de studerade fallen.

Studien avser också att belysa reformens konsekvenser för jämställdhet samt arbetsgivares samverkan med försäkringskassa, arbetsförmedling och hälso- och sjukvård med flera. Genom att analysera arbetsgivares attityder, förhållningssätt och handlande vill vi dra slutsatser om hur de drivkrafter reformen skapade fungerade som förändringskraft. Studien vill därför besvara följande frågor:

- Vad gör arbetsgivarna för att de anställda inte skall vara frånvarande från arbetet? Hur har de på denna punkt eventuellt förändrat sitt handlande?
- Hur påverkas jämställdheten av de nya incitamenten, till exempel med hänsyn taget till att kvinnor vanligtvis står för högre andel av sjukfrånvaro?
- Hur förhåller sig arbetsgivarna till ekonomiska analyser och kalkyler? Vilka ekonomiska resultat kan skönjas?
- Hur ser arbetsgivarna efter reformens genomförande på sitt ansvar att förebygga ohälsa och vidta rehabiliterande insatser? Har reformen förändrat synsättet?

Frågorna besvaras dels med hjälp av en enkät och dels med en serie fallstudier från företag och förvaltningar. Enkäten skall ge mer generaliserande svar på arbetsgivarnas attityder till reformen.

Fallstudien avser att ge insikter om hur och varför arbetsgivare handlar som de gör i frågor som rör medarbetarnas frånvaro. Förhoppningen är att studien som helhet skall ge indikationer vad gäller hur staten kan medverka till att skapa förutsättningar för väl fungerande insatser som kan reducera orsakerna bakom den höga sjukfrånvaron.

I detta inledande kapitel presenterar vi kortfattat uppläggningsen av enkätstudien och serien av fallstudier. Efter en kortare metoddiskussion följer ett kapitel där resultaten från enkätstudien redovisas. Därefter presenteras de fallstudier vi genomfört. I det avslutande kapitlet besvaras studiens fyra övergripande frågor så som de formulerades ovan. Vi har försett vår skrift med ett efterord där vi försöker lyfta perspektivet till en mer generell diskussion om reformer.

## Enkätstudien

Syftet med enkätstudien är att få en bild över vad arbetsgivare i Sverige år 2006 gjorde för att få sjukskriven personal åter i arbete (rehabilitering m.m.), hur de arbetade långsiktigt för att undvika hög sjukfrånvaro ("förebyggande insatser") och hur de såg på medfinansieringsreformen. Med utgångspunkt i enkätstudiens syfte återfinns följande avsnitt i enkäten<sup>1</sup>:

- *Bakgrundsfrågor* som ställs för att kategorisera organisationerna.
- *Sjukfrånvarostatistik* för att kartlägga förändringar i sjukfrånvaro före och efter medfinansieringsreformens införande.
- *Frågor om medfinansiering* för att kunna studera samband mellan organisationers arbetsätt och attityder i relation till medfinansieringsreformen.
- *Frågor avseende förändringsarbete* före och efter medfinansieringsreformens införande, vad gäller att förebygga respektive främja återgång.
- *Frågor avseende ekonomiska effekter* för att kunna göra uttalanden om hur medfinansieringen inverkar på verksamheten och sättet på vilket organisationen arbetar för att informera sig om dessa effekter.

Utgångspunkten för frågorna i enkäten är vår ansökan om att utföra uppdragsforskningen. Formuleringarna i ansökan har lett fram till enkätdesign och frågeformuleringar. Enkäten har utvecklats genom att frågorna fått besvaras och kommenteras utav personalansvariga i organisationer med olika storlekar och organisationsformer. Dessa test genomfördes vid sex tillfällen med fem olika företag/förvaltningar. Som ett led i arbetet med att kvalitetssäkra undersökningen har även synpunkter från SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) och NNR (Näringslivets Nämnd för Regelgranskning) inhämtats.

Efter avslutat arbete med frågegenerering och följebrev<sup>2</sup> skickades enkäten till SCB för grafisk enkätdesign. SCB har även ansvarat för att utifrån Sveriges totala population av företag och förvaltningar med fler än tio anställda<sup>3</sup> dra studiens urval baserat på organisationsnummer. Organisationer består av ett stratifierat urval, baserat på storlek. Vi har, tillsammans med SCB, valt de olika indelningarna och storlekarna på respektive strata<sup>4</sup>. Det främsta motivet för ett stratifierat urval är att ingen storleksgrupp skall erhålla en sådan låg svarsfrekvens att den generella analysen hindras.

---

<sup>1</sup> Se bilaga 1.

<sup>2</sup> Se bilaga 2.

<sup>3</sup> Att skicka ut till organisationer med tio anställda eller färre var irrelevant eftersom dessa på grund av begränsningsregler inte berörts av reformen.

<sup>4</sup> Se bilaga 4.



Följande åtgärder har vidtagits av SCB för att få enkäten besvarad:

- Enkäten skickades ut till respondenterna den 18 april. Detta första utskick resulterade i en svarsfrekvens på knappt 20 procent.
- Den 3 maj skickades ett tack till de respondenter som svarat och en påminnelse till övriga.
- Den 16 maj skickades ny påminnelse och denna gång inkluderades en ny enkät. Svarsfrekvensen efter detta andra enkätutskick uppgick till 46,3 procent. Efter en kompletterande telefonpåminnelse blev svarsfrekvensen slutligen 53,1 procent (se vidare tabell 2.1 nedan under Enkätstudien, resultat).

## Fallstudierna

Syftet med serien av fallstudier är att tränga bakom de mer generella bilder man får av en enkätstudie. Frågor, som handlar om hur arbetsgivare ser på och hanterar personalens frånvaro, är komplexa och går knappast att förstå enbart med enkät som instrument. Vår studie berör tämligen svårobserverade processer som dessutom i många fall anses känsliga att få access till, till exempel rehabiliteringsutredningsmöten. Fallstudien grundas därför i första hand på dokument, statistik över frånvaro m.m. samt intervjuer med nyckelpersoner. Trots denna begränsning ger fallstudien intressanta inblickar i de organisatoriska sammanhang som reformen implementerades i.

Även om fallstudien inte har som ambition att ge underlag för generella slutsatser, utan snarare att ge exempel på vad som faktiskt görs i organisationer, så styrs valet av fall av en önskan att säga något mer än bara det som gäller de valda organisationerna. Två principer har varit vägledande. Den ena är att exemplen skall ha något intressant att berätta. Det kan vara en organisation som har mycket hög sjukfrånvaro och som visar tecken på att situationen permanentats, en organisation som sägs bedriva aktivt frånvarobekämpande arbete eller en organisation som kan tänkas vara någorlunda typisk för en viss kategori organisationer. Den andra principen har varit att någorlunda väl täcka de stora kategorierna av organisationer som vi vanligtvis rör oss med – privat och offentligt, stora och små. Även om syftet inte är att generalisera från dessa fall, så används den potential som finns i att forskargruppen studerar ett brett spektrum av organisationer som kan detaljgranskas. Följande organisationer har utgjort studiens fall:

- ”Processindustri AB”, ett medelstort, utlandsägt industriföretag dominerat av manliga anställda med stor frånvaro bland produktionspersonalen.
- IT-företaget, ett litet men snabbväxande privatägt företag.
- Livsmedelsföretaget, ett litet privatägt men snabbväxande företag.
- Hemtjänsten i Göteborg, särskilt i en stadsdel – en stor decentraliserad offentlig verksamhet helt dominerad av kvinnliga, ofta lågutbildade anställda med mycket hög sjukfrånvaro.
- Västra Götalandsregionen där tre verksamheter specialstuderats a) Tvätteriet Alingsås, ett kvinnodominerat serviceföretag i offentlig regi, med förslitningsskador hos personalen och tämligen stor frånvaro, b) Kungälvssjukhus, en professionsdominerad landstingsorganisation samt c) Tandvården i Göteborg, en kvinnodominerad landstingsverksamhet.
- Det statliga verket, en statlig myndighet dominerad av män.
- Göteborgs universitet, en statlig verksamhet dominerad av högutbildade akademiker med låg korttidsfrånvaro och viss långtidsfrånvaro och starkt decentraliserat personalansvar.

Några av de deltagande organisationerna har föredragit att inte skylta med namn.

## Några metodologiska överväganden

Att utvärdera effekterna av en reform på grundval av enkäter och fallstudier har sina svårigheter. En svårighet är att veta vilken effekt reformen, i förhållande till annat, hade på eventuella förändringar av exempelvis sjukfrånvaron. En annan svårighet är att nå rätt instanser med en enkät så att resultaten blir reliabla och valida, men också att få en bra svarsfrekvens då företag och förvaltningar översköls av enkäter. En tredje svårighet är att få tillstånd att göra fallstudier i ett arbetsliv där arbetstempot är högt för både personal och ledning, och att observera handlingar i en komplex och känslig fråga. Ett fjärde problem har varit att avrapportera en studie som fick avbrytas i förtid då reformen avskaffades efter regeringsskiftet hösten 2006. Dessa svårigheter behandlas kort nedan, men först något om den förstudie som gjordes och som också bör ses som ett sätt att förebygga delar av de beskrivna problemen.

### Förstudie som metod att utveckla insamlingsinstrument

För att få goda förutsättningar gjordes en förstudie i en miljö som är välkänd för forskargruppen, en fakultet vid Göteborgs universitet. Fyra befattningshavare intervjuades först i de frågor som studien syftar till att besvara och därefter testades enkäten på desamma. De fyra befattningshavarna befann sig på olika nivåer i organisationen och hade därmed olika roller och kunskaper – en personalintendent och en avdelningsdirektör på en institution, en personalhandläggare på fakultetskansliet och personalchefen på universitetet. Intervjuerna syftade till att få vetskap om vad man på olika nivåer i organisationen arbetade med i de frågor som studien vill besvara, vilka kunskaper om sjukfrånvaro och åtgärder mot frånvaro som finns, och vad som vidtas, samt vad man vet om reformen och dess konsekvenser. Efter att intervjuerna genomförts utvecklades en första version av enkäten som testades på befattningshavarna. Tidsåtgång för att fylla i enkäten samt frågor och osäkerheter som de gav uttryck för noterades som underlag för ytterligare bearbetning. I ett antal möten i forskargruppen diskuterades omfattning, och design av enkäten. Målet var att få en acceptabel svarsfrekvens, vilket gör att frågorna inte fick vara för svåra att besvara, samtidigt som vi ville ha innehållsrik och relevant information. Efter kompletterande intervjuer skrevs även en fallbeskrivning som ingår i serien av fallstudier nedan.

### Reformeffekter och andra effekter

En klassisk fråga vid utvärderingar är hur man skall kunna isolera de effekter som en viss insats, exempelvis en reform, har på en annan företeelse, exempelvis mängden frånvaro, särskilt när studien görs ex-post-facto (se exempelvis Vedung, 1998). När det gäller medfinansieringsreformen startade den 1 januari 2005, men reformen var känd av många redan under 2004. De flesta siffror talar för att sjukfrånvaron började minska redan 2003. Att mängden sjukfrånvaro varierar kan självklart ha många orsaker, varav en reform kan vara en. En del sådana orsaker har diskuterats, exempelvis att långtidssjuka överförs till sjuk- och aktivitetsersättning eller till arbete på deltid – det senare var för övrigt ett av reformens uttalade syften. Andra orsaker till en minskad sjukfrånvaro kan vara mer svårfångade och indirekta, exempelvis att sjukfrånvaro uppmärksammas stort i massmedia vilket kan ge effekter hos både sjukskrivna, potentiellt sjuka och arbetsgivare både när det gäller förhållningssätt till frånvaro och hur man hanterar frågan. Vår studie avser inte att göra en heltäckande analys av tänkbara orsaker till förändringar av sjukfrånvaron. Istället fokuserar studien på att förklara arbetsgivarnas syn på reformen utifrån deras inställning till sjukfrånvaroproblematiken och ekonomiska incitament att ta ansvar för att minska densamma. Det innebär att vi betraktar reformen i sin kontext och drar slutsatser om dess effekt utifrån en sådan helhetsförståelse i ett arbetsgivarperspektiv.

## Enkätens tillförlitlighet

När det gäller enkäten har vi brottats med flera problem, men här skall två saker beröras – att rikta enkäten till rätt instans och att få upp en acceptabel svarsfrekvens. Den första frågan har att göra med vem som bör svara på frågor om medfinansieringsreformen och sjukfrånvaroproblematiken. För det första ville vi ha svar från privat- och offentligägda organisationer i olika storlekar och typer av verksamheter. I samarbete med SCB enades vi om att rikta enkäterna till personalchefer och använda organisationsnummer som indelningsgrund, vilket framgår av de missiv som medföljde enkäten. Att döma av de samtal som riktades till kontaktpersonen (projektledaren) har det uppstått en del förvirring särskilt i stora organisationer i både privat och offentlig sektor. Vem bör fylla i enkäten? Vilken del av organisationen avser enkäten att täcka? I ett inte negligerbart antal fall har enkäten tyckts vandra runt bland olika befattningshavare – någon har erhållit den men av olika anledningar ansett att frågan ägs av någon annan och sänt den vidare utan närmare förklaring eller instruktion, vilket skapat en del förvirring. Många stora organisationer har också en mycket diversifierad verksamhet och varierande förhållanden både vad avser frånvaro och sätt att tackla frånvaroproblematik, vilket gjort enkätfyllare osäkra vad gäller vilken verksamhet som enkäten skall belysa – och om verksamheten är starkt diversifierad – hur enkäten skall besvaras.

Vi återkommer till bortfallsanalys under resultatredovisning av enkäten.

## Fallstudieaccess och observationsproblem

Valet av fall utgick från att beskriva ett antal intressanta företag och förvaltningar i olika sektorer och storlekar. Den intentionen höll i stort sett, men vi mötte vissa bakslag. Ett stort svenskt privatföretag tackade oväntat nej till medverkan då man ansåg sig behöva prioritera andra projekt. Vissa verksamheter i den offentliga sektorn avböjde också medverkan efter att vi först fått positiva besked, då nyckelpersoner inte ansåg sig ha tid att medverka. Att planer inte går helt i lås är något man får räkna med och vi ser inte avhoppet som avgörande för fallstudiens värde. Ett problem av större dignitet är svårigheten att triangulera studien, alltså att samla in data från olika källor. Vår ambition var att kombinera dokumentstudier, intervjuer och observationer, men främst det senare var problematiskt då hantering av frånvaro i många fall är kringgärdat av viss sekretess som gör åtgärder som exempelvis rehabilitering svåra att direkt observera.

## Plan och anpassning till förändrade förutsättningar

Studien startade med ingången av 2006 och avsåg från början att bedrivas till den 30 juni 2007. Med regeringsskiftet hösten 2006 ändrades dock denna plan då den nya regeringen beslöt att avskaffa reformen som en av sina första åtgärder. Därmed upphörde den ovan angivna Arbetsgruppen också att gälla och de tre forskningsprojekten fick avslutas i förtid då finansieringen endast täckte kalenderåret 2006. Konsekvensen av att projektet avbröts i förtid är förstas att slutsatserna inte grundar sig på lika tungt material som om planen kunnat fullföljas. Större delen av våren 2006 gick åt till att designa och processa enkäten samt att få access och upprätta kontaktytor för att genomföra fallstudien. Materialet i enkäten har inte kunnat analyseras lika djupt som vi önskat och vi hade dessutom tänkt upprepa enkäten våren 2007 och jämföra resultaten. Fallstudierna grundas på färre antal observationer och intervjuer än vi tänkt från början. Det är meningslöst att spekulera i om vi kommit fram till andra slutsatser om vi fått fullfölja den ursprungliga planen.

## ENKÄTSTUDIEN – RESULTAT

Inledningsvis redogörs i tabellform för vissa karaktäristika i undersökningen. Poängteras bör att urvalet är stratifierat utifrån organisationsstorlek<sup>5</sup>. Vi har valt att inte räkna fram estimat för totalpopulationen svenska organisationer utan redovisar svaren för de olika delgrupperna, det vill säga de olika strata, med motiveringen att storlek är en viktig förklaringsvariabel. Populationen, urvals-fördelningen (stratifierad) och svarsfördelningen framgår av de tre första raderna i tabell 2.1.

**Tabell 2.1** Undersökningskaraktäristika

Antal anställda Storleksklass	10-49 1	50-199 2	200-999 3	1000-1999 4	2000-3999 5	>3999 6	Totalt
Population	28879	4676	1228	219	135	114	85251
Urval	138	138	138	137	135	114	800
Antal svar	53	56	57	89	86	84	425
Andel svar (%)	38	41	41	65	64	65	53
F1. Antal tsv. – anställda, medelv.	21	154	409	1290	2402	8575	-
F2. Antal tidsbeg - anställda medelv.	5	14	96	289	610	1296	-
F4. Könstillfördelning (%)*	26	36	36	68	74	78	-

\* Andel organisationer i svarspopulationen där kvinnor utgör 50 procent eller mer av antalet anställda.

I tabell 2.1 framgår att både urvalsandel och svarsfrekvens är större för de större organisationerna än för de mindre. Den totala svarsfrekvensen är drygt 53 procent men fördelningen är alltså skev över storleksklasserna. Dessutom kan nämnas att de tre minsta organisationsstrata (storleksklasserna) domineras av manlig arbetskraft och de tre största av kvinnlig arbetskraft (F4). Frågorna 1 och 2 (F1 & F2) är variabler för att kontrollera om respondenterna svarat för en organisation som matchar den storleksklass de tillhör enligt SCB:s register.

Innan vi fördjupar oss i övriga frågor i enkäten presenteras en bortfallsanalys för att identifiera eventuella skillnader mellan svarspopulationen och urvalspopulationen. Sådana eventuella skillnader har betydelse för möjligheterna att göra generella uttalande utifrån denna studie.

### Bortfallsanalys och svarstillförlitlighet

För frågor kring trovärdigheten avseende enkätmetodiken hänvisas till den bifogade tekniska rapporten författad av SCB (bilaga 4). Här är det på sin plats med några förtydliganden till SCB partiella bortfallsanalys. För fråga 6b är det korrekta partiella bortfallet endast 4,2 procent och resterande respondenter har antingen angivit andelen sjukfrånvaron 0–14 dagar eller att de inte vet detta. För fråga 9a är det korrekta partiella bortfallet endast 6,8 procent och resterande respondenter har antingen angivit andelen deltidssjukskrivning eller att de inte vet detta. För fråga 16 är det korrekta partiella bortfallet endast 4,5 procent och resterande respondenter har antingen

<sup>5</sup> Orsaken till att storleksklass 1–9 anställda inte finns representerad i denna studie är att så små organisationer i ringa omfattning påverkas av medfinansieringsreformen, det vill säga att den särskilda sjukförsäkringsavgiften i dessa avseenden utgör ett marginellt belopp på årsbasis.

angivit inbetald särskild sjukförsäkringsavgift eller att de inte vet detta. Detta betyder att det inte finns några frågor (med undantag av fråga 9b) som har ett nämnvärt stort bortfall.

I tillägg till de korrigeringar som gjorts ovan följer här en diskussion avseende svarspopulationens karaktäristika i relation till urvalspopulationen. Denna diskussion baseras på skillnader i populationerna baserade på variablerna geografisk placering (kommuntillhörighet), antal arbetsställen per organisation, och ägarkategori<sup>6</sup>.

*Geografisk placering:* urvalspopulationen omfattar 207 kommuner och svarspopulationen täcker in 180 av dessa. De procentuella svarsandelarna för respektive kommun skiljer sig inte nämnvärt från de procentuella andelarna i urvalspopulationen.

*Antal arbetsställen per organisation:* kan bäst åskådliggöras via nedanstående tabell.

**Tabell 2.2** Antal arbetsställen per organisation

Antal arbetsställen	Antal svar	Andel svar %	Urvalsantal	Urvalsandel %
1 - 10	175	41,2	426	53,3
11 - 49	61	14,4	122	15,3
50 - 99	101	23,8	132	16,5
100 -	88	20,7	120	15,0
<b>Samtliga</b>	425	100	800	100

Av tabellen framgår att svarspopulationen är underrepresenterad för organisationer med 1–49 arbetsställen. Analogt är svarspopulationen därmed överrepresenterad för organisationer med fler än 49 arbetsställen. Denna fördelning är förväntad med tanke på skevheten i svarsfrekvensen avseende organisationsstorlek.

*Ägarkategori:* visar vem som är huvudman för en organisation. I tabell 2.3 nedan framgår hur svarspopulationen skiljer sig från urvalet på denna punkt.

**Tabell 2.3** Ägarkategori

Ägarkategori	Antal svar	Andel svar %	Urvalsantal	Urvalsandel %
Statligt	52	12,2	65	8,1
Kommunalt	161	37,9	195	24,4
Landsting	19	4,5	26	3,3
Privat svenskt utan koncern	39	9,2	118	14,8
Privat svenskt med koncern	96	22,6	233	29,1
Utländskt	58	13,6	163	20,4
<b>Samtliga</b>	425	100	800	100

Utifrån denna indelning av svarspopulationen i relation till urvalet finner vi att de offentliga organisationerna är något överrepresenterade och att det omvända gäller för privata och utländska organisationer.

På det hela taget framgår inga särskilt anmärkningsvärda avvikelser som föranleder en fördjupad analys och därmed heller inget som bör visas särskild hänsyn vid analysen av det insamlade mate-

<sup>6</sup> Orsaken till att det är dessa faktorer som ligger till grund för bortfallsanalysen är att det är dessa som har kunnat erhållas från SCB:s register för urvalspopulationen

rialet. De avvikelser som ändå har observerats bör föranleda viss försiktighet då generella slutsatser skall dras, speciellt om dessa avser slutsatser som inte baseras på storleksklassindelningen.

## Sjukfrånvarostatistik

### Sjukfrånvaro i relation till storlek, kön och förändring över tid

**Tabell 2.4** ”Hur stor var den totala sjukfrånvaron i procent år 2005 av de anställdas sammanlagda ordinarie arbetstid?” (fråga 5a) resp. ”Bedöm om den totala sjukfrånvaron ökat, minskat, eller varit förändrad jämfört med 2004?” (fråga 5b)

Antal anställda Storleksklass		10-49 1	50-199 2	200-999 3	1000-1999 4	2000-3999 5	>3999 6
F5a. i % och medelvärde	Totalt	3,9	4,5	5,5	7	7,2	7,1
	Kvinnodominerade arb.pl.	4,4	5,1	5,7	7,8	7,8	7,3
	Mansdominerade arb.pl.	3,7	4,2	5,2	5,4	5,5	6,5
F5b. i %	ökat	25	38	15	14	13	8
	minskat	35	39	67	75	71	82
	oförändrad	40	23	18	11	16	10

Av enkätsvaren (F5a) framgår att medelvärdet för den totala sjukfrånvaron ökar med ökad storlek på organisationen. För att utesluta att denna skillnad endast beror på könsskillnader bland personalen i de olika organisationsstorlekarna presenteras även medelvärdet för den totala sjukfrånvaron bland organisationer där kvinnor utgör 50 procent eller mer av antalet anställda (även andelarna för manligt dominerade organisationer presenteras). Av dessa siffror framgår att det föreligger skillnader i sjukfrånvaro mellan de olika storleksklasserna och att dessa skillnader endast delvis kan förklaras utifrån manlig eller kvinnlig dominans i respektive storleksklass. Medelvärdet för den totala sjukfrånvaron ökar med ökad storlek på organisationen både för manligt och kvinnligt dominerade organisationer. Vi har anledning att återkomma till frågan om manligt och kvinnligt i anslutning till genomgången av fråga 7.

Även för fråga (5b), där vi bett om en bedömning av hur sjukfrånvaron förändrats under 2005 i relation till 2004, skiljer sig organisationerna åt med avseende på storlek. Bland de minsta organisationerna anger hela 40 procent att den inte förändrats mellan åren. I storleksklass 2 är det ca 39 procent som anger att den minskat och en lika stor andel som anger att den ökat. Bland de fyra största storleksklasserna varierar andelarna från knappt 70 procent till över 80 procent som anger att sjukfrånvaron minskat. Dessa skillnader är inte direkt oväntade med tanke på att det är de större organisationerna som har störst problem med hög sjukfrånvaro.

**Tabell 2.5** ”Hur stor var den totala sjukfrånvaron i procent 2005 av de anställdas sammanlagda ordinarie arbetstid?” (fråga 5a, uppdelad efter ägarkategori)

Ägarkategori	Stat	Kom	Landst	Sv. Priv u koncernf.	Sv. Priv m koncernf.	Utlän
F5a. i % och medelvärde	4,6	8,1	7,0	4,5	4,7	5,4

\* Här anges oviktade medelvärden eftersom urvalet är stratifierat utifrån storlek.

När frågan (5a) analyseras i relation till ägarkategori, så görs ingen indelning i storlek. Orsaken är att vissa grupper då skulle utgöras av endast ett fåtal observationer. Svenska privata organisationer med och utan koncernförhållande tillsammans med statliga organisationer har lägst sjukfrånvaro, därefter följer de utländska. Högst sjukfrånvaro återfinns i de kommunala organisationerna följt av landstingens organisationer. Notera dock att det finns en samvariation mellan ägarkategori och storlek, där vi främst finner kommunala organisationer och landstingsorganisationer i de högre storleksklasserna.

## Den totala sjukfrånvarons fördelning och utveckling över tid

**Tabell 2.6** ”Hur fördelar sig den totala sjukfrånvaron 2005 i respektive tidsperioder?” (fråga 6a) resp. ”Hur stor andel av den totala sjukfrånvaron är frånvaro 0-14 dagar?” (fråga 6b), resp. ”Bedöm om den totala sjukfrånvaron uppdelat på nedanstående tidsperioder ökat, minskat eller varit oförändrad jämfört med 2004?” (fråga 6c)

Antal anställda		10-49	50-199	200-999	1000-1999	2000-3999	>3999
Storleksklass		1	2	3	4	5	6
F6a. i %	0-60 dagar.	81	62	48	39	36	36
	> 60 dagar.	19	38	52	61	64	64
F6b. i %	0-14 dagar	78	44	28	19	19	16
	Vet ej	17	23	44	42	43	36
F6c. i %	0-14 dgr: ökat	22	24	28	33	29	38
	minskat	29	29	46	44	30	35
	oförändrad	49	47	26	23	41	27
	15-60 dgr: ökat	14	26	14	25	16	16
	minskat	31	28	59	56	47	60
	oförändrad	55	46	27	19	37	24
	> 60 dgr: ökat	18	32	21	17	18	9
	minskat	31	44	64	72	66	81
	oförändrad	51	24	15	11	16	10

Av fråga 6a framgår att för de två minsta organisationsstorlekarna anges att korttidsfrånvaro (0-60 dagar) utgör den klart dominerande andelen av total sjukfrånvaro. Organisationerna i storleksklass 3 har en jämn fördelning mellan kort- och långtidssjukfrånvaro. Bland det 3 största storlekarna är det istället långtidssjukfrånvaro som dominerar den totala sjukfrånvaron. Vi ser här alltså tydliga skillnader mellan små och stora organisationer med avseende på vad som ligger bakom den totala sjukfrånvaron.

Mönstren från ovan förstärks ytterligare om vi tittar på perioden 0-14 dagar och dess andel av total sjukfrånvaro (F6b). Här ser vi en övervikt av korttidssjukfrånvaro i den minsta organisationsstorleken och att denna andel minskar i takt med ökad organisationsstorlek. Anmärkningsvärt är dessutom att det är de större organisationerna som i större utsträckning anger sig vara ovetande om hur stor andel sjukfrånvaron för perioden 0-14 dagar är av den totala sjukfrånvaron. Andelen ovetande är mer än dubbelt så stor bland de fyra största organisationsklasserna som i den minsta klassen. Här kan konstateras att trots att större organisationer har större problem med sjukfrånvaro så undersöker de orsakerna därtill i mindre grad än vad som är fallet i mindre organisationer.

När det gäller förändringen av sjukfrånvaro från 2004 till 2005 (F6c) framgår att för sjukfrånvaroperioden 0–14 dagar, är det endast i organisationsstorlek 3 och 4 där de svarande bedömt att sjukfrånvaron minskat. I organisationsstorlek 6 är bedömningen att korttidssjukfrånvaron ökat. För övriga bedöms den ha varit oförändrad mellan åren. När det gäller perioden 15–60 dagar har bedömningen gjorts i alla organisationsstorlekar, förutom de minsta två, att sjukfrånvaron minskat. För dessa båda bedöms den vara oförändrad. När det gäller perioden över 60 dagar har alla organisationsstorlekar förutom den minsta bedömts ha minskat sin sjukfrånvaro mellan åren. Den minsta klassen har angivit oförändrad sjukfrånvaro.

### Sjukfrånvaron uppdelat på könstillhörighet och förändring över tiden

För den minsta storleksklassen är kvinnors andel av den totala sjukfrånvaron i paritet med männens, men för alla övriga storleksklasser är den betydligt högre. Den största skillnaden finns i storleksgrupp 5 där kvinnorna har en nära nog dubbelt så hög sjukfrånvaro som männen. För männen ökar sjukfrånvaron endast i mindre omfattning i takt med att verksamheten ökar i storlek (från 3,4–4,7 procent). För kvinnorna är ökningen i sjukfrånvaro kopplat till ökad storlek på verksamheten betydligt större (från 3,6–8,3 procent). Återigen vill vi peka på att verksamhetens art, inte bara verksamhetens storlek, har del i förklaringen.

**Tabell 2.7** ”Hur stor var sjukfrånvaron för år 2005 uppdelat på kvinnor respektive män av den sammanlagda ordinarie arbetstiden för respektive kategori?” (fråga 7a) resp. ”Bedöm om sjukfrånvaron för kvinnor respektive män ökat, minskat eller varit oförändrad jämfört med 2004?” (fråga 7b)

Antal anställda		10-49	50-199	200-999	1000-1999	2000-3999	>3999
Storleksklass		1	2	3	4	5	6
F7a. i % och medelvärde	Män	3,4	4,4	4,5	4,5	4,5	4,7
	Kvinnor	3,6	7,9	6,4	8	8,4	8,3
F7b. i %	<u>Män:</u> ökad	28	36	23	36	22	22
	minskad	29	33	49	53	56	67
	oförändrad	43	31	28	11	22	11
	<u>Kvinnor:</u> ökad	14	36	23	14	18	10
	minskad	34	43	62	75	72	84
	oförändrad	52	21	15	11	10	6

I anslutning till fråga 7b, där det framgår hur sjukfrånvaron bedömts ha förändrats mellan åren 2004 och 2005, ser vi att männens sjukfrånvaro bedöms ha minskat bland en större andel av organisationerna ju större verksamhet som svaren avser. Samma trend återfinns bland kvinnorna men där är tendensen ännu starkare. Så även om sjukfrånvaron bedöms ha minskat i större omfattning bland kvinnorna är, som vi såg i fråga 7a, problemen fortfarande större där. Om denna tendens håller i sig bör alltså de fortfarande stora skillnaderna mellan män och kvinnors sjukfrånvaro ytterligare minska i framtiden.

### Sjukfrånvaron uppdelat på ålder och förändring över tiden

Av svaren på fråga 8a framgår att sjukfrånvaron ökar i takt med ökad ålder i alla storleksklasser utom i de allra minsta organisationerna. För denna storlek på organisationen har ålderskategorin ”30–49 år” en något högre frånvaro än kategorin ”äldre än 49 år”. Den riktigt höga sjukfrånvaron finner vi i de tre största storleksklasserna och då för kategorin ”äldre än 49 år”. Tilläggas kan, att i den yngsta ålderskategorin är sjukfrånvaron runt hälften så stor som i den äldsta för respektive storleksklass.



**Tabell 2.8** ”Hur stor var sjukfrånvaron för år 2005 i respektive ålderskategori av den sammanlagda ordinarie arbetstiden för respektive kategori?” (fråga 8a) resp. ”Bedöm om sjukfrånvaron i viss ålder ökat, minskat, eller varit oförändrad jämfört med 2004?” (fråga 8b)

Antal anställda Storleksklass		10-49 1	50-199 2	200-999 3	1000-1999 4	2000-3999 5	>3999 6
F8a. i % och medelvärde	<30 år	2,1	2,5	4	3,7	3,9	4,3
	30-49 år	4	3,9	5,1	6,5	6,9	6,7
	>49 år	3,8	4,8	7,6	8,7	8,7	8,5
F8b. i %	<30 år: ökad	24	33	37	27	38	26
	minskad	17	30	47	58	47	61
	oförändrad	59	37	16	15	15	13
	30-49 år: ökad	26	49	14	32	16	17
	minskad	22	19	68	58	69	71
	oförändrad	52	32	18	10	15	12
	>49 år: ökad	24	26	25	19	20	14
	minskad	26	42	63	67	68	74
	oförändrad	50	32	12	14	12	12

Studerar de bedömningar som gjorts av förändringar, vad gäller sjukfrånvaron i respektive åldersklass och storleksklass (F8b), syns till att börja med att det är en majoritet av organisationerna i storleksklass 1 som anger att sjukfrånvaron är oförändrad och detta gäller oavsett ålder.

I storleksklass 2 finns inget enhetligt mönster; 1) utvecklingen för personal under 29 år fördelar sig relativt lika mellan alternativen ökad, minskad eller oförändrad sjukfrånvaro, 2) utvecklingen för personal mellan 30-49 år domineras av ökad sjukfrånvaro och 3) utvecklingen för personal över 49 år har i flest fall minskat.

För resterande storleksklasser är det en majoritet av organisationerna som anger att sjukfrånvaron har minskat och detta gäller oavsett ålder.

### Deltidssjukskrivningens andel av sjukfrånvaron och förändring över tid

Anmärkningsvärt för fråga 9a är de stora andelar som inte vet hur stor deltidssjukskrivningarna är i relation till den totala sjukskrivningen. Det är i de största storleksklasserna som denna okunskap är som störst. Samtidigt som denna okunskap är talande betyder det att osäkerheten i analysen ökar. Tendensen är dock tydlig och den pekar återigen på att det är de stora organisationerna som särskiljer sig, denna gång genom att andelen deltidssjukfrånvaro utgör en relativt stor andel av total sjukfrånvaro i jämförelse med andelen i de mindre organisationerna.

**Tabell 2.9** ”Hur stor andel av sjukfrånvaron för år 2005 var deltidssjukskrivning?” (fråga 9a), resp. ”Bedöm om andelen sjukskrivna på deltid ökat, minskat eller varit oförändrad?” (fråga 9b)

Antal anställda Storleksklass		10-49 1	50-199 2	200-999 3	1000-1999 4	2000-3999 5	>3999 6
9a. i % och medelvärde	Andel deltid	9	18	25	40	31	44
	Vet ej **	37	54	75	82	74	66
9b. i %	ökat	11	33	43	58	69	66
	minskat	17	18	22	19	7	15
	oförändrad	72	49	35	23	24	19

\*\* Observera att här anges den procentuella andelen organisationer inom respektive storleksklass som uppger att de inte vet detta.

En förklaring till skillnaderna avseende andelarna deltidssjukfrånvaro mellan olika storleksklasser ser vi genom att studera bedömningarna av förändringen över tid för denna typ av sjukfrånvaro (F9b). Här visar det sig att bland de två minsta storleksklasserna är denna andel oförändrad för en majoritet av organisationerna men för de fyra största klasserna har deltidssjukfrånvaron istället bedömts öka för en majoritet av organisationerna.

Härmed är vi klara med beskrivningen av hur sjukfrånvaron ser ut i svenska organisationer av olika storlekar och hur den har förändrats över tid. I nästa avsnitt analyseras medfinansieringens betydelse i relation till de tendenser avseende sjukfrånvarons utveckling som framkommit så här långt.

### **Medfinansieringsreformens betydelse för sjukfrånvarons utveckling**

Data i tabell 2.10a nedan bygger på respondenternas svar avseende medfinansieringsreformens betydelse för att förebygga sjukfrånvaro och ohälsa utifrån en sjugradig skala. Skalan går från ingen betydelse till mycket stor betydelse. Av sammanställningen nedan framgår att medianvärdet i någon mån ökar med ökad storleksklass. Notera även att i storleksklass 1 är det så många som 23 procent (12 av 52) som inte vet vilken betydelse medfinansieringen spelat för arbetet med att förebygga sjukfrånvaro och ohälsa i organisationen.

**Tabell 2.10a** ”I vilken utsträckning bedömer du att medfinansiering haft betydelse för det sätt ni arbetar med att förebygga sjukfrånvaro och ohälsa?” (fråga 10a)

Antal anställda Storleksklass		10-49 1	50-199 2	200-999 3	1000-1999 4	2000-3999 5	>3999 6
F10a. i antal	Ingen 1	22	16	14	15	15	8
	2	2	12	11	21	21	22
	3	5	4	8	15	18	14
	4	6	12	11	16	11	16
	5	2	4	9	15	8	15
	6	2	4	3	4	6	3
	Mycket stor 7	1	0	0	1	2	2
	Vet ej**	12	3	0	1	3	1
	Totalt	52	55	56	88	84	81
	Medianvärde	1	2	3	3	3	3
	Medelvärde*	2,4	2,8	3,0	3,1	3,0	3,3

\* I strikt mening är svarkategorierna att betrakta som ordinaldata, men, som brukligt är, antar vi här att data kan betraktas som intervalldata, och att därför medelvärden är meningsfulla att redovisa.

\*\* Observera att här anges det antal organisationer inom respektive storleksklass som uppger att de inte vet detta.

Inte i någon storleksklass bedöms medfinansieringsreformen ha haft en särskilt stor betydelse för det sätt på vilket man arbetat med att förebygga sjukfrånvaro och ohälsa. I någon mån lägger man dock, i de större storleksklasserna, större vikt vid reformens betydelse och som vi visat tidigare under avsnittet om sjukfrånvarostatistiken är det i just dessa organisationer som de största problemen återfinns. Av detta bör man kunna dra slutsatsen att medfinansieringsreformen haft störst effekt bland dem som haft störst problem men att denna effekt inte har varit särskilt stor.

**Tabell 2.10b** ”I vilken utsträckning bedömer du att medfinansiering haft betydelse för det sätt ni arbetar med att främja återgång i arbete (inklusive rehabilitering)?” (fråga 10b)

Antal anställda Storleksklass		10-49 1	50-199 2	200-999 3	1000-1999 4	2000-3999 5	>3999 6
F10b. i antal	Ingen 1	21	16	11	6	9	6
	2	1	5	11	16	20	11
	3	4	5	5	18	10	17
	4	5	10	7	18	13	15
	5	4	6	15	15	21	19
	6	2	8	6	12	7	9
	Mycket stor 7	1	0	1	3	1	3
	Vet ej	14	5	0	0	2	1
	Totalt	52	55	56	88	83	81
	Medianvärde	1	3	4	4	4	4
	Medelvärde	2,5	3,2	3,5	3,8	3,5	3,9

Tabell 2.10b avser medfinansieringsreformens betydelse för att främja återgång i arbete (inklusive rehabilitering). I tabellen framgår att även på detta område är en stor andel (27 procent) av respondenterna i storleksklass 1 ovetandes om betydelsen av medfinansieringsreformen för att främja återgång i arbetet i sina respektive organisationer.

Överlag, och speciellt i de större storleksklasserna, ges medfinansieringsreformens betydelse ett högre ”betyg” när det gäller arbetet med att främja återgång än det ”betyg” som gavs för det förebyggande arbetet. Återigen är det de större aktörerna som bedömer att reformen haft inverkan av viss betydelse. Analogt med resonemanget under tabell 2.10a är det ju även på denna punkt de större organisationerna som haft de största problemen. Dessutom, med tanke på medfinansieringsreformens utformning, är det ett inte oväntat resultat att betydelsen ökar på denna punkt.

Eftersom materialet uppvisar tämligen små skillnader när analysen görs utifrån storleksklassindelning undersöker vi om variabeln ägarkategori kan visa på större skillnader mellan olika respondenter.

**Tabell 2.10c** ”I vilken utsträckning bedömer du att medfinansiering haft betydelse för det sätt ni arbetar med att förebygga sjukfrånvaro och ohälsa?” (fråga 10a)

Ägarkategori		Stat.	Kom.	Landst.	Sv. Priv u koncernf.	Sv. Priv m koncf.	Utlän
F10a. i antal	Ingen1	12	20	2	15	25	16
	2	16	35	6	2	16	14
	3	12	33	4	2	10	8
	4	4	28	4	6	22	8
	5	5	28	1	2	11	6
	6	2	9	1	2	3	5
	Mycket stor 7	1	3	0	0	2	0
	Vet ej	2	3	0	8	6	1
	Totalt	49	159	18	37	95	58
	Medianvärde	2	3	3	1	3	2
	Medelvärde	2,7	3,3	2,9	2,5	2,9	2,8

I tabellen ovan presenteras reformens betydelse för arbetet med att förebygga sjukfrånvaro och ohälsa uppdelat på sex ägarkategorier. Inte heller med denna uppdelning av materialet återfinns några större skillnader för hur medfinansieringsreformens betydelse bedöms. Kanske snarare ännu större överensstämmelse än när storleksklasserna var indelningsgrund. Den typ av organisation som ändå avviker något från övriga är svenska privata bolag utan koncernförhållanden. I denna grupp är medianvärdet för reformens betydelse 1, det vill säga ingen betydelse tillskrivs reformen i det arbete som görs för att förebygga sjukfrånvaro och ohälsa.

Återstår så att undersöka om materialet uppvisar några intressanta drag utifrån ägarkategori och när det gäller frågan om reformens betydelse för arbetet med att främja återgång.

