

Arbetsgivares kostnader, åtgärder och
anpassningar för sjuknärvarande och
sjukfrånvarande medarbetare

- samband med återgång
i arbete och produktion

Kerstin Ekberg
Lars Bernfort
Nadine Karlsson
Catharina Linderoth
Jan Persson

HELIX Rapport
17:003

HELIX Working Papers

ISSN: 1654-8213

Arbetsgivares kostnader, åtgärder och anpassningar för sjuknärvarande och sjukfrånvarande medarbetare

- samband med återgång
i arbete och produktion

Kerstin Ekberg

Lars Bernfort

Nadine Karlsson

Catharina Linderöth

Jan Persson

HELIX Rapport 17:003

HELIX Competence Centre
Linköpings universitet
SE-581 83 Linköping
Sweden

<http://liu.se/helix>

Tryck: LiU-Tryck, Linköping 2017

Innehåll

Sammanfattning	1
Bakgrund	3
Syfte och frågeställningar	5
Material och metod	5
Frågeformulär	6
Ålder.....	6
Utbildning.....	6
Yrke	6
Storlek på företaget.....	6
Krav i arbetet.....	6
Frågor om arbetsgivarens åtgärder.....	7
Sjuknärvaro och produktivitet.....	7
Produktionsförlust.....	8
Registerdata	8
Utfallsmått	8
Bortfallsanalys.....	8
Statistiska analyser.....	10
Resultat	13
Bakgrundsfaktorer	13
Demografiska faktorer.....	13
Krav i arbetet.....	13
Vilka åtgärder och anpassningar gör arbetsgivare?.....	14
Kontakter	14
Åtgärder och anpassningar på arbetsplatsen.....	16
Vilka bakgrundsfaktorer har betydelse för om det genomförs anpassningar och åtgärder på arbetsplatsen?	18
Vilken betydelse har bakgrundsfaktorer för vilka åtgärder och anpassningar som görs på arbetsplatsen?.....	26
Vilka faktorer har samband med återgång i arbete?	27
Påverkas verksamhetens produktivitet av sjuknärvaro och sjukfrånvaro?	29
Produktionsförlust relaterad till sjuknärvaro före och efter sjukskrivning	29
Produktionsförlust under sjukskrivningstiden.....	29
Diskussion	35
Åtgärder och anpassningar för att främja återgång i arbete	35
Sjuknärvaro och produktionsförlust	37
Studiens metodologiska brister och fördelar.....	38
Hur kan våra resultat användas i praktiken?	39
Sammanfattande slutsatser	41

Referenser	43
Figur 1	Skiss över tänkbart förlopp från sjuknärvaro till sjukfrånvaro och åter till sjuknärvaro.....4
Figur 2	Analysmodell för studien.....10
Figur 3	Förekomst av åtgärder (%) grupperat som kontakter, åtgärder på arbetsplatsen respektive individinriktade åtgärder.....14
Figur 4a	Åtgärder inriktade mot arbetsförhållanden (%), uppdelat efter den sjukskrivnes diagnos, samt signifikansnivå för skillnad mellan diagnosgrupperna..18
Figur 4b	Individinriktade åtgärder (%) uppdelat efter den sjukskrivnes diagnos, samt signifikansnivå för skillnad mellan diagnosgrupperna.....19
Figur 5a	Åtgärder inriktade mot arbetsförhållanden (%) uppdelat efter den sjukskrivnes utbildningsnivå samt signifikansnivå för skillnad mellan utbildningsgrupperna.....20
Figur 5b	Individinriktade åtgärder (%), uppdelat efter den sjukskrivnes utbildningsnivå samt signifikansnivå för skillnad mellan utbildningsgrupperna.....21
Figur 6a	Åtgärder inriktade mot arbetsförhållanden (%), uppdelat efter den sjukskrivnes yrke samt signifikansnivå för skillnad mellan yrkesgrupperna.....22
Figur 6b	Individinriktade åtgärder (%), uppdelat efter den sjukskrivnes yrke samt signifikansnivå för skillnad mellan yrkesgrupperna.....23
Figur 7a	Åtgärder inriktade mot arbetsplatsen (%), uppdelat efter den sjukskrivnes kön samt signifikansnivå för skillnad mellan kvinnor och män.....24
Figur 7b	Individinriktade åtgärder (%), uppdelat efter den sjukskrivnes kön samt signifikansnivå för skillnad mellan kvinnor och män.....25
Tabell 1	Materialets fördelning över bransch i det ursprungliga urvalet, efter samtycke och i det slutliga materialet.....9
Tabell 2	Materialets fördelning på åldersklasser i det ursprungliga urvalet, efter samtycke och i det slutliga materialet.....9
Tabell 3	Genomsnittligt antal sjukskrivningsdagar i det ursprungliga materialet, efter samtycke och i det slutliga materialet.....10
Tabell 4	Odds Ratios (OR) och 95 % konfidensintervall (95 % C.I.) för determinanter för återgång i arbetet.....28
Tabell 5	Produktionsförluster före och under sjukskrivningen och efter återgång i arbete relaterade till bakgrundsfaktorerna diagnos, kön, ålder, yrke, utbildningsnivå och företagsstorlek.....31
Tabell 6	Genomsnittlig förlorad produktivitet före och under sjukskrivningen och efter återgång i arbete associerad med sjukskrivning (median, variationsvidd).....32

Sammanfattning

Studien syftade till att undersöka vilka åtgärder arbetsgivare gör för sjukskrivna medarbetare och vilka kostnader arbetsgivare och samhället har i samband med sjuknärvaro och sjukfrånvaro.

Totalt 3000 sjukskrivna personer i AFA Försäkrings register med diagnoserna psykiska besvär eller besvär i rörelseorganen fick ett informationsbrev och förfrågan om samtycke till att forskarna skulle få skicka en enkät till deras arbetsledare; 393 sjukskrivna gav samtycke. En webbenkät skickades till dessa arbetsledare. Totalt 198 arbetsledare (50 %) till sjukskrivna personer besvarade enkäten.

Resultaten visar att arbetsgivare genomför en rad olika åtgärder och anpassningar när en medarbetare blir sjukskriven. Analyserna visade att dessa åtgärder och anpassningar i viss mån beror på vem den sjukskrivne medarbetaren är. Åtgärder och anpassningar var vanligare för sjukskrivna med psykiska diagnoser, för högutbildade och för sjukskrivna i högkvalificerade yrken. Kvinnor fick i högre grad anpassningar och åtgärder såsom ändrade arbetsuppgifter och psykosocialt stöd jämfört med män.

Demografiska faktorer visade sig ha mindre betydelse för om den sjukskrivne återgick i arbete eller ej. Multipla logistiska regressionsanalyser visade att åtgärder och anpassningar på arbetsplatsen hade signifikanta samband med en ökad chans för återgång i arbete. Resultaten visade också att för sjukskrivna medarbetare vars arbetsledare hade tagit många kontakter med andra aktörer, som HR-avdelningen, företagshälsan och/eller Försäkringskassan var sannolikheten lägre att den sjukskrivne medarbetaren återgick i arbete. Arbetsledare tog fler kontakter, om den sjukskrivne medarbetaren hade en psykisk diagnos.

Sjuknärvaro och produktionsförlust före, under och efter sjukskrivningen skattades av arbetsledarna. Sammanlagt beräknades produktionsförlusterna till cirka SEK 100 000 per sjukskrivningsfall. Härutöver lägger arbetsgivare tid på att ta kontakter, genomföra åtgärder och anpassningar och organisera om arbetet. Arbetsledare hade mycket oklar eller saknade helt uppfattning om vad tid, åtgärder och anpassningar kostar, varför detta inte har kunnat analyseras närmare. De beräknade genomsnittliga kostnaderna till följd av produktivitetsförluster är således en underskattning av de faktiska kostnaderna för arbetsgivare.

Studien visar att arbetsledares kunskap om vad sjuknärvaro och sjukfrånvaro kostar för verksamheten och för samhället är begränsad. En ökad kostnadsmedvetenhet skulle kunna stimulera till att större resurser läggs på att implementera policys för hälsofrämjande åtgärder och att utbilda arbetsledare i att hantera frågor om hälsa och arbetsförmåga på arbetsplatsen.

Bakgrund

Projektets syfte var att undersöka vilka arbetsplatsrelaterade åtgärder som genomförs för sjukskrivna med besvär i rörelseorganen (MSD) respektive med psykiska besvär (MD) samt vilka kostnaderna är för arbetsgivarna och för samhället.

Diagnosgrupperna psykiska besvär och besvär i rörelseorganen utgör de två största sjukskrivningsgrupperna i Sverige och orsakar de största transfereringarna från socialförsäkringssystemen. De båda diagnosgrupperna står för sammanlagt 70 procent av de långa sjukfallen inom kommuner och landsting och 64 procent inom privat sektor (AFA Försäkring 2017).

Rehabiliteringsansvaret regleras i Arbetsmiljölagen och Socialförsäkringsbalken; arbetsgivaren har ansvar för att inom rimliga gränser anpassa arbetsplatsen för en anställd med sjukdom eller funktionshinder. I ett tidigare arbete av forskargruppen besvarade sjukskrivna personer enkätfrågor om vilka åtgärder som gjorts på arbetsplatsen för att främja deras återgång i arbete. Knappt en tredjedel i de aktuella diagnosgrupperna uppgav att arbetsgivaren hade genomfört åtgärder i form av stöd och anpassningar för att underlätta återgång i arbete (Wählin et al. 2012). En något högre andel av sjukskrivna i psykiska diagnoser uppgav att de fått anpassningar och stöd på arbetsplatsen; något fler i denna diagnosgrupp var deltidssjukskrivna. Burström et al. (2011) visade att mer omfattande rehabiliteringsinsatser erbjuds vid bättre socioekonomisk situation och högre utbildningsnivå, vilket styrks av en tidigare studie i forskargruppen; sjukskrivna som är yngre och mer välutbildade rapporterar i högre grad att de fått anpassningar och stöd på arbetsplatsen jämfört med äldre och lägre utbildad arbetskraft (Seing et al. 2015). Även diagnos kan tänkas ha betydelse för arbetsplatsens förhållningssätt. Ur arbetsgivarens perspektiv kan behoven hos sjukskrivna med psykiska besvär vara svårare att förstå och göra lämpliga anpassningar för, än för sjukskrivna med besvär i rörelseorganen (Lemieux et al. 2011).

Generellt ger långtidssjukskrivning upphov till avsevärda samhällskostnader, bland annat genom produktionsbortfall (Uegaki et al. 2011), men det finns ingen tydlig kunskap om vilka kostnader arbetsgivare har i samband med en anställds sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess (Soklaridis et al. 2012). Omfattningen av samhällskostnader och kostnader för arbetsplatsrelaterade interventioner kan variera mellan olika länder till följd av olikheter i välfärdssystemen. Det saknas studier där jämförelser mellan olika länder har gjorts. I de systematiska översiktsartiklar som publicerats görs jämförelser oberoende av välfärdssystemets konstruktion. I två systematiska översikter visade ett flertal av de inkluderade studierna en positiv nettoeffekt av intervention för sjukskrivna med besvär i rörelseorganen (Tomba et al. 2008; Carroll et al. 2010). I en annan översiktsartikel av 42 studier påvisades måttliga effekter på återgång i arbete, inga signifikanta nettovinster och ingen intervention kunde identifieras som mer framgångsrik än andra (Palmer et al. 2011). Det finns således ingen klar bild avseende kostnader och lönsamhet för arbetsgivare av arbetsplatsrelaterad intervention, även om flera studier pekar på nettovinster och positiva effekter på återgång i arbete. Olikheter i resultat kan bero på att interventioner är olika, att ländernas socialförsäkringssystem är olika och att studierna ofta har låg

Vid punkten P1 försämras individens hälsa och produktionsförmåga. Under denna period kvarstår individen i arbete (sjuknärvaro) med sannolikt försämrad förmåga att utföra sitt arbete. Vid punkten P2 resulterar tillståndet i sjukskrivning. Vid återgång i arbete kan det föreligga en period innan full arbetsförmåga uppnås, det vill säga sjuknärvaro

Relativt lite forskning utgår från arbetsgivarens perspektiv. Ur arbetsgivarens och samhällets perspektiv är produktivitet centralt. Kunskap om kostnaderna för sjukfrånvaro och sjuknärvaro skulle kunna öka intresset för att arbeta med hälsofrämjande åtgärder och aktiva anpassningsåtgärder.

Inga studier har, såvitt vi har kunnat finna, ställt direkta frågor till arbetsledare om sjukskrivna medarbetares förmåga att utföra arbetsuppgifterna, åtgärder och anpassningar på arbetsplatsen och produktionsförlust i samband med sjukfrånvaro och sjuknärvaro. Arbetsgivarens egen information om omfattning och typ av åtgärder och en ekonomisk analys av arbetsplatsrelaterade åtgärder saknas således.

Studien har godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Linköping, Dnr 2014/25-31.

Syfte och frågeställningar

Projektet syftar till att studera vilka åtgärder arbetsgivare gör för sjukskrivna medarbetare och vilka kostnader de och samhället har i samband med sjukskrivningar.

Projektet syftar också till att studera om det förekommer skillnader i typ, frekvens och kostnader för åtgärder beroende på individuella faktorer som diagnos, ålder och utbildningsnivå, respektive beroende på faktorer som yrke, arbetskrav och storlek på företaget.

Ett tredje syfte är att studera i vilken mån och hur länge prestationen är nedsatt före respektive efter sjukskrivningstiden (sjuknärvaro) och kostnader för detta, samt kostnader för arbetsgivaren under sjukskrivningstiden (se figur 1).

