

Sygefravær blandt ansatte på sygehusene

Del I

Februar 2019



Publikationen kan hentes på hjemmesiden for
Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed:
www.oimb.dk

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

Indhold

1 Hovedresultater	4
2 Indledning.....	5
3 Data, afgrænsning og metode	6
3.1 Data.....	6
3.2 Opgørelse og afgrænsning af sygefravær	6
3.3 Afgrænsning af somatiske sygehuse.....	7
3.4 Kontrol for rammevilkår	7
3.5 Opmærksomhedspunkter ved benchmarking.....	9
4 Sygefravær blandt ansatte ved sygehusene på landsplan.....	11
5 Sygefravær på sygehusniveau.....	14
5.1 Sygefravær blandt alle ansatte	15
5.2 Sygefravær blandt sygeplejersker.....	19
5.3 Sygefravær blandt social- og sundhedspersonale.....	23
5.4 Sygefravær blandt læger	27
6 Tværgående opsamling.....	31
6.1 Niveau og udvikling	31
6.2 Regionerne.....	31
7 . Tiltag til inspiration.....	33

1 Hovedresultater

Del I: Sygefravær på de somatiske sygehuse på landsplan

- På landsplan var sygefraværet på de somatiske sygehuse blandt alle ansatte under ét 10,0 fraværs dagsværk pr. fuldtidsansat i 2017. Sygefraværet varierer betydeligt på tværs af udvalgte sundheds faglige personalegrupper. Sygefraværet blandt sygeplejersker var 11,2 fraværsværk pr. fuldtids ansat, mens sygefraværet for social- og sundhedspersonalet og læger var hhv. 14,9 og 5,9 fraværs dagsværk pr. fuldtidsansat.
- Fra 2015 til 2017 faldt sygefraværet med 0,9 procent for alle ansatte under ét på de somatiske syge huse. Sygefraværet steg i samme periode med hhv. 0,6 procent og 3,0 procent for sygeplejersker og læger. Omvendt faldt sygefraværet for social- og sundhedspersonalet med 2,3 procent.

Del I: Sygefravær på sygehusniveau

- Sygefraværet for alle ansatte, målt i fraværsværk pr. fuldtidsansat, varierede i 2017 fra 8,3 på det sygehus med det laveste fravær til 11,7 på det sygehus med det højeste fravær. Det giver en forskel på 3,4 fraværsværk pr. fuldtidsansat. Det hører samtidig med til billedet, at en stor del af sygehu sene ligger tæt på landsgennemsnittet, når man ser på alle ansatte.
- Tager man højde for rammevilkår er der fortsat væsentlig forskel på de sygehuse med lavest og hø jest sygefravær blandt alle ansatte.
- De 5 sygehuse, der havde det højeste sygefravær pr. fuldtidsansat for alle ansatte under et i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af rammevilkår, havde i gennemsnit 8 procent højere syge fravær. De 5 sygehuse med det laveste sygefravær pr. fuldtidsansat for alle ansatte under et i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af rammevilkår, havde i gennemsnit 11 procent lavere sy gefravær.
- Der er endnu større forskelle på sygehusenes sygefravær for henholdsvis social- og sundhedsperso nalet og læger, når der tages højde for rammevilkår. Eksempelvis var der sygehuse, der havde ca. 20 procent eller højere sygefravær blandt disse to personalegrupper, end man kunne forvente på bag grund af rammevilkår.
- Kigger man på udviklingen i sygefraværet for alle ansatte, er der stort set lige mange sygehuse, der har haft et stigende og faldende sygefravær i fra 2015 til 2017. Dette mønster går igen, hvis man kig ger på gruppen af sygeplejersker og social- og sundheds-personalet. For læger har de fleste af syge husene oplevet et stigende sygefravær.

Del II: Inspiration til konkrete tiltag vedrørende nedbringelsen af sygefravær

- Der er gennemført en kvalitativ undersøgelse af, hvordan nogle af de sygehuse med lavest syge fravær, når der tages højde for rammevilkår, arbejder med at nedbringe sygefraværet. I et særskilt dokument, der udgør del II af denne analyse, præsenteres 12 tiltag til inspiration, som det enkelte sygehus kan anvende i det videre arbejde med at reducere sygefraværet blandt de ansatte på sy gehuset.
- Tiltagene handler om, hvordan sygehusene kan arbejde med forebyggelse og håndtering af syge fravær, samt hvordan man kan sikre, at der arbejdes kvalificeret med at få sygemeldte medarbej dere hurtigere tilbage til arbejdet.

Se hvordan det enkelte sygehus placerer sig

- I *bilag 1: "Sådan placerer det enkelte sygehus sig"* kan du finde de væsentligste resultater af analysen for det enkelte sygehus.
- I *bilag 2: "Sygehus-specifikke nøgletal"* ses en række sygehusfordelte tabeller med de væsentligste nøgletal i analysen.

2 Indledning

Der er store gevinster forbundet med at reducere sygefravær. Et lavere sygefravær frigør personaleressourcer, og er derfor et vigtigt element i en samfundsøkonomisk hensigtsmæssig drift af den offentlige sektor. Set igennem borgerens briller kan et lavere sygefravær samtidig øge kontinuiteten i den offentlige service, og dermed kvaliteten. Endelig er et lavere sygefravær forbundet med større trivsel blandt de ansatte, og det er derfor også vigtigt set fra en medarbejdervinkel.

Ligesom i resten af den offentlige sektor udgør sygefraværet også en central udfordring for landets somatiske sygehuse. I 2017 var det gennemsnitlige sygefravær blandt de ansatte på 10 fraværsdagsværk pr. fuldtidsansat, hvilket svarer til ca. 3.600 årsværk på landsplan. Selvom det ikke er muligt at fjerne alt sygefravær, viser tallenes størrelsesorden alligevel, at en reduktion af sygefraværet udgør et væsentligt potentiale. Det særligt i en tid, hvor rekrutteringsudfordringer bliver et stadig større problem.

Formålet med denne analyse er derfor at understøtte sygehusenes eget arbejde med at reducere sygefraværet. Det gøres ved at give det enkelte sygehus et indblik i sygefraværet blandt deres ansatte sammenlignet med andre sygehuse. Igennem kvantitative benchmarkinganalyser tages der højde for at forskelle i sygefraværet kan være påvirket af rammevilkår, som sygehuset ikke selv har indflydelse på. Dermed sikres det, at sammenligningerne mellem sygehusene bliver retvisende.

I analysen benchmarkes sygefraværet for alle ansatte under ét samt for tre udvalgte personalegrupper: Sygeplejersker, social- og sundhedspersonale og læger. Disse personalegrupper udgør tilsammen ca. 58 procent af alle sygehusansatte, og de beskæftiger sig samtidig med nogle af kerneopgaverne i sundhedsvæsenet. Analysen giver dermed sygehusene mulighed for både at vurdere, hvordan indsatsen med at nedbringe sygefraværet blandt de ansatte generelt kan styrkes, og om der skal sættes særligt ind over for centrale personalegrupper.

Del I af den samlede analyse omfatter benchmarking af landets 21 somatiske sygehuse og er afgrænset til årene 2015 til 2017, hvor det primære fokus lægges på 2017. Analysen er hovedsageligt baseret på individdata fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor. Dette datagrundlag gør det muligt at lave præcise afgrænsninger af personalegrupper efter overenskomstområder og stillinger, samt lave nøgletal som f.eks. andel korttidsfravær og antal sygefraværsløb.

Del II består af et inspirationskatalog med konkrete initiativer til at nedbringe sygefraværet. Initiativerne er indsamlet af Rambøll Management Consulting på vegne af Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed for nogle af de sygehuse, der klarer sig bedst i benchmarkinganalyserne. Denne del af analysen skal fungere som inspiration til tiltag, som det enkelte sygehus kan arbejde videre med for at reducere sygefraværet.

Nærværende del I indeholder følgende: I kapitel 3 gennemgås kort analysens datagrundlag, afgrænsning og den kvantitative metode. I kapitel 4 præsenteres de centrale resultater på landsplan. I kapitel 5 gennemføres benchmarkinganalyser af sygefraværet for alle ansatte under ét, sygeplejersker, social- og sundhedspersonale og læger på sygehusene. I kapitel 6 rundes benchmarkinganalyserne af med en tværgående opsamling. Endeligt er der i kapitel 7 en kort beskrivelse af, hvilke tiltag til at nedbringe sygefraværet, man kan finde i del II af rapporten.

3 Data, afgrænsning og metode

I dette kapitel beskrives det datagrundlag som er anvendt i analysen, den anvendte opgørelsesmetode af sygefraværet, samt den kvantitative metode der anvendes i benchmarkinganalysen for at tage højde for rammevilkår.

3.1 Data

Analysen baserer sig på sygefraværdata fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KRL) på individniveau. På den baggrund undersøges sygefraværet for alle ansatte på de somatiske sygehuse¹ under ét samt personalegrupperne: sygeplejersker, social- og sundhedspersonale og læger. Gruppen "alle ansatte" dækker over samtlige overenskomstgrupper, der er ordinært ansat ved sygehusene svarende til 81.777 fuldtidsstillinger. Alle ansatte er dermed ikke lig summen af de tre personalegrupper, der tilsammen udgør ca. 58 procent af alle ordinært ansatte ved de somatiske sygehuse. Afgrænsningen af de enkelte personalegrupper og deres relative størrelse, fremgår af afsnit 2.2 i *Bilag 3: Metode*.

Datagrundlaget fra KRL er blevet suppleret med registerdata på individniveau fra Danmarks Statistik. Ved at koble sygefraværdata fra KRL sammen med registrene fra Danmarks Statistik, er det muligt at teste og kontrollere for langt flere rammevilkår på individniveau, end hvis man alene baserede analysen på data fra KRL. I *bilag 3: Metode* findes en komplet liste over de anvendte variable og registre.

3.2 Opgørelse og afgrænsning af sygefravær

Sygefravær kan opgøres på flere forskellige måder, hvor det mest hensigtsmæssige valg ofte afhænger af, hvad opgørelsen skal bruges til. I denne analyse er hovedindikatoren *sygefravær målt i fraværsværk pr. fuldtidsansat*.

Fraværsværk er et mål for den arbejdsindsats, der bortfalder på grund af sygefravær. Antallet af fraværsværk for den enkelte medarbejder vægtes efter, om denne har været fuldtidsansat i det år, der betragtes. Ved at kigge på fraværsværk pr. fuldtidsansat tages der højde for, at antallet af fraværsværk for et givent år påvirkes af, om medarbejderen har været ansat i hele perioden, og om dette har været på fuld tid. Dermed kan hovedindikatoren sammenlignes på tværs af sygehuse.

Analysen er afgrænset til ordinært ansatte, det vil sige medarbejdere, der enten er overenskomstansatte eller tjenestemænd på enten fuldtid eller deltid. Derimod indgår elever, ansatte i fleksjob og ekstraordinært ansatte ikke i analysen.

I analysen indgår desuden alene fraværstyperne egen sygdom og fravær som følge af en arbejds-skade. Dermed er fravær som følge af § 56-fravær², barsel og barns 1. og 2. sygedag, samt fravær i forbindelse med nedsat tjeneste ikke en del af analysen.

¹ Når der i denne rapport refereres til sygehuse, menes der altid somatiske sygehuse.

² Der er blandt andet tale om sygefravær relateret til kroniske lidelser.

Når der i analysen refereres til kortvarigt sygefravær, menes der sygefraværsløb under 30 dage. Langvarigt sygefravær defineres omvendt som alle sygefraværperioder, der er 30 dage eller derover.

3.3 Afgrænsning af somatiske sygehuse

I analysen indgår der udelukkende ansatte, som er beskæftiget på de somatiske sygehuse. Det somatiske område på sygehuse dækker over alle behandlinger, der vedrører fysiske lidelser. Dermed indgår ansatte i resten af den regionale sundhedssektor ikke, herunder ansatte ved psykiatrien og det specialiserede socialområde. At der kun ses på sygefraværet på somatiske sygehuse skyldes et ønske om at sammenligne organisationer, der i så høj grad som muligt udfører de samme arbejdsopgaver.

Afgrænsningen af de enkelte somatiske sygehuse på institutionsniveau følger den definition, som KRL og Danske Regioner benytter. På den baggrund indgår i alt 21 somatiske sygehuse. Hvorvidt et somatisk sygehus betragtes som en selvstændig enhed afhænger af, hvem der har det øverste ledelsesmæssige ansvar for driften. Et somatisk sygehus i denne analyse kan derfor godt have flere fysisk adskilte matrikler under sig. I *Bilag 3: Metode* afsnit 2.1 kan man finde en liste med navnene på de sygehuse, som indgår i analysen.

3.4 Kontrol for rammevilkår

Det må forventes, at sygefraværet på det enkelte sygehus er påvirket af rammevilkår, og at forskelle mellem sygehuse til en vis grad skyldes variation i disse. Rammevilkår benyttes i denne forbindelse som en betegnelse for de strukturelle betingelser, som sygehuse arbejder under, og som ikke kan ændres på kort eller mellemlangt sigt.

For at identificere og tage højde for de rammevilkår, der har betydning for sygefraværet, gennemføres i det følgende fire forskellige regressionsanalyser. Én for sygefraværet for alle ansatte og én for hver af de tre personalegrupper. I alle fire tilfælde udarbejdes disse analyser på individniveau, hvorefter resultaterne aggregeres op på sygehusniveau.

Valg af model og identifikation af rammevilkår

Alle fire benchmarkinganalyser udarbejdes på baggrund af en Poisson regressionsmodel. En Poisson regressionsmodel er velegnet til at håndtere den struktur, som sygefraværdata typisk vil have. I *bilag 3: Metode* er valget af regressionsmodel begrundet yderligere.

I tabel 3.1 nedenfor fremgår de rammevilkår som er blevet identificeret som betydende for sygefraværet på individniveau i de fire benchmarkinganalyser.

Tabel 3.1

Modelspecifikation - Rammevilkår i benchmarkinganalyserne

	Resultat	Alle ansatte	Sygeplejersker	SOSU	Læger
Variabel		•	•	•	•
Alder	Der er en tendens til, at jo højere medarbejderens alder er, desto højere er dennes sygefravær.	•	•	•	•
Køn	Mænd har lavere sygefravær end kvinder.	•	•	•	•
Enlig	Ansatte, der er enlige, har højere sygefravær end ansatte med en partner.	•	•	•	•
Herkomst	Den ansattes herkomst har betydning for sygefraværet. Om indvandrere eller efterkommere med hhv. vestlig eller ikke-vestlig baggrund har et højere eller lavere sygefravær, end ansatte med dansk herkomst afhænger af, hvilken model der betragtes. I bilag 3: Metode fremgår resultaterne for de enkelte modeller.	•	•	•	•
Uddannelse	Der er en tendens til, at jo højere uddannelsesniveau den ansatte har, desto lavere er dennes sygefravær.	•			
Indkomst	Jo højere den ækvivalerede disponible indkomst er i husstanden, som den ansatte kommer fra, desto lavere er den ansattes sygefravær.	•	•	•	•
Privat negativ begivenhed	Ansatte, der fornyeligt har oplevet et dødsfald i sin nærmeste familie eller er blevet skilt fornyeligt, har et højere sygefravær end ansatte, der ikke har oplevet sådan en privat negativ begivenhed.	•	•	•	•
Børn der modtager specialundervisning	Ansatte, der har et barn som modtager specialundervisning, i mindst ni timer om ugen, har højere sygefravær end ansatte, der ikke har.	•	•	•	•
Alvorlig sygdom	Ansatte, der fornyeligt har været ramt af alvorlig sygdom, har højere sygefravær end ansatte, der ikke har været ramt af alvorlig sygdom.	•	•	•	•
Overenskomstgruppe	Hvilken overenskomstgruppe den ansatte hører ind under, har betydning for den ansattes sygefravær. Sygefraværet er enten højere eller lavere end referencen "administration og it mv., Regioner" afhængigt af, hvilken overenskomstgruppe der er tale om.	•			
Stilling - SOSU	SOSU personalets sygefravær hænger sammen med deres konkrete stillingskategori.			•	
Stilling - Læger	Lægepersonalets sygefravær hænger sammen med deres konkrete stillingskategori.				•

Anm.: Se bilag 3: Metode for en mere detaljeret variabelbeskrivelse samt regressionstabel. Sammenhængende er af en betydelig størrelsesorden på tværs af modeller, og er statistisk signifikante på 0,05 procents niveau i modellen for alle ansatte. • i kolonne 3 til 6 illustrerer om den forklarende variabel indgår i modellen eller ej.
 I modellen for sygeplejersker er der ikke kontrolleret for stillingskategori modsætning til modellerne for læger og SOSU-personalet. Det skyldes at sygeplejerskerne deler samme stillingsbetegnelse "Sygeplejerske".
 Parameterestimatet for variabelen "indkomst" og "børn der modtager specialundervisning" er tæt på 0 for lægegruppen, men indgår også i modellen for læger, fordi de er vurderet teoretisk er relevante at have med.
 Kilde: Kommunernes Løndatakontor, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Udover de variable, der er fundet betydende og som fremgår af tabel 3.1, er betydningen af en række andre forklarende variable ligeledes blevet testet. Disse er dog alle udeladt, da de enten ikke er robuste eller har en gennemsnitlig marginal effekt tæt på nul. Eksempelvis er betydningen for sygefraværet af at have børn, små børn og mange børn blevet testet, ligesom det at have familie tæt på. At disse forklarende variable ikke slår ud skyldes formentlig, at fravær som følge af ens børns sygdom, ikke indgår i analysen. Derudover er pendlingsafstand, det at have bil, og tidligere tilknytning til arbejdsmarkedet blandt andet blevet testet.

Etablering af benchmarkingindikator

På baggrund af regressionsmodellerne præsenteret ovenfor estimeres det forventede sygefravær på individniveau, når der tages højde for rammevilkår. Herefter aggregeres de forventede fraværsdagsværk op til sygehusniveau, hvorefter de vægtes i forhold til antal fuldtidsansatte.

Sygehusenes faktiske sygefravær og det forventede sygefravær benyttes til at beregne en benchmarkingindikator. Benchmarkingindikatoren viser, om det enkelte sygehus har et højere eller lavere sygefravær, end man kunne forvente, når der tages højde for rammevilkår. Benchmarkingindikatoren beregnes som:

$$\text{Benchmarkingindikator} = \frac{\text{Faktisk sygefravær i fraværsdagsværk pr. fuldtidsansat}}{\text{Forventet sygefravær i fraværsdagsværk pr. fuldtidsansat}} \times 100$$

Benchmarkingindikatoren sikrer et bedre sammenligningsgrundlag på tværs af sygehuse, hvor betydningen af de identificerede rammevilkår er rensat ud. Resultaterne af ovenstående regressionsmodeller og de beregnede benchmarkingindikatorer præsenteres i kapitel 5. I boks 3.1 nedenfor fremgår det, hvordan benchmarkingindikatoren konkret skal fortolkes.

Boks 3.1

Fortolkning af benchmarkingindikatoren

- En benchmarkingindikator under 100: Det faktiske sygefravær er lavere end det forventede sygefravær. Et sygehus med en benchmarkingindikator på eksempelvis 87 har 13 procent lavere sygefravær, end man kunne forvente på baggrund af sygehusets rammevilkår.
- En benchmarkingindikator på 100: Det faktiske sygefravær er lig med det sygefravær, man kunne forvente på baggrund af sygehusets rammevilkår.
- En benchmarkingindikator større end 100: Det faktiske sygefravær er højere end det forventede sygefravær. Et sygehus med en benchmarkingindikator på eksempelvis 112 har 12 procent højere sygefravær, end man kunne forvente på baggrund af sygehusets rammevilkår.

3.5 Opmærksomhedspunkter ved benchmarking

Benchmarkingindikatoren er et estimeret tal, der er behæftet med en vis statistisk usikkerhed. Det betyder, at der ikke skal tolkes for håndfast på den præcise placering af sygehusene. Ved rangering af sygehusene er de derfor inddelt i kvartiler, således at der kun skelnes mellem sygehuse, som ligger i den bedste fjerdedel, næstebedste fjerdedel og så videre. Dog vises på baggrund af benchmarkingindikatoren også top fem og bund fem.

Meknikken ved en regressionsmodel gør desuden, at man ikke kan konkludere noget om størrelsen på det generelle sygefraværniveau. Man kan således ikke konkludere, at de sygehuse, der klarer sig godt i benchmarkinganalyserne, ikke potentielt kan sænke deres sygefravær yderligere. Det anbefales derfor, at alle sygehuse forholder sig til sygefraværstallene i denne analyse og læser del II af analysen, hvor en række tiltag med henblik på at nedbringe sygefraværet er beskrevet til inspiration for sygehusenes videre arbejde med området.

Det skal også nævnes, at alle fire modeller alene forklarer en lille del af variationen i sygefraværet mellem de enkelte individer. Dette kan dels skyldes, at rammevilkår ikke har særlig stor betydning for det enkelte individs sygefravær. I stedet kan de drivende faktorer for variationen i sygefraværet være forhold, som det enkelte sygehus kan påvirke. Det kunne eksempelvis være arbejdsmiljø, ledelsestilgang, arbejds gange, kultur mv. Dels kan det skyldes, at der er én eller flere forklarende rammevilkår, som vi ikke kan kontrollere for på grund af manglende data. Det kunne eksempelvis være et mere præcist mål for den del af individernes helbred, der ikke umiddelbart påvirkes af arbejdspladsen, herunder medfødt helbred og tilfældigt opståede hændelser. Desuden skal det i denne forbindelse nævnes, at modellerne i andre sygefraværstudier baseret på registerbaserede individdata, ligeledes kun kan forklare variationen i sygefravær i begrænset omfang³.

Når modellerne kun forklarer en lille del af variationen i sygefraværet, vil de forventede sygefraværsniveauer, der bestemmes af modellerne, ligge tæt på landsgennemsnittet. Det betyder, at der er en stærk sammenhæng mellem, hvordan sygehusene placerer sig, hvis man rangerer dem udelukkende på baggrund af de faktiske tal eller efter benchmarkingindikatorerne.

Selvom rammevilkårene kun kan forklare en mindre del af variationen i sygefraværet, er det dog stadig relevant at tage højde for de rammevilkår, som rent faktisk er identificeret som havende betydning for omfanget af sygefravær. Dermed neutraliseres den variation som de forskellige rammevilkår på tværs af sygehuse trods alt skaber, hvormed der etableres et mere sammenligneligt datagrundlag.

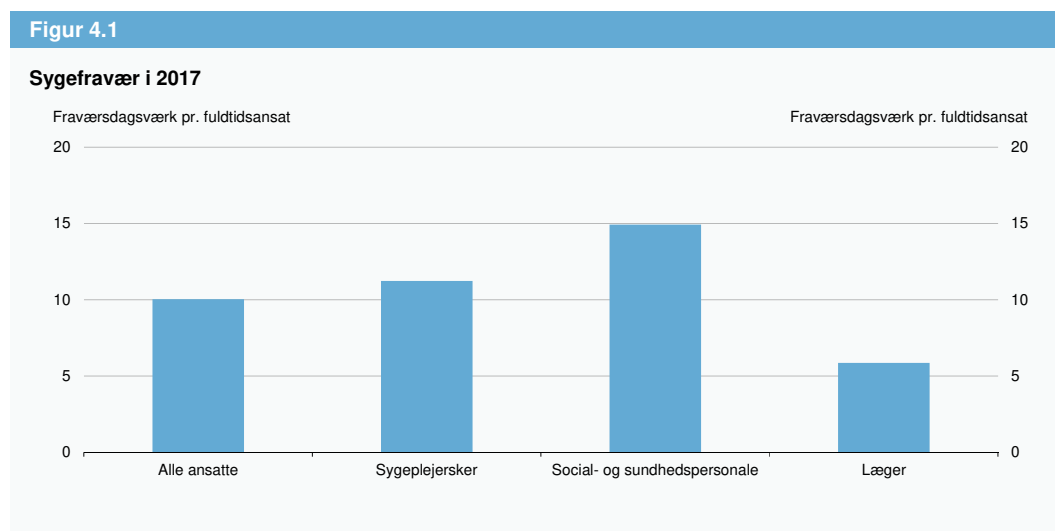
Endelig er det værd at bemærke, at det også ville have været relevant at benchmarke sygefraværet på lavere organisatoriske niveau på tværs af sygehusene f.eks. de kliniske afdelinger. En fordel ved at benchmarke på klinisk niveau er, at man herved mere præcist ville kunne identificere det lokale ledelsesmæssige ansvar for sygefraværet, end man kan med personalegruppeafgrænsningen. Det nuværende datagrundlag giver dog ikke mulighed for at gå ned på et lavere organisatorisk niveau. Set i det lys er en relevant måde at få indblik i hvordan sygefraværet ser ud i forskellige dele af det enkelte sygehus ved at opdele personalet ud fra overenskomstområder og stillingsbetegnelser.

