

hälsa och framtid

ETT FORSKNINGSPROJEKT OM LÅNGTIDSFRIKA FÖRETAG

DELSTUDIE 4

Långtidssjukskrivning, rehabilitering och återgång i arbete

Eva Vingård
Måns Waldenström
Frida Bengtsson
Lena Ekenvall
Magnus Svartengren
Gunnel Ahlberg
och HoF study group

2007

Förord

Hälsa och framtid är ett forskningsprojekt om privata företag med långtidsfriska medarbetare. Trots att sjukskrivningar är ett problem i Sverige i dag finns det många arbetsplatser som har ovanligt friska medarbetare. Projektet syftar till att studera om det finns faktorer på organisationsnivå som kan förklara varför vissa företag har friska medarbetare.

Mycket är känt om individuella riskfaktorer avseende arbetsrelaterad ohälsa. Betydligt mindre är känt om de organisatoriska förhållanden som kan tänkas samvariera med hälsa hos de anställda.

Projektet består av fyra olika delprojekt. Den första studien är en registerstudie där data ur register sammanställs för att undersöka om företag med friska medarbetare skiljer sig från andra företag. Den andra delstudien är kvalitativ. Intervjuer har gjorts med chefer och representanter för medarbetarna på ett antal företag med få långtids-sjukskrivna medarbetare och några företag med mer "genomsnittlig" sjukfrånvaro.

I den tredje studien skickas enkäter ut till chefer och medarbetarrepresentanter i ett större antal företag. Enkäterna bygger på resultat från delstudie 2. Den fjärde studien undersöker om rehabiliteringsrutiner kan ha bidragit till att företagen har friska medarbetare.

Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa, Karolinska Institutet och Uppsala universitet genomför forskningen i projektet Hälsa och framtid. För att hitta rätt företag att studera har vi tillgång till försäkringsbolagen AFA Försäkring och tjänstepensionsföretaget Alectas skaderegister.

AFA Försäkring och Alecta erbjuder arbetstagare i Sverige de försäkringar som enligt kollektivavtal ger stöd vid sjukdom, arbetsbrist, dödsfall och arbetsskada. Om kring 4,6 miljoner människor omfattas av dessa register.

Projektet har ekonomiskt stöd från AFA Försäkring, Alecta, Carl Bennet AB, Axel Johnsson AB och AB Volvo. En referensgrupp med representanter för arbetsmarknadens parter stöder också projektet: Svenskt Näringsliv, Företagarna, LO, Metall, TCO, Sif (Unionen), SACO samt PTK.

Innehåll

Sammanfattning	5
1. Bakgrund	7
Arbetsåtergång – teori och tidigare studier	8
Motivation	11
2. Syfte	13
3. Metod	15
Kvalitativ del	15
Kvantitativ del	18
4. Resultat	21
Kvalitativ del	21
Kvantitativ del	27
5. Diskussion	31
Avslutande reflektion	33
Slutsatser	35
Referenser	37

Sammanfattning

I studien delades företag med mer än 74 anställda inom den privata sektorn in i friska, de med låg andel långtidssjukskrivna, och genomsnittliga, de med medelhög andel långtidssjukskrivna. Småföretag indelades inte men ingår i delar av denna studie som en grupp.

Syftet med denna delstudie är att undersöka om rehabilitering är viktig för det friska företaget och hur rehabilitering fungerar i praktiken på företagets tre nivåer, företagsledning, första linjens chefer och enskilda anställda. Rehabilitering förväntas då hindra långtidssjukskrivning och påskynda återgång i arbete vid sjukskrivning.

Specifika frågeställningar:

- Har en aktiv och välkänd rehabiliteringspolicy i ett företag eller delar av ett företag någon effekt när det gäller att ha få långtidssjukskrivna i organisationen?
- Hur agerar första linjens chefer i kontakten med långtidssjukskrivna? Hur påverkar företagets rehabiliteringspolicy deras agerande?
- Hur ser situationen ut för de långtidssjukskrivna i förhållande till diagnos, rehab-insatser, arbetsåtergång och egna förväntningar? I denna sista del av studien har vi även undersökt anställda i småföretag (mindre än 50 anställda).

Hur gick undersökningen till?

Intervjuer med högsta ledningen och första linjens chefer gjordes på elva företag. Detta utgör den kvalitativa delen av undersökningen. Ett slumpvis urval från AFA Försäkrings och Alectas register över sammanlagt 3 822 långtidssjukskrivna (det vill säga personer sjukskrivna mer än tre månader) fick en enkät och denna del är den kvantitativa delen av undersökningen.

Resultat från intervjudelen med företagsledning och första linjens chefer

Fem av företagen som deltog tillhörde den friska gruppen och sex stycken den genomsnittliga gruppen. 26 intervjuer av högsta ledningen och 17 gruppintervjuer med första linjens chefer genomfördes.

På alla de fem friska företagen fanns en mer eller mindre tydlig struktur för hur arbetet med rehabilitering skulle skötas. På fyra av de sex genomsnittliga företagen fanns det också en relativt tydlig rehab-struktur. Det var dock betydligt vanligare bland friska än genomsnittliga företag med en stark överensstämmelse, en "balanserad kommunikation" mellan ledning och arbetsledare kring hur rehabiliteringspolicyn skulle skötas, vem som gör vad och när.

Ett annat resultat visade att de friska företagen generellt hade fler stöttande funktioner än de genomsnittliga företagen. Det var sällsynt att arbetsledarna hade en aktiv kontakt med de långtidssjukskrivna man hade personalansvar för. Rehabiliteringsansvaret hade i de flesta fall överlåtits till en personalavdelning. Kontakten hade arbetsledarna framför allt innan personen hunnit bli långtidssjuk eller i samband med återgång i arbete. På de företag där denna ansvarsförskjutning var tydligt formulerad och fungerade i praktiken, fanns den lägsta långtidssjukfrånvaron.

Generellt gav studien stöd för att företag med god rehabiliteringsstruktur, där företagsledning och arbetsledning hade en överensstämmande bild över vilken rehabiliteringspolicy företaget hade och använde sig av den, hade lägre sjukfrånvaro än företag där det inte fanns en sådan stark överensstämmelse.

Resultat från enkätdelen med långtidssjukskrivna

Ett framträdande resultat från enkätdelen är att de långtidssjukskrivna är så mycket färre i friska företag jämfört med genomsnittliga. Har man däremot blivit långtidssjukskriven är samstämmigheten i svaren mycket stor antingen man kommer från friska, genomsnittliga eller små företag. Några tydliga generella könsskillnader framkom inte heller.

Diagnoserna indelades i rörelseorganens sjukdomar, psykisk ohälsa och övriga diagnoser. I AFA-gruppen arbetare är man sjukskriven för rörelseorganens sjukdomar och i Alecta-gruppen tjänstemän för psykisk ohälsa i första hand. Diagnosgruppen psykisk ohälsa var något vanligare bland kvinnor än bland män. Några skillnader mellan friska och genomsnittliga företag fanns inte.

Många av de långtidssjukskrivna hade inte kommit tillbaka till arbetet och de som kommit tillbaka hade flera sjukskrivningsperioder senare. Mellan 12 och 14 procent hade fått ett mer avancerat rehabiliteringsprogram under sin sjukskrivningsperiod. Detta hade inte påverkat arbetsåtergången märkbart, men grupperna är små och resultaten därför osäkra. Många tyckte sig sakna stöd från arbetsgivare, fack, företagshälsovård och försäkringskassa. Att samordningen är långsam och att detta är kontraproduktivt för en lyckad rehabilitering är känt sedan tidigare. Här bör förbättringar, speciellt i genomsnittliga företag, kunna göras.

De sjukskrivna själva ansåg att de faktorer som främst påverkade möjligheten till att återgå i arbete var att sjukdomssymtomen minskade och att den egna viljan till arbetsåtergång var stark.

Tidigare forskning som är gjord kan sammanfattas på följande sätt :

- Tidiga åtgärder som stärker individens egna resurser och motivation är av värde
- Snabbt insatta åtgärder med en tydlig struktur och god samordning mellan olika aktörer bör eftersträvas
- Åtgärder på arbetsplatsen främst av förebyggande – men även av underlätande karaktär – ökar möjligheten att inte hamna i en långtidssjukskrivning och lättare återgå till arbetet efter en sjukperiod

Att undvika sjuklighet totalt sett går inte – men speciellt i de genomsnittliga företagen bör det finnas många kraftfulla åtgärder som kan genomföras för att minska andelen som hamnar i en långtidssjukskrivning. Dessa åtgärder kan vara av främst förebyggande men också av rehabiliterande karaktär. Kort sammanfattat kan sägas att det som bör göras för de långtidssjukskrivna bör främst göras innan de blir långtidssjukskrivna.

1. Bakgrund

Arbetslinjen har varit förhärskande i det svenska samhället sedan länge. Varje person förutsätts tjäna sitt eget uppehälle. Sverige har också en mycket hög andel av befolkningen i arbetsför ålder i arbete både bland män och bland kvinnor.

Om en person av någon anledning inte kan arbeta finns ett trygghetssystem som träder in och ersätter individen. Vid arbetslöshet finns arbetslöshetsersättning, vid sjukdom sjukersättning och vid svårighet att försörja sig i övrigt finns socialbidrag. Dessa trygghetssystem är solidariskt finansierade och kräver att alla som kan försöker arbeta. I dagsläget har vi cirka en miljon människor utanför arbetsmarknaden, försörjda av något av trygghetssystemen.

Rehabilitering definieras enligt nordisk familjebok 1944 som ”att återge någon dess forna ställning”. Vid sjukdom är arbetsförmågan sällan 100 procent nedsatt under en längre tid. Möjligheter till återgång i arbete på hel- eller deltid bör underlättas.

I ett första skede behöver en sjuk individ ibland en medicinsk rehabilitering och därefter en arbetslivsinriktad rehabilitering. Gränserna mellan det ena och det andra finns som en administrativ konstruktion med olika ansvarsinstanser medan verkligheten ofta visar mycket flytande gränser mellan de bägge formerna av rehabilitering.

Den medicinska rehabiliteringen är sjuk- och hälsovårdens ansvar medan ansvaret för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen mer diffust är fördelat mellan hälso- och sjukvård, försäkringskassa, arbetsgivare och arbetsförmedling. Dessa aktörer har olika mål och instruktioner och arbetar ofta var och en i sitt ”stuprör”. Samordning har visat sig svår att uppnå och processen med den arbetslivsinriktade rehabiliteringen tar därför ofta lång tid vilket i sig självt är kontraproduktivt för arbetsåtergång.

Arbetslivsinriktad rehabilitering anses oftast som en bra och önskvärd åtgärd. Under 2000-talet har två statliga rehabiliteringsutredningar genomförts och presenterats. I Gerhard Larssons utredning ”Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum” SOU 2000:78 fastslås sju hörnstenar för en god rehabiliteringsprocess. Flera av dessa var och är inte politiskt möjliga, men flera har en generell karaktär och bör uppmärksammas igen. Dessa fortfarande giltiga hörnstenar är:

- Individen i centrum vid rehabiliteringsarbetet. En förutsättning för ett gott resultat är individens engagemang och motivation
- Stärkta förebyggande insatser
- Ökat utbud av resurser och ökad kunskap. Forskning om åtgärders effektivitet bör stärkas för att evidensbaserade metoder ska bli fler
- Tydligare drivkrafter för en tidig och samordnad rehabilitering

Utredningen gjorde också ekonomiska kalkyler som visade att en satsad krona i rehabiliteringsåtgärder gav nio kronor tillbaka för samhället i stort.

Övergripande för de bägge rehabiliteringsprocesserna är individens eget ansvar. Individen måste aktivt delta i arbetet med sin rehabilitering och inte passiviseras av samhällets processer och experttänkande. Individens egen kraft och motivation måste stärkas. Rehabilitering som utgår från individen, det vill säga empowerment nedifrån och upp, och underlättas av expertfunktioner är den bästa modellen i stället för ett uppifrån-perspektiv på processen, som tar ansvaret ifrån individen och kan leda till en inlärd hjälplöshet.