Material och metod

Totalt 3000 sjukskrivna personer drogs slumpmässigt ur AFAs register över sjukskrivna personer med kriteriet cirka 50 % med psykiska diagnoser och cirka 50 % med diagnoser i rörelseorganen. I samplet hade 1488 (50 %) psykiska diagnoser (F00-F99) och 1512 personer (50 %) muskuloskeletala diagnoser (M00-M99). 1932 personer var kvinnor (64 %) och 1068 (36 %) var män. Inklusionskriterier var ålder 20-63 år, sjukskriven i minst 30 dagar på hel- eller deltid och att ha en arbetsgivare.

Ett informationsbrev skickades till samtliga personer i urvalet med förfrågan om samtycke till att forskarna skulle få skicka en enkät till deras arbetsledare. I samtyckesformuläret ombads respondenterna att ange kontaktuppgifter till arbetsledaren. 393 sjukskrivna gav informerat samtycke.

Frågeformulär

Ett webb-baserat frågeformulär skickades till de arbetsledare vars sjukskrivna medarbetare givit samtycke. Formuläret innehöll frågor med fasta svarsalternativ om den sjukskrivnes anställningsform, utbildning och yrke, fysiska, psykiska och sociala arbetskrav enligt en modifierad version av AFU (Försäkringskassan 2013). Likaså ingick uppgifter om företagets storlek och antalet underställda som arbetsledaren hade i frågeformuläret.

Ålder

Ålder kategoriserades i grupperna 20-34 år, 35-44 år, 45-54 år och 55 år eller äldre.

Utbildning

De utbildningsalternativ som angavs i enkäten var folkskola/grundskola, gymnasium, högskola/universitet 2 år eller längre samt annat. I frågeformuläret angav arbetsledaren högsta avslutade utbildning för sin medarbetare, detta kan innebära att någon kan ha blivit felkategoriserad. I analyserna kategoriserades folkskola/grundskola och gymnasium som låg utbildning och högskola/universitet som hög utbildning.

Yrke

De sjukskrivnas yrken kategoriserades enligt SSYK och grupperades därefter i tre grupper:

White collar – Chefer, yrken med krav på fördjupad högskolekompetens, yrken med krav på högskolekompetens.

Pink collar – Yrken inom administration och kundtjänst, service, omsorgs- och försäljningsarbete.

Blue collar – Yrken inom lantbruk och liknande, byggverksamhet och tillverkning, maskinell tillverkning och transport, yrken utan krav på utbildning.

Storlek på företaget

Svarsalternativen för antalet anställda på företaget var 0–9 anställda, 10–49 anställda, 50–249 anställda och > 250 anställda. I analyserna användes grupperingen små företag (0–49 anställda), medelstora företag (50–249 anställda) respektive stora företag (> 250 anställda).

Krav i arbetet

Tio frågor om fysiska, psykiska och sociala arbetskrav enligt en modifierad version av AFU (Försäkringskassan 2013) analyserades med faktoranalys och gav två faktorer:

1. Kognitiv, psykisk och social förmåga (kunna förstå muntlig information, kunna förstå skriftlig information, problemlösning och abstrakt tänkande, inlärningsförmåga, minne och koncentration, psykisk uthållighet och stresstolerans, förmåga att samarbeta och arbeta i grupp (Chronbach's alpha .87).

2. Fysisk förmåga (fysisk uthållighet, fysisk styrka och rörlighet, balans, koordination och finmotorik (Chronbach's alpha .88).

Frågor om arbetsgivarens åtgärder

Formuläret innehöll frågor om vilka *kontakter* arbetsledaren tagit i samband med sjukskrivningen (med den sjukskrivne, personalavdelningen, primärvården, företagshälsovården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, facket, annat) samt hur mycket tid hon/han hade lagt på dessa kontakter.

Vidare ingick frågor om vilka olika typer av *åtgärder och anpassningar på arbetsplatsen* som gjorts (ändrade arbetsuppgifter, ergonomiska förbättringar, ombyggnation, ändrad bemanning i arbetsgruppen, omplacering av andra medarbetare, personalförstärkning, utveckling av arbetsgruppen/team, utredning av arbetsklimat, annat) och ungefärliga kostnader för dessa, samt vilka *åtgärder arbetsgivaren gjort för den sjukskrivne medarbetaren* (kompetensutveckling, mentor/stödperson, stresshantering, arbetsteknik, förflyttningsteknik, samtalsstöd, konflikthantering, omplacering, ändrade arbetstider, möjlighet att arbeta hemifrån, annat) och kostnader för dessa åtgärder.

De 21 frågorna om vilka åtgärder och anpassningar som gjorts på arbetsplatsen analyserades med faktoranalys. Analysen gav 6 faktorer:

1. Kontakter med andra aktörer (med facket, Försäkringskassan, primärvården, personalavdelningen).
2. Ändrad bemanning (ändrad bemanning i arbetsgruppen, personalförstärkning).
3. Utveckling av arbetsgruppen (utredning av arbetsklimat, utveckling av arbetsgrupp/team, konflikthantering).
4. Psykosocialt stöd (kompetensutveckling, mentor/stöd, omplacering).
5. Ergonomi (arbetsteknik, förflyttningsteknik).
6. Anpassningar (ändrade arbetsuppgifter, omplacering av andra medarbetare).

Sjuknärvaro och produktivitet

Frågor om *sjuknärvaro* definierades som arbetsledarens bedömning av *effekter på verksamheten före respektive efter sjukskrivningen på grund av hälsoproblem*. Frågorna gällande före och efter sjukskrivningen är modifierade från WPAI-GH (Reilly et al. 1993; Noben et al. 2014) och formulerades som ”påverkade hälsoproblemen din medarbetares förmåga att utföra sina arbetsuppgifter före/efter sjukskrivningen?”. Arbetsledaren skattade förmågan att utföra arbetet på en skala 0–10.

Effekterna på verksamhetens produktivitet av sjuknärvaro skattades genom att arbetsledaren fick ange under hur många veckor och i vilken grad före respektive efter sjukskrivningen hon/han bedömde att hälsoproblemen påverkade medarbetarens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter.

Enkäten omfattade dessutom frågor om vem som utförde den sjukskrivnes arbetsuppgifter *under sjukskrivningen* (inhyrd extrapersonal, vikariepool, övertid av befintlig personal, omfördelning av arbetsuppgifter inom arbetsgruppen, inga extra insatser, annan lösning). Effekter på verksamhetens produktivitet under sjukskrivningen undersöktes genom frågor om hur väl de utfördes jämfört med den sjukskrivnes utförande i friskt tillstånd, på en skala 0–10.

Produktionsförlust

Produktionsförlust före respektive efter sjukskrivningen beräknades med hjälp av formeln

$$\text{Produktionsförlust} = \text{Duration av sjuknärvaro} \times \text{Produktivitet under sjuknärvaro}/10$$

Produktionsförlust konverterades till förlorade arbetstimmar. Enligt humankapital-metoden baserades produktionsförlusten på den genomsnittliga inkomsten i Sverige 2015, 32 000 kronor. Enligt humankapital-metoden adderas skatt, 31.42 %, vilket innebär en genomsnittlig inkomst på 42 054 kronor per månad eller cirka 250 kronor per förlorad timme av produktion.

Enkäten innehöll dessutom ett antal öppna frågor och kommentarsfält i anslutning till frågor med fasta svarsalternativ.

Registerdata

Från AFA erhöles uppgifter om typ av arbetsgivare, kön, diagnos samt antal sjukskrivningsdagar, som den sjukskrivne hade vid datainsamlingstillfället. Diagnoser enligt inklusionskriterierna var psykiska besvär (F00-F99) eller besvär i rörelseorganen (M00-M99).

Utfallsmått

Primärt utfallsmått var arbetsgivarens uppgifter om hurvida den sjukskrivne medarbetaren återgått i arbete inom 200 dagar, på heltid eller deltid, till samma arbetsplats eller till en annan arbetsplats.

Sekundärt utfallsmått var sjuknärvaro (nedsatt förmåga att utföra sina arbetsuppgifter) och produktionskostnader till följd av sjuknärvaro före och efter sjukskrivningen, samt produktionskostnader under sjukfrånvaron.

Bortfallsanalys

Webbenkäten skickades till de 393 arbetsledarna vars medarbetare gett samtycke, 198 (50 %) arbetsledare besvarade enkäten efter två påminnelser.

Av de 198 besvarade enkäterna var andelen sjukskrivna medarbetare med besvär i rörelseorganen 52 % och andelen sjukskrivna medarbetare med psykiska besvär 48 %.

Av *tabell 1* framgår att i de kvinnodominerade branscherna utbildning, vård, omsorg och sociala tjänster var svarsfrekvensen högre både avseende samtycke från sjukskrivna och avseende besvarade enkäter från arbetsledare.

Tabell 1 Materialets fördelning över bransch i det ursprungliga urvalet, efter samtycke och i det slutliga materialet.

	Ursprungligt urval N=3000		Samtycke från den sjukskrivne N=393		Besvarat av arbetsledare N=198	
	N	%	N	%	N	%
SNI grupp						
Tillverkning	435	14.5	35	8.9	14	7.1
Byggverksamhet	202	6.7	6	1.5	3	1.5
Handel, reparation av fordon	296	9.9	23	5.9	4	2.0
Transport, magasinering	164	5.5	21	5.3	11	5.6
Uthyrning, fastighetservice, resetjänster, stödtjänster	200	6.7	28	7.1	10	5.1
Utbildning	327	10.9	54	13.7	32	16.2
Vård och omsorg, sociala tjänster	1155	38.5	197	50.1	110	55.6
Övriga	221	7.4	29	7.4	14	7.1

Av tabell 2 framgår att en högre andel sjukskrivna över 54 år och en lägre andel sjukskrivna under 34 år samtyckte till att vi skickade en enkät till arbetsledaren. Denna snedfördelning stärks ytterligare av att arbetsledare varit mer benägna att besvara enkäten för den äldsta åldersgruppen och minst benägna att besvara för den yngsta åldersgruppen.

Tabell 2 Materialets fördelning på åldersklasser i det ursprungliga urvalet, efter samtycke och i det slutliga materialet.

Ålder	Ursprungligt urval N=3000		Samtycke från den sjukskrivne N=393		Besvarat av arbetsledare N=198	
	N	%	N	%	N	%
20-34	478	15.9	23	5.9	7	3.5
35-44	693	23.1	85	21.6	39	19.7
45-54	977	32.6	125	31.8	59	29.8
54-	852	28.4	160	40.7	93	47.0

I *tabell 3* presenteras genomsnittligt antal sjukskrivningsdagar i det ursprungliga urvalet på 3000 personer, i gruppen av 393 sjukskrivna som samtyckte till att arbetsledaren fick en enkät och för de 198 där arbetsledaren besvarade enkäten.

Tabell 3 Genomsnittligt antal sjukskrivningsdagar i det ursprungliga materialet, efter samtycke och i det slutliga materialet.

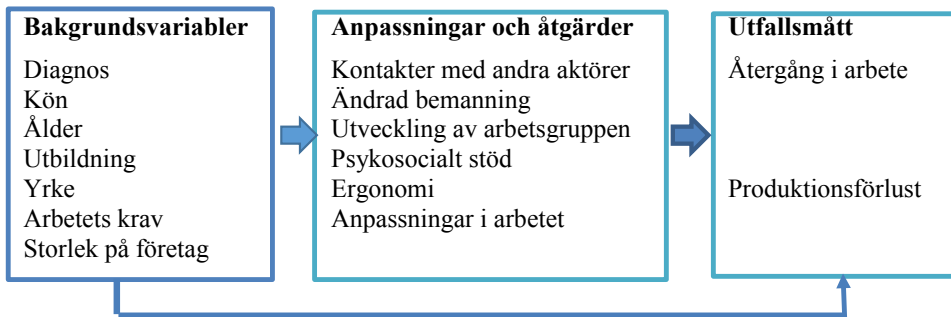
	Ursprungligt urval N=3000				Samtycke från den sjukskrivne N=393				Besvarat av arbetsledare N=198			
	m	sd	md	Variations- vidd	m	sd	md	Variations- vidd	m	sd	md	Variations- vidd
Sjukdagar	213	128	190	30-526	248	124	246	30-389	261	119	305	30-409

Av tabellen framgår att det genomsnittliga antalet sjukskrivningsdagar var högre i vårt slutliga material än i det ursprungliga urvalet.

Sammanfattningsvis har vi i det slutliga materialet en högre andel sjukskrivningsfall från branscherna vård, omsorg och service och utbildning än i det ursprungliga, slumpmässiga urvalet. Materialet har också en högre andel äldre med längre sjukskrivningar än det ursprungliga urvalet. Det innebär att materialet troligen har en viss överrepresentation av svårare sjukskrivningsfall.

Statistiska analyser

Materialet analyserades enligt nedanstående analysmodell.



Figur 2 Analysmodell för studien.

Inledningsvis gjordes kategoriseringar av de ingående variablerna och deskriptiva analyser av bakgrundsvariabler och de anpassningar och åtgärder som arbetsledare rapporterade.

Deskriptiv statistik presenteras som frekvenser för kategoriska variabler. Kontinuerliga variabler presenteras i form av medelvärden och standardavvikelser eller median (min-max) i de fall variabeln inte var normalfördelad. Skillnader mellan grupper undersöktes med Chi² test eller Fisher's exakta test av proportioner och med Student's t-test eller variansanalys för kontinuerliga variabler. Faktoranalys av frågor om arbetets krav och frågor om anpassningar och åtgärder gjordes med principal component analys med varimax rotering. Analyser av samband mellan variabler gjordes med multipel logistisk regressionsanalys där inledningsvis bakgrundsvariabler och därefter åtgärder och anpassningar på arbetsplatsen inkluderades som determinanter i relation till utfallsmåttet återgång i arbete inom 200 dagar. Genomgående har 2-sidiga signifikanstest använts, i resultaten presenteras signifikansnivåer $p < .10$. Analyserna gjordes med SPSS Statistics 24.

Kommentarer i de öppna svarsfälten har infogats ordagrant för att belysa de kvantitativa resultaten.