³ Et nyere eksempel kan findes her: C. R. L. Boot, A. van Drongelen, I. Wolbers, H. Hlobil, A. J. van der Beek, T. Smid; Prediction of long-term and frequent sickness absence using company data, *Occupational Medicine*, Volume 67, Issue 3, 1 April 2017, Pages 176–181

4 Sygefravær blandt ansatte ved sygehusene på landsplan

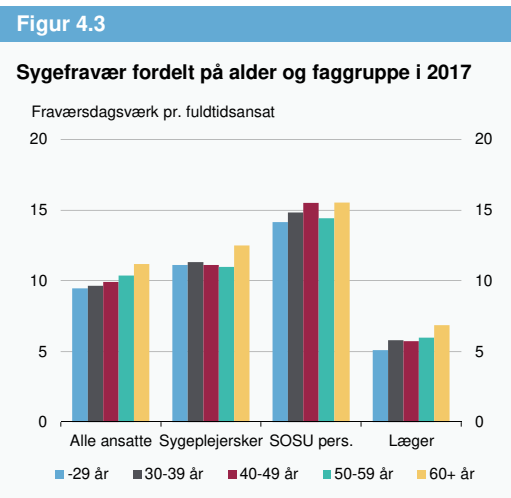
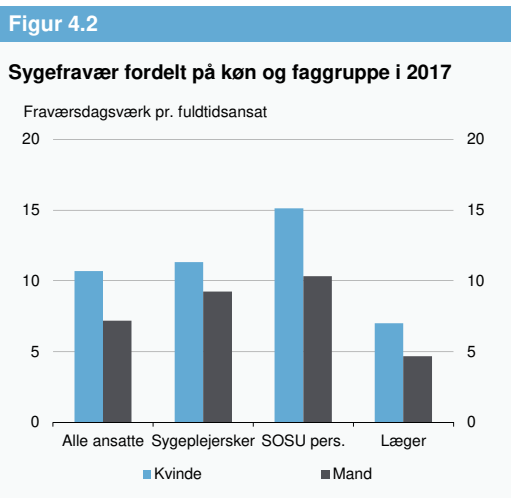
Formålet med nærværende kapitel er at belyse de overordnede mønstre i sygefraværet blandt de ansatte ved de somatiske sygehuse på landsplan.

Figur 4.1 viser, at det gennemsnitlige sygefravær for alle ansatte i 2017 var 10,0 fraværsværk pr. fuldtidsansat. Gennemsnittet for alle ansatte dækker dog over væsentlig variation mellem nogle af de store faggrupper på sygehusene. Læger havde i gennemsnit 5,9 fraværsværk pr. fuldtidsansat, hvorimod sygeplejersker og Social- og sundhedspersonale havde hhv. 11,2 og 14,9 fraværsværk pr. fuldtidsansat. Det bemærkes, at alle ansatte dækker over samtlige overenskomstgrupper ansat på de somatiske sygehuse, herunder både læger, sygeplejersker, social- og sundhedspersonale, bioanalytikere, fysioterapeuter, jordemødre og andre med en sundhedsfaglig baggrund samt portører, rengørings-, køkken- service-, administrativt personale og andre. Gruppen af alle ansatte er derfor større end summen af de tre udvalgte personalegrupper.



Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og egne beregninger.

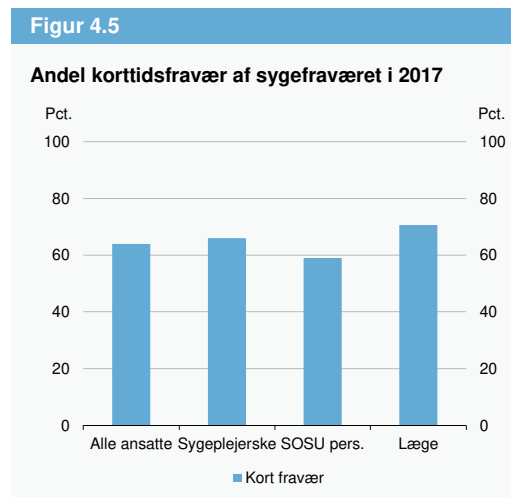
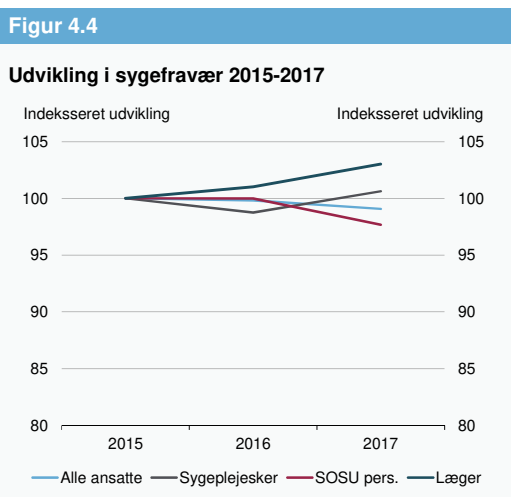
Det fremgår af figur 4.2 og 4.3, at for alle ansatte under ét har kvinder væsentligt højere sygefravær end mænd, og at ældre ansatte har mere sygefravær end yngre. Mønsteret går ligeledes igen på tværs af personalegrupperne med varierende styrke. Blandt sygeplejersker har kvinder 23 procent mere sygefravær end mænd, hvorimod kvindelige læger og social- og sundhedspersonale har næsten 50 procent mere sygefravær end mænd.



Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og egne beregninger.

Vendes blikket imod hvordan sygefraværet har udviklet sig fra 2015 til 2017, fremgår det af figur 4.4, at sygefraværnsniveauet har ligget nogenlunde stabilt i perioden for alle ansatte. For sygeplejersker er sygefraværet også stort set uændret, mens det for læger og social-og sundhedspersonale er steget med henholdsvis 3,0 procent og faldet med 2,3 procent.

Figur 4.5 viser, at korttidsfravær (sygefravær på under 30 dage) udgør den største del af sygefraværet for alle ansatte og på tværs af personalegrupper. SOSU'ér er den gruppe, hvor korttidsfravær udgør den mindste andel på 59 procent af det samlede fravær. Omvendt udgør korttidsfravær 70,6 procent for læger, som er den gruppe, hvor korttidsfravær relativt set fylder mest. Dette skal dog ses i lyset af, at lægerne generelt har et lavt sygefravær⁴.



Anm.: I figur 4.4 er indeks 100 sat til sygefraværnsniveauet i 2015.

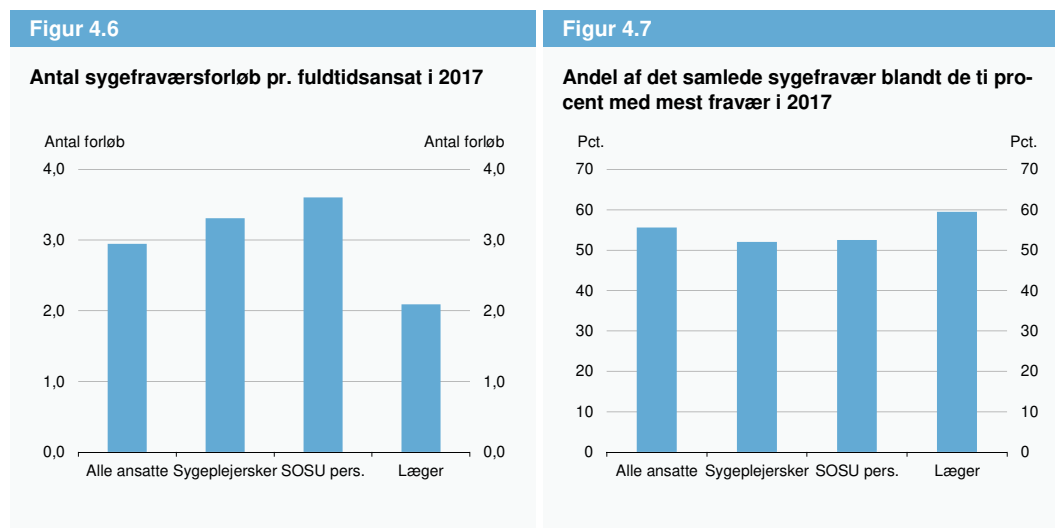
Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og egne beregninger.

Udover at se på omfanget af sygefravær målt i fraværsværk, kan det også være relevant at se på, hvor ofte medarbejderne melder sig syge. Som det fremgår af figur 4.6 er antallet af fraværfor-

⁴ Det samlede sygefravær består udover korttidsfravær af langtidsfravær og uafsluttet sygefravær. Langtidsfravær er defineret som sygdomsperioder på 30 dage eller derover. Uafsluttet sygefravær er sygefraværperioder, der ikke afsluttes i samme kalenderår, som det er blevet påbegyndt. Uafsluttet sygefravær består primært af langtidsygefravær.

løb pr. fuldtidsansat knap 3 i gennemsnit for alle ansatte i 2017. For de udvalgte personalegrupper tegner der sig et billede af, at ansatte i personalegrupperne med flest fraværsgangværk også oftest melder sig syge.

Det gælder generelt, at en mindre gruppe medarbejdere blandt de ansatte står for en relativ stor del af det samlede sygefravær på sygehusene. Figur 4.7, viser, at de 10 procent med mest sygefravær står for mere end halvdelen af det samlede sygefravær uanset hvilken personalegruppe der betragtes.



Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og egne beregninger.

5 Sygefravær på sygehusniveau

I dette kapitel præsenteres resultaterne fra benchmarkinganalysen af sygefraværet blandt de ansatte på sygehusene. Først vises analyseresultaterne for alle ansatte. Herefter følger analyseresultaterne af de tre personalegrupper: sygeplejersker, social- og sundhedspersonale og læger. Med henblik på at øge læsevenligheden er de fire benchmarkinganalyser bygget op på samme måde. Analyserne består af to elementer:

1. Gennemgang af hvad de faktiske sygefraværstal viser i hovedresultater og figurer.
2. Benchmarkinganalyse med kontrol for rammevilkår.

Det er beskrevet i boks 5.1 nedenfor, hvad de deskriptive figurer, jf. punkt 1 ovenfor, konkret viser.

Boks 5.1

Hvad viser de deskriptive figurer?

Sygefravær i 2017:

I figuren ses spredningen i sygefraværet mellem sygehusene i 2017 målt i fraværsværk pr. fuldtidsansat.

Udvikling i sygefraværet fra 2015 til 2017:

Figuren viser spredningen i udviklingen i det samlede sygefravær målt i fraværsværk pr. fuldtidsansat i procent mellem sygehusene fra 2015 til 2017.

Andel korttidsfravær af sygefraværet i 2017:

Figuren viser spredningen mellem sygehusene i, hvor stor en andel korttidsfravær udgjorde af det samlede sygefravær i 2017. Sygefraværet er målt i fraværsværk pr. fuldtidsansat.

Antal sygefraværsløb pr. fuldtidsansat i 2017:

I figuren ses spredningen i det gennemsnitlige antal sygefraværsløb pr. fuldtidsansat i 2017 mellem sygehusene. Figuren siger altså noget om, hvor mange gange den enkelte medarbejder har meldt sig syg i gennemsnit i løbet af et år.

Andel af det samlede sygefravær blandt de ti procent af medarbejderne med mest fravær i 2017:

Figuren viser spredningen mellem sygehusene, i hvor stor en andel af det samlede sygefravær, der kan tilskrives de ti procent ansatte, som havde mest sygefravær i 2017.

Ovenstående fem figurer er valgt, fordi de viser spredningen i nogle vigtige nøgletal, som kan understøtte det enkelte sygehus arbejde med at nedbringe sygefraværet. I bilag 1: *Sådan placerer det enkelte sygehus sig* og bilag 2: *Sygehuspecifikke nøgletal* fås et detaljeret indblik i, hvordan det enkelte sygehus placerer sig på de undersøgte nøgletal i forhold til andre sygehuse og landsgennemsnittet. Det bemærkes, at der er en vis korrelation mellem de forskellige deskriptive nøgletal. Eksempelvis er der en tendens til, at sygehuse med højt sygefravær også har mange sygefraværsløb.

5.1 Sygefravær blandt alle ansatte

I dette afsnit fokuseres der på sygefraværet for alle ansatte på de somatiske sygehuse. På den følgende side ses fem figurer, der hver især siger noget om, hvordan de faktiske sygefraværsnøgletal ser ud på tværs af sygehusene. Det er beskrevet nedenfor hvad figurerne i hovedtræk viser.

Hvad viser de faktiske tal?

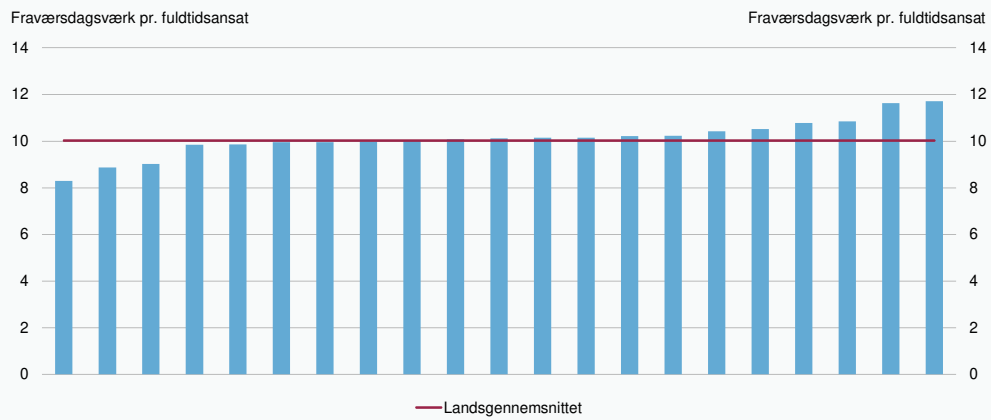
- *Figur 5.1:* Det samlede sygefravær for alle ansatte målt i fraværsværk pr. fuldtidsansat varierede i 2017 fra 8,3 på det sygehus med det laveste gennemsnit til 11,7 på det sygehus med det højeste gennemsnit. Det svarer til en forskel på 3,4 fraværsværk pr. fuldtidsansat. Generelt ligger en stor del af sygehusene dog tæt på landsgennemsnittet.
- *Figur 5.2:* For knap halvdelen af sygehusene har sygefraværet blandt alle ansatte ligget relativt stabilt fra 2015 til 2017. Forskellen i sygefraværsniveauet mellem 2015 og 2017 er i denne gruppe mindre end plus/minus 2 procent. Fem sygehuse skiller sig ud ved at sygefraværet for deres ansatte har udviklet sig væsentligt anderledes end landsgennemsnittet i perioden. Sygefraværet er steget ca. 10 procent fra 2015 til 2017 for tre sygehuse, samtidig med at to sygehuse har oplevet et fald på godt 10 procent.
- *Figur 5.3:* Det gælder for alle sygehuse i 2017, at over halvdelen af det samlede sygefravær består af kortidsfravær. Der er dog en vis variation i, hvor meget kortidsfraværet udgør mellem sygehusene. For de fem sygehuse med den mindste andel udgør kortidsfravær ca. 59 procent af det samlede sygefravær i gennemsnit. Omvendt udgør kortidsfravær ca. 69 procent i gennemsnit for de fem sygehuse med den største andel af kortidsfravær.
- *Figur 5.4:* Antallet af sygefraværforløb pr. fuldtidsansat for alle ansatte på sygehusene i 2017 varierer fra 2,6 i gennemsnit på de fem sygehuse med færrest forløb til 3,3 forløb i gennemsnit på de fem sygehuse med flest forløb.
- *Figur 5.5:* En stor del af sygefraværet blandt de ansatte er generelt koncentreret om en relativt lille gruppe af medarbejdere, og det billede varierer kun i begrænset omfang på tværs af sygehusene. Andelen af det samlede sygefravær, der er koncentreret omkring den tiendedel af de ansatte med mest sygefravær, varierer fra 52 procent i gennemsnit blandt de fem sygehuse med den laveste andel til 59 procent i gennemsnit blandt de fem sygehuse med den højeste andel i 2017.

Find de faktiske tal for det enkelte sygehus

I bilag 1: *Sådan placerer det enkelte sygehus sig* og bilag 2: *Sygehusspecifikke nøgletal* fås et detaljeret indblik i, hvordan det enkelte sygehus placerer sig på de undersøgte nøgletal i forhold til andre sygehuse og landsgennemsnittet.

Figur 5.1

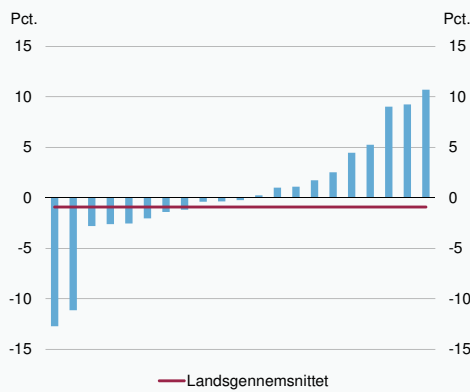
Sygefravær i 2017



Anm.: Hver søjle repræsenterer et sygehus.
Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og egne beregninger.

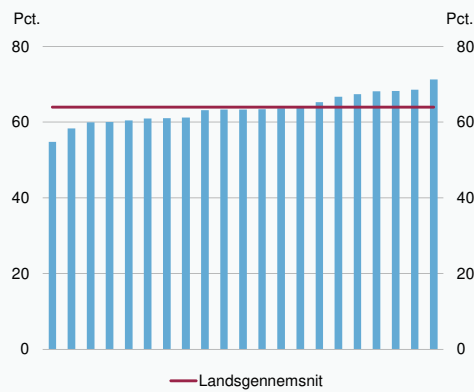
Figur 5.2

Udvikling i sygefraværet 2015-2017



Figur 5.3

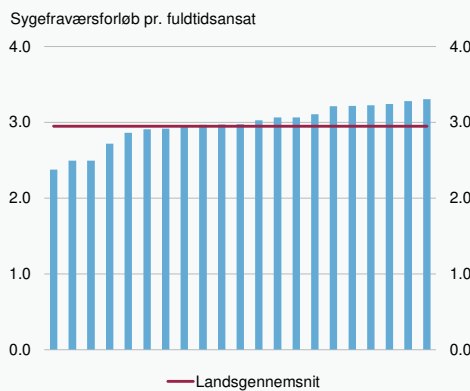
Andel korttidsfravær af sygefraværet i 2017



Anm.: Hver søjle repræsenterer et sygehus.
Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og egne beregninger.

Figur 5.4

Antal sygefraværsforløb pr. fuldtidsansat i 2017



Figur 5.5

Andel af det samlede sygefravær blandt de ti procent med mest fravær i 2017



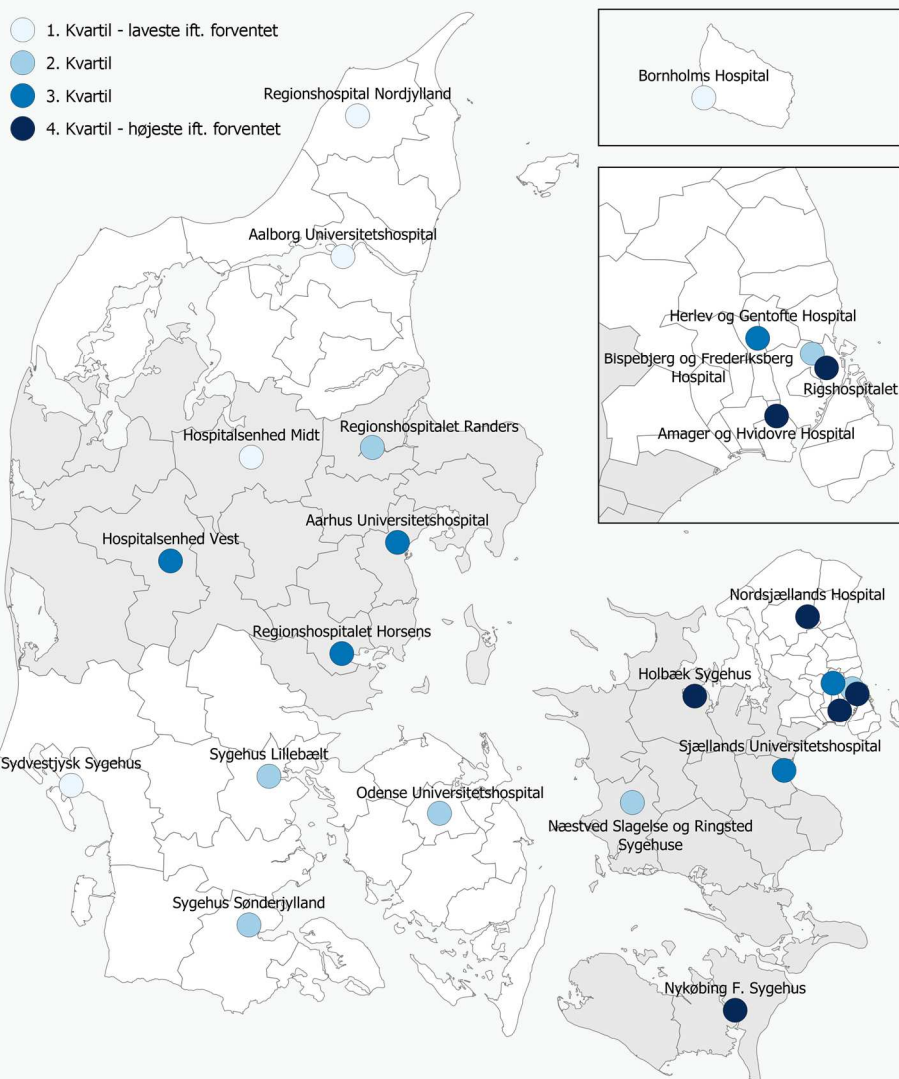
Anm.: Hver søjle repræsenterer et sygehus.
Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og egne beregninger.

Benchmarking med kontrol for rammevilkår

Det fremgår af figur 5.6 nedenfor, hvordan de somatiske sygehuse placerer sig i forhold til sygefraværet blandt alle ansatte, når der tages højde for sygehusenes rammevilkår. Disse rammevilkår omfatter en række individkarakteristika, som er beskrevet i afsnit 3.4 og *Bilag 3: Metode*. I figuren er benchmarkingindikatoren for de enkelte sygehuse inddelt i kvartiler (fjerdedele). Sygehuse i første kvartil har det laveste sygefravær i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af deres rammevilkår, hvorimod sygehuse i fjerde kvartil har det højeste sygefravær i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af deres rammevilkår.

Figur 5.6

Benchmarkingindikator for sygefravær for alle ansatte i 2017

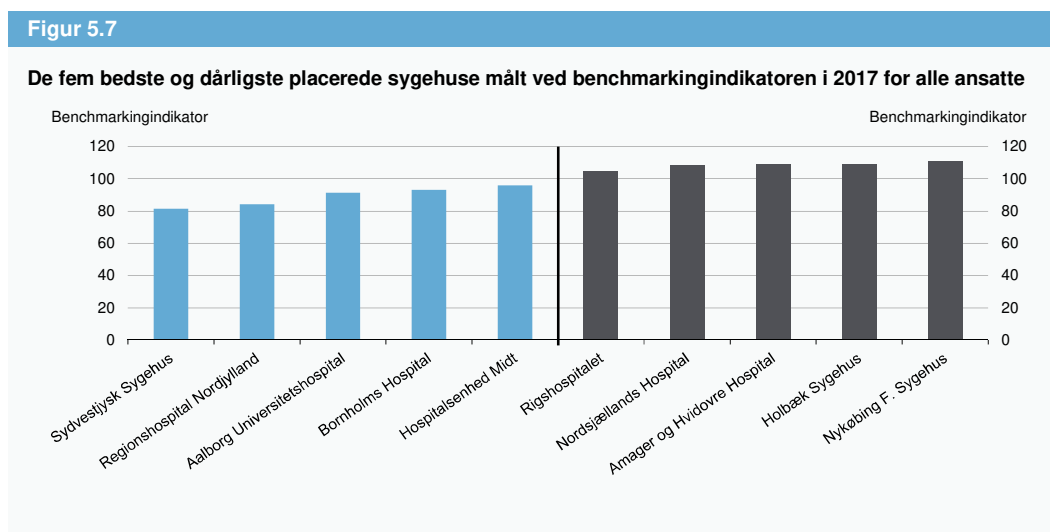


Anm.: 1. kvartil dækker over den fjerdedel af sygehusene, der har den laveste benchmarkingindikator og dermed de sygehuse, der har det laveste sygefravær i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af rammevilkår. 4. kvartil dækker over den fjerdedel af sygehusene, der har den højeste benchmarkingindikator og dermed de sygehuse, der har det højeste sygefravær i forhold til, hvad man kunne forvente efter kontrol for rammevilkår. Bemærk at sygehusene i udgangspunktet er placeret ud fra deres akutfunktion for at illustrere hvor de ligger, men at de kan have flere matrikler under sig. Regionerne er markeret med gråtoner. Anden kvartil består af seks sygehuse.

Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, Danmarks Statistik og egne beregninger.

I fortolkningen af rangeringen af sygehusene skal man være opmærksom på, at forskellen i den gennemsnitlige benchmarkingindikator mellem sygehusene i nogle af kvartilerne kan være beskedne. Dette er mest udtalt mellem de to midterste kvartiler - anden og tredje kvartil - hvilket skal ses i lyset af den store gruppe af sygehuse, som har et faktisk sygefraværsniveau, der ligger tæt på landsgennemsnittet jf. figur 5.1. Man skal derfor ikke lægge afgørende vægt på, om et sygehus er placeret i anden eller tredje kvartil, når der ses på alle ansatte under ét. For at få et mere detaljeret indblik i forskellene mellem sygehusene henvises til *Bilag 2: Sygehusspecifikke nøgletal*, hvor man kan finde benchmarkingindikatoren for det enkelte sygehus.

Figur 5.7 nedenfor viser de fem sygehuse, der klarer sig henholdsvis bedst og dårligst på benchmarkingindikatoren. Top og bund fem svarer til første og fjerde kvartil, som blev vist på det foregående Danmarkskort.



Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Gennemsnittet for de fem sygehuse med den laveste benchmarkingindikator var 89, hvorimod den i gennemsnit var 108 for de fem sygehuse med den højeste benchmarkingindikator. Det svarer til, at de bedst og dårligst placerede sygehuse i gennemsnit havde et sygefravær, der var henholdsvis 11 procent lavere og 8 procent højere, end man kunne forvente på baggrund af deres rammevilkår. Dermed er forskellen mellem de sygehuse med lavest og højest sygefravær fortsat væsentlig, efter at der tages højde for rammevilkår.

Det er herudover værd at bemærke, at fire ud af de fem bedst placerede sygehuse på benchmarkingindikatoren ligger i Jylland. Samtidig ligger alle de dårligst placerede sygehuse i øst. I denne analyse er geografi ikke medtaget som et rammevilkår. Selvom der muligvis kan være geografisk betingede forskelle i kultur, der har betydning for sygefraværsniveauet, er det samtidig vurderingen, at arbejdspladsen i et væsentligt omfang kan være med til at påvirke kulturen blandt medarbejderne.