**Tabell 2.10d** ”I vilken utsträckning bedömer du att medfinansiering haft betydelse för det sätt ni arbetar med att främja återgång i arbete (inklusive rehabilitering)?” (fråga 10b)

Ägarkategori		Stat.	Kom.	Landst.	Sv. Priv u koncernf.	Sv. Priv m koncf.	Utlän
F10b. i antal	Ingen 1	11	10	2	14	18	14
	2	10	24	3	0	14	13
	3	8	27	5	1	12	6
	4	3	35	5	5	15	5
	5	11	38	1	3	17	10
	6	4	18	2	4	9	7
	Mycket stor 7	1	4	0	1	3	0
	Vet ej	1	2	0	9	7	3
	Totalt	49	158	18	37	95	58
	Medianvärde	3	4	3	2	3,5	3
	Medelvärde	3,2	3,9	3,3	3,0	3,4	3,1

Eftersom synen på medfinansieringens betydelse är relativt lika grupperna emellan presenteras inga ytterligare variabler för att påvisa skillnader i hur reformen bedöms i olika typer av organisationer. Det bör dock poängteras att analyser har gjorts för att undersöka om könsfördelningen tillsammans med ägarkategorin visar på några skillnader organisationerna emellan. Eftersom analyserna inte visade några nya särdrag för reformens betydelse har vi här valt att inte presentera dessa.

Avslutningsvis konstaterar vi att vi funnit att reformens betydelse uppfattats vara tämligen marginell vad gäller det arbete som arbetsgivarna genomför för att förebygga sjukfrånvaro och främja återgång i arbete. Dess betydelse upplevs dock vara något större i större organisationer än i mindre och även större när det gäller att främja återgång i arbete än när det gäller att förebygga sjukfrånvaro och ohälsa.

### Reformens betydelse i relation till andra drivkrafter

I anslutning till genomgången ovan av fråga 10 i enkäten efterfrågades respondenternas bedömning av reformens betydelse för deras sätt att arbeta med förebyggande och främjande åtgärder. I genomgången nedan av fråga 11 i enkäten efterfrågas respondenternas bedömning av de viktigaste drivkrafterna för att arbeta med förebyggande och främjande åtgärder. Avsikten är att kunna relatera reformens betydelse till andra drivkrafterns betydelse för detta arbete. Fråga 11 är formulerad så att de tre viktigaste drivkrafterna efterfrågas och detta utan inbördes ordning. De procent-satser som finns angivna i tabell 2.11 anger därmed andelen av alla respondenter som angivit att respektive drivkraft är en av de tre viktigaste för detta arbete. Som exempel kan vi se att endast 13 procent av respondenterna i storleksklass 1 angivit medfinansieringsreformen som en av de tre viktigaste drivkrafterna för att förebygga sjukfrånvaro. För den följande analysen rangordnas en drivkraft utifrån hur stor andel av respondenterna som anger att den är en av de tre viktigaste i arbetet med att förebygga sjukfrånvaro respektive främja återgång.

**Tabell 2.11** ”Vilka drivkrafter bedömer du är viktigast för att ni som arbetsgivare skall motiveras att arbeta med förebyggande åtgärder mot sjukfrånvaro respektive främja återgång i arbete? Kryssa för de tre viktigaste.” (fråga 11)

Antal anställda Storleksklass		10-49		50-199		200-999		1000-1999		2000-3999		>3999	
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
F11. i % som kryssat resp. alternativ som en av de tre viktigaste drivkrafterna	Förebygga = 1 Främja = 2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
	a, Medfinansiering	13	24	20	21	14	25	18	35	12	30	18	29
	b, Sjuklöner under de första två veckorna	28	13	21	12	25	9	28	16	28	7	29	8
	c, Företagshälsovårdens åtgärder	43	32	29	16	33	26	32	32	35	38	32	30
	d, F-kassans åtgärder	11	30	7	23	12	39	11	34	15	44	14	42
	e, Fackets åtgärder	9	9	5	5	2	4	4	6	5	4	2	2
	f, Störningar i verk- samheten	53	34	55	45	63	47	65	40	54	34	54	37
	g, Ökade kostnader i verksamheten	47	23	38	43	58	42	53	45	66	45	66	55
	h, Arbetsgivarens sociala ansvar	43	34	52	52	47	44	43	43	48	43	50	49
	i, Engagemang från enskild arbetstagare ("eldsjäl")	17	23	16	12	23	10	18	15	19	20	12	11

Av informationen i tabell 2.11 framgår att skillnaderna mellan olika storleksklasser är tämligen liten vad gäller hur drivkrafterna rangordnas. Att komma till rätta med störningar i verksamheten anges dock av flest respondenter bland de mindre storleksklasserna. Bland de större storleksklasserna är ökade kostnader i verksamheten den mest frekvent angivna drivkraften. När det gäller drivkraften "arbetsgivarens sociala ansvar" så rankas den högt och detta oavsett storleken på organisationen. Tilläggas kan att för den minsta storleksklassen är företagshälsovården och försäkringskassan med bland de tre mest frekvent angivna drivkrafterna. Fackets åtgärder utgör den klart mest obetydliga drivkraften och det kan te sig anmärkningsvärt med tanke på den roll som fackföreningarna kan förväntas spela i dessa sammanhang. Talande är dessutom att medfinansieringsreformen har en så pass låg frekvens. Detta stämmer väl överens med den betydelse som respondenterna tillskrev reformen i anslutning till resultaten från fråga 10. Det är andra drivkrafter än medfinansieringsreformen som upplevs ha störst betydelse för hur arbetet med sjukfrånvaro och främjande av återgång i arbete bedrivs. Dessa drivkrafter är främst hur man skall minska störningarna och minska kostnaderna i verksamheten som följer av sjukfrånvaro.

I samband med tabellerna under 2.12 nedan undersöks i vilken utsträckning som sjukskrivningar med olika tidslängd bedöms utgöra ett problem. Undersökningen inleds med att studera problemen i samband med sjukfrånvaro i 1 dag.

**Tabell 2.12a.** ”I vilken utsträckning bedömer du att sjukskrivningar utgör ett problem hos er? Sjukfrånvaro i 1 dag” (fråga 12a).

Antal anställda Storleksklass		10-49 1	50-199 2	200-999 3	1000-1999 4	2000-3999 5	>3999 6
F12a. i antal	Inget 1	18	17	7	17	11	15
	2	8	11	12	22	20	18
	3	7	7	9	13	15	9
	4	6	8	11	14	15	13
	5	7	2	3	13	7	10
	6	2	6	11	5	12	9
	Mycket stort 7	2	5	2	2	2	3
	Vet ej	0	0	1	2	1	5
	Totalt	50	56	56	88	83	82
	Medianvärde	2	2,5	3	3	3	3
	Medelvärde	2,8	3,1	3,6	3,1	3,4	3,3

Av tabell 2.12a framgår att sjukfrånvaro i 1 dag är ett mindre problem för en majoritet av organisationerna.

Av tabell 2.12b nedan framgår att respondenternas upplever problemen som större vad gäller sjukfrånvaro i mellan 2–14 dagar. Medianvärdet är 4 eller 5 för samtliga kategorier.

**Tabell 2.12b** ”I vilken utsträckning bedömer du att sjukskrivningar utgör ett problem hos er? ... Sjukfrånvaro 2–14 dagar” (fråga 12b).

Antal anställda Storleksklass		10-49 1	50-199 2	200-999 3	1000-1999 4	2000-3999 5	>3999 6
F12b. i antal	Inget 1	7	10	2	4	0	2
	2	4	7	4	12	8	6
	3	11	6	9	15	17	13
	4	6	8	9	13	15	19
	5	7	10	17	18	23	17
	6	9	9	12	16	19	16
	Mycket stort 7	7	6	2	8	1	7
	Vet ej	0	0	1	2	0	3
	Totalt	51	56	56	88	83	83
	Medianvärde	4	4	5	4	5	4,5
	Medelvärde	4,1	3,9	4,4	4,3	4,4	4,5

**Tabell 2.12c** ”I vilken utsträckning bedömer du att sjukskrivningar utgör ett problem hos er? ... Sjukfrånvaro mer än 15 dagar” (fråga 12c)

Antal anställda Storleksklass		10-49 1	50-199 2	200-999 3	1000-1999 4	2000-3999 5	>3999 6
F12c. i antal	Inget 1	12	9	2	0	0	0
	2	4	4	2	4	1	4
	3	6	6	8	14	5	9
	4	4	6	15	20	19	11
	5	2	11	11	26	25	21
	6	8	10	11	19	26	27
	7	13	9	5	4	8	10
	Vet ej	3	0	2	2	0	2
	Totalt	52	55	56	89	84	84
	Medianvärde	4	5	4,5	5	5	5
	Medelvärde	4,1	4,3	4,6	4,6	5,1	5,1

Av respondenternas svar på problem i anslutning till sjukskrivningar med olika längd framgår att problemen är störst för sjukskrivningar i mer än 15 dagar, men skillnaden är inte så betydande jämfört med sjukfrånvaro 2–14 dagar (jämförelser mellan tabell 2.12c, 2.12a och 2.12b).

Avslutningsvis undersöks graden av problem från sjukfrånvaro på deltid. Av tabell 2.12d framgår att respondenterna upplever deltidssjukskrivningar som ett nästan lika stort problem som sjukfrånvaro 2–14 dagar.

**Tabell 2.12d** ”I vilken utsträckning bedömer du att sjukskrivningar utgör ett problem hos er? ... Sjukfrånvaro på deltid” (fråga 12d).

Antal anställda Storleksklass		10-49 1	50-199 2	200-999 3	1000-1999 4	2000-3999 5	>3999 6
F12d. i antal	Inget 1	13	11	2	3	4	1
	2	3	4	7	6	10	10
	3	4	9	11	21	13	11
	4	2	12	17	23	24	23
	5	10	6	6	25	16	13
	6	5	4	8	4	10	11
	7	6	7	1	5	4	8
	Vet ej	6	3	3	2	2	7
	Totalt	49	56	55	89	83	84
	Medianvärde	4	4	4	4	4	4
	Medelvärde	3,7	3,7	3,9	4,1	4,0	4,3

En bieffekt av medfinansieringen har ibland angetts vara att den har en negativ inverkan på organisationens vilja/förmåga att nyanställa. Hur det förhåller sig på denna punkt visas i tabell 2.13.



**Tabell 2.13** ”Har medfinansiering av sjukpenning påverkat antalet nyanställningar hos er?” (fråga 13a)

Antal anställda Storleksklass		10-49 1	50-199 2	200-999 3	1000-1999 4	2000-3999 5	>3999 6
Fr13a. i %.	Ja	11,8	7,1	8,8	4,5	2,4	1,2
	Nej	88,2	92,9	91,2	95,5	97,6	98,8

\*\*\* Andel organisationer som svarat ja på 13a men inte besvarat fråga 13b

Av tabell 2.13 framgår att detta till viss del kan stämma speciellt i mindre organisationer där ca 12 procent av respondenterna i den minsta storleksklassen uppger att de anställer färre personer pga. reformen och dess effekter. Den andel som har denna uppfattning minskar i princip i takt med att storleken på organisationen ökar och i den största storleksklassen är det endast drygt en procent som anser att så är fallet. Påpekas kan att av dem som svarat att reformen påverkar antalet nyanställningar så är alla av den uppfattningen att det leder till färre anställningar.

### Förändringar som skett efter 1 januari 2005

I detta avsnitt är vi intresserade av eventuella förändringar som har skett efter 1 januari 2005 i jämförelse med år 2004. Den första frågan som vi undersöker är hur en rad arbetsuppgifter har förändrats när det gäller att förebygga sjukfrånvaro och ohälsa.

**Tabell 2.14 (1)** ”Vilken typ av arbetsuppgifter ägnar ni som arbetsgivare er åt och i vilken utsträckning har detta ökat, minskat, eller varit oförändrat i jämförelse med 2004 vad gäller att förebygga sjukfrånvaro och ohälsa?” (fråga 14a)

Antal anställda Storleksklass		10-49 1			50-199 2			200-999 3			1000-1999 4			2000-3999 5			>3999 6		
Fr14a. i % som angivit ökat, mins- kat eller varit oför- ändrat för resp. arbets- uppgift	Arbetsuppgifter: *	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	a. Motverka psykisk ohälsa...	27	0	73	30	0	70	54	0	46	55	0	45	56	2	42	60	1	39
	b. Motverka fysisk ohälsa...	46	0	54	42	0	58	54	0	46	52	0	48	52	1	47	53	1	46
	c. Hälsokontroller	19	0	81	17	2	81	29	2	69	17	3	80	25	4	71	29	1	70
	d. Personalstödsavtal /överenskommelse	11	0	89	20	0	80	27	0	73	37	0	63	32	0	68	31	2	67
	e. Utveckla administrativa system.	26	3	71	37	0	63	44	0	56	41	0	59	58	0	42	60	3	37
	f. Utveckla arbetsorganisationen	56	0	44	46	0	54	56	0	44	51	1	48	49	1	50	64	4	32
	g. Prioritera hälsa vid rekrytering	41	0	59	41	0	59	36	0	64	33	0	67	31	0	69	24	0	76
	h. Rationalisering i stället för anställning	36	0	64	35	3	62	40	0	60	27	1	72	20	3	77	23	2	75
	i. Utbilda chefer	22	4	74	46	0	54	77	0	23	72	0	28	78	0	22	79	1	20
	j. Outsourcing av verksamheter	15	0	85	23	3	74	24	0	76	10	3	87	10	2	88	11	7	82
	k. Uppsägning	4	0	96	6	6	88	33	3	64	30	0	70	46	3	51	32	2	66

\* På raden arbetsuppgifter är 1 = ökat, 2 = minskat och 3 = oförändrad arbetsinsats.

I storleksklass 1 framgår att en majoritet av respondenterna uppger att insatsen är oförändrad för alla arbetsuppgifter, med undantag av att utveckla arbetsorganisationen. Där uppger 56 procent

att insatsen ökat efter 1 januari 2005. I storleksklass 2 uppger en majoritet av respondenterna att insatsen är oförändrad för alla arbetsuppgifter utan undantag. De resterande fyra storleksklasserna skiljer sig åt från de första två genom att de har flera arbetsuppgifter där insatsen ökat bland en majoritet av respondenterna. Dessa arbetsuppgifter är dessutom desamma i alla de fyra största storleksklasserna. Åtgärderna där arbetsinsatsen ökat är; motverka både psykisk och fysisk ohälsa, utveckla arbetsorganisationen, samt utbilda cheferna. En majoritet bland de två största storleksklasserna anger dessutom att arbetsinsatsen ökat vad gäller att utveckla administrativa system. En annan intressant iakttagelse som kan göras är att bland de fyra största storleksklasserna har arbetet med uppsägningar ökat bland 30–46 procent av organisationerna. Motsvarande tal för de två minsta klasserna är 4–6 procent. Om man kopplar detta resultat till resultatet från tabell 2.13 kan konstateras att reformen inverkat på de mindre organisationerna så att de har blivit försiktigare vad gäller nyanställningar men inte ökat sina uppsägningar. I de större organisationerna däremot har reformen drivit fram fler uppsägningar men inte i någon nämnvärd omfattning påverkat antalet nyanställningar.

I anslutning till fråga 14 är vi inte bara intresserade av hur arbetsuppgifterna eventuellt har förändrats över tid. Vi avser dessutom att belysa en rangordning mellan arbetsuppgifterna och detta görs genom att studera hur stora andelar av respektive storleksklass som ägnar sig åt en viss arbetsuppgift.

**Tabell 2.14a (2)** ”Vilken typ av arbetsuppgifter ägnar ni som arbetsgivare er åt vad gäller att förebygga sjukfrånvaro och ohälsa?” (fråga 14a)

Antal anställda		10-49	50-199	200-999	1000-1999	2000-3999	>3999
Storleksklass		1	2	3	4	5	6
F14a. i procent som ägnar sig åt respektive arbets-uppgift	Arbetsuppgifter:	%	%	%	%	%	%
	a. Motverka psykisk ohälsa...	70	77	88	92	92	98
	b. Motverka fysisk ohälsa...	87	80	91	97	97	95
	c. Hälsokontroller	81	82	97	91	93	88
	d. Personalstödsavtal /överenskommelse	51	70	72	82	83	68
	e. Utveckla administrativa system.	59	68	75	84	85	80
	f. Utveckla arbetsorganisationen	68	82	84	87	93	96
	g. Prioritera hälsa vid rekrytering	60	73	79	78	86	77
	h. Rationalisering i stället för anställning	53	61	74	75	77	74
	i. Utbilda chefer	51	77	91	96	99	98
	j. Outsourcing av verksamheter	49	61	67	66	67	67
k. Uppsägning	51	64	68	75	78	71	

Avseende olika arbetsuppgifter som organisationerna ägnar sig åt för att förebygga ohälsa framgår generellt att andelarna ökar med ökad storlek upp till organisationer som har mer än 1000 anställda. Storleksklasserna 4, 5 och 6 är relativt likvärdiga avseende andelarna som ägnar sig åt respektive arbetsuppgift. För storleksklasserna 1, 2 och 3 är det däremot distinkta skillnader i andelarna som ägnar sig åt respektive arbetsuppgift. Utmärkande för storleksklass 1 och 4 är vidare att dessa organisationer anger arbetet med att motverka fysisk ohälsa i störst utsträckning. I storleksklass 2 är det istället arbetet med hälsokontroller och att utveckla arbetsorganisationen som delar förstaplatsen för den mest frekventa arbetsuppgiften. I storleksklass 3 är det hälsokontroller som är den mest frekventa arbetsuppgiften. I storleksklass 5 och 6 anges arbetet med att

utbilda chefer och arbetet med att undanröja skadliga fysiska arbetsmiljöfaktorer som den mest frekventa bland de listade uppgifterna. För storleksklass 6 tillkommer dessutom arbetet med psykisk ohälsa och strävan att undanröja skadliga psykiska arbetsmiljöfaktorer, samt utveckling av arbetsorganisationen bland de högst rankade.

Nästa frågeställning som undersöks är vilka förändringar som skett avseende att främja återgång i arbete för de sjukskrivna.

**Tabell 2.14b (1)** ”Vilken typ av arbetsuppgifter ägnar ni som arbetsgivare er åt och i vilken utsträckning har detta ökat, minskat eller varit oförändrat i jämförelse med 2004 vad gäller att främja återgång i arbete för de sjukskrivna?” (fråga 14b)

Antal anställda Storleksklass	10-49 1			50-199 2			200-999 3			1000-1999 4			2000-3999 5			>3999 6		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
F14b. i % som angivit ökat, minskat eller varit oför- ändrat för resp. arbets- uppgift	Arbetsuppgifter: *																	
a. Hålla kontakt med sjukskrivna	34	0	66	63	0	37	63	0	37	71	1	28	71	0	29	75	1	24
b. Diskutera sjukskrivnas situation	42	0	58	64	0	36	70	0	30	73	1	26	70	0	30	73	1	25
c. Medverka till deltidssjukskrivning	16	3	81	33	0	67	49	0	51	63	0	37	65	0	35	78	1	21
d. Vidta rehabiliteringsåtgärder	34	0	66	48	0	52	67	0	33	60	1	39	70	1	29	69	1	29
e. Personalstödsavtal /överenskommelse	11	0	89	23	0	77	23	0	77	34	0	66	34	0	66	38	0	62
f. Omplacering	16	4	80	19	0	81	26	2	72	22	2	76	29	2	69	30	7	63
g. Åtgärda arbetsituation	32	0	68	37	0	63	30	0	70	33	1	66	36	0	64	45	0	55
h. Åtgärda arbetsmiljön	38	0	62	37	0	63	38	0	62	34	0	66	42	1	57	45	0	55
i. Utbilda chefer i rehabilitering	7	0	93	31	0	69	60	0	40	66	0	34	73	0	27	77	1	22
j. Ordna jobb hos annan arbetsgivare	4	0	96	0	0	100	13	5	82	5	3	92	21	4	75	20	2	78

\* På raden arbetsuppgifter är 1 = ökat, 2 = minskat och 3 = oförändrad arbetsinsats.

Av tabellen framgår att för alla storleksklasser utom den minsta uppger en majoritet av respondenterna att arbetsuppgifterna ”hålla kontakt med de sjukskrivna” och ”diskutera de sjukskrivnas situation” sker i ökad utsträckning efter 1 januari 2005 i jämförelse med år 2004. När det gäller arbetsuppgifterna ”vidta rehabiliteringsåtgärder” och ”utbilda cheferna i rehabilitering” anger en majoritet av respondenterna att dessa åtgärder ökat bland de fyra största storleksklasserna. För arbetsuppgiften ”medverka till deltidssjukskrivningar” är det bland de tre största klasserna som åtgärden ökat i utsträckning bland en majoritet. För resterande arbetsuppgifter, oavsett storlek på organisationen, anger en majoritet av respondenterna att åtgärderna sker i oförändrad utsträckning.

Även för fråga 14b går vi vidare och undersöker andelarna bland organisationerna som ägnade sig åt respektive arbetsuppgift.

**Tabell 2.14b (2)** ”Vilken typ av arbetsuppgifter ägnar ni som arbetsgivare er åt vad gäller att främja återgång i arbete för de sjukskrivna?” (fråga 14b)

Antal anställda Storleksklass		10-49 1	50-199 2	200-999 3	1000-1999 4	2000-3999 5	>3999 6
F14b. i procent som ägnar sig åt re- spektive arbets- uppgift	Arbetsuppgifter:	%	%	%	%	%	%
	a. Hålla kontakt med sjukskrivna	89	91	100	99	99	99
	b. Diskutera sjukskrivnas situation	68	84	98	97	98	94
	c. Medverka till deltidssjukskrivning	59	71	97	97	93	85
	d. Vidta rehabiliteringsåtgärder	60	86	100	99	99	99
	e. Personalstödsavtal /överenskommelse	51	55	70	73	81	70
	f. Omplacering	47	64	88	92	93	88
	g. Åtgärda arbetssituation	64	73	95	90	94	89
	h. Åtgärda arbetsmiljön	64	79	91	93	98	93
	i. Utbilda chefer i rehabilitering	51	64	91	99	99	96
	j. Ordna jobb hos annan arbetsgivare	45	48	70	81	84	77

När det gäller andelarna bland organisationerna som ägnar sig åt olika arbetsuppgifter för att främja återgång i arbete framgår att storleksklasserna 3–6 är relativt lika. För övriga två storleksklasser sjunker andelarna som arbetar med respektive arbetsuppgift markant med minskad storleksklass, med vissa undantag som exempelvis att hålla kontakt med sjukskrivna. Denna arbetsuppgift är dessutom den som är mest frekvent förekommande i alla storleksklasserna, även om förstaplatsen delas av andra. I storleksklass 4, 5 och 6 delas uppgiften som en av de vanligaste åtgärderna med uppgifterna att vidta rehabiliteringsåtgärder och att utbilda chefer i rehabilitering.

Näst på tur undersöks vilka olika aktörer som organisationerna samverkar med för att förebygga sjukfrånvaro eller främja återgång i arbete

**Tabell 2.15a** ”Vilka olika organisationer/företag samverkar ni med vad gäller förebyggande arbete eller återgång? Hur har samverkan förändrats jämfört med år 2004?” (fråga 15)

Antal anställda		10-49			50-199			200-999			1000-1999			2000-3999			>3999		
Storleksklass		1			2			3			4			5			6		
F15. i % som angivit, ökat, minskat eller varit oför- ändrat för resp. samver- kan	Samverkan:*	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	a. Fackföreningar	7	0	93	20	0	80	17	4	79	25	0	75	34	0	66	28	1	71
	b. Företags- hälsovård	42	0	58	51	2	47	47	0	53	55	1	44	64	3	33	61	1	38
	c. Försäkrings- kassan	24	0	76	43	0	57	46	11	43	45	10	45	54	6	40	56	2	42
	d. Arbets- förmedlingen	12	0	88	4	0	96	14	5	81	7	9	84	17	0	83	18	3	79
	e. Sjukvården	18	0	82	14	0	86	21	5	74	19	6	75	7	1	92	19	2	79
	f. Andra arbetsgiva- re	0	0	100	4	4	92	15	3	82	14	3	83	21	5	74	22	3	75
	g. Försäkringsbolag	4	4	92	18	0	82	3	3	94	12	0	88	14	2	84	9	0	91
h. Rehab- och hälsokonsulter	18	0	82	31	0	69	38	2	60	42	1	57	39	4	57	33	3	64	

\* På raden samverkan är 1 = ökat, 2 = minskat och 3 = oförändrad samverkan

Ur tabell 2.15 kan utläsas att endast gentemot två aktörer har mer än hälften av de svarande ökat sin samverkan. Dessa är företagshälsovården och försäkringskassan. När det gäller samverkan med företagshälsovården återfinns denna majoritet bland storleksklasserna 2, 4, 5, och 6. När det gäller samverkan med försäkringskassan återfinns denna majoritet endast bland storleksklasserna 5 och 6. För övriga storleksklasser och samverkansaktörer är det en överväldigande majoritet av organisationerna där samverkan är oförändrad över den aktuella tidsperioden. Detta tolkar vi som att reformen till trots så har inga radikala förändringar inträffat avseende hur svenska organisationer samverkar med en rad centrala aktörer och detta gäller oavsett storleken på organisationen. Det bör dock noteras att när graden av samverkan förändrats så har det i de flesta fall skett en ökad samverkan.

Även för fråga 15 går vi vidare och undersöker andelarna bland organisationerna som samverkar med olika aktörer vad gäller förebyggande arbete eller återgång i arbete.

**Tabell 2.15b** ”Vilka olika organisationer/företag samverkar ni med vad gäller förebyggande arbete eller återgång?” (fråga 15)

Antal anställda Storleksklass		10-49	50-199	200-999	1000-1999	2000-3999	>3999
		1	2	3	4	5	6
F15i. i procent som samverkar med respektive aktör	Samverkan:	%	%	%	%	%	%
	a. Fackföreningar	53	63	91	98	97	95
	b. Företags- hälsovård	76	84	97	100	98	100
	c. Försäkrings- kassan	62	79	95	100	99	99
	d. Arbets- förmedlingen	47	48	74	79	81	80
	e. Sjukvården	53	50	75	81	85	81
	f. Andra arbetsgiva- re	45	45	70	65	76	71
	g. Försäkringsbolag	53	50	68	65	73	68
	h. Rehab- och hälsokonsulter	51	57	83	79	84	81

Av tabell 2.15b framgår att för alla storleksklasser är företagshälsovården den vanligast förekommande samverkansaktören. För storleksklasserna 4–6 är det näst intill 100 procent av organisationerna som samverkar både med företagshälsovården och med försäkringskassan. Generellt sett visar tabellen att organisationerna kan delas upp i två grupper, dels storleksklass 1 och 2, dels storleksklass 3–6. I den första gruppen är andelarna som samverkar med olika aktörer klart lägre än i den andra gruppen.

I nästa avsnitt behandlas de ekonomiska effekter som reformen bedömts ha haft för arbetsgivarna.

### Ekonomiska effekter

Inledningsvis behandlas nivån på den särskilda sjukförsäkringsavgiften som respektive storleksklass betalat under år 2005.

**Tabell 2.16** ”Ange inbetald särskild sjukförsäkringsavgift för år 2005”

Antal anställda Storleksklass		10-49	50-199	200-999	1000-1999	2000-3999	>3999
		1	2	3	4	5	6
F16.	Kkr.	4,8	27,5	259	845	2123	6904
	vet ej**	46	18	15	8	16	10

\*\* Andel i procent per storleksklass som anger att de inte vet detta

Det mest intressanta med fråga 16 är egentligen inte hur stor genomsnittlig sjukförsäkringsavgift som betalas inom respektive storleksklass utan andelarna som anger att de saknar denna information. Bristen på kunskap om detta varierar mellan knappt en tiondel till så mycket som knappt hälften av respondenterna i de mindre organisationerna. Att så här stora andelar av dem som svarat – och som enligt instruktionerna bör ha varit personalansvariga – saknar kunskap om hur medfinansieringen har påverkat sjukförsäkringsavgifterna, förklarar till en del den relativt ringa betydelse som tillskrivs reformen (se tabell 2.10). Tillskrivs inte reformen speciellt stor betydelse

finns inte incitament att skaffa kunskap om hur den slår ekonomiskt i organisationen. Det är istället sådana saker som störningar och ökande kostnader i verksamheten som fokuseras vad gäller sjukfrånvaro (se tabell 2.11).

I följande avsnitt presenteras resultaten i anslutning till frågan avseende hur kostnaderna i organisationen har påverkats av medfinansiering av sjukpenning.

**Tabell 2.17** ”Hur bedömer du att kostnaderna för ert företag/förvaltning påverkats av medfinansiering av sjukpenning?”

Antal anställda Storleksklass		10-49 1	50-199 2	200-999 3	1000-1999 4	2000-3999 5	>3999 6
F17. i antal	Minskade kostnader						
	1	1	4	3	6	4	5
	2	1	0	4	6	7	9
	3	3	2	10	21	12	18
	4	9	11	12	14	18	16
	5	4	12	4	12	12	11
	6	8	5	8	14	11	8
	Ökade kostnader 7	11	6	11	12	13	7
	Vet ej	14	14	4	3	5	6
	Totalt	51	54	56	88	82	80
	Medianvärde	6	5	4	4	4	4
Medelvärde	5,2	4,6	4,5	4,3	4,4	4,0	

Av tabell 2.17 framgår att organisationerna i storleksklass 1 uppger ha fått klart ökade kostnader. I sammanhanget är det viktigt att poängtera att så många som 46 procent av organisationerna i denna klass uppger att de inte vet hur stor särskild sjukförsäkringsavgift de betalt under år 2005 (se tabell 2.16). Eftersom enbart 14 procent här angett att de inte vet, kan det finnas skäl att ifrågasätta hur tillförlitlig uppgift är avseende hur de mindre organisationernas kostnader har påverkats av medfinansiering av sjukpenning. I övriga storleksklasser är bedömningarna av kostnadspåverkan mer neutral (medianvärdet ligger runt 4) vilket tolkas som att kostnaderna är relativt oförändrade.

För att ytterligare kunna belysa hur kostnaderna påverkas av medfinansiering av sjukpenning kommer vi i följande avsnitt att rikta intresset mot vilka poster som analyseras av arbetsgivaren för att bedöma de ekonomiska effekterna. Härfter undersöks därför vilka kostnadsposter som ingår för att kunna beräkna de ekonomiska effekterna i organisationerna beträffande sjukfrånvaro, ohälsa och förebyggande åtgärder och hur detta eventuellt har förändrats i och med införande av medfinansieringsreformen.

**Tabell 2.18a** ”Ange om nedanstående posters betydelse för era beräkningar av ekonomiska effekter beträffande sjukfrånvaro, ohälsa och förebyggande åtgärder har ökat, minskat eller varit oförändrade jämfört med 2004?”

Antal anställda		10-49			50-199			200-999			1000-1999			2000-3999			>3999		
Storleksklass		1			2			3			4			5			6		
F18. i % som angivit ökat, mins- kat eller varit oför- ändrat för resp. kost- nads-post	Kostnads- poster	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
	a. Sjuklöner	41	14	45	44	23	33	39	29	32	46	33	21	41	32	27	39	33	28
	b. Arbets- givaravgifter.	32	8	60	29	22	49	18	48	34	23	44	33	30	40	30	23	37	40
	c. Sjukförs.- avgifter	22	3	75	30	5	65	38	9	53	54	6	40	53	13	34	29	15	56
	d. Hälso- kontroller	32	0	68	36	3	61	50	0	50	23	0	77	29	0	71	21	0	79
	e. Övrig före- tagshälsovård	32	3	65	44	3	53	55	5	40	32	1	67	49	5	46	50	0	50
	f. Sjukvård	13	3	84	17	0	83	18	11	71	9	2	89	7	2	91	9	7	84
	g. Friskvård	54	0	46	55	0	45	64	0	36	60	3	37	68	0	32	58	2	40
	h. Rehab- åtgärder	19	0	81	46	0	54	67	0	33	63	1	36	67	0	33	59	2	39
	i. Produktiv- itets/Effektiv- itetsstörningar	34	7	59	34	6	60	26	24	50	21	11	68	15	15	70	14	7	79
	j. Utv. av adm. system.	31	3	66	34	0	66	39	0	61	36	0	64	46	0	54	46	4	50
	k. Övriga adm. kostnader.	45	0	55	29	0	71	34	0	66	28	2	70	30	2	68	26	2	72
	l. Investeringar i arb.miljö	44	3	53	58	0	42	49	0	51	31	0	69	34	0	66	34	4	62
	m. Utbildning av chefer.	18	0	82	41	0	59	62	0	38	67	0	33	72	0	28	75	3	22
n. Vikarier	18	4	78	34	3	63	13	6	81	19	15	66	23	9	68	13	15	72	
o. Nyrökry- teringar	14	4	82	29	0	71	10	16	74	5	11	84	10	14	76	10	10	80	
p. Avveckling	8	0	92	12	0	88	29	0	71	37	4	59	42	2	56	26	4	70	
q. Konsulter	15	4	81	35	9	56	32	0	68	22	9	69	31	2	67	10	2	88	

\* På raden betydelse är 1 = ökat, 2 = minskat och 3 = oförändrad

Av materialet ovan framgår att för den minsta storleksklassen och bland en majoritet av organisationerna är det endast posten friskvård som ökat i betydelse för mer än hälften av organisationerna med avseende på beräkningarna av ekonomiska effekter. En annan intressant iakttagelse är att för många arbetsgivare har sjuklöner minskat i betydelse vid beräkningar av ekonomiska effekter.

I fråga 18 undersöker vi även andelarna bland organisationerna som uppger att respektive kostnads-post ingår i deras beräkningar av ekonomiska effekter beträffande sjukfrånvaro, ohälsa och förebyggande åtgärder.



**Tabell 2.18b** ”Ange om nedanstående posters betydelse för era beräkningar av ekonomiska effekter beträffande sjukfrånvaro, ohälsa och förebyggande åtgärder har ökat, minskat eller varit oförändrade jämfört med 2004? *Kryssa endast för de poster som ingår i era beräkningar.*”

Antal anställda		10-49	50-199	200-999	1000-1999	2000-3999	>3999
Storleksklass		1	2	3	4	5	6
Fråga 18i. i procent som respektive kostnadspost ingår i beräk- ningarna av ekonomiska effekter	Kostnadsposter	%	%	%	%	%	%
	a. Sjuklöner	79	86	72	81	83	80
	b. Arbetsgivare- avgifter.	70	73	67	79	77	77
	c. Sjukförs.avgifter	60	66	60	79	72	57
	d. Hälsokontroller	70	64	67	73	69	63
	e. Övrig företags- hälsovård	72	61	74	79	76	71
	f. Sjukvård	57	43	51	60	62	56
	g. Friskvård	77	75	77	82	79	74
	h. Rehabåtgärder	60	66	79	81	73	73
	i. Produktivitets- /Effektivitets- störningar	55	57	60	64	62	50
	j. Utv. av adm. system.	55	52	58	62	66	60
	k. Övriga adm. kostnader.	55	50	56	61	62	56
	l. Investeringar i arb.miljö	64	59	65	69	64	60
	m. Utbildning av chefer.	51	57	65	78	74	70
n. Vikarier	53	63	54	65	62	55	
o. Nyrekryteringar	53	50	54	62	57	50	
p. Avveckling	47	45	54	64	61	55	
q. Konsulter	51	41	54	61	59	50	

Av tabell 2.18b framgår att det inte finns något direkt samband mellan storleksklass och andelarna organisationer där respektive kostnadspost ingår i beräkningarna av de ekonomiska effekterna. Möjligen ger den höga andelen som svarat att posten ingår i beräkningar av ekonomiska effekter – nästan oavsett kostnadslag och oavsett storlek på organisationen – anledning att fråga sig om inte frågan snarast uppfattats som att posterna ingår i bedömningar av vad som ökat eller minskat i betydelse, även om rena beräkningar av de ekonomiska effekterna inte görs.

### Sammanfattning av enkätstudien

Av studien framgick att sjukfrånvaro upplevdes som ett generellt men knappast stort problem bland arbetsgivare i svenska organisationer, oavsett organisationens storlek. Samstämmigheten om problemets storlek är anmärkningsvärd med tanke på de stora skillnader i sjukfrånvaro som enkäten påvisade mellan små och stora organisationer, mellan män och kvinnor och mellan de olika ägarkategorierna.

Studien visade att sjukfrånvaron generellt sett var högre bland kvinnor än män och att den uppvisade en ökad nivå i takt med ökad organisationsstorlek. Vid indelning av respondenterna utifrån ägarkategori framgick att kommunal- och landstingsanställda hade en klart högre sjukfrånvaro än övriga kategorier. Bland de stora organisationerna dominerade långtidssjukfrånvaro, medan det omvända gällde hos de mindre. Även deltidssjukfrånvaron var högre i stora organisationer än i små.

Det var främst i de stora organisationerna som arbetsgivarna ökat sina ansträngningar att rehabilitera sin sjukskrivna personal och på andra sätt få den tillbaka i arbete, t.ex. genom ökade kontakter med Försäkringskassan och företagshälsovården. Detta är naturligt eftersom det var i dessa organisationer som vi fann den högsta sjukfrånvaron. Bland mindre arbetsgivare angavs att den främsta drivkraften för att minska sjukfrånvaron var att de ville minska sina driftstörningar, medan större arbetsgivare uppgav att de ville motverka ökade kostnader i verksamheten totalt till följd av sjukfrånvaron. En negativ sidoeffekt av reformen som främst mindre arbetsgivare framhöll var att reformen lett till att de i högre grad var tveksamma till att nyanställa personal. Bland de större organisationerna blev istället effekten av reformen att uppsägningarna ökade.

En central slutsats från studien är att arbetsgivare i svenska organisationer inte ansåg att medfinansieringsreformen haft någon stor betydelse som drivkraft för att komma till rätta med sjukfrånvaroproblemet. Istället framhöll de betydelsen av att motverka störningar och ökade kostnader i verksamheten tillsammans med arbetsgivarens sociala ansvar som de faktorer som främst motiverade till att minska sjukfrånvaron. Att de ekonomiska incitamenten av reformen inte var avgörande bekräftas av det faktum att en relativt stor andel arbetsgivare (speciellt i mindre organisationer) inte visste vilka ekonomiska konsekvenser som reformen fått. Därmed saknade den i allt väsentligt betydelse som ekonomisk drivkraft för att minska problemets omfattning i organisationerna.

Dock har reformen bidragit till att främst stora arbetsgivare ökat sina ansträngningar att rehabilitera sin sjukskrivna personal och att få dem tillbaka till åtminstone deltidsarbete. De hade också ökat sina ansträngningar att hålla kontakt med de sjukskrivna och i högre grad diskuterat deras situation samtidigt som de utbildat sina chefer i dessa frågor. I detta sammanhang har reformen bidragit till att minska sjukfrånvaron på den svenska arbetsmarknaden.

## FALLSTUDIERN – RESULTAT

Ambitionen med serien av fallstudier är att ge beskrivningar av verksamheter och där sätta sjukfrånvaroproblematiken i ett vidare organisatoriskt sammanhang. Det blir relativt ytliga beskrivningar – studien var ursprungligen tänkt att fördjupa dessa i en senare fas. Fallbeskrivningarna väcker dock ett antal frågor. Några av dessa beskrivs efter fallstudien i ett axplock av teman.

### ”Processindustri AB”

”Processindustri AB”<sup>7</sup> är ett gammalt industriföretag som numera har utländska ägare. Företaget har cirka 120 anställda, varav 70 kollektivanställda, och låg personalomsättning. Endast 5 procent arbetar deltid. Könsfördelningen är 60 procent män och 40 procent kvinnor. Antalet personalansvariga chefer uppgår till 14 stycken, varav sex tillhör ledningsgruppen.

Processindustri AB har studerats genom elva intervjuer med olika representanter: Vd, ekonomichef, produktionschef, fabrikschef, personalchef, två koordinatörer (”arbetsledare”), huvudskyddsombud och tillika SIF-representant, representanter för Ledarna respektive IF Metall samt företagets personaladministratör. Studien har samordnats med en studie om ledarskapets inverkan på anställdas hälsa och välmående. Vidare har en provenkät besvarats av personalchefen.

De kollektivanställda på Processindustri AB hade 2005 en sjukfrånvaro som uppgick till 15 procent av arbetstiden. Den har dock minskat någon procentenhet från föregående år och ytterligare några enheter sedan år 2004 då frånvaron var uppe i nästan 20 procent. Bland tjänstemännen har frånvaron hela tiden legat på maximalt 2 procent (”knappt mätbar”). I en uppdelning av sjukfrånvaron på kvinnor och män är det kvinnorna som står för den klart största delen av frånvaron, även om den har minskat senaste året, samtidigt som männens frånvaro ökat. Av de fem personer som är långtidssjukskrivna (mer än 60 dagar) är fyra kvinnor. När frånvaron delas upp på olika ålderskategorier dominerar de som är 50 år eller äldre, vilka är sjukskrivna 11 procent av den sammanlagda arbetstiden för ålderskategorin, medan de yngsta (29 år eller yngre) är sjukskrivna 5 procent av arbetstiden. Mellanskiktet ligger på 8 procent sjukfrånvaro. I den äldsta kategorin fortsätter sjukfrånvaron att öka. Andelen deltidssjukskrivna (och således i rehabilitering) har man ingen statistisk uppföljning på, men utifrån en intervju är fem personer sjukskrivna på deltid.

Företagets representanter anser att långtidssjukskrivningen är svår att åtgärda och att den inte har så stor betydelse. Facket anser att mer kunde göras. Korttidsfrånvaron, 1–14 dagar, är det som kostar mest och ställer till störst problem i produktionen (varför man måste ha viss överanställning). Kostnaden för medfinansieringens särskilda sjukförsäkringsavgift uppgick under 2005 till i genomsnitt 11 000 kronor per månad och är i avtagande för 2006. Vd:n säger:

”Vi mäter ju kostnaderna för detta månatligen; vi tar fram den prislappen... Så för oss, kostnadsmässigt – vi gjorde nå'n beräkning – kan det t o m vara en liten vinst med den reduktion vi fick. Det är inte stora pengar, det här tär inte, men det blir ju väldigt tydligt nu.”