År 2006 presenterades en ny rehabiliteringsutredning ”Fokus på åtgärder – En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet” SOU 2006:107. I denna utredning konstateras att det är ett stort problem att kunskapen är begränsad om vilka typer av arbetslivsinriktad rehabilitering som har effekt. Utredningen ville också lägga ett

stort ansvar på arbetsgivaren som ansvarig för rehabiliteringsutredning och anpassning av arbetsuppgifterna till den sjukskrivnes behov. Denna utredning har inte lett till några praktiska åtgärder. Arbetsgivarens ansvar har i stället minskat enligt ett senare beslut.

Forskningsuppgiften att undersöka effekterna av olika rehabiliteringsmetoder vid olika sjuklighet och diagnoser i olika samhällen är komplicerad och forskningen är relativt begränsad om arbetslivsinriktad rehabilitering. Märkligt nog har aldrig ett forsknings- eller utvärderingsuppdrag kopplats till de åtgärder och reformer samhället har gjort på området.

Målet för en rehabilitering kan vara olika i olika situationer och bör klargöras vid utvärdering av resultaten. Hur målet sätts är också beroende på vem som är intressent i frågan, den sjukskrivne själv, arbetsgivaren, sjukvården, försäkringskassan eller samhället.

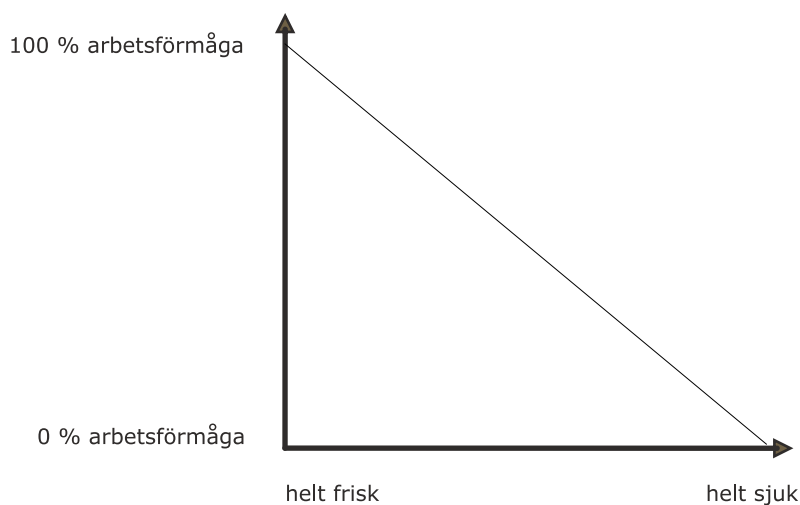
Målen kan till exempel vara:

- Ökad funktionsförmåga
- Bättre livskvalitet
- Återgång till arbete på hel- eller deltid

I denna studie är vi främst intresserade av återgång i arbete.

Arbetsåtergång – teori och tidigare studier

Återgång i arbete är en långdragen process när en person hamnat i långtidssjukskrivning. I en enkel modell (figur 1) tänker man sig ett linjärt samband mellan kliniskt status och arbetsförmåga. Så enkel är aldrig verkligheten.



Figur 1. Ett tänkt teoretisk samband mellan arbetsförmåga och sjukdomstillstånd.

Senare forskning har visat att omgivningsfaktorer, arbete och sociala förhållanden spelar stor roll vid den subjektiva upplevelsen av arbetsförmåga (Young et al., 2005). En del har velat gå så långt att man vill betrakta dålig arbetsförmåga som en icke klinisk identitet. I linje med detta behandlas nedsatt arbetsförmåga separat och inte med medicinska åtgärder för att nå goda resultat när det gäller arbetsåtergång.

Att helt utesluta sjukdom och symtom som orsak till en arbetsförmåga gör dock bilden mindre komplex än vad den troligtvis är. Vid akut sjukdom och därtill hörrande sjukskrivning, överväger säkert sjukdom och symtom för det val en person gör. Vid längre sjukskrivning är arbetsförmågan sällan total och andra överväganden kommer med i bilden. Arbetsåtergång är en utveckling och en dynamisk process med olika komponenter.

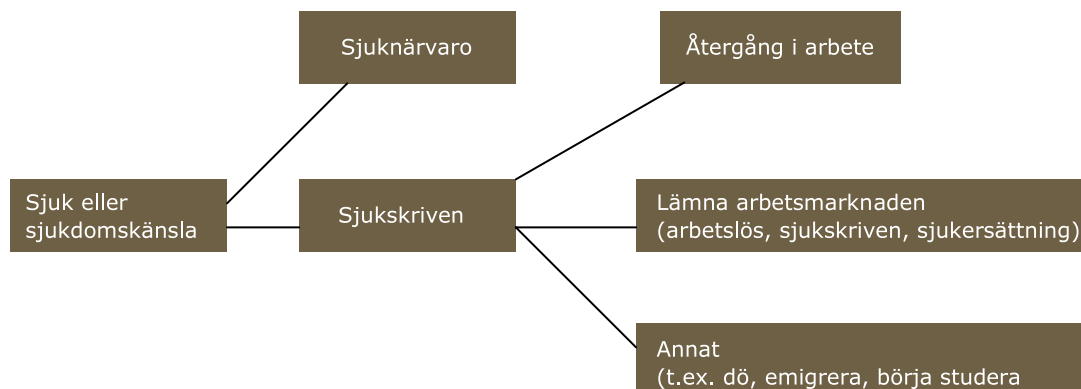
Det ultimata målet för arbetsåtergång är en återgång i tidigare arbete där personen i fråga har nått upp till sin tidigare kapacitet och produktivitet. Detta mål är många gånger svårt att nå och behöver modifieras under arbetsåtergångsprocessen.

I en vanlig yrkeskarriär, som också är en process, finns stadierna etablering på arbetsmarknaden, underhåll av denna position och avancemang. En liknande modell för arbetsåtergång har föreslagits (Young et al., 2005).

I denna process finns liknande faser:

1. Sjukskrivningsfasen. Individen är sjukskriven men oftast inte totalt arbetsförmögen. I denna fas är den egna motivationen och arbetets krav viktiga.
2. Återinträdesfasen. Individen återinträder i arbetet. Detta är en labil fas, som kräver anpassning av arbetsuppgifterna, stöd på arbetsplatsen och realistiska mål.
3. Upprätthållandefasen. När återgång i arbete har skett är det viktigt att individen får stöd och hjälp och anpassning för att upprätthålla den arbetsförmåga som finns. Kritiskt här är förmågan att smälta in i arbetsgemenskapen, att vara en "pålitlig" arbetskamrat och arbetskraft för att sedan gå till nästa steg.
4. Avancemangsfasen (eventuellt). I detta stadium är arbetsförmågan helt återvunnen och sjukrollen är övergiven.

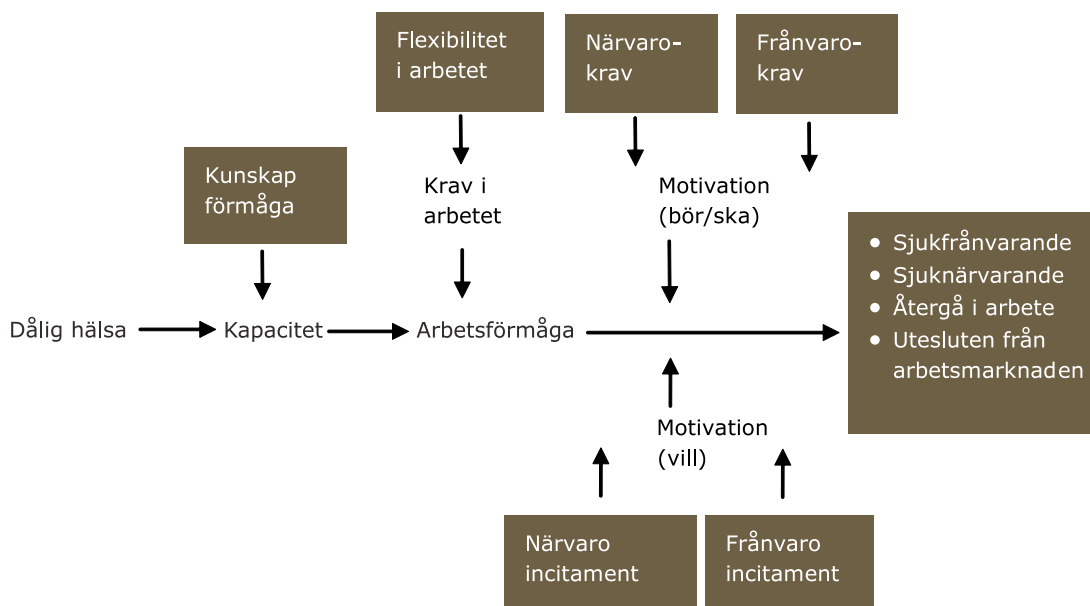
Ur ett sociologiskt perspektiv kan sjukskrivning ses som en aktiv handling. Detta innebär att det finns ett mål eller ett skäl till denna aktiva handling, där åtgärden beror på den aktuella situationen och aktörer har möjlighet att välja mellan olika handlingsalternativ (se figur 2).



Figur 2. Alternativa vägar då en person är sjuk eller känner symtom.

I debatten har det oftast ensidigt framhållits att individer gör en ekonomisk kalkyl och att sjukskrivning är ett aktivt positivt val ur försörjningssynpunkt. Inga studier i den vetenskapliga litteraturen stödjer med säkerhet detta resonemang. I en avhandling vid Karolinska institutet (Johansson, 2007) beskrivs alternativa vägar att välja för en person som är sjuk eller känner symtom.

Arbetsförmågan har ibland beskrivits som mänskliga resurser hos en individ i relation till en arbetsuppgift eller kraven i ett arbete (Ilmarinen, 2001). Om kraven är konstanta inträffar ett läge där de mänskliga resurserna för en individ inte räcker till. Om ett absolut krav i ett arbete är att kunna lyfta 25 kilo kan kapaciteten bli för låg om en individ drabbas av ett ryggsnitt, är en äldre kvinna eller har en hög ålder och så vidare. Om kraven går att anpassa och göra flexibla minskar risken för arbetsoförmåga. På arbetsplatser med goda möjligheter till flexibilitet både när det gäller fysiska och mentala krav, borde därför sjukskrivningarna vara färre. På en arbetsplats kan det också finnas faktorer, som antingen ökar incitamenten för närvaro eller frånvaro (se figur 3).



Figur 3. Sjukflexibilitetsmodellen enligt Gun Johansson 2007.

I de studier som finns i avhandlingen är det visat att anpassningsmöjligheter har ett starkt samband med arbetsåtergång och ett svagt samband med sjukfrånvaro. Närvarokrav i arbetet minskade sjukskrivningen och ökade sjuknärvaron. Olika närvaroincitament undersöktes också och det visade sig att ergonomiska faktorer inte ökade sjukskrivningen, medan ett stimulerande arbete minskade sjukskrivningen.

Av de frånvaroincitament som undersöktes fanns inget stöd för att betungande hemuppgifter ökade sjukskrivningen. Däremot påverkade den socioekonomiska positionen sjukskrivningen, så att en låg socioekonomisk position hade samband med en ökad sjukskrivning.