Resultat

Bakgrundsfaktorer

Demografiska faktorer

Arbetsgivare besvarade enkäten för 52 % av sjukskrivna medarbetare med besvär i rörelseorganen och 48 % av sjukskrivna medarbetare med psykiska besvär. Totalt besvarades enkäterna för 154 kvinnor (78 %) och 44 män (22 %). Av dessa var 7 (4 %) under 35 år, 39 (20 %) i åldern 35-44 år, 59 (30 %) mellan 45-54 år och 93 (47 %) 55 år och äldre. Totalt 104 sjukskrivna (61 %) hade lägre utbildning och 66 sjukskrivna (39 %) hade högre utbildning.

De sjukskrivnas yrken fördelade sig med 57 personer (29 %) med chefsyrken eller krav på högskolekompetens (white collar), 93 personer (47 %) med yrken inom administration och kundtjänst, service, utbildning, hälso- och omsorgsarbeten (pink collar) och 47 personer (24 %) med yrken inom lantbruk, bygg, tillverkning, transport och yrken utan krav på utbildning (blue collar). Nästan hälften (45 %) av respondenterna kom från verksamheter med mer än 250 anställda, 22 % kom från små företag (< 50 anställda), övriga från medelstora verksamheter.

Krav i arbetet

Kognitiva, psykiska och sociala krav bedömdes av arbetsledarna vara signifikant högre för sjukskrivna med psykiska diagnoser ($p=.001$) medan fysiska krav var högre för sjukskrivna med muskuloskeletala diagnoser ($p<.001$). De fysiska kraven bedömdes vara högst för den yngsta ålderskategorin ($p=.04$), medan det inte fanns några skillnader för åldersgrupperna avseende kognitiva, psykiska och sociala krav. Kvinnor bedömdes ha signifikant högre kognitiva, psykiska och sociala krav i arbetet ($p<.001$) jämfört med män. Lågutbildade hade signifikant högre fysiska krav i arbetet ($p=.001$) medan högutbildade hade signifikant högre kognitiva, psykiska och sociala krav i arbetet ($p<.001$). Detta avspeglas även i jämförelser mellan yrkesgrupperna, där chefer/högutbildade har signifikant högre kognitiva, psykiska och sociala krav ($p<.001$) och signifikant lägre fysiska krav än övriga yrkesgrupper ($p<.001$). Storlek på företaget hade inga samband med arbetets krav.

Sammanfattningsvis bedömdes sjukskrivna i psykiska diagnoser, kvinnor, högutbildade och personer i white collar yrken ha högre kognitiva, psykiska och sociala krav, medan sjukskrivna i muskuloskeletala diagnoser, yngre och lågutbildade bedömdes ha högre fysiska krav i arbetet.

Vilka åtgärder och anpassningar gör arbetsgivare?

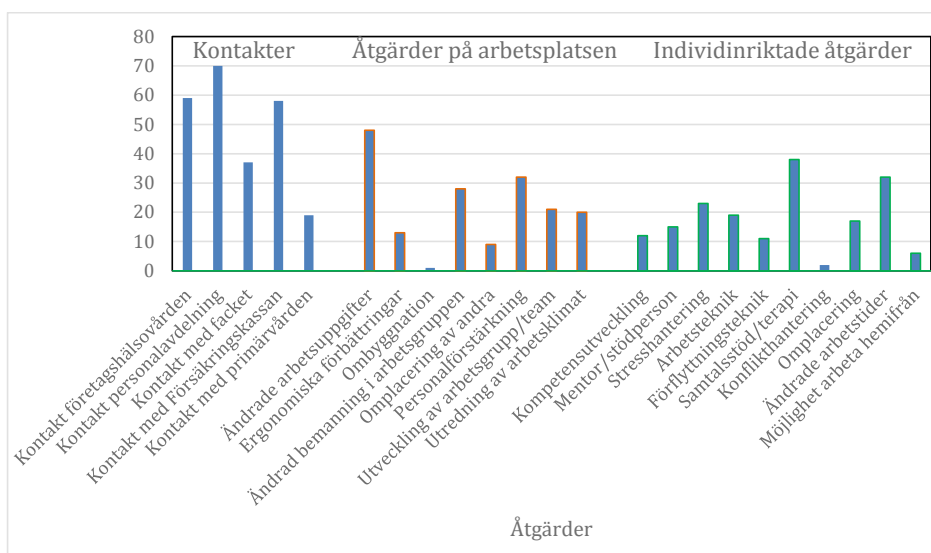
Kontakter

Majoriteten av arbetsledare (85 %) hade haft muntlig eller skriftlig kontakt med sin sjukskrivne medarbetare. 75 % av arbetsledarna hade diskuterat planer för återgång i arbete med medarbetaren och 54 % hade diskuterat anpassningar i arbetet. Arbetsledare angav att det är viktigt med kontinuerlig kontakt med medarbetaren under sjukskrivningstiden. Hur man håller kontakten varierar och beror delvis på hur den sjukskrivne medarbetaren förhåller sig.

Det personliga stödet från mig som chef har bestått i telefonkontakt och SMS och under senare tid besök av medarbetaren på arbetsplatsen.

Inga krav ställs under sjukdomsperioden på att besöka arbetsplatsen. Jag försöker bjuda in, att personen ska komma och fika på våra onsdagsfikor, men personen dyker aldrig upp. Personen berättar själv om ett jättemotstånd att gå till jobbet – samtidigt som han behöver det. Detta är komplexa frågor där jag som arbetsgivare skulle önska ett annat stöd.

De vanligast förekommande åtgärderna presenteras i figur 3.



Figur 3 Förekomst av åtgärder (%), grupperat som kontakter, åtgärder på arbetsplatsen respektive individinriktade åtgärder.

Vanligast var att arbetsledaren tog kontakt med andra aktörer som personalavdelning, företagshälsovård och/eller Försäkringskassan, mellan 60 och 70 % av arbetsledarna hade tagit sådana kontakter med en eller flera andra aktörer. Endast 19 % hade kontakt med primärvården.

Arbetsledaren sökte ofta stöd genom att ta kontakt med HR och företagshälsovård, vilket i en del fall var framgångsrikt, men som också kunde visa på olika uppfattningar om rätt åtgärder.

Lyssna in problemen som uppstått. Arbeta tillsammans med HR för att få hjälp i bedömningar. Försöka anpassa arbetsuppgifterna efter medarbetares förmåga, ständig återkoppling, uppmuntran och stöd. Tydligt vilka krav som ställs vid rehabilitering.

Jag som arbetsgivare tycker att det är mycket svårt att lyfta dessa frågor med företagshälsovården, då jag känner att jag upplevs som ”hård” och ”kravställande”. Det är inte alls min mening men jag kan se att en del sjukskrivningar gör vissa personer ännu sjukare och det är oerhört svårt att komma tillbaka till jobbet.

Flera önskade att andra aktörer involveras i processen. Några ansåg att påtryckningar från Försäkringskassan eller att Arbetsförmedlingen kommer in tidigt, skulle underlätta att få ut människor på arbetsmarknaden.

Kontakter med Försäkringskassan var vanligt, men ibland problematiskt, svårigheterna att få kontakt med Försäkringskassan var i särklass det arbetsgivarna tog upp mest i sina kommentarer. Det handlade även om att få till en handlingsplan i det samarbetet. Arbetsgivare hade initierat utredningar som inte lett till något och Försäkringskassan ansågs av några mer som belastning än samarbetspart. Både arbetsgivare och den sjukskrivne behöver förutsättningar för att kunna planera för framtiden.

Vi har försökt få till en handlingsplan men inte fått någon respons från Försäkringskassan. När vi får tag på den anställde så vet han inte heller vad som ska hända.

Det som jag saknar i och med att vi har medarbetare som är långtidssjukskrivna är att få en mycket tidigare kontakt med Försäkringskassan och vårdapparaten för att få igång planen för den sjukskrivne. Inte minst för att den sjukskrivne ska veta vad som är tänkt framåt i tiden.

Har flera gånger haft kontakt med Försäkringskassan för att få till en avstämning då jag tycker att personen ifråga kanske bara ska arbeta 50 % av heltid då det varit mycket korttidsfrånvaro innan sjukskrivningen, men de har inte varit intresserade.

Den aktör man tog minst kontakt med var primärvården, som troligen i de flesta fall är sjukskrivande instans. Arbetsledarna angav svårigheter att få kontakt med sjukskrivande läkare för att beskriva arbetsplatsens förutsättningar att anpassa arbetet. Arbetsplan för återgång i arbete är av stor vikt men man ansåg att man måste invänta läkarens bedömning vilket tar tid. Samarbetet fungerar inte så bra vilket resulterar i dålig rehabilitering enligt arbetsgivaren. Några påtalade att medarbetaren och läkaren drev processen, och att arbetsgivaren inte var involverad trots frånvaro från arbetsplatsen. Särskilt problematiskt var upprepade korta sjukskrivningar som hindrade möjligheten till mer långsiktig planering.

Tidig kontakt med Försäkringskassan och vården för att förhindra långa sjukfall ansågs vara av stor vikt för att den sjukskrivne ska veta hur den framtida planeringen ser ut.

Svårigheter för medarbetare att få rätt diagnos och behandling tidigt har påverkat arbetsförmågan.

Sjukskrivningar en månad i taget är svåra att hantera.

Det blir svårigheter med planeringen när sjukskrivningarna är korta och ständigt förlängs – korta sjukskrivningstider men lång total frånvaro från arbetet.

Av resultaten framgår att arbetsgivare eftersöker ett bättre samarbete och stöd från övriga involverade samhällsaktörer och möjlighet till dialog för att kunna utveckla en handlingsplan och hjälpa sin medarbetare tillbaka i arbete.

Åtgärder och anpassningar på arbetsplatsen

Av åtgärder på arbetsplatsen var ändrade arbetsuppgifter vanligast, nästan 50 % av arbetsledarna rapporterade ändrade arbetsuppgifter, ungefär 30 % rapporterade personalförstärkning eller ändrad bemanning i arbetsgruppen. Bland individinriktade åtgärder var samtalsstöd/terapi vanligast, cirka 40 % rapporterade denna åtgärd. Ändrade arbetstider rapporterades av drygt 30 % av arbetsledarna.

Arbetsledarna ställs inför komplexa krav och måste ta hänsyn till bland annat den sjukskrivnes egen inställning, men även till vilken sjukdom medarbetaren har.

Personens lämplighet och insikt för arbetet betyder mycket, finns inte den är det svårt med rätt åtgärd.

Beroende på orsak till sjukdom behövs olika sätt att hantera återgång i arbete, t.ex. cancersjukdom kräver en annan process för återgång kontra t.ex. depression.

De öppna svaren beskriver de konkreta åtgärder arbetsledare hade gjort. Som exempel på anpassningar i arbetet angavs bland annat: Omfördelning av arbetsuppgifterna inom arbetsgruppen: ... *andra har tagit över vederbörandes uppgifter ... omförflyttning av arbetsuppgifter inom gruppen, kostnaden består endast av upplärningstid för kollegor...* Vissa arbetsuppgifter togs bort från den sjukskrivne: ... *endast deltagit i vissa arbetsuppgifter ... jobbar med enklare typer av arbetsuppgifter ... tyngre moment är borttagna ... utredningsuppgifter som inte innebär patientkontakt ... mindre undervisning i mindre grupper.* Av svaren framkom även att arbetskollegor hjälper och avlastar redan innan sjukskrivningen inträffar: ... *jag vet att arbetskollegor avlastar och tar alla moment som personen har förhinder att utföra. Man utnyttjar ofta kollegor långt innan man hamnat i en sjukskrivning ...*

Kostnaderna som arbetsledare angav för ändrade arbetsuppgifter varierade mellan 0 och 300 000 kronor, men få arbetsledare angav en kostnad.

Faktorn ändrad bemanning/personalförstärkning

– innebar t.ex. ... *extra resurs/vikarie ... anställt en på 75 % trots att sjukskrivningen var på 50 % ... utökning med en tjänst ... vissa pass har timanställda tagit och andra ordinarie på övertid ... två arbetslag samarbetar mer och har satt in lite extra resurs ... anställt fler medarbetare ... har ibland fått ta in operatörer på övertid ... inhyrd medarbetare ... överbemanning för att täcka för att vederbörande inte får arbeta ensam.*

Kostnaderna angavs av arbetsledarna variera mellan 0 och 600 000 kronor, men få arbetsledare angav en kostnad.

Faktorn ergonomiska förbättringar

– innebar t.ex. ... *arbeta på mindre ytor ... bättre belysning och specialglasögon ... hjälpmedel till dator samt hög och sänkbart skrivbord samt underlag att stå på ... placerat produkter från höga höjder till lägre höjder ...*

Kostnaderna som arbetsledare angav varierade med 0 och 100 000 kronor, i de flesta fall dock under 20 000 kronor. Få arbetsledare angav en kostnad.

Faktorn omplacering

– innebar t.ex. ... *arbetstränar på annan arbetsplats ... andra medarbetare har fått mer renodlade arbetsuppgifter för att minska risk för rollkonflikter ... flyttat runt flera medarbetare för att hitta en fungerande arbetsorganisation...*

Mycket få arbetsledare angav någon kostnad för omplacering, men tre arbetsledare angav kostnader mellan 50 000 kronor och 600 000 kronor.

Faktorn utveckling av arbetsgruppen

– innebar t.ex. ... *arbete med uppdrag och värdegrund, kommunikation och dialog ... förtydligande av information om rutiner och uppdrag ... fler arbetsledare som leder och fördelar arbetet ... säkerhetsutbildning ... arbetstygden fördelas jämnare över dygnet, infört friskvård ... samarbetsövningar ... tillsammans med teamet sett på organisation och utförande av arbetsuppgifter för att finna nya och bättre arbetsformer ... arbetsgrupper har haft flera handledningstillfällen ... gruppsamtal med företagshälsovården ... organisationsutvecklingsprocess med all personal i samarbete med kommunens personalenhet och psykoterapeuter ... genomfört psykosocial rond och handlingsplan ...*

Uppgivna kostnader varierade mellan 0 och 200 000 kronor, men få angav någon uppgift om kostnader.