Företagets chefer följer i övrigt sällan upp de egna siffrorna och har inte heller koll på sjukfrånvarons nivåer. Det är personalavdelningen som arbetar med att följa upp statistik på sjukfrånvaro och ohälsa, inklusive den särskilda sjukförsäkringsavgiften, som av personaladministratören be-

---

<sup>7</sup> Fingerat namn.

skrivs som sjunkande. Hon bekräftar också att korttidsfrånvaron varit det stora problemet men att den nu också sjunker. Hon ser dock andra skäl till de sjunkande talen än att arbetsgivaren fått betala sjuklönen och sjukförsäkringsavgift: ”Idag går man nog till jobbet oftare även om man har åkommor som förkylning och magont. Samhället har satt arbetet i fokus på ett helt annat sätt.”

## Förebyggande åtgärder

Från och med 2005 arbetar företaget mera med hälsoprofiler samt att utveckla nya administrativa stöd- och ledningssystem, t ex policys, enligt deras egen bedömning. Man arbetar sedan tidigare dessutom med att motverka fysiska skaderisker, samt, i mindre grad, med att motverka stress och andra psykiska skaderisker. Företaget arbetar också mera med att utbilda chefer i arbetsmiljöarbete samt öka andelen kvinnor respektive unga. Medelåldern anses vara för hög (47 år), vilket bidragit till arbetsskador och långtidssjukskrivning.

Processindustri AB har också börjat mäta långtidsfriskhet, det vill säga hur många medarbetare man har som varit utan sjukfrånvaro under två år eller mera. Bland tjänstemännen var det 30 procent och bland kollektivanställda 16 procent, som ansågs vara långtidsfriska.

Av de friskvårdande åtgärder som finns i verksamheten finns det tydliga skillnader mellan tjänstemännen och de kollektivanställda vad gäller nyttjande; det är främst tjänstemännen som använder sig av det som erbjuds, t ex massage (på arbetsplatsen) och motionsbidrag. Personalchefen anser: ”Allt tyder på att de kollektivanställda bryr sig mindre om sin hälsa ... Jag ser det som en inställningsfråga.”

En annan nyligen införd åtgärd för att öka det friska är att lära personalen kosthållning, vilket bland annat lett till att man bytt lunchleverantör. Vidare har man stegtävling och cykeltävling med priser. Personalchefen: ”Det är det jag ser att vi kan göra för att öka hälsan. Har vi tur kan vi få nån slöflock att göra nåt mer.” Vidare har personalavdelningen tagit fram en ny alkohol- och drogpolicy som stöd för cheferna. Även drogtestar kommer att göras, med syfte att rehabilitera eventuella missbrukare.

Samverkan sker i hög utsträckning med fackföreningar och företagshälsovård. Hälsoprofiler görs med Feelgood (företagshälsoleverantör), vilka också hjälper till med en så kallad ”Frisk- och Riskkommitté”. Där kan man se vilka risker som finns i jobbet och vilka personer som riskerar drabbas av skador. Företaget har också ett samarbete med ett företag som heter NMC, Nordic Mental Corporation, som agerar samtalspartner till enskilda anställda (har psykolog, jurist med flera), det vill säga de har en ”hjälptelefon” dit medarbetare kan ringa vid problem. Företaget står för kostnaden.

Det är i första hand personalavdelningen som arbetar med de förebyggande åtgärderna. Inga specifika förebyggande åtgärder vidtas kopplat till jämställdhetsaspekter.

Särskild sjukförsäkringsavgift anses inte ha haft någon direkt betydelse för att förebygga ohälsa. Man följer dock upp kostnader för hälsokontroller och övrig företagshälsovård, liksom för utbildning av chefer och investeringar i arbetsmiljö. Hittar man brister i arbetsmiljön så åtgärdas detta snarast möjligt – den gamla dåliga arbetsmiljön är bortbyggd vid det här laget, säger såväl chefer som fack.

## Åtgärder kring återgång och rehabilitering

Arbetet kring att åtgärda sjukfrånvaro har intensifierats successivt, från 2002 och framåt. Man har dels ändrat rutinerna och påbörjar nu rehabilitering efter fyra frånvarotillfällen, dels begär man läkarintyg efter första frånvarodagen fr.o.m. när någon varit borta sex frånvarotillfällen under ett och samma år. Vidare diskuterar man de anställdas livssituation, man försöker få de sjukskrivna att arbeta deltid, och generellt förbättra deras arbetsmiljö. Flera intervjuade berättar om olika exempel när långtidssjukskriven personal återkommit i arbete, 2–4 timmar om dagen, ibland kombinerat med omplacering.

Samverkan sker i hög utsträckning med fackföreningar och företagshälsovård, vilket man är mycket nöjd med. Samarbetet med Försäkringskassan upplevs dock som bristfälligt, eftersom de anses ha för lite resurser och kunskap för att rehabilitera på ett bra sätt. När de nya rehabiliteringsreglerna började gälla så hörde Försäkringskassan av sig – numera är det företagets personaladministratör som måste ta kontakt med dem.

Det främsta skälet för cheferna att ta del i det eftervårdande arbetet är att produktionen i sig inte fungerar. De är egentligen inte intresserade av rehabilitering utan överlåter det i huvudsak på personalavdelningen, enligt samstämmiga uppgifter från produktionschefen och personaladministratören. Den sistnämnda menar att personalavdelningens åtgärder med intyg från första sjukfrånvarodagen för den som varit borta sex tillfällen, tillsammans med tidig rehabiliteringsutredning, varit avgörande för att man lyckats få tillbaka fem personer på deltid. Fyra av dessa deltidare är kvinnor. Skälet till att det främst är kvinnor som drabbats av långtidssjukskrivning är att de jobbat på företaget under lång tid, framför allt under den period när det fanns stora brister i arbetsmiljön samt att de haft sämre fysiska förutsättningar att klara det tunga jobbet.

Personalchefen menar dock att många långtidssjukskrivna har sjukdomssymptom som inte har med arbetsplatsen att göra: ”Jag kan inte se att arbetsgivaren skall hjälpa till att betala för folk som inte har drabbats av brister här hos oss, utan som har andra privata problem.”

Särskild sjukförsäkringsavgift anses inte ha haft någon direkt betydelse för att främja återgång i arbete, trots att det lett till ökade kostnader. Viktigare är att man anser sig stå för ett socialt ansvarstagande och känner sina anställda sen många år tillbaka. Man följer dock upp kostnader för vikarier och administration. Man beräknar i högre grad (än före 2005) kostnader för sjuklöner och rehabiliteringsåtgärder.

### Andra effekter

Även om medfinansieringen inte haft någon större betydelse för att förebygga ohälsa och öka återgång i arbete anser personalchefen att den haft andra följder: man tvekar att nyanställa och nyttjar istället bemanningsföretag. Man försöker dessutom att göra sig av med långtidssjukskrivna. I övrigt är man noggrannare vid nyrekrytering, inkluderande hälsoundersökningar och att undvika att anställa exempelvis överviktiga, folk med bristande muskelstyrka med flera.

Vidare anser personalchefen att styrningen och intresset från övriga ledningsgruppen är otillräckligt. VD skulle behöva lyfta upp de frågorna och ”sätta fingret på dem”, då skulle övriga chefer följa efter. Vidare skulle det behövas fungerande medarbetarsamtal.

## Slutsatser

Företagets frånvaroproblem hänger främst samman med den tidigare dåliga arbetsmiljön. Omfattande åtgärder har vidtagits av såväl förebyggande slag som för att främja rehabilitering, vilket bidragit till sjunkande frånvaro. Flera intervjuade ger dock uttryck för att det troligen inte går att ytterligare förbättra siffrorna, med hänvisning till den låga personalomsättningen och den höga medelåldern. Personalchefen anser dock att det går att förbättra om styrningen och intresset för arbetsmiljöfrågor och frånvaro kan öka bland övriga chefer.

Medfinansieringsreformen anses inte ha haft någon större betydelse för åtgärder kring förebyggande och återgång, åtminstone har inte reformens ekonomiska incitament spelat någon avgörande roll. Problemet är snarare förlorade intäkter när många är sjukskrivna och därför inte deltar i produktionen. Däremot tycks reformen ha inneburit andra effekter: försiktigheten har ökat vad gäller nyrekrytering och antalet deltidare har ökat. I övrigt kan konstateras att många förebyggande och rehabiliterande åtgärder har vidtagits men de skulle ha vidtagits i vilket fall som helst; här kan man inte bortse från att medfinansieringen som symbol kan ha påskyndat utvecklingen.

## IT-företaget i snabb tillväxt

Företaget startade 2001 tillsammans med ett börsnoterat marknadsledande IT-företag i Norden. Inriktningen har redan från starten varit att utveckla och leverera ett heltäckande verksamhetsanpassat IT-stöd till hälso- och sjukvården, Svenska kyrkan och ett antal kommuner och landsting. I september 2005 hade företaget 28 medarbetare för att 8 månader senare ha ökat antalet till 50. Företaget söker ständigt nya medarbetare via sin hemsida. Förklaringen till den snabba tillväxten menar ledningen är att det var lågkonjunktur för IT-branschen när företaget startade. Det innebär att det fanns gott om kompetenta IT-specialister på arbetsmarknaden. Det bidrog till att företaget redan från början kunde anställa medarbetare med goda erfarenheter och hög specialisering. Efterfrågan på företagets tjänster steg därför snabbt. Företaget är ett aktiebolag som ägs till drygt hälften av det börsnoterade IT-företaget som har sitt säte i Norge. VD och övriga anställda äger resterande del.

Företaget leds av en VD och fyra teamchefer. Ekonomifunktionen är outsourcad och personalfunktionen sköts av en inhyrd HR-specialist (human relations). Konsulterna i företaget var vid studiens genomförande 25 till antalet medan de som sköter drift och support är 15 personer. Resterande 10 personer säljer företagets tjänster. Det är ett utpräglat mansdominerat företag med relativt låg genomsnittsalder.

Företaget är nystartat och de flesta medarbetare är nyanställda, några långtidssjukskrivningar har inte hunnit uppstå. Sjukfrånvaron handlar uteslutande om korttidssjukskrivning av någon enstaka person. Eftersom varje medarbetare bidrar till stora intäkter varje år blir inkomstbortfallet mycket kännbart om någon skulle bli sjukskriven en längre tid. För att en fortsatt låg sjukfrånvaro i företaget satsas det därför uteslutande på förebyggande åtgärder.

## Förebyggande åtgärder

Sedan några år tillbaka har företaget tecknat avtal med Team HF (Hälsa och Friskvård). Det är ett företag inom hälso- och friskvårdsbranschen som erbjuder ett brett spektrum av hälsorelaterade tjänster som till exempel kostrådgivning, psykologtjänster och naprapattjänster utöver traditionell hälso- och friskvård. Anställda kan anlita dessa tjänster utan att involvera ledningen i företaget. Men om ledningen blir inkopplad försöker respektive teamchef bidra och stötta med problemlösning som

vanligen handlar om att upprätta en handlingsplan. I den problemlösningen kan teamcheferna få råd och stöd av HR-specialisten och av VD. Teamcheferna håller dessutom personalutvecklings-samtal två gånger per år med sina medarbetare, där eventuella problem som kan leda till ohälsa med åtföljande sjukskrivning fångas upp.

Ett led i det förebyggande arbetet är att hålla dialogen igång med alla medarbetare. Varannan vecka samlas de olika teamen för att diskutera det allmänna läget och eventuella problem som måste lösas, vilket även inkluderar ohälsifrågor. Dessutom hålls ett möte med alla medarbetare en gång per månad. Uppkomna problem diskuteras och förslag till tänkbara lösningar ges. I dessa diskussioner ingår också ohälsifrågor. Varje dag samlas dessutom alla som är på kontoret till gemensam fikapaus. Då diskuteras företagets situation och eventuella problem inklusive ohälsoproblem. Genom att uppmuntra till regelbunden dialog försöker ledningen stimulera alla att ta egna initiativ och känna eget ansvar i ohälsifrågorna. Meningen är att medarbetarna själva ska signalera när de behöver stöd eller råd i dessa frågor.

Varje år ger företaget ett friskvårdsstöd på 2000 kronor till varje anställd. Det kan användas till valfria motionsaktiviteter. Dessutom erbjuds gratis vaccination mot förkylningssjukdomar varje höst. Utifrån de diskussioner som förts vid de olika samlingarna och mötena bjuder företaget in olika experter från Team HF för att hålla föredrag. Senast var det en näringsexpert som höll ett föredrag om kostens betydelse för hälsan.

Den inhyrda HR-specialisten ansvarar bland annat för att en personalhandbok skrivs och uppdateras. Av innehåller i den ska det framgå vilka förväntningar man har på varandra i företaget vid exempelvis ohälsa eller sjukskrivning. Eftersom långtidssjukskrivningar är så gott som obefintliga har det inte utvecklats åtgärder kring återgång (inklusive rehabilitering).

## Slutsatser

Då företaget är relativt nystartat har frågan om återgång i arbete i samband med sjukskrivning ännu inte aktualiserats. Förebyggande av ohälsa betraktas i huvudsak som medarbetarna eget ansvar. Medfinansieringsreformen kan därför inte anses ha någon inverkan på vilka åtgärder företaget vidtagit vare sig för att förebygga ohälsa eller för att få sjukskrivna att återgå i arbete.

En synpunkt som framfördes av VD var att reformen tycks utgå från att *alla* ohälsoproblem är arbetsplatsrelaterade. Hans erfarenheter från det tillväxtföretag han leder är att cirka hälften av ohälsifrågorna beror på omständigheter i arbetet och hälften på omständigheter i livet utanför arbetet.

## Livsmedelsföretaget

Företaget startade 1987 genom att två skolkamrater började tillverka vitlöks- och olivinläggningar som de sedan sålde till dagligvaruhandeln. Det blev en lyckosam historia som bland annat bidrog till att företaget byggde ett nytt och större hus år 2004. Framgången förklaras med innovativ produktion och breda kontaktytor. Företagets affärsidé beskrivs som att plocka upp, vidareutveckla och skapa trender inom delikatesser och matlagning. De importerar delikatesser och charkvaror från olika länder i Europa som de säljer vidare till dagligvaruhandeln inom Sverige men tillverkar även egna produkter för försäljning. Sedan 1990 exporterar företaget även sina produkter till tio olika länder i Europa. Företaget omsätter närmare en halv miljard och har totalt 104 anställda enligt den intervjuade personalchefen. Det är ett relativt ungt företag med ung arbetskraft. Me-

delåldern för tjänstemännen är 38 år och för arbetarna 28 år. Företaget har en produktionschef, en lagerchef och en personalchef som alternerar om ansvaret som VD.

Andemeningen i företaget är att anställda ska ta eget ansvar, påverka och bidra till att driva utvecklingen. Titlar, teorier, rapporter och budgets sägs inte imponera på företaget, istället hyllas sunt förnuft och egna initiativ. Det finns en redovisare inom företaget som har överblick över ekonomin men i övrigt belastas inte de anställda med en "massa rapporter, papper och siffror."

Inom produktionen finns ungefär 30 personer, medan lagret har 30 och säljavdelningen 40. Eftersom det inte finns några chefer i egentlig bemärkelse sker inga utvecklingssamtal. Det är eget ansvar för egen utveckling som gäller och det poängteras vid rekryteringen. Inom säljavdelningen och produktionen fungerar det ömsesidiga förtroendet mellan företaget och de anställda medan det inte gör det på lagret.

Sjukfrånvaron är högst bland arbetarna på lagret, medan sjukfrånvaron på säljavdelningen och i produktionen är nästan obefintlig. Lagerpersonalens frånvaro handlar främst om korttidsfrånvaro och ligger på i genomsnitt 8 procent. Det är ett fryslager och beroende på årstid blir växlingen mellan kyla och värme stor. De anställda drabbas ofta av förkylningssjukdomar och dessutom ingår tunga lyft i arbetet vilket ger belastningsskador. För att förebygga den höga sjukfrånvaron vidtas en rad förebyggande åtgärder.

### Förebyggande åtgärder

Det är enbart unga män med en medelålder på 28 år som arbetar i lagret. Enligt personalchefen är de inte motiverade för arbetet vilket innebär att företaget får vidta en rad åtgärder för att få arbetet utfört.

Personalchefen menar att företaget tar sitt arbetsgivaransvar för att arbetsmiljöfrågorna ska fungera på ett tillfredsställande sätt. Då förväntas det att den anställde tar sitt ansvar för att sköta sin hälsa på ett sådant sätt att arbetet kan utföras regelbundet. Till den anställdes förfogande finns tillgång till simhall, massör och naprapat. Företaget står för alla kostnader. Dessutom ges ett träningsbidrag på 1000 kronor per år.

De lageranställda blir tillsvidareanställda efter en provanställning på 3–12 månader. Många av de lageranställda stannar inte kvar så länge att de hinner bli tillsvidareanställda. Den höga personalomsättningen är ett problem för företaget. Därför har en rad åtgärder vidtagits för att försöka minska omsättningen. Om en anställd på lagret varit närvarande hela veckan belönas han med ledig fredag tillsammans med halva arbetsstyrkan. Nästkommande fredag är det den andra halva arbetsstyrkans tur att vara ledig osv. Dessutom ordnas utlottning av attraktiva biljetter till olika evenemang som till exempel konserter och idrottstävlingar. De anställda får dessutom möjlighet att förfoga över en hemdator med fri tillgång till support.

Trots de förebyggande ansträngningar som personalchefen tycker att företaget gör för att de lageranställda ska trivas och vara friska, menar hon att de inte lyckas väcka arbetsmoralen hos dem. De åtgärder som vidtas för att få de lageranställda att minska sin korttidsfrånvaro och återgå i arbete har karaktären av "morot och piska".

### Åtgärder för återgång

Är de anställda korttidssjukskrivna mer än tre gånger under de tre senaste månaderna krävs läkarintyg för att få sin sjuklön. Men företagshälsovården uppföljning av de täta sjukskrivningarna



fungerar inte alltid tillfredsställande enligt personalchefen. För att kunna hantera den täta korttidsfrånvaron gjordes en överenskommelse med Försäkringskassan om att ha kontakt med enbart en handläggare som känner till företagets situation och villkor. Det samarbetet fungerar bra enligt personalchefen och korttidsfrånvaron kan övervakas. När den anställde sjukskriver sig under en längre tid försöker företaget uppmuntra till deltidsnärvaro genom att föreslå lättare arbete på kontoret.

## Slutsatser

Företagets största sjukfrånvaroproblem är korttidsfrånvaro bland lagerpersonalen och man försöker minska denna med hjälp av ”morot och piska”. Medfinansieringsreformen verkar inte ha haft någon inverkan, mer än att ledningen försöker få de anställda att vara närvarande på åtminstone deltid med anpassade uppgifter.

## Hemtjänsten

Under de senaste 100 åren har äldrevården förändrats från fattigvård på institutioner organiserad av en rad olika huvudmän till behovsprövat äldrestöd och hemhjälp med kommunen som ensam huvudman. Hemtjänsten utgör numer en central del av äldrevården i Sverige. Från ett litet antal hemsamariter i mitten på 1900-talet utvecklades ett nytt yrke – hemtjänstassistenten. Under 1990-talet fick hemtjänstassistenterna nya yrkestitlar, antingen som enhetschefer för omvårdnadsgrupper med ansvar för geografiska distrikt eller som biståndshandläggare med ansvar att bedöma rätt till hemtjänst för vård sökande. Enhetschefer har ansvar för hemtjänstpersonal, runt 40 medarbetare var, främst bestående av undersköterskor eller vårdbiträden.

I Göteborgs Stad finns hemtjänsten utspridd i de 21 stadsdelsförvaltningarna där man ger service till totalt 7-8000 vårdtagare:

**Tabell 3.1** Antalet vårdtagare i Göteborg 1999-2004 fördelat på vårdtyngd

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Hemtjänst, antal ärenden	7003	7089	7140	7373	8066 <sup>1</sup>	7294
Lätta (-2,5 tim/vecka)	2595	2645	2763	2953	3530	3512
Medel (2,5 – 6,5 tim/vecka)	1935	1910	1908	1916	2066	1640
Tunga (6,5 tim/vecka)	2473	2534	2469	2504	2470	2142
Antal platser i äldreboende inkl korttid	5819	5930	5909	5897	5817	5600

Alla kollektiva ärenden blir enskilda. Källa: Stadskansliet

Under perioden ökade antalet ”lätta” ärenden, det vill säga de som fick hemtjänst med högst 2,5 timmar/vecka, medan fall som klassificerades som medeltunga och tunga minskade. I tabellen syns ingen tydlig trend mot ett ökat antal vårdtagare. Siffrorna kan förvåna då man utifrån politicy n att äldre skall bo kvar hemma kunde förvänta sig mer vård/service i hemmen för den åldrande befolkningen, både ett ökat antal vårdtagare och en trend mot tyngre vårdtagare.

## Sjukfrånvaro för hemtjänstpersonal i Göteborg

Den genomsnittliga sjukfrånvaron hos de cirka 30 000 anställda i stadsdelsförvaltningarna var år 2004 10,9 procent och 2005 10,6 procent. 75 procent bestod av långa sjukfall över 60 dagar där äldre är överrepresenterade. Kvinnor hade nästan dubbelt så hög sjukfrånvaro som männen, runt 12 jämfört med 6,5 procent. Ungefär 1/4 av all sjukskrivning var på deltid.

Anställda inom hemtjänsten i Göteborgs stad uppvisar dock en sjukfrånvaro som i stort är dubbelt så stor som den genomsnittliga för stadens anställda. Göteborgs Stad publicerar sedan 1999 siffror om sina verksamheter på Internet i något som kallas Balansen där verksamheterna skall redovisa sina resultat utåt. Några intressanta mått om Hemtjänsten i Göteborg redovisas i tabellen nedan:

Tabell 3.2 Frånvaro för hemtjänstpersonal i Göteborg 2000-2006

Frånvaro	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
%	22,8	23,6	21,8	19,8	17,7	16,5	20,5 (nov)

Frånvarostatistik saknas för år 1999, men från en högstanivå 2001 på 23,6 procent år 2001 sjönk frånvaron konstant fram till 2005 då man var nere på 16,5 procent för att fram till november månad 2006 hoppa upp till 20,5 procent. Merparten av frånvaron är långtidssjukfrånvaro, precis som för de anställda i staden som helhet.

### Hemtjänsten i stadsdelen Härlanda

Hemtjänsten i Härlanda, en i många avseenden genomsnittlig stadsdel östra Göteborg med en åldrande befolkning, leds av en äldreomsorgschef och är uppdelad i tre enheter med var sin enhetschef. Hemtjänstpersonal utgörs främst av kvinnor utan någon längre utbildning och med en lite brokig bakgrund med hemarbete och en del ströjobb bakom sig. Det är, när studien görs, relativt lätt att få tag på folk, men de som kan hitta annat arbete stannar sällan särskilt länge. Män är undantag inom hemtjänsten, men rätt många manliga studenter jobbar extra i hemvården. Lönen för en nyanställd är cirka 14 500 kronor i månaden plus tillägg för arbete var tredje helg. Topplönen ligger på 19 500 kronor i månaden

### Arbetsituation för hemtjänstpersonal i Härlanda

I Härlanda stadsdelsförvaltning är det personal- och ekonomiavdelningarna som för statistik över frånvaron, men några närmare beräkningar av vilka ekonomiska konsekvenser som sjukfrånvaron för med sig görs inte. Med ett enkelt telefonsamtal får enhetscheferna veta exempelvis hur stor sjukfrånvaron på enheten är eller hur mycket som inbetalats till medfinansieringen. I Balansen finns följande siffror som gäller hemtjänsten i Härlanda:

Tabell 3.3 Frånvaro för hemtjänstpersonal i stadsdelen Härlanda 2000-2006.

Frånvaro	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
%	19,6	21,0	18,6	19,3	12,6	11,8	19,1 (nov)

Frånvaron för hemtjänstpersonalen i Härlanda var lägre än för staden som helhet. Samma tendens som för Göteborgs hemtjänst i stort kan skönjas med en topp år 2001 för att sedan sjunka och år 2005 vara nere på runt 12 procent för att sedan åter skjuta fart under 2006.

Enhetscheferna i Härlandas hemtjänst hävdar att Härlanda bedriver den billigaste hemtjänsten i Göteborg. Medarbetarna hinner med i genomsnitt 10-14 hembesök per dag hos olika vårdtagare. Alla i hemtjänsten tilldelas ett särskilt ansvar som kontaktperson till ett antal gamla, ett ansvar som innebär att se till att vården totalt sett fungerar för vårdtagaren. Mentalt och socialt skall man ge de gamla mänsklig kontakt, fysiskt skall bostaden hållas ren, ibland ingår tvätt och måltider – man lagar dock inte mat utan värmer bara frysta förpackningar. Ofta har de äldre svårt att röra sig och man får då hjälpa till med förflyttningar. Jobbet blir ibland fysiskt tungt.

Arbetet kräver alltså sitt, både fysiskt och mentalt. Liksom för hemtjänsten i staden som helhet har personalens "kringt看" minskat under senare år. Kringtid är tid för att träffas i grupp, att ta sig mellan vårdtagare, lägga schema, lära upp vikarier etc., Kringtiden var för några år sedan c:a 15 procent av den totala arbetstiden, alltså nästan 6 timmar/vecka, men är idag nere i 3,5 timmar i veckan.

Personalen uppger att vårdtagarna blivit allt sjukare. Det stämmer också med den bedömning biståndshandläggarna gjort. Den genomsnittliga "vårdtyngden" i Härlanda ligger 2006 på 27 timmar i månaden, alltså drygt 6 timmar i veckan vilket motsvarar gränsen för att räknas som tungt "vårdfall".

Biståndshandläggare bestämmer alltså hur många timmar en sökande har rätt att få hemvård. När någon av vårdtagarna dör eller övergår till annan vårdinrättning försvinner också ersättningen, medan personalen tickar lön. Då gäller det för enhetscheferna att antingen få in någon ny vårdtagare med minst lika stort vårdbehov eller att samarbeta med andra stadsdelar om personalutjämning. Detta gör verksamheten rätt svår att planera och skapar en viss otrygghet för personalen – imorgon kanske man arbetar i en annan stadsdel.

Såväl den ökade vårdtyngden som den minskande kringtiden anses ha ökat belastningen på personalen. Hemtjänstarbetet har utvecklats i riktning mot en form av "lean production" med å ena sidan tyngre arbete och å andra sidan mindre utrymme för buffertar av olika slag.

### Sjukfrånvaro och rehabilitering

Sjukfrånvaron på enhet A i Härlanda är belysande. Före hösten 2005 var sjukfrånvaron på enhet A rätt stabil under flera år, runt 8 procent, alltså betydligt lägre än för såväl hemtjänsten i stadsdelen som för staden som helhet. Men hösten 2005 blev plötsligt en hel grupp medarbetare allvarligt sjuka. Sjukfrånvaron på enheten fördubblades och låg våren 2006 på drygt 16 procent. Det gällde sex kvinnor i 50–60-årsåldern som arbetat i hemtjänsten i 15–20 år och under den tiden i princip aldrig varit sjuka. Sjukskrivningarna gällde cancer, hjärtsjukdomar samt muskel- och led-sjukdomar. Samtliga hade trivts på jobbet och sades vara välutbildade och kompetenta inom området.

Efter över ett år som långtidssjuka var det bara en av de sex som fått rehabilitering genom Försäkringskassan. Denna erfarenhet fick enhetschefen att tveka att lägga tid på rehabiliteringsutredningar. En annan duktig medarbetare runt 50 år fick för en tid sedan en mindre stroke. Enligt enhetschefen blev hon först felbehandlad och sedan fick hon vänta 8 månader på rehabilitering. Skadan förvärrades efter hand, vilket slutade med att medarbetaren fick sjukersättning utan tidsbegränsning. Enhetschefen tvingades då avskeda henne, vilket förbättrade frånvarostatistiken. Det finns alltså en utbredd kritik mot såväl sjukvårdens som Försäkringskassans sätt att hantera – eller snarare inte hantera – vård- och rehabiliteringsfall.

Av de sex som blev långtidssjuka hösten 2005 har hälften börjat eller skall börja arbeta när studien görs, varav ett par på deltid. Normalt sätts deltidare på lättare uppgifter, vilket ökar tyngden för dem som arbetar heltid. Det är dock svårt att hitta "lätta" uppgifter hos vårdtagarna och lösningen blir ofta att ge deltidsarbetande dubbelt så lång tid än vad som anses normalt för omsorgsarbete. Det sliter i budgeten.

Korttidssjukskrivningar är relativt begränsad, den står för ungefär 1,5 procent av enhetens totala arbetstid. Kortfrånvaron uppges bero på vanliga åkommor – förkylning, maginfluensa och liknande. Ett litet antal medarbetare korttidssjukskriver sig ofta. Chefen ser det som effekten av

multiproblem – ont i nacken, sociala skäl, situationen hemma, jobbet, hälsoproblem, livssituation. Följden av diagnosen blir att arbetsgivaren ser frånvaron som svår att åtgärda.

Det finns också medarbetare som arbetar fast de har ont och som troligen kommer att sjukskrivas i framtiden. Då det rör sig om lågbetalt arbete tar en del hellre ut semesterledighet då de är sjuka, eftersom de inte anser sig ha råd att gå sjukskrivna. Det innebär i sin tur att semestern krymper ihop. Fyra, fem medarbetare i åldern 27–45 år säger sig ha konstant ont i nacke, axlar och armar. När någon klagar över exempelvis smärtor i nacken blir standardlösningen tre behandlingar hos sjukgymnast, någon annan egentlig rehabilitering förkommer inte. Idealet, enligt enhetschefen, hade varit regelbunden träning på arbetstid, men regler och budget tillåter inte det.

Enhetschefen anser att långtidssjukskrivna och de frekvent korttidssjukskrivna är ett stort problem ur två aspekter. Dels mår de sjukskrivna inte bra och får lägre inkomster och dels drabbas verksamheten ekonomiskt med följd att chefer får en allt tuffare budget samtidigt som vårdtyngden för de icke sjukskrivna ökar. Verksamheten drabbas av ökade kostnader, förutom lön till vikarier, också kostnader för sjukersättning till de sjukskrivna. Enhetschefernas kunskaper om vad frånvaron kostar är dock inte så utvecklad. Man rapporterar bara längden på sjukskrivningarna. Den relativa okunskapen motiveras främst med att man ändå inte har möjligheter att påverka frånvaron, då man saknar resurser för rehabiliterande och förebyggande insatser.

### Förebyggande arbete

Fram till 1980-talet gjorde företagshälsovården en bedömning av hälsoläget och förutsättningarna att klara jobbet när någon skulle anställas. Under högkonjunkturen på arbetsmarknaden blev det svårt att rekrytera folk och de som sökte fick oftast anställning. Nu rekryteras folk stegvis, en rekryt börjar i liten skala med att rycka in och ökar sedan på för att efter en provotid erbjudas heltidsanställning om allt fungerar tillfredsställande. Flertalet anställs på rekommendationer från redan anställda. Det rör sig om personer med stor livserfarenhet, de är ofta lågutbildade men bedöms vara dugliga och kompetenta. De som tycks ha dåliga förutsättningar, exempelvis svag rygg, avråds då risken är stor att de kommer att bli sjukskrivna och kanske få livslånga men av arbetet.

Företagshälsovården anlitas ofta. Både hälsoundersökningar och sjukgymnastik köps in vid behov. Alla som anställs i hemvården i Härlanda får som förebyggande åtgärd utbildning i arbetsteknik, exempelvis vilka hjälpmedel i hemmiljö som finns och hur man flyttar funktionshindrade på ett säkert sätt. Sådan kunskap är grundläggande för både vårdgivarnas fysiska hälsa som vårdtagarnas säkerhet. I övrigt finns ingen budget för förebyggande arbete. Åtgärder inskränks till att mer generellt ge medarbetarna stöd och kompetensutveckling, exempelvis i form av föreläsningar om förebyggande åtgärder.

### Synen på medfinansieringsreformen

Frånvarostatistiken för hemtjänsten i Göteborgs Stad talar knappast för att medfinansieringsreformen skulle ha haft någon avgörande effekt fram till halvårsskiftet 2006 för att minska frånvaro, förbättra rehabilitering och förebyggande hälsoarbete när det gäller hemtjänstpersonal i Göteborg. Om siffrorna i tabellerna är någorlunda riktiga kan man anta att hemtjänsten brottas med problem som har med själva arbetet att göra, vilket i sin tur gör att reformer med ekonomisk-rationell logik inte får avsedd effekt, åtminstone inte på kort sikt.

Enhetschefen betraktar den plötsliga ökningen av långtidssjukskrivna som ett resultat av ett hårdnande klimat för hemtjänstpersonalen. Det kan verka som att de långtidssjukskrivnas sjuk-

domar inte har mycket med arbetet att göra, men chefen är övertygad om att det finns ett samband. Alla i gruppen som drabbades av allvarliga sjukdomar har fungerat bra under årtionden, men till slut tar en alltför hård press på arbetet ut sin tribut, resonerar chefen. De långtidssjukskrivna själva sägs ställa samma diagnos.

Enhetscheferna i Härlandas hemtjänst upplevde att reformen förvärrade situationen genom att öka kostnaderna för sjukfrånvaro utan att ge möjligheter att minska ohälsan. Reformen ledde helt enkelt till något mindre pengar i budgeten, men knappast något annat. För enhet A till exempel, uppgav enhetschefen att sänkningen med 0.24 procent av arbetsgivaravgiften endast gav tillbaka 54 kronor i månaden per anställd. Härlandas ekonomiavdelning räknar med att för enhet A gav reformen totalt ett minus på 37 000 kronor i kassan för 2005, en i och för sig marginell utgiftsökning.

Är sjukfrånvaro egentligen arbetsgivarnas fel och därmed ansvar? Enhetscheferna ger inget enkelt svar på frågan. Å andra sidan sägs hälsa vara ett personligt ansvar för var och en att sköta. Å andra sidan sägs arbetet orsaka ohälsa. Hemtjänst är ett arbete där man vårdar sjuka – för vårdtagarna måste betraktas som sjuka och i vissa fall som döende – vilket innebär en press i sig som på sikt påverkar hälsotillståndet. Det finns en övertygelse om att de sjukdomar som de långtidssjuka drabbats av har ett samband med deras arbete, framför allt att stressen och tyngden i arbetet ökat under senare år.

## Slutsatser

Hemtjänsten är en av de verksamheter som uppvisar den högsta sjukfrånvaron av alla i svenskt arbetsliv. Det är en verksamhet som domineras av lågutbildade kvinnor och arbetet kan beskrivas som fysiskt och mentalt slitsamt, relativt ensamt och "fritt". Utrymmet för satsningar på rehabiliterande och förebyggande insatser förefaller mycket begränsat. Med så höga sjukfrånvarotal ger medfinansieringsreformen relativt påtagliga negativa ekonomiska konsekvenser också på enhetsnivå. Så länge reformen varade verkade dock inte reformen leda till ökade resurser för ohälsöförebyggande och rehabiliterande arbete eller mer effektiva metoder för frånvarobekämpning.

## Kungälv's sjukhus

Kungälv's sjukhus ingår i Västra Götalandsregionens sjukvård och är ett akutsjukhus som även bedriver specialistvård. Det har akutmottagning för internmedicin, kirurgi, ortopedi, geriatrik och psykiatrisk öppen- och slutenvård för både vuxna, barn och ungdomar. I samarbete med Sahlgrenska Universitetssjukhuset bedrivs specialistmottagningar för ögon-, öron- näs- och halssjukvård och för kvinnosjukdomar. På sjukhuset finns jourcentral för primärvård och tandvård. Sjukhuset är även ansvarigt för Västra Götalandsregionens ambulanstransport där helikopter krävs. Det är ett fristående sjukhus vars politiska styrelse är gemensam med Frölunda specialistsjukhus. Sjukhuset har i uppdrag att ta hand om såväl akutvård som planerad vård för invånare i kommunerna Kungälv, Stenungsund, Tjörn och Ale, vilket motsvarar drygt 100 000 invånare.<sup>8</sup>

Sjukhuset har de senaste åren haft positiva ekonomiska resultat, som år 2005 var bättre än något tidigare år (14,4 mkr med en budgetomslutning på cirka 650 miljoner). Kungälv's sjukhus har under 2005 tagit emot 5 procent fler patienter på akutmottagningen än tidigare och genomfört fler

---

<sup>8</sup> Enligt SCB per den 30 september 2006, [www.scb.se/templates/tableOrChart\\_\\_\\_\\_167883.asp](http://www.scb.se/templates/tableOrChart____167883.asp), 070110

operationer totalt. Den samlade basproduktionen ligger 5 procent över beställd DRG-volym<sup>9</sup>. Antalet vårdtillfällen var också högre inom alla kliniker än tidigare år. Värdet av produktionen enligt grundöverenskommelsen översteg ersättningstaket med 9 miljoner kronor. Sammantaget har sjukhuset idag ett stabilt ekonomiskt läge, vilket enligt årsredovisningen för 2005 bland annat kommer att användas till att förbättra arbetsmiljön.

Det finns på sjukhuset sju kliniker och fyra stödenheter vars verksamhet är samlad inom sjukhusets lokaler, undantaget psykiatriska kliniken som har öppenvårdsenheter i kommunerna. Under perioden 2000 till 2005 har antalet anställda ökat med knappt 12 procent och sjukhuset hade år 2005 drygt 1200 anställda - läkare (11 procent), sjuksköterskor (36 procent), undersköterskor (27 procent) och paramedicinsk personal som arbetsterapeuter, kuratorer, logopedier, psykologer, sjukgymnaster med flera (7 procent), administrativ personal (13 procent) och ekonomi/transport (6 procent). Under perioden har det varit svårigheter att rekrytera specialutbildade sjuksköterskor och läkare till bland annat psykiatrin samt tillfällig personal för att täcka sjukfrånvaro och olika tjänstledigheter.

Personalomsättningen var perioden 2000-2005 mellan 3,3 procent och 6,7 procent och förklaras främst av pensionsavgångar. Medelåldern var 2005 45 år och andelen kvinnor 86 procent, vilket inte förändrats i någon större utsträckning sedan år 2000. Andelen deltidsanställda är relativt konstant och låg år 2005 på 31 procent. Antalet ofrivilligt deltidsanställda har minskat genom olika insatser.

## Sjukfrånvaro

Beroende på vilket tidsperspektiv som man använder har sjukfrånvaron minskat respektive ökat. Sedan år 1998 har sjukfrånvaro ökat betydligt för att minska efter år 2003. Denna utveckling följer i stort den nationella utvecklingen av sjukfrånvaron. När sjukfrånvaron ökade i början på 2000-talet blev det även en signal för ett mer omfattande och ingående samtal kring insatser och åtgärder. Man började helt enkelt mobilisera för olika åtgärder som skulle motverka utvecklingen: satsade på friskvård, tittade närmare på utsatta grupper, påbörjade ett strategiskt policyarbete och tog fram hälsoplaner på olika avdelningar. Vidare blev man ett "Tobaksfritt sjukhus" och ett "Hälsofrämjande sjukhus", vilket bland annat innebär att man ingår i ett av, Världshälsoorganisationen (WHO) internationellt nätverk, i syfte att placera sjukfrånvaron i ett större sammanhang. Det innebär att sjukhusledningen ser sjukhusets verksamhet i en vidare roll än tidigare som innebär att man blir mer hälsoorienterade och vara en hälsoresurs för lokalbefolkningen.

**Tabell 3.4** Sjukfrånvaron på Kungälv's sjukhus räknat i antalet kalenderdagar/anställd

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
< 28 dagar								
kvinnor				6,1	6,3	5,7	5,9	6,0
män				3,9	3,7	3,7	2,6	3,9
totalt				5,8	6,0	5,5	5,5	5,7
> 28 dagar								
kvinnor				23,3	28,1	31,6	29,1	24,5
män				5,8	7,7	9,2	12,3	8,6
totalt				21,0	25,7	28,7	27,0	22,3
TOTALT	19,8	22,8	25,9	26,8	31,7	34,2	32,5	28,0

<sup>9</sup> DRG står för Diagnos Relaterade Grupper och är en metod som grupperar patienter efter medicinska kriterier och resursåtgång. Det är ett system för så kallade sekundär patientklassificering. Genom att vårdtillfällen på sjukhuset delas in i ett relativt litet antal grupper får man ett instrument för mer överskådlig verksamhetsbeskrivning.

Sjukfrånvarostatistiken visar att den korta sjukfrånvaro har varit ungefär densamma under hela 2000-talet vad det gäller män, kvinnor och totalt. Däremot har den långa sjukfrånvaron en puckel år 2003 om vi tittar på kvinnor och totalt, medan den ligger på topp 2004 för männen för att därefter minska. Kvinnorna har också en klart högre sjukfrånvaro än männen vad gäller speciellt den längre frånvaron.

Sjukfrånvaron har, enligt sjukhusets egen beskrivning, stora skillnader mellan olika yrkesgrupper, arbetsplatser, anställningens omfattning och mellan könen. Däremot kan man se att sjukfrånvaron under perioden 2000–2005 minskat på alla enheter och avdelningar fast i olika omfattning. Det finns exempel på verksamhetsområden som har minskat mellan 3 och ända upp till drygt 14 dagar per anställd.

En stor andel av den totala sjukfrånvaron, cirka 75 procent, kan tillskrivas en grupp långtidssjukskrivna med mer än 90 dagars frånvaro. Det är även så att av gruppen långtidssjukskrivna är flertalet deltidsanställda. I samverkan med Försäkringskassan har dock insatser för att rehabilitera långtidssjukskrivna gett resultat. Antalet sjukdagar har i genomsnitt minskat med 4,5 dagar per anställd under 2005 och totalt 6 dagar sedan 2004.