Ett par systematiska litteraturgenomgångar om arbetsplatsbaserad intervention som ett medel att uppnå arbetsåtergång finns. 1998 publicerades en översikt som främst undersökt arbetsanpassning som en rehab-åtgärd (Krause et al., 1998). De flesta av dessa anpassningsprogram var framgångsrika med avseende på arbetsåtergång och vissa kunde även visa på sänkta kostnader för arbetsgivare och samhälle. Programmen omfattade olika åtgärder som möjlighet till "lättare" jobb, reducerad arbetstid, ergonomiska förbättringar, graderad arbetsåtergång och "job coaching". En svårighet att utvärdera dessa metoder är att flera åtgärder sker samtidigt. Dessutom finns ofta på arbetsplatser med anpassningsprogram även ett bra medicinskt omhändertagande och en tidig kontakt och därmed tidiga åtgärder av både medicinsk och rehabiliterande karaktär.

I en senare systematisk översiktsartikel om arbetsplatsbaserade interventioner för arbetsåtergång har författarna sökt igenom den vetenskapliga litteraturen mellan åren 1996–2003 (Franché et al., 2005). Även de fann, i studier av god kvalitet, att de faktorer som hade starkast evidens för arbetsåtergång var anpassning av arbetet till individens behov men också en god kontakt mellan behandlande läkare och arbetsplatsen. Andra viktiga faktorer med moderat evidens för samband var ergonomisk rådgivning på arbetsplatsen och en koordinator eller coach som hjälpte till i processen för arbetsåtergång. Det fanns också en viss evidens för att kostnaderna för arbetsplatsen minskade om dessa åtgärder infördes.

En senare studie, när det gäller intervention på arbetet, är publicerad i Holland 2006 (Steenstra et al. 2006). Denna studie är utförd med samma design som en kanadensisk studie (Loisel et al., 1997) några år tidigare. I den holländska studien lottades de företagshälsovårdsmottagningar, som deltog antingen till en interventionsgrupp eller en referensgrupp. Vilken sektor på arbetsmarknaden de betjänade

tog man också hänsyn till. De patienter som inkluderades i studien hade varit sjukskrivna mellan två till sex veckor för ländryggsbesvär. I interventionsgruppen utfördes arbetsplatsbesök, justering av arbetsplats och arbetsuppgifter och man förde också en diskussion mellan de inblandade parterna såsom patient, arbetsledare, företagsläkare, ergonom med flera, för att arbetsåtergång skulle främjas på bästa sätt. Referentgruppen utförde enbart sedvanlig behandling.

De som fortfarande var sjukskrivna efter åtta veckor fick i ena gruppen en graderad träning hos sjukgymnast samt viss kognitiv terapi. Resultaten blev att de som fått en arbetsplatsintervention återkom snabbare till arbetet än de som inte fick det. De som senare fick en klinisk intervention uppvisade dock motsatta resultat, där tiden till arbetsåtergång förlängdes. Kostnaderna var något högre i arbetsinterventionsgruppen på kort sikt.

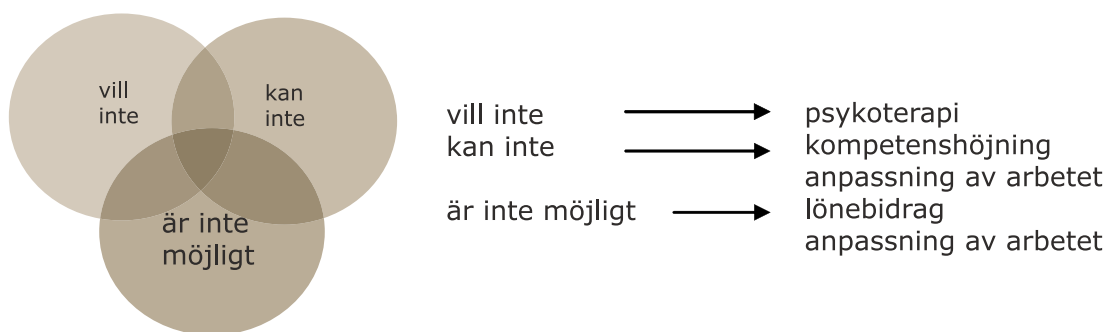
Denna studie talar för hypotesen att tidig arbetsplatsnära intervention är det mest effektiva för återgång i arbete och också som preventiv åtgärd för att personer inte ska behöva vara sjukskrivna för ländryggsbesvär utom i speciella fall. I dessa studier deltog välutrustade företagshälsovårdscentraler aktivt. Utan en sådan medverkan hade troligtvis interventionen varit omöjlig.

Motivation

Motivation och vilja att arbeta har ofta diskuterats som en viktig faktor för lyckad arbetsåtergång. Denna motivation anses då ibland förenklat vara ett antingen/eller-tillstånd och att motivation är något en person i största allmänhet besitter eller inte besitter.

Motivation är dock något mer komplicerat än så. Att motivera någon i rehabiliteringsprocessen kan vara att få den personen att tro på en möjlig positiv utgång av rehab-processen och i slutändan återgång i arbete. Motivation kan också grundas i risken för repressalier, som förlust av sjukpeng eller uppsägning.

En artikel av Berglind & Gerner (2002) beskriver motivation ur ett handlingsperspektiv. Hur en person väljer mer eller mindre medvetet beror på vad personen vill, kan och tror är möjligt (figur 4).



Figur 4. Olika sätt att agera utifrån ett handlingsperspektiv (Berglin och Gerner) och vilka åtgärder olika alternativ troligtvis kräver.

En långtidssjukskriven kan mycket väl starkt vilja komma tillbaka till arbetslivet men misstror sin egen kompetens och möjligheter på en krävande arbetsmarknad. Ju längre personen har varit borta från arbetsplatsen desto svårare är det med stor sannolikhet att behålla sitt självförtroende som en god arbetskraft. Åtgärderna bör då också skilja sig åt beroende på var en sjukskriven individ befinner sig. Den som inte "vill" bör få psykoterapi av något slag, den som inte "kan" bör få en kompetenshöjning eller en anpassning av arbetet och den som inte har möjligheter bör få en lönebidragsanställning eller anpassade arbetsuppgifter.

2. Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka om rehabilitering är viktig för det friska företaget och hur rehabilitering fungerar i praktiken på företagets tre nivåer, företagsledning, första linjens chefer och enskilda anställda. Rehabilitering förväntas då hindra långtidssjukskrivning och påskynda återgång i arbete vid sjukskrivning.

Specifika frågeställningar:

- Har en aktiv och välkänd rehabiliteringspolicy i ett företag eller delar av ett företag någon effekt när det gäller att ha få långtidssjukskrivna i organisationen?
- Hur agerar första linjens chefer i kontakten med långtidssjukskrivna? Hur påverkar företagets rehabiliteringspolicy deras agerande?
- Hur ser situationen ut för de långtidssjukskrivna i förhållande till diagnos, rehab-insatser, arbetsåtergång och egna förväntningar?

3. Metod

Hos försäkringsbolagen AFA Försäkring och tjänstepensionsföretaget Alecta finns sjukskrivningsstatistik för tjänstemän och kollektivanslutna inom privatsektor. Med hjälp av dessa register lokaliserades företag (med minst 75 anställda) som hade låg (lägsta kvartilen), medel (andra och tredje kvartilen) och hög sjukfrånvaro (fjärde kvartilen).

Endast företag med låg och medelhög sjukfrånvaro valdes ut för deltagande då fokus i studien låg på vad som befrämjar hälsa. Även småföretag (mindre än 50 anställda) inkluderades i delar av studien. I den här delstudien har data från tre nivåer använts – från företagsledning, arbetsledare och sjukskrivna medarbetare – för att ge en bred bild av företagens rehabiliteringspolicy och -arbete och de sjukskrivna individernas upplevelser av rehabiliteringsarbetet.

Analys har gjorts för att undersöka om det fanns skillnader i policy och sätt att uppfatta och arbeta med rehabilitering mellan företag med låg respektive genomsnittlig sjukfrånvaro och om eventuella skillnader har haft betydelse för andelen långtidssjukskrivna i ett företag, för sjukskrivningsperiodens längd och hur detta uppfattats och tillämpats av berörda.

Rehabiliteringspolicys från de deltagande företagen har tagits fram. Vidare har fokusgruppsintervjuer gjorts med arbetsledare från ett urval av företag. Dessutom har intervjuer använts som genomfördes i samma företag inom delstudie 2 i projektet. En enkätstudie bland dem som själva varit långtidssjukskrivna har också utförts.

Delstudien har alltså varit uppdelad i två delar, dels en kvalitativ del som i sin analys utgått från intervjuer med företagsledning och arbetsledare samt från policydokument från ett urval företag, dels en kvantitativ del vars material har varit enkätsvar från ett större urval av sjukskrivna medarbetare.

Kvalitativ del

Urval

I samband med intervjuer inom delstudie 2 tillfrågades under en period ett antal företag om det fanns intresse att delta i även i delstudie 4. Med få undantag blev svaret positivt.

Urvalet bestämdes i första hand av att försöka få en jämn spridning av företag mellan den friska och den genomsnittliga gruppen. Ambitionen var att genomföra denna del av delstudien i så nära anslutning som möjligt till de intervjuer som utfördes inom delstudie 2, för att öka jämförbarheten mellan delstudierna.

Tillsammans med andra praktiska och logistiska skäl blev urvalet relativt enkelt. Elva företag, fem friska och sex genomsnittliga kom att delta med en stor spridning över branscher och verksamhetsområden. Det fanns ändå två ”par” i studiegruppen, ett inom fastighetsförvaltning, ett annat inom tryckeri där det ena företaget var friskt och det andra genomsnittligt.

I de företag som accepterade att delta valdes ett antal, mellan två och sex, arbetsledare ut av personalchef eller VD för deltagande i fokusgruppsintervjuer kring erfarenheter av och synpunkter på rehabiliteringsprocessen i företaget. Kriterierna som ställdes upp för deltagande i fokusgruppsintervjun var att de deltagande skulle vara arbetsledare för, om möjligt, mellan tio och femton personer och gärna med egen erfarenhet av att arbeta med rehabilitering (tabell 1).

Intervjuer och fokusgrupper		
Företag	Antal intervjuade och antal fokusintervjuer	Referensintervjuer Delprojekt 2
F1	5 / 1	3
F2	3 / 3	2
F3	3 / 1	2
F4	2 / 1	1
F5	3 / 1	2
G1	5 / 2	1
G2	4 / 1	5
G3	6 / 4	3
G4	2 / 1	3
G5	3 / 1	1
G6	4 / 1	3
<i>Totalt</i>	<i>40 / 17</i>	<i>26</i>

Tabell 1. Företag med låg (F) respektive genomsnittlig (G) sjukfrånvaro. Antal intervjuer utförda på respektive företag samt antal deltagande från varje företag. Antal referensintervjuer som användes från respektive företag och som utfördes inom delstudie 2 i projektet.

Datainsamlingsmetoder

Rehabiliteringsprocessen i respektive företag har undersökts genom att:

- Genomföra intervjuer i fokusgrupp med arbetsledare i de elva deltagande företagen. Intervjuerna i fokusgrupperna genomfördes av två intervjuare, tillika medförfattare till rapporten (MW, FB), och varade i genomsnitt en dryg timme och spelades in på band. Intervjuernas fokus låg kring arbetsledarnas egen erfarenhet av rehabiliteringsarbete, ofta beskrivet genom faktiska exempel. Även frågor kring företagets rehabiliteringspolicy samt hur denna genomförs i praktiken togs upp. Vilka förutsättningar och vilket stöd hade arbetsledaren att genomföra planen? Fanns resurser för rehabilitering? Hade arbetsledarna adekvat kunskap för att arbeta med rehabilitering? Uppskattades ett aktivt rehabiliteringsarbete av de långtidssjuk-skrivna?
Fokusgruppernas storlek varierade, från som mest sex arbetsledare till en person vid ett tillfälle. På vissa företag fick, av skäl som går att hänvisa till verksamhetens art, intervjuerna delas upp och utföras med något mindre grupper vid flera tillfällen. Vid något tillfälle framkom att en arbetsledare som kunnat ge något annorlunda information saknades vid intervjutillfället och i något fall insisterade en högre chef på deltagande. På två företag utfördes även kompletterande enskilda telefonintervjuer för att fånga in det praktiska arbetet med rehabilitering på företaget på ett rättvisande sätt.
- Analysera intervjuer från delstudie 2 med chefer eller representanter från personalavdelningar från deltagande företag med tonvikt på rehabilitering. Endast de intervjuer från delstudie 2 där relevant information angående riktlinjerna för rehabiliteringsarbetet framkom har bearbetats för analys i föreliggande delstudie.
- Bearbeta annat kringmaterial av eventuell relevans – till exempel formulerade policies och sjukfrånvarostatistik.