Faktorn psykosocialt stöd

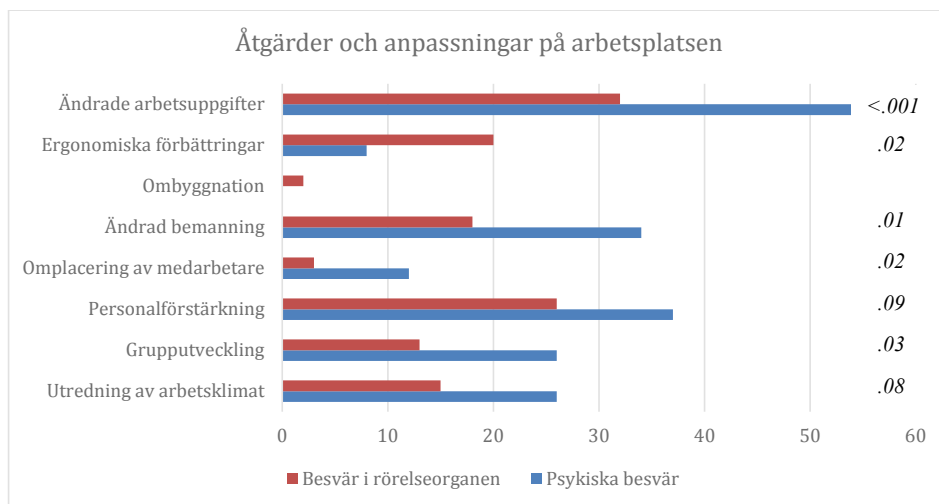
– det vill säga kompetensutveckling, mentor/stöd och/eller omplacering saknar kommentarer. Arbetsgivarna uppgav kostnader mellan 0 och 100 000 kronor för dessa åtgärder, men få har svarat.

Sammanfattningsvis visade kommentarerna i enkäten att arbetsgivaren genomför många olika åtgärder och anpassningar som kan medföra betydande kostnader för dem. Om en medarbetare blir sjukskriven är detta i vissa fall en signal till arbetsgivaren att ändra organisation och fördelning av arbetsuppgifterna eller att utöka personalstyrkan, i andra fall genomförs anpassningar som enbart är riktade till den sjukskrivne medarbetaren. Arbetsledarna hade ofta svårt att ange vad deras åtgärder kostar, men i ett antal fall har de faktiska kostnaderna varit höga för åtgärder och anpassningar.

Vilka bakgrundsfaktorer har betydelse för om det genomförs anpassningar och åtgärder på arbetsplatsen?

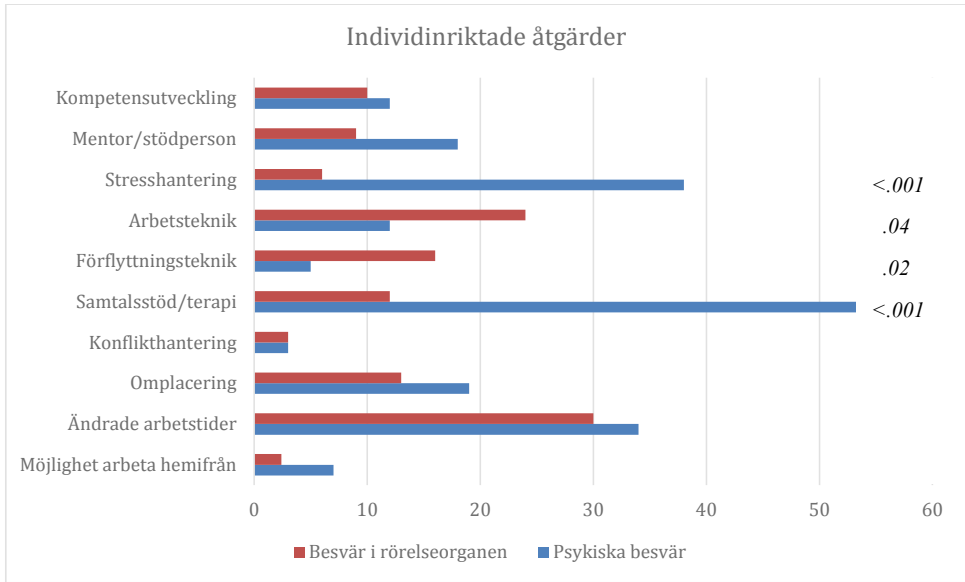
En frågeställning för projektet var om olika diagnos, kön, utbildningsnivå och storlek på företag har betydelse för vilka anpassningar och åtgärder som genomförs. I analyserna korstabellerades åtgärder och anpassningar mot dessa bakgrundsfaktorer. I figurerna 4–7 presenteras åtgärder inriktade mot arbetsförhållanden (a) respektive individinriktade åtgärder (b), uppdelat efter bakgrundsfaktorer.

Figur 4a visar att åtgärder inriktade mot arbetsförhållanden var signifikant vanligare för sjukskrivna med psykiska diagnoser med ett undantag, ergonomiska förbättringar var vanligare för personer med besvär i rörelseorganen.



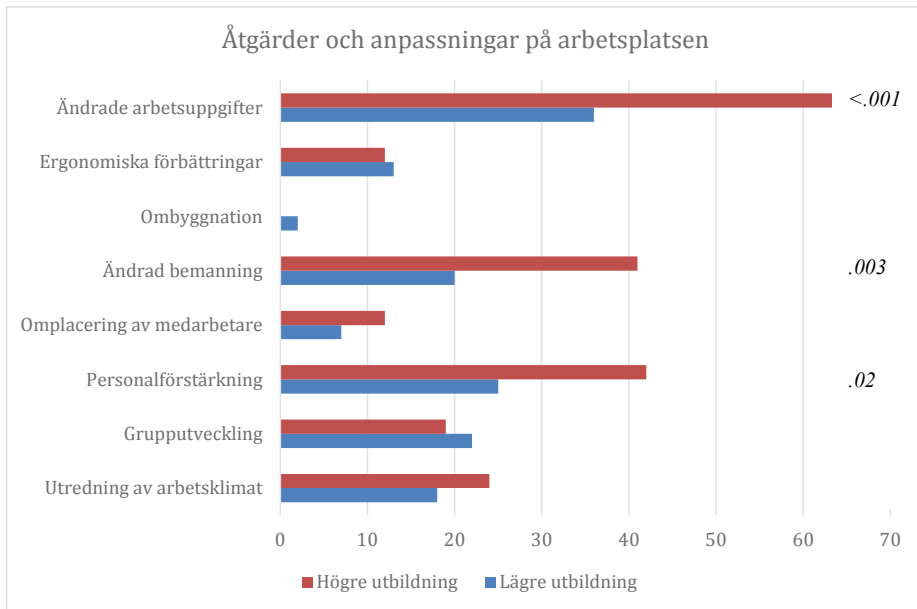
Figur 4a Åtgärder inriktade mot arbetsförhållanden (%), uppdelat efter den sjukskrivnes diagnos, samt signifikansnivå för skillnad mellan diagnosgrupperna.

Individeriktade åtgärder som stresshantering, och att få en mentor och samtalsstöd var signifikant vanligare för personer med psykiska besvär, medan arbets- och förflyttningsteknik var vanligare åtgärder för personer med besvär i rörelseorganen (figur 4b).



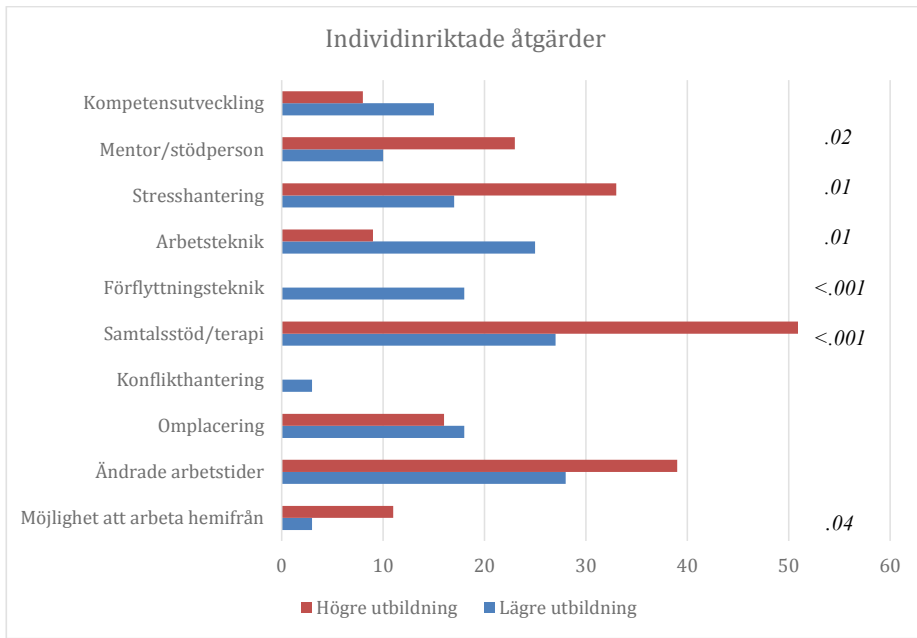
Figur 4b Individeriktade åtgärder (%), uppdelat efter den sjukskrivnes diagnos, samt signifikansnivå för skillnad mellan diagnosgrupperna.

Figur 5a visar att det fanns signifikanta skillnader mellan hög- och lågutbildade avseende åtgärder som innebar ändrade arbetsuppgifter och ändrad eller ökad bemanning i arbetsgruppen. Sjukskrivna medarbetare med högre utbildning fick oftare åtgärder på arbetsplatsen.



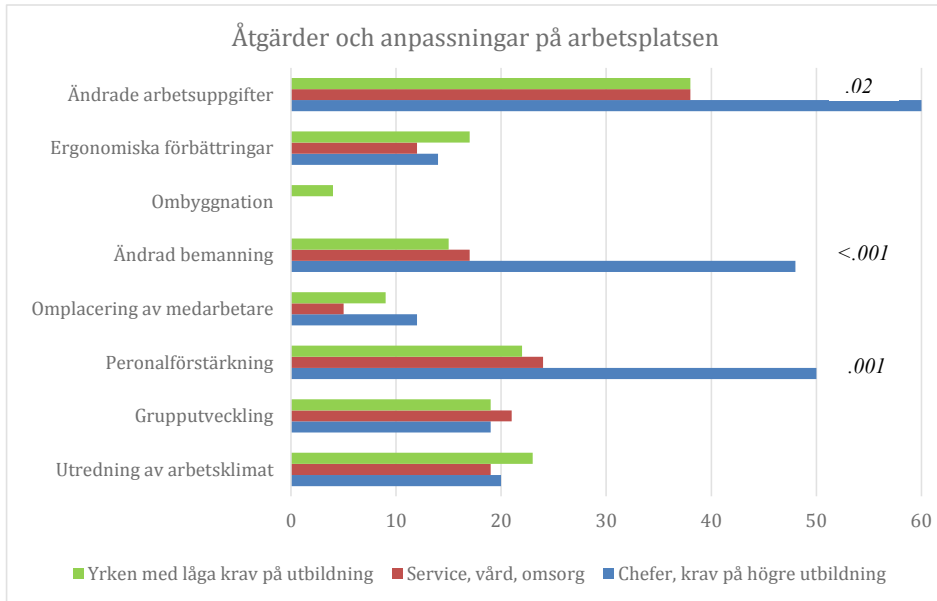
Figur 5a Åtgärder inriktade mot arbetsförhållanden (%) uppdelat efter den sjukskrivnes utbildningsnivå samt signifikansnivå för skillnad mellan utbildningsgrupperna.

Figur 5b visar att lågutbildade oftare fick arbets- och förflyttningsteknik, medan högutbildade i högre grad fick olika former av psykosocialt stöd, som stödperson, stresshantering och samtalsstöd och möjligheter att arbeta hemifrån.

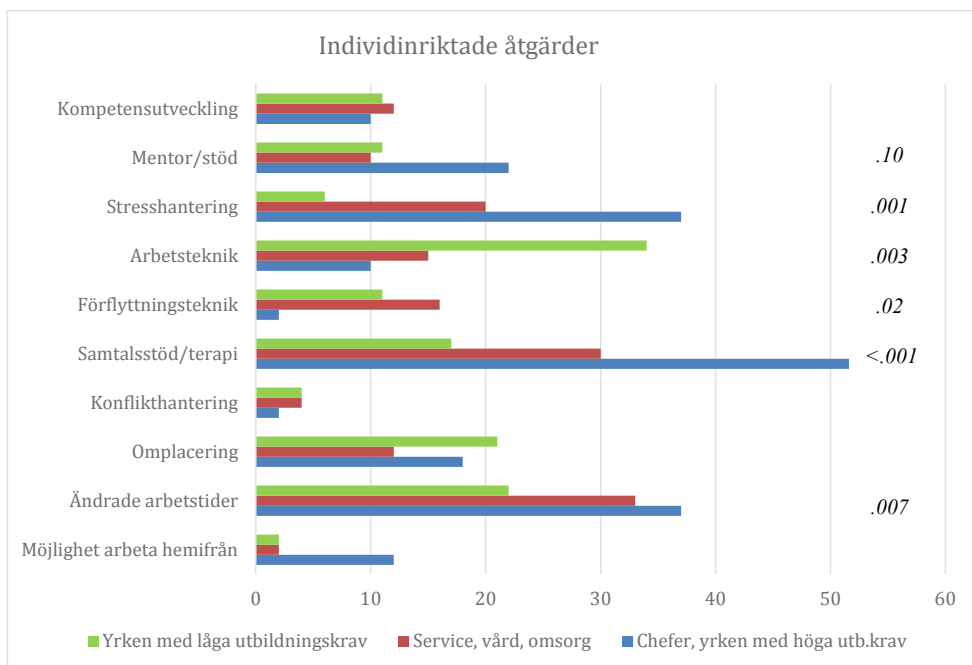


Figur 5b Individinriktade åtgärder (%) uppdelat efter den sjukskrivnes utbildningsnivå samt signifikansnivå för skillnad mellan utbildningsgrupperna.