De følgende resultater viser også, at der inden for de enkelte personalegrupper ikke er en lige så udtalt øst/vest tendens. Det taler for, at det trods alt ikke er givet, at man naturligt har et højere sygefravær blot fordi, der er tale om et sygehus øst for Storebælt. I anden del af rapporten kan man finde flere konkrete tiltag, som udvalgte sygehuse arbejder med for at skabe en hensigtsmæssig kultur omkring sygefravær.

5.2 Sygefravær blandt sygeplejersker

I dette afsnit fokuseres der på sygefraværet for sygeplejersker på de somatiske sygehuse. På den følgende side ses fem figurer, der hver især siger noget om, hvordan de faktiske sygefraværsnøgletal ser ud på tværs af sygehuse. Det er beskrevet nedenfor, hvad figureerne i hovedtræk viser.

Hvad viser de faktiske tal?

- *Figur 5.8:* Det samlede sygefravær for sygeplejersker målt i fraværsværk pr. fuldtidsansat varierede fra 8,6 på det sygehus med det laveste gennemsnit til 13,3 på det sygehus med det højeste gennemsnit i 2017. Det svarer til en forskel på 4,7 fraværsværk pr. fuldtidsansat. Spredningen i de faktiske sygefraværstal mellem sygehuse er en smule større for gruppen af sygeplejersker end for alle ansatte, men ca. halvdelen af sygehuse ligger fortsat tæt på landsgennemsnittet.
- *Figur 5.9:* Ca. halvdelen af sygehuse har oplevet at sygefraværet blandt sygeplejersker faldt fra 2015 til 2017, mens det omvendte gjorde sig gældende for den anden halvdel af sygehuse. Otte sygehuse skiller sig ud ved at sygefraværet blandt sygeplejersker udviklede sig væsentligt anderledes end landsgennemsnittet i perioden. Sygefraværet er steget over 10 procent fra 2015 til 2017 for fem sygehuse, samtidig med at tre sygehuse har oplevet et fald på over 10 procent.
- *Figur 5.10:* Det gælder for alle sygehuse i 2017, at over halvdelen af det samlede sygefravær består af kortidsfravær. Der er dog væsentlig variation i, hvor meget kortidsfraværet udgør mellem sygehuse. Kortidsfravær udgør ca. 57 procent i gennemsnit af det samlede sygefravær for de fem sygehuse med den mindste andel, hvorimod kortidsfravær udgør ca. 73 procent af det samlede sygefravær i gennemsnit for de fem sygehuse med den største andel.
- *Figur 5.11:* Antallet af sygefraværforløb pr. fuldtidsansat sygeplejerske på sygehuse i 2017 varierer fra 2,8 i gennemsnit for de fem sygehuse med færrest forløb til 3,6 forløb i gennemsnit for de fem sygehuse med flest forløb.
- *Figur 5.12:* En stor del af sygefraværet blandt de ansatte på sygehuse er generelt koncentreret om en relativt lille gruppe af medarbejdere. Andelen af det samlede sygefravær, der er koncentreret omkring den tiendedel af de sygeplejersker med højest sygefravær, var ca. 47 procent i gennemsnit for de fem sygehuse med den laveste koncentration i 2017. Omvendt var andelen ca. 58 procent for de fem sygehuse med den højeste koncentration af sygefravær.

Find de faktiske tal for det enkelte sygehus

I *Bilag 1: Sådan placerer det enkelte sygehus sig* og *Bilag 2: Sygehusspecifikke nøgletal* fås et detaljeret indblik i, hvordan det enkelte sygehus placerer sig på de undersøgte nøgletal i forhold til andre sygehuse og landsgennemsnittet.

Figur 5.8

Sygefravær i 2017

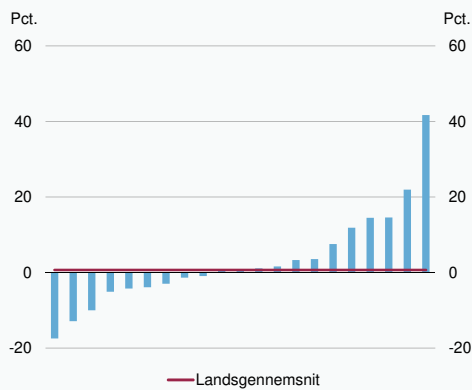


Anm.: Hver søjle repræsenterer et sygehus.

Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og egne beregninger.

Figur 5.9

Udvikling i sygefravær 2015-2017

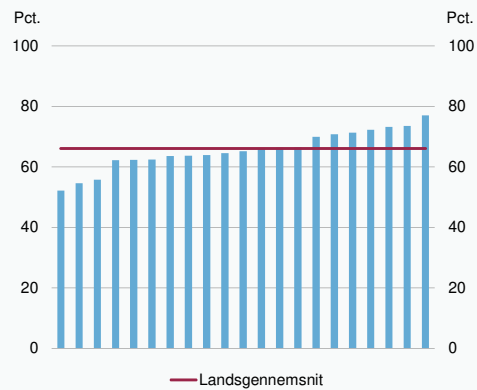


Anm.: Hver søjle repræsenterer et sygehus.

Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og egne beregninger.

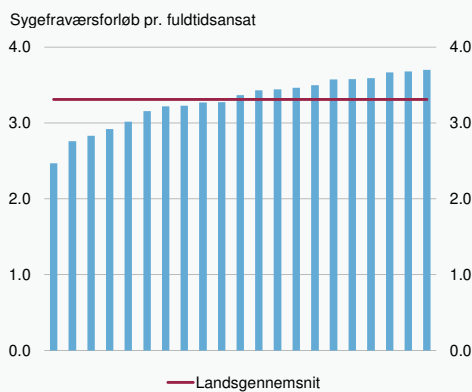
Figur 5.10

Andel korttidsfravær i 2017



Figur 5.11

Antal sygefraværsforløb pr. fuldtidsansat i 2017

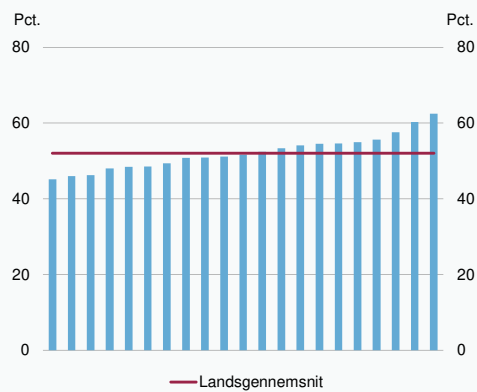


Anm.: Hver søjle repræsenterer et sygehus.

Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og egne beregninger.

Figur 5.12

Andel af det samlede sygefravær blandt de ti procent med mest fravær i 2017

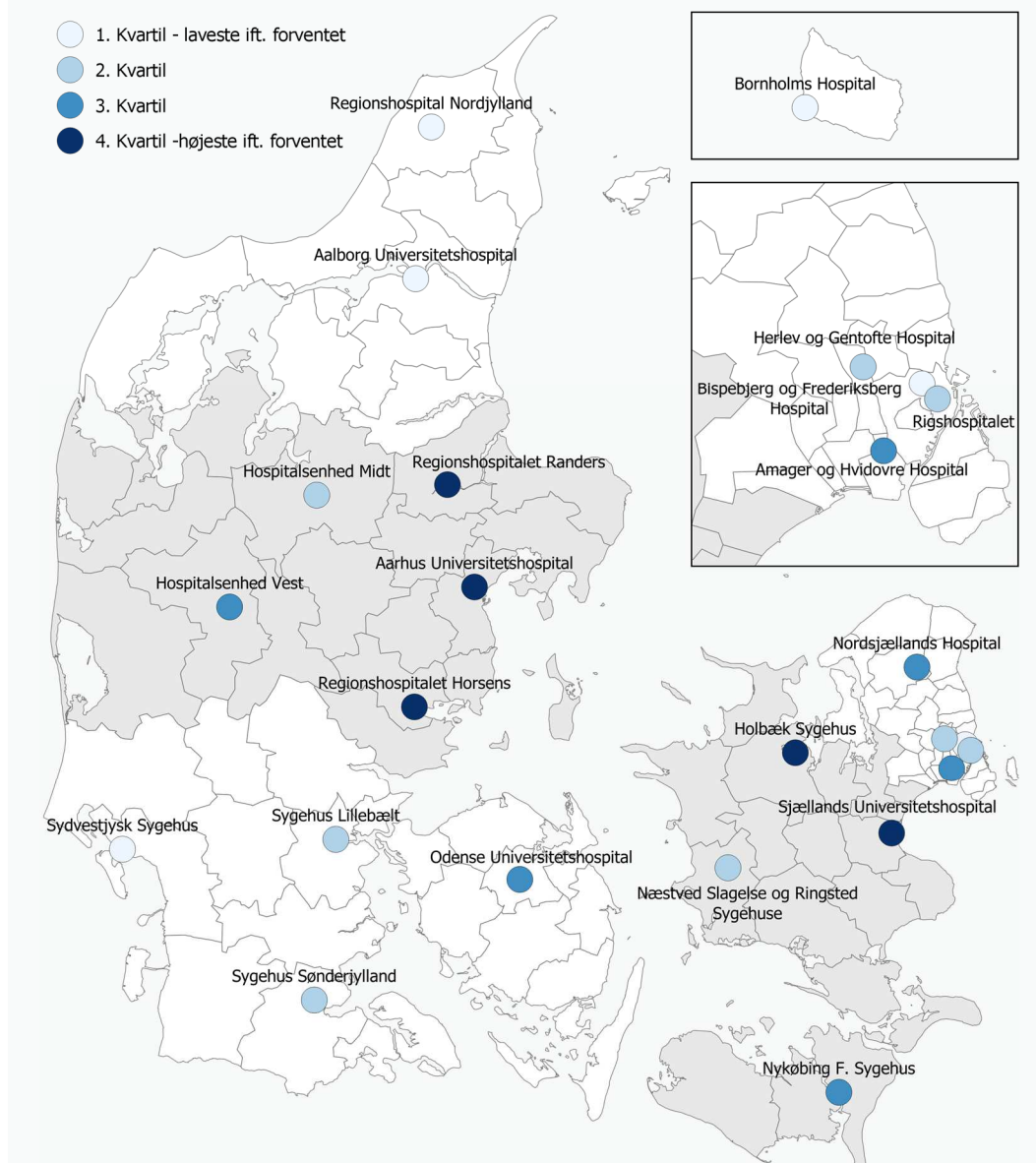


Benchmarking med kontrol for rammevilkår

Det fremgår af figur 5.13 nedenfor, hvordan de somatiske sygehuse placerer sig i forhold til sygefraværet blandt sygeplejersker, når der tages højde for sygehusenes rammevilkår. Disse rammevilkår omfatter en række individkarakteristika, som er beskrevet i afsnit 3.4 og *Bilag 3: Metode*.

Figur 5.13

Benchmarkingindikator for sygefravær for sygeplejersker i 2017



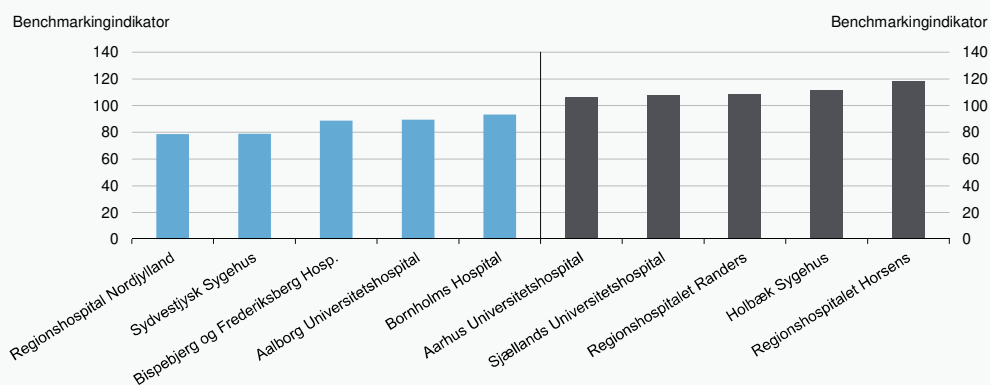
Anm.: 1. kvartil dækker over den fjerdel af sygehusene, der har den laveste benchmarkingindikator og dermed de sygehuse, der har den laveste sygefravær i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af rammevilkår. 4. kvartil dækker over den fjerdedel af sygehusene, der har den højeste benchmarkingindikator og dermed de sygehuse, der har den højeste sygefravær i forhold til, hvad man kunne forvente efter kontrol for rammevilkår. Bemærk at sygehusene i udgangspunktet er placeret ud fra deres akutfunktion for at illustrere hvor de ligger, men at de kan have flere matrikler under sig. Regionerne er markeret med gråtoner. Anden kvartil består af seks sygehuse.

Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Selvom der er lidt større spredning i den gennemsnitlige benchmarkingindikator mellem kvartilerne for sygeplejersker end for alle ansatte under et, er forskellen mellem anden og tredje kvartil fortsat beskedent. Figur 5.14 nedenfor viser de fem sygehuse, der klarer sig henholdsvis bedst og dårligst på benchmarkingindikatoren. Top og bund fem svarer til første og fjerde kvartil, som blev vist på det foregående Danmarkskort.

Figur 5.14

De fem bedste og dårligst placerede sygehuse målt ved benchmarkingindikatoren i 2017 for sygeplejersker



Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Gennemsnittet for de fem sygehuse med den laveste benchmarkingindikator var 86, hvorimod den i gennemsnit var på 110 for de fem sygehuse med den højeste benchmarkingindikator. Det svarer til, at de bedste og dårligste placerede sygehuse i gennemsnit havde et sygefravær, der var hhv. 14 procent lavere og 10 procent højere, end man kunne forvente på baggrund af deres rammevilkår. Forskellen mellem top (første kvartil) og bund (fjerde kvartil) er dermed også væsentlig, efter at der er taget højde for rammevilkår.

5.3 Sygefravær blandt social- og sundhedspersonale

I dette afsnit fokuseres der på sygefraværet for social- og sundhedspersonalet på de somatiske sygehuse. På den følgende side ses fem figurer, der hver især siger noget om, hvordan de faktiske sygefraværsmål ser ud på tværs af sygehuse. Det er beskrevet nedenfor, hvad figurene i hovedtræk viser.

Hvad viser de faktiske tal?

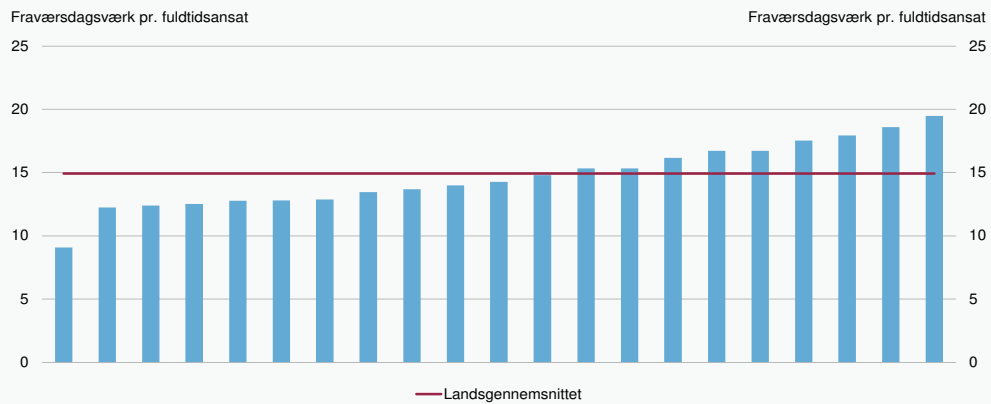
- *Figur 5.15:* Det samlede sygefravær blandt social- og sundhedspersonale målt i fraværsværk pr. fuldtidsansat varierede fra 9,1 på det sygehus med det laveste gennemsnit til 19,5 på det sygehus med det højeste gennemsnit i 2017. Det svarer til 10,4 fraværsværk pr. fuldtidsansat. Forskellen mellem sygehuse er dermed mere udtalt blandt social og sundhedspersonale end blandt de øvrige grupper.
- *Figur 5.16:* Ca. halvdelen af sygehuse har oplevet at sygefraværet blandt social- og sundhedspersonalet faldt fra 2015 til 2017, mens det omvendte gjorde sig gældende for den anden halvdel af sygehuse. Spredningen i udviklingen i sygefraværet på tværs af sygehuse er relativt stor for denne personalegruppe i top og bund. Sygefraværet er steget over 15 procent fra 2015 til 2017 for tre sygehuse, samtidig med at fire sygehuse har oplevet et fald på mindst 20 procent.
- *Figur 5.17:* Det gælder for de fleste sygehuse i 2017, at over halvdelen af det samlede sygefravær består af kortidsfravær. Der er dog væsentlig variation i, hvor meget kortidsfraværet udgør mellem sygehuse. Kortidsfravær udgør ca. 50 procent af det samlede sygefravær for de fem sygehuse med den mindste andel i gennemsnit. For de fem sygehuse med den højeste andel udgør kortidsfravær ca. 72 procent af det samlede sygefravær i gennemsnit.
- *Figur 5.18:* Antallet af sygefraværforløb pr. fuldtidsansat social- og sundhedsmedarbejder på sygehuse i 2017 varierer fra 3 i gennemsnit på de fem sygehuse med færrest forløb til 4 forløb på de fem sygehuse med flest forløb.
- *Figur 5.19:* En stor del af sygefraværet blandt de ansatte på sygehuse er generelt koncentreret om en relativt lille gruppe af medarbejdere. Ses der på, hvor stor en andel af det samlede sygefravær, der er koncentreret omkring den tiendedel af social- og sundhedspersonalet med mest sygefravær, er andelen ca. 47 procent pr. fuldtidsansat på de fem sygehuse med den laveste koncentration i gennemsnit i 2017. For de fem sygehuse med højest koncentration er andelen ca. 60 procent.

Find de faktiske tal for det enkelte sygehus

I *Bilag 1: Sådan placerer det enkelte sygehus sig* og *Bilag 2: Sygehusspecifikke nøgletal* fås et detaljeret indblik i, hvordan det enkelte sygehus placerer sig på de undersøgte nøgletal i forhold til andre sygehuse og landsgennemsnittet.

Figur 5.15

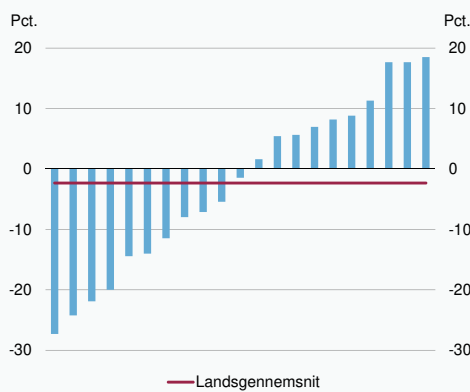
Sygefravær pr fuldtidsansat i 2017



Anm.: Hver søjle repræsenterer et sygehus.
Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og egne beregninger.

Figur 5.16

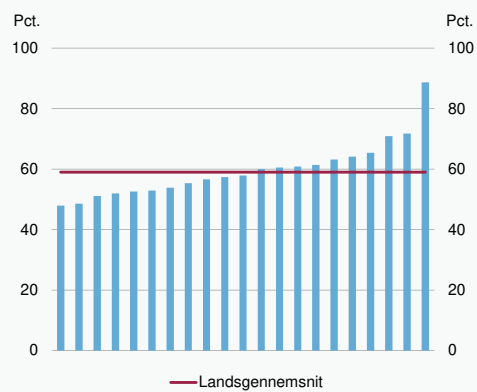
Udvikling i sygefravær 2015-2017



Anm.: Hver søjle repræsenterer et sygehus.
Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og egne beregninger.

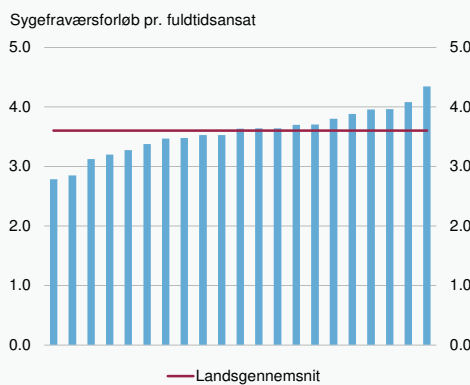
Figur 5.17

Andel korttidsfravær af sygefraværet i 2017



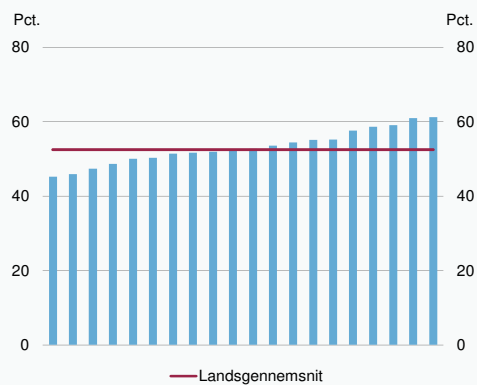
Figur 5.18

Antal sygefraværsforløb pr. fuldtidsansat i 2017



Figur 5.19

Andel af det samlede sygefravær blandt de ti procent med mest fravær i 2017



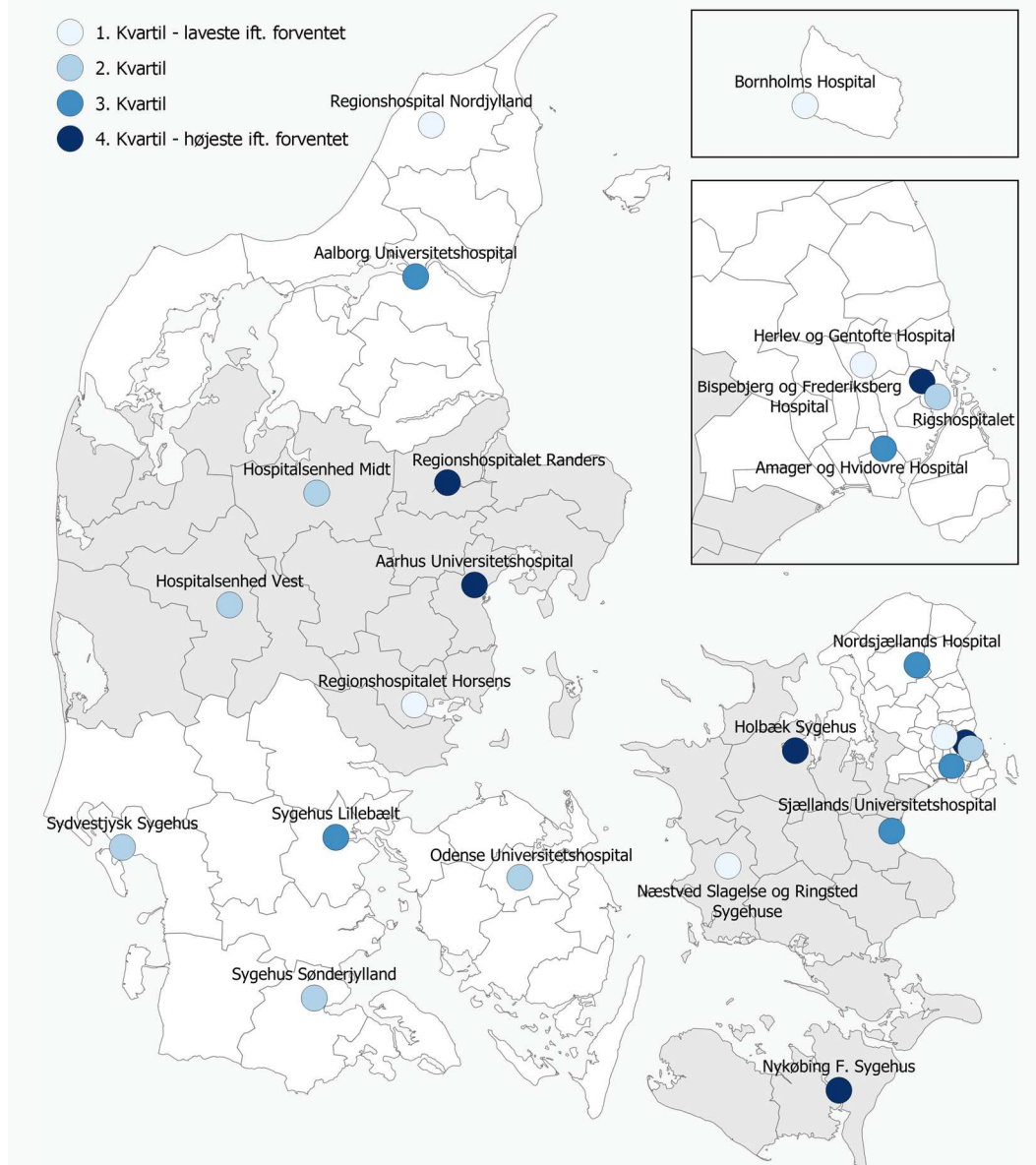
Anm.: Hver søjle repræsenterer et sygehus. På figuren til højre indgår Bornholmshospital ikke af diskretionshensyn.
Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og egne beregninger.

Benchmarking med kontrol for rammevilkår

Det fremgår af figur 5.20 nedenfor, hvordan de somatiske sygehuse placerer sig målt i forhold til sygefraværet blandt social- og sundhedspersonalet, når der tages højde for sygehusenes rammevilkår. Disse rammevilkår omfatter en række individkarakteristika blandt social- og sundhedspersonalet, som er beskrevet i afsnit 3.4 og *bilag 3: Metode*.