Kompletterande intervjufrågor skickades till några företag kring deras rehabiliteringspolicy.

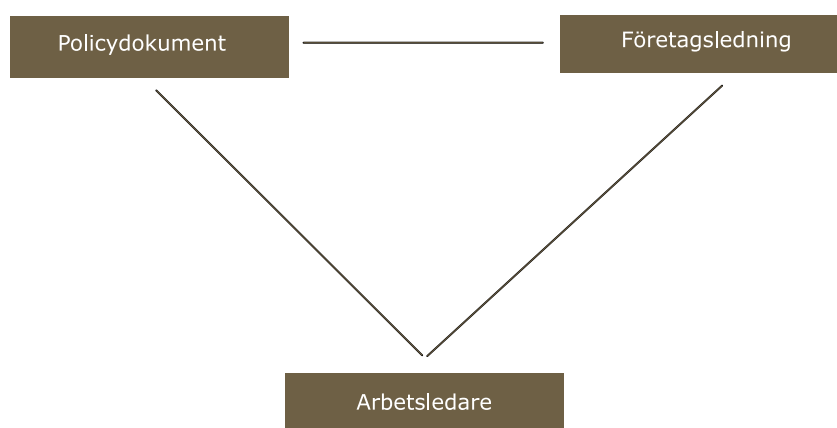
Analys

Sortering och analys har gjorts av dokument, intervjuer från delstudie 2 och fokusgruppsintervjuer med innehållsanalys. Till hjälp vid bearbetningen har det kvalitativa databehandlingsprogrammet NVivo använts.

Texten sorterades selektivt in i fyra huvudgrupper:

- 1.) Bakgrund – om företaget, personalpolitik, sjukfrånvarofakta, orsaker till sjukfrånvaro och information om intervjupersonerna själva.
- 2.) Regler och policy – information från arbetsledarna om riktlinjer och regler kring sjukfrånvaro och rehabilitering.
- 3.) Resurser – finns det tid, ekonomi, stöd, kompetens, personal, material.
- 4.) Praktik – hur jobbar man med korttids- respektive långtidssjukfrånvaro och hur jobbar man förebyggande.

För att länka samman de tre perspektiven på rehabiliteringsprocessen och få struktur på materialet i den kvalitativa delen (dokument, ledning och arbetsledare) har följande modell använts (se figur 5).



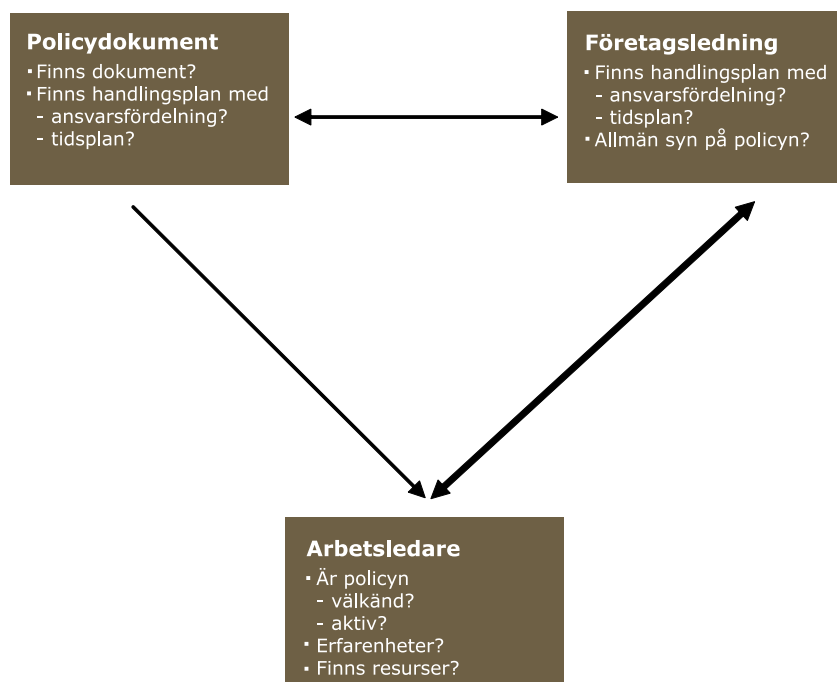
Figur 5. Analysmodell av rehabiliteringsprocessen i ett företag utifrån tre perspektiv; policydokumentet, företagsledningens och arbetsledarnas perspektiv.

Utöver det som framkommit i själva dokumentet, från intervjuerna med representanter från företagsledningen och arbetsledarna, har banden mellan de olika perspektiven på rehabilitering och rehabiliteringsarbetet varit av stort intresse. Hur länkades de tre perspektiven eller nivåerna samman på respektive företag och finns det strukturella likheter mellan friska och friska?

Policydokumentnivån har haft fokus på huruvida det fanns en nedskriven policy för rehabiliteringsarbetet och om det fanns en handlingsplan och en tydlig ansvarsfördelning och tidsplan för genomförande av detta arbete i policyn (se figur 6).

Företagsledningsnivån innehöll kodade intervjuer från delstudie 2 med representanter från ledning och personalavdelningar. Här har fokus varit att förstå vilken inställning som fanns till eventuell nedskriven policy. Var det ett levande dokument eller en hyllvärmare? Vilken roll tillskrev man arbetsledarna i det arbetet och hade man egna tankar om hur man ville driva rehabilitering inom företaget?

Från arbetsledarnivån, som utgått från fokusgruppsintervjuerna, har arbetsledarnas kunskaper om och inställning till dels den nedskrivna policyn, dels företagets generella policy kring rehabilitering fångats. Vet de vem som förväntas göra vad, och när? Är policyn aktiv och välkänd? Vad är deras uppgifter i rehabiliteringsärenden? Hur ser arbetet kring sjukfrånvaro och rehabilitering ut i praktiken? Vilka resurser i form av allt från företagshälsovård och personalavdelning till tid och egen



Figur 6. Analysmodell (se figur 5) med frågeställningar och vissa resultat. Tre perspektiv på rehabiliteringsprocessen i ett företag – det skrivna policydokumentets, företagsledningens och arbetsledarnas synvinkel samt relationerna mellan dessa perspektiv. Pilarna visar kommunikationens riktning och pilarnas tjocklek på deras upplevda betydelse i rehab-processen.

kunskap har de till sitt förfogande? Har de stöd för det arbete de utför och hur ser kontakterna med de sjukskrivna ut?

Under arbetets gång framkom en specificerad frågeställning som relevant och central i sammanhanget. Det handlar om arbetsledarnas förutsättningar att bedriva ett aktivt rehabiliteringsarbete och utföra de direktiv som den eventuella policyn ger för handen. Vilka förutsättningar har arbetsledarna att genomföra direktiven i rehabiliteringspolicyn – har de adekvat kunskap och tillräckliga resurser? Denna frågeställning besvaras särskilt i resultatdelen.

Studiens användning av vissa begrepp

Rehabiliteringspolicy i denna studie fångades både genom skrivna policydokument och genom andra formuleringar om hur företaget skulle förhålla sig till och arbeta med rehabilitering i en vid mening.

Vi var intresserade av att se vilken policy företaget hade för såväl kort- och långtidssjukfrånvaro som hur man formulerade sig kring och arbetade med att förebygga ohälsa och sjukfrånvaro.

En rehab-policy bedömdes som aktiv om den användes i praktiken. Rehab-policyn var välkänd om den var välkänd av arbetsledarna. En policy var till exempel välkänd men inte aktiv om arbetsledarna visste vad företaget ville genom dokument eller uttalanden från ledningen, men att företaget i praktiken inte följde denna kända policy. Med arbetsledare avsåg vi första linjens chefer eller arbetsledare med direkt personalansvar. Med företagsledning eller ledning syftade vi på personer från vd och personalchef och företagsledningens stab, här speciellt peronalhandläggare.

Kvantitativ del

I den kvantitativa delen av studien lokaliserades alla som varit sjukskrivna 90 dagar eller mer under 2004 i AFA Försäkrings och Alectas register. Även anställda i småföretag (< 50 anställda) med denna sjukskrivningstid togs ut för att en jämförelse skulle kunna göras mellan större och mindre företag. Småföretag är inte kvartilindelade och ingår inte i övriga delar av projektet Hälsa och framtid.

En enkät som efterfrågade hälsa, sjukskrivningsdiagnos, rehabiliteringsåtgärder och andra insatser, återgång i arbete, förväntningar och egna förslag till åtgärder utformades. Enkäten använde tidigare utprovade frågor. Enkäten sändes ut 2006 till ett slumpvis urval av dem som varit långtidssjukskrivna (mer än tre månader) 2004 från företag i kvartil 1, det vill säga de företag med minst antal långtidssjukskrivna, kvartil 2 och 3 (genomsnittliga) och även småföretag.

Två påminnelser utgick till dem som inte svarade. Information om vilka individer det gällde kom från AFA Försäkring och Alecta. En projektsamordnare vid Arbets- och miljömedicin i Uppsala skötte enkätutskicken och påminnelsebreven. Inkomna enkäter bearbetades sedan utan möjlighet att spåra den svarande individen. Register från AFA Försäkring och Alecta och enkät databasen förvarades på olika ställen utan möjlighet till koppling av data.

4. Resultat

Kvalitativ del

Intervjuer och dokument har analyserats utifrån tre perspektiv (se figur 5, sida 19). Analysmodellen har kompletterats med frågor som speciellt skulle belysa respektive perspektiv. Pilarna visar kommunikationens riktning och pilarnas tjocklek på deras upplevda betydelse i rehab-processen.

Policydokument

Av de sex företagen med en genomsnittlig sjukfrånvaro hade två företag en nedskrivnen rehabiliteringspolicy med en handlingsplan med tydlig ansvarsfördelning och tidsplan för rehab-arbetet (tabell 2).

Bland de övriga företagen i den genomsnittliga gruppen saknade två företag helt dokumenterad rehab-policy förutom det som regleras i Lagen om Allmän försäkring, som säger att man ska starta en rehab-utredning efter fyra veckors sjukfrånvaro eller efter sex sjukfall under en tolv månadersperiod. Ytterligare ett företag saknade företagsövergripande policydokument. En enstaka arbetsplats inom företaget hade ett dokument om sitt arbetsmiljösystem där det fanns ett kort avsnitt om rehabilitering och kopplingen till Lagen om Allmän försäkring.

På ett av företagen i den genomsnittliga gruppen fanns ett nedskrivet policydokument, men det var bara en månad gammalt vid undersökningstillfället och hade då inte nått ut till arbetsledarna. Tidigare hade man inte haft något sådant policydokument. Av de fem företagen med en låg sjukfrånvaro hade fyra företag en dokumenterad tydlig rehab-policy med handlingsplan som inkluderade ansvarsfördelning och tidsplan för det arbetet.

Av de elva företagen i denna undersökning hade alltså sex företag en nedskrivnen rehab-policy med tydlig handlingsplan vad gäller ansvarsfördelning och tidsplan. Ytterligare ett företag hade precis fått ett sådant policydokument, men som ännu inte hunnit tillämpas.