**Tabell 3.5** Sjukfrånvaron på Kungälv's sjukhus räknat i procent (antal dag/anställd i förhållande till antal kalenderdagar), inklusive särskild sjukersättning

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Kvinnor	7,6	8,1	9,5	10,2	9,4	8,8
Män	3,4	2,7	3,2	3,5	4,2	3,9
Totalt	7,1	7,5	8,7	9,4	8,8	8,1

Trots att antalet sjukdagar minskar ökade sjuklönekostnaderna för sjukhuset med cirka 1,2 miljoner mellan 2000 till 2005. Ökningen per år har inte varit mer än drygt 100 000 kronor bortsett från mellan åren 2001 och 2002, samt 2003 och 2004.

**Tabell 3.6** Sjuklönekostnader för Kungälv's sjukhus

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Sjuklönekostnader	3,0	3,1	3,6	3,7	4,0	4,2

Kostnadsökningen ökning mellan 2001 och 2002 är relaterad till högre sjukfrånvaro medan kostnadsökningen mellan 2003 och 2004 är beroende av införandet av den tredje sjuklöneveckan. Den mindre kostnadsökningen mellan 2004 och 2005 beror främst på högre lönenivåer. Den extra kostnaden för den särskilda sjukförsäkringsavgiften för heltidssjukskrivna anser sjukhuset kompenseras av de lägre sociala avgifterna.

## Förebyggande åtgärder/friskvård

Uppmärksamheten kring arbetsmiljöfrågor och sjukfrånvaro är ingen ny företeelse på sjukhuset. Det förebyggande arbetsmiljöarbetet, friskvårdinsatser och insatser mot sjukfrånvaro har under flera år uppmärksamats genom utredningar, analyser och olika satsningar för att komma tillrätta med arbetsmiljön inom sjukhuset. Exempelvis gjordes ett genomgripande arbete kring jämställdhet och arbetsmiljö. Man anställde en projektledare som genom bland annat djupintervjuer kunde visa att det fanns mycket som inte stod rätt till vad gällde arbetsmiljöfrågor i ett brett perspektiv, till exempel vad gäller makt, hierarki och samarbete mellan olika yrkeskategorier. Detta blev enligt Kungälv's sjukhus en signal att ta tag i arbetsmiljön. Ett 40-tal arbetsplatser började arbeta med jämställdhet och arbetsmiljö. Man tog fram ungefär tjugo lokala jämställdhetsplaner som handlade om friskvård och arbetsmiljö och vad personalen såg som viktigt, kopplat till olika villkor för

män och kvinnor. Ur det här växte det även fram ett arbete kring en läkargrupp. När sedan det så kallade AFA-programmet introducerades blev det en fortsättning på det arbete som redan hade påbörjats.

AFA-satsningen startade under 2003 och planerades att pågå i minst fem år. Målen för att medverka i satsningen var flera: förbättra arbetsmiljön, bli en attraktiv arbetsplats, öka delaktigheten för de anställda i arbetsmiljöarbetet, utveckla arbetsmiljöstrategier etcetera.

Personalavdelningen har sedan AFA-arbetet påbörjades anställt en hälsopedagog vars uppgift har varit att uppmärksamma och driva på arbetsmiljöarbetet. Det finns två sjukgymnaster på 50 procent för de anställda. De genomför hälsosamtal och utför behandling. Inom sjukhuset har också ungefär 40 hälsoinspiratörer utbildats på olika avdelningar och enheter.

Under perioden har även ett flertal friskvårdsinsatser utvecklats eller stärkts som till exempel motions- och styrketräning, stavgång, rökavvänjning, hälsosamtal, hälsoseminarier med mera. Personalen har även en så kallad friskvårdshalvtimme per anställd och vecka samt friskvårdscheck som man kan använda vid träning på fritiden. Utöver det erbjuds såväl chefer som anställda olika former av utbildning och stöd för att arbeta i linje med AFA-satsningen och "Hälsofrämjande sjukhus". För chefer har det bland annat handlat om metodutveckling och handledningsstöd vid rehabilitering av anställda. För kvinnliga medarbetare har bland annat erbjudits en cirkelutbildning under ett år (HAK – Hälsa, Arbets- och Kvinnoliv) med syfte att stärka självkänslan, motarbeta stress och förbättra hälsan. Överhuvudtaget har sjukhuset satsat på en mängd olika aktiviteter och insatser. AFA-arbetet har blivit den struktur som håller ihop sjukhusets arbetsmiljöarbete

Kostnaderna för förebyggande insatser och friskvårdsinsatser har finansierats främst ur ordinarie budget, men en del medel har även tillkommit från regionen centralt och från andra möjliga källor som medel till avgränsade insatser. I samband med att regionen år 2000 satsade 160 miljoner kronor extra på arbetsmiljöarbetet fick sjukhuset del av dessa pengar. AFA-satsningen innebar att man avsatte 1,5 miljoner kronor till det arbetet varje år. Utöver det har man sökt och fått externa medel på cirka två miljoner till olika insatser.

## Rehabilitering och återgång

Sjukfrånvaron har som synes ovan minskat från 2003 och framåt. Ledningen vill gärna tro att det beror på vidtagna åtgärder och att man numera jobbar aktivt med att hantera kort och lång frånvaro. Det finns dock stora skillnader mellan olika enheter. Vissa ställen har en hög åldersstruktur som är svår att förändra, vilket inneburit många återkommande fall och långtidssjukskrivning. En av de värst drabbade enheterna, Städ, arbetar dock mycket aktivt med åtgärder av såväl förebyggande som rehabiliterande art.

De problem som förekommer handlar om bland annat om förslitningar, belastningsskador och stress. Exempel ges hur en utmattning kombinerats med att ha ont i en höft, vilket resulterat i sjukskrivningar på många år. Ofta kombineras det arbetsrelaterade med privata skäl. Långtidsfrånvaron kan hänga samman med att man inte har reagerat i god tid, enligt Kungälvssjukhus. Varje instans kan ha gjort vad de skulle men det har inte kommunicerats och synkroniserats på rätt sätt. Dessutom hade Hälsan & Arbetslivet nio olika läkare under ett års tid. Detta har nu förbättrats.

Vidare har det noterats att deltidsanställda har haft högre sjukskrivning än heltidare, enligt sjukhuset, som också konstaterar att det kan här finnas ett samband med minskad delaktighet och svårigheter att påverka sin arbetssituation.



Vad gäller korttidsfrånvaron så är problemet att identifiera den frånvaro som “inte skall finnas” – det har bildats en slags kultur som behöver bearbetas ytterligare. Korttidssjukfrånvaron har dock gått ner, bland annat tack vare samtal. Samtidigt finns det en grupp som borde ha varit hemma mera, och det är de med influensa, magsjuka, huvudvärk med mera som kan ha behövt en dag till för att återhämta sig.

Vid sjukskrivning ringer den sjuke till sin arbetsledare som noterar frånvaron. Rehabiliteringsutredning görs senast efter fyra veckor, vilket närmaste chef ansvarar för. Genom avtal med Hälsan & Arbetslivet har de anställda tillgång till sjukgymnast vid rehabilitering. Man har även tillgång beteendevetare och läkare. Vid långtidssjukskrivning skall närmaste chef höra av sig till den sjuke, såvida inte denne själv hör av sig. Det är sällan någon inte har kontakt, men det händer att chefen inte tar sitt ansvar (“det är inte 100-procentigt”). En del chefer tycker att arbetet är tungt; de känner sig okunniga eller tycker det är jobbigt att ge sig in på sådant som kan upplevas som integritetskränkande. Därför behöver dessa chefer stöd från personalavdelningen.

Vidare för personalavdelningen ut budskapet att rehabilitering måste påbörjas tidigt, vilket man bland annat motiverar med att det kostar pengar. Det är dock inga pengar som syns i de lokala budgetuppföljningarna.

Sjukhuset försöker få tillbaka de sjukskrivna så snabbt som möjligt på viss tjänstgöringsgrad. Man insåg tidigt fördelen med att kunna rehabilitera på deltid, vilket innebar många fler deltidssjukskrivna. Tidigare fanns väldigt få. Läkarintygen skrivs nu på ett annat sätt samtidigt som de sjukskrivna själva blivit mera medvetna om att sjukskrivning inte innebär att man måste avstå från arbete helt och hållet. Dessutom har sjukhuset avsatt extra medel för att ge deltidare möjlighet att gå upp i tid.

Läkarna sjukskriver inte för “vad som helst” idag, bland annat beroende på nya regler från Försäkringskassan. Det har även lett till att personer som varit sjukskrivna i många år plötsligt blivit “friska”, intygar flera chefer. Det har inte alltid varit lätt att hitta arbetsuppgifter till dessa personer.

En del av rehabiliteringsarbetet görs tillsammans med Försäkringskassan samt Hälsan och Arbetslivet; bland annat i samarbetet med att använda SASSAM-kartor<sup>10</sup> där var och en, inklusive arbetsgivaren, gör sin SASSAM-karta. Dessa kartor har hittills inte varit synkroniserade, men nu har arbetet påbörjats med att utse någon som håller ihop arbetet – oftast blir det personalspecialisten som är spindeln i nätet.

## Sammanfattning

Många åtgärder har vidtagits av både förebyggande och rehabiliterande slag. Det finns ett inslag av att man för sjukhusledningens sida försöker se sjukfrånvaro i ett större perspektiv där man även väger patientperspektivet genom bland annat satsningen på “hälsofrämjande sjukhus”. Det visar även sjukhusets tidigare satsningar på att koppla ihop frågor om jämställdhet och arbetsmiljö.

Överhuvudtaget sker många olika insatser som både är direkt riktade mot att minska sjukfrånvaro och indirekt för att öka personalens välbefinnande på arbetsplatsen. Förbättringar har skett,

---

<sup>10</sup> SASSAM står för Strukturerad Metodik för Sjukfallsutredning och SAMordnad rehabilitering och är en metod för bedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov hos sjukskrivna utifrån den enskilde individens behov.

men de långsiktiga förändringarna går ännu inte att helt överblicka även om sjukfrånvaro går ner. Det kan diskuteras vilken betydelse den egna organisationens åtgärder har haft eftersom sjunkande sjukfrånvaro är en trend i hela samhället oavsett bransch, men symboliskt har den breda paletten av förebyggande insatser förmodligen en stor betydelse.

Medfinansieringsreformen har i praktiken inte haft något större genomslag på sjukhusets arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete, mer än att det kommer viktiga signaler uppifrån att prioritera dessa frågor. Ekonomin kring särskild sjukförsäkringsavgift hanteras på regional nivå. Sjukhuset gör inga ingående ekonomiska kalkyler kring kostnader för sjukfrånvaro eller rehabiliteringsinsatser. Däremot har man konstaterat att den särskilda sjukförsäkringsavgiften kompenseras av den lägre sociala avgiften.

## **Folktandvården Göteborg**

Folktandvården Göteborg är ett av åtta områden inom Västra Götalandsregionens primär- och tandvårdsförvaltning. Ungefär 95 procent av barnen och 50 procent av de vuxna i Västra Götaland är patienter hos folktandvården. Verksamheten regleras genom tandvårdslagen från 1985 som föreskriver att Västra Götalandsregionen har vårdansvar för barn och ungdomar i åldrarna 0-19 år. I regionens folktandvård ingår allmäntandvård, sjukhustandvård och specialisttandvård. Regionen har även ansvar för specialisttandvård och planeringsansvar för all tandvård inom regionens kommuner. Tandvården är intäktsfinansierad och är konkurrensutsatt, vilket framför allt märks i andelen vuxenpatienter.

Under 1990-talet hade Folktandvården anställningsstopp och en låg personalomsättning till följd av den ekonomiska situationen. Det innebar bland annat att medelåldern bland personalen ökade. I samband med bildandet av Västra Götalandsregionen förbättrades Folktandvården Göteborgs ekonomi samtidigt som beslutsvägarna ansågs bli längre.

Folktandvården Göteborg har 36 olika arbetsplatser fördelat bland annat på allmäntandvård en klinik för akuttandvård, kliniker för specialisttandvård som är lokaliserade till odontologen och en studentklinik i samarbete med Göteborgs Universitet. De var år 2005 knappt 1100 medarbetare anställda fördelade på arbetsplatser. Av de anställda var 33 procent tandläkare, 37 procent tandsköterskor, 9 procent tandhygienister och 21 procent administratörer. Kvinnor dominerar verksamheten.

Under perioden 2000 till 2005 har antalet anställda ökat med knappt 17 procent och det är framför allt fram till 2003 som det var en nettoökning. Personalomsättningen har under perioden pendlat mellan 4 procent och 5,3 procent. Det är framför allt tandläkarna som byter arbetsgivare. Andelen heltidsanställda har också ökat något under perioden från drygt 73 procent 2001 till 77 procent 2005. Medelåldern har ökat något från 46,7 år till 48 år samma period.

## **Sjukfrånvaro**

De senaste åren har Folktandvården genomfört en hel del satsningar för att få ner sjukfrånvaron i verksamheten. Målsättningen är inte bara att minska sjukfrånvaro, utan minska heltidssjukfrånvaron, det vill säga få tillbaka medarbetare minst i deltid och att även öka den så kallade frisknärvaron, det vill säga öka antalet anställda som inte har någon sjukfrånvaro. Mer specifikt är målsättningen att minska sjukfrånvaron per anställd med 3 dagar under 2006. Det är en viktig fråga när det gäller att ha en fungerande verksamhet, enligt biträdande personalchefen. En verksamhet där många medarbetare är borta är ett tecken på att det inte står rätt till.

Förvaltningens egen beskrivning är att sjukfrånvaron har stigit från 1990-talet fram till år 2002. Därefter visar statistiken att sjukfrånvaron minskar även om det var en mindre ökning mellan 2004 och 2005. Fördelat mellan kvinnor och män har kvinnorna en betydligt högre sjukfrånvaro.

**Tabell 3.7** Sjukfrånvaron på Folk tandvården Göteborg räknat i antalet kalenderdagar/anställd

	2001	2002	2003	2004	2005
Kvinnor	29,2	31,9	30,2	27,9	27,4
Män	16,1	15,5	15,9	12,7	16,7
<b>Totalt</b>	27,9	28,7	27,7	25,3	25,6

Det som finns bakom dessa sjukfrånvarosiffror är bland annat att allmäntandvården hade en betydligt större sjukfrånvaro (29,4) år 2003 än specialisttandvården (22,0). Därefter har allmäntandvården minskat sin sjukfrånvaro till år 2005 (22,05) medan specialisttandvården har ökat sin sjukfrånvaro (23,87). Det är framför allt långtidssjukfrånvaron som ökat.

En jämförelse av sjukfrånvaron mellan olika personalkategorier visar att framför allt tandläkarna har en låg sjukfrånvaro i förhållande till tandsköterskor och tandhygienister. Både tandläkare och tandsköterskor har minskat sin sjukfrånvaro medan tandhygienister har haft en motsatt utveckling. Arbetsituationen ser olika ut för olika personalkategorier, vilket kan vara en förklaring, enligt biträdande personalchefen. Det är en speciell situation där en tandläkare och en tandsköterska jobbar i team. Tandsköterskan är på det sättet styrd av tandläkarens arbetsvardag och kan inte påverka flödet i stort, även om hon/han har vissa arbetsmoment som man gör självständigt.

**Tabell 3.8** Sjukfrånvaron på Folk tandvården Göteborg för olika personalkategorier

	2002	2003	2004	2005
Tandsköterskor	36,81	32,3	28,8	28,75
Tandhygienister	21,07	28,3	27,5	28,07
Tandläkare	23,03	24,5	19,6	19,32

En jämförelse mellan den korta och den långa sjukfrånvaron visar att kort sjukfrånvaro ökar något medan lång sjukfrånvaro har minskat från år 2002 till år 2004 men ökat något, om än marginellt, år 2005.

**Tabell 3.9** En uppdelning mellan lång och kort sjukfrånvaro på Folk tandvården Göteborg

	2002	2003	2004	2005
<28 dgr	5,0	5,0	5,2	5,4
>28 dgr	24,3	22,7	20,1	20,2
Totalt	29,3	27,7	25,3	25,6

Folk tandvården egen beskrivning av långtidssjukskrivningarna visar att andelen långtidssjukskrivna med arbetsrelaterade besvär under perioden 2002–2005 var mellan 40 och 50 procent, för de andra långtidssjukskrivna var besvären inte arbetsrelaterade. Det finns även en annan tendens och det är att stressrelaterade besvär har blivit vanligare orsak till sjukfrånvaro än belastningsskador. En uppskattning som förvaltningen gjorde i april 2006 visar att av antalet långtidssjukskrivna var 68 procent hänförliga till i huvudsak psykiska besvär och 32 procent till somatiska besvär.

Förvaltningen beskriver även andelen anställda utan någon sjukfrånvaro alls. Beskrivningen visar att det år 2003 var 36 procent, 2004 var det 35 procent och 2005 var det 31,1 procent som inte hade någon sjukfrånvaro. Tendensen är med andra ord att andelen anställda utan någon sjukfrånvaro minskar. Eftersom den totala sjukfrånvaron minskar under samma period innebär det förmodligen att det som är sjukfrånvarande har fler tillfällen eller är kortare frånvarande än tidigare.

Statistiken visar att sjukfrånvaron är på väg ner även om det är små förändringar i den totala sjukfrånvaron. Samtidigt visar specialisttandvården på en motsatt trend liksom utvecklingen för tandhygienister. Det är med andra ord ingen entydig bild av sjukfrånvaron och den har inte gått ner den i takt man har önskat, vilket biträdande personalchefen påpekar. Trots satsningar på förebyggande arbete och friskvård sker inte förändringar så radikalt eller snabbt som man önskar. Det visar att sjukfrånvaron är mer komplex än vad man trott och innehåller förmodligen aspekter av jämställdhet och livsstil.

Sjuklönekostnaderna för perioden 2001 till 2005 har ökat med ungefär 43 procent, från 2,9 miljoner kronor till 4,2 miljoner kronor. Den största ökningen skedde år 2003 med nästan 23 procent. Ett avgörande skäl för det var det utökade arbetsgivaransvaret vid sjukskrivning med en tredje vecka. Därefter har sjuklönekostnaderna inte minskat trots att sjukfrånvaron minskar.

**Tabell 3.10** Sjuklönekostnader för folktandvården Göteborg

	2001	2002	2003	2004	2005
Sjuklönekostnader	2,9	3,2	3,9	4,1	4,2

Förvaltningens kostnader för medfinansieringsreformen har för år 2005 varit 588 000 kronor för den särskilda sjukförsäkringsavgiften (15 procent av sjuklönen). På samma gång har den sänkta arbetsgivaravgiften (0,24 procent) inneburit en besparing på 761 000 kronor, vilket har givit förvaltningen ett överskott på 173 000 kronor.

### Förebyggande åtgärder/friskvård

Folktandvårdens arbete med att förbättra arbetsmiljön med systematiska åtgärder har pågått sedan slutet på 1990-talet. Arbetet har skett genom regelbundna personalenkäter och handlingsplaner varefter arbetsmiljömål har formulerats med utgångspunkt från enkätsvaren. Det fanns med andra ord ett systematiskt arbetsmiljöarbete redan innan arbetet med Systematiskt arbetsmiljöarbete, enligt AFA startade år 2003.

Under 2004 började sju kliniker arbeta enligt SAM. Ett arbete som bland annat startade med att personalen på varje klinik erbjöds besvara enkäten om sin arbetsmiljö samt en hälsokontroll med provtagning som genomfördes av företagshälsovården ute på arbetsplatserna. Därefter genomfördes en andra omgång av enkäten år 2005 för specialisttandvårdens övriga kliniker och en tredje omgång för allmäntandvårdens övriga kliniker samma år. Det är planerat ett fjärde tillfälle till våren 2007 för all personalen. Vid varje tillfälle har resultatet redovisats till varje anställd och på avdelnings- och förvaltningsnivå. Arbetet inleddes dock med en kartläggning och nulägesbeskrivning av Folktandvårdens verksamhet och arbetsmiljöarbete. Enkätresultaten pekade framför allt på två områden, dels att medarbetarna hade mindre inflytande över sitt arbete och sin arbetssituation än de önskade, dels att åtgärdsområde för bättre hälsa var nack-/ryggbesvär och stress. Handlingsplaner och målbeskrivningar på klinik- och förvaltningsnivå formulerades därefter.

Resultatet har bland annat inneburit att man har utökat och förstärkt en mängd friskvårdsinsatser såsom utbildning i hälsa och livsstil till samtliga anställda, stresshanteringsgrupper, sömnskola, årlig översyn av ergonomin på samtliga behandlingsrum eller motsvarande, utbildning i alkohol och drogfrågor till samtliga anställda, sluta-röka-kurs, program med Viktväktarna och att en del pausgympatillfällen ersatts med avslappningsövning. Det finns även en del insatser för att öka inflytandet för personalen genom arbetsplatsträffar, medverkan i ledningsgruppen med mera.

När det gäller friskvårdsinsatserna är det ofta individer som redan tränar som nyttjar dem enligt biträdande personalchefen. Förvaltningen har friskvård på arbetstid och en del av den friskvården är pausgymnastik och avspänning som sker på arbetsstället. Man har pausgympaledare på varje arbetsplats. Pausgympaledarna får utbildning kontinuerligt via företagshälsovården. Verksamheten har hållit på i cirka fem år. Folk tandvården anser att det är en bra satsning som genomförs i stort sett på alla klinikerna. Minst tre gånger i veckan är det ett pass på cirka 15 minuter med rörelseövningar som är anpassade för tandvårdspersonal. Det är flertalet av personalen som deltar. Det finns några arbetsplatser som inte har satsat på detta, men då har de istället generösare subventioner för egen träning än vad förvaltningen ger generellt. Från ledningshåll anser man, att det som man gör tillsammans på arbetet har större effekt. De finns även ett gym i huset som är till för personalen som arbetar på odontologen. Men biträdande personalchefen tycker inte att det används tillräckligt flitigt, trots att man har en instruktör som är anställd vissa timmar i veckan. De har även en betald timme friskvård i veckan. För denna godkänns bara vissa aktiviteter som främjar de anställdas välbefinnande såsom till exempel styrketräning, konditionsträning, simning och stavgång.

Biträdande personalchefen säger att man har utgått från hur sjukfrånvarotalen ser ut på förvaltningen och vilka frånvarorsakerna är. Det är problem med framför allt nacke, axlar och ryggont. Därför har man lagt upp pausgymnastiken tillsammans med sjukgymnasten på företagshälsovården så att den är skraddarsydd för att motverka denna typ av belastningsskador. Folk tandvården Göteborg har dock inga studier eller undersökningar som styrker eller kan visa på positiva effekter av pausgymna eller andra insatser för medarbetarna.

Man har börjat informera redan vid anställning att om man som personal inte tränar så kan man få problem med nacke, axlar och rygg. Man säger också att man hellre anställer någon som tränar regelbundet än någon som inte gör det eftersom man vet att efter 10-20 år så får man annars problem. Detta har man även fört fram till ansvariga för tandläkarutbildningen på Göteborgs Universitet, för att de skall informera om att det är ett yrke som är fysiskt påfrestande.

Eftersom verksamheten är intäktsfinansierad informeras även personalen om att hur man skall debitera behandlingstid. Det handlar inte alltid om att arbeta snabbare utan att ta rätt betalt, enligt biträdande personalchefen, men hon tillstår att kraven har ökat de senaste åren, vilket förmodligen går att utläsa i de stressrelaterade besvären hos personalen.

Det finns en enkel ansvarsfördelning för de olika insatserna där personalavdelningen och friskvårdsteamet är de som förverkligar förvaltningsledningens beslut och informerar chefer och anställda bland annat genom intranätet. Klinikcheferna förväntas dock främja friskvårdsinsatserna på respektive klinik. De anställda har själva ansvar för friskvårdstimmen. Företagshälsovården har också en viktig roll i det förebyggande arbetet, inte minst i SAM.

Resurser för arbetsmiljöinsatser budgeteras både på förvaltnings- och kliniknivå. Västra Götalandsregionen har också skjutit till extra medel de senaste åren för arbetsmiljöförbättringar. Det är inte enkelt att göra en exakt kostnadsberäkning för friskvårdsinsatserna, men enligt Folk tandvårdens egna beräkningar så är lönekostnaden för de anställdas friskvårdstimme redovisad nedan. Den innefattar även lönekostnaden för tiden som de anställda använder för pausgymnastik. Intäktsbortfallet är dock inte medtaget, men det är förmodligen minst det dubbla om man utgår från att en tandläkare kostar 1 000 kronor i timmen och att det är cirka 350 tandläkare anställda på förvaltningen.

**Tabell 3.11** Kostnader på Folktandvården Göteborg för olika friskvårdsinsatser

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Friskvårdstimmen/ lönekostnad			6 879 000	8 079 000	8 727 000	9 106 000
Friskvårdssubvention	270 000	390 000	525 000	510 000	530 000	570 000
Kostnad för massage- terapeuter, sjukgym- nast och gyminstruk- tör	350 000	700 000	741 000	1 650 000	2 185 000	2 590 000
<b>Totalt</b>	<b>620 000</b>	<b>1 090 000</b>	<b>8 145 000</b>	<b>10 239 000</b>	<b>11 442 000</b>	<b>12 266 000</b>

Friskvårdssubventionen är den kostnad (max 2 500 kronor vid heltidstjänstgöring) som förvaltningen ersätter om personalen köper träningskort. Då skall tilläggas att det finns enskilda kliniker som har en högre friskvårdssubvention än förvaltningens. Till detta kommer att förvaltningen har sju anställda massageterapeuter som erbjuder personalen massage vid max 10 tillfällen per anställd och år vid heltidstjänstgöring. Lönekostnaderna för dessa och gyminstruktör för det egna gymmet på Odontologen är redovisade i tabellen.

Utöver detta har förvaltningen från 2006 även ett system med individuella kompetenskonton för personal som är tillsvidareanställd. De administreras av respektive klinik och fungerar som så att den anställda erhåller en summa pengar per år som kan användas för kompetensutveckling. Pengarna skall täcka alla kostnader, det vill säga intäktsbortfall, lönekostnader och utbildningskostnader. Det är respektive klinikchef som beviljar uttagen från kontot.

### Rehabilitering och återgång

Arbetsmiljöfrågor med betoning på rehabilitering betraktas idag som en central personalstrategisk fråga, enligt personalchefen på Folktandvården Göteborg. Det finns upparbetade rutiner för hela processen, från sjukskrivning till rehabilitering och återgång till arbete. Ansvar för att samordna medarbetarnas rehabiliteringsarbete på förvaltningen har respektive klinikchef. Det finns resurspersoner som kan anlitas i samband med rehabilitering såsom rehabiliteringskonsult vid personalavdelningen, företagsläkare och/eller beteendevetare vid företagshälsovården, handläggare från Försäkringskassan och fackliga företrädare.

Efter två veckor sjukfrånvaro, eller när någon medarbetare har upprepad korttidsfrånvaro, skall chefen prata med medarbetaren. Men innan dess har chefen redan haft telefonkontakt med medarbetaren eftersom när man blir sjuk skall man ringa sin chef. Är inte chefen anträffbar så får chefen ringa upp medarbetaren helst samma dag. Processen starta alltså redan efter två veckors sjukskrivning då medarbetaren hänvisas till Hälsan & Arbetslivet oavsett diagnos eftersom man vill börja samtalet om återgång till arbetet så tidigt som möjligt. Den första kontakten på företagshälsovården sker med en beteendevetare och ett samtal om vad sjukskrivningen innebär för medarbetarens arbete och vad som kan behövas göra för anpassningar på arbetsplatsen. Det är viktigt med återkopplingen till närmaste chef, enligt biträdande personalchefen eftersom de har rehabiliteringsansvar. Den tar många gånger för lång tid och ibland sker det ingen återkoppling till närmaste chefen. Här är man inte överens med Hälsan & Arbetslivet eftersom de hänvisar till sekretessen och inte alltid vill föra information vidare om den enskilde medarbetaren. Det blir i så fall medarbetarens sak att förmedla informationen. Målet är att påbörja ett samtal så fort som möjligt.

Efter fyra veckor påbörjas en rehabiliteringsutredning som den närmaste chefen genomför tillsammans med medarbetaren. Personalavdelningen eller företagshälsovården finns som resurser.

Därefter planeras för avstämningsmöten med Försäkringskassan, läkare (från Hälsan & Arbetslivet om medarbetaren är patient där), chef, medarbetare och eventuellt fackliga företrädare. På dessa möten är ofta en representant från personalavdelningen med. Dessa möten underlättas av att man numera har en kontaktperson på Försäkringskassan som är sammankallande och för anteckningar. Vid dessa tillfällen handlar det om att besluta om arbetsprövning, successiv återgång till arbete partiellt, arbetshjälpmedel med mera. Ibland kan det få till följd att medarbetaren byter arbetsplats, det vill säga arbetsprövar någon annanstans (en annan klinik), andra arbetsuppgifter. När det gäller arbetsträning skulle man behöva ha ett bättre samarbete i hela regionen, enligt biträdande personalchefen.

En bedömning av arbetsförmåga kan visa att personen inte kan arbeta heltid som tandläkare utan måste gå ner 25 procent. Förvaltningen har en del medarbetare som är partiellt sjukskrivna. Om man inte kan arbeta alls blir det svårare för då handlar det om omskolning. Man har flera medarbetare som har partiella sjukskrivningar år efter år, vilket Försäkringskassan har börjat titta närmare på. En del medarbetare som är långtidssjukskrivna trappar ju upp sin arbetsinsats kanske under ett helt år, men kanske ändå stannar på 25 procents sjukskrivning, enligt biträdande personalchefen. Det kan då vara svårt att få tillbaka dem på heltid igen. Det är med andra ord svårare att få tillbaka medarbetare på heltid som varit partiellt sjukskrivna en längre tid.

Under 2005 var 138 medarbetare sjuklediga mer än 28 dagar och av dessa deltog 70 i olika rehabiliteringsinsatser. Motsvarande siffror för 2004 var att 134 medarbetare varav 89 deltog i rehabiliteringsinsatser. Enligt egen statistik har antalet heltidssjukskrivna minskat något mellan 2004 och 2005 medan andelen deltidssjukskrivna är ungefär 65 procent av totalt antal sjukskrivna.

När det gäller förvaltningens centrala kostnader för rehabilitering har man gjort en sammanställning över dels vad avtalet med företagshälsovården kostar per år och andra medel som är budgeterade för denna typ av insatser.

**Tabell 3.12** Kostnader för rehabilitering på Folktandvården Göteborg

	2 000	2 001	2 002	2 003	2 004	2 005
Företagshälsovård	780 000	1 000 000	1 200 000	1 230 000	1 710 000	2 000 000
Rehabilitering, omställning, avveckling av personal					1 976 000	1 000 000

När det gäller rehabiliteringskostnader så är den grundläggande principen att förvaltningen centralt står för övergripande satsningar och att klinikerna står för de individuella satsningarna. De kostnader som redovisas i tabellen ovan är de totala kostnaderna för respektive år.

Under senare har man också börjat pröva olika ekonomiska beräkningsmodeller kopplade till sjukfrånvaro och rehabilitering. Det har inneburit att man börjat samarbeta med ekonomerna på ekonomiavdelningen.

## Sammanfattning

Folktandvården har under en längre tid haft ett strukturerat arbetsmiljöarbete där man under de senaste åren, till följd av hög sjukfrånvaro, lagt ner stora kostnader i det förebyggande arbetet och erbjuder sina anställda förmånliga subventioner. Det har dessvärre inte fått till följd att sjukfrånvaron minskat i någon större omfattning de senaste åren. Däremot har man en målmedveten struktur i rehabiliteringsarbetet. Kontakten med Försäkringskassan visar att de börjar försäkra ut människor som är deltidssjukskrivna. Det innebär att Försäkringskassan säger till de medarbetare som är långtidssjukskrivna inom Folktandvården, enligt biträdande personalchefen, att om de inte

kan arbeta heltid inom tandvården kan de arbeta någon annanstans, det vill säga de kan inte fortsätta med nuvarande anställning och vara sjukskriven utan måste söka sig en annan typ av arbete. Försäkringskassan kommer inte godkänna vidare sjukskrivning. Det blir därför oklart för folk-tandvården om man skall uppmuntra till deltidssjukskrivning eller inte.

Medfinansieringsreformen har inneburit ett ekonomiskt plus för Folk tandvården eftersom de har många deltidssjukskrivna och antalet ökat samt att de varit aktiva med olika rehabiliteringsinsatser. Medfinansieringsreformen anses dock inte ha varit ett incitament för vare sig det förebyggande arbete eller arbetet kring rehabilitering. Man menar att dessa insatser skulle man ändå ha genomfört av andra skäl som att det är av intresse för Folk tandvården som arbetsgivare att inte ha medarbetare som är långtidssjukskrivna.

## **Tvätteriet Alingsås**

Tvätteriet Alingsås är en del av serviceverksamheten inom Västra Götalandsregionen och de svarar för all textilförsörjning, vilket även inkluderar tvättning och distribution, till alla regionens verksamheter. Det är en processindustri med högt uppdrivet produktionstempo. Verksamheten har sedan slutet 1980-talet, då sjukfrånvaron var över 20 procent, genomgått ett antal mer omfattande förändringar som till exempel att ackordslönesättning togs bort.

Under 2000-talet prövades kvällsskift för att klara den ökade produktionsvolymen i samband med övertagandet av tvätteriverksamheten från Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Detta innebar en produktionsökning med 50 procent. I samband med att man fick ett avtal med Landstinget i Värmland om att ta hand om deras tvättförsörjning ökade produktionen med 12 procent.

Tvätteriet har idag cirka 300 anställda med en medelålder på 42 år, varav 80 procent kvinnor. Ett 20-tal personer arbetar i administrationen och 10–15 i teknisk service. I produktionen har man tvåskift och producerar cirka 40 ton tvätt per dag. Volymen har ökat med cirka 60 procent sedan 2000.

Det har varit mindre förändringar av antalet anställda vid några tillfällen under 2000-talet. 2001 var det år när man fick ta över tvätteriverksamheten från Sahlgrenska vilket även innebar cirka 75 fler anställda, vilket motsvarar en ökning med cirka 35 procent. Det innebar att behovet av tidsbegränsade anställningar, framförallt sommarperioden, minskade under de närmaste åren eftersom det redan fanns ett personalöverskott. Det påverkade även andelen heltidsanställda. Det året infördes även ett kvällsskift och skiftarbete för alla nyanställda, vilket innebar att deltidsanställningarna blev fler. Eftersom de flesta nyanställningar blev deltid på kvällsskiftet blev det en högre personalomsättning än tidigare. När sedan Landstinget i Värmland blev kund ökade behovet av att anställa återigen och antalet anställda ökade med 45 procent.

Under åren 2002 till 2005 har det inte skett några mer omfattande nyrekryteringar annat än för visstidsanställningar. Visstidsanställningarna var under 2005 nästan lika stor som de övriga åren tillsammans. Sysselsättningsgraden, det vill säga samtliga anställda omräknat i heltid, har under perioden 2000 till 2005 ökat med cirka 34 procent.

## **Sjukfrånvaro**

Sjukfrånvaron har genomgått radikala förändringar på tvätterier sedan i mitten av 1980-talet då den låg på över 20 procent. Därefter har den stadigt gått ner fram till 1994 och har sedan dessa



pendlat mellan drygt 10 procent och upp till knappt 15 procent. Sjukfrånvaron redovisas i antalet kalenderdagar/anställd.

**Tabell 3.13** Sjukfrånvaron på Tvätteriet i Alingsås räknat i antalet kalenderdagar/anställd

	2001	2002	2003	2004	2005
<b>&lt; 28 dagar</b>					
kvinnor	12,4	11,8	11,0	10,5	10,0
män	14,1	12,1	10,8	11,2	11,1
Totalt	12,7	11,3	11,0	10,6	10,3
<b>&gt; 28 dagar</b>					
kvinnor	44,7	46,4	48,8	37,8	32,5
män	11,6	31,1	32,3	21,5	27,3
Totalt	38,6	44,0	45,3	34,4	31,3
<b>Totalt</b>	51,3	55,3	56,3	45,0	41,6

Sjukfrånvaron beskriven i kalenderdagar och uppdelat på män och kvinnor visar den att när det gäller den korta sjukfrånvaron (< 28 dagar) har män något högre sjukfrånvaron. Annars har kvinnorna markant högre sjukfrånvaro. Den totala sjukfrånvaron visar att kvinnor har högre sjukfrånvaro än männen. Den visar också att tvätteriet har sänkt sjukfrånvaro från 2003 till 2005 med 14,7 dagar (cirka 26 procent). Andelen långtidssjukfrånvaro (mer än 60 dagar) var 59 procent år 2005. Fördelat på ålder var den 15 procent i åldern 29 år och yngre och 66 procent i åldern 30 till 49 år.

Det finns tydliga förklaringar till sjukfrånvarons förändringar. En anledning till att den ökade i början av 2000-talet berodde bland annat på övertagande av tvätteriverksamheten från Sahlgrenska. Bland de cirka 75 anställda som följde med var nästan en tredjedel omplacerade från andra verksamheten på sjukhuset. Även om en personalkonsult arbetade med att förbereda överflyttningen av anställda blev det mycket jobb med att finna nya anställningar eller ordna rehabilitering för gruppen. Resultat blev bland annat att cirka 15 anställda fick garantipension och en grupp blev långtidssjukskrivna. Idag är det cirka 15 av den ursprungliga gruppen som arbetar kvar på tvätteriet.

Sjukfrånvaron gick ner markant 2004. Det är svårt att ge en entydig förklaring till det. Det fanns flera faktorer som förmodligen samverkade, menar personalchefen. En var att man började komma till rätta med rehabiliteringsproblematiken för personalen från SU. En annan var att man anställde en sjuksköterska och en massör som började arbeta förebyggande. En tredje förklaring kan vara att man införde rehabiliteringssamtal vid återkommande korttidsfrånvaro. Det skedde även en omorganisation som innebar att man började med tvåskift och att varje skiftgrupp hade en samordnare/produktionsledare och att skiftgruppen fick ta mer ansvar och fatta beslut i en del frågor rörande gruppen.

**Tabell 3.14** Sjukfrånvaron på Tvätteriet i Alingsås räknat i procent (antal dag/anställd i förhållande till antal kalenderdagar), inklusive särskild sjukersättning

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
11,0	14,1		14,2	14,9	12,2	11,2

Långa sjukskrivningar beror oftast på belastningsskador på tvätteriet. En mindre andel beror på andra orsaker. I något enstaka fall beror de på arbetsskador. Belastningsskadade är i första hand de som har arbetat en längre tid på tvätteriet och har uppnått medelåldern. En del av den sjukfrånvaron går att relatera till ackordslönen som fanns på 1980-talet. De stod och gjorde samma rörelser under dagarna för att nå så hög arbetsprestation som möjligt. En del av den personalen finns kvar idag och det visar sig att de får mer och mer ont. Numera har man infört både arbetsrotation och nya maskiner med syfte att motverka belastningsskador. Det finns ändå en del yngre

medarbetare som får skador efter några år. Det beror ibland på att de är otränade, det vill säga de klarar inte av den fysiska ansträngningen i arbetet. Det finns därför yngre medarbetare som är deltidssjukskrivna.

Kostnaderna för sjuklön (inklusive sociala avgifter) har stigit från år 2000 då kostnaden var cirka 1 150 000 kronor till år 2005 då den var 2 225 000 kronor. Den stora kostnadsökningen var mellan år 2000 och 2001. Därefter har den befunnits på en ganska jämn nivå oavsett personalökningar eller minskade antal sjukfrånvarodagar.

**Tabell 3.15** Kostnader för sjuklön (inklusive sociala avgifter och medfinansiering) på Tvätteriet i Alingsås

	Sjuklön (inkl soc. avg.)	Medfinans.	TOTALT
2000	1 148 265		1 148 265
2001	2 162 449		2 162 449
2002	1 943 253		1 943 253
2003	2 031 704		2 031 704
2004	2 273 612		2 273 612
2005	2 223 933	259 513	2 483 446

Den totala kostnaden för sjukfrånvaron har dock ökat år 2005 i och med extra kostnader vid införandet av medfinansieringsreformen.

### Förebyggande åtgärder/friskvård

Det förebyggande arbetet och olika friskvårdsinsatser för att motverka sjukfrånvaro har funnits innan metoden med Systematiskt arbetsmiljöarbete enligt AFA (det vill säga SAM) introducerades på tvätteriet, men det var i samband med detta arbete som man gjorde en översyn och satte friskvårdsinsatserna i ett tydligare sammanhang, enligt personalchefen. Flera av de förebyggande insatserna har således funnits en längre tid på tvätteriet. När SAM påbörjades i juni 2003 inleddes det arbetet med en omfattande genomgång av verksamhetens förutsättningar och problem vad gäller sjukfrånvaron. I den inledande planeringsfasen genomfördes en analys av förvaltningens starka och svaga sidor som underlag för det fortsatta arbetet. Efter det genomfördes enkätundersökningen som redovisades till varje anställd och på avdelnings- och förvaltningsnivå. Utifrån vad som kom fram i enkäten diskuterade de anställda på avdelningar sig fram till olika handlingsplaner med åtgärder som skulle genomföras. Detta skedde även på förvaltningsnivån.

Förvaltningen har även utarbetat en rehabiliteringspolicy som beskriver mål, ansvar, samarbetspartners, dokumentation och en rehabiliteringsplan som beskriver mål, ansvar och arbetsfördelning, chefernas, företagshälsovårdens och försäkringskassans roller, en processbeskrivning och de aktiva insatserna. De har även en handlingsplan för olika specificerade insatser som ökat medinflytande, ledarskapsutveckling, kommunikation och bemötande.