Figur 5.20

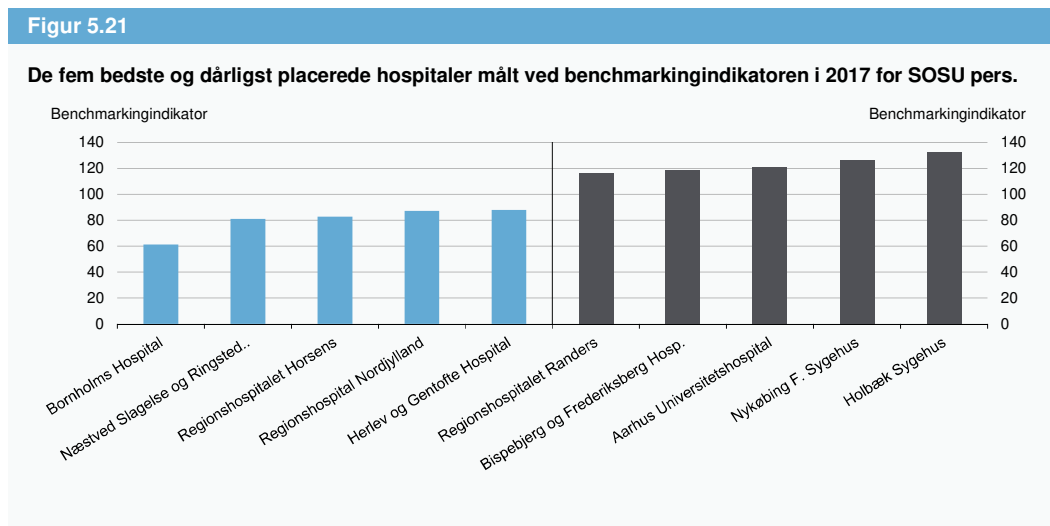
Benchmarkingindikator for sygefravær for social- og sundhedspersonale i 2017



Anm.: 1. kvartil dækker over den fjerdedel af sygehusene, der har den laveste benchmarkingindikator og dermed de sygehuse, der har det laveste sygefravær i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af rammevilkår. 4. kvartil dækker over den fjerdedel af sygehusene, der har den højeste benchmarkingindikator og dermed de sygehuse, der har det højeste sygefravær i forhold til, hvad man kunne forvente efter kontrol for rammevilkår. Bemærk at sygehusene i udgangspunktet er placeret ud fra deres akutfunktion for at illustrere hvor de ligger, men at de kan have flere matrikler under sig. Regionerne er markeret med gråtoner. Anden kvartil består af seks sygehuse.

Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 5.21 nedenfor viser de 5 sygehuse, der klarer sig henholdsvis bedst og dårligst på benchmarkingindikatoren. Top og bund fem svarer til første og fjerde kvartil, som blev vist på det foregående Danmarkskort.



Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Gennemsnittet for de fem sygehuse med den laveste benchmarkingindikator var 80, hvorimod den i gennemsnit var på 123 for de fem sygehuse med den højeste benchmarkingindikator. Det svarer til, at de bedste og dårligste placerede sygehuse i gennemsnit havde et sygefravær, der var hhv. 20 procent lavere og 23 procent højere, end man kunne forvente på baggrund af deres rammevilkår.

Forskellen mellem sygehusene med højest og lavest sygefravær er dermed væsentlig større for social- og sundhedspersonalet sammenlignet med forskellen for alle ansatte og sygeplejersker. Den større spredning i top og bund afspejler også, at der generelt er en større spredning mellem sygehusene i forhold til sygefraværet for social- og sundhedspersonale, sammenlignet med de foregående grupper.

5.4 Sygefravær blandt læger

I dette afsnit fokuseres der på sygefraværet for læger på de somatiske sygehuse.

På den følgende side ses fem figurer, der hver især siger noget om, hvordan de faktiske sygefraværsnøgletal ser ud på tværs af sygehuse. Det er beskrevet nedenfor, hvad figurerne i hovedtræk viser.

Hvad viser de faktiske tal?

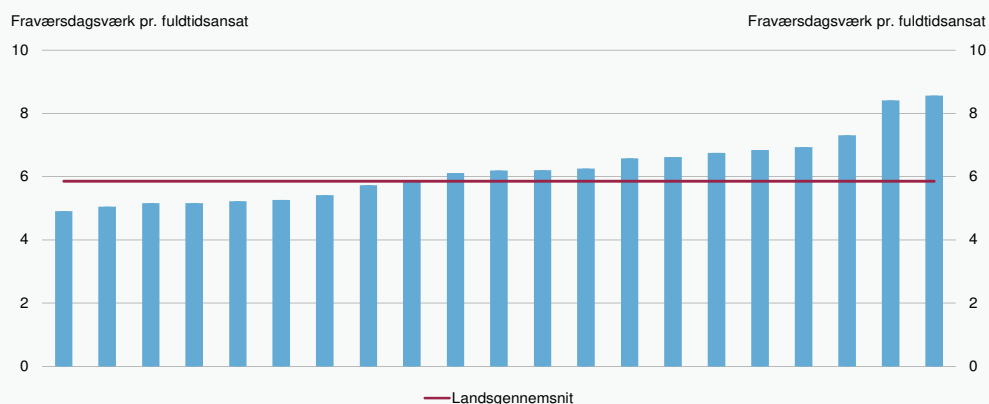
- *Figur 5.22:* Det samlede sygefravær for læger målt i fraværsværk pr. fuldtidsansat varierede fra 4,9 på det sygehus med det laveste gennemsnit til 8,6 på det sygehus med det højeste gennemsnit i 2017. Det svarer til en forskel på 3,7 fraværsværk pr. fuldtidsansat.
- *Figur 5.23:* Ca. tre ud af fire sygehuse har oplevet at sygefraværet blandt læger er steget fra 2015 til 2017, mens det omvendte gjorde sig gældende for den sidste fjerdedel af sygehuse. Spredningen i udviklingen i sygefraværet på tværs af sygehuse er relativt stor for denne personalegruppe i top og bund. Sygefraværet er steget godt 25 procent fra 2015 til 2017 i gennemsnit for de fem sygehuse med størst stigning, samtidig med at sygefraværet er faldet ca. 15 procent i gennemsnit for de fem sygehuse, hvor sygefraværet er faldet mest.
- *Figur 5.24:* Det gælder for alle sygehuse i 2017, at over halvdelen af det samlede sygefravær består af kortidsfravær, der er på under 30 dage. Der er stor variation i, hvor meget kortidsfraværet udgør mellem sygehuse. Kortidsfravær udgør ca. 62 procent af det samlede sygefravær blandt læger i gennemsnit for de fem sygehuse med den mindste andel af kortidsfravær. For de fem sygehuse med den højeste andel udgjorde kortidsfravær omvendt ca. 80 procent af det samlede sygefravær i gennemsnit.
- *Figur 5.25:* Antallet af sygefraværsløb pr. fuldtidsansat læge varierer fra 1,8 i gennemsnit på de fem sygehuse med færrest løb til 2,5 løb på de fem sygehuse med flest løb i 2017.
- *Figur 5.26:* En stor del af sygefraværet blandt de ansatte på sygehuse er generelt koncentreret om en relativt lille gruppe af medarbejdere. Andelen af det samlede sygefravær, der er koncentreret omkring den tiendedel med mest sygefravær, var ca. 54 procent i gennemsnit for de fem sygehuse med lavest koncentration i 2017. For de fem sygehuse med højest koncentration var andelen ca. 67 procent.

Find de faktiske tal for det enkelte sygehus

I *Bilag 1: Sådan placerer det enkelte sygehus sig* og *Bilag 2: Sygehus-specifikke nøgletal* fås et detaljeret indblik i, hvordan det enkelte sygehus placerer sig på de undersøgte nøgletal i forhold til andre sygehuse og landsgennemsnittet.

Figur 5.22

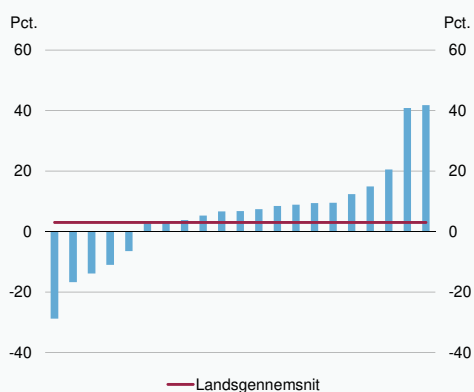
Sygefravær pr fuldtidsansat i 2017



Anm.: Hver søjle repræsenterer et sygehus.
Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og egne beregninger.

Figur 5.23

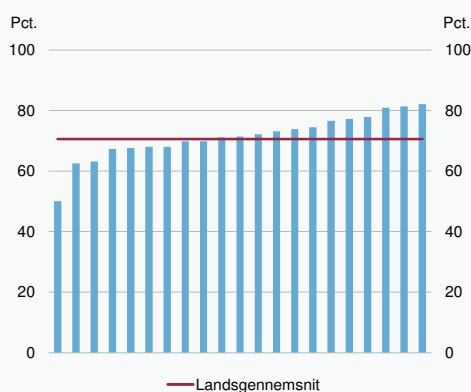
Udvikling i sygefravær 2015-2017



Anm.: Hver søjle repræsenterer et sygehus.
Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og egne beregninger.

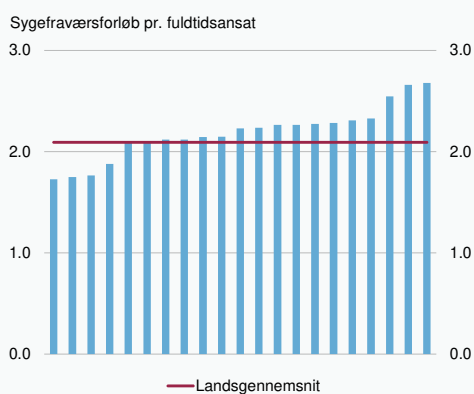
Figur 5.24

Andel korttidsfravær



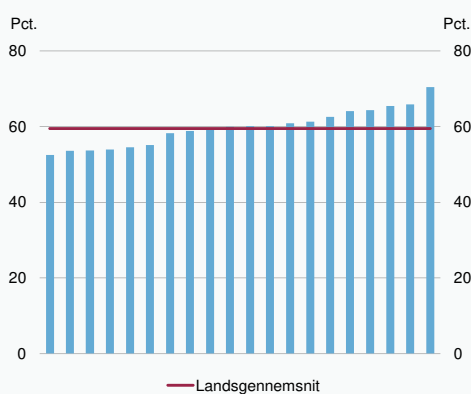
Figur 5.25

Antal sygefraværsløb pr. fuldtidsansat



Figur 5.26

Andel af det samlede sygefravær blandt de ti procent med mest fravær i 2017



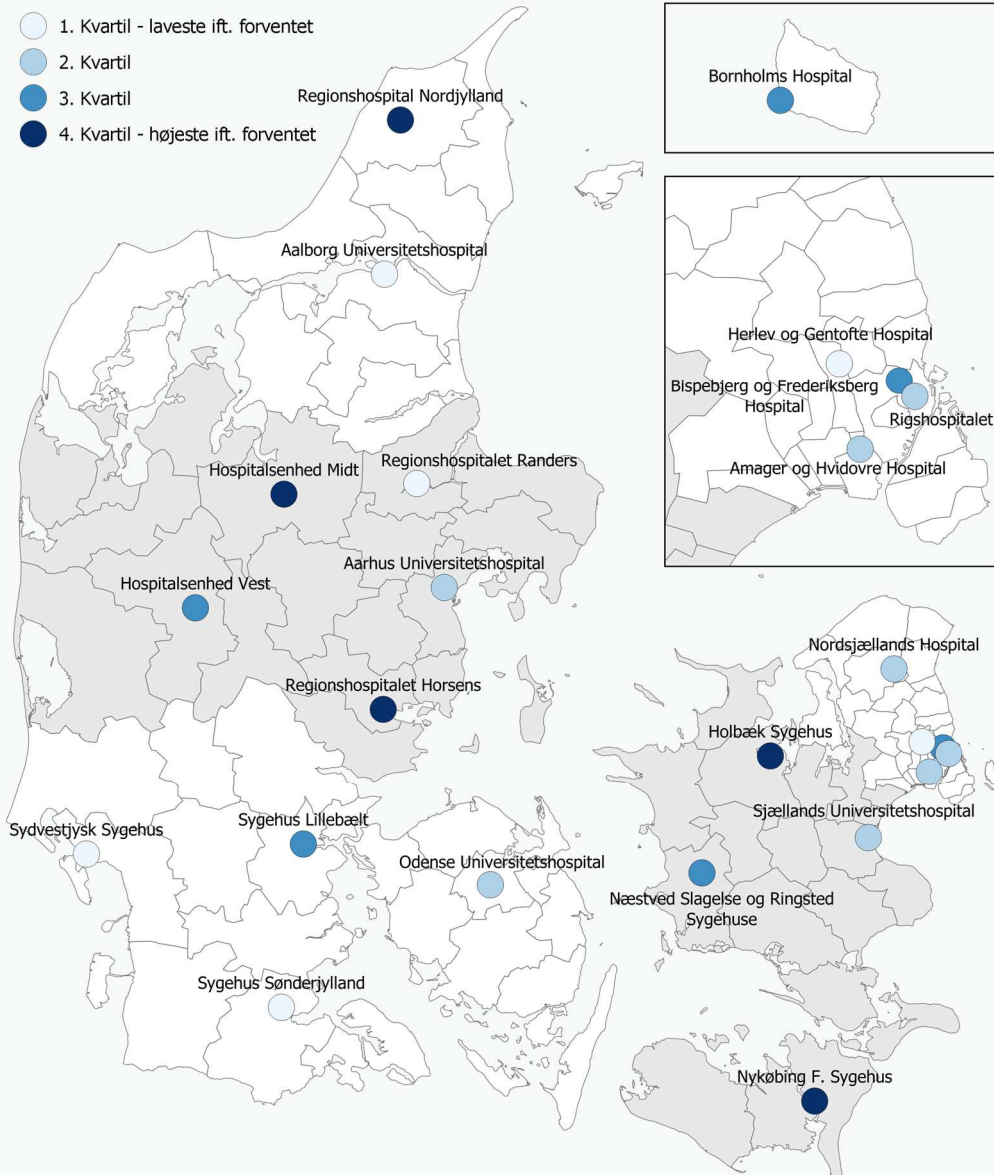
Anm.: Hver søjle repræsenterer et sygehus. På figuren til højre indgår Bornholms hospital ikke af diskretionshensyn.
Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og egne beregninger.

Benchmarking med kontrol for rammevilkår

Det fremgår af figur 5.27 nedenfor, hvordan de somatiske sygehuse placerer sig målt i forhold til sygefraværet blandt læger, når der tages højde for sygehusenes rammevilkår. Disse rammevilkår omfatter en række individkarakteristika blandt læger, som er beskrevet i afsnit 3.4 og *bilag 3: Metode*.

Figur 5.27

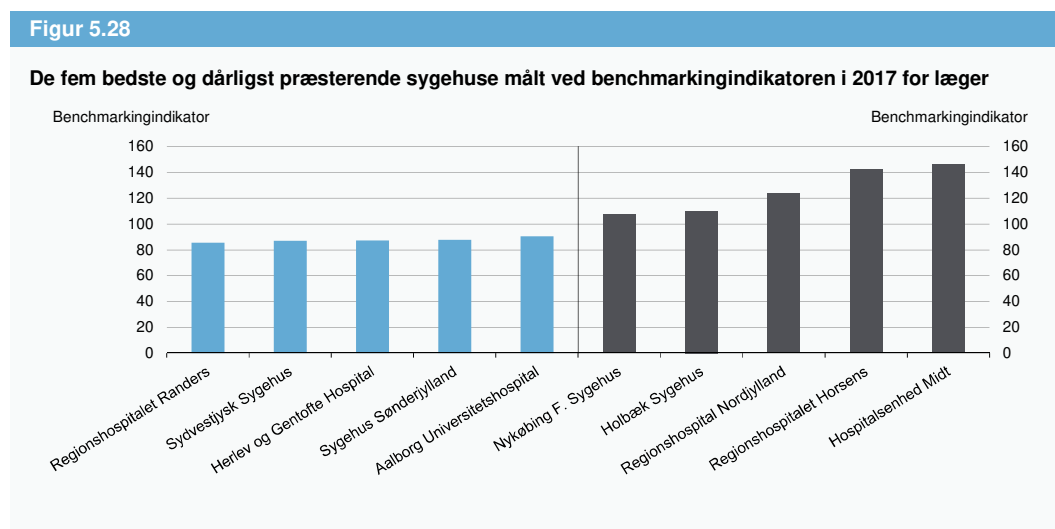
Benchmarkingindikator for sygefravær for læger i 2017



Anm.: 1. kvartil dækker over den fjerdedel af sygehusene, der har den laveste benchmarkingindikator og dermed de sygehuse, der har den laveste sygefravær i forhold til, hvad man kunne forvente på baggrund af rammevilkår. 4. kvartil dækker over den fjerdedel af sygehusene, der har den højeste benchmarkingindikator og dermed de sygehuse, der har den højeste sygefravær i forhold til, hvad man kunne forvente efter kontrol for rammevilkår. Bemærk at sygehusene i udgangspunktet er placeret ud fra deres akutfunktion, for at illustrere hvor de ligger, men at de kan have flere matrikler under sig. Regionerne er markeret med gråtoner. Anden kvartil består af seks sygehuse.

Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 5.28 nedenfor viser de fem sygehuse, der er henholdsvis bedst og dårligst placeret på benchmarkingindikatoren. Top og bund fem svarer til første og fjerde kvartil, som blev vist på det foregående Danmarkskort.



Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Gennemsnittet for de fem sygehuse med den laveste benchmarkingindikator var 88 hvorimod den i gennemsnit var på 126 for de fem sygehuse med den højeste benchmarkingindikator. Det svarer til, at de bedste og dårligste placerede sygehuse i gennemsnit havde et sygefravær, der var hhv. 12 procent lavere og 26 procent højere, end man kunne forvente på baggrund af deres rammevilkår.

Forskellen mellem sygehusene med højest og lavest sygefravær er dermed, ligesom for social- og sundhedspersonalet, væsentlig større for lægerne sammenlignet med forskellen for alle ansatte og sygeplejersker. Den større spredning i top og bund afspejler også en generelt større spredning mellem alle fire kvartiler, sammenlignet med de to førnævnte grupper.

6 Tværgående opsamling

6.1 Niveau og udvikling

I de foregående afsnit er der gennemført en benchmarkinganalyse af alle ansatte under ét på sygehusene og for tre udvalgte personalegrupper. I tabel 6.1 ses en tværgående opsamling på udviklingen i det faktiske sygefravær og de beregnede benchmarkingindikatorer.

Kigger man på udviklingen i sygefraværet for alle ansatte, sygeplejersker og social- og sundhedspersonalet er der stort set lige mange sygehuse, der har haft et stigende eller faldende sygefravær. For læger har de fleste af sygehusene oplevet en stigning i sygefraværet.

Tabel 6.1 viser også, at spredningen mellem sygehusenes benchmarkingindikatorer, det vil sige forholdet mellem sygehusenes faktiske sygefravær og det forventede sygefravær, er mindst for alle ansatte under ét. Spredningen er omvendt væsentlig større for social- og sundhedspersonalet og lægerne. Det hører med til billedet, at de to grupper er væsentlig mindre end gruppen af alle ansatte og sygeplejersker (se også afsnit 2.2 i "Bilag 3: Metode").

Tabel 6.1

Udvikling og spredning på tværs af personalegrupper

	Antal sygehuse		Benchmarkingindikator	
	Stigende sygefravær	Faldende sygefravær	Gns. af top 5 med laveste fravær	Gns. af bund 5 med højeste fravær
Alle ansatte	11	10	89	108
Sygeplejersker	12	9	86	110
SOSU personale	10	11	80	123
Læger	16	5	88	126

Anm.: Optællingen af antal sygehuse med stigende eller faldende sygefravær er for perioden 2015 til 2017 opgjort i fraværsværk pr. fuldtidsansat. Gennemsnitstallene for benchmarkingindikatorerne er udregnet blandt de sygehuse, der fremgår af figur 5.7, 5.14, 5.21 og 5.28.

Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, Danmarks Statistik og egne beregninger.

6.2 Regionerne

Det er interessant at undersøge, hvorvidt der er en tendens til, at den enkelte region enten har sygehuse, der generelt klarer sig godt eller dårligt målt ved benchmarkingindikatoren. Tabel 6.2 viser et uvægtet gennemsnit af sygehusenes benchmarkingindikator inden for hver region.

Der tegner sig et mønster af, at der er regioner, der generelt har sygehuse med højt eller lavt sygefravær efter at der er kontrolleret for rammevilkår. Sygehusene i Region Syddanmark har en gennemsnitlig benchmarkingindikator på noget under 100, uanset om der ses på alle ansatte eller de enkelte personalegrupper, hvorimod det modsatte er tilfældet for Region Sjælland. Også Region Nordjylland har et relativt lavt sygefravær, dog med gruppen af læger som en undtagelse. At en region kan have et lavt sygefravær for alle ansatte og et højt sygefravær for personalegrupperne skyldes, at alle ansatte ikke blot er summen af de tre personalegrupper.

Tabel 6.2**Gennemsnit af sygehusenes benchmarkingindikator inden for de enkelte regioner**

Region	Alle ansatte	Sygeplejersker	SOSU	Læger
Region Hovedstaden	102,9	97,9	94,7	98,4
Region Sjælland	105,6	106,4	111,6	106,0
Region Syddanmark	93,3	91,8	94,9	92,8
Region Midtjylland	99,9	106,6	100,8	114,5
Region Nordjylland	87,6	84,1	91,5	107,0

Anm.: Bemærk at der er tale om et uvægtet gennemsnit af benchmarkingindikatoren.

Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Udover de forhold vedrørende sygefravær på sygehusene, der er analyseret i denne rapport, kunne det i et videre perspektiv være interessant at undersøge sammenhængen mellem, hvordan sygehusene klarer sig i benchmarkinganalyserne og relevante variable, som sygehusene selv kan påvirke. Det kunne eksempelvis være interessant at kvantificere sammenhængen mellem de ansattes trivsel, ledelsesspænd med videre og sygefraværet. Værdien heraf vil dog være størst, hvis sammenhængsanalyserne kunne laves på et lavere organisatorisk niveau, som f.eks. klinik- eller afsnitsniveau. Det er dog ikke muligt på tværs af sygehuse med det nuværende datagrundlag.

Generelt mangler der data for de ansatte på sygehusenes lavere organisatoriske niveauer, som ville være interessant at anvende i et benchmarkingsperspektiv.

7 . Tiltag til inspiration

De kvantitative benchmarkinganalyser viste, at der er et potentiale for at sænke sygefraværet på sygehusene. Det gælder både for alle ansatte under ét og for de tre personalegrupper, der er blevet sat fokus på.

Udover de rammevilkår, der tages højde for i benchmarkinganalyserne, så kan en række andre faktorer også påvirke sygefraværet. Det gælder eksempelvis sygehusenes arbejdsgange, organisering, ledelse, og/eller arbejdsmiljø. Fælles for disse faktorer er, at sygehusene har direkte indflydelse på dem. Del II af denne sygefraværsanalyse består af et inspirationskatalog, hvor sygehusene kan finde inspiration til arbejdet med at nedbringe sygefraværet. Her er det netop tiltag, som sygehusene selv har indflydelse på og kan arbejde med, der er fokus på.

Inspirationskataloget, som udgør et særskilt dokument, er baseret på semistrukturerede interviews blandt fem sygehuse, der klarer sig godt i den kvantitative benchmarkinganalyse, når der er taget højde for rammevilkår. Således er alle 5 sygehuse blandt dem, der klarer sig bedst inden for én eller flere af personalegrupperne. I *bilag 3: Metode* er den kvalitative analysetilgang beskrevet nærmere.

Indsamlingen af inspirationstiltag er gennemført af Rambøll Management Consulting på vegne af Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed.

Sygehusene kan i varierende grad allerede arbejde med et eller flere af de tiltag, der præsenteres i inspirationskataloget, men det er vurderingen, at alle sygehuse med fordel kan forholde sig til hvert enkelt af de fremhævede tiltag. Tiltagene er hentet fra klinikker og afdelinger, der omfatter de personalegrupper, som har været i fokus i benchmarkinganalysen. Umiddelbart er det vurderingen, at mange af initiativerne er af en så generel karakter, at de i høj grad kan være relevante på tværs af alle sygehusenes personalegrupper.

I tabel 7.1 nedenfor ses en oversigt over de tiltag, der beskrives i inspirationskataloget i del II. Tiltagene er inddelt i følgende temaer: Forebyggelse af sygefravær og arbejdsmiljøtiltag, håndtering af sygefravær og tilbage til arbejde og fastholdelse.

Tabel 7.1

Oversigt over tiltag

Forebyggelse af sygefravær og arbejdsmiljøtiltag

Tiltag: Systematisk opfølgning på trivsel og arbejdsmiljø

Tiltag: Fokus på kerneopgaven styrker trivslen og reducerer sygefravær

Tiltag: Forebyggelse af vold og trusler på arbejdspladsen

Tiltag: Hurtig opfølgning på psykisk belastende episoder og utilsigtede hændelser

Tiltag: Fleksibel vagtplanlægning forebygger drypvis fravær

Håndtering af sygefravær

Tiltag: Systematisk implementering og forankring af sygefraværspolitik

Tiltag: Giv personaleledere relevant ledelsesinformation om sygefravær

Tiltag: Sæt sygefraværet på dagsordenen i hele styringskæden

Tiltag: Tydelig ledelse om håndtering af sygefravær

Tiltag: Klare krav til sygemeldingen på første fraværsdag

Tilbage til arbejde og fastholdelse

Tiltag: Fokus på muligheder for tilbagevenden til arbejde

Tiltag: Klæd ledere på med viden om ordninger og redskaber

Inspirationskatalog

Sygefravær blandt ansatte på sygehusene

Del II

Februar 2019



Publikationen kan hentes på hjemmesiden for
Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed:
www.oimb.dk

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

Indhold

1. Indledning.....	3
2. Forebyggelse af sygefravær og arbejdsmiljøtiltag.....	5
3. Håndtering af sygefravær.....	12
4. Tilbage til arbejde og fastholdelse	19

1. Indledning

I del I af denne analyse af sygefraværet blandt de ansatte på sygehusene blev der gennemført fire kvantitative benchmarkinganalyser, hvor der blev taget højde for rammevilkår. De kvantitative benchmarkinganalyser viste, at der er et potentiale for at sænke sygefraværet på sygehusene. Det gælder både for alle ansatte under ét og for de tre personalegrupper: Sygeplejersker, social- og sundhedspersonale samt læger.