Figur 6a och 6b visar att åtgärder beroende på yrke visar samma mönster som åtgärder beroende på utbildningsnivå (figur 5a och 5b), det vill säga såväl arbetsplats- som individinriktade åtgärder var vanligare för högkvalificerade yrken, fränsett åtgärder som innebär arbets- och förflyttningsteknik, som var vanligare i yrken inom service, vård och omsorg och i yrken utan krav på utbildning.

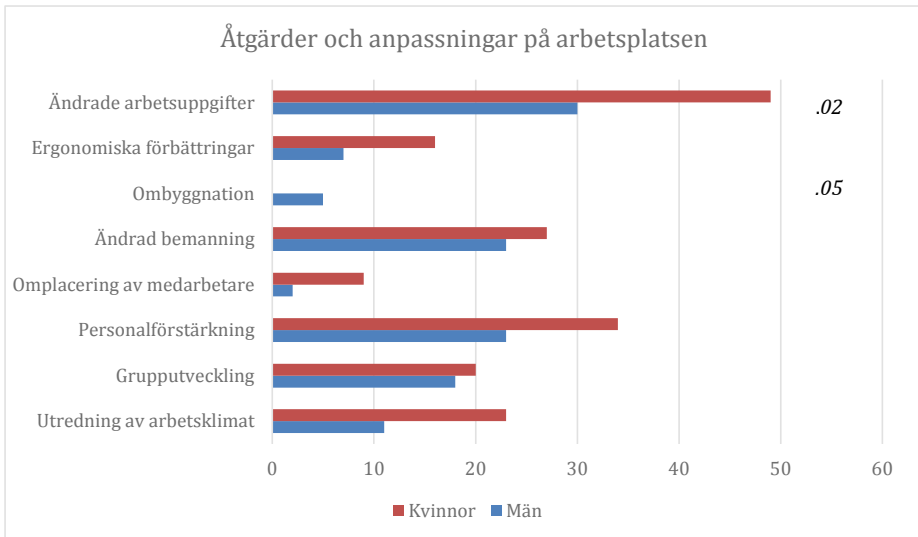


Figur 6a Åtgärder inriktade mot arbetsförhållanden (%) uppdelat efter den sjukskrivnes yrke samt signifikansnivå för skillnad mellan yrkesgrupperna



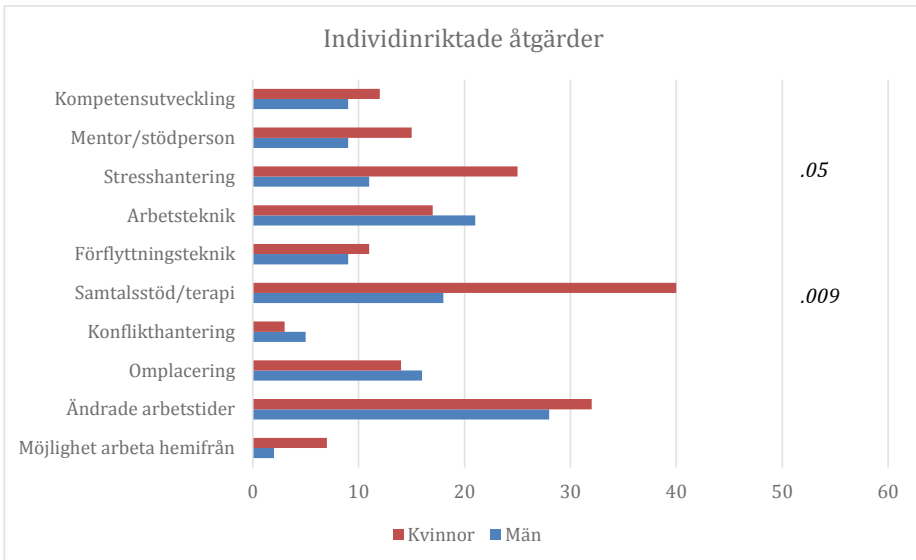
Figur 6b Individeriktade åtgärder (%) uppdelat efter den sjukskrivnes yrke samt signifikansnivå för skillnad mellan yrkesgrupperna

Kvinnor (figur 7a) fick i högre grad ändrade arbetsuppgifter jämfört med män. I övrigt föreligger inte några säkerställda könsskillnader avseende åtgärder på arbetsplatsen. I två fall hade man gjort ombyggnation, i båda fallen för män.



Figur 7a Åtgärder inriktade mot arbetsplatsen (%) uppdelat efter den sjukskrivnes kön samt signifikansnivå för skillnad mellan kvinnor och män.

Kvinnor fick i högre omfattning individriktade åtgärder som psykosocialt stöd, stresshantering och samtalsstöd/terapi jämfört med män (figur7b).



Figur 7b Individinriktade åtgärder (%) uppdelat efter den sjukskrivnes kön samt signifikansnivå för skillnad mellan kvinnor och män.

Jämförande analyser mellan företag som var små, medelstora eller stora av såväl åtgärder och anpassningar på arbetsplatsen som individriktade åtgärder visade inga säkerställda skillnader mellan företag med olika storlek.

Sammanfattningsvis visar de deskriptiva analyserna att åtgärder och anpassningar var vanligare för sjukskrivna med psykiska diagnoser, för högutbildade och för sjukskrivna i högkvalificerade yrken. Kvinnor fick i högre grad än män ändrade arbetsuppgifter och individriktade åtgärder som psykosocialt stöd.

Vilken betydelse har bakgrundsfaktorer för vilka åtgärder och anpassningar som görs på arbetsplatsen?

Multipla logistiska regressionsanalyser genomfördes för att analysera vilka bakgrundsfaktorer (ruta 1 i modellen, figur 2) som hade samband med de sex faktorer som beskriver arbetsgivares anpassningar och åtgärder (ruta 2 i modellen, figur 2), det vill säga, åtgärder och anpassningar användes här som utfallsmått och bakgrundsfaktorer som determinanter.

Arbetsgivares kontakter med andra aktörer hade inte samband med någon av bakgrundsfaktorerna.

Ändrad bemanning/personalförstärkning hade samband med den sjukskrivnes diagnos (OR 1.90, 95 % C.I. 0.94-3.82, $p=.07$). Fler bemanningsåtgärder gjordes för sjukskrivna medarbetare med psykisk diagnos. Ändrad bemanning var vanligare för sjukskrivna i pink collar yrken (OR 5.49, 95 % C.I. 1.82-16.60, $p=.003$) jämfört med white collar yrken. Ändrad bemanning var också vanligare för sjukskrivna med höga fysiska krav i arbetet (OR 1.50, 95 % C.I. 1.06-2.12, $p=.02$) men mindre vanligt för sjukskrivna medarbetare med höga psykiska krav (OR 0.72, 95 % C.I. 0.51-1.01, $p=.06$).

Åtgärder som innebar *Utveckling av arbetsgruppen* var mindre vanligt i pink collar yrken (OR .31, 95 % C.I. .11-.89, $p=.03$) och i arbeten med höga fysiska krav (OR .74, 95 % C.I. .53-1.03, $p=.07$).

Psykosocialt stöd hade endast samband med höga fysiska krav i arbetet (OR 1.35, 95 % C.I. .97-1.87, $p=.07$).

Ändrade arbetsuppgifter hade samband med psykisk diagnos (OR 2.16, 95 % C.I. 0.96-4.84, $p=.06$), den sjukskrivnes yrke där yrkesgrupperna pink collar och blue collar fick ändrade arbetsuppgifter i lägre omfattning (OR 0.25 95 % C.I. 0.06-1.13, $p=0.07$ respektive OR 0.31, 95 % C.I. .11-.88, $p=.05$), jämfört med högutbildade och chefer. Höga fysiska krav har samband med ändrade arbetsuppgifter (OR 1.9, 95 % C.I. 0.99-3.64, $p=0.05$).

Ergonomiska förbättringar hade enbart samband med ålder där åldersgruppen 45-54 år fick mindre ergonomiska förbättringar än den äldsta åldersgruppen (OR .49, 95 % C.I. .25-.98, $p=.04$).

Anpassningar i arbetet var vanligare för sjukskrivna i psykiska diagnoser (OR 2.90, 95 % C.I. 1.43-5.88, $p=.003$) och mindre vanliga för blue collar yrken (OR .35, 95 % C.I. .14-.86, $p=.02$). Höga fysiska krav i arbetet hade samband med mer anpassningar (OR 1.46, 95 % C.I. 1.04-2.04), $p=.03$).

Även de multivariata analyserna visar sammanfattningsvis att åtgärder på arbetsplatsen i högre grad initieras om den sjukskrivne medarbetaren var högutbildad eller chef, hade en psykisk diagnos och/eller har höga fysiska krav i arbetet.

Vilka faktorer har samband med återgång i arbete?

Totalt hade 127 personer återgått i arbete då enkäten besvarades. Av dessa hade 60 (47 %) återgått helt till det ordinarie arbetet, 12 (9 %) till annan verksamhet och 55 (43 %) hade återgått på deltid. Av de som återgått i arbete var den genomsnittliga sjukskrivningstiden 227 dagar (md 218, range 30-409). De som inte hade återgått i arbete hade en genomsnittlig sjukskrivningstid på 321 dagar (md 368, range 42-404) vid enkättilfället.

Multipla logistiska regressionsanalyser genomfördes med bakgrundsvariabler och åtgärder som determinanter för återgång i arbete inom 200 dagar. Utfallsmåttet återgång i arbete omfattar såväl återgång till det egna arbetet som återgång till annat arbete, samt återgång helt eller delvis.

Odds Ratio (OR) anger hur starkt samband det finns mellan respektive determinant och utfallet återgång i arbete, $OR \geq 1.0$ anger ett positivt samband. $OR < 1.0$ anger på motsvarande sätt ett negativt samband. Multipel regressionsmodell innebär att OR beräknas med hänsyn tagen till samtliga determinanter i modellen.

Tabell 4 Odds Ratios (OR) och 95 % konfidensintervall (95 % C.I.) för determinanter för återgång i arbete.

Determinanter	Modell 1			Modell 2		
	OR	95 % C.I.	p	OR	95 % C.I.	p
Diagnos (ref muskuloskeletal)	1.29	.64-2.60	.48	1.27	.57-2.83	.55
Kön (ref män)	.96	.42-2.22	.93	.79	.31-2.0	.62
Ålder (ref > 54 år)						
20-34 år	1.28	.22-7.45	.78	1.16	.18-7.43	.88
35-44 år	.50	.22-1.13	.10	.42	.17-1.02	.06
45-54 år	.70	.34-1.44	.33	.95	.43-2.09	.91
Yrke (ref white collar)						
Pink collar	1.65	.58-4.71	.35	1.63	.49-5.39	.43
Blue collar	1.59	.66-3.85	.30	1.92	.71-5.20	.20
Psykiska/sociala krav	.96	.69-1.34	.83	1.02	.69-1.45	.99
Fysiska krav	.97	.70-1.35	.86	.94	.65-1.37	.75
Kontakter				.68	.49-.94	.02
Ändrad bemanning				1.43	1.00-2.03	.05
Grupputveckling				1.15	.82-1.62	.42
Psykosocialt stöd				1.24	.88-1.75	.21
Ergonomi				1.74	1.19-2.55	.004
Anpassningar i arbetet				1.41	.98-2.03	.07

Modell I: Endast bakgrundsfaktorer

Modell II: Modell I + åtgärder och anpassningar på arbetsplatsen.

Tabell 4 visar att i modell 1, där endast bakgrundsfaktorer används som determinanter, hade åldersintervallet 35-44 år betydelse för återgång i arbete, i detta fall OR = 0.50, vilket innebär att återgång i arbete är lägre för denna åldersgrupp.

I modell 2, där även åtgärder och anpassningar på arbetsplatsen inkluderats som determinanter för återgång i arbete, framgår att åtgärder och anpassningar i arbetet hade betydelse för återgång i arbete. Att arbetsledaren tar kontakter med andra aktörer är förknippat med att en lägre andel återgår i arbete (OR= 0.68), medan övriga åtgärder och anpassningar har samband med en ökad återgång i arbete. Sambanden var signifikanta för ändrad bemanning (OR=1.43), ergonomiska åtgärder som utbildning i arbetsteknik och förflyttningsteknik (OR=1.74), liksom anpassningar i arbetet såsom ändrade arbetsuppgifter (OR=1.41).

Multipla logistiska regressionsanalyser uppdelat på respektive diagnosgrupp visade att återgång i arbete för sjukskrivna med psykiska diagnoser hade samband med ålder, där åldersgruppen 35-44 år hade en lägre grad av återgång i arbete (OR 0.19, 95 % C.I. 0.05-0.71, $p=.01$). Ändrad bemanning på arbetsplatsen hade ett positivt samband med återgång i arbete (OR 1.61, 95 % C.I. 0.94-2.75, $p=.08$), liksom anpassningar i arbetet (OR 1.84, 95 % C.I. 1.11-3.03, $p=.02$) (ej redovisat i tabell).

För sjukskrivna med besvär i rörelseorganen hade arbetsledarens kontakter med andra aktörer samband med en lägre grad av återgång i arbete (OR 0.50, 95 % C.I. 0.29-0.86, $p=.01$), medan ergonomiska interventioner som utbildning i arbetsteknik och förflyttningsteknik hade samband med en högre andel återgång i arbete (OR 1.64, 95 % C.I. 0.98-2.77, $p=.06$) för denna diagnosgrupp (ej redovisat i tabell).