Tvätteriet har en anställd sjuksköterska på 20 procent av heltid (två dagar i veckan) och en hälso-pedagog i samma omfattning. Sjuksköterskan ger råd, stöd och samtal kring livstidsfrågor. Hon kan medverka i klartläggningar av sjukfrånvaron och vid bedömningar av rehabiliteringsinsatser. Personal skall även ta kontakt med henne för bedömning vid krav på förstadagsintyg vid sjukfrånvaro. Besöket hos sjuksköterskan kostar inget. Hälso-pedagogen utför massagen på personalen till en kostnad på 100 kronor vid varje tillfälle. Det är relativt många bland personalen som nyttjar denna möjlighet. Det finns även en hälsocoach som skall utbilda så kallade hälsoinspiratörer på varje avdelning.

Det finns en lokal för styrketräning på tvätterier och personalen har tillgång till motsvarande träningsmöjligheter som är subventionerad på Hälsan & Arbetslivet i Alingsås. Den egna lokalen används inte i någon större utsträckning av personalen och det finns funderingar på att fräscha upp den. Det har funnits önskemål från personalen att träna på arbetstid, något som arbetsgivaren inte anser är möjligt eftersom all personal redan har en arbetstidsänkning till 7,5 timmar/dag.

Under åren har även en del aktiviteter prövats med skiftande resultat. Man startade en grupp för stavgång i samband med att alla anställda fick stavar och stegräknare i julklapp, men anslutningen var inte så stor. Viktminskargrupp, rökavvänjning och pausgympa har också funnits på menyn över insatser. Via Tvätteriets idrottsförening kan personalen även få subventionerat inträde i simhallen. Företaget sponsrar idrottsföreningen ekonomiskt.

Huvudansvarig för det förebyggande arbetet är personalchefen men det finns en lokal samverkansgrupp som består av representanter från arbetsgivare och facket där de flesta frågor kring förebyggande arbete och rehabilitering diskuteras. Man har även regelbundna arbetsplatsträffar uppdelat på de olika skiftlagen. Tidigare var det mycket information vid dessa tillfällen, medan man nu försöker få igång en diskussion om arbetsmiljöfrågor bland medarbetarna vid varje tillfälle.

Kostnaderna för det förebyggande finns beskrivet i den ordinarie budgeten. Det är dels lönekostnader för sjuksköterskan, hälsopedagogen, stöd till idrottsföreningen och övriga personalkostnader som till exempel skobidrag till kostnad på cirka 100 000 kronor, dels en avgift till företagshälsovården på 550 000 kronor, vilket inte inbegriper friskvårdsinsatser. Utöver detta tillkommer kostnader för de insatser som följer av tvätteriets medverkan i satsningen på SAM med cirka 250 000 kronor. Medverkan i SAM kostar inget för tvätteriet, utan de tjänster som tvätteriet köper av Hälsan & Arbetslivet som en följd av SAM.

## Rehabilitering och återgång

Tvätteriets arbete kring rehabilitering och långtidssjukskrivnas möjligheter till återgång har tydliggjorts i samband med införandet av SAM. I de inledande samtalen juni 2003 kring planeringsarbetet i den lokala samverkansgruppen för SAM initierades en diskussion om att se över rehabiliteringsplanen för tvätteriet. Därefter nedtecknades en omarbetad rehabiliteringsplan. I kort drag innehåller den en beskrivning av att målsättningen med rehabiliteringsarbetet är att de anställda skall ges möjligheter att återgå i arbete. Planeringen och genomförandet av rehabiliteringen skall genomföras i samråd mellan arbetsgivare och arbetstagar. Den beskriver också rollfördelningen för personalchefen, produktionschefer och arbetstagar, men även företagshälsovårdens och Försäkringskassans roll i detta arbete. Vidare redogör den för de olika stegen i rehabiliteringen och olika rehabiliteringsinsatser.

Rehabiliteringsprocessen beror till stor del på den anställde, enligt personalchefen. Den anställde har möjligheter att vara aktiv och påverka hur rehabiliteringen utvecklas. Oftast börjar processen när den som är sjukskriven kommer och lämnar sitt sjukintyg till chefen eller produktionsledaren. Vi det tillfället pratar chefen med den som är sjukskriven och ställer en del frågor kring hur de ser på sin situation. Vid fyra veckors sjukfrånvaro påbörjas sedan en rehabiliteringsutredning eller vid upprepad sjukfrånvaro. Därefter, efter åtta veckor, skickas rehabiliteringsutredningen till Försäkringskassan med undantag för de så kallade självklara fallen, det vill säga sjukdom eller benbrott. Vi de förutsättningarna skriver tvätteriet ingen rehabiliteringsutredning förrän Försäkringskassan hör av sig. Tillkomsten av rehabiliteringsutredningen sker i samarbete mellan personalchefen, produktionsledare och den anställde. Fackliga representanter har möjlighet att medverka om arbetstagar vill det, men det händer väldigt sällan. "För det mest leder rehabiliteringsutredningen

ingen vart, utan vi får ett brev från Försäkringskassan där det står att deras medverkan inte behövs i detta ärende”, säger personalchefen.

När det gäller korttidsfrånvaron har man infört ett system för att följa upp återkommande korttidsfrånvaro. Vid en månatlig genomgång av sjukfrånvaron av personalchefen och produktionsledarna identifieras vilka arbetstagare som har återkommande korttidsfrånvaro (mer än sex tillfällen under 12 tolv månader) eller sammanhängande sjukfrånvaro på mer än en månad.

Vid mer än sex sjukdomstillfällen görs en mindre kartläggning av sjukfrånvaron, enligt ett standardiserat dokument. Där går man igenom orsakerna och tar upp eventuella åtgärder. Utredningen visar ofta att det inte vad man betecknar som jobbrelaterade orsaker utan det är företrädesvis förkylningar och magsjuka etcetera. Det finns grupper av anställda (cirka 10 procent) som kan ha mellan sex till åtta sjuktillfällen per år. Hittar man inga speciella orsaker till frånvaron så leder till krav på ett förstadagsintyg vid sjukskrivning. Vid de fall som korttidsfrånvaro är ännu mer omfattande har man återkommande samtal med den anställde och erbjuder även läkarundersökning.

Kartläggning av sjukfrånvaro sker även vid sammanhängande sjukfrånvaro på mer än 14 dagar. Kartläggningarna genomförs av chef/produktionsledare och eventuellt medverkar personalchefen och en facklig representant. Den senare om arbetstagaren så önskar. Vid längre sjukfrånvaro görs en rehabiliteringsutredning. Policy och handlingsplan för rehabilitering återkommer längre fram.

Det är framför allt Försäkringskassan och Hälsan & Arbetslivet som tvätteriet samarbetar med i olika skeden i rehabiliteringsprocessen. I det första skedet är inte Försäkringskassan eller Hälsan & arbetslivet med. De är dock alltid med när det gått en längre tid eller att den anställde har svårt att komma tillbaka i arbete. Många av de anställda går på behandling hos sjukgymnasten på Hälsan & arbetslivet, cirka 30 anställda (10 procent). I samband med detta kan den anställde erbjudas arbetsträning.

Det handlar alltid om att hitta andra arbetsuppgifter som inte belastar den del av kroppen som man är sjukskriven för och att man provar detta i mindre omfattning, enligt personalchefen. Man försöker finna lämpliga lättare arbetsuppgifter för arbetsträning, 2 timmar om dagen, under en period på cirka 1 månad. Det kan sedan innebära att man går över och blir sjukskriven 75 procent och efter en tid kan man utöka med 2 timmar till. Det finns en avdelning på tvätteriet där det finns möjlighet placera anställda som behöver arbetsrehabiliteringen. Denna avdelning kan dock inte ta hur många som helst, men under en kortare period är det möjligt.

När man provat detta anses möjligheten uttömd för arbetsgivaren och då tar Försäkringskassan över. Innan det är Försäkringskassan aldrig med, men de har blivit mer aktiva det senaste halvåret. Det har tidigare aldrig lett till att man har haft planeringssamtal/avstämningssamtalet med Försäkringskassan, men nu är de med mycket mera, enligt personalchef. Försäkringskassan är aldrig med i samtalet för att hitta lösningar. Avstämningssamtalet sker när långtidssjukskrivningen pågått länge, det vill säga mellan ett halvår – år. Då vill Försäkringskassan veta om det överhuvudtaget finns ett lämpligt arbete som den anställde kan göra på deltid som en del av rehabiliteringen.

Rehabilitering är en stor kostnad för tvätteriet och motsvarar cirka 50 000 – 60 000 kronor totalt i månaden. Personalchefen säger att, rehabiliteringen får kosta eftersom det är viktigt att få tillbaka medarbetare i arbete, men samtidigt är Hälsan & Arbetslivet dyra. Därför har tvätteriet anställt en egen sjuksköterska genom ett avtal med primärvården.

## Sammanfattning

Tvätteriet har en hög sjukfrånvaro som är fortsatt hög trots att den minskat ordentligt under de senaste åren. Man har många långtidssjukskrivna som det inte händer något med, enligt personalchefen. En del sjukskrivna kan gå lång tid utan att det händer något eller att tvätteriet kan påverka sjukfrånvaron. Om det inte händer något inom ett år då kan den anställde få sjukersättning och tvätteriet har sådana som är sjukskrivna utan att det händer något. Kontakten med Försäkringskassan fungerar inte och de ger ingen respons på detta då man tar kontakt.

Det finns en ingående diskussion kring både rehabiliteringsinsatser och det förebyggande arbetet på tvätteriet, men det är samtidigt svårt att motivera de anställda till träning eller liknande förebyggande insatser. Överhuvudtaget är det ett begränsat antal av de anställda som nyttjar möjligheten till träning i förebyggande syfte.

Tvätteriet anser att man blivit väl informerade vad gäller medfinansieringsreformens funktion och betydelse. Detta spelar dock inte så stor roll eftersom de redan har som mål att arbeta med rehabilitering. Däremot kan de se att kostnaderna har stigit eftersom de har många långtidssjukskrivna på heltid.

## Västra Götalandsregionen som helhet

Västra Götalandsregionen är en sammanslagning av tre län och därmed en av Sveriges största organisationer. Ovan har tre verksamheter beskrivits närmare som en del av Västra Götalandsregionen och som exempel på, vilken sjukfrånvaroproblematik som finns där, vilket arbetsmiljöarbete som bedrivs och vilken betydelse medfinansieringsreformen fått för hela regionen och enskilda förvaltningar. Västra Götalandsregionen och de tre förvaltningarna har studerats genom intervjuer med regionens arbetsmiljöansvarig, projektledare och metodstödare inom företagshälsovården "Hälsan & Arbetslivet", förvaltningschefer och motsvarande, personalchefer, biträdande personalchef, klinikchefer, och fackliga företrädare, allt som allt tjugo respondenter. Där utöver har olika dokument såsom årsredovisningar, policydokument och handlingsplaner kring sjukfrånvaro, förebyggande insatser och rehabilitering samt statistiska och ekonomiska beskrivningar av sjukfrånvaron

Västra Götalandsregionen är en politiskt styrd organisation med ett 50-tal förvaltningar och cirka 50 000 anställda. Regionen har två huvuduppgifter, hälso- och sjukvård samt tillväxt och regional utveckling. Verksamhetsområdet hälso- och sjukvård utgör resursmässigt cirka 90 procent av regionens verksamhet och omfattar primärvård, länssjukvård, högspecialiserad vård, tandvård samt handikappverksamhet. De allra flesta är sjukvårdsanställda på de 17 sjukhusen, de 134 vårdcentralerna och de cirka 170 tandvårdsklinikerna. Under 2005 gjorde västragötalänningen i genomsnitt 2,6 besök inom primärvården och 1,7 besök vid sjukhusen. Verksamhetsområdet tillväxt och utveckling omfattar regionutvecklingsnämnd, kultur nämnd och miljönämnd samt ett antal utförarorganisationer.

Den styrmodell som används inom Västra Götalandsregionen är en beställar-/utförarmodell. Modellen innebär, i korthet, att den traditionella linjeorganisationen ersatts av en tvåpartsorganisation, beställare och utförare. En hörnsten i beställar-/utförarmodellen är att politikerna ska renodla sin roll som befolkningsföreträdare, det vill säga beställare av tjänsterna. Det innebär att de inte har produktionsansvar för verksamheterna och inte heller arbetsgivaransvar för de anställda. För att ta regionens största verksamhetsområde, hälso- och sjukvård, som exempel gäller att beställartjänstemän utreder människors behov av hälso- och sjukvård. Politikerna tar del av

beslutsunderlaget och beställer från utförarorganisationen den hälso- och sjukvård invånarna anses ha behov av.

### Sjukfrånvaron i Västra Götalandsregionen

Sjukfrånvaron i Västra Götalandsregionen har under perioden 2000-2005 genomgått mindre förändringar. Det var en tydlig ökning fram till och med 2002 och därefter har den minskat, men inte mer än att den är fortfarande högre än innan 2001. Västra Götalandsregionen visar inte totalt på någon anmärkningsvärt hög sjukfrånvaro jämfört med andra regioner eller riket i stort, men det finns en rätt stor variation mellan förvaltningarna. Totalt minskar både mäns och kvinnors sjukfrånvaro. Kvinnors sjukfrånvaro är dock högre än männens när det gäller långa sjukskrivningar. Däremot är skillnaden inte så stor vad det gäller den korta sjukfrånvaron (sjukskrivningsperioder mindre än 28 dagar).

**Tabell 3.16** Sjukfrånvaron Västra Götalandsregionen räknat i antal dag/anställd i förhållande till antal kalenderdagar (procent), inklusive särskild sjukersättning, exklusive bolagen)

	<28 dagar			>28 dagar			Totalt		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
<b>2001</b>	1,7	1,2	<b>1,6</b>	6,4	3,3	<b>5,8</b>	8,1	4,5	<b>7,4</b>
<b>2002</b>	1,7	1,2	<b>1,5</b>	6,9	3,6	<b>6,3</b>	8,6	4,8	<b>7,9</b>
<b>2003</b>	1,5	1,2	<b>1,5</b>	6,8	3,3	<b>6,1</b>	8,3	4,5	<b>7,6</b>
<b>2004</b>	1,5	1,0	<b>1,4</b>	6,6	3,3	<b>6,0</b>	8,1	4,3	<b>7,4</b>
<b>2005</b>	1,5	1,1	<b>1,5</b>	6,3	3,1	<b>5,7</b>	7,8	4,2	<b>7,2</b>

Sjukfrånvaron fördelat mellan olika åldersgrupper visar att det är anställda som är 50 år och däröver som har den högsta sjukfrånvaron. Denna åldersgrupp har tillsammans med dem som är yngre än 29 år minskat sin sjukfrånvaro mellan 2004 och 2005 medan mellangruppens sjukfrånvaro är oförändrad samma period.

**Tabell 3.17** Sjukfrånvaron Västra Götalandsregionen räknat i procent av ordinarie arbetstid på helår

	2003	2004	2005
Yngre än 29 år	5,0	5,2	4,7
30–49 år	6,5	7,3	7,3
50 år och äldre	8,6	9,2	8,7

Andelen långtidssjukskrivna mer än 60 dagar är den största andelen, men har samma utveckling som övriga sjukfrånvaro, det vill säga att den ökar fram till 2004 för att därefter minska. Tabellerna visar att sjukfrånvaron ökar mellan 2003 och 2004 oavsett kön eller ålder. Tabellen visar samtidigt att sjukfrånvaron minskar mellan 2004 och 2005 oavsett kön eller ålder med undantag för åldersgruppen 30 till 49 år som den är oförändrad för.

**Tabell 3.18** Sjukfrånvaron Västra Götalandsregionen, andel långtidsfrånvaro (>60 dagar) av total sjukfrånvaro)

	2003	2004	2005
	68 %	71 %	70 %

### Effekter av medfinansieringen i Västra Götalandsregionen

För Västra Götalandsregionen har medfinansieringsreformen inneburit att sjukförsäkringsavgiften för de anställda som är helt sjukskrivna minskat med 28,7 miljoner kronor år 2005. Samtidigt har kostnaden för medfinansieringsansvaret ökat med ungefär lika mycket (15 procent = 28,7 miljoner). Den totala effekten av den sänkta sjukförsäkringsavgiften och att kostnaden för den tredje sjuklöneveckan togs bort (24,7 miljoner), har alltså inneburit minskade utgifter för regio-

nen. Det beror i huvudsak på att de långtidssjukskrivna inom Västra Götalandsregionen till stor del inte är sjukskrivna på heltid utan på deltid, vilket innebär att den särskilda sjukförsäkringsavgiften faller bort. Inom vissa områden, som till exempel städ, kök och transport har dock denna reform medfört ökade kostnader.

## Arbetsmiljöarbetet

Arbetsmiljöarbetet styrs bland annat av regionens personalpolitiska styrdokument, "Personalvision 2010". Arbetsmiljöarbetet i Västra Götalandsregionen styrs utifrån en gemensam arbetsmiljöstrategi som är antagen av personalutskottet. Varje förvaltning ansvarar för att arbetsmiljöfrågorna hanteras utifrån denna policy inom respektive område. Regionens satsning på arbetsmiljöarbetet markerades i och med att man i 2001 års budget avsatte 160 miljoner kronor till särskilda arbetsmiljöåtgärder. Detta var en höjning av budgetramen som även följdes upp år 2002 och 2003 med samma belopp. För att ge tyngd åt regionens gemensamma arbete kring arbetsmiljöfrågor bildades en partsammansatt arbetsmiljödelegation år 2002 som fick disponera 15 miljoner kronor. Arbetsmiljödelegation har som sin huvudsakliga uppgift:

- uppföljning och analys av Västra Götalandsregionens arbetsmiljöarbete
- att initiera och stödja strategiska projekt
- sprida information och kunskap
- utveckla nya arbetssätt
- följa upp arbetet med att sänka sjukskrivningstalen

Arbetsmiljödelegation i Västra Götalandsregionen har påbörjat ett arbete med att utveckla ett systematiskt arbetsmiljöarbete såsom det är lagstadgat. Med systematiskt arbetsmiljöarbete avses, enligt Arbetsmiljöverkets författningssamling AFS 2001:1, att metodiskt planera, genomföra och följa upp verksamheten på ett sådant sätt att ohälsa och olycksfall i arbetet förebyggs och man uppnår en tillfredsställande arbetsmiljö. Detta arbete skall ingå som en självklar del i den dagliga verksamheten. Det skall omfatta alla fysiska och psykosociala förhållanden som är av betydelse för arbetsmiljön. Det skall finnas en arbetsmiljöpolicy som beskriver hur arbetsförhållandena skall vara för att ohälsa och olycksfall i arbetet skall förebyggas. Det skall finnas dokumentation som beskriver rutiner för hur det systematiska arbetsmiljöarbetet skall gå till.

För att få tillstånd detta utvecklingsarbete har Arbetsmiljödelegationen tecknat ett avtal med AFA<sup>11</sup> för att utveckla ett samarbete kring arbetsmiljö och hälsa. För att förbättra hälsan och minska sjukfrånvaron i arbetslivet erbjuder AFA ett arbetsmiljöprogram, Sunt liv – för kommuner och landsting/regioner. Programmet består av ett antal aktiviteter och stöd för regionens arbetsmiljöarbete: forskning, preventionsprojekt, skadeinformation, utbildning, informationsinsatser, hälsoekonomi och mycket mer.

Arbetet inleddes med att samtliga personalchefer i regionen informerades vid ett personalchefs-möte år 2002 om den tilltänkta satsningen på arbetsmiljöarbetet. Förvaltningar fick anmäla sitt intresse och därefter fick de ytterligare information om genomförandet. Det har varit varje förvaltnings ansvar att driva arbetet och en förutsättning för att förvaltningarna skulle få delta var att chefer och medarbetare på alla nivåer skulle involveras, det vill säga att de var beredda att avsätta resurser i form av tid, pengar och personal. Efter att förvaltningen har bestämt sig för att delta

---

<sup>11</sup> AFA är samlingsnamnet för de tre försäkringsbolagen AFA Livförsäkring, AFA Sjukförsäkring och AFA Trygghetsförsäkring. AFA:s huvudsakliga arbetsuppgift är att administrera avtalsförsäkringar som är bestämda i kollektivavtal, eller andra överenskommelser mellan arbetsmarknadens parter.

har AFA:s team tillsammans med företagshälsovården ("Hälsan & Arbetslivet") deltagit vid ett startmöte för att ge en fördjupad information kring metodiken, starta arbetet och lägga en preliminär tidsplan. De lokala teamen som utses på varje förvaltning, har sedan påbörjat arbetet med informationsinsamling och nulägesanalys. Utöver AFA:s team och de lokala teamen har det även funnits en styrgrupp som varit arbetsmiljödelegation och ett regionalt team med bland annat representanter från Hälsan & Arbetslivet, de medverkande förvaltningarna och centrala fackliga företrädare.

Den grundläggande idén är att metodstödet sker på arbetsplatsen och att AFA-teamen handleder på plats. Metodiken innehåller bland annat en kartläggning av medarbetarnas ohälsa och hur man arbetar med delaktighet för att skapa förbättringar. Kartläggningen sker med hjälp av den så kallade AHA-enkäten som Karolinska Institutet har tagit fram. Hela tillvägagångssättet bygger på att förvaltningen förankrar arbetet i högsta ledningen, att arbetet bedrivs i linjen och att det integreras i ordinarie verksamhet. Arbetet ska också vara förankrat hos berörda fackförbund och hos den företagshälsovård förvaltningen samarbetar med. Det är viktigt att arbetet beslutas, planeras och leds internt i organisationen, allt för att arbetssätt och strukturer lättare ska leva vidare. Det samarbete som AFA och Arbetsmiljödelegationen har enats om har organiserats som ett utvecklingsprojekt med titeln, "SAM enligt AFA" och det är den interna företagshälsovården i Västra Götalandsregionen som är utförare.

AFA-metodens genomförande i Västra Götalandsregionen innebär bland annat att Hälsan & arbetslivet ger aktivt metodstöd under cirka arton månader. Under den tiden ges ett frekvent stöd i arbetet med de olika stegen som beskrivs nedan. Arbetssätt, metoder och verktyg anpassas och utvecklas utifrån organisationens situation och behov. De generella stegen är:

1. *Ansökan* – Här sker den första kontakten med organisationen då information ges om vad det innebär att delta i AFA-programmet.
2. *Förankra* – Tillvägagångssättet bygger på att organisationen förankrar arbetet i högsta ledningen och att arbetet bedrivs i linjen. Vidare börjar man här planera och formulera en projektplan.
3. *Beskriva nuläge* – Skapa en gemensam bild i organisationen av hälso- och arbetsmiljöarbetet. Syftet är att få ett bra underlag för analys och prioriteringar inför det fortsatta arbetet. Organisationens struktur, lednings- och arbetsgrupper, riktlinjer och rutiner vid till exempel frånvaro och rehabilitering belyses.
4. *Analysera nuläge* – Stöd i att planera och genomföra en analys – värdera styrkor, svagheter, framgångsfaktorer, hinder – av det material som ingår i nulägesbeskrivningen. Sammanställningen används sedan som underlag för prioriteringar och målsättning inför det fortsatta arbetet.
5. *Formulera önskat läge samt mål och mått* – Skapa ett styrinstrument för organisationens hälso- och arbetsmiljöarbete som bidrar till långsiktighet genom tydliga och mätbara mål.
6. *Kartläggning och handlingsplaner* – Göra en kartläggning av individens livsstil och den psykosociala arbetsmiljön med hjälp av AHA-enkäten samt skriva en handlingsplan.
7. *Genomföra* – Här genomförs de åtgärder som planerats i föregående steg. Tillsammans gör man tidplaner och resurskalkyler över de åtgärder som planeras.
8. *Utvärdera* – Varje steg i processen utvärderas efterhand. Även de nyckeltal och den nya statistik som framkommer under arbetets gång utvärderas kontinuerligt.
9. *Följa och implementera* – Det fortsatta arbetet är nu självständigt, hälso- och arbetsmiljöarbetet är integrerat som en självklar del i verksamheten och utvecklingsarbetet.



Enligt regionens egna bedömningar har metoden visat sig vara framgångsrik och de arbetsplatser som medverkat i projektet har tillsammans sänkt sin sjukfrånvaro något mer än Västra Götalandsregionen som helhet.

## Västra Götalandsregionen – en slutdiskussion

Strax efter att Västra Götalandsregionen bildades år 1999 så tillsattes Arbetsmiljödelegationen och en utökning av den ekonomiska ramen på 160 miljoner skedde för år 2001. Därefter påbörjades planeringen under år 2002 med att initiera SAM i regionen genom ett försöksprojekt med ett mindre antal deltagande förvaltningar. Slutdiskussionen i detta avsnitt kan ses i det sammanhanget att regionen under större delen av 2000-talet har haft fokus på sjukfrånvaro och rehabilitering.

En jämförelse med andra regionala områden som presenteras i Västra Götalandsregionens årsredovisning för år 2005 visar att Region Skåne och Stockholmsläns landsting (SLL) har ungefär samma omfattning på sin sjukfrånvaro som Västra Götalandsregionen. Jämförelse som görs i sjukdagar per anställd eftersom dessa siffror även finns uppdelade på kvinnor respektive män. Uppgifterna avser månadsavlönade. För Region Skåne och Stockholms läns landsting gäller uppgifterna förvaltningar och bolag. För Västra Götalandsregionen gäller uppgifterna endast förvaltningar.

Den totala frånvaron var exakt densamma 26,1 sjukdagar per anställd, med den för kvinnor låg på 28,6 för Västra Götalandsregionen och 28,8 för de övriga två. För män var sjukfrånvaron 15,3 dagar för Västra Götalandsregionen, 14,5 för Region Skåne och 15,1 för Stockholmsläns landsting (SLL). Det fanns vid detta tillfälle endast marginella skillnader i sjukfrånvaron mellan de tre huvudmännen vid denna period.

Om vi däremot vill jämför även med de aktuella förvaltningarna och där jämförbara verksamheter använder vi istället sjukfrånvaro i procent, eftersom de är mer vedertagna uppgifter.

**Tabell 3.19** Sjukfrånvaron räknat i antal dag/anställd i förhållande till antal kalenderdagar (procent), inklusive särskild sjukersättning

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
VGR	6,8	7,4	7,9	7,6	7,4	7,2
Region Skåne					7,5	7,2
SLL				7,8	7,4	7,5
Kungälvssjukhus	7,1	7,5	8,7	9,4	8,8	8,1
Frölunda sjukhus			10,4	9,0	8,1	7,6
FT Göteborg					7,7	7,8
FT Skaraborg	4,4	4,8	4,7	4,2	5,6	3,6
Tvätteriet Alingsås	14,1		14,2	14,9	12,2	11,2
TvNO	11,4	12,5	13,7	12,2	9,1	9,4

En jämförelse mellan de tre förvaltningar som redovisas i denna rapport och regionen totalt visar att den totala sjukfrånvaron i procent, med undantag för Tvätteriet Alingsås, inte skiljer sig nämnvärt åt mellan de olika förvaltningarna och att man har en neråtgående trend vad gäller den totala sjukfrånvaron. Tvätteriets relativt höga sjukfrånvaro är i förhållande till en annan tvätterier-

verksamhet som TvNO<sup>12</sup> inte lika iögonfallande även om den ligger klart högre. Deras sjukfrånvaro har också minskat med lika många procentandelar.

När det gäller de förebyggande insatserna och friskvårdsinsatserna tillsammans med arbetet kring rehabilitering är det i hög grad uppmärksammat från regionens sida. Från centralt håll sker det återkommande en sammantagen uppföljning av sjukfrånvaro. Man har också vidtagit olika åtgärder för att både i policys och operativt arbete utveckla stöd för förvaltningarnas arbetsmiljöarbete. Det huvudsakliga arbetet kring arbetsmiljö, sjukfrånvaro och rehabilitering är dock helt och hållet en fråga för varje förvaltningarna i regionen.

Det vi kan se är att förvaltningarna genomför stora förebyggande insatser och arbetar systematisk med sjukfrånvaro och rehabilitering. De har också till stor del en neråtgående trend vad gäller sjukfrånvaro som överensstämmer med den minskande sjukfrånvaron för alla landsting och regioner.<sup>13</sup> Trots idogt arbete så ger företrädare för förvaltningarna uttryck för att de hade önskat större positiva förändringar i sjukfrånvaron än vad de hittills sett. Det finns skäl till att det är svårt att se att det omfattande arbete som förvaltningarna lägger ner har en direkt påverkan på sjukfrånvaron. Ett skäl är att det inte finns några sådana klara samband mellan insatser av förebyggande karaktär och effekter i form av lägre sjukfrånvaro belysta på de olika förvaltningarna. Trots det är det inte heller möjligt att anta att de insatser som görs inte har någon påverkan på sjukfrånvaron, eftersom denna typ av åtgärder med stor säkerhet genomförs av de flesta förvaltningar (och organisation) som tjänar som jämförelseobjekt för de förvaltningar som här diskuteras. Det finns heller inget som talar för att det systematiska arbetsmiljöarbetet som sker i förvaltningarna inte skulle kunna ha en positiv påverkan på arbetsmiljön och sjukfrånvaron. Samtidigt är förvaltningarna i huvudsak nöjda med den arbetsform och struktur som de bedriver arbetsmiljöarbetet inom.

Medfinansieringsreformens möjligheter att fungera som incitament för att förändra arbetsgivarernas insatser och arbetssätt har enligt förvaltningarna ett begränsat värde. De är medvetna om reformens intentioner och ekonomiska effekter, men ser inte att den på något sätt ökat deras insatser eller förändrar deras rehabiliteringsarbete. Den förändring som möjligtvis går att spåra är mer på marginalen, det vill säga att reformen intentioner understödjer ett arbete som redan pågår och att den i den bemärkelsen ger förvaltningarna en bekräftelse på deras sätt att arbeta. Även om förvaltningarna inte gjort några tydligare kalkyler på reformens ekonomiska effekter så är deras eventuella merkostnad marginella i förhållande till de kostnader de redan har. På den regionala nivån har man också konstaterat att reformens ekonomiska effekter är begränsade. Reformen har således mer en symbolisk påverkan då den är en del av den diskurs som behandlar sjukfrånvaron och ohälsan i arbetslivet. Utifrån detta kan reformen förmodligen ha haft betydelse på förvaltningar eftersom den inte bara understödjer ett pågående samtal. I det stödjer den även företrädare och grupper av företrädare, till exempel personaladministratörer och hälsopedagoger, i deras arbete om vad som är viktigt att uppmärksamma på arbetsplatser och i arbetslivet.

## **Det statliga verket**

Verket består av en förvaltande enhet med ca 2300 anställda och en producerande enhet med ca 4200 anställda. Sedan 2001 har några av den producerande enhetens delområden blivit konkur-

---

<sup>12</sup> TvNo Textilservice AB i Norrköping. Företagets ägare är landstingen i Östergötlands och Jönköpings län samt Norrköpings kommun.

<sup>13</sup> Fakta om sjukfrånvaron i landsting och kommuner 2005. Sveriges Kommuner och Landsting, 2006. [www.skf.se/artikeldokument.asp?C=3388&A=24424&FileID=128499&NAME=Fakta+om+sjukfr%E5nvaron+i+landsting+och+region+2005.pdf](http://www.skf.se/artikeldokument.asp?C=3388&A=24424&FileID=128499&NAME=Fakta+om+sjukfr%E5nvaron+i+landsting+och+region+2005.pdf), 061121.

rensuutsatta. De konkurrensuutsatta delområdena kan även erbjuda sina tjänster till andra än det egna verket.

De anställdas ålder fördelar sig tämligen jämt mellan åldersintervallen som börjar med 35 och slutar med 59. Andelen anställda under 35 och över 59 år är påtagligt lägre än genomsnittet. Det åldersintervall som de flesta anställda inom verket befinner sig i är 45 – 49 år. Den genomsnittliga andelen kvinnor inom hela verket är 18 procent, fler på den förvaltande enheten än den producerande.

Här görs en närstudie på Produktion som är det största av de sju delområdena inom den producerande enheten, men verkets övergripande syn på hälsofrågor berörs även. Produktion har 2900 anställda och den absoluta majoriteten är män. Andelen kvinnor är enbart 6 procent. Delområdet Produktion är med andra ord en mansdominerad arbetsplats där 45 procent av verkets anställda är samlade.

Delområdet Produktion har studerats genom inläsning av material om verket och intervjuer dels med en HR-specialist inom den förvaltande enheten som berättat om verkets övergripande struktur och villkor och dels med en projektansvarig för ett hälsoprojekt inom delområdet Produktion.

Inom delområdet Produktion med sina 2900 anställda är medelåldern 47 år. Merparten av de anställda är tekniker av olika slag. Bland dem är förslitnings- och belastningsskador mest frekventa medan deras arbetsledare i större utsträckning har utbrändhetsproblem. Vid utgången av år 2005 var andelen långtidssjukskrivna 2,3 procent och andelen korttidssjukskrivna 2,7 procent. Den totala sjukfrånvaron för 2005 var 5,0 procent och motsvarande siffra för 2003 var 5,09 procent.

I samband med att delområdet Produktion konkurrensuutsattes 2001 blev 600 personer uppsagda. Enligt den intervjuade finns oron bland de anställda att verket ska säga upp ytterligare personal. Den enkät som genomförs vartannat år med fokus på den psykosociala arbetsmiljön visar att trivseln är hög medan andelen som upplever ökad stress i arbetet stiger. En förklaring, menade den intervjuade, är att oron för nya uppsägningar driver upp stressnivån. Det är främst bland de äldre som oron och stressen finns eftersom de har lägre utbildning än de yngre. Vid en eventuell uppsägning anser de att de har svårare än de yngre att få nya arbeten.

Sammanfattningsvis kan sägas att långtidssjukskrivningarna började minska efter 2001 när delområdet Produktion blev konkurrensuutsatt och krympte sin personalstyrka med drygt 15 procent. Enligt den intervjuade kan minskningen av långtidssjukfrånvaro, trots ökad stress och oro för nya uppsägningar, förklaras med de förebyggande åtgärder som vidtagits sedan dess.

## Förebyggande åtgärder

En av de förebyggande åtgärderna sedan 2001 har varit att förstärka arbetsorganisationen. Arbetsutrustningen har förbättrats i tekniskt avseende vilket minskat förslitningsskadorna. Arbetsmaterial körs ända fram till arbetsstället för att de anställda ska slippa alltför många tunga lyft. Uppvärmda arbetsbodar med möjligheter att värma mat finns numera tillgängliga vid arbetsstälлена. Arbetskiften som vanligen arbetar på natten för att inte störa den verksamhet de ska underhålla, består numera av tre personer mot tidigare två. Den som av säkerhetsskäl inte blivit godkänd vid den regelbundna läkarundersökningen blir ofta den tredje personen. Ytterligare en förebyggande åtgärd är de årliga utvecklingssamtalen som chefer och arbetsledare anmodas hålla med sina medarbetare. Samtalen ska utmynnas i en utvecklingsplan som även rör hälsofrågorna.

En annan förebyggande åtgärd sedan 2003 är införandet av *hälsobokslut*. Begreppet innebär att visa att arbetsmiljörelaterade åtgärder och annat som gjorts för att förhindra ohälsa är effektivt relaterade till ekonomisk lönsamhet. Begreppet myntades av regeringen 2001. Då det från och med den 1 juli 2003 blev obligatoriskt att ha med hälsouppgifter i årsredovisningen blev hälsoboksluten nödvändiga. Inom det statliga verket används Paula Liukkonens hälsobokslutsmodell som innebär att det i bokslutet finns information om kostnader för sjukfrånvaro och uppgifter om frisknärvaro. Dessutom finns uppgifter om rehabilitering och personalomsättning. Hälsoboksluten görs tertiälvís och den information de ger behandlas som en naturlig del av de strategiska ledningsfrågorna. Sjukfrånvarouppgifter och kostnaden för sjukfrånvaro blir därigenom en del av chefernas resultatredovisning vilket är tänkt att sätta press på dem att vidta åtgärder om de är för höga. I ledningsgruppen behandlas sjukfrågorna som kollektiva angelägenheter medan facket via samverkansavtalet hanterar sjukfrågorna på en individuell nivå.

Hälsoprojektet, som blivit en stor del av det förebyggande arbetet, startade 2005 med visst ekonomiskt stöd av utvecklingsrådet för statliga sektorn. Projektet är tidsbegränsat till december 2008 och är ett led i den statliga målsättningen att halvera landets totala kostnader för sjukfrånvaro till 2008.

Hälsoprojektet omfattar hela det statliga verket och innehåller en övergripande hälsoplan som är nedbruten på de olika delområdena inom verket. I den övergripande hälsoplanen ingår att teckna avtal med Korpen som är den organisation som hälsodiplomerar arbetsplatser i landet. När samtliga delområden uppfyllt det som ingår i deras respektive hälsoplan blir hela det statliga verket hälsodiplomerat.

Syftet med hälsoprojektet är att skapa förutsättningar för varaktig hälsa och en hållbar arbetsinsats. Projektet skall bidra till ett nytt synsätt där hälsoarbete är en naturlig del i affärsverksamheten. Varje insats inom projektet skall vara kopplat till resultat i form av ökad hälsa och lägre sjukfrånvarotal.

Några exempel på vad som ingår i hälsoplanen för delområdet Produktion är följande: Varje anställd har en friskvårdpeng som kan användas till olika typer av motionsaktiviteter. Idag utnyttjar endast de som redan är regelbundna motionärer den peng (28 procent). Målsättningen är att nå 50 procent. Lokala inspiratörer utses som förväntas påverka sina arbetskamrater till mer och regelbunden motion. Chefer anmodas vara goda förebilder för sina medarbetare.

Vid den regelbundna läkarundersökningen som sker vart tredje år finns numera tillgång till en sjuksköterska som kan erbjuda enskilda samtal om hälsofrågor.

Inspirationsföreläsningar ges kontinuerligt. Det har visat sig att unga kvinnliga föreläsare med kunskap och karisma lyckas övertyga bäst i den mansdominerande arbetsmiljö som råder inom delområdet Produktion. Betydelsen av kost och motion för att bibehålla god hälsa betonas ofta i dessa föreläsningar.

I den övergripande hälsoplanen som omfattar hela det statliga verket ingår samarbete med ett antal aktörer. En del av dem fanns samarbete med innan hälsoprojektet startade och en del har tillkommit. De handlar om Försäkringskassan, behandlingshem för alkoholberoende, läkare som ger råd om livsstilsförändringar, företagshälsovården, Korpen som hälsodiplomerar, SOS krisjour som inkallas vid uppkomna olyckor och beteendevetare som tar vid där krisjouren slutar.

De drivkrafter som är mest framträdande inom verket är de som är förknippade med förebyggande åtgärder. Med hjälp av ökad press och ökad kontroll på chefer förväntas sjukfrånvaron

minska och hållas låg. Den statistik som hälsobokslutet ger upphov till ska mana till insikter om att ohälsa kostar och därmed tvinga fram åtgärder. Rädslan för att den särskilda sjukförsäkringsavgiften ska bli en ekonomisk belastning har enligt den intervjuade påskyndat det förebyggande arbetet utan att man räknat på de faktiska kostnaderna i detalj. Korpens diplomeringsregler fungerar dessutom som en drivkraft för att nå hälsodiplomeringsregler.

### Åtgärder för återgång (inklusive rehabilitering)

Eftersom det statliga verket valt att satsa mycket resurser på det förebyggande arbetet menar man att det ska skapa ett nytt synsätt på hälsa. Att medarbetare ska kunna uppnå god fysisk hälsa och ett psykiskt och socialt välbefinnande ska anses vara en naturlig del av affärsverksamheten. Det i sin tur ska påverka den interna hanteringen av all sjukfrånvaro och rehabilitering. Facket har exempelvis sagt nej till att upphandla tjänster från företag som vill överta all hantering av sjukfrånvaro och rehabilitering inklusive insamling och bearbetning av statistikuppgifter. Facket menar att dessa frågor ska behandlas internt för att markera att de är prioriterade som en del av affärsverksamheten.

Vid långtidssjukskrivningar som ofta beror på förslitnings- och belastningsskador blir den sjukskrivne tillfälligt förtidspensionerad, det vill säga erhåller aktivitetsersättning, för en period på två år. Därefter omprövar försäkringskassan arbetsmöjligheterna. Men enligt den intervjuade har det funnits brister i rehabiliteringen. Det har inte varit ovanligt att den sjukskrivne blivit fortsatt förtidspensionerad för ytterligare två år utan att några rehabiliteringsåtgärder vidtagits. För att motverka den utvecklingen har det statliga verket inrättat en rehabiliteringsstege i fem steg. Första steget handlar om att åtgärder vidtas för att den sjuka ska kunna återgå till ordinarie arbete. Det andra steget innebär att försöka hitta andra arbetsuppgifter på samma arbetsplats. Tredje steget handlar om att försöka hitta andra arbetsuppgifter inom verket. Fjärde steget innebär att försöka hitta nytt arbete på arbetsmarknaden. De som arbetar med detta fjärde steg går inom verket under benämningen "skräddarna" eftersom de rönt vissa framgångar i att "skräddarsy" nya arbeten. Femte och sista steget som inträder när inget av de övriga fyra fungerat innebär att den sjukskrivne lämnar arbetsmarknaden och bli permanent förtidspensionerad.

### Slutsatser

Det statliga verket med dryga 6000 anställda är en geografiskt spridd, mansdominerad verksamhet. Villkoren har under senare år förändrats, inte minst genom konkurrensutsättning. Vid de uppsägningar som då skedde kan man anta att en hel del långtidssjuka försvann från lönelistan. Arbetet inom vissa delar av verket kan anses fysiskt tungt med förslitningsskador som följd. Verket har under senare år moderniserat sitt förebyggande arbete med exempelvis hälsoprojekt, hälsobokslut, inspirationsföreläsningar etc. Det rehabiliterande arbetet följer den normala standarden, men man har sökt motverka utslagning från arbetsmarknaden med hjälp av en metod, rehabiliteringsstegen. Arbetet med att minska sjukfrånvaron på kort och lång sikt kännetecknas alltså av en systematik och metodutveckling. Sjukfrånvaron vid utgången av 2005 var inte heller alarmerande hög, 5 procent, varav långtidsfrånvaron stod för drygt hälften.