I det følgende, der udgør del II af analysen, beskrives konkrete initiativer til at nedbringe sygefraværet. Del II er således et inspirationskatalog, hvor sygehusene kan finde inspiration til konkrete tiltag, der kan indgå i sygehusenes videre arbejde med at nedbringe sygefraværet. Indsamlingen af inspirationstiltag er gennemført af Rambøll Management Consulting på vegne af Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed.

Inspirationskataloget er baseret på semistrukturerede interviews på fem sygehuse med relevante medarbejdere fra forskellige dele af styringskæden, der alle er involveret i arbejdet med at nedbringe sygefraværet. Dermed er der både sat fokus på sygefraværsindsatsen ved det decentrale og centrale niveau på sygehusene. De fem interviewede sygehuse er alle blandt dem, der klarer sig bedst inden for flere personalegrupper, og i flere tilfælde også for alle ansatte under et, når der tages højde for rammevilkår.

Det fremgår af tabel 1.1, hvilke sygehuse der er blevet interviewet, og inden for hvilke personalegrupper det decentrale fokus er lagt hos disse. På sygehusene har det dog i praksis været vanskeligt at isolere tiltagene til en bestemt personalegruppe, da grupperne ofte er blandede på klinik og afsnitsniveau. I *bilag 3: Metode* er dette forhold, samt udvælgelseskriterierne og den kvalitative analysetilgang beskrevet nærmere.

Sygehusene og regionerne kan i varierende grad allerede arbejde med et eller flere af de tiltag, der præsenteres, men det er vurderingen, at alle sygehuse med fordel kan forholde sig til hvert af de fremhævede tiltag. Tiltagene er hentet fra afsnit og klinikker der beskæftiger de personalegrupper, der har været i fokus i benchmarkinganalysen. Umiddelbart er det vurderingen, at mange af initiativerne er af en så generel karakter, at de i høj grad er relevante på tværs af alle sygehusets personalegrupper.

Tabel 1.1

Udvælgelse af deltagersygehuse

	Sygeplejersker	SOSU-personale	Læger
Herlev og Gentofte Hospital	•	•	•
Regionshospitalet Nordjylland	•	•	
Sydvestjysk Sygehus	•		•
Sygehus Sønderjylland		•	•
Aalborg Universitetshospital	•		•

Del II af analysen indeholder følgende: I kapitel 2 gennemgås tiltag vedrørende forebyggelse af sygefravær og arbejdsmiljøtiltag. I kapitel 3 beskrives tiltag til inspiration omhandlende håndtering af sygefravær. Endeligt præsenteres i kapitel 4 tilgange og tiltag til at sikre, at der arbejdes kvalificeret med at få medarbejderne hurtigt tilbage i arbejde efter sygdom. I tabel 1.2 nedenfor ses en oversigt over de tiltag, der beskrives i de tre kapitler.

Mange af de tiltag som sygehusene har arbejdet med, kan også genfindes på det kommunale område (se analysen "Sygefravær blandt ansatte i kommunerne del II"). Det vidner om, at det er mange af de samme tematikker, der er i spil når sygehuse og kommuner arbejder med at reducere sygefraværet blandt de ansatte. Samtidigt hører det med til billedet, at begge analyser blandt andet omfatter faggruppen social- og sundhedspersonale.

Selvom der er en række tematiske fællestræk på tværs af sygehusene og det kommunale område kan der dog være forskel på, hvordan overlappende tiltag er implementeret og anvendes i praksis. Det afspejler sig fx i de konkrete cases under tiltagene.

Tabel 1.2

Oversigt over tiltag

Kapitel 2: Forebyggelse af sygefravær og arbejdsmiljøtiltag

- Tiltag: Systematisk opfølgning på trivsel og arbejdsmiljø
- Tiltag: Fokus på kerneopgaven styrker trivslen og reducerer sygefravær
- Tiltag: Forebyggelse af vold og trusler på arbejdspladsen
- Tiltag: Hurtig opfølgning på psykisk belastende episoder og utilsigtede hændelser
- Tiltag: Fleksibel vagtplanlægning forebygger drypvis fravær

Kapitel 3: Håndtering af sygefravær

- Tiltag: Systematisk implementering og forankring af sygefraværspolitik
- Tiltag: Giv personaleledere relevant ledelsesinformation om sygefravær
- Tiltag: Sæt sygefraværet på dagsordenen i hele styringskæden
- Tiltag: Tydelig ledelse om håndtering af sygefravær
- Tiltag: Klare krav til sygemeldingen på første fraværsdag

Kapitel 4: Tilbage til arbejde og fastholdelse

- Tiltag: Fokus på muligheder for tilbagevenden til arbejde
- Tiltag: Klæd ledere på med viden om ordninger og redskaber

2. Forebyggelse af sygefravær og arbejdsmiljøtiltag

Forebyggelse af sygefravær gennem arbejdet med arbejdsmiljø og trivsel er et centralt element i sygefraværsindsatsen på alle de udvalgte sygehuse. Dette arbejde rammesættes blandt andet af forskellige lovbundne initiativer og krav til organisering, herunder arbejdspladsvurderinger (APV), trivselsmålinger og samarbejde i regi af arbejdsmiljøorganisationen (AMO). I dette afsnit belyses udvalgte tiltag og tilgange, som de deltagende sygehuse og afsnitsledere fremhæver som særligt vigtige i deres arbejde med arbejdsmiljø og forebyggelse af sygefravær.

Tiltag: Systematisk opfølgning på trivsel og arbejdsmiljø

Sundhedssektoren er generelt kendetegnet ved, at der har været et langvarigt og stærkt fokus på at forbedre både det fysiske og psykiske arbejdsmiljø på området. I flere af sygefraværspolitikkerne på de udvalgte sygehuse er det desuden klart angivet, at sygehusdirektionen er ansvarlig for at sikre, at sygefraværspolitikken og medarbejdernes trivsel drøftes i de enkelte afsnit, samt at direktionen jævnligt skal drøfte sygefravær, arbejdsmiljø og trivsel på dialogmøder med afsnitslederne.

Flere af de interviewede afsnitsledere fremhæver det lokale TRIO samarbejde (mellem tillidsrepræsentant, arbejdsmiljørepræsentant og leder) som vigtigt for at sikre en systematisk og tæt opfølgning på trivsel og arbejdsmiljø. Nogle af de udvalgte kliniske afdelinger og afsnit har prioriteret at have en særlig høj kadence for møder i TRIO samarbejdet (fx månedligt). Samarbejdet understøtter ifølge lederne, at de får kendskab til trivselsproblematikker tidligt, hvilket muliggør, at der kan følges hurtigt op med en handleplan og konkrete tiltag.

I tillæg til den systematiske opfølgning på trivsel og arbejdsmiljø i MED-udvalg og TRIO samarbejde fremhæver flere af sygehusene i analysen, at et godt arbejdsmiljø også kræver at ledelsen i det daglige har fokus på trivsel og arbejdsmiljø og drøfter det mere direkte med medarbejderne. Både i individuelle dialoger (se boks 2.1) og fælles drøftelser med personalegruppen (se boks 2.2 og 2.3).

Boks 2.1

Aktiv brug af omsorgssamtaler på Herlev og Gentofte Hospital øger medarbejdernes trivsel

Flere af de interviewede afsnitsledere på Herlev Hospital fremhæver, at det lave sygefravær hænger tæt sammen med en sygefraværspolitik, som er baseret på omsorg for medarbejderne og tidlig indsats.

Er der tegn på, at en medarbejder mistrives, og er der risiko for, at dette på sigt kan resultere i sygefravær, så gør sygefraværspolitikken det klart, at det er ledelsens ansvar at tale med medarbejderen. Det kan konkret ske i en omsorgssamtale, som lederen indkalder til efter tre fraværsperioder eller seks sammenhængende fraværsgange på et halvt år. Lederne kan desuden indkalde til samtalerne på baggrund af en individuel vurdering.

På de deltagende afsnit i analysen bruger afsnitslederne aktivt disse omsorgssamtaler. Det sker i en række tilfælde også inden der er et egentligt fravær. Eksempelvis med baggrund i observationer, som lederen gør sig i dagligdagen, og som tyder på, at en medarbejder ikke trives.

Samtalen bruges dermed til at starte en dialog om forhold, der påvirker medarbejderens trivsel negativt. Primært drøftes forhold på arbejdspladsen, men det kan også være en drøftelse af forhold i privatlivet, hvis medarbejderen selv åbner op for en dialog om dette. Omsorgssamtalen er derfor en vigtig ramme for at indgå aftaler, der kan øge trivslen eller gøre det lettere for medarbejderen at komme igennem en svær tid. Aftalerne kan fx omhandle arbejdstid, opgaveløsning, arbejdstilrettelæggelse, samarbejdsrelationer, udviklingsmuligheder osv.

Aalborg Universitetshospital har i en række afsnit, hvor der i en periode var et stigende sygefravær, opprioriteret dialogen om arbejdsmiljø og trivsel med personalegruppen. I den proces var der gode erfaringer med anvendelsen af et elektronisk værktøj med daglige digitale målinger af trivsel.

Boks 2.2

Daglige digitale målinger af trivsel på Aalborg Universitetshospital styrker forebyggelse af sygefravær

Aalborg Universitetshospital har på udvalgte afsnit arbejdet med at styrke eller supplere dialogen om trivsel og arbejdsmiljø gennem et elektronisk app-baseret værktøj, som kan kortlægge medarbejdernes trivsel på daglig basis. Målingerne er et supplement og ikke en erstatning af de årlige lovbundne trivselsmålinger. I et af afsnittene er sygefraværet faldet med 70 pct. i den periode, hvor afsnittet har arbejdet med værktøjet.

Via værktøjet får medarbejderne mulighed for med daglige smiley-markeringer at bedømme og kommentere deres arbejdsdag. Målingerne giver en tættere og mere bred måling af trivsel i medarbejdergruppen (end den årlige trivselsundersøgelse), da der ikke er nogle prædefinerede spørgsmål, der skal besvares. I stedet giver værktøjet plads til, at medarbejderne kan uddybe deres daglige bedømmelser i kommentarbokse. Afsnitslederne forklarer, at værktøjet giver et databaseret overblik over positive/negative udsving i personalegruppens oplevelse af trivsel over en længere periode og dermed et indblik i, hvilke områder der skal fokuseres på og arbejdes med for at skabe gode rammer for trivsel. Redskabet giver desuden lederne vigtig information på individniveau og mulighed for at følge op på enkelte medarbejdere, der ofte indgiver negative bedømmelser.

Lederne fremhæver, at det er centralt for de positive virkninger af værktøjet, at bedømmelser og kommentarer ikke kun sætter fokus på de dårlige dage. Det bruges også til at understøtte de positive fortællinger fra dagligdagen, og udgør herigennem et vigtigt bidrag til arbejdsglæde og sammenhold.

Tiltag: Fokus på kerneopgaven styrker trivslen og reducerer sygefravær

En række af de sygehuse og afsnit, der indgår i analysen, har som led i det forebyggende arbejde sat fokus på det psykiske arbejdsmiljø med tiltag, der skal understøtte, at medarbejderne oplever en balance mellem tid og forventninger til opgaveløsningen. Indsatsen ses som central for at reducere arbejdsbetinget stress og forebygge sygefravær.

Der eksisterer en række forebyggende tiltag på flere af de udvalgte sygehuse, som vedrører denne udfordring. Sygehusenes tiltag er både rettet mod generel og ledelsesmæssig opmærksomhed på at styrke den fælles oplevelse af mening i arbejdet, men også på at styrke den sociale kapital på arbejdspladsen¹.

Flere af afsnitslederne oplever desuden, at medarbejderne i høj grad kan understøttes i at håndtere kravene i arbejdet og de daglige prioriteringer mellem opgaver, hvis der etableres klarhed omkring kerneopgaven i det enkelte afsnit. Den proces handler i høj grad om at få sat ord på, hvordan de forskellige aktiviteter i dagligdagen forbinder sig til kerneopgaven. Det er med til at sikre at alle medarbejderne trækker i den samme retning og fremmer derved også både sammenhængskraft og trivsel i afdelingen. Det er vurderingen fra flere af de interviewede afsnitsledere at klarhed omkring kerneopgaven styrker medarbejdernes sikkerhed omkring prioriteringer i arbejdet og har dermed en positiv betydning for medarbejdernes trivsel og for et lavt sygefravær.

¹ Med social kapital menes de sociale relationer på arbejdspladsen. God social kapital i form af stærke samarbejdsrelationer antages at have en positiv indflydelse på arbejdsmiljøet. Graden af social kapital tilbyder dermed et supplerende perspektiv på arbejdsmiljøet, som ligger ud over selve egenskaberne ved jobbet. Social kapital kan derfor have en forklaringskraft, fx ift. at arbejdsmiljøet er vidt forskelligt på to sammenlignelige afdelinger med samme arbejdsopgaver, faggrupper mv.

Spillet "Find kerneopgaven og sæt den i spil" styrker det psykiske arbejdsmiljø på Sydvestjysk Sygehus

På Sydvestjysk Sygehus betragtes arbejdsmiljø og trivsel tæt forbundet med en løbende drøftelse af kerneopgaven. Kerneopgaven skal afspejles i arbejdspladsens prioriteringer og det er vigtigt, at den enkelte medarbejder betragter sig selv, som en vigtig brik i denne sammenhæng. Til drøftelser om kerneopgaven har Sydvestjysk Sygehus gode erfaringer med at bruge et spil udviklet af Region Syddanmark "Find kerneopgaven og sæt den i spil". Oplevelsen på Sydvestjysk Sygehus er, at spillet giver anledning til en værdifuld fælles drøftelse af konkrete dilemmaer i hverdagen, hvor medarbejderne oplever at kerneopgaven kommer under pres.

Spillet indeholder forskellige dilemmakort, med situationer, som alle følges op med spørgsmål til fælles drøftelse. Dilemmakortene falder inden for kategorierne: Borger & kvalitet, forandringer & rammevilkår, fag & fornyelse, arbejds gange & organisering samt samarbejde & koordinering. Spørgsmålene sætter fx fokus på, hvad den fælles opgave for teamet er, hvordan rollerne fordeles, hvordan man bedst lykkes sammen og hvordan man motiverer hinanden.

På en konkret klinisk afdeling, der gennem en periode har arbejdet med en fælles forståelse af kerneopgaven oplever afdelingsledelsen, at temadage med fokus på kerneopgaven bliver langt mere konkrete ved at bruge spillet som afsæt for drøftelserne. Den ledende oversygeplejerske vurderer, at spillet er med til at sikre et klart fælles billede af kerneopgaven, som styrker medarbejdernes trivsel og derfor også er med til at fastholde et lavt sygefravær.

Et eksempel på et indsatsområde, der på disse temadage kom i fokus via spillet, var patient/pårørendesamarbejdet. Drøftelserne i spillet var med til at synliggøre, at måden, som man greb forventningsafstemning med patienter og pårørende an i afsnittet, kunne optimeres. Konkret har afdelingen efterfølgende tilpasset arbejdet med patient- og pårørendeinformation herunder rammerne på afsnittet for forventningssamtaler med patienter og pårørende. Det har medført færre episoder i dagligdagen, hvor medarbejderne oplever sig splittet mellem patienter eller pårørendes forventninger til en service eller ydelse, og det som medarbejderen/afsnittet skal og kan levere.

Tiltag: Forebyggelse af vold og trusler på arbejdspladsen

I arbejdet med det psykiske arbejdsmiljø har flere af de udvalgte sygehuse også en række forebyggende tiltag, som er rettet mod medarbejdernes oplevelser med vold, trusler og grænseoverskridende adfærd fra patienter eller pårørende.

Flere af sygehusene har i en årrække arbejdet aktivt med at styrke beredskabet og procedureerne på arbejdspladsen for, hvordan der registreres, handles og følges op på disse episoder. Dertil har der været fokus på at styrke medarbejdernes kompetencer til at agere bedst muligt i denne type episoder.

Når der eksisterer faste rammer for håndteringen og opfølgningen på episoder med vold og trusler, og når medarbejderne samtidig bliver kompetente til at forebygge dem, så er det afsnitsledernes oplevelse, at det er med til at styrke det psykiske arbejdsmiljø og forebygge sygefravær.

Sygehus Sønderjylland har arbejdet med Beskæftigelsesministeriets "voldsforebyggelsespakker" på en udvalgt klinisk afdeling som derigennem bl.a. har opnået en systematiseret registrering af episoder med vold samt et styrket fokus på forebyggelse af episoderne.

Boks 2.4

Fælles tilgang til vold og trusler understøtter forebyggelse og sygefravær på Sygehus Sønderjylland

En klinisk afdeling på Sygehus Sønderjylland har arbejdet med voldsforebyggelsespakken "*Vold og trusler – fra fortælling til forandring*". Voldsforebyggelsespakken er et kompetenceforløb over 6 måneder, hvor der arbejdes med at styrke identifikation, forebyggelse og opfølgning på vold og trusler. En klinisk afdeling har gennemført forløbet og dermed opnået en fælles tilgang til vold, som er med til at reducere både omfanget af episoder med vold og medarbejdernes oplevelse af episodernes belastning. Disse resultater hænger sammen med, at medarbejderne gennem kompetenceforløbet er blevet bedre til at forebygge og deeskalere episoderne. Samlet set er vurderingen, at forløbet og indsatsen har reduceret sygefravær på afdelingen relateret til episoder med vold og trusler.

Den kliniske afdeling, der har gennemført voldsforebyggelsespakken, varetager i stigende grad behandling og pleje af demente patienter og ser derfor flere patienter og pårørende, som retter deres frustrationer mod personalet med forskellige grader af udadreagerende adfærd – fx slag og spark og voldsomme vredesudbrud. Disse reaktioner er i en periode blevet slået hen som et vilkår i arbejdet og som episoder, der er forståelige ud fra patienternes situation. Arbejdet med voldsforebyggelsespakken har været med til at sætte fokus på, at uagtet omstændighederne, så er disse situationer at betragte som vold og skal registreres og håndteres som vold.

Voldsforebyggelsespakken gennemføres med afsæt i en praksisfortællingsmetode. Ca. 5 gange i forløbet afholdes et praksisfortællingsmøde, som skal ruste medarbejdere og ledere til at arbejde med at synliggøre, forebygge og håndtere episoder med vold og trusler på arbejdspladsen. På mødet fortæller medarbejdere på skift om en konkret voldsepisode. Hver fortælling fra en medarbejder følges op af en fælles drøftelse om mulige tilgange til at forebygge og håndtere denne type af situationer. En mødeleder har ansvar for, at drøftelserne sker ud fra en række spilleregler for praksisfortællingen.

Forløbet har også fremmet et perspektiv på vold og trusler, som flytter ansvaret fra den enkelte medarbejder til et fælles anliggende for afdelingen. Dette forventer klinikledelsen på længere sigt vil forebygge langvarigt sygefravær relateret til udbrændthed og et hårdt psykisk arbejdsmiljø.

Generelt har flere af sygehusene i analysen styrket medarbejdernes kompetencer til at håndtere episoder med vold og trusler (fx kommunikationsteknikker som konflikthåndtering og low arousal teknikken²). Medarbejderne bliver således klædt på til at forebygge, at tilspidsede situationer med patienter eller pårørende eskaleres til konflikter eller vold.

På Herlev Hospitals akutmodtagelse har de som et særligt tiltag indgået et tæt samarbejde med det lokale politi for at styrke trygheden og det psykiske arbejdsmiljø yderligere.

Boks 2.5

Tæt samarbejde med Vestegnens Politi på Herlev og Gentofte Hospitals akutafdeling skaber et trygt arbejdsmiljø

Akutmodtagelsen på Herlev Hospital behandler ca. 70.000 patienter om året, og den er en af de travleste afdelinger på hospitalet. I forbindelse med bandekonflikten, der startede i 2008, oplevede afdelingen flere episoder, hvor der var personer med relation til bandemiljøet tilstede som pårørende på afsnittet. Det skabte utryghed for både medarbejdere, patienter og andre pårørende. Derfor etablerede man et tæt samarbejde med Vestegnens Politi.

I dag er politiet konsekvent tilstede på afdelingen ved ind- og udgange ifm. bandeskyderier, og kan i øvrigt tilkaldes og være tilstede på afdelingen inden for 5 minutter. Afsnitslederne forklarer, at dette samarbejde med politiet er rigtig godt, og at det skaber tryghed og bedre arbejdsmiljø.

² Low Arousal er en ikke-voldelig og konfliktnedtrappende metodisk tilgang til mennesker i affekt - en pædagogik, hvor nøgleordet er at bevare roen og undgå konfrontationer, hvor medarbejderen er trænet i at regulere sit eget og borgerens affektniveau, samt i at afede og deeskalere problemskabende adfærd og konflikter. Målet er, at ingen, hverken borger eller medarbejder, taber kontrollen.

Tiltag: Hurtig opfølgning på psykisk belastende episoder

Psykisk belastende episoder med fx komplekse patientforløb er noget, medarbejdere af og til vil opleve i sundhedsvæsenet. Derfor peger de deltagende sygehuse på, at en vigtig del af arbejdsmiljøindsatsen for sygehuspersonalet er at have et beredskab, der sikrer at de involverede medarbejdere bliver psykisk aflastet, når det er nødvendigt.

Afhængig af episodens karakter anvendes forskellige tilgange til aflastning. Sygehusene anvender forskellige modeller, der spænder fra sessioner med en leder eller kollega til mere intensive og støttende interventioner, som fx akut psykologisk bearbejdning af episoden.

Boks 2.6

Defusing og debriefing på Herlev og Gentofte Hospital sikrer hurtig og systematisk aflastning ved psykisk belastende episoder

På Herlev Hospital spiller aflastningssamtaler en stor rolle i forhold til at skabe et godt psykisk arbejdsmiljø, hvor der under trykke rammer er mulighed for sparring og dialog efter utilsigtede hændelser eller traumatiske episoder. Målet med aflastningssamtalerne er dels at forbedre patientsikkerheden og dels at sikre, at psykisk belastende hændelser for de involverede medarbejdere bearbejdes både hurtigt og professionelt. Lederne vurderer, at aflastningssamtaler er med til at forebygge sygefravær både umiddelbart efter episoderne men også på længere sigt ved at sikre et godt psykisk arbejdsmiljø. Afsnitslederne forklarer, at man de seneste år har arbejdet med at bruge samtalerne mere systematisk. Førhen blev samtalerne primært igangsat, når en medarbejder selv efterspurgte det, i dag afholdes de konsekvent efter en psykisk belastende episode har fundet sted.

På Herlev Hospital arbejdes der aktivt med to former for aflastningssamtaler: Defusing og debriefing:

- **En defusing-samtale** afholdes umiddelbart efter en hændelse og normalt kun med de involverede fagpersoner og nærmeste leder. Defusing har til formål, at medarbejderne kort efter episoden får mulighed for at tale om og gennemgå hændelsen. Til defusing tages der også stilling til, om det involverede personale kan fortsætte deres vagter eller evt. kan tage et par timer eller mere fri. Der er også et fokus på, at medarbejderen ikke er alene hjemme lige efter hændelsen, og at de har en kollega eller leder, de kan kontakte, hvis de får behov. Det er fast praksis, at lederne kontakter de involverede medarbejdere dagen efter hændelsen.
- **En debriefing-samtale er en anderledes dybdegående samtale**, som afholdes 2-5 dage efter hændelsen og er en systematisk og psykologisk gruppeproces, hvor de involverede medarbejdere gennemgår den traumatiske situation med en psykolog, der er uddannet inden for det krisepsykologiske område.

Tiltag: Fleksibel vagtplanlægning forebygger drypvis fravær

En del af forebyggelsen af sygefravær retter sig ifølge de deltagende sygehuse også mod at reducere enkeltstående fraværsdage. De deltagende sygehuse oplever, at enkeltstående fraværsdage til en vis grad kan imødegås ved at skabe fleksibilitet og plads til dialog om arbejdstider og behov for fridage.

På Sydvestjysk Sygehus har en række afsnitsledere inddraget en app i vagtplanlægningen, som giver medarbejderne større medbestemmelse over deres arbejdstid, hvilket bidrager positivt til trivslen og reducerer drypvis fravær.

Boks 2.7

Automatisk vagtplanlægningssystem sikrer medarbejderindflydelse på Sydvestjysk Sygehus

Sydvestjysk Sygehus har i samarbejde med it-udviklere fra Syddansk Universitet udviklet et automatisk vagtplanlægningssystem, som er baseret på en matematisk algoritme. Systemet genererer vagtplaner, der automatisk tager højde for en lang række faktorer. Det drejer sig fx om:

- Overenskomst, arbejdstidsregler og lokalaftaler. Det indbefatter fx aftaler om normperiode, vagtbytte, nedsættelse af hviletid mv.
- Vagtkategorier – fx dag/aften/nat
- Kompetencekrav
- Bemandingsplan – fx beslutninger om fremmøde ift. sæsonudsving

Vagtplanlægningssystemet har desuden en brugerflade for medarbejderne, hvor hver medarbejder gives op til 17 ønsker til en otte-ugers vagtplan. Det kan fx være ønsker om fridage eller lignende præferencer. Åben kan også tage højde for længerevarende individuelle hensyn som eksempelvis, at en medarbejder i en periode er fritaget fra særlige vagttyper mv. Ifølge lederen er denne medindflydelse med til særligt at sænke det drypvise sygefravær, da medarbejderne lettere kan sikre en god balance mellem privat- og arbejdsliv, når de får medindflydelse på tilrettelæggelsen af deres arbejdstider.