Påverkas verksamhetens produktivitet av sjuknärvaro och sjukfrånvaro?

Produktionsförlust relaterad till sjuknärvaro före och efter sjukskrivning

Av de 198 arbetsledarna besvarade 195 frågan om huruvida den sjukskrivna medarbetarens förmåga att utföra sitt arbete var nedsatt *före sjukskrivningen*. Totalt 86 (44 %) bedömde att förmågan att utföra arbetet var nedsatt. Av dessa besvarade 72 arbetsledare frågor om både omfattning och duration av nedsatt förmåga att utföra arbetet. Bland dessa 72 bedömdes förmågan att utföra arbetet vara nedsatt i 21 veckor (variationsvidd: 1-52) före sjukskrivningen och den genomsnittliga prestationen under denna tidsperiod var 5,0 på en 10-gradig skala. Med hänsyn tagen till de 109 medarbetare som inte hade nedsatt förmåga innebär detta att i genomsnitt var den förlorade produktionen 3,5 veckors heltidsarbete för hela gruppen. Detta motsvarar 140 timmar förlorad produktion per medarbetare.

Av totalt 72 sjukskrivna medarbetare som *återgått helt till tidigare eller andra arbetsuppgifter efter sjukfrånvaro* var 66 svar (92 %) kompletta avseende omfattning och duration av nedsatt förmåga att utföra arbetet. Arbetsledare bedömde att 44 personer (61 %) hade nedsatt förmåga att utföra sitt arbete efter återgång i arbete, medan 22 arbetsledare bedömde att medarbetaren inte hade nedsatt förmåga. Bland de 44 bedömdes i genomsnitt förmågan att utföra arbetet nedsatt i 11,9 veckor (variationsvidd: 2-48 veckor) och den genomsnittliga prestationen under denna tidsperiod var 5,4 på en 10-gradig skala. Med hänsyn tagen till de 21 medarbetare som inte hade nedsatt förmåga innebär detta att i genomsnitt för hela gruppen motsvarades den förlorade produktionen av 3,5 veckor heltidsarbete. Detta motsvarar 124 timmar förlorad produktion per medarbetare, vilket är en underskattning eftersom inte alla sjukskrivna återgått i arbete vid tidpunkten för enkäten.

Produktionsförlust under sjukskrivningstiden

För tiden *under sjukskrivning* besvarade 177 av de 198 arbetsledarna (89 %) frågan om hur bra den sjukskrivnes arbetsuppgifter utförts av ersättare. Totalt 108 (61 %) arbetsledare rapporterade en negativ effekt på produktionen. Ersättares prestation skattades för dessa 108 till i genom-

snitt 7,9 på en 10-gradig skala. Antalet dagar med ersättare var i genomsnitt 200,5 (variationsvidd: 30-382) i stickprovet. Produktionsförlusten beräknades till 40,6 förlorade dagar per sjukskrivningsfall. Detta motsvarar 232 timmar av förlorad produktion.

Arbetsledares skattningar av produktionsförluster före sjukskrivningen respektive efter återgång i arbete, samt på grund av ersättares utförande av arbetsuppgifter under sjukskrivningen, analyserades i relation till de olika bakgrundsfaktorerna (tabell 5).

Tabell 5 Produktionsförluster före och under sjukskrivningen och efter återgång i arbete efter bakgrundsfaktorerna diagnos, kön, ålder, yrke, utbildningsnivå och företagsstorlek.

Bakgrundsfaktor	Före sjukskrivning		Under sjukskrivning		Efter återgång i arbete	
	N	SEK	N	SEK	N	SEK
Diagnos						
MD	89	27500	84	66300	24	63600
MSD	92	42400	93	50400	42	12900
Signifikans mellan grupper		p=0.16		p=0.15		p=0.001
Totalt	181	35100	177	58000	66	31300
Kön						
Kvinnor	142	35900	136	63100	51	37100
Män	39	32200	41	40800	15	11600
Signifikans mellan grupper		p=0.78		p=0.084		p=0.16
Totalt	181	35100	177	58000	66	31300
Ålder, år						
0-34	6	9700	7	16000	4	29000
35-44	36	31200	34	76300	12	29900
45-54	54	33200	49	59800	17	40400
>54	85	39700	87	53100	33	27400
Signifikans mellan grupper		p=0.73		p=0.17		p=0.92
Totalt	181	35100	177	58000	66	31300
Yrke						
Chefer, högkvalificerade yrken	55	31700	49	79600	13	48500
Administration, service, osv.	83	34500	82	52300	34	35000
Lågkvalificerade yrken ("Blue collar")	42	41700	45	46100	19	13100
Signifikans mellan grupper		p=0.78		p=0.046		p=0.24
Totalt	180	35300	176	58300	66	31300
Utbildning						
Grund- eller gymnasieskola	92	40800	98	50100	43	21900
Universitet	62	31300	43	78000	13	46200
Signifikans mellan grupper		p=0.44		p=0.015		p=0.088
Totalt	154	37000	152	60700	56	27500
Företagsstorlek, antal anställda						
0-49	44	31000	44	59400	11	13200
50-249	44	28000	41	49400	16	14600
≥250	90	40200	89	61600	38	34300
Signifikans mellan grupper		p=0.59		p=0.67		p=0.17
Totalt	178	34900	174	58200	65	25900

Tabell 5 visar att före sjukskrivning finns inga säkerställda skillnader i produktionsförlust beroende på bakgrundsfaktorer. Under sjukskrivningen genererade kvinnor, sjukskrivna med högkvalificerade yrken och/eller hög utbildning högre kostnader. Efter sjukskrivningen var kostnaden högre för sjukskrivna i psykiska diagnoser och för högutbildade.

I öppna frågor angav arbetsledare att de hade svårigheter att ersätta vissa sjukskrivna medarbetare eller att de måste prioritera bort vissa arbetsuppgifter, som till exempel utvecklingsarbete. Det kan vara svårt att hitta en vikarie med motsvarande kompetens och det kan ta tid innan vikarien kan utföra arbetet fullt ut.

Arbetet är mycket komplext. Det är inte samma höga kvalitet när man sätter in en vikarie för ordinarie personal som har både utbildning och hög yrkesskicklighet.

Allt nödvändigt arbete har blivit gjort men utvecklingsarbetet har bromsats ner.

Hela verksamheten är hårt ansträngd och prioriteringar har gjort att vissa saker ej har gjorts alternativt har gjorts på annat, förenklat sätt.

Jag blev tvungen att sälja en lastbil, vilket gjorde att jag förlorade intäkter. Fick inte tag på någon tillräckligt kvalificerad för det här jobbet som ville arbeta en månad i taget.

Nyrekrytering innebär startsträcka innan allt fungerar som det ska.

De totala kostnaderna för förlorad produktion i samband med en medarbetares sjukfrånvaro summeras i tabell 6.

Tabell 6 *Genomsnittlig förlorad produktivitet före och under sjukskrivningen och efter återgång i arbete associerad med sjukskrivning (median, variationsvidd).*

	Före sjukskrivning	Under sjukskrivning	Efter återgång i arbete
Arbetsutförande påverkat (n/N)	181/198	177/198	66/72
Genomsnittlig varaktighet (veckor)	8.4 (0, 0-52)	28.6 (29.1, 4.3-54.6)	6.9 (4, 0-48)
Genomsnittligt arbetsutförande (0-10)	7.8 (10, 1-10)	7.9 (8, 2-10)	7.4 (7, 2-10)
Förlorat arbetsutförande (veckoekv.)	3.5 (0, 0-33)	5.8 (2.9, 0-32.5)	3.1 (1.1, 0-38.4)
Genomsnittlig kostnad för förlorad produktivitet (SEK)	35 100 (0, 0-332 900)	57 952 (29 009, 0-325 097)	31 322 (10 803, 0-384 115)
Total genomsnittlig produktivetskostnad (SEK)	98 825 (65 591, 0-579 831)		

n = antal för vilka produktionsförlust kunnat beräknas.

Arbetsgivare hade betydande kostnader i form av produktionsförluster i samband med sjuknärvaro och sjukfrånvaro. Medarbetares nedsatta förmåga att utföra sina arbetsuppgifter på grund av hälsoproblem kostade ungefär lika mycket före (35 000 SEK) som efter sjukfrånvaron (31 000 SEK). Många, som senare blir sjukskrivna, gick till jobbet en tid (i genomsnitt i 8 veckor) före sjukskrivningen. Många hade nedsatt förmåga efter återgång i arbete, i genomsnitt i 7 veckor.

Under sjukskrivningsperioden hade arbetsgivaren kostnader till följd av sämre produktion av ersättare, i genomsnitt beräknades kostnaderna till 58 000 SEK. Sammanlagt kostade en sjukskrivning i produktionsförlust i genomsnitt nära 100 000 SEK.

Diskussion

Resultaten visar att arbetsgivare genomför en rad olika åtgärder och anpassningar då en medarbetare blir sjukskriven. De deskriptiva analyserna visade att dessa åtgärder och anpassningar i viss mån beror på vem den sjukskrivne medarbetaren är. Åtgärder och anpassningar var vanligare för sjukskrivna med psykiska diagnoser, för högutbildade och sjukskrivna i högkvalificerade yrken, samt för sjukskrivna med höga fysiska krav i arbetet. Kvinnor fick i högre grad anpassningar och åtgärder som ändrade arbetsuppgifter och psykosocialt stöd, jämfört med män.

Demografiska faktorer visade sig ha mindre betydelse för om den sjukskrivne återgick i arbete eller ej, medan åtgärder och anpassningar på arbetsplatsen hade signifikanta samband med en ökad chans för återgång i arbete. Resultaten visade också att för sjukskrivna medarbetare vars arbetsledare hade tagit många kontakter med andra aktörer, som HR-avdelningen, företagshälsan och/eller Försäkringskassan var sannolikheten lägre att den sjukskrivne medarbetaren återgick i arbete. Det är rimligt att anta att arbetsledare tar fler kontakter av denna typ i de fall sjukskrivningsfallet är komplext. Det kan även innebära att processen fördröjs på grund av väntetider hos olika aktörer. Arbetsledare tog fler sådana kontakter om den sjukskrivne medarbetaren hade en psykisk diagnos.

Utöver de produktionsförluster som presenterats, cirka SEK 100 000 per sjukskrivningsfall, lägger arbetsgivare tid på att ta kontakter, genomföra åtgärder och anpassningar och organisera om arbetet. Det visade sig att arbetsledare har mycket oklar eller saknar helt uppfattning om vad tid, åtgärder och anpassningar kostar, varför detta inte har kunnat analyseras närmare. I det svenska socialförsäkringssystemet betalar arbetsgivare lön till den sjukskrivne under de två första veckorna av sjukskrivning. Denna kostnad har inte inkluderats i analyserna. De beräknade genomsnittliga kostnaderna till följd av produktivitetsförluster är således en underskattning av de faktiska totala kostnaderna för arbetsgivare.

Åtgärder och anpassningar för att främja återgång i arbete

Bakgrundsfaktorer hade samband med vilka åtgärder och anpassningar medarbetarna fick medan vi inte fann skillnader i åtgärder och anpassningar beroende på storlek på verksamheten. Sjukskrivna med psykiska besvär, högutbildade, personer med kvalificerade yrken, sjukskrivna med hög fysisk belastning i arbetet, samt i viss mån kvinnor fick fler åtgärder och anpassningar på arbetsplatsen. Olikheter i åtgärder på grund av den sjukskrivnes socio-ekonomiska position har tidigare även visats av Burström et al. (2011) och Seing et al. (2015).

Sambandsanalyserna bekräftade att åtgärder och anpassningar på arbetsplatsen hade större betydelse för att den sjukskrivne skulle återgå i arbete än demografiska faktorer eller krav i

arbetet. Dessa resultat styrks av en rad systematiska översiktsartiklar över studier som fokuserat på vilka faktorer som främjar återgång i arbete för sjukskrivna med rörelseorganens besvär respektive med psykiska besvär. Dessa studier ger viss, men inte entydig, evidens för att åtgärder och anpassningar på arbetsplatsen är betydelsefulla för att främja återgång i arbete (NICE 2009; van Wilsteren et al. 2015; Cullen et al. 2017). Det finns färre studier för sjukskrivna med psykiska besvär, men några systematiska översiktsartiklar har visat att det finns viss evidens för att åtgärder på arbetsplatsen främjar återgång i arbete även för denna diagnosgrupp (Nieuwenhuijsen et al. 2014; van Wilsteren et al. 2015; Cullen et al. 2017;), särskilt i kombination med kliniska åtgärder (Nigatu et al. 2016). Cullen et al. (2017) fann i en systematisk översikt av 36 studier med olika typer av design stark evidens för att interventioner som riktar sig mot åtminstone två av de tre aspekterna hälsa, koordinering av åtgärder och arbetsplatsåtgärder bidrog till att minska tiden för sjukskrivning både för sjukskrivna med besvär i rörelseorganen och för sjukskrivna med psykiska besvär. En syntes av systematiska översiktsartiklar visar liknande resultat, att multikomponent-interventioner är mer effektiva (Wagner et al. 2016). Dessa resultat överensstämmer med Loisel et al. (2002), där en kombination av kliniska åtgärder och åtgärder på arbetsplatsen mer än fördubblade återgång i arbete. Anpassningar på arbetsplatsen, i kombination med individinriktade åtgärder, tycks utifrån den samlade evidensen vara den mest framgångsrika vägen att gå för att främja återgång i arbete.