Det finns alltså inget som tyder på att medfinansieringsreformen direkt påverkat det sjukfrånvarobekämpande arbetet, däremot att reformen tillsammans med andra åtgärder ökat ansträngningarna att systematisera arbetet. Medfinansieringsreformen har påskyndat det förebyggande hälsoarbetet vid det statliga verket eftersom man inte visste hur reformen skulle "slå" ekonomiskt inom verket. Hälsoboksluten har en kontrollerande effekt som sätter press på chefer. Korpens diplomeringsregler sätter ytterligare press eftersom det är åtråvärt att bli hälsodiplomerad.

Målet med Hälsoprojektet som en förebyggande åtgärd är att bli en attraktiv arbetsplats vid nyrekrytering eftersom de förestående pensionsavgångarna kommer att lämna många "luckor" som behöver fyllas. Insikten om att bättre hälsa och lägre sjuktal ger bättre resultat eftersom ohälsa kostar, ska fortsätta växa genom de förebyggande åtgärder som vidtagits. I den förändringsprocessen har medfinansieringsreformen fungerat som den "sista droppen" enligt den intervjuade.

## **Göteborgs universitet och företagsekonomiska institutionen**

Intervjuer vid Göteborgs universitet har gett möjlighet att studera och förstå medfinansieringsreformens effekter i en organisation där vi själva har en egen bild av verksamheten.

En del av denna bild är att medfinansieringsreformen kan upplevas och påverka befattningshavare på olika nivåer i organisationen på skilda sätt. Intervjuer har genomförts med universitetets personaldirektör som också fyllt i en provenkät. Ytterligare några centralt placerade befattningshavare deltog i delar av den intervjun. Vi har även vid ett par tillfällen intervjuat den som på fakultetsnivå arbetar med speciellt personalfrågor. Handelshögskolan, det vill säga fakulteten, med ca 500 anställda, har ingen formell personalchef, men den intervjuade är den som närmast kan väntas ha inblickar i rehabiliterings- och frånvarofrågor på fakultetsnivå. På företagsekonomiska institutionen, med ca 150 anställda, har vi intervjuat kanslichefen som närmast har inblick i de ekonomiska konsekvenserna av sjukfrånvaron och personalintendenten som operativt har kontakterna med Försäkringskassan i samband med frånvaro och rehabiliteringsarbete. Fokus i detta avsnitt ligger därför på medfinansieringsreformen sedd ur den verksamhetsnära nivåns perspektiv – i detta fall ur företagsekonomiska institutionens perspektiv. Under intervjuerna har påpekats att de olika institutionerna skiljer sig i många avseenden.

Antal anställda på universitetet var 2005 drygt 5220, och uttryckt i årsarbete 4651. 57 procent av personalen är kvinnor. Cirka 40 procent av de anställda (räknat på årsarbetare) är visstidsanställda. Av personalen redovisas 64 procent som "kärnkompetens", 33 procent som stödkompetens och 2 procent som ledningskompetens. Enligt den interna uppföljningen, klassificerades 1566 av årsarbetena som undervisande och 1323 som forskande.

Verksamhetens natur gör att alla sådana här kategoriseringar kan ifrågasättas – dels är många aktiva i verksamheterna utan att vara formellt anställda av universitetet, dels tillkommer forskarstuderande som deltar i verksamheten men som inte har tjänst vid universitetet. Exempel är personer som forskar eller undervisar men har sin huvudsakliga försörjning via egen konsultverksamhet eller via tjänst i något företag eller vid någon annan högskola.

Den totala sjukfrånvaron var 2005 för universitet som helhet 3,4 procent vilket är det tal som också angavs för 2004. Året dessförinnan, 2003, var sjukfrånvaron något högre. Kvinnorna är sjukskrivna i högre grad än männen, 4,8 procent av tillgänglig arbetstid. Av kvinnorna hade 68 procent inte något sjukfrånvarotillfälle alls under 2005. Motsvarande tal för männen var 1,6 procent respektive 86 procent. De yngre (under 30) hade en sjukfrånvaro på 1,8 procent, de i medelåldern (30–49) 3,2 procent och de över 50 hade en sjukfrånvaro på nära 4 procent av tillgänglig arbetstid. Deltidspensionsreformen har inneburit en något sänkt sjukfrånvaro bland de äldre.

Man bör notera att verksamheternas art tydligt påverkar sjukfrånvaron – den är betydligt högre bland lokalvårdarna (12,1 procent) än bland exempelvis de anställda vid Handelshögskolan (i fortsättningen använder vi den officiella förkortningen HGU) (2,6 procent).

För de som arbetar med forskning och/eller undervisning handlar sjukfrånvaron framförallt om långtidsfrånvaro. Under 2005 var 83 procent av sjukfrånvaron på HGU långtidssjukskrivningar. Tjugo personer, av de ca 400 anställda på HGU, var någon gång under året sjukskrivna mer än 60 dagar – varav hälften var sjukskrivna, oftast på deltid, vid intervjutillfället i januari 2006.

Att så liten andel varit korttidssjuka beror på verksamhetens art. Arbete och fritid flyter ofta samman. Vid sjukdom kan till exempel vissa inläsnings- och skivarbeten göras trots sjukdomen och av ekonomiska skäl undviker många lärare och forskare att sjukskriva sig även när de är korttidssjuka. Den tekniska och administrativa personalen har dock en annan situation. De kan vanligtvis inte utföra sitt arbete hemifrån utan måste befinna sig på HGU för att kunna utföra sitt arbete. Därför gäller korttidssjukfrånvaron i statistiken nästan enbart denna s.k. TA-personal.

Att många av de anställda kombinerar arbete inom universitetet med arbete i andra verksamheter – exempelvis som konsulter eller som forskare i verksamheter som inte tillhör universitetet komplicerar de beräkningar som universitetet gör i relation till Försäkringskassan. Amanuenser, som arbetar 20 procent och bedriver forskarutbildning under resterande tid, kan till exempel av universitet uppfattas som heltidssjuka när de inte arbetar sina 20 procent men av Försäkringskassan uppfattas som deltidssjuka, där forskningsdelen av arbetet ses som studier. Det innebär att universitet måste aktivt se till att de 15 procent betalas som enligt medfinansieringsreformen skall betalas vid heltidssjukskrivning. Försäkringskassan missar ofta detta.

Ett annat exempel gavs vid intervjuerna på central nivå – en som var sjuk från sitt deltidsarbete vid universitetet gav upphov till mycket stora avgifter till Försäkringskassan. Kassan relaterade avgiften till den totala årsinkomsten för personen, men avgiften var oproportionerligt stor för att svara mot lönekostnaderna som universitet haft för personen. När universitetet uppger att en person är sjukskriven relateras inte detta till om personen arbetar heltid eller deltid. Det kan till exempel vara möjligt att en person är sjukskriven från undervisningen som motsvarar universitetets delen av sitt arbete med fortsätter arbeta med exempelvis skrivuppgifter i sin privata deltidskonsultverksamhet.

Detta gör att det blir viktigt att följa upp och kontrollera Försäkringskassans handläggning. Kriterierna för kassans beslut uppfattas som oklara. En viktig lärdom, som underströks av universitetets personaldirektör, är att det handlar om att hjälpa till att få rätt debitering. Det gäller oavsett om det i det enskilda fallet kan handla om att korrigera uppåt eller nedåt. Ett förtroende måste byggas upp mellan arbetsgivaren och Försäkringskassan. Försäkringskassan kan ha svårt att förstå de villkor som gäller för universitetets verksamhet och de speciella svårigheter att översätta olika personers mycket fria arbetsvillkor till de regler som skall styra handläggningen av medfinansieringsreformen.

Just de ekonomiska konsekvenserna av medfinansieringsreformen stod i förgrunden i intervjun med universitetets personaldirektör. Ca 1,4 miljoner har betalats av universitetet i särskild sjukförsäkringsavgift. Men nettoeffekten, beroende av sänkt arbetsgivargift och den låga sjukfrånvaron, är att universitetet sparat 5 miljoner.

## De lokala perspektiven

På den lokala nivå har inte de ekonomiska styrmedlen som medfinansieringsreformen innehåller varit tydliga. Däremot uppfattas reformen som en del i en mer allmän strävan att arbeta med förebyggande och rehabiliterande åtgärder. Sådana åtgärder ses inte heller som artskilda från varandra – det förebyggande och det rehabiliterande arbetet flyter samman.

Medan ekonomiska konsekvenser kom att vara viktiga i intervjuerna med universitetets centralt placerade befattningshavare var det slående att de ekonomiska konsekvenserna inte var lika väl kända bland de lokala befattningshavarna. För dessa handlade medfinansieringsreformen om nya former för att redovisa sjukfrånvaro och rehabiliteringsåtgärder till Försäkringskassan. Själva arbetet med sjukfrånvaron har inte nämnvärt påverkats av reformen. På fakultetsnivå uppfattade man sig ha rollen att vara rådgivare till institutionerna i rehabiliteringsfrågor. På institutionsnivå var det slående att man inte riktigt visste hur reformens intäkter fördelades i universitetet. Den minskade löneomkostnaden med 0,24 procent innebär minskade personalkostnader. Osäkerheten gällde främst reformens intäkter i form av minskade personalkostnader i samband med rehabilitering och deltidsarbete.

I den lokala verksamheten uppstår betydande kostnader vid sjukfrånvaro – något som projektdarna, med ansvar för att leverera ett resultat inom ett givet projektanslag, oftast inte är medvetna om eller har möjlighet att hantera. Det bör understrykas, att enligt beräkningar som genomförts på fakultetskansliet, är de kostnader som belastar anslagen när personer är sjuka, bara till mindre del sammanhängande med medfinansieringsreformen.

### Förebyggande och rehabiliterande åtgärder

Den frånvaro som nämndes som problematisk att hantera är utmattningsdepression – eller som den till vardags benämns - utbrändhet. Den drabbar i större grad yngre och i större grad kvinnor. Möjligen är det så att forskarstuderandes antas till forskarutbildningen utan att någon bedömning görs av deras förmåga att hantera de stressande kraven att självständigt producera och meritera sig i en mycket elitistisk organisation. Handledaren är oftast inte den bästa vad gäller att stötta i personliga kriser. På företagsekonomiska institutionen, som omfattar ca 130 personer (med många möjliga och olika kriterier för vilka som skall räknas dit) har den indelning i kompetensgrupper som nyligen genomförts, inneburit att det reella personalansvaret flyttats till kompetensgruppernas ledare. I varje kompetensgrupp ingår 10–20 anställda, inklusive forskarstuderande.

Till de åtgärder som i någon mening skulle kunna ses som förebyggande hör en allt mer explicit granskning av förutsättningarna för att doktorera när nya forskarstuderande antas. Även om fokus allt mer riktas mot de akademiska förutsättningarna, så krävs även att ett finansiellt grundvillkor är uppfyllt för att kunna antas till forskarutbildningen – nämligen att lönekostnader i form av forskningsanslag eller egna medel gör att studierna kan bedrivas enligt en plan som innebär att studierna skall fullgöras inom fyra år – med möjlighet till ytterligare ett år under vissa förutsättningar. Därefter upphör institutionens finansiella ansvar för den forskarstuderandes lönekostnader. Efter avklarade forskarstudier är konkurrensen om forskningsanslag, om undervisningstillfällen och om tjänster som biträdande lektor eller lektor mycket stor inom vissa inriktningar. Allt detta innebär att det finns utslagningsprocesser som inte är synliga i statistiken över långtidsfrånvaro men som de facto har denna karaktär. Det handlar då om personer som deltagit i verksamheten och som ser sig som en del av institutionen men som inte längre har tjänst där därför att doktorandanställningen eller de forskningsmedel som försörjt honom eller henne upphört och anslag om nya medel inte beviljats. Paradoxalt nog skulle den främsta förebyggande åtgärden – att anställa dessa personer i mer permanenta former – förmodligen leda till mindre utslagning och färre personliga tragedier samtidigt som talen i universitetets statistik över långtidssjukskrivningar skulle öka.

Friskvård erbjuds universitetets personal och utgår som bidrag till exempelvis avgifter för träningskort. Kostnader för sjukvård bekostas, enligt centrala kollektivavtal, av arbetsgivaren. Universitet har inga generella rutiner för hälsokontroller för sina anställda. Handelshögskolans fakultet har dock under 2006 erbjudit alla anställda en enklare hälsokontroll i samarbete med Previa.



Dessa omfattar blodtester och ett samtal med en sjuksköterska. Åtgärder som vidtagits har annars knutits till observerade brister – exempelvis åtgärder för att se över och bidra till förbättrat arbetsklimat i någon av kompetensgrupperna.

## Slutsatser

Göteborgs universitet (GU) är en stor arbetsgivare med relativt jämn könsfördelning och där flertalet arbetar med avancerade uppgifter. Denna majoritet är exempel på karriäryrken där förtroendearbets tid dominerar. Det innebär stort egenansvar och för många innebär det också osäkra, tillfälliga, och ibland deltidssarbeten.

Totalt sett ligger sjukskrivningarna på en måttlig nivå, men långtidssjukskrivningar dominerar. Det finns en tendens att yngre, särskilt kvinnor, får diagnosen utmattningsdepression och sjukskrivs på längre tid. Det handlar inte om antalsmässigt många personer. Men verksamhetens elitistiska karaktär och svårigheten att skapa långsiktig ekonomisk trygghet för forskarstuderande och unga efter doktorsexamen gör att dels påfrestningarna blir stora, dels att dessa påfrestningar är speciellt påtagliga för personer som är en del av verksamheten men kanske inte har en formell anställningsrelation till universitetet.

För oss som arbetar nära enskilda individer – och med en strävan att hitta fortsatt finansiering för att kunna möjliggöra fortsatta akademiska karriärer eller för att slutföra avhandlingsarbetet – finns en känsla av att frånvarostatistiken inte fångar hela bilden vad gäller utbrändhet. Det finns en flytande gräns mellan att vara utbränd i sin verksamhet i universitetet och att ha svårigheter att hantera sin finansiella situation och samtidigt fortsätta forska när anslag och projektanställningar tagit slut. Utbrända kan därför hamna utanför personalstatistiken.

Medfinansieringsreformen innebar ett ganska rejält plus i kassan för GU, men det är osäkert om detta också innebar ett ekonomiskt plus på fakultets- och institutionsnivå. Överlag verkade inte reformen ha påverkat sätten att minska sjukfrånvaron, snarare verkar reformen ha betraktats som en del av det batteri som från samhällets sida satts in för att få bukt med höga sjukfrånvarotal. Det mest påtagliga gemensamma draget i hållningen till medfinansieringsreformen på central såväl som på lokal nivå är att det är svårt att översätta universitetets verksamhet till de regler och handläggningsrutiner som följt med reformen. Inga direkta effekter har konstaterats som följd av reformen.

## DEN EMPIRISKA STUDIEN I SAMMANDRAG

I inledning till denna rapport beskrevs vilka frågor som rapporten avsåg att belysa. De var:

- Vad gör arbetsgivarna för att de anställda inte skall vara frånvarande från arbetet? Hur har de på denna punkt eventuellt förändrat sitt handlande?
- Hur påverkas jämställdheten av de nya incitamenten, till exempel med hänsyn taget till att kvinnor vanligtvis står för högre andel av sjukfrånvaro?
- Hur förhåller sig arbetsgivarna till ekonomiska analyser och kalkyler? Vilka ekonomiska resultat kan skönjas?
- Hur ser arbetsgivarna efter reformens genomförande på sitt ansvar att förebygga ohälsa och vidta rehabiliterande insatser? Har reformen förändrat synsättet?

Dessa vad- och hurfrågor kommer att behandlas var för sig i de följande avsnitten och därefter följer en analys som söker ge en förklaring till arbetsgivarnas hållning.

### Vad gör arbetsgivarna för att minska sjukfrånvaron?

Medfinansieringsreformens övergripande intention var att arbetsgivarna skulle stimuleras att arbeta förebyggande mot sjukskrivningar och att aktivt underlätta för medarbetare som är sjukskrivna att återgå till arbetet. Båda dessa perspektiv rymms i frågan vad arbetsgivarna gör för att minska sjukfrånvaro. Det följande resonemanget kommer därför att struktureras utifrån förebyggande insatser och åtgärder för att underlätta återgång. Med förebyggande insatser avses åtgärder som har till syfte att undvika att individen för svårt att klara sitt arbete och underlätta återgång avser i första hand rehabilitering som syftar till att en person skall återfå förmågan och förutsättningarna att förvärvsarbeta (SOU, 1996:85). Därefter kommer frågans senare del besvaras, det vill säga på vilket sätt har medfinansieringsreformen påverkat detta arbete.

### Förebyggande insatser

De förebyggande insatser har hos flertalet av arbetsgivarna handlat framför allt om friskvårdsinsatser, men utöver det finns även utveckling av handlingsplaner och policys, förändrade rutiner i verksamhetens genomförande, anställning av personer som skall arbeta med förebyggande insatser, kartläggning av verksamheten, avtal med företagshälsovården och liknande aktörer, utbildningsinsatser samt en utvecklad kontakt med medarbetarna. Det kan dock skilja sig åt på omfattningen av insatserna och vilka olika insatser eller aktiviteter som arbetsgivarna räknar in som förebyggande.

Friskvårdsinsatser är det som genomgående förekommer i de organisationer vi har studerat. Enkätstudien styrker även att denna typ av insatser är vanligt förekommande. På frågan vilken typ av arbetsuppgifter som arbetsgivarna ägnar sig åt i förebyggande syfte visar det sig att det de flesta gör är att motverka fysisk ohälsa och göra hälsokontroller på de anställda. Den av fallorganisationerna som inte erbjuder någon friskvård är Hemtjänsten trots att man har en hög sjukfrånvaro. Anledningen är att man saknar resurser för detta. Övriga organisationer erbjuder sina anställda subventionerade fysiska aktiviteter på till exempel simhallar eller gym. Det förekommer även att man av tradition som till exempel på Tvätteriet Alingsås har en lokal idrottsförening som man stöttar ekonomiskt. Organisationerna ger även sina anställda motionsbidrag med mellan 1 000

kronor och 2 500 kronor. Det högre beloppet verkar framför allt vara riktat till organisationer som till exempel IT-företaget eller professionella grupper som till exempel Folkvandvården där arbetsinsatsen är direkt relaterad till intäkten. Utöver dessa subventioner finns det även exempel på, framför allt i Västra Götalands förvaltningar, att man låter de anställda använda upp till en timme i veckan till egen fysisk aktivitet. Det sker vare sig kontroll av vad de anställda gör eller någon egentlig uppföljning av till exempel hur många som egentligen nyttjar motionsbidragen. I de fall som uppföljning sker är det en minoritet av de anställda som använder sig av denna möjlighet.

Den finns även exempel på att man försöker göra de fysiska aktiviteterna gemensamt på arbetsplatsen genom regelbunden pausgymnastik som till exempel på Folkvandvården eller i form av gemensam motion på fritiden som stavgång (Tvätteriet). Processindustri AB är ett annat exempel där man ordnar tävlingar för de anställda som tävlar mot varandra. Det främsta syftet är att stimulera till att öka personalens fysiska aktiviteter.

Något som också är vanligt förekommande är att man anställer eller tecknar avtal med sjuksköterskor, naprapater eller massörer för att därigenom erbjuda sina anställda subventionerad eller kostnadsfri behandling, hälsokontroller med mera. Dessutom utbildar man lokala hälsoinspiratörer på till exempel Kungälv's sjukhus och Statliga verket med syfte att öka den allmänna kunskapen om vad som krävs för en god hälsa och stimulera till ökad motion. Utöver detta förekommer en rad utbildningsinsatser och andra insatser av friskvårdskaraktär.

Både enkätstudien och fallstudierna visar att man, förutom friskvårdinsatser, även gör försök att ändra verksamheternas organisering i syfte att motverka sjukfrånvaron. I enkätstudien är utbildning av chefer framträdande. I fallstudierna kan vi se att andra typer av insatser beroende av verksamhetens villkor. Det Statliga verket har till exempel förbättrat det tekniska stödet för att motverka belastningsskador och Tvätteriet har infört arbetsrotation av samma anledning. Insatser för att motverka stress eller andra psykosociala påfrestningar hanteras till exempel av Folkvandvården genom avspänningsövningar på arbetsplatsen.

Även om vi kan se i fallstudien att arbetsgivarna med stöd av framför allt personalavdelningen gör en hel del för att förebygga sjukfrånvaro har beroendet av externa aktörer ökat. Företagshälsovården har fått en ökad betydelse både i det förebyggande arbetet och i rehabiliteringsarbetet, vilket är tydligt framförallt i Västra Götalandsregionens förvaltningar. Medan till exempel IT-företaget och Processindustrin AB tecknar avtal med nya aktörer på hälsomarknaden för samtals-hjälp med anställda och ta fram hälsoprofiler.

Genomgående har det blivit viktigare att göra kartläggningar av vad som orsakar sjukfrånvaro, utveckla av handlingsplaner och policydokument samt rutiner för att visa att man arbetar med en tydlig systematik i det förebyggande arbete kring hälsa. I det arbetet är det inte minst viktigt att leverera sjukfrånvarostatistik, mer inom de större företagen/förvaltningarna än de mindre, men det är samtidigt inte självklart att denna statistik analyseras närmare.

Slutligen är frågor kring rekrytering och uppsägning av personal frågor som är känsliga att diskutera i samband med sjukfrånvaro och hälsa, visar fallstudierna medan enkätstudien visar att denna typ av frågor behandlas i det förebyggande arbetet även om de inte har en framträdande plats.

Sammanfattningsvis kan konstateras att de förebyggande insatserna kan vara många och omfattande. De erbjuds oftast till alla anställda. I den utsträckning det förekommer riktade insatser, vilket är mycket ovanligt, sker dessa antingen mot någon yrkesgrupp, gentemot kvinnor, chefer eller genom att särskilja kollektivanställda och tjänstemän. De förebyggande insatserna kan inbe-

gripa allt från friskvårdscheckar till kompetensutveckling. Det beror på vad arbetsgivaren lägger i begreppet förebyggande. Det finns även en stor osäkerhet bland de aktuella organisationerna om insatsernas värde, det vill säga om de har någon effekt på sjukfrånvaron.

## Underlätta återgång

Insatser för att underlätta återgång är mindre omfattande än det förebyggande arbetet. Det handlar ofta om rehabilitering. Det finns några insatser som är mer framträdande. Det ena är att arbetsgivarna framförallt försöker hålla kontakt med den som är sjukskriven, men även vidta rehabiliteringsåtgärder och diskutera den sjukskrivnes situation. Det andra handlar om att utveckla klara rutiner för rehabiliteringsprocessen. Ett exempel på detta är det Statliga verkets rehabiliteringsstege som har tillkommit för att både vara ett stöd för cheferna i rehabiliteringsarbetet och göra det tydligt för alla inblandade vilka de olika stegen är som antingen leder till återgång i arbete eller till förtidspension.

Utöver det visar enkätstudien att man försöker förändra arbetsmiljön och arbetssituation, men det är mer i förbigående som detta märks i vår fallstudie. Det upplevs genomgående av arbetsgivarna som svårt att dels veta vilka förändringar som behövs göras, dels ha möjlighet att genomföra dem. I fallstudien framkommer det även att det är svårt att finna andra arbetsuppgifter på arbetsplatsen för att ge den som sjukskriven en möjlighet att arbetsträna. På Tvätteriet och de andra förvaltningarna i Västra Götalandsregionen skulle man även önska att det fanns ett utvecklat samarbete mellan olika verksamheter för att göra det möjligt för den som är långtidssjukskriven att pröva annat arbete. Enkätstudien visar att både omplacering och att ordna jobb hos annan arbetsgivare inte är något som ägnas speciellt mycket tid.

Något som arbetsgivaren inte ägnar speciellt mycket tid åt, men som är en central del av återgången till arbete är de olika behandlingar som den sjukskrivna genomgår för att kunna börja arbeta igen. Ofta handlar det om sjukgymnastik eller annan typ av likartad behandling, men det kan även handla om att föra kontinuerliga samtal med den sjukskrivna. I det är arbetet är det klart att samarbetet med Försäkringskassan är centralt, men det samarbetet fungerar bara enligt arbetsgivarna, om de har en kontaktperson på Försäkringskassan som de kan vända sig till. Enkätstudien visar att det framför allt är Företagshälsovården och Försäkringskassan som arbetsgivarna samverkar med. Fackföreningar är en annan aktör som finns med i samarbetet, men det som en del av fallstudierna visar är att det framför allt sker för att det finns en långtgående formaliserad samverkan. Rehabiliterings- och hälsokonsulter är andra aktörer som det finns en samverkan med.

Avslutningsvis anser arbetsgivarna att arbetet för att underlätta de sjukskrivnas återgång till arbete är svårare att genomföra. Det är ett arbete som i första hand riktas mot individer, det vill säga den personal som är sjukskriven och långtidssjukfrånvarande från arbetet. Trots att man i en del fall försöker strukturera arbetet kan man inte beskriva någon allmän progression som visar att arbetsgivarnas rehabiliteringssituation är kontrollerbar. När det gäller stödet eller samarbetet med andra aktörer för hantera rehabiliteringen visar arbetsgivarna att Företagshälsovården har en väsentlig roll att fylla samtidigt som man saknar stödet från försäkringskassan. Överhuvudtaget uttrycker arbetsgivarna en viss uppgivenhet dels för att de anser att en stor del av långtidssjukfrånvaron inte är arbetsplatsrelaterad, dels för att det är svårt att se vilka insatser som leder till bäst effekter.

## Medfinansieringens påverkan

Enkätstudien visar att reformen i allmänhet haft en mycket begränsad betydelse för hur arbetsgivarna arbetar med att förebygga sjukfrånvaro och främja återgång till arbete. Av de organisationer

som besvarat enkäten är det i huvudsak de med mer än 1000 anställda som tillmäter reformen någon betydelse i arbetet med att förebygga sjukfrånvaro och främja återgång till arbete.

Tittar man närmare på vilka arbetsgifter som arbetsgivarna säger sig ägna mer tid åt för att förebygga sjukfrånvaro i en jämförelse med året innan reformen, är det att motverka psykisk och fysisk ohälsa samt att utveckla administrativa system. Sambandet mellan reformen och dessa utvidgade åtgärder är dock svårt att påvisa. Reformen har möjligen också gjort arbetsgivare något mer försiktiga att nyanställa men mer benägna att främja återgång till arbete. Där anser arbetsgivarna att de håller något mer kontakt med de sjukskrivna och diskuterar de sjukskrivnas situation. De utbildar sina chefer i större omfattning i rehabilitering och vidtar även rehabiliteringsåtgärder i större utsträckning samt medverkar till deltidssjukskrivningar.

När det gäller fallstudierna kan vi se att de företag och förvaltningar vi studerat i stort bekräftar den bilden. Det skiljer sig emellertid något åt i företag och förvaltningar hur reformen påverkat arbetet sjukfrånvaro och rehabilitering. När det gäller förvaltningarna i Västra Götalandsregionen kan vi se att varken sjukfrånvarostatistiken eller omfattning av insatserna har förändrats på något påtagligt sätt i och med reformens införande. Tvätteriet Alingsås anser att de redan hade ett pågående arbete kring rehabilitering. Folkvandvården Göteborg anser inte den påverkat sättet att arbeta. Kungälvssjukhus tycker inte att den haft något större genomslag på sjukhuset arbete. Alla förvaltningar anser att den ekonomiska effekten inte varit stor och man ser nog snarare att det krävs betydligt större ekonomiska incitament om det skall kunna ha en påverkan på arbetets inriktning. Däremot är man medveten om reformens strävan mot deltidssjukfrånvaro istället för heltidssjukfrånvaro och det finns tendenser att man börjat arbeta mer i linje med det. Detta går dock inte att spåra i en statistiskt ökad deltidssjukfrånvaro.

När det gäller Hemtjänsten har man oroats över reformens ekonomiska effekter, men det har inte påverkat arbetet kring rehabilitering. Det har även visat sig att effekterna inte blev så betungande trots en relativt hög långtidssjukfrånvaro. För det Statliga verket har reformen i någon mån påskyndat det förebyggande hälsoarbetet. För de privata företagen är bilden relativt samstämmig som för de offentliga arbetsgivarna. För IT-företaget har reformen inte haft någon inverkan på vilka åtgärder företaget vidtar för att komma tillrätta med sjukfrånvaron. Detta gäller även för Livsmedelsföretaget, men där har man trots allt börjat med att försöka få de anställda att närvara på åtminstone deltid. För Processindustrin har i alla fall reformen inneburit en strävan att få tillbaka långtidssjukskrivna i deltidarbete och göra sig av med övriga långtidssjukskrivna. Man är även försiktigare vid nyrekrytering.

Vi kan sammanfattningsvis säga att medfinansieringsreformens påverkan på vad arbetsgivarna gör för att minska sjukfrånvaro har varit mycket marginell. Det är även svårt att påvisa att de eventuella förändringar som har skett går att hänföra till reformens införande eller att i de fall arbetsgivarna påstår att de har gjort förändringar på grunda av reformens införande klarlägga att det uteslutande är den omständighet som givit förändringen.

### Förebyggande visavi återgång

Förebyggande insatser och friskvård respektive återgång till arbete och rehabilitering har i en enkel definition ett före- och ett efterperspektiv. Det betyder att förebyggande sker innan personalen blir sjuk och återgång sker efter det att personalen blivit sjuk. Den ena är således beroende av den andra. Om det förebyggande arbetet är framgångsrikt så blir ingen sjuk och då behövs inga rehabiliteringsinsatser för att få personal åter i arbete. Det är också möjligt att tänka sig att goda rehabiliteringsinsatser borgar för att personalen inte blir sjuk igen i arbetsrelaterade åkommor.

Denna studie visar i stor utsträckning en sådan uppdelning och logik mellan de olika kategorierna av åtgärder. De olika insatser av förebyggande karaktär som de olika organisationerna påvisar har ungefär samma innehåll och omfattning. De skillnader som föreligger är mer på marginalen. På samma gång finns det dock inga klara gränser mellan de olika åtgärder som definieras in i dessa två kategorier. Exempelvis kan arbetsrotation både vara en förebyggande insats och en rehabiliteringsinsats. Denna balansgång inbegriper även frågor kring till exempel kompetensutveckling, ledarskap och arbetsorganisation. Det beror i hög grad på hur arbetsgivaren definierar de olika insatserna. Till exempel är rekrytering ett område som kan leda till att fler inte ges inträde på arbetsplatsen. Däremot diskuteras inte frågor kring rekrytering som en förebyggande insats speciellt öppet bland arbetsgivare. En del arbetsgivare medger dock att man vid rekrytering börjar väga in en bedömning om att till exempel den presumptive medarbetaren kan ha större benägenhet för en framtida långtidssjukfrånvaro.

Det förebyggande arbetet kan därför även innebära insatser som sker innan arbetstagaren blir anställd, det vill säga inte förebyggande på arbetsplatsen utan förebyggande innan någon träder in på arbetsplatsen. Vad vi kan se i denna studie, vilket också styrks av figuren ovan, är att gränsen är grumlig mellan vad som är förebyggande insatser och rehabiliteringsinsatser. Det finns därför anledning till en fördjupad analys kring olika insatser med syfte att minska sjukfrånvaron och på vilket sätt de gör det, både som resultat och effekt.

## Jämställdhet

Vår andra fråga som vi avsåg besvara löd: "Hur påverkas jämställdheten av de nya incitamenten, till exempel med hänsyn taget till att kvinnor vanligtvis står för högre andel av sjukfrånvaro?" Nedan följer en sammanställning och analys av hur jämställdhetsaspekter hanterats vad gäller sjukfrånvaro, förebyggande åtgärder samt återgång och rehabilitering. Sammanställningen bygger på enkätundersökningen samt genomförda fallstudier. Det har dock inte funnits möjligheter att fördjupa jämställdhetsaspekter på samtliga studerade enheter.

### Könsuppdelad sjukfrånvaro och rehabilitering?

Vår enkätundersökning visar hur kvinnorna dominerar i de större organisationerna (främst offentlig verksamhet) och att det är där vi kan finna den största sjukfrånvaron (se tabell 4). Frånvaron bland kvinnor ligger på mellan 7,3 och 7,8 procent i organisationer med över 1000 anställda, medan männens frånvaro rör sig mellan 5,4 och 6,5 procent. Även i de mindre verksamheterna (mindre än 1000 anställda) ligger kvinnorna på lite högre sjukfrånvaro (0,5–1 procentenheter). Eftersom medelvärdet för den totala sjukfrånvaron ökar med ökad storlek på organisationen både för manligt (3,4–4,7 procent) och kvinnligt (3,6–8,3 procent) dominerade organisationer kan inte skillnaderna enbart förklaras med de att de större organisationerna har högre andel kvinnor. Samtidigt är det i de större organisationerna som sjukfrånvaron minskar mest och speciellt då bland kvinnorna, när vi jämför mellan åren 2004 till 2005.

Om vi tittar på de genomförda fallstudierna så bekräftas mycket av enkätstudiens resultat vad gäller sjukfrånvaronivåer på till exempel Processföretaget samt i Västra Götalandsregionen. Kvinnorna står här för den klart större frånvaroandelen. Vad gäller sjukfrånvaron i Västra Götalandsregionen så har kvinnor ungefär dubbelt så hög sjukfrånvaro som män vad gäller frånvaro över 28 dagar, medan den kortare frånvaron är mera jämn men än dock med viss övervikt för kvinnorna. På Kungälv's sjukhus minskar kvinnornas sjukfrånvaro från 10,2 procent 2003 till 8,8 procent 2005. Inom Folk tandvården minskar kvinnornas sjukfrånvaro med nära tre procentenheter mellan 2003–2005, men är nästan dubbelt så stor som männens. Den verksamhet som urskiljer sig från

de övriga är Tvätteriet, där männen har något högre korttidssjukfrånvaro än kvinnorna, men där kvinnorna har klart högre långtidssjukfrånvaro. Hemtjänsten visar upp siffror som säger att kvinnor har nästan dubbelt så hög sjukfrånvaro som män (12 procent vs. 6 procent). Det är framför allt äldre kvinnor som här drabbas hårt.

Vad gäller åtgärder för återgång har inga specifika åtgärder kunnat noteras som kan kopplas till kön. Samma rutiner för rehabilitering tycks gälla oavsett om det rör en man eller en kvinna, även om viss individuell anpassning måste göras i samband med rehabiliteringsinsatser. Vi har också noterat att det främst är kvinnor som rehabiliteras till att arbeta deltid samt att vissa av dem redan är anställda på deltid. I regionen finns också uppfattningar om att kvinnor väljer att vara deltidssjukskrivna eftersom de på så sätt även löser åtaganden till familjen. Redan innan 2005 när medfinansieringen började gälla (och innan incitamentet för deltidssjukskrivning existerade) fanns många kvinnor som arbetade viss andel av potentiell arbetstid och som var sjukskrivna resterande tid.

I en studie gjord vid Kungälv's sjukhus berörs orsakerna till kvinnors högre sjukfrånvaro<sup>14</sup>:

- En alltmer pressad arbetsmiljö inom offentlig verksamhet och att kvinnor har en svagare position på arbetsmarknaden.
- Traditionella könsroller och ojämnt fördelat ansvar för hem och barn, vilket ofta innebär dubbelarbete för kvinnor.
- Skillnader i karriärvägar, lön och påverkansmöjligheter.

Utifrån våra studier kan vi varken bekräfta eller dementera dessa orsaker. Däremot kan vi lägga till ytterligare en faktor: kvinnors sämre fysiska styrka som kan innebära att de drabbas än hårdare av brister i arbetsmiljön. Alternativen för arbetsgivarna är då att antingen förbättra arbetsmiljön eller att anställa färre kvinnor. Det sistnämnda skulle ytterligare cementera gränserna mellan kvinnliga och manliga arbeten.

### Förebyggande åtgärder delvis fokuserade på kön

Våra studier antyder att de förebyggande åtgärderna inte har något specifikt könsfokus, med undantag av Kungälv's sjukhus där man kopplat samman jämställdhet och arbetsmiljö. Även andra förvaltningar inom regionen har uppmanats att vidta åtgärder kring jämställdhet och arbetsmiljö. På Kungälv's sjukhus har man genomfört en egen studie kring dessa frågor och relaterat dem till makt, hierarki och samarbete mellan olika yrkeskategorier. Arbetet har resulterat i nya lokala jämställdhetsplaner som bland annat berör friskvård och arbetsmiljö kopplat till mäns och kvinnors villkor. Kvinnliga medarbetare har dessutom erbjudits en cirkelutbildning (Hälsa, Arbets- och Kvinnoliv) i syfte att stärka självkänslan, motarbeta stress och förbättra hälsan. Nya förebyggande åtgärder och friskvård har initierats, som tar hänsyn till att män och kvinnor kan ha olika intressen.

Det sistnämnda, att män och kvinnor kan ha olika intressen av förebyggande åtgärder, kan vara nog så relevant att överväga även vad gäller andra verksamheter, liksom vad gäller rehabiliteringsåtgärder. Har t ex det mansdominerade Processföretaget övervägt speciella åtgärder för de långtidssjukskrivna kvinnorna? Är deras förebyggande åtgärder anpassade till båda könen? Det är kanske inte alltid gymträning som är det bästa och som lockar till engagemang? Folkandvårdens pausgympa skulle kunna vara nog så bra för Processföretagets anställda – men betraktas den som

---

<sup>14</sup> Jämställdhet på Kungälv's sjukhus – ska vi göra en resa eller bara en liten utflykt? s. 36. Publicerad vid Kungälv's sjukhus.

tillräckligt manlig av de i huvudsak manliga anställda? Det går inte att bortse från att det finns traditioner och fördomar som påverkar såväl ohälsa som åtgärder som främjar hälsa.

### Medfinansieringens påverkan på jämställdhet

Sammantaget har vi inte kunnat se att den särskilda sjukförsäkringsavgiften nämnvärt påverkat jämställdheten i de studerade organisationerna. Vidtagna åtgärder har i huvudsak startats upp före det att reformen införts. Men som tidigare konstaterats har antalet deltidssjukskrivna ökat som en följd av reformen; dessa deltidare tycks till största delen vara kvinnor. Noggrannare uppföljning borde göras huruvida deltidssjukskrivning verkligen leder till återgång till heltid. Risken finns att jämställdheten påverkas negativt om kvinnors arbete befästs som deltid.

De nya ekonomiska incitamenten kan dock ha inneburit att de höga frånvaronivåerna uppmärksammas mera tydligt – alla har hört talas om att det inneburit högre kostnader. Trots detta hör det till undantagen att insatser gjorts för att få ner sjukfrånvaron för just kvinnor. Vi kan konstatera en viss kategorisering av sjukfrånvaro där kvinnor och äldre är de värst drabbade. Ändå tycks alltför lite åtgärder vara anpassade till rehabilitering och förebyggande insatser för just dessa kategorier. Våra studier antyder att fokus på generella sjuktal, kostnader och incitament inte är tillräckliga för att få arbetsgivare att vidta specifika åtgärder.

### Vilken ekonomisk betydelse tillskriver arbetsgivare reformen?

En av studiens centrala frågor är: “Hur förhåller sig arbetsgivarna till ekonomiska analyser och kalkyler och vilka ekonomiska resultat kan skönjas?” Bakom denna fråga döljer sig en enklare undran – vilken ekonomisk betydelse för den egna verksamheten tillskriver arbetsgivarna den så kallade medfinansieringsreformen? För det första kan konstateras att långt ifrån alla arbetsgivare berörs av reformen i den meningen att de erlagt någon medfinansieringsavgift. Vi har i vår studie utslutit arbetsgivare med mindre än 10 anställda av goda skäl. Försäkringskassan uppger i en rapport att av 53 000 arbetsgivare betalade endast cirka 16 500 någon medfinansieringsavgift under 2005, främst beroende på att de hamnade under fribeloppet (Försäkringskassan analysera, 2006:18). Det innebär att det nästan uteslutande är arbetsgivare med fler än 100 medarbetare som betalade avgiften. I vår enkätredovisning konstaterades ungefär samma tendens, vilket kopplades till att de som inte betalar knappast har någon anledning att skaffa sig någon större kunskap om reformen och därmed att de inte tillskriver reformen någon större betydelse för den egna verksamhetens ekonomi. Däremot kan sjukskrivningar som sådana orsaka stora besvär. Störningar och ökande kostnader i verksamheten kan vara besvärande för många arbetsgivare.

Större arbetsgivare borde dock intressera sig för de ekonomiska konsekvenserna av reformen. I den just nämnda rapporten från Försäkringskassan uppger drygt var tredje av de arbetsgivare som känner till reformen – och av de riktigt stora arbetsgivarna med mer än 500 anställda är det nästan hälften – att de på grund av reformen blivit mer noga med att kartlägga frånvaron. Det innebär samtidigt att närmare 2/3 *inte* brytt sig om att lägga mer arbete på sådana kartläggningar trots att de kände till reformen. Det beror troligen delvis på att flertalet arbetsgivare inte behöver oro sig så mycket över kraftigt ökade kostnader på grund av reformen, vilket stärks av våra enkätresultat, särskilt tabell 16 där kostnadspåverkan för flertalet arbetsgivare verkar vara tämligen neutral.