Dessa sex policydokument var olika omfattande. Någon policy var sammanfattad på en sida medan en annan fyllde närmare sex sidor. Ett företags rehab-policy

Förekomst av policyn och handlingsplan			
Företag	Policydokument	Handlingsplan	
		Ansvarsfördelning	Tidsplan
F1	Ja	Ja	Ja
F2	Nej		
F3	Ja	Ja	Ja
F4	Ja	Ja	Ja
F5	Ja	Ja	Ja
G1	Nej		
G2	Ja	Ja	Ja
G3	Nej		
G4	Ja	Ja	Ja
G5	Nej		
G6	Nej*		

Tabell 2. Förekomsten av policydokument över rehabilitering och handlingsplan med tydlig ansvars-fördelning och tidsplanering hos företag med låg sjukfrånvaro (F) och med genomsnittlig sjukfrånvaro (G). * = Företaget G6 hade fått ett policydokument för en månad sedan men det hade inte hunnit implementeras på företaget.

var sammankopplat med deras arbetsmiljöpolicy och gick att ta del av på flera olika ställen i en mycket omfattande arbetsmiljöhandbok.

Det fanns skillnader i vilken grad man betonade det förebyggande arbetets betydelse och om man fokuserade på att förhindra ohälsa eller att stödja hälsofrämjande strukturer. I ett rehab-policydokument, som fanns på ett företags intranät tillgängligt för all personal, lyfte man tydligt fram det förebyggande arbetets centrala roll:

Inom företaget arbetar vi i första hand med förebyggande åtgärder för att förhindra sjukskrivningar. Våra grundläggande värderingar och utvecklingsdialogen är våra byggstenar och tryggar för en motiverad, trivsamt och effektiv arbetsplats.

... och vad man såg som en hälsofrämjande faktor:

Viktigast är att samtliga ledare har en god människokunskap och förstår hur vi som människor fungerar och vilka grundläggande behov vi har.

På ett annat företag fanns instruktioner direkt ställda till medarbetarna hur man ska agera vid sjukdom. Samtidigt betonade man arbetsanpassningens betydelse både allmänt och vid rehabilitering:

Vår arbetsmiljö ska utformas så att den förhindrar utslagning och underlättar möjligheterna att arbeta hos oss.

I ett tredje företags policydokument, som låg inrymt i en chefshandbok, beskrev man arbetsmiljöarbetets förebyggande betydelse och chefens ansvar. Synen på sjukfrånvaro formulerade man på följande sätt:

Sjukskrivning måste betraktas som en stark medicin; ju högre dos desto större biverkningar.

Företagsledning

På de fem friska företagen hade alla en mer eller mindre tydlig struktur för hur arbetet med rehabilitering skulle skötas. Fyra av de fem hade också policydokument som ofta någon i ledningen varit med och skrivit eller åtminstone uppdaterat. Ett företag hade medvetet valt att inte formulera en egen rehab-policy. Om det uppstod frågor eller behov av insatser kring rehabilitering hade företagets ledning som huvudlinje att anlita professionellt stöd externt, oftast hos den egna företagshälsövården:

Vi har också sagt väldigt tydligt ... att vi ska inte ge oss in och försöka göra saker som vi inte är duktiga på, det vill säga i det här sammanhanget, rehabilitering och sjukdomsbedömningar och sådana här saker. Vi köper in de tjänsterna av företagshälsövården. Vi tar hjälp av dem så att varje gruppchef har rätt att ringa dit och få stöd och hjälp när det gäller. Ja, hur ska man tackla en sådan här sak och hur går vi vidare, hur kan en rehabplan se ut för den här individen. Det är lätt att göra om någon har brutit en arm, då kan vi nog skriva den själva, men när det är andra frågor eller långvariga sjukdomar som har en annan karaktär, där har inte vi kompetens och vi ska inte försöka ha den kompetensen heller utan då tar vi hjälp utifrån.

På fyra av de sex genomsnittliga företagen fanns det också en relativt tydlig rehabstruktur. Av dessa fyra företag hade två en dokumenterad rehab-policy medan två hade sin struktur via en utvecklad och tydlig praxis.

Av de två återstående företagen i den genomsnittliga gruppen, hade ett av företagen med geografiskt utspridda arbetsplatser inte utvecklat någon generell rehab-policy vare sig inom företagsledningen eller i något företagsövergripande policydokument som har nått ut till de olika arbetsplatserna. Man berättade att det nu fanns funderingar på att anlita en extern konsult för att ta över ansvaret för delar av rehabiliteringsarbetet.

I det andra företaget hade man helt nyligen utarbetat ett policydokument kring rehabilitering och ledningen hade därmed själv börjat bli klarare på hur dessa frågor skulle drivas i praktiken. Denna policy hade man inte hunnit implementera i hela organisationen vid undersökningstillfället.

På de fem friska företagen och på de fyra genomsnittliga företagen med strukturerad rehab-policy i någon form, fanns alltid någon utpekad person i ledningen som hade ett operativt ansvar för att driva dessa frågor. En vd uttryckte sig på följande sätt:

Vi har ju en väldigt låg sjukfrånvaro, vi har ju alla de här vanliga medicinska diagnoserna, influensa och sådant där. Och vi har några fall också där det finns en psykosocial komponent i det hela, det vet vi tämligen väl. Jag tror inte att vi har mer än tre eller fyra långtidssjuka och de är synnerligen väl diagnostiserade, så dem känner jag till rätt väl. Vår personalchef håller i alla kontakter med försäkringskassa och privata läkare och vår egen företagshälsovård. Skulle det bli en överrepresentation där på någon diagnos skulle jag väldigt snabbt få reda på det. Sen är företaget inte större än att man i stort sett kan hålla koll på allihop, färre än 100. Jag vet vad de heter och vad de gör, jag har haft alla på introduktionssamtal, jag träffar många rätt ofta. Jag borde säkert vara ute mycket mer på fältet, det är en ständig grej som jag har dåligt samvete för. Men icke förty har jag nog rätt hyfsad koll på vem som gör vad och hur man har det även civilt.

I intervjuerna med de rehab-ansvariga personerna var det relativt tydligt vilka förväntningar man hade på arbetsledarna och vilken rollfördelning mellan företagsledning och arbetsledare som skulle gälla. Hur man ville fördela ansvaret mellan sig och arbetsledarna varierade mellan företagen. En VD uttryckte sig så här:

Vid företaget ansvarar respektive chef för att utredningen initieras. Därefter ansvarar personalavdelningen för att utredningen genomförs. Våra rehab-ärenden kanaliseras alltid via vår personalchef. Förstalinjechefen fångar upp frågeställningen och är med på en del av de rehab-samtal som görs, men när det kommer till rehab-frågorna lägger vi över det på personalchefen.

En anställd på en personalavdelning på ett annat företag betonade att det inte fanns någon fast mall hur man skulle jobba med rehab-frågor utan att arbetsmetoden skulle anpassas efter varje situation:

Vi på HR-funktionen är mycket ute i verksamheten och har en väldigt god kontakt både med medarbetare och med cheferna. När vi får någon signal, antingen så tar den anställde själv kontakt med oss eller också är det chefen som märker det här och tar upp det för dialog. Så man kan inte säga exakt att det är så här vi jobbar.

Det var egentligen bara ett företag som spontant hänvisade till sina policydokument som viktiga för bland annat rehab-arbetet. I det företaget hade man utvecklat en omfattande arbetsmiljöhandbok som skulle vara ett levande dokument och stöd för bland annat arbetsledarna vid arbete med rehabiliteringsfrågor:

För varje ny chef som kommer så går HR-personal igenom vad man har för chefsansvar, där rehab är ett, och då hänvisar vi till var det finns på nätet att läsa om och var man kan hämta det. Och så får båda två skriva under, eller jag skriver på och chefen då, och så sparar vi det här. Jag tycker nog att de i de allra flesta fall har tillräcklig kompetens i praktiken. De som inte kan eller vet hur de ska göra, de hör ju av sig.

På ett av företagen som inte hade någon nedskriven policy ansåg personalchefen att man aldrig saknat ett sådant dokument. De rutiner som vuxit fram var enligt personalchefen kända av berörda personer i ledningen och bland arbetsledarna och fungerade bra. Personalchefen och de flesta arbetsledarna satt nära varandra och hade kontinuerlig kontakt under dagen.

Även om nästan ingen från de olika företagens ledning direkt refererade till sina policydokument, så såg vi ett visst samband mellan policydokumentens innehåll och hur företagsledningen uttryckte sig i intervjuerna.

Ju mer företags policydokument om rehabilitering betonade vikten av förebyggande insatser, desto vanligare var det att åtminstone någon i företagsledningen lyfte fram detta ämne i intervjun.

I de företag där policydokumentet i huvudsak var uppbyggt på konkreta handlingsplaner fanns en tendens att även intervjuerna med företagsledningen hade det innehållet och mindre om förebyggande insatser. VD:n på ett av dessa företag med konkreta handlingsplaner tog upp detta som en brist och tyckte att deras egen policy borde vara mera strategisk:

Jag tror att man saknar strategiskt tänkande ofta när man jobbar med sådana här frågor. Man jobbar underifrån med rehab-ärenden och korttidsfrånvaro och ergonomiska faktorer. Men många frågor tror jag är väldigt mycket mer strategiska, behöver de stora greppen.

Arbetsledare

De intervjuade arbetsledarna på de friska företagen uttryckte i högre utsträckning att de tyckte företags rehab-policy var välkänd och användes aktivt än arbetsledarna på de genomsnittliga företagen.

Skulle jag ställas inför ett problem som jag inte känner till, då ringer jag ju personalavdelningen och där vet jag om att jag får hjälp. Sedan blir det upp till mig hur jag vill nyttja den hjälpen och så. Även om man känner en liten osäkerhet att man inte har fullständig koll på rehabiliteringen så känner jag ingen oro för att det skulle inträffa.

På två av företagen i den friska gruppen tyckte arbetsledarna att ledningen varit tydlig med hur rehab-arbetet skulle bedrivas, men man kände inte till vad som stod i företags policydokument. Hos arbetsledarna på de genomsnittliga företagen varierade erfarenheterna. På två av de fyra företag i den här gruppen som inte hade policydokument, rapporterade arbetsledarna att de tyckte att företagsledningen hade gjort sin rehab-policy tydlig på annat sätt och man uppfattade att man jobbade aktivt utifrån den. En arbetsledare uttryckte det så här:

Jag tycker nog att vi har i alla fall det bästa stödet man kan få från ledningen ... vi får nog göra allt vi vill ... bara vi får det att funka.

På ett företag beskrev arbetsledarna situationen på detta sätt:

Här sitter fem av arbetsledarna tillsammans hela dagen och har telefon-

kontakt med sin personal som är ute och kör och då pratar man med varandra om olika grejer och om personalfrågor. De ringer och pratar, ”nu har han varit hemma i två tre dagar, vi ringer och pratar och ser hur det är med honom och försöker få tillbaka honom”. Och blir det långtidssjukskrivningar hamnar det hos personalchefen som sitter här bredvid.

På de två övriga företagen utan policy uttryckte man att man inte hade några sådana riktlinjer, utan varje arbetsplats fick utforma sin egen rehab-policy.

Arbetsledarna hade varierande erfarenheter av rehab-arbete. En tendens inom många företag var att de som varit arbetsledare under lång tid och hunnit jobba med rehabiliteringsfrågor ofta såg att de hittat ett arbetssätt som de hade stöd från arbetsledningen att jobba efter. De med kortare anställningstid, och som fått färre rehab-frågor aktualiserade var mer osäkra på vad som gällde, vad företagsledningen förväntade sig och hur man praktiskt skulle arbeta med rehabilitering. Här var ändå en tydlig struktur i rehab-arbetet ett stöd för de mer oerfarna arbetsledarna.

Vid sidan om företagets och företagsledningens tydlighet om sin rehab-policy, hade tillgången eller bristen på vissa andra resurser betydelse för rehab-arbetet. I vilken utsträckning kunde arbetsledarna få stöd från någon i företagsledningen eller deras stab? Vilket stöd fanns det från företagshälsovård eller andra externa resurser? Fanns det personal och tid för detta arbete? Hade arbetsledarna själva fått utbildning eller kunnat skaffa sig kompetens för detta arbete? I vilken utsträckning fanns det stöd för förebyggande insatser som kunde förhindra eller minska behovet av rehabiliteringsinsatser i enskilda fall?