På arbetsplatsen är det främst arbetsledaren som har direkt kontakt med medarbetare som blir sjukskrivna och de ansvarar för vilka åtgärder som görs för att underlätta återgång i arbete. Den vanligaste åtgärden i denna studie var att arbetsledaren tog kontakt med personalavdelningen och företagshälsovården. Resultaten visade att fler kontakter med andra aktörer hade samband med minskad chans att återgå i arbete. Detta kan tolkas som att kontakter med dessa aktörer förlänger sjukskrivningen, men är troligen också en spegling av att det rör sig om långa väntetider hos andra aktörer eller mer komplexa fall där arbetsledaren har svårt att hitta strategier för att hjälpa den sjukskrivne. Sådana kontakter togs oftare om den sjukskrivne hade en psykisk diagnos. Andra studier har visat att arbetsledare har svårare att veta vad de kan eller bör göra vid psykisk sjukdom, jämfört med besvär i rörelseorganen (Lemieux et al. 2011). I de öppna kommentarerna i enkäten uttryckte arbetsledare behov av att få stöd och hjälp för att hantera rehabiliteringsfrågor. Arbetsledares behov av mer kunskap och verktyg för att kunna hjälpa medarbetare som sjukskrivs har visats i flera tidigare studier (Freeman et al. 2004; Holmgren & Dahlin Ivanoff 2007). Shaw et al. (2006) visade att om arbetsledare fick en 4-timmars utbildning i kommunikationsförmåga och ergonomiska anpassningar reducerades antalet nya sjukfall med besvär i rörelseorganen. I en svensk studie fann Linton (1991) att arbetsledare som fick ett utbildningsprogram i att hantera muskuloskeletal besvär fick ett bättre förhållningssätt gentemot medarbetare med sådana besvär.

Ett bio-medicinskt perspektiv på ohälsorelaterad frånvaro och närvaro är för snävt. Beslutet att stanna hemma från arbetet eller att gå till arbetet när man inte mår bra är beroende av ett antal faktorer, fysiska, psykologiska, organisatoriska och sociala, som i samspel leder till individens handlande. Hur man handlar beror också på hur samspelen med andra på arbetsplatsen fungerar och i synnerhet hur arbetsledaren förhåller sig till medarbetare med ohälsoproblem. Ett omtänksamt (eng. considerate) ledarskap, rutiner på arbetsplatsen för vilka åtgärder som ska tas vid sjukskrivning och rehabilitering och autonomi för arbetsledaren i val av vilka anpassningar som implementeras, påverkar hur arbetsledare genomför åtgärder och anpassningar (Kristman et al. 2017). Flera andra studier har fokuserat på ledarskapets betydelse för sjukskrivningens längd,

där ledare med positiv attityd till att göra anpassningar och ett ledarskap som är aktivt tidigt i sjukskrivningen (Feuerstein et al. 2001; Labriola et al. 2006; Rankin 2009; Schreuder et al. 2013) har samband med kortare eller färre sjukskrivningar.

Bland åtgärder på arbetsplatsen var ändrade arbetsuppgifter och personalförstärkning eller ändrad bemanning vanligast. Bland de kommentarer arbetsledare gjorde i enkäten framgick att detta kunde innebära till exempel att andra medarbetare fick överta vissa eller alla av den sjukskrivnes arbetsuppgifter, eller att vissa arbetsuppgifter inte utfördes under sjukskrivningstiden. Tidigare studier har visat att det sociala klimatet på arbetsplatsen och kollegors vilja att bistå spelar en stor roll för sjukskrivnas återgång i arbete och hållbarheten i arbetsförmågan (Tjulin et al. 2010). MacEachen et al. (2006) pekar på betydelsen av ”goodwill” och tillit på arbetsplatsen som centrala begrepp för hur arbetsplatsen agerar för att underlätta återgång i arbete och för medarbetares vilja eller möjligheter att stödja i denna process, arbetsledarens förhållnings-sätt är betydelsefullt för hur arbetskamrater förhåller sig. Om relationerna med den sjukskrivne är goda ökar engagemanget för att stödja återgång i arbete. I enkäten framkom att arbetsledare ibland ser att en medarbetare fungerar sämre i arbetet på grund av hälsoproblem, men att kollega då på eget initiativ tar över vissa arbetsuppgifter för att underlätta.

Studien visar att sjukskrivna i psykiska diagnoser har en längre sjukskrivningstid än sjukskrivna med besvär i rörelseorganen. Detta är välkänt och orsakerna kan vara flera. Återhämtning efter till exempel depression eller stressrelaterad ohälsa kan ta lång tid och för en del är det inte möjligt att återvända till den arbetsplats som de uppfattar som starkt bidragande till deras besvär. En viktig åtgärd för dessa personer skulle vara att redan tidigt i sjukskrivningen ta upp denna fråga och initiera en omplacering eller omställning. En annan orsak kan vara att sjukskrivna i psykiska diagnoser får ett annat bemötande från arbetsledare och kollegor, vilket riskerar att leda till en relativt passiv rehabiliteringsprocess. Arbetsledare tog i högre grad kontakt med andra aktörer då medarbetaren hade psykiska besvär, vilket kan spegla den osäkerhet man som arbetsledare känner i hur man ska agera. Resultaten pekar på att utbildning av arbetsledare i dessa frågor skulle kunna underlätta för både arbetsledaren och den sjukskrivne medarbetaren.

Sjuknärvaro och produktionsförlust

Studien visade att sjuknärvaro förekommer under relativt långa tidsperioder både före och efter sjukskrivning. Sjuknärvaro definieras som att människor, trots symptom och hälsoproblem som borde leda till vila och sjukfrånvaro, ändå går till sitt arbete (Aronsson et al. 2000). Vänni et al. (2017) definierade sjuknärvaro i termer av effekter på produktionen som ”being at the workplace but not fully working due to health problems”.

I de flesta studier har sjuknärvaro mätts genom direkta frågor till den sjukskrivne. I denna studie har arbetsledare skattat den nedsatta förmågan hos medarbetaren att utföra sina arbetsuppgifter, därmed erhålls en direkt koppling till produktionsförluster på grund av sjuknärvaro. Om en person väljer sjuknärvaro eller sjukfrånvaro när hon/han har hälsoproblem varierar mellan olika yrkesgrupper (Johns 2010). För personer som har en osäker eller tillfällig anställning kan sjuknärvaro vara en strategi för att behålla arbetet. Arbeten som bygger på teamarbete där kollegor är beroende av varandra, t.ex. poliser, eller specialiserade arbeten, till exempel lärare, tycks främja sjuknärvaro. I yrken med högre socio-ekonomisk position är det oftare större flexibilitet i möjligheten att arbeta hemifrån eller att förkorta en arbetsdag, vilket innebär att sjuknärvaro inte blir lika tydlig som i andra yrken.

I en studie av 10 svenska organisationer fann Ekberg et al. (2015a) att 43 procent av 3642 anställda rapporterade att de gått till arbetet trots hälsoproblem minst 2 gånger under det senaste året, sjuknärvaron var vanligast bland lärare och poliser. Enligt OECD (2014) har sjuknärvaro på grund av fysiska eller psykiska besvär ökat och ligger i genomsnitt på nära 35 % bland anställda i 21 europeiska länder. Andra studier rapporterar självskattad sjuknärvaro med minskad produktivitet till mellan 8 % och 12 % av de anställda, den genomsnittliga produktionsförlusten motsvarade i dessa studier cirka 2 timmar per arbetsdag (ref. i Koopmanschap et al. 2013). I föreliggande studie har vi inte mätt produktionsförlust i timmar per arbetsdag, utan i arbetsledarens skattning av grad av nedsatt förmåga att utföra arbetsuppgifterna och antal veckor med nedsatt förmåga.

I de flesta studier tas inte hänsyn till att arbetsgivaren har kostnader i samband med att en sjukskriven medarbetare behöver ersättas med en vikarie eller genom omfördelning av arbetsuppgifterna, vilket i denna studie genererade de högsta genomsnittliga kostnaderna för minskad produktivitet.

Studien visar att i högkvalificerade yrken var produktivetsförlusten hög under och efter sjukskrivningen, troligen beroende på svårigheter att ersätta den sjukskrivne med någon lika kvalificerad. Produktionsförlusten till följd av sjuknärvaro var högst före sjukskrivning i lågkvalificerade yrken. Det är troligt att fler var beroende av att behålla sitt arbete i dessa yrkesgrupper och därför gick till sin arbetsplats trots hälsoproblem.

De produktionsförluster som beräknades till följd av sjuknärvaro visar på betydelsen av att tidigt identifiera medarbetare med hälsoproblem och att vidta åtgärder på arbetsplatsen för att förebygga sjukfrånvaro, men också för att främja hälsa. Det kan vara fråga om individuellt anpassade arbetsuppgifter under en period, eller andra hälsofrämjande åtgärder på arbetsplatsen. I det svenska socialförsäkringssystemet kan det hävdas att de största kostnaderna av produktionsförluster bärs av samhället genom att arbetsgivare enbart betalar lön under de första två veckorna i en sjukskrivning. I det resonemanget saknas dock kunskap om de faktiska kostnader som arbetsgivare har på grund av medarbetares ohälsa.

Studiens metodologiska brister och fördelar

Studien är explorativ och den första där arbetsledare rapporterar om sjukskrivna medarbetares sjuknärvaro och produktionskostnader. Andra studier med frågeställningar om arbetsgivares kostnader i samband med sjukskrivningar använder i allmänhet administrativa data och fångar därför inte den stora individuella variation som förekommer i praktiken. Studiens resultat kan i hög grad antas spegla verkligheten.

Skattningar av sjuknärvaro baseras oftast på självskattningar. I studien har vi istället valt att låta arbetsledaren skatta om medarbetarens förmåga att utföra sitt arbete påverkades av hälsoproblem före och efter sjukskrivningen. Vilken metod som är den mest korrekta har diskuterats (t.ex. Heidemeier & Moser, 2009) och kräver ytterligare forskning. Det finns såvitt vi kunnat se, inga jämförande studier av medarbetarens och arbetsledarens skattningar av nedsatt förmåga att utföra arbetet. I denna studie har fokus varit på arbetsledarnas bedömningar, som i praktiken kan antas ha betydelse för vilka åtgärder de väljer att implementera.

Eftersom arbetsledarnas bedömningar och skattningar är retrospektiva kan de ha påverkats av minnes-bias. I vilken mån ett sådant bias skulle påverka skattningarna positivt eller negativt är emellertid inte möjligt att fastställa inom ramen för denna studie.

Studien har en begränsning i den låga svarsandelen bland sjukskrivna som ombads ge sitt samtycke till att vi riktade en enkät till deras arbetsgivare. Detta innebar att studien har en begränsad power och vissa frågeställningar har inte kunnat analyseras på det sätt som var planerat. Materialet har brister i representativitet eftersom män och mansdominerade branscher var mindre benägna att ge samtycke och att besvara enkäten. Det slutliga materialet har en överrepresentation av sjukskrivningsfall från branscherna vård, omsorg och service och utbildning. Materialet har en högre andel äldre med längre sjukskrivningar än det ursprungliga urvalet.

Hur kan våra resultat användas i praktiken?

Det finns inte några övergripande svenska guidelines för arbetsgivare avseende ”best practice” för att underlätta återgång i arbete för sjukskrivna medarbetare. Arbetarskyddsstyrelsen har i författning AFS 1994:1 angett riktlinjer för arbetsgivares ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering. I författningen anges att ”verksamheten med arbetsanpassning och rehabilitering bör organiseras så att problem hos arbetstagarna upptäcks så tidigt som möjligt” (sid. 5) och att dessa frågor ”bör ingå som viktiga delar i arbetsgivarens planering, ledning och uppföljning av verksamheten utifrån arbetsmiljöns aspekter”. Texten i författningen pekar på behovet av att ledningen tidigt uppmärksammar till exempel tecken på sjuknärvaro. I studien har arbetsledare rapporterat att medarbetare i vissa fall har haft nedsatt förmåga att utföra sitt arbete under lång tid innan de blev sjukskrivna. Arbetsledare har således sett problemen och i vissa fall skulle det troligen vara möjligt att förebygga sjukfrånvaro genom att vidta åtgärder tidigt.

För medarbetare som är sjukskrivna med besvär i rörelseorganen uppger arbetsgivare i enkäten att det är ganska lätt att genomföra åtgärder, genom att till exempel minska fysisk tyngd i arbetet och göra andra ergonomiska anpassningar. För sjukskrivna med psykiska besvär var den vanligaste åtgärden att erbjuda samtalsstöd/terapi, stresshantering och ändrade arbetsuppgifter. Inga arbetsledare uppgav att det fanns en policy eller ett rehabiliteringsprogram de kunde ha stöd av i sitt arbete. Förekomst av en rehabiliteringspolicy har visat sig ha ett positivt samband med att ledare agerar mer proaktivt avseende anpassningar i arbetet, förutsatt att de känner till den (McGuire et al. 2016). Nelson et al. (2016) pekar på att riktlinjer eller tydliga rutiner bidrar till att ge en struktur för ömsesidig problemlösning då medarbetaren drabbas av ohälsa. Troligen har större verksamheter sådana riktlinjer, ett problem kan vara att de inte är tillräckligt kända av arbetsledare eller medarbetare.

Dewa et al. (2016) presenterar i en systematisk översiktsartikel evidensbaserade ”best practice guidelines” för arbetsgivare med medarbetare som är sjukskrivna med psykiska besvär. Analysen bygger på tre guidelines som uppfyller kvalitetskriterier. Alla tre kommer från andra välfärdssystem än det svenska. Det svenska systemet har i vissa avseenden kommit längre, men resultaten pekar på väsentliga komponenter som bör ingå i arbetsgivares rutiner:

1. Att utveckla en tydlig policy inom verksamheten och tydliga procedurer för att minska risken för ojämlikhet mellan olika arbetstagare med avseende på vilka åtgärder som erbjuds. I detta ingår att arbetsplatsen och den sjukskrivne medarbetaren har regelbunden kommunikation med varandra.
2. En koordinerad plan för återgång i arbete som inkluderar anpassningar på arbetsplatsen.
3. Koordinering och planering involverar den sjukskrivne medarbetaren, arbetsledaren och en rehabiliteringsansvarig (koordinator).
4. Möjliggöra multidisciplinär evidens-baserad behandling av psykiska besvär med fokus på arbetsplatsen och att arbetsplatsen ger stöd för att få tillgång till behandling.