Sammanfattningsvis drar vi slutsatsen att reformen fått mycket måttliga konsekvenser rent ekonomiskt och administrativt för de flesta arbetsgivarna. Detta var delvis också syftet med reformen som ju skulle vara kostnadsneutral för arbetsgivarkollektivet. Men man hoppades att de arbetsgi-



vare som hade hög sjukfrånvaro skulle få anledning att omorientera sig. Det verkade inte bli följden, åtminstone under den korta tid som reformen varade.

## Hur ser arbetsgivare på sitt sjukfrånvarsansvar?

Ovan har studiens tre första delsyften besvarats - arbetsgivarnas åtgärder för att minska sjukfrånvaron, reformens betydelse i ett jämställdhetsperspektiv samt arbetsgivarnas syn på ekonomiska analyser och kalkyler av sjukfrånvaron. I det här avsnittet skall det fjärde delsyftet besvaras, arbetsgivarnas syn på sitt eget ansvar för sjukfrånvaron i ljuset av reformen – i vilken grad ser arbetsgivarna det som sitt ansvar att minska sjukfrånvaron och orsakerna till denna?

I de tidigare avsnitten har konstaterats att arbetsgivare genomför en mängd aktiviteter som sägs syfta till att förebygga ohälsa eller att få sjukskriven personal att återgå i arbete, främst i form av rehabiliterande åtgärder. Förebyggande åtgärder är i allmänhet generella och alltså sällan särskilt riktade mot de grupper som har den högsta sjukfrånvaron, främst kvinnor, äldre och de med arbeten som har särskilt hög sjukfrånvaro. En samstämmig bild ges i de tidigare avsnitten av att medfinansieringsreformen spelat en klart marginell roll när det gäller att åtgärda sjukfrånvaron på kort och lång sikt. Reformen verkar inte heller ha förbättrat arbetsgivarnas ekonomiska analyser och kalkyler av vad sjukfrånvaron kostar. Reformens effekter på den egna organisationens ekonomi och administration verkar inte heller vara en prioriterad fråga.

Det är alltså inte svårt att hitta exempel som visar att arbetsgivare tar ansvar för att insatser görs vilka sägs vara ohälsöförebyggande eller rehabiliterande för redan sjuka, tvärtom är detta vanligt och särskilt i stora organisationer som ofta har personalavdelningar vilka ägnar en hel del kraft åt frågan. Alternativt tar arbetsgivare ansvar för att krafter utanför den egna organisationen ägnar sig åt uppgiften, exempelvis företagshälsovården eller annan aktör på den växande hälsomarknaden.

All denna aktivitet för att minska sjukfrånvaron är dock förbryllande. Det är undantag att arbetsgivare gör fullständiga analyser och kalkyler av den egna sjukfrånvaron och dess ekonomiska och administrativa konsekvenser eller försöker utreda orsakerna bakom sjukfrånvaron. Inte heller görs riktade insatser mot särskilt sjukfrånvarobenägna grupper som kvinnor i någon större utsträckning. Det finns inte heller mycket som tyder på att arbetsgivarna söker mäta effekterna av sina batterier av åtgärder, vilket vore rimligt om man trodde sig kunna mäta, styra eller förbättra insatserna.

Säger oss detta något om hur arbetsgivarna ser på sitt ansvar för att sjukfrånvaro uppkommer och ansvaret för att minska sådan? Vi kan dra slutsatsen att arbetsgivare tar ansvar för att åtgärder genomförs, men inte i någon större utsträckning för åtgärdernas effekter eller ens vilka kostnader som är förknippade med sjukfrånvaron. Inte heller tar arbetsgivare rejält ansvar för att analyser av sjukfrånvarons orsaker görs och åtgärdar på grundval av sådana analyser. I vår studie uppger arbetsgivare skäl för denna brist på ansvar. I den mån man gör insatser med egna krafter har det visat sig svårt att ta reda på verkningsgraden. Det är ett skäl till att låta någon annan ta detta ansvar, exempelvis anlitas i ökad utsträckning företag som har hälsa som kunskapsområde och affärsidé. ”Marknaden är gigantisk”, säger en affärsutvecklare på företaget Medhelp i Jusek-tidningen (8/12 2006). Det är ett av den mängd företag som bildats under senare år för att minska sjukfrånvaron i företag och förvaltningar.

Ett annat sätt att avhända sig ansvaret är att förlägga problemet till de anställda, exempelvis den sjukskrivne och ställa krav på att denne tar ansvar för sin situation. Arbetstagarna bör alltså i ökad utsträckning själva förebygga ohälsa eller rehabilitera sig tillbaka till fullvärdig arbetskraft. Orsakerna bakom sjukskrivningarna anges av arbetsgivare antingen vara svagt relaterad till ohälsa eller vara relaterad till livsstil och inte till faktorer i arbetet. ”Det är frånvaron, inte sjukligheten, som har ökat... Det är vanligt att arbetsgivaren inte kan göra något för att hjälpa den anställde tillbaka i arbete”, skriver Företagarna i en undersökning av drygt 4500 mindre företag med titeln *Hur hanterar företagen medfinansieringen?* (Företagarna, september 2005). Det kan exempelvis bero på att den anställde är för sjuk, är sjukskriven på deltid eller helt enkelt får sluta sin anställning. ”Men är inte alls lika vanligt att arbetsgivaren lyckas rehabilitera den anställde.” Ansvaret för hälsa och ohälsa bör därför tas av anställda och myndigheter eller i gällande socialförsäkringssystem. Arbetsgivarnas ansvar är i första hand att bygga verksamhet och skapa arbetstillfällen där strävan är god arbetsmiljö, inte att förebygga och rehabilitera all slags åkommor som inte klart kan relateras till arbetsförhållanden. Den ovan citerade rapporten avslutas med:

”Rapporten visar att de mindre företagen inte har förutsättningar att rehabilitera sina anställda. Företagen skall göra det som de är bra på. För att lyckas med rehabilitering krävs yrkesmässiga kunskaper. Därför är det bättre att ansvaret för detta läggs på Försäkringskassan”.

Arbetsgivare i större organisationer var i vår studie också tveksamma till om de kunde förebygga ohälsa och rehabilitera sjuka. Skillnaden var snarast att stora arbetsgivare hade större resurser och därför tog större ansvar för att genomföra åtgärder som *syftade* till att minska sjukfrånvaron. Gemensamt för arbetsgivarkollektivet var dock att man knappast kunde ta ansvar för att minska sjukfrånvaron, vilket var medfinansieringsreformens intention. För att ta ett sådant ansvar saknades både kunskaper om sjukfrånvarons orsaker och redskap för att åtgärda orsakerna. Reformen kom därför att endast få marginell betydelse för att öka arbetsgivarnas sjukfrånvarobekämpande ansvar. Den fråga som då väcks är varför arbetsgivarna inte skaffade sig adekvata kunskaper och redskap som ledde till att man kunde ta ansvar för sjukfrånvaron. Denna fråga analyseras i det kommande avsnittet.

## REFORMEN UR ETT ARBETSGIVARPERSPEKTIV – EN ANALYS

Den sammanställning av studien som gjorts ovan väcker frågan om varför arbetsgivare i så liten utsträckning påverkades av medfinansieringsreformen. Den avsåg att minska sjukfrånvaron i Sverige, vilken under en längre tid före reformens genomförande ansågs mycket hög, både vid internationella jämförelser och i relation till hur stor sjukfrånvaron varit tidigare. Att minska sjukfrånvaron var ett viktigt mål för regeringen, men rimligen också för landets arbetsgivare som ju drabbats direkt av hög frånvaro. Reformidén grundades på att med ekonomiska incitament uppmuntra arbetsgivare att minska sjukfrånvaron – de med låg sjukfrånvaro blev vinnare och de med hög sjukfrånvaro blev förlorare. Reformen utgick således från två föreställningar som många säkert skulle hålla med om – dels att sjukfrånvaro i mycket hög grad är arbetsrelaterad och dels att arbetsgivare har möjligheter att styra sjukfrånvaron. Styrningen förutsattes kunna ske med för arbetsgivaren till buds stående medel, främst sjukdomsförebyggande åtgärder och rehabiliterande insatser för redan sjuka. Under de två år som reformen varade, 2005 och 2006, minskade också sjukfrånvaron. Men var minskningen ett resultat av medfinansieringsreformen?

För att svara på frågan måste åtminstone två faktorer som var aktuella före och under reformen ventileras; a) reformens betydelse för att förändra arbetsgivarnas handlingar kopplade till sjukfrånvaro – vilket ju var reformens direkta syfte – och b) det allmänna arbets- och samhällsklimatets betydelse när det gällde sjukfrånvaro. I den här studien har främst den förstnämnda faktorn undersökts och besvarats. Men det finns också anledning att försöka förstå den andra faktorns betydelse, reformen som en manifestation och förstärkning av det rådande klimatet.

I vilken mån lyckades då reformen påverka arbetsgivarnas sätt att förhålla sig till och minska sjukfrånvaro? Som sades ovan byggde reformen på ett grundläggande antagande – att arbetsgivare har en huvudroll när det gäller sjukfrånvaro. Det grundläggande antagandet innehåller en hel serie problematiska antaganden, vilka alla påverkar arbetsgivarnas insatser för att minska sjukfrånvaron:

- Arbetsgivare ägnar sig åt att förebygga ohälsa och rehabilitera redan sjuka.
- Förebyggande och rehabiliterande åtgärder *minskar sjukfrånvaron*.
- Situationen på *arbetet* är avgörande för sjukfrånvaron.
- *Hög sjukfrånvaro* är ett stort problem för arbetsgivare.
- *Ekonomiska incitament* i form av sänkta sjukfrånvarokostnader är avgörande för att förmå arbetsgivare att öka engagemanget för att minska sjukfrånvaron.
- Arbetsgivare kommer, om de får *tillräckliga* incitament, att minska sjukfrånvaron.

### **Ägnar sig arbetsgivare åt att förebygga ohälsa och rehabilitera sjuka?**

Ett första antagande är att arbetsgivare kan göra något, antingen förebyggande för att förhindra uppkomsten av ohälsa och påföljande sjukfrånvaro, eller rehabiliterande för att återupprätta hälsa och därmed få sjukskriven personal att återkomma i arbete. Det förutsätter till viss del att förebyggande och rehabiliterande insatser kan definieras och avgränsas gentemot såväl varandra som annat och att man därigenom bättre kan kontrollera vad man gör. I vår sammanfattning ovan visade detta sig inte vara så enkelt. Exempelvis kan arbetsorganisatoriska åtgärder som arbetsrotation i vissa fall både vara sjukdomsförebyggande och hälsorehabiliterande. Begreppen ”förebyggande” och ”rehabiliterande” bör alltså inte ses som distinkt åtskilda begrepp utan som ytter-

lighetsbegrepp på en skala där exempelvis förbättringar i arbetsmiljön är ett mer ”rent” exempel på förebyggande åtgärder, medan rehabiliteringssamtal på motsvarande sätt mer syftar på att rehabilitera än förebygga kommande ohälsa. Särskilt besvärligt är det att fastställa vad skall räknas som en förebyggande åtgärd – vad ingår och vad ingår inte?

I vårt material ger arbetsgivare uttryck för att de i tämligen hög grad ägnar sig åt förebyggande åtgärder. Det är knappast konstigt då det egentligen är gränslöst vad begreppet ”förebyggande åtgärd” kan inkludera. Exempelvis kan förbättringar i arbetsmiljön som ommålning av lunchmat-salen, arbetsorganisatoriska åtgärder som arbetsrotation, utdelande av frukt på kontoret eller anslag som uppmuntrar till träningsaktiviteter räknas in under kontot ”förebyggande åtgärder”. Men de kan också ses som exempel på helt vardagliga saker vilka man alltid gjort på arbetsplatser, men som tidigare knappast kopplats till sjukdomsförebyggande åtgärder. För 30 år sedan beskrevs exempelvis arbetsrotation i första hand som en åtgärd för att höja effektiviteten eller kompetensen och inte som en sjukdomsförebyggande åtgärd. På samma sätt kan man fråga sig var gränsen går för ”rehabiliterande” insatser, även om frihetsgraderna inom detta område är något mer begränsat. Att hålla kontakt med sjukskrivna, medverka till deltidssjukskrivning, omplacera eller ordna jobb hos andra arbetsgivare kan beskrivas som rehabiliterande åtgärder, men den kan också beskrivas eller upplevas som en kontrollerande åtgärder eller åtgärder som utestänger sjukskrivna från arbetet. Ett exempel – på ett stort verkstadsföretag i Västsverige ringde företagshälsovården på företagets vägnar upp alla sjukskrivna med det uppgivna syftet att stödja de sjukskrivna och uppmuntra dem att snabbt återkomma i arbete, men många av de anställda upplevde tillvägagångssättet som en sublim form av kontroll (Johansson & Rabb, 2006).

Viljan att beskriva olika åtgärder som ”förebyggande” eller ”rehabiliterande” ökar i takt med efterfrågan och denna efterfrågan var stark under åren före och under reformen. Som man frågar får man svar – frågar man arbetsgivare om de ägnar sig åt förebyggande och rehabiliterande åtgärder blir svaret troligen att det gör man visst – särskilt hos stora arbetsgivare som har bra personalpolitiskt rykte att värna. Det kan man göra med gott samvete då områdena ”förebyggande” och ”rehabiliterande” kan betraktas som svärdefinierade och närmast gränslösa.

Sjukfrånvarobekämpande arbete skall dock inte ses som enbart retorik för att påvisa aktivitet inom området, tvärtom talar materialet för att arbetsgivare – särskilt de stora organisationerna – faktiskt ägnar mycket energi åt insatser som avser att på kort eller lång sikt minska sjukfrånvaron. Reformen verkar också ha haft en viss betydelse för att öka dessa insatser, exempelvis att utveckla administrativa system för att få bättre kontroll på sjukfrånvaron och få underlag att minska den. En hel del av dessa åtgärder kan knappast beskrivas som annat än insatser med syfte att på kort eller lång sikt minska sjukfrånvaron.

### **Leder åtgärderna till minskad sjukfrånvaro?**

Studien ger exempel på en mängd åtgärder som kan beskrivas som riktade för att minska sjukfrånvaron; hälsokontroller, friskvård i olika former, motionsbidrag, chefsutbildningar i hälsopromotion, inköp av hälso-tjänster, åtgärder för att minska belastningsskador och stress, rehabiliteringsplaner etc. Andra rapporter hävdar till och med att arbetsgivarna på grund av reformen blivit mer aktiva när det gäller att hjälpa de anställda som blivit sjukskrivna att återgå i arbete (se exempelvis Försäkringskassan 2006:18). Men vad vet arbetsgivarna om åtgärdernas effekter? Materialet i studien talar för att arbetsgivarna vet mycket lite om effekterna i termer av såväl hälsa/ohälsa som sjukfrånvaro. Det beror knappast på ointresse, tvärtom har vi exempel på arbetsgivare som tämligen ambitiöst försöker kartlägga sjukfrånvaron och komma åt dess orsaker för att på denna

grund bygga upp ett systematiskt sjukfrånvarominskande arbete. Då sådant arbete kräver stora resurser är det inte förvånande att främst stora arbetsgivare ägnar sig åt sådant.

Tyvärr har det visat sig svårt att klarlägga orsak-verkan-samband när det gäller dessa frågor. Anledningen är, i likhet med andra sociala studier, att det är så svårt att isolera de faktorer som påverkar sjukfrånvaro. Arbetet betraktas som den beroende variabeln, vilken kan förändras och leda till sjukdom eller fortsatt hälsa. Men vi vet inte hur den enskilda människan reagerar på en viss åtgärd, sannolikt är variationen stor. För en anställd kan exempelvis gemensamhetsskapande åtgärder som syftar till sjukdomsförebyggande upplevas positivt medan samma åtgärd för en annan anställd som kanske har lätt för sociala fobier upplevs som hälsofördärvande. Ofta förekommande hälsoundersökningar kan snarast öka oron om ohälsa för en hypokondriskt lagd person, ständiga påminnelser om rökningens hälsovådliga effekter kanske får en del att sluta att röka men andra att bara må dåligt. Arbetsrotation kan upplevas positivt för vissa men negativt för andra. Arbetsträning som rehabiliteringsåtgärd kan generellt sett vara en bra idé, men i det enskilda fallet kan det leda till förlängd sjukskrivning eller rent av utslagning från arbetsmarknaden. Om en heltidssjukskriven arbetstränar och blir deltidsarbetande på 25 procent av heltid kan det i efterhand betraktas som en rehabiliterande åtgärd i det fall som den anställde senare återkommer i heltid, men vet vi om det var deltidsarbetet som faktiskt gav denna goda effekt? Hur skall vi betrakta åtgärden om resultatet blir en cementerad sjukskrivning på 75 procent? Då kanske det mer skall ses som en lösning på en alltför besvärande sjukfrånvarostatistik än som en rehabiliteringsåtgärd.

Huruvida arbetsgivares åtgärder faktiskt påverkar hälsostatusen positivt och i förlängningen sänker sjukskrivningsbenägenheten är därför högst osäkert. Om vi ändå bortser från dessa genuina sambandsosäkerheter och blint antar att vissa förebyggande och rehabiliterande insatser på arbetet verkligen ger goda hälsoeffekter, kan man då förutsätta att sjukfrånvaron minskar? Med andra ord, hur avgörande är arbetssituationen för sjukfrånvaron?

### **Är situationen på arbetet avgörande för sjukfrånvaron?**

I reformen ligger ett antagande att det finns ett starkt samband mellan sjukskrivningar från arbetet och hälsa/ohälsa – ju mer ohälsa desto fler och längre sjukskrivningar från arbetet och tvärtom – hög sjukfrånvaro är ett säkert tecken på stor ohälsa. Därför bör arbetsgivare ägna stora resurser i förebyggande och rehabiliterande åtgärder. Det finns dock anledning att betvivla styrkan i ett sådant samband. Det beror framför allt på att anställdas sjukskrivningar långtifrån alltid enbart beror på faktorer i arbetet, men till viss del också på att det rimligen finns sjukskrivningar utan kopplingar till ohälsa.

Det är rimligt att anta att anställda i en del fall sjukskriver sig av skäl som har att göra med annat än sjukdom och arbetsoförmåga. De rör sig då i den gråzon som kallas fusk, där det helt enkelt inte finns någon giltig anledning att sjukskriva sig. Fusk med sjukskrivningar är periodvis en het mediefråga där godtyckliga chocksiffror upprör och skapar debatt. Därför döljs frånvaroskälerna både för arbetsgivare och berörda myndigheter och det är därför svårt att få tag i uppgifter om storleken av sjukskrivningar som inte är kopplad till ohälsa. Det är också skälet till att vi i rapporten inte har något material om detta, men det innebär inte att vi kan bortse från sådan sjukfrånvaro.

I allmänhet tillgrips hårdare statliga regelverk för att minska sjukfrånvaron i denna gråzon genom att minska på den legitima basen för sjukskrivningar. En effekt av regeländringarna är att en del går sjuka till arbetet och andra hittar nya sätt att sjukskriva sig på. För arbetsgivaren resulterar minskad sjukfrånvaro på grund av regeländringar ofta i att omotiverade anställda återkommer i

arbete och blir ett arbetsledarproblem. Även om vi inte kan uttala oss om omfattningen av ogiltig sjukfrånvaro kan vi ana orsakerna bakom. Här kan finnas ”push”-krafter som drar bort från arbetet men som inte är giltig orsak till sjukskrivning som exempelvis otrivsel på arbetet, något arbetsgivare i många fall kan påverka. Men det finns också ”pull”-krafter som drar till annat än arbetet, exempelvis trevliga hobbies som upplevs betydligt mer intressant än arbetet. I de flesta fall får arbetsgivare nöja sig med att gissa sig till anledningen till frånvaron och har därmed små möjligheter till adekvata insatser.

När det gäller kopplingen mellan sjukfrånvaro och arbetsfaktorer är det emellertid inte sjukskrivningsfusk som är det stora problemet, då det är rimligt att anta att den absolut största delen av all sjukfrånvaro orsakas av faktisk, påtaglig sjukdom. Problemet blir då att fastställa sambandet mellan arbetet och själva sjukdomen – vad har egentligen orsakat sjukdomen? Också här kan vi utgå från en skala där det i ena ytterlighetsfall finns ett klart samband mellan arbete och sjukdom som när en lärare sjukskriver sig efter att ha blivit hotad av elever eller när en byggnadsarbetare drabbas av arbetsrelaterad silikos och där i den andra extremen finns ett klart icke-samband som när en anställd sjukskriver sig efter att ha misshandlats av maken eller brutit benet i skidbacken. Det är knappast konstigt att arbetsgivare reagerar på om de straffas med extra kostnader i de fall anställda drabbas av åkommor som inte tycks ha något som helst samband med arbetet (Douglasson & Förnemark, 2006).

Då vi tillbringar vår tid som både privat- och yrkesmänniskor är det dock rimligt att utgå från att sjukskrivningar fördelar sig i enlighet med en normalfördelningskurva där flertalet ligger någonstans i mitten på skalan, vilket innebär att det finns orsaker både i privat- och arbetslivet. Fick exempelvis den anställde infektionen under eller utanför arbetstiden? I studien har våra respondenter diskuterat arbetets betydelse för sjukskrivningar och ifrågasatt om man som arbetsgivare har så stort inflytande över orsakerna till sjukskrivningarna. Det verkar vara en högst befogad fråga, särskilt som sjukskrivningarna kan trät över från fysiska till psykiska besvär där det blir ännu svårare att entydigt fastställa orsaken. Det är sällsynt att kunna fastslå i vilken grad hög stress, migrän eller cancer orsakats av faktorer i arbetet.

Med så hög grad av osäkerhet mellan insats och resultat, varför gör arbetsgivarna då så många åtgärder som sägs syfta till rehabilitering och sjukdomsförebyggande? Här finns många svar som alla äger giltighet. Ett svar är naturligtvis att lagstiftning tvingar fram åtgärder och där medfinansieringsreformen utgjorde ett inslag. Ett annat svar är att arbetsgivare gör vad de kan för att motverka sjukfrånvaro av rent humana skäl, i enkäten uppgav exempelvis arbetsgivare i alla storleksklasser det sociala ansvaret som en viktig drivkraft för att engagera sig i rehabiliterande och förebyggande insatser. Ett tredje svar är att man gör det för att minska kostnader och öka intäkter, något som också får stöd i vår enkät, särskilt när det gäller stora organisationer. Ett fjärde svar är att man gör det för att åtgärderna har en starkt legitimerande effekt – det förväntas åtgärder i en fråga som uppmärksammas starkt i media, i samtal människor emellan både privat och på arbetsplatser.

Om man ändå antar att arbetsgivare ägnar sig åt sjukfrånvarobekämpande arbete, att det finns klara samband mellan åtgärd och effekt samt att det är situationen på arbetet som är avgörande för de anställdas sjukfrånvaro, så förutsatte reformen att den relativt höga sjukfrånvaro som rådde före och under reformen är ett stort problem för arbetsgivare, men var det så?

## Är hög sjukfrånvaro ett stort problem för arbetsgivare?

Vårt och andras material, exempelvis uppgifter från Försäkringskassan, visar att sjukfrånvaron i Sverige före och under medfinansieringsreformens tid låg på runt 5-6 procent med en variation från cirka 4 procent för små arbetsgivare och cirka 7 procent för stora, till och med drygt 8 procent för kommuner. Materialet visar också att kvinnor har en klart högre frånvaro än män och att långtidssjukskrivningar dominerar över korta. Det skall inte förnekas att en sjukfrånvaro på 5-6 procent medför bekymmer, inte bara för den sjuke eller bruttonationalproduktionen, utan också för arbetsgivare. Samtidigt bör man vara medveten om att en viss sjukfrånvaro är normal och bör förekomma också i väl fungerande organisationer. Nollvision i sjukfrånvaro är inte ett rimligt politiskt mål och i debatten brukar en sjukfrånvaro på 2-4 procent anges som ett ideal, det måste finnas utrymme för sjukfrånvaro beroende på sådant som normalt händer i livet – allt från förkylningar och vård av sjuka barn till benbrott, arbetsolyckor, blindtarmsinflammationer, depressioner och cancer. I fallstudien finns exemplet Handelshögskolan vid Göteborgs universitet där sjukfrånvaron låg på 2,6 procent, men då bör man vara medveten om att lärare och forskare – som utgör merparten anställda – oftast inte ser någon anledning att sjukskriva sig vid vanliga åkommor då man kan arbeta hemifrån eller ta igen arbetet efter att man blivit frisk och därmed slippa administrativt krångel och sjukfrånvaroavdrag.

Om vi utgår från en normalsjukfrånvaro på 4 procent kanske inte en genomsnittlig sjukfrånvaro på 5,5 procent är så dramatisk, även om det finns ett kraftigt skäl att minska den. I fallstudierna visade det sig att arbetsgivarna var mer oroliga över sådan sjukfrånvaro som orsakade besvär i driften än nationell hög sjukfrånvaro. I enkäten kryssade också arbetsgivarna i mitten på skalan från ”inget” till ”mycket stort” problem, dock något högre hos stora arbetsgivare när det gällde längre sjukskrivningar. Det är en indikation på att arbetsgivarna inte såg lika allvarligt som staten och regeringen på sjukfrånvarons storlek.

Sjukfrånvaron i små och medelstora organisationer är knappast alarmerande hög, särskilt inte korttidssjukfrånvaron för män. Det stora problemet är i stället långtidssjukfrånvaron, särskilt för kvinnor som arbetar i stora organisationer. I ett nationellt perspektiv borde alltså genusfrågan lyftas fram, då det generellt sett är kvinnor som har hög sjukfrånvaro. Men det är just denna typ av sjukfrånvaro som är svårast att åtgärda, även för arbetsgivare med relativt stora resurser. Att kvinnor har en högre sjukfrånvaro än män förklaras ofta med djupt liggande könsmissiga samhällsförhållanden som inte kan isoleras till enskilda organisationer. Även om vissa, som Kungälvssjukhus i vårt material, fokuserar på att komma till rätta med könsmissigt bunden sjukfrånvaro så uteblir effekterna åtminstone på kort sikt. Bakom långtidssjukskrivningar, där typfallet kan sägas vara en kommunalanställd, lågutbildad kvinna i övre medelåldern, döljer sig i normalfallet en historia där den sjukskrivne antingen har en lång karriär av nedtrappad arbetsförmåga eller hastigt insjuknat och sedan fått svårigheter att återta sin tidigare position. Studien antyder att även med höga ambitioner och med stöd från Försäkringskassan, företagshälsovården eller andra samverkanspartners verkar sådana fall svåra att lösa.

Arbetsgivarnas problem är alltså inte den generellt höga nivån i sjukfrånvaron utan att den är hög för *vissa kategorier* anställda. En kategori som ger problem för arbetsgivare när de sjukskriver sig är sådana som betraktas som nyckelpersoner och som är svåra att ersätta, exempelvis chefer, specialister eller personal med åtråvärd men svårrekryterad kompetens. Sådan sjukfrånvaro kan ställa till med allvarliga driftstörningar i hårt slimmade organisationer, även om vi inte har direkta exempel på detta i vår studie. På andra sidan av fältet lär också finnas anställda som arbetsgivare inte ser som ett problem vid sjukskrivningar utan snarare tvärtom vid arbetsnärvaro, exempelvis anställda som anses orsaka konflikter och spänningar på arbetsplatsen eller som inte anses sköta sitt arbete. Det är rimligt att anta att sjukskrivningar i sådana fall betraktas som ömsesidigt fördelaktiga och

intresset att sätta in rehabiliterande åtgärder är troligen svagt. Sjukfrånvaro kan alltså sägas vara ett stort problem för vissa arbetsgivare när det gäller vissa kategorier anställda, men ett par procents högre nationell sjukfrånvaro än normalt är inte detsamma som ett stort problem för alla arbetsgivare.

Om vi ändå antar att det finns klara samband mellan arbetsgivares åtgärder och effekter av dessa, mellan sjukdomar som anställda har och arbetet de utför hos arbetsgivare samt mellan generellt hög sjukfrånvaro och arbetsgivares incitament att ingripa, är det då ekonomiska incitament i form av höga respektive låga sjukfrånvarokostnader som förmår öka arbetsgivarengagemanget?

### **Hur viktigt är sjukfrånvarokostnader för arbetsgivare?**

Bakom medfinansieringsreformen fanns ett nationellt mål att halvera sjukfrånvaron i Sverige från dess topp 2002 till 2008 – drygt 90 miljoner sjukfrånvarodagar skulle bli hälften. Ett helt paket med åtgärder sattes in och ett 11-punktersprogram presenterades 2002 i budgetpropositionen och åtgärder presenterades också i 2004 års proposition (Regeringskansliet, 2004). Även om flera av arbetsmarknadens parter berördes av reformarbetet, så var de ekonomiska drivkrafterna visavi arbetsgivarna det som uppmärksammades mest som medfinansieringsreformens centrala verktyg – genom minskad sjukfrånvaro skulle sjukfrånvarokostnaderna sjunka, medan de skulle öka om sjukfrånvaron gick upp. Sammanlagt ändrades reglerna på ett tiotal punkter – bland annat infördes en särskild sjukförsäkringsavgift på 15 procent av sjukpenningen infördes för arbetsgivarna, dock inte om arbetstagaren fick förebyggande sjukpenning, deltog i rehabilitering som gav rätt till rehabiliteringsersättning, återgick i arbete på minst 25 procent eller hade fått beslut om särskilt högriskskydd. Reformens effekter begränsades dock av att reformen konstruerades så att den skulle bli kostnadsneutral för arbetsgivarkollektivet samt genom att ett fribelopp infördes samt att sjukförsäkringsavgiften inte fick kosta mer än 4 procent av total lönekostnad.

Studien, både enkäten och fallstudien, pekar på att medfinansieringsreformen inte spelade så stor roll för arbetsgivarna när det gällt att engagera sig i sjukfrånvarominskande insatser. I enkäten fick medfinansieringens betydelse för arbetsgivarnas sätt att arbeta med förebyggande och rehabiliterande åtgärder runt tre på en sjukgradig skala där ett stod för ingen betydelse och sju för mycket stor betydelse. Det är ett mycket lågt betyg för reformen som incitamentskapare. Likaså visar enkäten att medfinansieringsreformen sällan rankas som någon av de främsta drivkrafterna för arbetsgivare när det gäller att motivera till insatser i området. I fallstudierna förstärks detta intryck då reformen betraktades som en marginell företeelse.

En viktig anledning till att reformen i detta avseende kan betraktas som tämligen misslyckad är att det knappast är graden av sjukfrånvarokostnader som är det stora problemet för arbetsgivare när anställda inte är på arbetet, inte ens för de arbetsgivare som är reformens förlorare såsom exempel hemtjänsten. Även om reformen generellt sett varit en ekonomisk belastning för arbetsgivarkollektivet som helhet och inte konstruerats för att vara kostnadsneutral, så skulle den sannolikt ha förblivit av marginell betydelse, då det inte är kostnaden från sjukfrånvaron som är det stora problemet. Vår studie talar i stället för att arbetsgivarna är mer bekymrade över sådan arbetsfrånvaro som skapar störningar i driften eller ökar kostnaderna för att driva verksamheten än kostnader för att betala eller ersätta sjukfrånvarande personal. Konsekvensen av detta skulle vara att införa en reform som förbjöd arbetsgivare att bedriva verksamhet där sjukfrånvaron överskred en viss procentsats, men det vore givetvis kontraproduktivt.

Att öka eller minska kostnaderna för sjukfrånvaro är således bara marginellt någon verksam medicin för att påverka arbetsgivarnas vilja att påverka sjukfrånvaron. Studien talar inte för att man



kan påverka arbetsgivarnas handlingar i området med ekonomiska incitament. Vad kan då staten göra för att få arbetsgivare att handla så att sjukskrivningarna minskar?

### **Kan arbetsgivarincitament minska sjukfrånvaron?**

Medfinansieringens konstruktörer utgick från att arbetsgivarna saknade den riktiga viljan att ta sig an den sjukfrånvaro som de implicit själva förorsakade. Denna brist på vilja antogs kunna botas med ekonomiska incitament i enlighet med klassisk motivationsteori. Analysen så här långt har istället sökt göra troligt att det inte var brist på vilja hos arbetsgivarna som orsakade den relativt höga sjukfrånvaron., tvärtom verkade arbetsgivarna i vår studie tämligen villiga att sätta in åtgärder som kunde beskrivas som sjukfrånvarobekämpande. Analysen talar i en annan riktning, nämligen att orsakerna bakom sjukfrånvaro är mångfacetterad och bara till en mindre del kan sägas bero på sådant som arbetsgivare kan rå på, såsom att förbättra arbetsförhållanden eller personalpolitik.

Vad kan då arbetsgivare göra för att minska sjukfrånvaron? Som antytts tidigare rör det sig främst om klassiska åtgärder som att sträva efter bra arbetsmiljö och andra faktorer kring arbetet, vilket kan öka trivseln och minska risken sjukskrivningar på grund av dålig fysisk eller psykosocial arbetsmiljö. Arbetsgivare har i allmänhet störst påverkansmöjligheter på den fysiska arbetsmiljön, den psykiska och sociala är mer svårstyr, vilket bland annat studier av organisationskulturstyrning visar. Det kan också vara mycket svårt för en arbetsgivare att exempelvis reducera konflikter mellan anställda eller arbetsgrupper. En annan klassisk åtgärd för bra arbetsförhållanden är att matcha anställd och arbete, vilket ofta handlar om att öka kvalificeringen av själva arbetet. Motiverande arbetsinnehåll kan skapa en dragning till arbetet och öka arbetsillfredsställelsen, vilket kan ses om ohälsöförebyggande. Många arbeten har dock ett repetitivt eller på andra sätt föga kompetenskrävande innehåll som inte alltid låter sig omvandlas till intressanta arbetsuppgifter.

Långtgående arbetsdelning skapar både jobb med hög och låg kvalificering och krav på samordning skapar arbetsmiljöer och arbetsvillkor som kan upplevas som påfrestande för många. Dessa grundvillkor för allt arbete kan naturligtvis betraktas ur ett hälsoperspektiv där arbetsgivare kan skapa kloka lösningar som minskar risken för ohälsa på grund av arbetet. Här finns givetvis stora brister och mängder av studier visar att många arbetsplatser och arbeten kännetecknas av dålig arbetsmiljö och fattigt eller stressande arbetsinnehåll. Men arbetsgivare befinner sig i en kontext där man sällan kan välja fritt. Krav på hög avkastning eller krav på sparbetning från aktieägare eller huvudmän tvingar exempelvis fram hårdare villkor på arbetet. Arbetsgivares inflytande på arbetet kan alltså av flera skäl betraktas som begränsat. Ännu mer begränsat blir inflytandet över arbetets påverkan på de anställdas hälsa. Inflytandet över den privata sfärens påverkan på de anställdas hälsa är i praktiken obefintligt. Totalt sett blir arbetsgivares inflytande på de anställdas fysiska och psykiska hälsa och ohälsa tämligen litet.

Från ett arbetsgivarperspektiv finns det alltså goda skäl att försöka göra sig av med ohälsa- och sjukskrivningsproblem och ägna sig åt sådant man har mer kontroll över. I studien finns antydningar om att arbetsgivare i ökande grad kommer att försöker att göra sig av med problemet på två sätt. Det ena sättet är att vara mer noggranna vid rekryteringar när det gäller framtida sjukskrivningsbenägenhet (se även Försäkringskassan 2006:18). Det tycks bli vanligare att vid anställningsärenden försöka få en bild av de sökandes sjukdomshistoria och på den grunden söka utvärdera framtida sjukskrivningsbenägenhet. I en rapport från Försäkringskassan står det: ”Fyrtiotvå procent av arbetsledarna, som känner till reformen, uppger att de har – eller kommer att – skärpa rutinerna vid nyanställningar” (Försäkringskassan, 200-06-29). Rätt uttryckt betyder det att endast personal med rätt hälsoprofil göre sig besvär att söka anställning. I både enkäten och i fallstudier-

na finns uppgifter om att reformen snarast aktiverat denna tendens, vilket knappast är konstigt då reformen faktiskt straffade arbetsgivare med sjukfrånvarande personal. I detta hänseende kan reformen snarast betraktas som kontraproduktiv, då syftet knappast var att ytterligare hindra människor med hälsoproblem att komma in på arbetsmarknaden.

Ett annat sätt för arbetsgivare att minska sjukfrånvaroproblemet är att ”outsourca” frågan till experter utanför organisationen. I både enkäten och fallstudierna finns material som tyder på att arbetsgivare i ökad grad kommer att anlita aktörerna på den växande hälsomarknaden för att hantera ohälsa- och sjukfrånvaroproblem. Det är inte bara företagshälsovården som omdefinierat sin affärsidé till att nu handla om hälsopromotion, på marknaden dyker det upp företag som i sin affärsidé får intäkterna från minskade sjukfrånvarokostnader – de dammsuger sina klienters sjukfrånvaro och kategoriserar upp problemet i en del som kan åtgärdas och återgå i arbete, en del som ”förtidspensioneras” eller flyttas till annan arbetsgivare, o.s.v. Därigenom minskas problemet och kostnaden för klientorganisationen, vilket samtidigt utgör hälsoföretagets intäkt. Ett sådant förfarande har många fördelar för hugade arbetsgivare. Dels kan man peka på en stor och sammanhållande åtgärd – vi tar det här på allvar och anlitar experter. Dels slipper man problemet som man ändå inte rör på och som tenderar att sluka kraft – andra sköter det. Dels har specialister på området en särskild arsenal med åtgärder och särskilda incitament att visa resultat.

Vi har tidigare konstaterat att sjukfrånvaron minskade strax före och under den tid reformen varade. Vår studie talar dock för att denna minskning bara marginellt berodde på arbetsgivarnas egna åtgärder och hårdare rekrytering. En annan orsak var att sjukfrånvaroproblemet i allt högre grad outsourcades och hanterades mer professionellt i företag på hälsomarknaden. Men förklaringar till fluktuationer i sjukfrånvaro får också sökas på andra håll, genom att reformen sätts in i större perspektiv som ett exempel på ett hårdare samhällsklimat i den rådande tidsandan.

### **Reformen som symbol – ett samhällsperspektiv**

Medfinansieringsreformen kom till i ett sammanhang där sjukfrånvaron sedan en längre tid räknades till de stora samhällsproblemen i klass med långtgående segregation, brist på disciplin och kunskap i skolan samt gängkriminalitet. Medierna gav ständiga rapporter om samhällsekonomisk miljardrullning, långtidssjukskrivnas lidanden och driftstörningar på grund av sjukskrivningar. För politikerna blev det viktigt att påtala vetskap om problemet och föreslå lösningar. Efter hand växte en bild fram där sjukskrivningar kopplades till något otäckt och skamligt, oavsett sammanhang eller orsak. Den som var sjukskriven bidrog till problemet, den sjukskrivne tärde på hopskrapade samhällsresurser och bidrog inte till produktionen. Att sjukskrivningar alltid förekommit och betraktats som normalt glömdes med tiden bort, istället redovisades statistik kontinuerligt som antingen följdes av förstämning eller förhoppning. Utvecklandet av en kollektiv skamkänsla tar tid men får så småningom effekt – det gäller att inte framstå som tärande och en del av problemet.

En sådan negativ uppmärksamhet får ökad effekt om den medföljs av hårdare samhällelig kontroll och regelverk. Detta inträffade också under reformens tid. Exempelvis fick Försäkringskassan mer strikta förhållningsregler för bedömning av sjukskrivningar och läkarkåren skulle disciplineras så att sjukskrivningar motiverades av tydliga diagnoser. Likaså skulle alla betraktas som arbetsföra i åtminstone något avseende och långtidssjukskrivna som inte kunde fås i arbete på hel- eller deltid rensades ur statistiken genom att få aktivitetsersättning. Därmed blev de åtminstone tillfälligt förtidspensionerade.

Negativ koppling till sjukfrånvaro tillsammans med hårdare samhällskontroll av sjukfrånvaro skall också ses i ett längre tidsperspektiv, där arbetsmarknaden förändrats så att arbete för medborgare med svag ”anställningsbarhet” i hög grad försvunnit. I ett arbetsliv med höga avkastningskrav och pressade kostnader finns inte mycket utrymme för personer med sviktande arbetsförmåga. Organisationerna har slimmats så att ett fullgott arbete förväntas av samtliga anställda, andra bör utträngas från arbetsmarknaden eller ingå i en arbetsmarknadspolitisk åtgärd som exempelvis Samhall.

Medfinansieringsreformen sjösattes i detta sammanhang, men den utgör också i sig själv ett konglomerat av den rådande samhällsandan. Den spädde på den negativa uppmärksamheten, klangen och skamkänslan som fanns när det gällde sjukskrivningar, den utgjorde en del av samhällets kontrollapparat när det gällde sjukskrivningar och medverkade i viss mån till att ytterligare utestänga arbetskraft med svag hälsostatus från arbetsmarknaden. Reformen är alltså på samma gång både ett svar på och orsak till den negativa uppmärksamheten kring sjukskrivningar.

När medfinansieringsreformen skall få sitt efterord kan den alltså sägas vara ett försök att minska sjukfrånvaron, vilken den troligen bidrog till, men knappast på det sätt man tänkt sig. Det var inte genom att med ekonomiska incitament få arbetsgivarna att ta ökat ansvar för att minska sjukskrivningarna som reformen kom att få sin främsta betydelse. Reformen byggde nämligen på ett antagande som förutsatte klara samband mellan faktorer som vid närmare betraktelse är svagt kopplade till varandra. Istället kom reformen att få sin betydelse genom att uppmärksammas som ytterligare en stark symbol vilken signalerade att sjukskrivningar nått en oacceptabelt hög nivå och därför måste sänkas. I det rådande klimatet av upprördhet kring sjukskrivningar kom reformen att bidra till den disciplinering som alla inblandade blev delaktiga i – arbetsgivare, anställda, läkarkåren, Försäkringskassan, media och medborgare i allmänhet.