Dessa teman fanns med i alla våra fokusintervjuer med arbetsledarna. De svar, kommentarer och värderingar arbetsledarna uttryckte om vad som underlättat eller försvårat deras arbete med rehabilitering, sjukfrånvaro och förebyggande arbete, har vi valt att redovisa översiktligt.

Policydokument, företagsledning och arbetsledning

Genom att utgå från det arbetsledarna rapporterat i fokusintervjuerna och lägga till det man fått veta av företagsledningen i andra intervjuer plus vad som gått att läsa sig till i dokument, har det gått att få en översiktlig bild över hur rehab-processen gestaltade sig i varje företag under undersökningsperioden. Genom att lyfta fram de strukturer i företaget som speciellt, stärkte eller försvårade rehabiliteringsprocessen fick varje företag sin egen rehab-profil (figur 7a och 7b).

Överensstämmelse mellan företagsledning och arbetsledning

I företagen som tillhörde den ”riskgruppen” var företagsledning och arbetsledare i huvudsak mera samspelta i rehab-processen än man var i den genomsnittliga gruppen. Rehab-policyn och därmed rollfördelningen vem som skulle göra vad var mera tydligt i de friska företagen än i de normala. I fyra av de sex genomsnittliga företagen var överensstämmelsen mellan företagsledning och arbetsledning måttlig eller till och med svag, och stark i bara två företag.

En stark överensstämmelse mellan företagsledning och arbetsledning hur man skulle driva rehab-arbetet har markerats med en heldragen linje i figur 7a och 7b. En måttligt god överensstämmelse markerades med en streckad linje och en svag överensstämmelse mellan företagsledningens och arbetsledningens uppfattning kring hur rehab-arbetet var upplagt har markerats med en prickad linje.

Stödjande resurser och motverkande krafter i rehab-arbetet

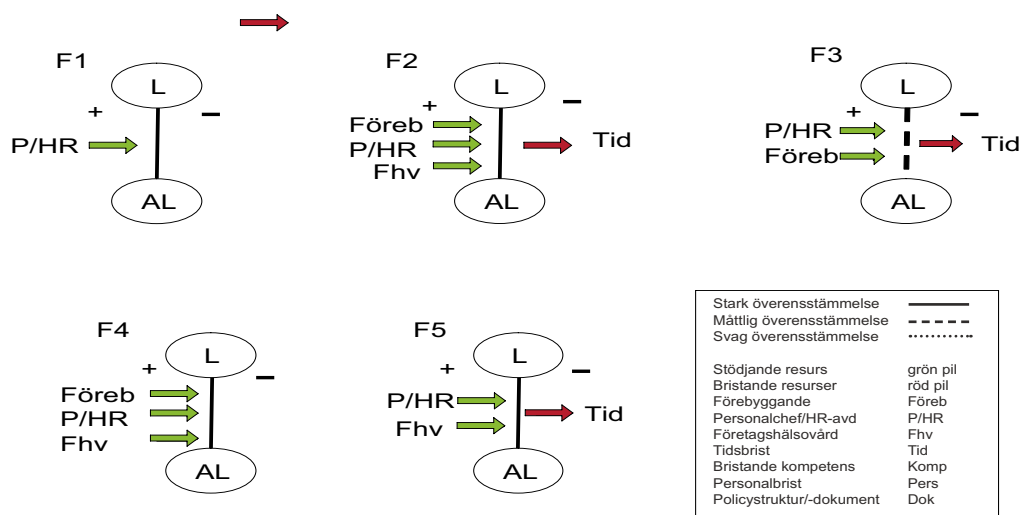
Arbetsledarna i friska företag hade också fler resurser som stödde och färre som motverkade rehab-processen än vad som gällde arbetsledarna i genomsnittliga företag. Det fanns variationer inom grupperna, men sammantaget skilde sig grupperna åt. Hos alla friska företag hade man ett tydligt och starkt stöd från personal-

ledningen. Det var ofta här ansvaret låg för att hantera längre sjukfrånvaro och kontakter med företagshälsovård, försäkringskassa och andra externa kontakter.

Profiler i kommunikation och resurser i gruppen friska företag och i gruppen genomsnittliga företag

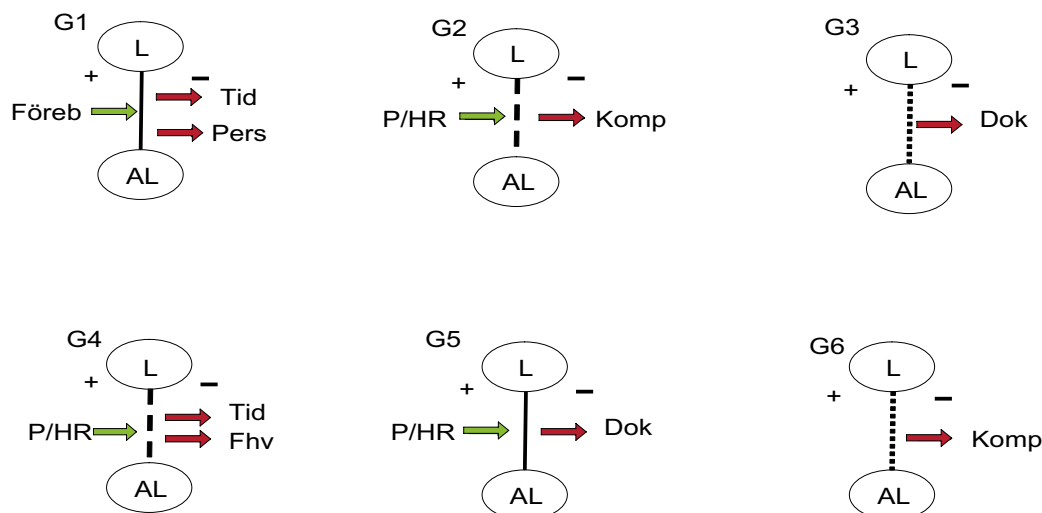
I figurerna 7a och 7b har resurser som särskilt bidragit till att stödja rehab-processen markerats med grön pil under ett plustecken. De resurser som försvårat eller hindrat rehab-arbetet har markerats med en röd pil under en minustecken.

För de fem friska företagen fick vi fram följande profiler:



7a. Rehabiliteringsprocessen i de fem friska företagen (F1–F5) utifrån graden av överensstämmelsen mellan företagsledning (L) och arbetsledare (AL) vad gäller rehab-policy och vilka påtagligt stödande eller bristande resurser/motverkande krafter som var kännetecknande för rehab-processen.

På motsvarande sätt fick de sex genomsnittliga företagen följande profiler:



7b. Rehabiliteringsprocessen i de sex genomsnittliga företagen (G1–G6) utifrån graden av överensstämmelsen mellan företagsledning (L) och arbetsledare (AL) vad gäller rehab-policy och vilka påtagligt stödande eller bristande resurser/motverkande krafter som var kännetecknande för rehab-processen.

I de friska företagen var företagsledning och arbetsledare i huvudsak mera samspelta i rehab-processen än man var i de genomsnittliga företagen. Rehab-policyn och därmed rollfördelningen vem som skulle göra vad, var mera tydlig i friska företag. Arbetsledarna i friska företag hade också fler resurser som stödde och färre som motverkade rehab-processen än vad som gällde arbetsledarna i genomsnittliga företag. Det fanns variationer inom grupperna, men sammantaget skilde sig grupperna åt.

Hos alla friska företag hade man ett tydligt och starkt stöd från personalledningen. Det var ofta här ansvaret låg för att hantera längre sjukfrånvaro och kontakter med företagshälsovård, försäkringskassa och andra externa kontakter. I hälften av de genomsnittliga företagen var inte den rollfördelningen mellan ledning och arbetsledare lika tydlig.

Kvantitativ del

Det framträdande resultatet i den kvantitativa delen av denna studie är att de långtidssjukskrivna är så mycket färre i friska företag jämfört med genomsnittliga. Bland de långtidssjukskrivna är samstämmigheten i svaren mycket stor antingen de kommer från friska, genomsnittliga eller små företag. Några tydliga generella könsskillnader framkom inte heller.

Svarsfrekvensen var relativt dålig, men följer tyvärr en aktuell trend i enkätundersökningar. Av långtidssjukskrivna anslutna till AFA Försäkring svarade 57 procent på enkäten, 64 procent svarade som var anslutna till Alecia och 57 procent i gruppen med småföretag, (tabell 3).

Svarsfrekvensen var ungefär densamma för de olika kvartilerna och grupperna. Män anställda i småföretag svarar i lägre grad än kvinnor i småföretag. I övrigt framkom inga könsskillnader. Personer med psykisk ohälsa som sjukskrivningsdiagnos 2004 svarade generellt i lägre grad än de med andra diagnoser. Äldre (> 50 år) sjukskrivna svarade oftare än yngre. De med längre sjukskrivningstid (> 6 månader) svarade i högre utsträckning än de med kortare.

Diagnoserna indelades i rörelseorganens sjukdomar, psykisk ohälsa och övriga diagnoser. I gruppen ansluten till AFA Försäkring är man sjukskriven för rörelseorganens sjukdomar och i gruppen anslutna till Alecia för psykisk ohälsa i första hand (tabell 4). Diagnosgruppen psykisk ohälsa var något vanligare bland kvinnor än bland män. Det var relativt vanligt att man ansåg att sjukskrivningen berodde på förhållanden i arbetet. Få hade dock anmält det som arbetsskada (tabell 5). Speciellt gällde detta Alecia-gruppen.

I samband med sjukskrivningen 2004 hade 55 procent av dem som var anslutna till AFA Försäkring, 68 procent av dem som var anslutna till Alecia och 53 procent i gruppen med småföretag återgått i någon form av arbete (tabell 6). Många hade fortfarande en anställning 2006 men var ofta sjukskrivna (tabell 7 och 8).

Deltagare i enkätundersökningen			
		Tillfrågade	Svarat
AFA Försäkring	Friska företag	131	68
	Genomsnittliga företag	1 442	831
		1 573	899 (57 %)
Alecia	Friska företag	204	130
	Genomsnittliga företag	1 272	808
		1 476	938 (64 %)
Småföretag		773	438 (57 %)
Totalt		3 822	2 275 (60 %)

Tabell 3. Deltagare i enkätundersökningen av långtidssjukskrivna – antal tillfrågade och svarande.

Diagnoser vid långtidssjukskrivning

		Rörelseorganens sjukdomar	Psykisk ohälsa	Övrigt
AFA Försäkring	Friska	66 %	13 %	32 %
	Genomsnittliga	60 %	19 %	38 %
Alecta	Friska	29 %	48 %	42 %
	Genomsnittliga	28 %	51 %	36 %
Småföretag		35 %	48 %	36 %

Tabell 4. Diagnoser vid långtidssjukskrivningstillfället 2004 enligt enkät.

Orsaker till sjukskrivning och anmäld arbetsskada

	Orsaker privat	Orsaker i arbetet	Anmäld som arbetsskada
AFA Försäkring	21 %	73 %	34 %
Alecta	29 %	76 %	13 %
Småföretag	34 %	78 %	22 %

Tabell 5. Andel av de svarande som anser att de problem de var sjukskrivna för orsakades av faktorer i privatlivet resp på arbetet och hur många av de senare som anmält detta som arbetsskada.

Har återgått i arbete direkt efter sjukskrivning

	Heltid		Deltid		Ej återgått
	Samma arbetsuppgifter	Nya arbetsuppgifter	Samma arbetsuppgifter	Nya arbetsuppgifter	
AFA Försäkring	30 %	6 %	14 %	5 %	45 %
Alecta	27 %	5 %	24 %	12 %	32 %
Småföretag	21 %	6 %	18 %	9 %	47 %

Tabell 6. Andel som har återgått, respektive ej återgått, i arbete direkt efter sjukskrivningen 2004.