I en guideline rekommenderas dessutom att arbetsledare får utbildning i att hantera sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen liksom att de anställda får utbildning i mental health literacy, det vill säga kunskap om psykisk ohälsa (Orygen Youth Health Research Centre, 2011).

I guidelinen betonas betydelsen av ett aktivt ledarskap och tydlig planering av processen för återgång i arbete. Betydelsen av att ha en rehabiliteringskoordinator framstår som centralt i många internationella studier, där man har en annan lagstiftning och ett annat välfärdssystem jämfört med Sverige. Bristen på koordinering av rehabiliteringsprocessen i det svenska systemet har emellertid tydliggjorts även i svenska studier och bekräftas även av arbetsledarnas svar i enkäten. Uppdelningen av processen på olika aktörer med olika mål och regelverk försvårar möjligheterna att implementera ett sammanhängande och kunskapsbaserat program för att främja återgång i arbete och förebygga sjukskrivningar (Ekberg et al. 2015b). Bristen på dialog, planering och samordning mellan de olika välfärdsaktörerna riskerar istället att förlänga sjukskrivningar och försämra möjligheterna till återgång i arbete, vilket även bekräftas av arbetsledarna i de öppna kommentarerna. Bristande koordinering och dialog innebär att arbetsledare blir ”inlåsta” i ett vänteläge som kan hindra dem att genomföra åtgärder som skulle vara till gagn för medarbetaren.

Studiens resultat visar att arbetsledares uppfattning om vad sjuknärvaro och sjukfrånvaro kostar för verksamheten och för samhället är begränsad. De faktiska kostnaderna i form av produktionsförlust var betydande. En ökad kostnadsmedvetenhet kan stimulera till att större resurser läggs på att utveckla policier eller program för att hantera ohälsa på arbetsplatsen och att öka arbetsledares kompetens och kunskap i att hantera dessa frågor.

Sammanfattande slutsatser

- Arbetsgivares anpassningar och åtgärder för sjukskrivna medarbetare varierar beroende på den sjukskrivne medarbetarens diagnos, utbildningsnivå, yrke och kön.
- Anpassningar och åtgärder på arbetsplatsen hade större betydelse än demografiska faktorer för att den sjukskrivne medarbetaren återgår i arbete.
- Arbetsledare hade bristfällig kunskap om kostnaderna för de anpassningar och åtgärder för sjukskrivna medarbetare som de genomför.
- Sjuknärvaro förekommer både före och efter sjukfrånvaro.
- Arbetsledare kan skatta medarbetares förmåga att utföra sitt arbete.
- Produktionsförlusterna på grund av nedsatt arbetsförmåga till följd av sjuknärvaro och sämre produktion på grund av ersättares lägre förmåga att utföra arbetsuppgifterna var cirka 100 000 SEK per sjukskrivningsfall.
- Arbetsledare efterlyser ett bättre samarbete och stöd från övriga involverade samhällsaktörer och en möjlighet till dialog för att kunna utveckla en handlingsplan och hjälpa sin sjukskrivne medarbetare tillbaka i arbete.
- Arbetsledare behöver stöd, utbildning och tydliga riktlinjer i sitt arbete med att förebygga sjuknärvaro och främja återgång i arbete för sjukskrivna medarbetare.

Studien har finansierats av AFA Försäkring, anslag nr 130097.

Referenser

- AFA Försäkring (2017). *Allvarliga arbetsskador och långvarig sjukfrånvaro*. AFA, Maj 2017.
- Alavinia SM, van den Berg TIJ, van Duivenbooden C, Elders LAM, Burdorf A. (2009). Impact of work-related factors, life style and work ability on sickness absence among Dutch construction workers. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* 35(5):325-333.
- Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. (2000). Sick but yet at work: An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health* 54(7):502-509.
- Burstrom B, Nylen L, Clayton S, Whitehead M. (2011). How equitable is vocational rehabilitation in Sweden?: A review of evidence on the implementation of a national policy framework. *Disabil and Rehabil* 33(6):453-66.
- Carroll CRJ, Pilgrim H, Cameron J, Hillage J. (2010). Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disabil and Rehab* 32(8): 607-621.
- Cullen KL, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings PA, et al. (2017). Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: An update of the evidence and messages for practitioners. *J Occup Rehabil* 73(1):62-70.
- Dewa CS, Trojanowski L, Joosen MCW, Bonato S. (2016). Employer best practice guidelines for the return to work of works on mental disorder-related disability leave: a systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry* 61(3): 176-185.
- Ekberg K, Gustavsson M, Fagerlind A-C. (2015a). Conditions for presenteeism and production in changing organizations. I M Elg, P-E Ellström, M Klofsten & M Tillmar (red.), *Sustainable development in organizations: Studies on innovative practices*. Cheltenham UK and Northampton MA USA: Edward Elgar Publishing.
- Ekberg K, Eklund M, Hensing G. (2015b). Kunskapsbaserade åtgärder för att främja arbetsförmåga och återgång i arbete. I K Ekberg, M Eklund, G Hensing (red.) *Återgång i arbete: Processer, bedömningar, åtgärder*. Lund: Studentlitteratur.
- Feuerstein M, Berkowitz SM, Haufler AJ, Lopez MS, Huang GD. (2001). Working with low back pain: workplace and individual psychosocial determinants of limited duty and lost time. *Am J Ind Med*. 40(6):627-638.
- Freeman D, Cromwell C, Aarenau D, Hazelton M, Lapointe M. (2004). Factors leading to successful workplace integration of employees who have experienced mental illness. *Employee Assist Quart*. 19:51-8.
- Försäkringskassan. (2013). Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen: slutrapport.
- Gustafsson K, Marklund S. (2014). Associations between health and combinations of sickness presence and absence. *Occupational Medicine* 64(1):49-55.

- Heidemeier H, Moser K. (2009). Self-other agreement in job performance ratings: a meta-analytic test of a process model. *J Appl Psychol* 94(2):353-370.
- Holmgren K, Dahlin Ivanoff S. (2007). Supervisors' views on employer responsibility in the return to work process: A focus group study. *J Occup Rehabil* 17(1):93-106.
- Johns G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior* 31(4):519-542.
- Koopmanschap M, Burdorf A, Lötters F. (2013). Work absenteeism and productivity loss at work. In Loisel P, Anema JR. (red.) *Handbook of work disability: Prevention and management*. New York NY: Springer Science and Business Media, p. 31-41.
- Kristman VL, Shaw WS, Reguly P, Williams-Whitt K, Soklaridis S, Loisel P. (2017). Supervisor and organizational factors associated with supervisor support of job accommodations for low back injured workers. *J Occup Rehabil* 27(1):115-127.
- Kujala V, Tammelin T, Remes J, Vammavaara E, Ek E, Laitinen J. (2006). Work ability index of young employees and their sickness absence during the following year. *Scand J Work Environ Health* 32(1):75-84.
- Labriola M, Christensen KB, Lund T, Nielsen ML, Diderichsen F. (2006). Multilevel analysis of workplace and individual risk factors for long-term sickness absence. *J Occup Environ Med*, 48(9):923-929.
- Lemieux P, Durand M-J, Nha Hong Q. (2011). Supervisors' perception of the factors influencing the return to work of workers with common mental disorders. *J Occup Rehabil* 21(3):293-303.
- Linton SJ. (1991). The manager's role in employees' successful return to work following back injury. *Work & Stress* 5:189-195.
- Loisel P, Lemaire J, Poitras S, Durand M-J, Champagne F, Stock S, Diallo B, Tremblay C. (2002). Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study. *Occup Environ Med* 59(12):807-815.
- MacEachen E, Clarke J, Franche R-L, Irvin E. (2006). Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scand J Work Environ Health* 32(4), 257-269.
- McGuire C, Kristman VL, Shaw WS, Loisel P, Reguly P, Williams-Whitt K, Soklaridis S. (2017) Supervisors' perceptions of organizational policies are associated with their likelihood to accommodate back-injured workers. *Disabil Rehabil* 39(4):346-353.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009). *Managing long-term sickness absence and incapacity for work*. London: NICE Public Health 19.
- Nelson CC, Shaw W, Robertson M. (2016). Supervisors and presenteeism: How do supervisors accommodate and support skilled workers with chronic health concerns? *Employ Respons Rights J*. 28: 209 DOI 10.1007/s10672-015-9275-4
- Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, van der Feltz-Cornelis CM, Bültmann U. (2014). Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3(12):CD006237.
- Nigatu YT, Liu Y, Yppal M, McKinney S, Rao S, Gillis K, Wang J. (2016). Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine* 46(16):3263-3274.

- Noben CYG, Evers SMAA, Nijhuis FJ, de Rijk AE. (2011). Quality appraisal of generic self-reported instruments measuring health-related productivity changes: a systematic review. *BMC Public Health* 14(1):115.
- Palmer KT, Harris EC, Linaker C, Barker M, Lawrence W, Cooper C, Coggon D. (2011). Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. *Rheumatology* 51(2):230-242.
- OECD (2014), Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264208445-en.
- Orygen Youth Health Research Centre, Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne (2011). Helping employees successfully return to work following depression, anxiety or a related mental health problem. Guidelines for organisations. Melbourne (Australia): University of Melbourne.
- Persson J, Bernfort L, Wåhlin C, Öberg B, Ekberg K. (2015). Costs of production loss and primary health care interventions for return-to-work of sick-listed workers in Sweden. *Disabil Rehabil* 37(9):771-776.
- Rankin I. (2009). Managing long-term sickness absence: the 2009 IRS survey. *IRS Employ Review* 992:1-18.
- Reilly MC, Zbrozek AS, Dukes EM. (1993). The validity and reproducibility of a work productivity and activity instrument. *Pharmacoeconomics* 4(5):353-65.
- Schouten LS, Joling C, van der Gulden JWJ, Heymans MW, Bültmann U, Roelen CAM. (2015). Screening manual and office workers for risk of long-term sickness absence: cut-off points for the Work Ability Index. *Scand J Work Environ Health* 41(1):36-42.
- Schreuder JAH, Groothoff JW, Jongsma D, van Zweeden NF, van der Klink JJJ, Roelen CAM. (2013). Leadership effectiveness: A Supervisor's approach to manage return to work. *J Occup Rehabil*, 23:428-437.
- Seing I, MacEachen E, Ståhl C, Ekberg K. (2015). Early-return-to-work in the context of an intensification of working life and changing employment relationships. *J Occup Rehabil* 25(1):74-85.
- Shaw WS, Robertson MM, McLellan RK, Verma S, Pransky G. (2006). A controlled case study of supervisor training to optimize response to injury in the food processing industry. *Work* 26:107-114.
- Soklaridis S, van der Velde G, Tompa E, Hogg-Johnson S. (2012). The economic cost of return to work: an employer's perspective. *Work* 43(3):255-262.
- Tjulin Å, MacEachen E, Ekberg K. (2010). Exploring workplace actors experiences of the social organization of return to work. *J Occup Rehabil* 20(3):311-321.
- Tompa E, de Oliveira C, Dolinschi R, Irvin E. (2008). A systematic review of disability management interventions with economic evaluations. *J Occup Rehabil* 18(1):16-26.
- Uegaki K, de Bruijne C, van der Beek AJ, van Mechelen W, van Tulder MW. (2011). Economic evaluations of occupational health interventions from a company's perspective: A systematic review of methods to estimate the cost of health-related productivity loss. *J Occup Rehabil* 21(1):90-99.

- Van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HCW, Franche R-L, Boot CRL, Anema JR. (2015). Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *The Cochrane Library* 5(10):CD006955.
- Vänni K, Virtanen P, Luukkaala, T Nygård C-H. (2012). Relationship between perceived work ability and productivity loss. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics* 18(3):299-309.
- Vänni K, Neupane S, Nygard CH. (2017). An effort to assess the relation between productivity loss costs and presenteeism at work. *Int J Occup Saf Ergon* 23(1):33-43.
- Wagner SL, Koehn C, White MI, Harder HG, Schultz IZ, Williams-Whitt K, Warje O, Dionne CE, Koehoorn M, Pasca R, Hsu V, McGuire L, Schulz W, Kube D, Wright MD. (2016). Mental Health Interventions in the Workplace and Work Outcomes: A Best-Evidence Synthesis of Systematic Reviews. *Int J Occup Environ Med.* 7(1):1-14.
- Wählin C, Ekberg K, Persson J, Bernfort B, Öberg B. (2012). Evaluation of self-reported work ability and usefulness of interventions among sick-listed patients. *J Occup Rehabil* 23(1): 32-43.

HELIX Competence Centre är ett flervetenskapligt forskningsprogram vid Linköpings universitet, som bedrivs i partnerskap mellan fem sektorer - *universitet, industri, offentlig sektor, arbetsmarknadsorganisationer och civilsamhället*. HELIX röda tråd är att utveckla kunskap om hur goda arbetsvillkor i termer av lärande, hälsa och jämställdhet kan kombineras med effektivitet och innovationsförmåga. Kunskapen skapas i samverkan mellan praktiker och forskare från olika discipliner utifrån en interaktiv forskningsmodell där forskningsresultat kan implementeras direkt i partnerorganisationerna. Tillsammans med partnerskapet genomförs forskning inom fyra huvudsakliga områden.

- Hållbara utvecklingsprocesser i industriella produktionssystem
- Tillväxt och utveckling i småföretag
- Hållbara, innovativa och koordinerade hälso- och välfärdstjänster
- Inkluderande arbetsplatser

HELIX Competence Centre finansieras av VINNOVA tillsammans med Linköpings universitet och partnerorganisationer och är ett 5-årigt forskningsprogram som avslutas år 2021.

Mer information om centret hittar du på www.liu.se/helix