Billede: Brugerflade fra APP til medarbejderes indgivelse af ønsker til vagter/fravær mv.

The screenshot shows a web interface for inputting preferences. At the top, there are tabs for 'Min tid', 'Ønsker', 'Behov', 'Totaler', 'Fravær', 'Afdelingsplan', and 'Opslagstavle'. Below these are filters for 'Forrige periode', 'Næste periode', 'Uge 14', 'År 2019', 'Hop til uge', and 'Gruppe 0 AOA MinTid'. The main table is titled 'Uge 14 2019' and has columns for 'Mandag 1. apr', 'Tirsdag 2. apr', and 'Onsdag 3. apr'. The rows represent different categories of input: 'Medarbejders navn', 'Vagter', 'Ønsker', 'Plan', 'Fravær', 'Ønsker', 'Plan', 'Aktiviteter', 'Ønsker', 'Plan', and 'Andre ansættelser'. Each cell in the table contains a yellow 'Ønsk' button.

Ved hjælp af systemet kan lederen på en overskuelig og fleksibel måde imødekomme medarbejdernes ønsker ift. vagtplanlægningen og samtidig skabe tillid og gennemsigtighed omkring vagtplanlægningen. Systemet sikrer, at beslutningerne omkring vagtplanen altid er rationelle, og ikke opleves som uretfærdige, hvilket man ifølge lederen ikke kan garantere i den manuelle vagtplanlægning. Den automatisk genererede vagtplan godkendes manuelt af vagtplanlægger eller leder. I denne proces finjusteres vagtplanerne inden de endeligt frigives.

Det er et grundvilkår på store dele af sygehusene, at vagterne er tilrettelagt i relativt faste vagtskemaer, der dækker hele døgnet og ugen, og som er fastlagt fx 8-16 uger ud i fremtiden. Det kan i perioder være udfordrende for nogle medarbejdere ift. at balancere familie og arbejdsliv, hvorfor lederne har særligt fokus på at skabe fleksibilitet inden for disse rammer. Det handler blandt andet om, at der udvises stor åbenhed for at tage en dialog, om de behov der kan opstå med kort varsel for at tage en fridag. Eksempelvis har Regionshospitalet Nordjylland et særligt tiltag for afsnit med højt sygefravær, hvor det er muligt at indføre trivselsdage for en periode.

Boks 2.8

Mulighed for indførelse af trivselsdage til afsnit med højt sygefravær på Regionshospitalet Nordjylland

På Regionshospitalet Nordjylland kan der efter en konkret vurdering indføres en mulighed for trivselsdage på afsnit, der har behov for det. Konceptet har bl.a. været anvendt på afsnit med højt sygefravær. Trivselsdage er et afgrænset antal dage årligt, hvor medarbejderne med kort varsel og efter aftale med nærmeste leder kan tage en ikke planlagt fridag (en såkaldt trivselsdag), når behovet ikke er begrundet i egen sygdom. Trivselsdagen kan afholdes som afspadsring eller feriedage.

HR fremhæver, at trivselsdage kan være med til at nedbringe det drypvise sygefravær og tydeliggøre, at der er en åbenhed og fleksibilitet omkring ellers fastlagte vagtplaner, herunder at det er legalt at spørge om en ikke planlagt fridag. Det påpeges samtidig, at det er centralt, at der er nogle enkle og tydelige rammer omkring mulighederne for at anvende trivselsdage. Det kan fx dreje sig om rammer for, hvor mange trivselsdage en medarbejder kan have i en given periode, om flere medarbejdere kan tage en trivselsdag samme dag, om der er specielle forhold, der skal være opfyldt for at en trivselsdag kan komme på tale etc.

Arbejdet i de forskellige afsnit er forskelligt ligesom personalesammensætningen er forskellig. I nogle sammenhænge kan det derfor også handle om at foretage lokale prioriteringer omkring vagtfordelingen, som sikrer at den konkrete personalegruppe kan trives og få arbejdet til at gå op med privatlivet.

Boks 2.9

Periodevis opnormering i afsnit på Aalborg Universitetshospital reducerede sygefraværet for sygeplejersker og SOSU'er

På Aalborg Universitetshospital har afsnitsledere en løbende dialog med deres klinikledelse om allokerede ressourcer og vagtplanlægning. I den sammenhæng lægger sygehuset stor vægt på fleksibilitet samt muligheden for at forhandle aftaler, som matcher det enkelte afsnits behov. På hospitalet er man opmærksom på at en vagtstruktur, der passer godt på et afsnit, ikke nødvendigvis gør det på et andet, og der derfor kan være behov for lokale aftaler.

Et eksempel herpå er et afsnit som havde en personalegruppe, hvor det for en stor del var vanskeligt at få privatlivet til at gå op med det antal weekendvagter, som lå i den daværende normering og vagtstruktur. Den sygeplejefaglige ledelse forklarer, at det med afsæt i en lokal aftale med klinikledelsen blev muligt at få ekstra personaleressourcer til weekendvagter på afsnittet, da man havde en hypotese om, at det ville kunne reducere sygefraværet. Ressourcerne blev allokert via en midlertidig omfordeling i budgettet ved konvertering af midler fra vikarpulje til personaleressourcer. Aftalen blev indgået på den præmis, at det skulle kunne dokumenteres, at der efterfølgende var et mindre træk på vikarpuljen via fald i sygefraværet i afsnittet.

Tiltaget var en succes, da det lykkedes at nedbringe sygefraværet svarende til det ekstra antal dagsværk, som opnormeringen i weekenderne krævede. Dermed blev tiltaget i praksis udgiftsneutral. Dertil kom, at tiltaget skabte stor arbejdsglæde og øgede medarbejdernes trivsel.

3. Håndtering af sygefravær

Håndteringen af sygefravær sker decentralt på de enkelte afsnit, hvor det er afsnitslederens ansvar at følge op på sygefravær hos medarbejdere. Det er imidlertid hele organisationens bidrag til arbejdet med sygefraværspolitikken, der er nøglen til at sikre et lavt sygefravær. De udvalgte sygehuse i analysen ser ud til gennemgående at have en overordnet strategisk tilgang til at sikre et lavt sygefravær, med sygefraværspolitik samt indsatser og opfølgning fra HR og sygehusdirektionen, der på forskellig vis understøtter de daglige lederes håndtering af sygefravær.

Tiltag: Systematisk implementering og forankring af sygefraværspolitik

Sygehusene, der indgår i analysen, har sygefraværspolitikker, der definerer en fælles regional eller lokal standard på sygehuset for, hvornår den nærmeste leder følger op med sygefraværssamtaler i et sygefraværsløb. Det kan fx være en 1-5-15-model med kontakt mellem leder og sygemeldte på dag 1, 5 og 15 i sygefraværsløbet. Derudover ligger der i sygefraværspolitikkerne typisk også retningslinjer for opfølgning på hyppige fraværperioder. Fx med opfølgning på medarbejdere med tre fraværperioder eller seks fraværperioder eller mere på et halvt år. Der kan til enhver tid ske opfølgning på andre bekymrende mønstre i sygefraværet.

For sygehusene i analysen gælder det generelt, at de nuværende sygefraværspolitikker er udviklet for flere år tilbage (typisk få år efter regionerne blev dannet i 2007), og at der i den forbindelse er gennemført en systematisk implementeringsproces på alle niveauer i organisationen. I den proces har der bl.a. været fokus på at sikre, at hele organisationen kender og deler grundprincipperne i sygefraværspolitikken, og at de gældende retningslinjer for sygefraværsopfølgning bliver anvendt. Et af de centrale grundprincipper er fx, at *"Arbejdspladsen ikke altid er en del af årsagen til en medarbejders sygefravær, men at arbejdspladsen næsten altid er en del af løsningen."*

I dag arbejdes der således på de udvalgte sygehuse primært på at sikre en fortsat forankring samt høj kvalitet og ensartethed i sygefraværsopfølgningen via en række understøttende tiltag og løbende opfølgning. Det sker blandt andet gennem kompetenceudviklingsforløb for nye ledere i håndtering af sygefravær og tilbud om opfølgningskurser til eksisterende ledere.

Som en del af arbejdet med at fastholde en systematisk og ensartet håndtering af sygefravær (jf. sygefraværspolitikken) peger flere sygehuse også på, at det er vigtigt at følge sygefraværet og være parat til at revitalisere sygefraværspolitikken gennem særskilte forløb for enkelte afsnit, hvis sygefraværet i en periode er stigende.

Revitalisering af sygefraværspolitik på Aalborg Universitetshospital reducerede sygefraværet

På Aalborg Universitetshospital så man i en periode et stigende sygefravær på en enkelt klinisk afdeling. Med et særligt fokus på at revitalisere den eksisterende sygefraværspolitik fra 2013, lykkedes det i løbet af et år at reducere sygefraværet på afsnittene i denne afdeling fra et gennemsnit på 10,6 fraværdsdage per medarbejder om året til 8,9. Det skete i et tæt samarbejde mellem afsnitslederne og viceklinikchefen, som fik en særlig opgave i at nedbringe sygefraværet på den pågældende kliniske afdeling. Centrale tiltag i den proces var bl.a.:

- **Dialogmøder om sygefravær på hvert afsnit:** Med afsæt i hospitalets eksisterende sygefraværspolitik gennemførte viceklinikchefen en række dialogmøder med afsnitslederne og medarbejdere på udvalgte afsnit. På dialogmøderne blev der sat fornyet fokus på betydningen af et højt kontra lavt sygefravær, på organisationens holdning og tilgang til forebyggelse og håndtering af sygefravær og et fælles fokus på en ensartet brug af sygefraværssamtaler. Blandt andet blev medarbejderne spurgt til hvor højt et sygefravær de troede der var på deres afsnit, og hvad de synes, der var rimeligt. Deres gæt lå sædvanligvis et stykke fra virkeligheden, hvilket gav grobund for en god diskussion.
- **Fornyet fokus på redskaber:** Viceklinikchefen satte desuden fokus på at drøfte forskellige redskaber og tiltag til håndtering af sygefravær med afsnitslederne. Dette omfattede blandt fokus på samarbejdet med fastholdelseskonsulenter i medarbejderens jobcenter og de muligheder som jobcentrets sygedagpengeafdeling kan tilbyde, fx i forbindelse med sygefraværsløb, hvor en medarbejder er gået ned med stress. Der blev også sat fokus på anvendelsen af data, og at de enkelte afsnitsledere forholder sig til tendenser i sygefraværet i personalegruppen.
- **Åbenhed omkring afskedigelser af medarbejdere:** Endelig satte viceklinikchefen også fokus på at skabe en åbenhed om, at der af og til kunne være behov for, at man blev bedre og hurtigere til at afskedige eller omplacere medarbejdere. Formålet med dette var først og fremmest at hjælpe langtids-syge videre, når det står klart at tilbagevenden til nuværende arbejdsplads ikke vurderes muligt.

Tiltag: Sæt sygefraværet på dagsordenen i hele styringskæden

Sygehusene i analysen fremhæver, at det er vigtigt, at sygefraværet sættes højt på dagsordenen i mødefora og beslutningsprocesser gennem hele styringskæden. Selvom håndteringen af sygefraværssager er et ansvar, der er lagt ud til afsnitslederen, peger de deltagende sygehuse på vigtigheden af, at udviklingen i sygefraværet er et fokus på alle niveauer i organisationen.

På Sygehus Sønderjylland er sygefravær fast på dagsordenen i hele ledelseskæden

På Sygehus Sønderjylland har sygefraværet i en årrække været i fokus med henblik på nedbringelse, og det er foreløbig lykkedes at nedbringe sygefraværet for flere kliniske afdelinger og for bl.a. læger og SOSU personale, selvom sygehusets samlede sygefravær stadig er højere end andre sygehuse i regionen. Et centralt element i denne proces er en systematisk opfølgning på udviklingen i sygefraværet på tværs i organisationen.

På sygehuset er sygefravær fast på dagsordenen i hele ledelseskæden. Dels på månedlige økonomimøder mellem direktører og afdelingsledere, hvor sygefravær i relation til økonomien drøftes. Desuden på kvartalsvise møder mellem direktion, HR og afdelingsledere, hvor sygefravær er et selvstændigt punkt på dagsordenen med afsæt i en mere detaljeret sygefravær rapport, der viser sygefraværet differentieret på bl.a. kliniske afdelinger, afsnit og faggrupper samt udviklingen i sygefraværet over tid. Hvis der på baggrund af sygefravær rapporten og gennemgangen på mødet ses behov for et øget fokus på sygefraværet i en afdeling eller et afsnit, så igangsættes der en efterfølgende særskilt proces mellem HR og afdelingen/afsnittet med henblik på at gå mere i dybden med årsager til stigningen og aftale indsatser til at nedbringe sygefraværet (se boks 3.3).

HR-afdelingen oplever, at hele organisationens systematiske fokus på og opfølgning på sygefravær har en stor betydning for at forebyggelses- og sygefraværsindsatsen prioriteres decentralt og derfor er med til at drive en dedikeret indsats for at sikre et lavt sygefravær. Direktionens involvering i sygefraværsdagsordenen sikrer det ledelsesmæssige fokus og sender et signal om, at sygefravær tages seriøst igennem hele styringskæden.

Alle HR-afdelingerne på de udvalgte sygehuse har en rolle i at følge op på udviklingen i sygefravær og i forlængelse heraf følge op med sparring og støtte til de afsnit, der har et særligt højt sygefravær, eller hvor der ses en stigning. På Sygehus Sønderjylland har man den tilgang, at måden, hvorpå denne opfølgning fra HR sker, er vigtig for at opfølgningen og støtten får den tiltænkte virkning. Sygehusets HR-afdeling praktiserer en meget proaktiv tilgang og går i udbredt grad med helt ud i afdelingen og bistår ledelsen i gennemførelse af tiltag for at nedbringe sygefravær og styrke arbejdsmiljøet.

HR-afdelingen på Sygehus Sønderjylland følger systematisk op på sygefravær og bidrager med tilpassede tiltag

I tillæg til den opfølgning på sygefravær, der sker i mødefora gennem hele ledelseskæden på Sygehus Sønderjylland, har HR-afdelingen en opgave i at rådgive og understøtte afdelings- og afsnitsledere i forebyggelse og håndtering af sygefravær. Med afsæt i de kvartalsvise møder (se boks 3.2) og sygefravær-rapporten, er det således HR-konsulentens opgave at bistå de kliniske afdelinger og afsnit, hvor der ses udsving i sygefraværet. Det sker eksempelvis ved, at en HR- eller arbejdsmiljøkonsulent besøger afsnittet, gennemgår sygefraværdata og aftaler det videre forløb omkring HR-konsulentens støtte til afdelingen. Oplevelsen er, at det der gør denne opfølgning og støtte særlig virksomhedsfuld er den tilgang HR-konsulenterne har.

HR-afdelingen på Sygehus Sønderjylland har arbejdet meget med, at denne tilgang til opfølgningen på afsnit med højt sygefravær *for det første* sker ud fra en undersøgende vinkel for at forstå årsagerne til et højt sygefravær. *For det andet*, at der lægges op til et tæt samarbejde med afsnittet, om de tiltag og indsatser der iværksættes.

- **Den undersøgende tilgang** udmøntes fx ved, at HR-konsulenten gennem interviews med afsnitsledere, tillidsrepræsentanter og medarbejdere, afsøger hvad der potentielt kan ligge til grund for en negativ udvikling i sygefraværet. En anden metode kan være, at HR-konsulenten sammen med lederen gennemgår alle sygefraværssager og undersøger, hvordan forløbene har været håndteret, herunder om der fx er et potentiale for at styrke opfølgnings- eller fastholdelsesindsatsen.
- **Tilpassede indsatser i tæt samarbejde med afsnittet:** Afhængig af, hvad disse indledende undersøgelser viser, har HR en differentieret vifte af tiltag og indsatser, der kan sættes i værk. Hvis der er tale om en situation, der relaterer sig til arbejdsmiljøet på afsnittet, håndteres dette ud fra den specifikke situation, og HR-konsulenten anbefaler konkrete tiltag. Er der tale om flere lange sygefraværforløb, hvor der ikke har været tilstrækkelig fokus på gradvis tilbagevenden til arbejde, kan HR komme ind med tættere sparring til afsnitslederen om at arbejde med fastholdelsesplaner.

Erfaringen er, at denne tilgang, hvor HR-afdelingen tager ud og møder afsnitsleder og medarbejdere på afsnittet med åbenhed og en inddragende tilgang uden løftede pegefingre, sikrer et samarbejde, som er helt centralt for at løse de aktuelle sygefraværsudfordringer, afsnittet oplever.

Tiltag: Giv personaleledere relevant ledelsesinformation om sygefravær

Fælles for de sygehuse, der deltager i analysen, er, at nøgletallene for sygefraværet følges løbende på flere niveauer i organisationerne. Dette sker blandt andet via udarbejdelse af sygefraværstatisikker fordelt på kliniske afdelinger, afsnit og personalegrupper. Ledelsesinformationen om sygefravær stilles desuden til rådighed for afsnitslederne på en let og overskuelig måde, der letter lederens arbejde med anvendelse af data og med at følge op på sygefravær i eget afsnit. I praksis vil det sige, at data er bearbejdet og opstillet i grafer og tabeller, som gør det nemt at følge tendenser og udviklinger mv.

Alle sygehuse i analysen anvender desuden et advis-system, der er koblet både til sygehusets løn- og personalesystem. Advis-systemet sender en automatisk genereret besked til lederens mailboks, når en medarbejder har fravær, der nærmer sig det tidspunkt, hvor der skal holdes en sygefraværssamtale (jf. sygefraværspolitikken).

Advis-system og fraværsoversigter på Sydvestjysk Sygehus skaber overblik over sygefravær

På Sydvestjysk sygehus modtager afsnitsledere et automatisk genereret advis per mail, når et sygefraværsløb når en vis længde, som jf. sygefraværspolitikken kræver en sygefraværssamtale, eller når en medarbejder har flere sygefraværperioder.

- **Advis-system understøtter systematisk opfølgning på sygefravær:** De automatisk genererede adviser understøtter, at opfølgning på sygefravær sker systematisk og ensartet for alle. Afsnitslederne ser det især som vigtigt for opfølgningen på kortvarigt fravær, som let kan blive overset i dagligdagen. Afsnitsledere skal dermed ikke bruge tid på at undersøge og følge op på, hvornår en medarbejder har haft fx tre fraværperioder på seks måneder og skal indkaldes til sygefraværssamtale. Sygefraværssamtalerne afholdes uanset sygefraværet også med de medarbejdere, hvor de ved, at sygefraværperioderne skyldes influenza eller lignende. Det handler om at sende et signal om, at der følges ensartet og systematisk op på sygefravær. Denne tilgang er ikke mindst vigtig for, at medarbejderne oplever en fair og ens behandling.
- **Fraværsoversigter synliggør mønstre i fravær og er et godt dialogværktøj:** På Sydvestjysk Sygehus kan lederne i personalsystemet trække en oversigtsliste for alle medarbejdere over sygefraværsdage på en måned eller et år. Herunder kan der med til-/fravalgsfunktioner inkluderes andre fraværstyper fx barns første sygedag, ferie/fri mv., som kan give et samlet billede af eventuelle mønstre i medarbejdernes fravær. Med afsæt i listen laver lederne ofte en markering af fraværsdagene i medarbejderens vagtkalender. Denne oversigt understøtter, at eventuelle mønstre i fraværet bliver synligt – eksempelvis at fraværet ofte falder efter 12-timers vagter eller andet. Lederne oplever også, at de med fraværsoversigten har langt bedre muligheder for at tage en kvalificeret dialog med medarbejderen om disse mønstre. Erfaringen er, at fraværsoversigten giver et meget konkret afsæt for dialogen, og giver en mulighed for i fællesskab at finde løsninger på, hvad arbejdspladsen og medarbejderen hver især kan gøre for at nedbringe sygefraværet. Fx kortere vagter eller færre nattevagter i en periode. Denne opfølgning opleves som meget vigtig for at nedbringe kortvarigt fravær.

Tiltag: Tydelig ledelse om håndtering af sygefravær

Sygehusene fremhæver det som centralt, at der i hele organisationen etableres en tydelighed omkring grundprincipperne og afsættet for sygehusets sygefraværspolitik. Grundprincipperne skal realiseres i den sygefraværssindsats, der udmøntes decentralt på de enkelte kliniske afdelinger og afsnit, og derfor peger de deltagende sygehuse på, at tydelig ledelse omkring håndtering af sygefravær er vigtig.

De interviewede afsnitsledere arbejder på forskellig vis med at skabe en sund kultur om fravær/nærvær, som hele organisationen forstår og deler og et klart fælles billede af, hvordan sygefravær håndteres, når en medarbejder bliver syg. Det sker fx på personalemøder, hvor der kan sættes fokus på at genopfriske sygefraværspolitikken.

Boks 3.5

Tydighed om sygefraværsindsats fremmer en sund nærvær- og fraværskultur på Regionshospital Nordjylland

På de udvalgte afsnit på Regionshospital Nordjylland bliver sygehusets håndtering af sygefravær og betydningen af et højt kontra et lavt sygefravær ofte italesat. Det sker ud fra en overbevisning om, at en sund kultur omkring fravær/nærvær er noget, der hele tiden skal vedligeholdes. Afsnitsledere praktiserer derfor løbende på personalemøder og temadage at skabe transparens på især tre områder:

- **Transparens om betydningen af nærvær/fravær for afsnittet:** Afsnitslederne giver medarbejderne konkret viden om, hvad fravær/nærvær betyder på flere områder. Der sættes fokus på, hvad konsekvenserne er for den pleje og behandling, der leveres til patienterne, for normeringen og oplevelsen af travlhed, for økonomien og for den enkelte sygemeldte. Afsnitsledere oplever, at det styrker det fælles ansvar, når alle medarbejdere har dette perspektiv på fravær/nærvær. Det er i sidste ende med til at holde fraværet på et lavt niveau.
- **Transparens om formål med sygefraværssamtalerne:** Lederne understreger også, at de løbende italesætter sygehusets sygefraværspolitik og herunder formålet med sygefraværssamtalerne. Det understreges blandt andet, at de afholdes systematisk i alle sygefraværforløb for at sikre en ensartet og fair behandling. Det pointeres samtidig, at tilgangen ved samtalerne er, at sygdommens årsag er privat, men at sygefravær er en fælles udfordring, hvor de bedste løsninger på at nedbringe sygefraværet eller finde en plan for tilbagevenden til arbejdet skal findes i fællesskab.
- **Transparens ift. HR-afdelingens rolle:** På Regionshospital Nordjylland har afsnitslederne prioriteret at inddrage HR-afdelingen i sygefraværssamtaler og på afdelingsmøder langt oftere end tidligere. Rationalet bag dette er dels, at HR ikke kun skal være synlige for medarbejderne ifm. komplekse forløb, der ender med afskedigelser eller lignende, og dels at HR kan være med til at løfte kvaliteten i håndteringen af sygefraværforløb. På en række afsnit er de lykkedes med, at involvering af HR i dag opfattes positivt og som et udtryk for, at der er et stort ledelsesmæssigt fokus på sygefravær samt på, at den enkelte medarbejder er vigtig for arbejdspladsen. Denne kulturændring understøtter, at afdelingslederne langt oftere kan involvere HR i håndteringen af sygefravær i afsnittene, uden at medarbejderne forbinder dette med konsekvenser såsom afskedigelser mv.

Boks 3.6

På Regionshospitalet Nordjylland styrker sygefraværsspil den fælles forståelse af sygefravær

Afsnitsledere på Regionshospitalet Nordjylland har gode erfaringer med at anvende et regionalt udviklet dialogbaseret spil om sygefravær, "*Fravær og nærvær*". Spillet giver medarbejdere og ledere et meget konkret afsæt for at drøfte holdninger til sygefravær. Herunder hvilke forskellige muligheder, der findes for at være fraværende og hvilke fleksible muligheder, der er for at komme på arbejde noget af dagen eller med en tilpasning i opgaver. Afsnitsledere oplever at spillet derved har medvirket til, at ledere og medarbejdere har fået en vigtig forventningsafstemning omkring sygefravær og andet fravær.

Sygefraværsspillet spilles med afsæt i en række dialogkort og faciliteres altid af en person, som har et grundigt kendskab til regler, politikker og kultur på sygefraværsområdet i organisationen. Deltagerne trækker ét dialogkort ad gangen med udsagn omkring sygefravær og fravær – fx "*Din mor på 80 år er faldet om morgenen og skal køres til lægen*", "*Du føler dig ikke på toppen og frygter, at en influenza er på vej*." etc. Derpå drøfter gruppen situationen, der skitseres på kortet og kommer i fællesskab frem til på den rette placering af kortet på spillepladen, som har bl.a. følgende kategorier:

- *Brug for en selvbetalt fridag*
- *Ikke helt på toppen. Jeg melder mig syg*
- *Jeg kommer naturligvis!*
- *Jeg bytter vagt med en kollega*
- *Jeg aftaler at komme så hurtigt, jeg kan*
- *Barns 1. sygedag*

Tiltag: Klare krav til sygemeldingen på første fraværsdag

De udvalgte sygehuses indsats for at fastholde et lavt sygefravær handler også om at tydeliggøre, hvilke ansvarsområder medarbejderen har i samarbejdet under et sygefraværsløb. Herunder krav og klare anvisninger til, hvordan medarbejderne sygemelder sig på første sygedag.