Aktuell anknytning till arbetsmarknaden

	Anställd	Arbetslös	Pension	Annat
AFA Försäkring	70 %	12 %	12 %	6 %
Alecta	77 %	9 %	9 %	5 %
Småföretag	59 %	22 %	9 %	9 %

Tabell 7. Läget på arbetsmarknaden idag för den undersökta gruppen.

Sjukskrivna hel- eller deltid

		Deltidssjukskrivna	Heltidssjukskrivna
AFA Försäkring	Friska	8 %	37 %
	Genomsnittliga	12 %	31 %
Alecta	Friska	22 %	26 %
	Genomsnittliga	22 %	21 %
Småföretag		18 %	26 %

Tabell 8. Andelen som varit sjukskrivna på hel- eller deltid > 3 månader under 12 månader före enkätstillfället.

Andel med bra/mycket bra hälsa				
AFA Försäkring		Alecta		Småföretag
Friska	Normala	Friska	Normala	
52 %	43 %	47 %	58 %	47 %

Tabell 9. Andel med bra/mycket bra hälsa i de tre grupperna.

Har fått professionell hjälp före sjukskrivning				
AFA Försäkring		Alecta		Småföretag
Friska	Normala	Friska	Normala	
27 %	29 %	30 %	24 %	25 %

Tabell 10. Andel som fått professionell hjälp före sjukskrivningstillfället 2004.

Har fått avancerat rehab-program				
AFA Försäkring		Alecta		Småföretag
Friska	Normala	Friska	Normala	
22 %	14 %	12 %	14 %	13 %

Tabell 11. Andel som anger att de fått ett avancerat rehab-program.

Faktorer för arbetsåtergång (flera)			
	AFA Försäkring	Alecta	Småföretag
Minskade symtom och besvär	55	63	62
Effektiv behandling	42	52	49
Yrkesinriktad träning, omskolning	13	11	21
Förändrade arbetsuppgifter	11	11	10
Annat arbete	25	24	29
Kortare arbetstid	19	22	26
Stöd och uppmuntran från arbetskamrater	19	30	26
Arbetsgivarens stöd och engagemang	21	32	22
Företagshälsovårdens stöd och engagemang	15	23	11
Fackets stöd och engagemang	11	7	9
Min egen vilja	52	66	62
Ekonomiska skäl	20	14	21

Tabell 12. Viktiga faktorer för arbetsåtergång, flera faktorer kunde anges (i procent).

I enkäten ställdes den vanligt förekommande frågan om den egenskattade hälsan: "I allmänhet hur skulle du vilja säga att din hälsa är?" Svarsalternativen delades in i bra/mycket bra och övriga (tabell 9).

I den kvalitativa delen av undersökningen framkom att det skilde sig mellan friska och genomsnittliga företags policy och strategi inför sjukskrivning. Andelen svarande som sade sig ha fått professionell hjälp före sjukskrivningen var dock i stort sett densamma i de olika företagen (tabell 10). Rehab-program av mer avancerat slag (flera gånger i veckan under minst tre veckor) var inte särskilt vanliga (tabell 11).

Viktigaste faktorn för arbetsåtergång				
	Minskade besvär	Egen vilja	Effektiv behandling	Annat arbete andra uppgifter
AFA Försäkring	33	27	17	5
Alecta	32	29	17	5
Småföretag	30	30	15	7

Tabell 13. Den viktigaste faktorn för arbetsåtergång (i procent).

Företagshälsovården antas vara en viktig instans för ett lyckat rehab-resultat. Av dem som fått åtgärder under sin sjukskrivning hade 42 procent i AFA Försäkringsgruppen, 50 procent i Alecta-gruppen och 23 procent bland småföretagsanställda fått det via företagshälsovården.

Dessa siffror speglar att företagshälsovården inte är en lika självklar instans för småföretag. De sjukskrivna fick klassa vad som var eller hade varit viktigt för arbetsåtergång. Flera alternativ gick att fylla i på denna fråga. Resultaten framgår av tabell 12.

Den viktigaste faktorn för en lyckad rehabilitering fick också anges och där framkom att minskade besvär och den egna viljan var de två faktorer som ansågs som de mest viktiga (tabell 13). De som återgått i arbete tyckte att den egna viljan var ännu viktigare och de som fortfarande var sjukskrivna angav att minskade besvär var det absolut viktigaste för arbetsåtergång.

5. Diskussion

Ett syfte med den kvalitativa delen av studien var att undersöka dels deltagande företags policy i rehabiliteringsfrågor och om denna hade någon betydelse för graden av sjukfrånvaro på olika företag och dels hur policyn uppfattades och genomfördes av arbetsledarna. Syftet med den kvantitativa enkät delen var att se om policy och strategi hos företaget minskade långtidssjukskrivning och främjade arbetsåtergång.

I intervjudelen med ledning och arbetsledare fann vi tendenser till ett skilt betraktelsesätt och intresse för att hindra långtidssjukskrivning och främja möjligheter att arbeta mellan representanter för friska och genomsnittliga företag. De som blivit långtidssjukskrivna 2004 och som tillfrågades om detta 2006 var betydligt färre i friska företag än i genomsnittliga. Deras erfarenheter var dock mycket lika. Kön, företagstillhörighet och sjukskrivningsdiagnos spelade en underordnad roll för utfallet.

Genom att utgå från policydokumentets, företagsledningens och arbetsledningens olika perspektiv, har analyser av intervjuer och dokument gett en tredimensionell bild av varje enskilt företags rehabiliteringspolicy. Med detta som bas har vi kunnat jämföra friska företag med genomsnittliga, både vad gäller samstämmighet i beskrivning och närvaron av stödjande respektive motverkande krafter i rehabiliteringsarbetet.

När vi försökte sammanfatta våra erfarenheter gick vi, för att öka reliabiliteten, både var och en och tillsammans igenom varje företag för att se vad det fanns som stödde och vad som hindrade den rehabiliteringsprocess som skulle genomföras enligt företagets policy. Det resulterade i de grafiska modeller för varje företag med företagen grupperade utifrån indelningen i friska och genomsnittliga som visas i figurerna 7a och 7b.

Har vi gjort en rättvis bedömning av vårt material, så ger de grafiska sammanfattningarna av företagen enligt figur 7a och 7b ett underlag för jämförelser grupperna emellan.

Ett resultat av en sådan jämförelse visade att en stark överensstämmelse, en ”balanserad kommunikation” mellan ledning och arbetsledare kring hur rehabiliteringspolicyn skulle skötas, vem som gör vad och när, var betydligt vanligare bland friska än genomsnittligt sjuka företag. Det symboliseras i figurerna 7a och 7b med en heldragen linje mellan L och AL.

Fler stöttande funktioner

Ett annat resultat av jämförelser visade att de friska företagen generellt hade fler stöttande funktioner än de genomsnittliga företagen. En stöttande personalfunktion i rehabiliteringsfrågor var en av de starkaste faktorerna. Där det fanns en personalchef eller annan person på personalavdelningen som enligt företagets policy hade ett övergripande ansvar för rehab-arbetet inklusive för långtidssjukskrivnas rehabilitering, fick arbetsledaren en enklare, mera stödjande funktion i det arbetet. När den rollfördelningen var tydlig och accepterad både av företagsledning och av arbetsledare rapporterades att man hade ett fungerande rehabiliteringsarbete.

Våra resultat stämmer väl överens med internationella erfarenheter. I en kvalitativ undersökning från Kanada intervjuades 55 olika intressenter bland arbetsgivare, fack, arbetstagare, långtidssjukskrivna, försäkringstjänstemän med flera om vad som ger en hög arbetsåtergång (Friesen et al. 2001).

Intervjuerna visade att hinder för arbetsåtergång var en långsam rehab-process och en ineffektiv och bristfällig kommunikation och samordning mellan de inblandade. Goda möjligheter för en lyckad rehab-process med återgång i arbete som mål var att det fanns ett välkänt program för arbetsåtergång på

arbetsplatsen, en effektiv kommunikation och bra kontakt mellan olika aktörer. Arbetsgivare och arbetstagare var överens på dessa punkter och någon polarisering förekom inte.

Attityder på arbetsplatsen och den sjukskrivnes inställning till sin egen skada var också av vikt. Att den sjukskrivne involverades i rehab-processen, som en fullvärdig medlem i teamet och inte bara blev ett objekt för experternas åtgärder, betonades. I dessa intervjuer påpekade också främst personalansvariga att det tar lång tid att bygga upp en fungerande process som genomsyrar en organisation.

Datainsamlingen i vår studie hade vissa brister. Sammansättningen av vissa fokusgrupper var inte helt enligt våra krav. Några arbetsledare hade just tillträtt sina tjänster och hade inte hunnit få några större erfarenheter av att som personalansvariga bedriva rehabiliteringsarbete. Någon var ansvarig för en mycket liten grupp och hade av den anledningen begränsade egna erfarenheter. I ett annat fall saknade vi någon arbetsledare som vi under intervjun förstod skulle ha mycket att bidra med. Det visade det sig i något fall att en person från ledningsgruppen fanns med i fokusgruppen.

Det fanns i många fall begripliga förklaringar till varför fokusgrupperna inte var optimala men i några fall kan vi bara spekulera varför gruppssammansättningen såg ut som den gjorde. En del brister på grund av begränsade egna erfarenheter komparerades av att de flesta arbetsledare ändå hade kunnat följa andras rehabiliteringsarbete.

Eftersom både företagens produktionskrav och vår studies ramar inte tillät att vi ställde in och bokade ett nytt intervjutillfälle med relativ kort varsel, har vi fått försöka hantera dessa brister i möjligaste mån. Några telefonintervjuer med enskilda har fått komplettera materialet.

Enkätstudien har en reaktivt låg svarsfrekvens, vilket kanske inte är förvånande då vi efterfrågade en sjukskrivningshändelse ett par år bakåt i tiden. Huruvida resultaten har blivit snedvridna av detta faktum går inte att uttala sig om.

Få avancerade åtgärder

I enkätstudien visade det sig att många av de långtidssjukskrivna inte kommit tillbaka till arbetet och om de gjort det haft flera sjukskrivningsperioder senaste året. Andelen som fått sammansatta och avancerade rehabiliteringsåtgärder var få. Många tyckte sig sakna stöd från arbetsgivare, fack, företagshälsovård och Försäkringskassa. Att samordningen är långsam och att detta är kontraproduktivt för en lyckosam arbetsåtergång efter vet vi sedan tidigare studier (HAKuL 2004). Här kan det finnas plats för förbättringar, speciellt i gruppen genomsnittliga företag med många långtidssjukskrivna.

I vår enkätstudie visade det sig att en viktig faktor, som de tillfrågade anger för att återvända till arbetet, är "min egen vilja att börja arbeta igen". Detta faktum är mycket viktigt att ta hänsyn till. Människors egen förmåga att prognostisera sin framtid är god. Motivationshöjande åtgärder och åtgärder som stärker en persons empowerment (egen kraft) kan ha betydligt större effekt än mycket annan rehabilitering. Graden av empowerment är associerat med den självskattade hälsan (Arneson, 2006)

Med aktionsteorin som beskrevs i inledningen till denna rapport om att vilja, kunna och ha möjligheter, som ligger i linje med vad vi fann, genomfördes en studie på långtidssjukskrivna i Stockholm (Berglind & Gerner 2002). I undersökningen fanns alternativen återgång i tidigare arbete, nya arbetsuppgifter på gamla arbetsplatsen, nytt jobb, anpassat arbete, sjukersättning eller förtidspension. Varje studieperson fick ta ställning till "vill, kan, ha möjlighet" till dessa alternativ.