## REFERENSER

- Carlström, Eric (2005), *I skuggan av Ädel – integrering i kommunal vård och omsorg*. Göteborg; Kompendiet.
- Dougllasson, E. och Förnemark, H. (2006) *Varför ska jag som arbetsgivare behöva betala för mina medarbetares kärleksproblem? En studie av arbetsgivares attityder till medfinansieringsreformen*. C-uppsats, Företagsekonomiska institutionen, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.
- Företagarna (september 2005), *Hur hanterar företagarna medfinansieringen?* Stockholm: Företagarna.
- Försäkringskassan (2006), *Arbetsgivarnas medfinansiering av sjukpenningen – en första utvärdering*. Rapport 2006-06-29. Stockholm: Försäkringskassan.
- Försäkringskassan (2006:18), *Arbetsgivarnas medfinansiering av sjukpenningen – en första utvärdering*. I serien Analyserar. Stockholm: Försäkringskassan.
- Johansson, C. och Rabb, N. (2006), *Hur upplevs sjukskrivningsprocessen på SKF Sverige AB? C-uppsats*, Företagsekonomiska institutionen, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.
- Maravelias, C (2006) i *Hälsans styrning av arbetet*, (red) Mikael Holmqvist & Christian Maravelias. Lund: Studentlitteratur.
- Nordström, Monica (1998), *Yttre villkor och inre möten. Hemtjänsten som organisation*. Göteborg: Kompendiet.
- Regeringskansliet (oktober 2004, Artikelnummer N4040), *Regeringens åtgärder för ökad hälsa i arbetslivet*. Stockholm: Regeringskansliet.
- SOU 2002:5 *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*.
- Vedung, E. (1998), *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur

# BILAGOR

## Bilaga 1. Enkät

### Bakgrundsfrågor

*Inledningsvis behöver vi några uppgifter om antalet anställda och andelar av heltid respektive kön (uppgifter som vi ej kan erhålla ur SCB:s register).*

<b>1. Antal tillsvidareanställda:</b> Antal personer: <input type="text"/>
<b>2. Antal tidsbegränsat anställda:</b> (Vikarier, timanställda, projektanställda, m.fl.) Antal personer: <input type="text"/>
<b>3. Andel heltidsanställda:</b> (Ange procentandel i heltal) Andel: <input type="text"/> %
<b>4. Andel anställda kvinnor respektive män:</b> (Ange procentandel i heltal) Andel kvinnor: <input type="text"/> %      Andel män: <input type="text"/> %

## Sjukfrånvarostatistik

Använd gärna samma uppgifter som sammanställts i årsredovisning e.d., dvs. procentuell sjukfrånvaro i förhållande till anställdas sammanlagda ordinarie arbetstid. Fyll i 2005 års siffror och jämför utvecklingen i förhållande till 2004 års siffror (ökat, minskat eller oförändrad).

5. a) Hur stor var den totala sjukfrånvaron i procent år 2005 av de anställdas sammanlagda ordinarie arbetstid? (Ange i procent med en decimal, eller om inte möjligt, gör en grov uppskattning av sjukfrånvaron)

Andel:  %

b) Bedöm om den totala sjukfrånvaron ökat, minskat, eller varit oförändrad jämfört med 2004?

	Ökat	Minskat	Oförändrad
	1	2	3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. a) Hur fördelar sig den totala sjukfrånvaron för år 2005 i respektive tidsperioder? (Ange procent i heltal - där summan av de två tidsperioderna ska bli 100 %)

0-60 dagar:  %      61 dagar eller mera:  %

b) Hur stor andel av den totala sjukfrånvaron är frånvaro 0-14 dagar? (Ange procent i heltal)

1  0-14 dagar:  %

2  Vet ej

c) Bedöm om den totala sjukfrånvaron uppdelat på nedanstående tidsperioder ökat, minskat, eller varit oförändrad jämfört med 2004?

	Ökat	Minskat	Oförändrad
	1	2	3
a. 0-14 dagar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 15-60 dagar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 61 dagar eller mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. a) Hur stor var sjukfrånvaron för år 2005 uppdelat på kvinnor respektive män av den sammanlagda ordinarie arbetstiden för respektive kategori? (Ange i procent med en decimal om möjligt)

Andel män:  %      Andel kvinnor:  %

b) Bedöm om sjukfrånvaron för kvinnor respektive män ökat, minskat eller varit oförändrad jämfört med 2004?

	Ökat	Minskat	Oförändrad
	1	2	3
a. Män	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Kvinnor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. a) Hur stor var sjukfrånvaron för år 2005 i respektive ålderskategori av den sammanlagda ordinarie arbetstiden för respektive kategori? (Ange i procent med en decimal om möjligt)

29 år eller yngre:  %      30-49 år:  %      50 år eller äldre:  %

b) Bedöm om sjukfrånvaron i viss ålder ökat, minskat eller varit oförändrad jämfört med 2004?

	Ökat	Minskat	Oförändrad
	1	2	3
a. 29 år eller yngre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 30-49 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 50 år eller äldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. a) Hur stor andel av sjukfrånvaron för år 2005 var deltidssjukskrivning? (Ange i procent med en decimal om möjligt)

1  Andel:  %

2  Vet ej

b) Bedöm om andelen sjukskrivna på deltid ökat, minskat eller varit oförändrad jämfört med 2004?

	Ökat	Minskat	Oförändrad
	1	2	3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Frågor om medfinansiering

I frågorna under denna rubrik undrar vi vilken betydelse medfinansiering av sjukpenning (inklusive särskild sjukförsäkringsavgift) haft för er verksamhet.

<b>10. I vilken utsträckning bedömer du att medfinansiering haft betydelse för det sätt ni arbetar med att:</b>								
	Ingen utsträckning					Mycket stor utsträckning		Vet inte
	1	2	3	4	5	6	7	8
a.	förebygga sjukfrånvaro och ohälsa?							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	främja återgång i arbete (inklusive rehabilitering)?							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. Vilka drivkrafter bedömer du är viktigast för att ni som arbetsgivare skall motiveras att arbeta med förebyggande åtgärder mot sjukfrånvaro respektive främja återgång i arbete? Kryssa endast för de tre viktigaste alternativen i respektive kategori.</b>								
	Förebygga sjukfrånvaro				Främja återgång			
	1				2			
a.	Särskild sjukförsäkringsavgift (medfinansiering)							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Sjuklöner under de första två veckorna							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Företagshälsovårdens åtgärder							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Försäkringskassans åtgärder							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Facket's åtgärder							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Störningar i verksamheten							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Ökade kostnader i verksamheten							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Arbetsgivarens sociala ansvar							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Engagemang från enskild arbetstagare ("eldsjäl")							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	Annan drivkraft, skriv i rutan nedan:							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12. I vilken utsträckning bedömer du att sjukskrivningar utgör ett problem hos er? Ange utifrån olika sjukfrånvaroperioder:</b>								
	Inget problem					Mycket stort problem		Vet inte
	1	2	3	4	5	6	7	8
a.	Sjukfrånvaro i 1 dag							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Sjukfrånvaro 2–14 dagar							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Sjukfrånvaro mer än 15 dagar							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Sjukfrånvaro på deltid							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. a) Har medfinansiering av sjukpenning påverkat antalet nyanställningar hos er?  
 1  Ja  
 2  Nej → Gå till fråga 14

b) Om ja, hur?  
 1  Anställer färre  
 2  Anställer fler

**Frågor där du skall bedöma vilka förändringar som skett efter 1 januari, 2005.**

Vi är här intresserade av hur ni som arbetsgivare arbetar med att förebygga ohälsa respektive främja återgång (inklusive rehabilitering) och om detta har förändrats jämfört med år 2004.

14. a) Vilken typ av arbetsuppgifter ägnar ni som arbetsgivare er åt och i vilken utsträckning har detta ökat, minskat eller varit oförändrat i jämförelse med 2004 vad gäller att **förebygga** sjukfrånvaro och ohälsa? Kryssa endast för de arbetsuppgifter som ni ägnar er åt.

	Ökat	Minskat	Oförändrad
	1	2	3
a. Motverka psykisk ohälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Motverka fysisk ohälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hälsokontroller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Personalstödsavtal/överenskommelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Utveckla administrativa system	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Utveckla arbetsorganisationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Prioritera hälsa vid rekrytering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Rationalisering istället för anställning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Utbilda chefer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Outsourcing av verksamheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Uppsägning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Annan förebyggande åtgärd, skriv i rutan nedan: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Annan förebyggande åtgärd, skriv i rutan nedan: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Vilken typ av arbetsuppgifter ägnar ni som arbetsgivare er åt och i vilken utsträckning har detta ökat, minskat eller varit oförändrat i jämförelse med 2004 vad gäller att **främja återgång** i arbete för de sjukskrivna? Kryssa endast för de arbetsuppgifter som ni ägnar er åt.

	Ökat	Minskat	Oförändrad
	1	2	3
a. Hålla kontakt med sjukskrivna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Diskutera sjukskrivnas situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Medverka till deltidssjukskrivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Vidta rehabiliteringsåtgärder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Personalstödsavtal/överenskommelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Omplacering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Åtgärda arbetsituationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Åtgärda arbetsmiljön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Utbilda chefer i rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Ordna jobb hos annan arbetsgivare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Annan främjande åtgärd, skriv i rutan nedan: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Annan främjande åtgärd, skriv i rutan nedan: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Vilka olika organisationer/företag/förvaltningar samverkar ni med vad gäller förebyggande arbete eller återgång? Hur har samverkan förändrats jämfört med år 2004? Kryssa endast för de organisationer som ni samverkar med.

	Ökat	Minskat	Oförändrad
	1	2	3
a. Fackföreningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Företagshälsovård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Försäkringskassan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Arbetsförmedlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Andra arbetsgivare, t.ex. i arbetsgivarringar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Försäkringsbolag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Rehabiliterings- och hälsokonsulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Annan organisation, skriv i rutan nedan: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Ekonomiska effekter

Här vill vi ha reda på sammanlagda ekonomiska effekter för er verksamhet och vilka beräkningar som görs.

16. **Ange inbetald särskild sjukförsäkringsavgift för år 2005.**  
(Ange i tusentals kronor alternativt vet ej):

1  Kkr.

2  Vet ej

---

17. **Hur bedömer du att kostnaderna för ert företag/förvaltning påverkats av medfinansiering av sjukpenning?**

Minskade kostnader				Ökade kostnader			Vet inte
1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. **Ange om nedanstående posters betydelse för era beräkningar av ekonomiska effekter beträffande sjukfrånvaro, ohälsa och förebyggande åtgärder har ökat, minskat eller varit oförändrade jämfört med 2004. Kryssa endast för de poster som ingår i era beräkningar.**

Beräkningar avseende:	Ökat 1	Minskat 2	Oförändrad 3
a. Sjuklöner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Arbetsgivareavgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sjukförsäkringskostnader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hälsokontroller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Övrig företagshälsovård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sjukvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Friskvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Rehabiliteringsåtgärder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Produktivitetstörningar/ Effektivitetstörningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Utveckling av administrativa system	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Övriga administrativa kostnader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Investeringar i arbetsmiljö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Utbildning av chefer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Vikarier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Nyrekryteringar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Avveckling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Konsulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Annan post, skriv i rutan nedan:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text" value=""/>			
s. Annan post, skriv i rutan nedan:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text" value=""/>			

Tack för att du svarade på enkäten!

## Bilaga 2. Missiv



Handelshögskolan  
VID GÖTEBORGS UNIVERSITET



### Vad innebär medfinansiering av sjukpenning för arbetsgivaren?

#### Inledning

Denna enkät utgör en del av ett forskningsuppdrag om effekterna av arbetsgivarnas medfinansiering av sjukpenning. Arbetsgivarna har skyldighet sedan 2005-01-01 att betala 15 procent av sjukpenningen, s.k. särskild sjukförsäkringsavgift, för anställda som är sjukskrivna mer än två veckor. Avgiften betalas per månad tills den anställde åter är i arbete på hel- eller deltid. Reformen har syftat till att skapa incitament för att förebygga ohälsa och få flera långtidssjukskrivna att återgå i arbete, utan att för den skull öka totalkostnaderna för Sveriges arbetsgivare. Därför har även arbetsgivarnas sjuklöneperiod minskats från tre till två veckor samtidigt som arbetsgivaravgiften avseende sjukförsäkring sänkts med 0,24 procentenheter.

#### Urval

En forskargrupp tillhörande företagsekonomiska institutionen, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet, har fått i uppdrag att utreda effekterna av denna reform, genom att dels göra intervjuer, dels samla in information via denna enkät. Ca 800 arbetsgivare skall tillfrågas i enkätstudien, varav det företag eller den förvaltning där du jobbar är en av dem som utvalts. Urvalet liksom själva enkätinsamlingen och registreringen av svaren sköts av Statistiska centralbyrån (SCB). Samråd har skett med Sveriges kommuner och landsting (SKL) och Näringslivets nämnd för regelgranskning (NNR).

#### Respondenter

Vi önskar att personalchef eller motsvarande, eventuellt i samråd med ekonomichef, besvarar enkäten som representant för arbetsgivaren. Vi antar att vederbörande har bäst kännedom om frågor kring förebyggande av ohälsa, åtgärder för återgång till arbete (rehabilitering) samt ekonomiska effekter av nämnda reform. Om så inte är fallet önskar vi att enkäten vidarebefordras till rätt person, som t ex i en mindre organisation troligtvis är VD eller motsvarande.

#### Enkätinnehåll

I enkäten ber vi dig bedöma arbetsgivarens attityder avseende förebyggande åtgärder, återgång i arbete samt ekonomiska konsekvenser. Enkäten skickas till både stora och små arbetsplatser. Beroende på arbetsplatsens storlek är kanske en del frågor svåra att svara på men försök ändå att efter bästa förmåga svara på alla frågorna. Även om det kan finnas frågor som du inte kan ge ett hundra procentigt säkert svar på, så är det ändå relevant att du försöker göra en rimlig bedömning. Vissa frågor kan kräva en del statistik och sifferunderlag som kan vara bra att ha till hands, t ex kring sjukfrånvaro.

#### Sekretess

Hos SCB skyddas dina svar av personuppgiftslagen och sekretesslagen 9 kap. 4§(1980:100). Beträffande sekretess inom kommunal verksamhet omfattas den enskilda enkäten av sekretess endast om det finns någon tillämplig sekretessregel. Alla som arbetar med undersökningen har tystnadsplikt. När SCB registrerar enkätsvaren tar man bort uppgifter så att det inte går att se vem som svarat på enkäten. Du och din organisation deltar frivilligt i denna enkät, men för att undersökningens resultat skall bli så tillförlitliga som möjligt är det viktigt att alla som får enkäten besvarar den. Resultaten kan komma att få stor betydelse för regeringens och riksdagens fortsatta hantering av arbetsgivarnas ansvar för ohälsa.

#### Uppgifter

Svaren på enkäterna kommer SCB att komplettera med uppgifter om din arbetsgivare. Det är uppgifter om kommun, antal anställda, bransch, ägarkategori, antal arbetsställen och juridisk form. När enkäten är kompletterad med uppgifterna kommer alla identitetsdata att tas bort, det går alltså inte att spåra vem som har besvarat enkäten.

#### Ditt svar

Vi ber dig svara på frågorna så snart som möjligt. Skicka dina svar i bifogat svarskuvert.

#### Tack för din medverkan!

Med vänlig hälsning

Björn Trägårdh  
Projektledare  
Docent, företagsekonomiska institutionen  
Handelshögskolan vid Göteborgs universitet  
031-773 15 36 bjorn.tragardh@handels.gu.se

## Bilaga 3. Tidsplan

STATISTISKA CENTRALBYRÅN

### Tidsplan

Särskild sjukförsäkring (silvergrå)  
2006-03-31

Undersökningsledare: Tania Hayden 6322

Produktionsansvarig: Anders Renstrand 6571  
Arbetsgrupp: Marina

Databas: DIH...

Urvalsstorlek: 800  
Produktnummer: 851 269-1

Aktivitet	Planerad tid	Justerad tid
Urvalsdragning	Vecka 14	
<b>Blankett till tryck</b>	<b>2006-04-05</b>	
<b>Adressfil till utsändningen</b>	<b>2006-04-10</b>	
Utsändning med B-post	2006-04-18	
<b>T&amp;P till tryck</b>	<b>2006-04-24</b>	
<b>T&amp;P Adressfil till utsändningen</b>	<b>2006-05-02 (före lunch)</b>	
Utsändning T&P	2006-05-03	
<b>Påminnelsemissiv nr 1 till tryck</b>	<b>2006-05-09</b>	
<b>Påm nr 1 Adressfil till utsändningen</b>	<b>2006-05-15 (före lunch)</b>	
Utsändning enkätpåmin. nr 1 B-post	2006-05-16	
<b>Datinsamlingen bryts</b>	<b>2006-06-07</b>	
<b>Slutfil/kundfil till Tania</b>	<b>2006-06-09</b>	

## Bilaga 4. Teknisk rapport



# Undersökning om särskild sjukförsäkring

## Enkätundersökning 2006

Uppdragsgivare: Handelshögskolan vid Göteborgs universitet

Teknisk rapport  
Enkätenheten

## Innehåll

<b>Inledning</b> .....	
<b>Population och urval</b> .....	
<b>Sekretess och utlämnande</b> .....	
<b>Variabler</b> .....	
<b>Datainsamling</b> .....	
<b>Bortfall</b> .....	
<b>Databeredning</b> .....	
<b>Viktberäkning och estimation</b> .....	
<b>Kvalitet</b> .....	
Ramtäckning .....	
Urval .....	
Mätning .....	
Bearbetning .....	
Bortfall .....	
<b>Att tänka på vid användning av datamaterialet</b> .....	

## Bilagor

- Bilaga 1: Missiv och frågeblankett
- Bilaga 2: Postbeskrivning
- Bilaga 3: Partiellt bortfall

### Inledning

Enkätenheten vid Statistiska centralbyrån (SCB) har under perioden april till juni 2006 genomfört en enkätundersökning på uppdrag av Handelshögskolan vid Göteborgs universitet. Syftet med undersökningen är att utvärdera medfinansieringsreformen ur ett arbetsgivarperspektiv genom att besvara frågan om reformen fått avsedd effekt inom följande områden:

- Arbetsgivarens arbete med att underlätta återgång i arbete
- Förebyggande insatser på arbetsplatsen
- Ekonomiska konsekvenser

Undersökningen genomfördes som en postenkät med 3 påminnelser. Populationen utgjordes av juridiska enheter efter organisations nummer. Totalt var det 425 organisationer som besvarade frågeblanketten, vilket är 53,1 % av urvalet. Frågeblanketterna registrerades via skanning, varefter datafil framställdes.

Tania Hayden har varit undersökningsledare, Anders Renstrand har varit produktionsansvarig, Leif Lemon har ansvarat för urvalsdragningen.

### Population och urval

Populationen, d v s de objekt som man vill kunna dra slutsatser om, utgörs i denna undersökning av juridiska enheter. För att kunna dra ett urval från populationen skapas en urvalsram som avgränsar, identifierar och möjliggör koppling till objekten i populationen. Urvalsramen i denna undersökning har skapats utifrån Företagsregistret och består av juridiska enheter. Antalet objekt i ramen var 35 251 organisationer den 3/4 2006.

Handelshögskolan vid Göteborgs universitet och SCB har efter diskussion beslutat att urvalstorleken ska vara 800 enheter (med minst 10 anställda) stratifierat efter antal anställda i en storleksklass.

Från urvalsramen drogs ett stratifierat urval om 6 olika grupperade klasser med hjälp av ett av SCB egenutvecklat urvalsprogram. Ett stratifierat urval innebär att alla objekt inom respektive stratum har lika stor sannolikhet att komma med i urvalet. Indelning av populationen (organisationer) för stratifieringen blev enligt följande:

Antal	Kod	Klartext	Urvalet i resp. strata
18280	4	10-19 anställda	
10599	5	20-49 anställda	Antal organisationer 138
3182	6	50-99 anställda	
1494	7	100-199 anställda	Antal organisationer 138
863	8	200-499 anställda	
365	9	500-999 anställda	Antal organisationer 138
145	10	1000-1499 anställda	
74	11	1500-1999 anställda	Antal organisationer 137
82	12	2000-2999 anställda	(samtliga)
53	13	3000-3999 anställda	Antal organisationer 135
23	14	4000-4999 anställda	
68	15	5000-9999 anställda	(samtliga)
23	16	10000- anställda	Antal organisationer 114

Som anställda räknas personer:

- för vilka arbetsgivaren är skyldig att innehålla och redovisa A-skatt (huvudarbetsgivare)
- som för närvarande är anställda
- för vilka utbetald lön (arbetsinkomst) per år beräknas överstiga ett prisbasbelopp (prisbasbelopp för 2006 är 39 700 kr)
- som är vikarier längre tid än tre månader

Som anställda räknas ej personer:

- med lönebidragsanställning, säsonganställning etc.
- som är långtidstjänstlediga eller långtidssjukskrivna vid undersökningstillfället (tre månader eller längre)
- som är vikarier kortare tid än tre månader

För att vara säkra på att urvalet innehåller tillräckligt många objekt i viktiga redovisningsgrupper, kan dessa redovisningsgrupper definieras som egna strata. Sedan kan stickprovsstorleken fördelas till dessa strata på ett sätt som gör att urvalet innehåller ett lämpligt antal organisationer från den aktuella redovisningsgruppen.

**Tabell 1 Population och urval**

	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-16	Totalt
Population	28 879	4 676	1 228	219	135	114	35 251
Bruttourval	138	138	138	137	135	114	800
Övertäckning	0	0	0	0	0	0	0
Nettourval <sup>1)</sup>	138	138	138	137	135	114	800

1) Nettourval är det som kvarstår efter det att övertäckningen har tagits bort från bruttourvalet.

### Sekretess och utlämnande

Frågeblankettens framsida bestod av ett informationsbrev där uppgiftslämnarna kunde läsa om undersökningens bakgrund, syfte och att undersökningen genomfördes i samarbete mellan SCB och Handelshögskolan vid Göteborgs universitet. Brevet informerade också om att uppgifter hämtas från Företagsregistret och vilka uppgifter som hämtas, att samtliga uppgifter är skyddade av personuppgiftslagen och sekretesslagen, att det är frivilligt att delta och att en avidentifierad fil och avidentifierade frågeblanketter kommer att levereras till Handelshögskolan. (Se bilaga 1)

För att SCB ska kunna lämna ut ett datamaterial så krävs "informerat samtycke" av uppgiftslämnarna. Det innebär att de genom att besvara och skicka in blanketten godkänner att deras svar kompletteras med de registervariabler och behandlas på det sätt som beskrivs i informationsbrevet.

SCB har gjort en intern sekretessprövning för utlämnandet av registervariabler från RTB och Företagsregistret. Dessutom har en sekretessöverenskommelse upprättats mellan Handelshögskolan och SCB med avseende på hur det avidentifierade datamaterialet får hanteras.

Behandlingen av personuppgifter i undersökningen har anmälts till SCB:s juridiska kansli. Kopplingen till personuppgifterna tas bort tre månader efter slutleverans.

### Variabler

Handelshögskolan har utformat frågorna i frågeblanketten i samarbete med SCB. Blanketten bestod av 18 nummerade frågor varav flera hade delfrågor, vilket genererade totalt 98 frågor. Frågorna handlade bl.a. om sjukfrånvarostatistiken, medfinansiering och vilka ekonomiska effekter det har på verksamheten. (Se bilaga 1)

Förutom variabler som samlats in via frågeblanketten har ett antal registervariabler hämtats från SCB:s Registret över totalbefolkningen (RTB) och SCB:s Företagsregistret. Dessa är bland annat kommun, storlek, bransch,



antal arbetsställen företaget har i Sverige, kod för juridisk form och ägarkategori. Uppgifterna från RTB och Företagsregistret avser den 4/3 2006.

### Datainsamling

Frågeblanketterna skickades ut till urvalspersonerna med post. Via informationsbrevet ombads de besvara frågorna och skicka tillbaka frågeblanketten till SCB. I ett försök att ytterligare höja svarsfrekvensen bestämde Handelshögskolan vid Göteborgs universitet i samarbete med SCB att ha en extra påminnelse i form av en telefonpåminnelse.

Det första utskicket genomfördes den 18 april, sedan skickades två påminnelser ut till dem som inte besvarat frågeblanketten. Den första påminnelsen bestod av ett tack- och påminnelsekort (ToP) och skickades ut den 3 maj. Den andra påminnelsen var en enkätpåminnelse och skickades ut den 16 maj. I ett försök att ytterligare höja svarsfrekvensen påbörjades den 5 juni telefonpåminnelser för dem som ännu inte svarat. Insamlingen avslutades den 24 juli.

**Tabell 2a Beskrivning av inflödet, angivet i antal**

	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-16	Totalt
Efter första utsändning	26	21	24	31	23	36	161
Efter ToP	14	15	18	30	33	18	128
Efter enkät/telefon påminnelse	13	20	15	28	30	30	136
Totalt antal svar	53	56	57	89	86	84	425
Bortfall	85	82	81	48	49	30	375
Nettourval	138	138	138	137	135	114	800

**Tabell 2b Beskrivning av inflödet, angivet i andelar**

	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-16	Totalt
Efter första utsändning	18,8	15,2	17,4	22,6	17,0	31,6	20,1
Efter ToP	10,1	10,9	13,0	21,9	24,4	15,8	16,0
Efter enkät/telefon påminnelse	9,4	14,5	10,9	20,4	22,2	26,3	17,0
Totalt andel svar	38,3	40,6	41,3	64,9	63,7	64,9	53,1
Bortfall	61,7	59,4	58,7	35,1	36,3	35,1	46,9
Nettourval	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

### Bortfall

Bortfallet består dels av objektsbortfall som innebär att frågeblanketten inte är besvarad alls, dels av partiellt bortfall som innebär att vissa frågor på blanketten inte är besvarade. Om bortfallet skiljer sig åt från de svarande med avseende på undersökningsvariablerna så kan skattningarna som grundar sig på enbart de svarande vara skeva.

Objektsbortfall kan bland annat bero på att uppgiftslämnaren inte är villig att delta i undersökningen, att uppgiftslämnaren inte går att nå eller att uppgiftslämnaren är förhindrad att medverka, t ex på grund av sjukdom. Objektsbortfallet i denna undersökning redovisas i tabell 3 nedan. Med "ej avhörda" menas att ingen uppgift om varför frågeblanketten inte är besvarad har lämnats. Med förhindrad och avböjd medverkan menas att SCB meddelats att uppgiftslämnaren är förhindrad eller inte vill medverka i undersökningen. Med "fel person har svarat" menas att någon annan än den person som frågeblanketten var avsedd för har svarat. För vidare förklaring se "Databeredning" nedan.

**Tabell 3a Beskrivning av objektsbortfall, angivet i antal**

	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-16	Totalt
Ej avhörda	83	80	81	47	47	29	367
Postreturer	0	0	0	0	1	0	1
Avböjd medverkan	2	2	0	1	1	1	7
<b>Totalt</b>	<b>85</b>	<b>82</b>	<b>81</b>	<b>48</b>	<b>49</b>	<b>30</b>	<b>375</b>

**Tabell 3b Beskrivning av objektsbortfall, angivet i andelar**

	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-16	Totalt
Ej avhörda	97,6	97,6	100,0	97,9	95,9	96,7	97,9
Postreturer	0	0	0	0	2,0	0	0,3
Avböjd medverkan	2,4	2,4	0	2,0	2,0	3,3	1,9
<b>Totalt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Partiellt bortfall kan bero på att frågan är svår att förstå, är känslig, att uppgiftslämnaren glömmet att besvara frågan eller att instruktionerna vid hoppfrågor misstolkas och att uppgiftslämnaren då inte besvarar rätt frågor. Till partiellt bortfall räknas även dubbelmarkeringar och svar som inte kan tydas.

Det är viktigt att beakta det partiella bortfallet då datamaterialet analyseras. Det partiella bortfallet för respektive fråga redovisas i bilaga 3. För de följdfrågor som föregås av hoppinstruktioner har selekteringar genomförts vid kontrollen av det partiella bortfallet.

I denna undersökning varierar det partiella bortfallet mellan 1,2 och 39,3 procent. Frågorna 6b, 9a och 9b har dock ett partiellt bortfall som är markant högre än övriga frågor.

#### Databeredning

Databeredningen genomfördes av Enkätenheten vid SCB. Samtliga inkomna frågeblanketter prickades av i Enkätenhetens avregistreringssystem. Frågeblanketterna skannades med programvaran ReadSoft DOCUMENTS FORMS / registrerades manuellt i registreringsprogrammet RODE. Kontroller genomfördes under och efter registreringen. Då kontrollerades bl a dubbelmarkeringar och att endast valida värden förekommer i materialet.

Svarsdatafilen kompletterades med registervariabler från Företagsregistret samt med vikter för uppräknig till populationsnivå.

#### Viktberäkning och estimation

Vikter har tagits fram för att kunna räkna upp resultatet till populationsnivå. Uppräkning med vikter medför att resultat kan redovisas för hela populationen och inte bara för de svarande. Om vikterna inte används så kan resultaten bli helt missvisande. Vikterna kompenserar för objektsbortfallet men inte för det partiella bortfallet och därmed kan antalsuppgifterna i respektive tabell bli olika. Eftersom urvalet är stratifierat så har 6 vikter beräknats, en för respektive stratum. Vikterna kompenserar därmed för att urvalspersonerna i olika strata har olika stor sannolikhet att komma med i urvalet.

Vikterna för respektive stratum har beräknats med formeln:

$$w_k = \frac{N_h * n_h}{n_h * m_h} = \frac{N_h}{m_h}$$

där  $w_k$  =Vikt för varje objekt i stratum  $h$  ( $h=1, 2, 3, \dots$ )

$N_h$  =Antal individer i stratum  $h$

$n_h$  =Antal individer i bruttourvalet i stratum  $h$

$m_h$  =Antal individer som svarat samt övertäckning i stratum  $h$

Vikterna bygger på antagandet att övertäckningen är lika stor bland de svarande som i bortfallet samt att bortfallet inte skiljer sig från de svarande med avseende på undersökningsvariablerna.

För skattning av totaler används följande formel:

$$\hat{Y} = \sum_r w_k y_k$$

där  $w_k$  = total vikt för objekt  $k$   
 $y_k$  = variabelvärde för objekt  $k$   
summering sker över de svarande ( $r$ )

För skattning av medelvärden används följande formel:

$$\hat{\bar{Y}} = \frac{\sum_r w_k y_k}{\sum_r w_k}$$

där  $w_k$  = total vikt för objekt  $k$   
 $y_k$  = variabelvärde för objekt  $k$   
summering sker över de svarande ( $r$ )

Vikterna som finns på kundfilen ska användas vid framställning av tabeller och diagram samt vid beräkning av statistiska mått. Varianser ska beräknas med vedertagen metod.

#### Kvalitet

SCB tillämpar en bred definition på kvalitet. För att hålla en hög kvalitet och täcka kvalitetsdimensionerna används vid genomförandet av undersökningar ett kvalitetssäkringsprogram med kontroller i undersökningens olika faser, allt från planering till dokumentation och uppföljning. I SCB MIS 2001:1 "Kvalitetsbegrepp och riktlinjer för kvalitetsdeklaration av officiell statistik" ges en ingående beskrivning av SCB:s kvalitetsbegrepp och de olika kvalitetskomponenterna. Nedan beskrivs de begrepp som har betydelse för denna undersökning.

#### *Ramtäckning*

Ett problem som kan uppstå är täckningsfel. Det innebär att urvalsram och population inte helt stämmer överens. Täckningsfelen kan delas in i två typer, dels undertäckning som innebär att vissa enheter som ingår i populationen saknas i urvalsramen, dels övertäckning som innebär att enheter som inte ingår i populationen ändå finns i urvalsramen. Ett sätt att minska täckningsfelen är att ha bra och uppdaterade register. Företagsregistret bedöms vara av god kvalitet och bra uppdaterat.

I denna undersökning var det inga enheter övertäckningsobjekt. Någon undertäckning har inte heller observerats, men undertäckning är vanligtvis svårare att upptäcka än övertäckning.

#### *Urval*

Denna kvalitetskomponent avser fel som uppkommer på grund av att man endast undersöker en del av populationen, det vill säga att ett urval har dragits. Urvalsfel är således den avvikelse mellan ett skattat värde (estimat) och det faktiska värdet (parametern) som beror på att man inte undersöker alla objekt i populationen. Urvalsfelets storlek minskar med en ökad urvalsstorlek. Vid ett korrekt urvalsförfarande kan urvalsfelets storlek skattas och bland annat anges med osäkerhetsintervall i form av konfidensintervall.

#### *Mätning*

Ett fel som kan uppstå vid mätning är att lämnade uppgifter skiljer sig från faktiska uppgifter. Felet kallas mätfel och kan uppkomma då respondenten inte minns de faktiska uppgifterna, missförstår frågan eller medvetet svarar felaktigt. För att försöka minimera mätfelen har kontroller genomförts, t ex kontroll av tillåtna värden vid dataregistrering. Mätfelen för registervariabler som hämtats från Företagsregistret bedöms vara liten.

#### *Bearbetning*

Vid den manuella och maskinella bearbetningen av datamaterialet kan fel uppstå, så kallade bearbetningsfel. Som exempel på bearbetningsfel kan registreringsfel och kodningsfel nämnas. Dessa fel kan förhindras och upptäckas i de kontroller som genomförs vid dataregistreringen. Vanligtvis är denna typ av fel försumbara.

#### *Bortfall*

De eventuella fel som bortfallet kan ge upphov till kallas bortfallsfel. Det inträffar om objekten i bortfallet och de svarande skiljer sig åt (har en annan fördelning) avseende undersökningsvariablerna. En jämförelse mellan de svarande och urvalet finns beskriven under rubriken Bortfall.

#### **Att tänka på vid användning av datamaterialet**

I postbeskrivningen listas datamaterialets variabler med variabelnamn, position i datamaterialet och en kortfattad förklaring om variabelns innehåll. (Se bilaga 2) I frågeblanketten framgår koderna för de olika svarsalternativen. (Se bilaga 1) Om ett svar är otolkbart eller om två eller flera alternativ angetts där endast ett svar skulle ges har koden "9" eller "99" registrerats. Överhoppade kryssfrågor har fyllts ut med "0". Vid variabler som baseras på frågor där uppgiftslämnaren kunnat ange flera svarsalternativ bör man tänka på att summan av antalsskattningarna för de olika svarsalternativen inte blir antal svarande. Vid andelsskattningar blir motsvarande summa inte 100 %.

Vi har inte tagit ställning till hur eventuella motsägelsefulla svar ska behandlas, sådana fel kan uppstå vid t ex följdfrågor och måste därför

undersökas innan följdfrågor analyseras. I rättningsinstruktionerna finns beskrivning av vad som korrigerats redan vid registreringen.

Observera att de bifogade vikterna ska användas vid analys och resultatframställning. Vid stratifierat urval kan datamaterialet inte ses som ett urval av oberoende lika fördelade observationer, som ofta antas i traditionell statistisk teori. Att ta fram frekvenser och andelar med beaktande av vikter klarar de flesta dataprogram av. Däremot är det viktigt att tänka på att de flesta förprogrammerade dataprogram inte klarar av att analysera datamaterialet från en urvalsundersökning på ett korrekt sätt. Var noga med att kontrollera att de dataprogram som används för analys behandlar vikterna på ett riktigt sätt.

## Redovisning av partiellt bortfall

(Har endast tagit med valida tal)

Fråga	%
Fråga 1 Antal tillsvidareanställda	1,6
Fråga 2 Antal tidsbegränsat anställda	4,7
Fråga 3 Andel heltidsanställda	4,2
Fråga 4_Kv Andel anställda kvinnor respektive män	1,8
Fråga 4_Män Andel anställda kvinnor respektive män	1,6
Fråga 5a Hur stor var den totala sjukfrånvaron i procent år 2005 av de anställdas sammanlagda ordinarie arbetstid?	0,0
Fråga 5b Bedöm om den totala sjukfrånvaron ökat, minskat, eller varit oförändrad jämfört med 2004?	1,4
Fråga 6a Hur fördelar sig den totala sjukfrånvaron för år 2005 i respektive tidsperioder? 0-80 dagar	5,9
Fråga 6a_Mer Hur fördelar sig den totala sjukfrånvaron för år 2005 i respektive tidsperioder? 61 dagar eller mera	9,9
Fråga 6b Hur stor andel av den totala sjukfrånvaron är frånvaro 0-14 dagar?	35,3
Fråga 6b_Proc Hur stor andel av den totala sjukfrånvaron är frånvaro 0-14 dagar? Procent	39,3
Fråga 6c_a Bedöm om den totala sjukfrånvaron uppdelat på nedanstående tidsperioder ökat, minskat, eller varit oförändrad jämfört med 2004? 0-14 dagar	12,9
Fråga 6c_b Bedöm om den totala sjukfrånvaron uppdelat på nedanstående tidsperioder ökat, minskat, eller varit oförändrad jämfört med 2004? 15-80 dagar	12,7
Fråga 6c_c Bedöm om den totala sjukfrånvaron uppdelat på nedanstående tidsperioder ökat, minskat, eller varit oförändrad jämfört med 2004? 61 dagar eller mera	7,8
Fråga 7a_Män Hur stor var sjukfrånvaron för år 2005 uppdelat på kvinnor respektive män av den sammanlagda ordinarie arbetstiden för respektive kategori? Andel män	0,0
Fråga 7a_Kv Hur stor var sjukfrånvaron för år 2005 uppdelat på kvinnor respektive män av den sammanlagda ordinarie arbetstiden för respektive kategori? Andel kvinnor	0,0
Fråga 7b_a Bedöm om sjukfrånvaron för kvinnor respektive män ökat, minskat eller varit oförändrad jämfört med 2004? Män	2,8
Fråga 7b_b Bedöm om sjukfrånvaron för kvinnor respektive män ökat, minskat eller varit oförändrad jämfört med 2004? Kvinnor	3,3
Fråga 8a_Yng Hur stor var sjukfrånvaron för år 2005 i respektive ålderskategori av den sammanlagda ordinarie arbetstiden för respektive kategori? 29 år eller yngre	0,0
Fråga 8a_Mell Hur stor var sjukfrånvaron för år 2005 i respektive ålderskategori av den sammanlagda ordinarie arbetstiden för respektive kategori? 30-49 år	0,0
Fråga 8a_Äld Hur stor var sjukfrånvaron för år 2005 i respektive ålderskategori av den sammanlagda ordinarie arbetstiden för respektive kategori? 50 år eller äldre	0,0
Fråga 8b_a Bedöm om sjukfrånvaron i viss ålder ökat, minskat eller varit oförändrad jämfört med 2004? 29 år eller yngre	8,2

Fråga 8b_b Bedöm om sjukfrånvaron i viss ålder ökat, minskat eller varit oförändrad jämfört med 2004? 30-49 år	5,9
Fråga 8b_c Bedöm om sjukfrånvaron i viss ålder ökat, minskat eller varit oförändrad jämfört med 2004? 50 år eller äldre	5,9
Fråga 9a Hur stor andel av sjukfrånvaron för år 2005 var deltidssjukskrivning?	21,4
Fråga 9a_proc Hur stor andel av sjukfrånvaron för år 2005 var deltidssjukskrivning? Procent	0,0
Fråga 9b Bedöm om andelen sjukskrivna på deltid ökat, minskat eller varit oförändrad jämfört med 2004?	22,6
Fråga 10a I vilken utsträckning bedömer du att medfinansiering haft betydelse för det sätt ni arbetar med att a) förebygga sjukfrånvaro och ohälsa?	2,1
Fråga 10b I vilken utsträckning bedömer du att medfinansiering haft betydelse för det sätt ni arbetar med att b) främja återgång i arbete (inklusive rehabilitering)?	2,4
Fråga 11 Förebygga sjukfrånvaro:	3,5
Fråga 12a I vilken utsträckning bedömer du att sjukskrivningar utgör ett problem hos er? Ange utifrån olika sjukfrånvaroperioder: a) Sjukfrånvaro i 1 dag	2,4
Fråga 12b I vilken utsträckning bedömer du att sjukskrivningar utgör ett problem hos er? Ange utifrån olika sjukfrånvaroperioder: b) Sjukfrånvaro 2-14 dagar	1,9
Fråga 12c I vilken utsträckning bedömer du att sjukskrivningar utgör ett problem hos er? Ange utifrån olika sjukfrånvaroperioder: c) Sjukfrånvaro mer än 15 dagar	1,2
Fråga 12d I vilken utsträckning bedömer du att sjukskrivningar utgör ett problem hos er? Ange utifrån olika sjukfrånvaroperioder: d) Sjukfrånvaro på deltid	2,1
Fråga 13a Har medfinansiering av sjukpenning påverkat antalet nyanställningar hos er?	1,4
Fråga 13b Om ja, hur?	9,1
Fråga 16 Ange inbetald särskild sjukförsäkringsavgift för år 2005.	35,5
Fråga 16_kkr Antal tusentals kronor	20,9
Fråga 17 Hur bedömer du att kostnaderna för ert företag/förvaltning påverkats av medfinansiering av sjukpenning?	3,3





**Handelshögskolan**  
VID GÖTEBORGS UNIVERSITET  
Företagsekonomiska institutionen

studier av  
**SOS**  
organisation  
och samhälle

**SOS-working paper** is a serie where the research group, Studies of Organization and Society (SOS), [www.handels.gu.se/SOS](http://www.handels.gu.se/SOS), at the School of Business, Economics and Law at Göteborg University present their research. The reports are being full text published on-line in PDF format at [www.swoba.hhs.se](http://www.swoba.hhs.se) and as paper copies at the university library. Editor for the working paper is Östen Ohlsson, Associate Professor.