Ur aspekten vill var det mest populära alternativet återgång till tidigare arbete och det minst populära sjukersättning eller förtidspension. Många trodde också att de hade möjligheter att komma tillbaka men var tveksamma till sin kompetens;

om de kunde. Om de skulle kunna var den stora osäkerhetsfaktorn för alla arbetsalternativen.

I uppföljningen av gruppen två år senare visade det sig att 80 procent av dem som ville, trodde sig kunna och ha möjligheter var åter i arbete. Av gruppen som var negativ på alla tre punkterna var enbart 12,5 procent åter i arbete.

Gerner har i en annan studie av långtidssjukskrivna använt samma frågebatteri som vi gjort i denna undersökning och fann då samma resultat som vi, nämligen att minskning av symtom och den egna viljan rankades som högst när det gäller faktorer som kunde ge arbetsåtergång (Gerner, 1999).

Försäkrans har prognostiskt värde

I en holländsk studie fann man att patienters försäkrans och tro om arbetsåtergång inom sex månader hade prognostiskt värde (Heymans et al., 2006). I Sverige har en studie bland offentliganställda visat samma sak (Heijbel et al., 2005). Där användes samma instrument för mätning som i denna studie. Av de långtidssjukskrivna, där de flesta hade varit sjukskrivna omkring ett år, återgick ingen till arbete som inte trodde detta, medan i gruppen som trodde på arbetsåtergång var drygt 30 procent i arbete ett och ett halvt år senare trots de långa sjukskrivningstiderna.

Andra studier som också visat ett samband mellan den anställdes egen uppfattning om sjukfrånvarostatus i framtiden, oavsett andra åtgärder, finns (Reiso et al., 2003). Motivationsstödjande interventioner är troligtvis en bra åtgärd för arbetsåtergång (Hagen et al., 2000).

Processerna varför en person blir sjuk och varför en person åter blir frisk är komplicerade, samverkande och samvarierande. Orsaker är genetiska, biologiska, ålder, kön, sociala, psykologiska, livsstil, påverkan av normer, attityder och praxis i det medicinska och omgivande samhället samt effekter av påverkan från yttre miljö och arbetsmiljö.

Arbetsplatsens och arbetsgivarens ansvar och arena är begränsad till att underlätta arbetsåtergång genom åtgärder på arbetet och möjligtvis genom att underlätta en bra livsstil. Förebyggande insatser och tidiga åtgärder är alltid bättre än sena åtgärder och rehabilitering. Som en sammanfattning kan konstateras att det som ska göras för de långtidssjukskrivna bör göras innan de blivit långtidssjukskrivna.

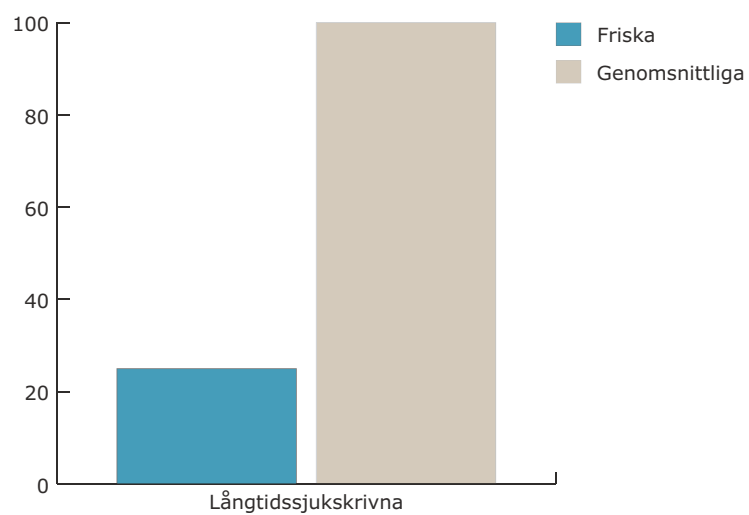
Avslutande reflektion

En mycket större andel blir långtidssjukskrivna i genomsnittliga och små företag än i friska företag. Varför är det så? Förklaringarna kan vara många:

- De blir aldrig anställda
- De blir sedda och omhändertagna tidigt
- Bra rutiner och samordning finns för omhändertagande av arbetstagare som börjar svikta
- Möjlighet till tillfällig eller permanent anpassning av arbetsuppgifterna finns
- Företaget arbetar med förebyggande strategier för bättre hälsa (och troligtvis även produktivitet)
- Arbetsmotivation, arbetsglädje och viljan att fortsätta arbeta är hög

För att åskådliggöra det grafiskt så ser den ungefärliga andelen långtidssjukskrivna ut enligt figur 8 i friska och genomsnittliga företag. Skillnaden mellan staplarna är de personer man kanske kan rädda från långtidssjukskrivning om företaget strävar mot att bli ett friskt företag i stället för ett genomsnittligt.

Långtidssjukskrivna i friska och normala företag



Figur 8. Den ungefärliga proportionen mellan långtidssjukskrivna i friska och normala företag.

Slutsatser

På alla de fem friska företagen fanns en mer eller mindre tydlig struktur för hur arbetet med rehabilitering skulle skötas. På fyra av de sex genomsnittliga företagen fanns det också en relativt tydlig rehab-struktur.

Det var dock betydligt vanligare bland friska än genomsnittliga företag med en stark överensstämmelse, en ”balanserad kommunikation” mellan ledning och arbetsledare kring hur rehabiliteringspolicyn skulle skötas, vem som gör vad och när.

Ett annat resultat av jämförelser visade att de friska företagen generellt hade fler stöttande funktioner än de genomsnittliga.

Det var sällsynt att arbetsledarna hade en aktiv kontakt med de långtidssjukskrivna man hade personalansvar för. Rehabiliteringsansvaret hade i de flesta fall överläts till en personalavdelning.

Kontakten hade arbetsledarna framför allt innan personen hunnit bli långtidssjuk eller i samband med återgång i arbete. På de företag där denna ansvarsförskjutning var tydligt formulerad och fungerade i praktiken, uppvisade den lägsta långtidssjukfrånvaron.

Generellt gav studien stöd för att företag med god rehabiliteringsstruktur, där företagsledning och arbetsledning hade en överensstämmande bild över vilken rehabiliteringspolicy företaget hade och använde sig av den, hade lägre sjukfrånvaro än företag där det inte fanns en sådan stark överensstämmelse.

Enkätdelen av studien visade att andelen långtidssjukskrivna skilde sig markant mellan friska och genomsnittliga företag. De som hamnat i en långtidssjukskrivning hade ungefär liknande erfarenheter av rehabilitering och hjälp till arbetsåtergång, vare sig de arbetade i friska eller genomsnittliga företag. Många av dem som var långtidssjukskrivna kom inte tillbaka till arbetet och gjorde de det så hade de flera sjukskrivningsperioder. Att undvika sjuklighet totalt går inte – men speciellt i de genomsnittliga företagen bör det finnas många kraftfulla åtgärder att genomföra för att minska andelen som hamnar i en långtidssjukskrivning.

Av den forskning som är gjord kan följande sammanfattas:

- Tidiga åtgärder som stärker individens egna resurser och motivation är av värde
- Snabbt insatta åtgärder med en tydlig struktur och god samordning mellan olika aktörer bör eftersträvas
- Att individen själv identifierar sig med sjukrollen bör undvikas
- Åtgärder på arbetsplatsen främst av förebyggande – men även av underlättande karaktär – ökar möjligheten att inte hamna i en långtidssjukskrivning och lättare återgå till arbetet efter en sjukperiod

Referenser

Ahlberg G, Bergman P, Ekenvall E, Parmasund M, Stoetzer U, Waldenström M, Svartengren, M & HoF study group. Delstudie 2 – Tydliga strategier och delaktiga medarbetare i friska företag. Hälsa och framtid. Karolinska institutet, Stockholms läns landsting och Uppsala universitet.

Arneson, H. (2006). *Empowerment and health promotion in working life*. Thesis. Linköpings universitet.

Berglind, H. & Gerner, U. (2002). Motivation and return to work among the long-term sick listed: An action theory perspective. *Disability and Rehabilitation*, 24, 719–726.

Franche, R-L, Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S. & Frank, J. (2005). Workplace based return to work interventions: A systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehab*, 15, 607–631.

Friesen, M. N., Yassi, A. & Cooper, J. (2001). Return to work: The importance of human interactions and organizational structures. *Work*, 17, 11–22.

Gerner, U. (1999). *Rehabilitering ur ett individperspektiv*. Stockholm, Riksförsäkringsverket.

Hagen, E. M., Eriksen, H. R & Ursin, H. (2000). Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain? *Spine*, 25, 1973–1976.

Heijbel, B., Josephson, M., Jensen, I., Stark, S. & Vingård, E. (2006). Return to work expectations predicts work in chronic musculoskeletal and behavioural health disorders: A prospective study with clinical implications. *J Occup Rehab*, 16, 173–184.

Heymans, M. W., de Vet H. C. W., Knol, D. L., Bongers, P. M. & Koes, B. W. (2006). Workers' beliefs and expectations affect return to work over 12 months. *J Occup Rehab*, 16, 685–695.

Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting HAKul (2004). Slutrapport från Sektionen för personskadeprevention, Karolinska institutet.

Ilmarinen, J. E. (2001). Aging workers. *Occup Environ Med*, 58 (8), 546–552.

Johansson, G. (2007). *The illness flexibility model and sickness absence*. Thesis. Karolinska institutet, Stockholm.

Krause, N., Dasinger, L. K. & Neuhauser, F. (1998). Modified work and return to work: A review of the literature. *J Occup Rehab*, 2, 113–139.

Loisel, P., Abenhaim, D., Durand, P., Esdaile, J., Suissa, S. & Gosselin, L. et al. (1997). A population based randomized clinical trial on back pain management. *Spine*, 22, 2911–2918.

Reiso, H., Nygard, J. F, Jorgensen, G. S., Holanger, R., Soldal, D. & Bruusgaard, D. (2003). Back to work: Predictors of return to work among patients with back disorders certified as sick. A two year follow up study. *Spine*, 28, 1468–1473.

Steenstra, I. A., Anema, J. R., van Tulder, M. W., Bongers, P., de Vet, H. C. W. & van Mechelen, W. (2006). Ergonomic evaluation of a multi-stage return to work program for workers on sick leave due to low back pain. *J Occup Rehab*, 16, 557–578.

SOU 2000:78. *Rehabilitering till arbete*.

SOU 2006:107. *Fokus på åtgärder – En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet*.

Young, A. E., Roessler, R. T., Wasiak, R., McPherson, K. M., van der Poppel, M. N. M. & Anema, J. R. (2005). A developmental conceptualization of return to work. *J Occup Rehab*, 15, 557–568.

hälsa och framtid

ETT FORSKNINGSPROJEKT OM LÅNGTIDSFRIKA FÖRETAG

Fakta om Hälsa och framtid

Hälsa och framtid är ett gränsöverskridande forskningsprojekt som studerar vad som utmärker privata företag som har friska medarbetare. Projektet, som startade 2005 och pågår till 2008, består av fyra delstudier.

Registerstudien är den första studien. Den andra studien analyserar faktorer som kan hänga samman med en god arbetshälsa genom att intervjua representanter för ledning, personalavdelning och medarbetare. I delstudie tre skickas en enkät till ett stort antal utvalda företag för att validera betydelsen av friskfaktorerna som framkommit i studie två. Den sista studien undersöker om rehabiliteringsprocessen är en nyckelfaktor till varför företag har låg långtidsfrånvaro.

Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa, Karolinska institutet och Uppsala universitet genomför forskningen i projektet Hälsa och framtid. Projektet har ekonomiskt stöd på 12,75 miljoner kronor från AFA Försäkring, Alecta, Carl Bennet AB, Axel Johnson AB och AB Volvo. En referensgrupp med representanter från Svenskt näringsliv, Företagarna, LO, Metall, TCO, Sif, SACO och PTK stöder också projektet.

Läs mer på www.folkhalsoguiden.se/halsaochframtid och www.ki.se.