Der peges bl.a. på, at det er et centralt element, at det for at fastholde et lavt sygefravær er vigtigt, at sygemeldinger som udgangspunkt skal ske til nærmeste leder før vagtens begyndelse. Desuden lægges der vægt på, at det skal ske per telefon, og ikke på e-mail eller sms. I det vagtstrukturen dækker hele døgnet på mange af afsnittene, er det ikke altid muligt for lederen at besvare opkald om sygemeldinger. Derfor er der supplerende retningslinjer for sygemeldinger på fx nattevagter eller weekendvagter.

Boks 3.7

Klare retningslinjer for sygemeldinger i Gentofte og Herlev Hospitals sygefraværspolitik

I den gældende sygefraværspolitik for Gentofte og Herlev Hospital er der en række klare retningslinjer for sygemeldinger. Retningslinjerne angiver klart, hvornår hhv. ledere og medarbejdere har et ansvar i forløbet. Disse klare retningslinjer medvirker til, at der aldrig opstår tvivl om, hvem der gør hvad og hvornår, hvilket sikrer en ensartet håndtering af sygefraværsløbene i organisationerne.

Følgende elementer indgår i sygefraværspolitikken vedrørende sygemeldinger:

- *Sygemeldingen skal senest gives ved arbejdstidens begyndelse på første sygedag.*
- *Sygemeldingen skal ske ved telefonisk kontakt til nærmeste leder.*
- *I tilfælde af, at medarbejderen ikke kan komme i kontakt med lederen, gives der besked til en kollega. Efterfølgende er det lederens ansvar, at der sker telefonisk kontakt til den sygemeldte samme dag.*
- *Det er den ansattes ansvar, at sygemeldingen bliver givet rettidigt og korrekt.*
- *Der skal igen sikres dialog mellem den sygemeldte og den nærmeste leder på tredje sygefraværsløbsdag. Dette er lederens ansvar. Formålet med denne samtale er at udvise omsorg og få den ansattes vurdering af fraværets omfang og varighed af hensyn til den arbejdsmæssige planlægning.*

Afsnitslederne fastholder disse retningslinjer, selv om sygefraværet ikke er højt, og ser det som et klart ledelsesmæssigt ansvar at tage imod sygemeldinger. Ikke mindst fordi det ses som lederens ansvar at vurdere, hvornår der blot skal svares med et 'god bedring' til medarbejderen, og hvornår det er relevant at spørge ind til, om medarbejderen med en evt. tilpasning af opgaverne kan møde på arbejde alligevel eller tage en halv vagt.

4. Tilbage til arbejde og fastholdelse

Den overordnede målsætning i alle de deltagende sygehuses sygefraværstrategier er, at man fra arbejdsgivers side vil forsøge at fastholde sygemeldte medarbejdere på arbejdspladsen og sikre, at der arbejdes for, at sygemeldte medarbejdere tidligst muligt og gradvist genoptager arbejdet. Ansvar for at tilrettelægge en handleplan med fokus på fastholdelse ligger hos afdelingslederen, og på de udvalgte sygehuse er der en række initiativer til at understøtte lederne i denne opgave.

Tiltag: Fokus på muligheder for tilbagevenden til arbejde

Centralt for arbejdet med at nedbringe fravær og øge fastholdelsesgraden står, at man som organisation får udbredt tilgangen til at tænke i muligheder for den sygemeldtes fastholdelse og gradvise genoptagelse af arbejdet. De deltagende sygehuse oplever, at der de senere år er rykket positivt ved kulturen, ift. hvordan man tænker forholdet mellem sygdom og fulde og delvise sygemeldinger. En vigtig katalysator er, at alle de interviewede deler tænkningen om, at man kan være syg fra en række af sine vanlige arbejdsopgaver uden, at man nødvendigvis er syg fra sin arbejdsplads.

For det længerevarende sygefravær forklarer lederne, at der gennem længere tid har været en fælles opmærksomhed på tidligt at etablere aftaler om, at de sygemeldte medarbejdere kan vende gradvist tilbage - og evt. i en anden funktion på arbejdspladsen indtil det bliver muligt for medarbejderen at genoptage sine vanlige arbejdsopgaver og fulde arbejdsfunktion. På flere af de udvalgte sygehuse fremgår der også et særligt afsnit i sygefraværspolitikken, som handler om redskaber til fastholdelse.

Boks 4.1

Fastholdelsestiltag eksplicit fremhævet i sygefraværspolitikken på Gentofte og Herlev Hospital

Som en integreret del af sygefraværspolitikken på Gentofte og Herlev Hospital er der udarbejdet en vejledning til håndtering af sygefravær, som også fokuserer på fastholdelse af medarbejderne ifm. sygefraværforløb. Vejledningen giver lederne et overblik over handlingsmuligheder samt en ensartet og fælles tilgang til fastholdelse i sygefraværforløb.

I vejledningen er det blandt andet klart defineret, hvad de væsentligste fastholdelsestiltag er, og hvordan de kan anvendes. Det gælder eksempelvis anvendelsen af **mulighedserklæringer**:

"En mulighedserklæring kan anvendes ved kortvarigt, gentaget og ved langvarigt sygefravær og skal af-dække muligheder for at fastholde den ansatte i arbejde. En mulighedserklæring skal udfyldes til samtale mellem den ansatte og nærmeste leder. Den ansatte har pligt til at medvirke i udfyldelse af erklæringen, hvorfor udeblivelse fra samtale kan have ansættelsesmæssige konsekvenser."

Tilsvarende fremgår der af vejledningen definitioner og vejledning til anvendelse af en række yderligere fastholdelsestiltag herunder; delvis raskmelding/sygemelding, §56 aftale, senioraftale, skånehensyn, fastholdelsesplan.

Både fastholdelsesplaner og mulighedserklæringer fremhæves som særligt vigtige redskaber til at sikre kvaliteten af aftaler omkring gradvis tilbagevenden til arbejde og fastholdelse. Mulighedserklæringen, der blev introduceret i 2010 som nyt redskab i sygefraværsindsatsen, har til formål at sikre en lægefaglig godkendelse af den plan, der indgås mellem leder og medarbejder om hel eller delvis tilbagevenden til arbejde under sygdom. Fastholdelsesplanen rummer en række af de samme elementer, som indgår i mulighedserklæringen, men har et bredere sigte og indhold.

Fastholdelsesplaner styrker brugen af delvis raskmelding på Regionshospitalet Nordjylland

På Regionshospitalet Nordjylland tilskrives man en længerevarende indsats for at sikre kvaliteten i arbejdet med fastholdelsesplaner en stor betydning ift. det lave sygefravær. Gode fastholdelsesplaner er med til at reducere langvarige sygefraværsløb og sikrer samtidig tidligere langtidssygemeldte medarbejders tilbagevenden med gode aftaler om evt. hjælpemidler, tilpassede arbejdsfunktioner og opfølgningssamtaler efter raskmeldingen.

Fastholdelsesplanen skitserer aftaler om; (i) den løbende dialog mellem sygemeldte og arbejdspladsen, (ii) om sygemeldtes evt. deltagelse i sociale arrangementer og besøg på arbejdspladsen under en fuld sygemelding og (iii) om en plan for gradvis tilbagevenden og fastholdelse med fx:

- Aftaler om nedsat tjeneste herunder omlægning af arbejdstimer/dage samt fleksibel arbejdstid
- Aftaler om justerede arbejdsfunktioner
- Særlige hensyn i løbet af arbejdsdagen fx flere eller længere pauser, kollegastøtte
- Ordninger via sygedagpengelovgivningen (fx hjælpemidler, § 56-aftaler, personlig assistance, mentorordning mv.)
- Forventet optrappingsplan med kortsigtede og langsigtede mål for optræning i timer og arbejdsfunktioner frem mod forventet raskmelding
- Aftaler omkring løbende opfølgning og evaluering af planen.

Aftaler omkring gradvis tilbagevenden til arbejde og fastholdelse aftales mellem afsnitsleder og medarbejder og understøttes oftest med en mulighedserklæring, som sikrer, at begge parter kan være trygge ved, at det, der er aftalt, også er helbreds-mæssigt forsvarligt.

Gode fastholdelsesplaner er ifølge sygehuset afgørende for at styrke praksis i sygefraværssager omkring tidlig indsats, delvis raskmelding og fastholdelse. Det understreges også, at aftalerne omkring fastholdelsesplanen bør ske i en respektfuld og løbende dialog mellem leder og medarbejder for at understøtte en balancering af hensyn til såvel den sygemeldte, kollegerne samt afdelingens drift og kerneopgave.

Tilgangen med gradvis tilbagevenden eller midlertidige ændringer i arbejdsopgaver kan ifølge afsnitslederne også til en vis udstrækning være relevant ved medarbejdernes sygemeldinger af kortere varighed og sygdom af mindre alvorlig karakter. Her er det blevet mere almindeligt, at lederen fra dag 1 - når det vurderes relevant - spørger til, om medarbejderen tænker, at de er fuldt sygemeldte, eller om der er dele af dagens arbejdsopgaver, de kan løse, hvis de fritages fra andre.

Samtlige afsnitsledere giver udtryk for, at denne praksis og tilgang længe har været udbredt i en række tilfælde – fx for gravide medarbejdere - men at man i højere grad, når det vurderes relevant, også er begyndt at lave midlertidige tilpasninger af arbejdsopgaver for medarbejdere med kortere sygdomsforløb. Af samme årsag forklarer en viceklinikchef, at man er begyndt at sørge for, at flere medarbejdere på den pågældende kliniske afdeling får del i de administrative opgaver. Det skyldes, at man har oplevet, at en fuld sygemelding i en række tilfælde kan vendes til en delvis sygemelding, hvis medarbejderen for en kort periode ikke er i stand til at varetage de mere fysisk krævende opgaver eller opgaver med patientkontakt, men godt kan klare de administrative opgaver. Det kan eksempelvis være ifm. hold i ryggen, en forstuvet hånd eller lignende kortvarige skader.

Tiltag: Klæd ledere på med viden om ordninger og redskaber

På alle de udvalgte sygehuse eksisterer der vejledningsmaterialer til personaleledere om fastholdelsesordninger og -tiltag samt en åben adgang til at hente sparring fra sygehusets centrale HR-funktion. På en række af de deltagende sygehuse har man som led i arbejdet med en målrettet sygefraværstrategi styrket indsatsen for at klæde personaleledere på med viden om ordninger og redskaber til fastholdelse. Det drejer sig blandt andet om, at HR-afdelingerne sørger for løbende at tilbyde sparring til lederne og holde dem opdateret ift. blandt andet:

- Sygedagpengelovgivningen (blandt andet opfølgningsregler, refusionsregler, fast-track-ordning og fastholdelsestilbud)
- Regler, tilgange og redskaber ved håndtering af langvarigt sygefravær
- Håndtering af sygemeldinger med baggrund i stress/depression

På Sydvestjysk Sygehus har man gode erfaringer med at en ressourcekonsulent, støtter sygehusepersonaleledere i afholdelsen af sygefraværssamtaler - særligt i komplekse forløb og forløb der vurderes i risiko for at blive langvarige.

Boks 4.3

Ressourcekonsulent på Sydvestjysk Sygehus understøtter fastholdelse af langtidssygemeldte

Sydvestjysk Sygehus har i mange år haft et lavt sygefravær, men arbejder kontinuerligt med at fastholde et lavt sygefravær. Omkring 2010 iværksatte sygehuset et sygefraværprojekt til implementering af sygefraværspolitikken. Man var med projektet optaget af at udbrede en ensartet tilgang og systematik i sygefraværssindsatsen bl.a. med et styrket fokus på tidlig genoptagelse af arbejdet og fastholdelse. Til projektet blev der ansat en projektleder, som også fik funktion som ressourcekonsulent for afsnitsledere til sparring vedrørende især langvarige og komplekse sygefraværssager. At ressourcekonsulenten havde en baggrund som socialrådgiver med erfaring fra en sygedagpengeafdeling var en vigtig kompetence, idet det bidrog med både en socialfaglig ressourceorienteret tilgang til sygefraværssindsatsen og samtidig med bred indsigt i fastholdelsesordninger og -regler.

Ressourcekonsulenten har især bidraget med at :

- Understøtte lederne i at afholde sygefraværssamtaler
- Give sparring på fastholdelsesplaner og tiltag ved langtidssygefravær.

Interviewede HR-konsulenter oplever, at ressourcekonsulenten har været en god støtte for lederne i sygefraværssamtalerne, og at hun har været med til at udbrede en fælles ressourceorienteret tilgang på tværs af ledere på sygehuset. Samtidig har denne tætte støtte til lederne i sygefraværssamtalerne været med til at bringe en dybere erfaring og viden om fastholdelsesmuligheder ind i samtalen. Særligt ift. håndteringen af komplekst langtidssygefravær, da håndteringen af det langvarige sygefravær og fastholdelsesmulighederne typisk er meget forskellige og kræver individuel tilpasning.

Interviewede afsnitsledere mener, at støtten fra en ressourcekonsulent har haft en vigtig betydning for det lave sygefravær på Sydvestjysk Sygehus. Den sparring lederne har fået har skabt fundamentet for den høje kvalitet i fastholdelsesplaner, der ses i dag for især langtidssygemeldte medarbejdere. Det opleves som særlig værdifuldt, at ressourcekonsulenten var ansat internt på sygehuset og dermed kunne give sparring med afsæt i en dyb forståelse for sygehuset som organisation og arbejdsplads. Konkret er oplevelsen, at ressourcekonsulenten dermed kan give sparring på, hvordan fastholdelsesplanerne tilrettelægges, så de tager hensyn til såvel den sygemeldte som den drift, der er i en klinisk afdeling og på de enkelte afsnit.

Bilag

I det efterfølgende præsenteres analysens tilhørende bilag, som der løbende er refereret til i analysen. Bilagene med figurer om hvordan den enkelte kommune, region eller sygehus placerer sig er ikke særskilt tilgængeliggjort, da der i stedet refereres til de tilgængeliggjorte bilag med tabeller på kommune-, region- eller sygehusniveau hvori alle de tal, der ligger til grund for de udeladte figurbilag, kan findes.

Bilag 2: Sygehusspecifikke nøgletal

Sygefravær blandt ansatte på sygehusene



Økonomi- og
Indenrigsministeriets
BENCHMARKINGENHED

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for
Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed:
www.oimb.dk

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

Indhold

1 Sygefravær blandt alle ansatte.....	3
2 Sygefravær blandt sygeplejersker	5
3 Sygefravær blandt Social- og sundhedspersonale.....	7
4 Sygefravær blandt læger.....	9

1 Sygefravær blandt alle ansatte

Tabel 1.1

Sygefravær målt i fraværsværk pr. fuldtidsansat blandt alle ansatte

Sygehus	2015	2016	2017	Forventet 2017*	Benchmarkingindikator
Amager og Hvidovre Hospital	10.9	10.8	10.8	9.9	109
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	11.2	10.3	9.9	9.8	101
Bornholms Hospital	9.5	9.0	10.4	11.1	93
Herlev og Gentofte Hospital	10.5	9.9	10.2	9.9	103
Holbæk Sygehus	10.4	11.1	10.8	9.9	109
Hospitalsenhed Midt	9.9	10.0	9.9	10.3	96
Hospitalsenhed Vest	9.2	10.1	10.1	10.0	101
Nordsjællands Hospital	12.0	12.0	11.6	10.7	108
Nykøbing F. Sygehus	11.5	13.3	11.7	10.5	111
Næstved Slagelse og Ringsted Sygehuse	11.5	11.0	10.0	10.1	98
Odense Universitetshospital	10.0	10.0	9.8	10.1	97
Regionshospital Nordjylland	8.6	9.3	8.9	10.5	84
Regionshospitalet Horsens	9.5	9.4	10.5	10.1	104
Regionshospitalet Randers	9.6	10.0	10.2	10.4	97
Rigshospitalet	10.1	10.0	10.1	9.7	104
Sjællands Universitetshospital	10.1	10.4	10.1	9.7	104
Sydvestjysk Sygehus	8.5	8.5	8.3	10.1	81
Sygehus Lillebælt	9.9	9.5	9.8	9.9	99
Sygehus Sønderjylland	10.3	10.5	10.2	10.3	99
Aalborg Universitetshospital	8.9	9.2	9.0	9.8	91
Aarhus Universitetshospital	10.0	10.1	10.0	9.7	102
Lands gennemsnit	10.1	10.1	10.0	-	-

Anm.: *Angiver antal fraværsværk pr. fuldtidsansat i 2017, som man kunne forvente på baggrund af sygehusets rammevilkår.
 Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 1.2

Nøgletal for sygefravær blandt alle ansatte i 2017

Sygehus	Sygefravær, Kvinder	Sygefravær, Mænd	Andel Kort-tidsfravær	Antal forløb pr. fuldtidsansat	Koncentration*
Amager og Hvidovre Hospital	11.6	7.6	68.5	3.3	51.5
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	10.9	7.3	67.4	2.9	53.6
Bornholms Hospital	11.2	6.8	63.3	3.1	55.7
Herlev og Gentofte Hospital	10.6	8.7	66.7	3.1	54.1
Holbæk Sygehus	11.3	8.4	64.0	3.2	53.7
Hospitalsenhed Midt	10.5	6.9	60.0	2.9	57.7
Hospitalsenhed Vest	10.8	6.0	54.7	2.7	63.0
Nordsjællands Hospital	12.3	8.8	63.6	3.2	53.7
Nykøbing F. Sygehus	12.2	8.5	59.9	3.2	55.6
Næstved Slagelse og Ringsted Sygehuse	10.6	6.5	71.3	3.3	49.4
Odense Universitetshospital	10.5	7.0	61.2	2.9	57.5
Regionshospital Nordjylland	9.0	7.9	58.3	2.4	58.4
Regionshospitalet Horsens	11.0	7.5	60.4	3.1	57.9
Regionshospitalet Randers	10.8	6.4	63.2	3.0	58.3
Rigshospitalet	11.2	6.5	68.2	3.0	53.5
Sjællands Universitetshospital	10.8	6.7	68.1	3.2	51.9
Sydvestjysk Sygehus	8.6	6.7	65.2	2.5	55.1
Sygehus Lillebælt	10.5	6.8	60.9	2.9	57.7
Sygehus Sønderjylland	10.9	7.8	63.4	3.0	55.3
Aalborg Universitetshospital	9.7	5.9	61.0	2.5	57.6
Aarhus Universitetshospital	10.7	7.1	63.3	3.0	57.6
Lands gennemsnit	10.7	7.1	63.9	2.9	55.6

Anm.: *Svarer til nøgletallet "andel af det samlede sygefravær blandt de ti procent af medarbejderne med mest fravær" i 2017.
 Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, Danmarks Statistik og egne beregninger.

2 Sygefravær blandt sygeplejersker

Tabel 2.1

Sygefravær målt i fraværsværk pr. fuldtidsansat blandt sygeplejersker

Sygehus	2015	2016	2017	Forventet 2017*	Benchmarkingindikator
Amager og Hvidovre Hospital	11.9	11.6	11.8	11.6	101
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	11.7	10.5	10.2	11.4	89
Bornholms Hospital	11.2	9.4	11.4	12.2	93
Herlev og Gentofte Hospital	11.2	10.4	11.0	11.2	98
Holbæk Sygehus	10.9	11.6	12.5	11.2	111
Hospitalsenhed Midt	10.4	9.9	10.5	11.0	95
Hospitalsenhed Vest	10.2	10.5	11.6	10.9	106
Nordsjællands Hospital	12.1	12.5	12.2	11.6	105
Nykøbing F. Sygehus	13.6	13.7	12.3	11.6	106
Næstved Slagelse og Ringsted Sygehuse	13.8	14.0	11.4	11.2	101
Odense Universitetshospital	12.0	11.3	11.5	11.1	103
Regionshospital Nordjylland	9.2	9.9	8.7	11.0	79
Regionshospitalet Horsens	9.4	10.5	13.3	11.2	118
Regionshospitalet Randers	10.2	11.0	12.4	11.4	108
Rigshospitalet	11.2	11.3	11.6	11.4	101
Sjællands Universitetshospital	10.7	11.5	12.0	11.1	107
Sydvestjysk Sygehus	8.0	8.1	8.6	10.9	79
Sygehus Lillebælt	11.8	10.7	11.4	11.3	100
Sygehus Sønderjylland	10.9	11.8	11.2	11.5	97
Aalborg Universitetshospital	10.0	10.2	9.7	10.8	89
Aarhus Universitetshospital	11.4	11.1	11.5	10.8	106
Lands gennemsnit	11.16	11.0	11.23	-	-

Anm.: *Angiver antal fraværsværk pr. fuldtidsansat i 2017, som man kunne forvente på baggrund af sygehusets rammevilkår.
Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 2.2

Nøgletal for sygefravær blandt sygeplejersker i 2017

Sygehus	Sygefravær, Kvinder	Sygefravær, Mænd	Andel Kort-tidsfravær	Antal forløb pr. fuldtidsansat	Koncentration*
Amager og Hvidovre Hospital	12.0	8.7	73.1	3.7	45.9
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	10.3	9.8	76.9	3.4	46.3
Bornholms Hospital	11.9	4.3	63.8	3.3	54.9
Herlev og Gentofte Hospital	11.1	10.0	70.7	3.5	48.5
Holbæk Sygehus	12.3	16.6	62.3	3.5	51.6
Hospitalsenhed Midt	10.5	11.5	66.3	3.2	52.4
Hospitalsenhed Vest	11.7	5.4	52.0	2.9	62.4
Nordsjællands Hospital	12.4	7.6	66.3	3.6	51.1
Nykøbing F. Sygehus	12.7	5.9	65.8	3.7	50.8
Næstved Slagelse og Ringsted Sygehuse	11.5	6.6	73.4	3.6	45.1
Odense Universitetshospital	11.6	8.5	63.5	3.4	53.3
Regionshospital Nordjylland	8.6	13.6	63.6	2.5	54.6
Regionshospitalet Horsens	13.3	11.9	54.5	3.4	57.6
Regionshospitalet Randers	12.6	5.4	55.6	3.0	60.3
Rigshospitalet	11.8	8.8	71.3	3.6	48.4
Sjællands Universitetshospital	12.0	9.8	69.8	3.7	47.9
Sydvestjysk Sygehus	8.6	13.4	72.1	2.8	49.4
Sygehus Lillebælt	11.4	9.4	62.1	3.2	54.5
Sygehus Sønderjylland	11.1	14.5	65.1	3.2	50.9
Aalborg Universitetshospital	9.7	9.5	64.4	2.8	54.1
Aarhus Universitetshospital	11.6	8.7	62.2	3.3	55.6
Landsgennemsnit	11.3	9.2	65.9	3.3	52.0

Anm.: *Svarer til nøgletallet "andel af det samlede sygefravær blandt de ti procent af medarbejderne med mest fravær" i 2017.
 Kilde: Kommunernes og Regionernes Lødatakontor, Danmarks Statistik og egne beregninger.

3 Sygefravær blandt Social- og sundhedspersonale

Tabel 3.1

Sygefravær målt i fraværsværk pr. fuldtidsansat blandt social- og sundhedspersonale

Sygehus	2015	2016	2017	Forventet 2017*	Benchmarkingindikator
Amager og Hvidovre Hospital	17.3	15.0	15.3	14.9	102
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	18.9	16.2	17.5	14.7	118
Bornholms Hospital	12.0	10.2	9.1	14.7	61
Herlev og Gentofte Hospital	15.0	14.9	12.9	14.6	88
Holbæk Sygehus	17.5	15.6	19.5	14.7	133
Hospitalsenhed Midt	16.0	14.1	13.7	14.5	94
Hospitalsenhed Vest	13.0	14.3	12.8	13.9	91
Nordsjællands Hospital	16.5	19.2	16.7	16.1	104
Nykøbing F. Sygehus	15.8	18.4	18.6	14.7	126
Næstved Slagelse og Ringsted Sygehuse	17.0	14.6	12.4	15.2	81
Odense Universitetshospital	13.1	15.9	14.3	15.0	95
Regionshospital Nordjylland	10.6	10.6	12.5	14.3	87
Regionshospitalet Horsens	15.7	13.8	12.2	14.7	83
Regionshospitalet Randers	15.4	11.5	16.7	14.3	116
Rigshospitalet	16.1	14.5	14.8	15.5	95
Sjællands Universitetshospital	15.1	14.3	16.2	15.1	107
Sydvestjysk Sygehus	13.5	14.6	12.8	14.3	89
Sygehus Lillebælt	14.5	14.5	15.3	15.1	101
Sygehus Sønderjylland	16.8	14.1	13.4	14.1	95
Aalborg Universitetshospital	11.8	13.4	14.0	14.5	96
Aarhus Universitetshospital	17.0	19.8	17.9	14.8	121
Lands gennemsnit	15.3	15.3	14.9	-	-

Anm.: *Angiver antal fraværsværk pr. fuldtidsansat i 2017, som man kunne forvente på baggrund af sygehusets rammevilkår.
Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 3.2

Nøgletal for sygefravær blandt social- og sundhedspersonale i 2017

Sygehus	Sygefravær, Kvinder	Sygefravær, Mænd	Andel Kort-tidsfravær	Antal forløb pr. fuldtidsansat	Koncentration*
Amager og Hvidovre Hospital	15.4	-	60.8	3.7	51.6
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	17.8	14.2	65.4	4.0	45.2
Bornholms Hospital	9.6	-	88.6	3.4	-
Herlev og Gentofte Hospital	13.1	8.6	70.9	3.6	47.4
Holbæk Sygehus	19.4	-	51.8	4.3	53.5
Hospitalsenhed Midt	13.9	-	57.8	3.5	55.1
Hospitalsenhed Vest	13.2	-	51.1	3.1	57.6
Nordsjællands Hospital	16.7	-	60.0	3.8	50.3
Nykøbing F. Sygehus	18.3	-	52.9	4.1	52.6
Næstved Slagelse og Ringsted Sygehuse	12.4	-	71.6	3.6	45.9
Odense Universitetshospital	14.6	6.7	56.6	3.6	55.2
Regionshospital Nordjylland	12.6	-	52.6	2.8	58.7
Regionshospitalet Horsens	11.5	-	53.8	3.3	52.7
Regionshospitalet Randers	17.0	-	57.4	3.7	61.0
Rigshospitalet	15.5	6.9	63.1	3.5	50.0
Sjællands Universitetshospital	16.2	15.4	61.3	3.9	48.6
Sydvestjysk Sygehus	12.9	-	60.4	3.2	54.4
Sygehus Lillebælt	15.7	-	47.9	3.5	59.1
Sygehus Sønderjylland	13.3	-	64.1	3.5	51.4
Aalborg Universitetshospital	14.0	11.9	48.6	2.8	61.2
Aarhus Universitetshospital	18.5	5.4	55.3	4.0	51.9
Lands gennemsnit	15.1	10.3	59.0	3.6	52.5

Anm.: *Svarer til nøgletallet "andel af det samlede sygefravær blandt de ti procent af medarbejderne med mest fravær" i 2017. "-" indikerer at nøgletallet ikke er inkluderet af diskretionshensyn.

Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, Danmarks Statistik og egne beregninger.

4 Sygefravær blandt læger

Tabel 4.1

Sygefravær målt i fraværsværk pr. fuldtidsansat blandt læger

Sygehus	2015	2016	2017	Forventet 2017*	Benchmarkingindikator
Amager og Hvidovre Hospital	5.6	5.2	6.1	6.3	97
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	7.4	6.6	6.2	5.9	105
Bornholms Hospital	4.7	3.9	6.6	6.1	107
Herlev og Gentofte Hospital	5.9	5.4	5.0	5.7	87
Holbæk Sygehus	6.1	7.1	6.8	6.2	110
Hospitalsenhed Midt	6.0	6.7	8.6	5.9	146
Hospitalsenhed Vest	5.3	6.5	5.8	5.6	104
Nordsjællands Hospital	7.1	7.2	6.6	6.6	99
Nykøbing F. Sygehus	6.7	7.9	6.9	6.4	107
Næstved Slagelse og Ringsted Sygehuse	7.6	7.6	6.7	6.5	103
Odense Universitetshospital	5.3	5.9	5.7	5.6	101
Regionshospital Nordjylland	6.4	7.8	7.3	5.9	124
Regionshospitalet Horsens	7.0	6.6	8.4	5.9	142
Regionshospitalet Randers	4.8	5.0	5.2	6.0	85
Rigshospitalet	5.0	5.3	5.3	5.5	95
Sjællands Universitetshospital	5.9	6.0	6.2	6.0	103
Sydvestjysk Sygehus	4.6	4.0	4.9	5.6	87
Sygehus Lillebælt	6.0	5.7	6.2	5.9	104
Sygehus Sønderjylland	7.6	6.3	5.4	6.1	88
Aalborg Universitetshospital	5.0	4.9	5.2	5.7	90
Aarhus Universitetshospital	4.9	4.7	5.2	5.5	95
Landsennemsnit	5.7	5.7	5.9	-	-

Anm.: *Angiver antal fraværsværk pr. fuldtidsansat i 2017, som man kunne forvente på baggrund af sygehusets rammevilkår.
Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Tabel 4.2
Nøgletal for sygefravær blandt læger i 2017

Sygehus	Sygefravær, Kvinder	Sygefravær, Mænd	Andel Korttidsfravær	Antal forløb pr. fuldtidsansat	Koncentration
Amager og Hvidovre Hospital	7.4	4.6	71.4	2.2	60.0
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	8.2	4.0	68.0	2.3	59.6
Bornholms Hospital	5.7	7.2	74.5	1.9	-
Herlev og Gentofte Hospital	5.6	4.4	81.0	2.1	53.9
Holbæk Sygehus	8.0	5.7	69.8	2.3	58.3
Hospitalsenhed Midt	12.2	5.2	50.1	2.1	70.5
Hospitalsenhed Vest	6.3	5.4	72.2	2.1	64.4
Nordsjællands Hospital	7.7	5.2	77.2	2.7	53.6
Nykøbing F. Sygehus	6.7	7.2	69.8	2.3	61.3
Næstved Slagelse og Ringsted Sygehuse	7.4	6.1	76.6	2.7	54.5
Odense Universitetshospital	7.0	4.5	71.1	2.1	60.1
Regionshospital Nordjylland	8.2	6.2	63.2	2.2	62.6
Regionshospitalet Horsens	9.1	7.8	62.5	2.5	64.0
Regionshospitalet Randers	5.7	4.4	81.4	2.3	53.6
Rigshospitalet	6.9	3.5	68.0	1.7	65.4
Sjællands Universitetshospital	7.0	5.5	67.6	2.3	59.9
Sydvestjysk Sygehus	5.5	4.4	82.1	2.1	52.5
Sygehus Lillebælt	7.5	4.7	73.9	2.3	58.8
Sygehus Sønderjylland	6.9	4.2	77.8	2.1	55.1
Aalborg Universitetshospital	6.5	4.0	73.2	1.7	60.8
Aarhus Universitetshospital	5.7	4.7	67.2	1.8	65.9
Lands gennemsnit	7.0	4.7	70.6	2.1	59.5

Anm.: *Svarer til nøgletallet "andel af det samlede sygefravær blandt de ti procent af medarbejderne med mest fravær" i 2017. "-" indikerer at nøgletallet ikke er inkluderet af diskretionshensyn.

Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Bilag 3: Metode

Sygefravær blandt ansatte på sygehusene



Publikationen kan hentes på hjemmesiden for
Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed:
www.oimb.dk

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

Indhold

1 Data og opgørelsesmetode	3
1.1 Data.....	3
1.2 Opgørelse af sygefravær.....	4
2 Afgrænsning af personalegrupper og sygehuse	5
2.1 Afgrænsning af somatiske sygehuse.....	5
2.2 Afgrænsning af personalegrupper	6
3 Modelspecifikationer.....	8
3.1 Opmærksomhedspunkter ved benchmarking.....	11
4 Afdækning af tiltag til inspiration hos sygehuse	13

1 Data og opgørelsesmetode

1.1 Data

Analysen baserer sig på sygefraværdata fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (KRL) på individniveau. Datagrundlaget fra KRL gør det blandt andet muligt at afgrænse medarbejderne på sygehusene indenfor specifikke overenskomstområder og stillingsgrupper.

Datagrundlaget fra KRL er blevet suppleret med registerdata på individniveau fra Danmarks Statistik. Ved at koble sygefraværdata fra KRL sammen med registrene fra Danmarks Statistik, er det muligt at teste og kontrollere for langt flere rammevilkår på individniveau, end hvis man alene baserede analysen på data fra KRL.

Det samlede datagrundlag er etableret for flere år, men selve benchmarkinganalysen er gennemført på data for hele året 2017, som er det nyeste tilgængelige. Data for de øvrige år anvendes til robusthedstest og beregninger af udviklingen i sygefraværet.

Tabel 1.1 nedenfor viser de anvendte variable i analysen samt tilhørende datakilde.

Tabel 1.1	
Anvendte variable	
Variabel	Kilde
Sygefraværstal	Særudtræk fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor
Alder	Særudtræk fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor
Køn	Særudtræk fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor
Enlig	Danmarks Statistiks register: BEF
Herkomst	Danmarks Statistiks register: BEF
Uddannelse	Danmarks Statistiks register: UDDA
Indkomst	Danmarks Statistiks register: IND
Privat negativ begivenhed	Danmarks Statistiks register: BEF, DOD
Børn der modtager specialundervisning	Danmarks Statistiks register: UDSP, INST
Alvorlig sygdom	Danmarks Statistiks register: DRGSAMB, DRGSHEL
Arbejdsløshed i A-kasse	Danmarks Statistiks Statistikbank: AUP03
Overenskomstgruppe	Særudtræk fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor
Stilling_SOSU	Særudtræk fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor
Stilling_Læger	Særudtræk fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor

Anm.: De viste variable er anvendt i analysens regressionsmodeller. Variable der er blevet testet, men som ikke indgår i de endelige modeller fremgår ikke af tabellen.

Enkelte af de ovenstående variable giver ikke nødvendigvis et indtryk af, hvad de reelt kontrollerer for. Derfor gennemgås udvalgte variable fra tabel 1.1 i det følgende:

- Privat negativ begivenhed viser, om medarbejderen i den undersøgte periode er blevet påvirket af et dødsfald i nærmeste familie eller af egen skilsmisse.

- Alvorlig sygdom indikerer, om medarbejderen selv har været ramt af alvorlig sygdom . I variabelen er der kun inkluderet diagnoser, som arbejdspladsen vurderes at have begrænset mulighed for at kunne påvirke¹.
- Variablen "stilling" indgår i modellerne for social- sundhedspersonalet og læger. Den siger noget om medarbejderens uddannelsesbaggrund eller arbejdsopgaver, da denne fx skelner mellem social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter samt yngre læger og lægelige chefer.

1.2 Opgørelse af sygefravær

Sygefravær kan opgøres på flere forskellige måder, hvor det mest hensigtsmæssige valg ofte afhænger af, hvad opgørelsen skal bruges til. I denne analyse er hovedindikatoren *sygefravær målt i fraværsværk pr. fuldtidsansat*.

Fraværsværk er et mål for den arbejdsindsats, der bortfalder på grund af sygefravær. Et fraværsværk svarer til længden på en gennemsnitlig arbejdsdag for fuldtidsansatte, det vil sige ansatte, der har en gennemsnitlig arbejdsuge på 37 timer fordelt på 5 arbejdsdage.

Opgørelsen af sygefraværet baseres på data fra KRL. Når KRL opgør sygefravær i fraværsværk afhænger udregningen af, hvilke oplysninger de får indrapporteret fra kommunerne og regionerne. Hvis fraværsoplysningerne er opgjort i timer udregnes fraværsværk efter formlen: antal fraværsværk = antal fraværstimer / 7,4. Er der alene oplysninger om start- og slutdato for sygefraværet udregnes fraværsværk efter formlen: antal fraværsværk = antal arbejdsdage * beskæftigelsesgrad. Her opgøres antallet af arbejdsdage som antal sygefraværdsdage i perioden fratrukket lørdage, søndage og søgnehelligdage i perioden. Beskæftigelsesgraden er den ansattes ugentlige antal arbejdstimer / 37. Dermed er beskæftigelsesgraden lig 1, hvis medarbejderen arbejder 37 timer om ugen, dvs. er på fuld tid.

Antallet af fraværsværk for den enkelte medarbejder vægtes på sygehusniveau efter, om denne har været fuldtidsansat i det år, der betragtes. For at have været fuldtidsansat i denne sammenhæng skal medarbejderen have været ansat i samme stilling, samme sted, og på fuld tid i hele 2017.

Ved at kigge på fraværsværk pr. fuldtidsansat er der taget højde for, at antallet af fraværsværk på et givent år påvirkes af, om medarbejderen har været ansat i hele perioden og om dette har været på fuld tid.

I analysen vises blandt andet nøgletal vedrørende sygefraværforløb, korttidsfravær og langtidsfravær. Et sygefraværforløb tælles med i et givent år, hvis det enten påbegyndes eller afsluttes i dette. Korttidsfravær er defineret som sygefraværperioder på under 30 dage, mens langtidsfravær er defineret som sygefraværperioder på 30 dage eller derover.

I analysen indgår desuden alene fraværstyperne egen sygdom og fravær som følge af en arbejdsskade. Dermed er fravær som følge af § 56-fravær, barsel og barns 1. og 2. sygedag, samt fravær i forbindelse med nedsat tjeneste ikke en del af analysen.

¹ De sygdomme der indgår i variabelen svarer til de sygdomme, som indgår i Charlson Comorbidity Index, CCI. Det er fx hjerteanfald, hjertesvigt og AIDS.

2 Afgrænsning af personalegrupper og sygehuse

2.1 Afgrænsning af somatiske sygehuse

I analysen indgår der udelukkende ansatte, som er beskæftiget på de somatiske sygehuse. Dermed indgår ansatte i resten af den regionale sundhedssektor ikke, herunder ansatte ved psykiatrien og det specialiserede socialområde. At der kun ses på sygefraværet på somatiske sygehuse skyldes et ønske om at sammenligne organisationer, der i så høj grad som muligt udfører de samme arbejdsopgaver.

Udskilningen af det somatiske område fra psykiatrien og det specialiserede socialområde følger den afgrænsning, som Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og Danske Regioner². Nedenstående tabel viser KRL's opdeling af de ordinært ansatte ved regionerne inden for fem overordnede områder:

Tabel 2.1

Ansatte ved regionerne fordelt på områder

	Somatikken	Psykiatrien	Socialområdet	Regionsgården	Øvrige	I alt
Antal fuldtidsansatte	81.777	14.255	4.828	7533	3543	111.936

Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og egne beregninger.

Afgrænsningen af de enkelte somatiske sygehuse på institutionsniveau følger ligeledes den definition, som KRL og Danske Regioner benytter. På den baggrund indgår i alt 21 somatiske sygehuse. Enkelte mindre institutioner som fx Steno Diabetes Center og selvejende institutioner er i den forbindelse frasorteret. Hvorvidt et somatisk sygehus betragtes som en selvstændig enhed afhænger af, hvem der har det øverste ledelsesmæssige ansvar for driften. Et somatisk sygehus i denne analyse kan og vil typisk have flere fysisk adskilte matrikler under sig, hvor akutfunktioner og øvrige sundhedsfunktioner er fordelt. En samlet oversigt over sygehusene fremgår af tabel 2.2. nedenfor.

Placering af somatiske sygehuse

Ved placeringen af de somatiske sygehuse på Danmarkskortene i hovedrapporten, er der taget udgangspunkt i placeringen af sygehusets akutmodtagelse. I nogle tilfælde kan det samme sygehus have flere akutfunktioner. Det gælder eksempelvis Aalborg Universitetshospital som er placeret ved akutmodtagelsen i Aalborg, selvom sygehuset også har en akutfunktion i Thisted. Rigshospitalet har i modsætning til de andre sygehuse ingen akutmodtagelse, men er placeret på hovedadressen på Blegdamsvej.

² Eneste undtagelse er, at det er valgt at lægge eksternt finansierede ansatte ved Århus Universitetshospital under somatikken i stedet for under området "øvrige", efter en dialog med Danske Regioner.

Tabel 2.2

Somatiske sygehuse som indgår i analysen

Amager og Hvidovre Hospital	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Bornholms Hospital	Herlev og Gentofte Hospital	Holbæk Sygehus	Hospitalsenhed Midt	Hospitalsenhed Vest
Nordsjællands Hospital	Nykøbing F. Sygehus	Næstved Slagelse og Ringsted Sygehuse	Odense Universitetshospital	Regionshospital Nordjylland	Regionshospitalet Horsens	Regionshospitalet Randers
Rigshospitalet	Sjællands Universitetshospital	Sydvestjysk Sygehus	Sygehus Lillebælt	Sygehus Sønderjylland	Aalborg Universitetshospital	Aarhus Universitetshospital

2.2 Afgrænsning af personalegrupper

I analysen er der fokus på personalegrupperne sygeplejersker, social- og sundhedspersonale og læger. Disse personalegrupper er afgrænset efter overenskomstområder, og for sygeplejersker også ud fra stillingsniveau, inden for det somatiske sygehusområde. I gruppen læger vil alle stillingsgrupper under deres overenskomstområder derfor indgå, herunder eksempelvis praksisrevelæger og afdelingslæger. Social og sundhedspersonale dækker ligeledes over flere stillingsgrupper hvoraf de største stillingsgrupper er social og sundhedsassistenter og social og sundhedshjælper. Den konkrete afgrænsning fremgår af tabel 2.3 nedenfor.

Tabel 2.3

Afgrænsning af personalegrupper

Personalegruppe	Overenskomstområder	Stillingsgruppe
Sygeplejersker	Syge- og sundhedspersonale, ikke ledende	Sygeplejersker
Social- og sundhedspersonale	Social- og sundhedspersonale, Regioner	Alle stillingsgrupper indgår
Læger	Underordnede læger (reservelæger) Syghuslæger (hon. Løn) Overlæger, lægelige chefer, mv.	Alle stillingsgrupper indgår

Analysen er afgrænset til ordinært ansatte, det vil sige medarbejdere, der enten er overenskomstansatte eller tjenestemænd på enten fuldtid eller deltid. Derimod indgår elever, ansatte i fleksjob og ekstraordinært ansatte ikke i analysen.

Derudover indgår følgende personale som standard ikke i datagrundlaget fra KRL:

- Timelønnet personale
- Personale som findes i fraværdataene, men ikke i KRL's lønstatistik
- Personale i kommissioner, råd eller lignende
- Personale, for hvilke fraværregistreringen vurderes utilstrækkelig
- Personale med flere ansættelsesforhold, hvor det ikke er muligt entydigt at identificere disse ved opslag i lønstatistikken

I tabel 2.4 nedenfor fremgår populationen i grunddatasættet fra KRL fordelt på ansættelsestyper:

Tabel 2.4

Antal fuldtidsansatte ved de somatiske sygehuse fordelt på ansættelsesformer i 2017

	Alle ansatte	Sygeplejersker	Social- og sundhedspersonale	Læger
Inkluderede ansættelsesformer i analysen				
Overenskomstansatte	80.121	28.649	3.875	13.480
Tjenestemænd	1.656	163	-	929
I alt	81.777	28.812	3.875	14.409
Ekskluderede ansættelsesformer i analysen				
Elever	1353	-	771	-
Fleksjob	960	244	89	20
Ekstraordinært ansatte	85	-	-	-
I alt	2.398	244	860	20

Anm.: Af diskretionshensyn er tallene ikke vist for visse personaletyper (markeret med -)
 Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor og egne beregninger.

Som det ses, er der færre personer inden for personalegrupperne, end der er for alle ansatte, og færrest for social og sundhedspersonalet. Når antallet af personer pr. sygehus falder, kan dette øge det gennemsnitlige sygefraværs følsomhed overfor enkelte medarbejdere, og dermed spredning i sygefraværet mellem sygehusene.

3 Modelspecifikationer

Alle fire benchmarkinganalyser udarbejdes på baggrund af en Poisson regressionsmodel. Valget af Poisson regressionsmodellen skal ses i lyset af, at det sygefraværdata som analysen baserer sig på indeholder flere karakteristika, som netop denne regressionsmodel kan tage højde for:

- For det første er fordelingen af sygefraværet kendetegnet ved at omkring en tredjedel af observationerne har værdien nul. Det vil altså sige at relativt mange medarbejdere i løbet af et år ikke har noget sygefravær. Samtidigt indeholder datasættet medarbejdere med langtidssygefravær. Langtidssygefravær kan være det meste af eller hele den undersøgte periode. Disse to forhold gør, at en overvægt af observationerne for analysens hovedindikator er koncentreret omkring nul, men at fordelingen samtidigt får en lang "hale" mod højre.
- For det andet er der forskel på, om den enkelte medarbejder har været ansat på fuldtid eller på deltid, og om medarbejderen har været ansat i hele den undersøgte periode. Dette kan betragtes som forskelle i, hvor meget de ansatte har været eksponeret for risikoen for at blive ramt af sygefravær fra arbejdspladsen. En deltidsansat, der er blevet ansat i slutningen af året, har, alt andet lige, mindre risiko for at have mange sygefraværsdage, sammenlignet med én, der er blevet ansat i starten af året på fuldtid.
- For det tredje er sygefravær for det enkelte individ kendetegnet ved i en vis grad at være præget af tilfældige hændelser over tid.

En Poissonmodel er velegnet til at håndtere data med ovenstående karakteristika, og ses derfor ofte anvendt i undersøgelser af sygefravær³. For at håndtere den lange "hale" i datasættet, hvilket mere præcist kaldes overspredning, tilføjes Poissonmodellen et spredningsparameter. Desuden er der taget højde for, at de ansatte har forskellig eksponeringstid. Det gøres igennem en såkaldt offsetvariabel, der måler graden af fuldtidsbeskæftigelse i løbet af et år for den enkelte medarbejder. Med henblik på at kunne anvende Poissonmodellen er sygefraværet for hver enkelt medarbejder desuden afrundet til nærmeste heltal i regressionsanalyserne.

Nedenfor ses modelspecifikationer for de fire regressionsmodeller, der er blevet anvendt i benchmarkinganalysen.

³ Eksempelvis anvendte SFI en Poisson regressionsmodel i undersøgelsen "Graviders sygefravær" i 2010. Den beslægtede negative binomial model ses ligeledes også ofte anvendt. Se eksempelvis analysen "Trivsel og fravær i folkeskolen" af Styrelsen for IT og Læring fra 2016 eller "Benchmarkinganalyse af sygefravær i regionerne baseret på data fra 2011" af Rikke Ibsen på vegne af Danske Regioner.

Tabel 3.1

Modellspecifikationer for de fire anvendte regressionser

Afhængig variabel	Alle ansatte	Sygeplejersker	Social- og sundhedspersonale	Læger
Sygefraværsværk	•	•	•	•
Forklarende variabel				
Alder (ref.: Under 25 år)				
25-34 år	1,28* (0,21)	0,49 (0,39)	1,64 (1,82)	1,22 (1,25)
35-44 år	1,97* (0,21)	0,88* (0,40)	1,76 (1,75)	1,88 (1,26)
45-54 år	1,98* (0,21)	0,96* (0,44)	1,49 (1,73)	2,53* (1,27)
55-64 år	2,89* (0,22)	2,01* (0,44)	1,65 (1,72)	4,36* (1,30)
65+ år	2,84* (0,44)	-0,01 (0,99)	4,17 (2,50)	3,97* (1,36)
Køn (ref.: Kvinde)				
Mand	-1,81* (0,12)	-1,77* (0,35)	-3,35* (1,02)	-1,30* (0,11)
Enlig (ref.: Nej)				
Ja	1,06* (0,11)	1,15* (0,20)	1,45* (0,62)	0,88* (0,15)
Herkomst (ref.: Dansk herkomst)				
Indvander, vestlig	0,32 (0,24)	0,96 (0,51)	0,51 (1,30)	-0,14 (0,35)
Indvander, øvrig	0,13 (0,20)	0,28 (0,49)	-2,94* (1,11)	0,55* (0,21)
Efterkommer, vestlig	0,80 (0,99)	0,71 (1,96)	5,98 (7,57)	0,30 (0,88)
Efterkommer, øvrig	1,02 (0,43)	2,19* (1,00)	-0,31 (3,29)	0,09 (0,45)
Uddannelse (ref.: Grundskole)				
Gymnasial	-2,47* (0,39)	-	-	-
Erhvervsfaglig	-0,15 (0,29)	-	-	-
Kortere videregående	-1,48* (0,42)	-	-	-
Mellemlang videregående	-1,14* (0,36)	-	-	-
Lang videregående	-3,55* (0,39)	-	-	-
Øvrige	-0,75 (0,97)	-	-	-
Indkomst (ref.: Under 200.000 kr.)				
200.000 til 299.999 kr.	-0,12 (0,14)	-0,50 (0,28)	1,83* (0,80)	0,94* (0,27)
300.000 til 399.999 kr.	-0,76* (0,16)	-1,24* (0,31)	1,49 (0,91)	0,53* (0,25)
400.000 til 499.999 kr.	-1,23* (0,19)	-1,88* (0,37)	-1,78 (1,16)	0,34 (0,26)
500.000 kr. eller derover	-1,65* (0,22)	-2,78* (0,40)	-2,88* (1,31)	0,02 (0,27)
Privat negativ begivenhed (ref.: Nej)				
Ja	1,96* (0,24)	1,33* (0,46)	1,65 (1,26)	1,16* (0,37)
Børn der modtager specialundervisning (ref.: Nej)				
Ja	1,28* (0,39)	2,69 (0,77)	1,79 (2,03)	-0,32 (0,64)
Alvorlig sygdom (ref.: Nej)				
Ja	4,96* (0,25)	6,27* (0,51)	4,95* (1,18)	2,42* (0,35)
Overenskomstgruppe	Se anmærkninger	-	-	-
Stilling_SOSU (ref.: Social- og sundhedsassistent)				
Social- og sundheds-hjælpere	-	-	-1,38 (3,07)	-
Ikke-ud. social- og sundhedspersonale	-	-	-7,51* (0,78)	-

<i>Sygehjælpere</i>	-	-	1,15 (0,94)	-
<i>Øvrige</i>	-	-	5,2 (3,78)	
Stilling_Læger (ref: 1. reservelæger)				
<i>Afdelingslæger</i>	-	-	-	-0,19 (0,26)
<i>Kliniske assistenter</i>	-	-	-	-2,51* (0,27)
<i>Ledende overlæger/professorer</i>	-	-	-	-1,80* (0,34)
<i>Lægelige chefer mfl.</i>	-	-	-	-2,38* (0,70)
<i>Overlæger</i>	-	-	-	-0,83* (0,42)
<i>Overlæger, løntrinf-lønnede</i>	-	-	-	-0,71* (0,26)
<i>Praksisreservelæger</i>	-	-	-	-1,36* (0,34)
<i>Reservelæger</i>	-	-	-	0,06 (0,24)
<i>Specialeansvarlig overlæge</i>	-	-	-	-1,36*(0,35)
<i>Øvrig</i>	-	-	-	2,24 (1,74)
Observationer	120.164	39.835	5845	25.350

Anm.: *markerer om de gennemsnitlige marginale effekter er signifikante på et 5-procents signifikansniveau.
Kilde: Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Bemærkninger til modelspecifikationer:

- Tabel 2.1 viser de gennemsnitlige marginale effekter og de tilhørende standardfejl på baggrund af data fra 2017. Det er valgt at vise disse fremfor parameterestimer, da de marginale effekter giver en mere intuitiv forståelse af, hvad betydningen er af det enkelte rammevilkår. Eksempelvis ses det af tabellen, at den gennemsnitlige marginale effekt af at være mand fremfor kvinde er -1,81 i modellen for alle ansatte. Det betyder, at sygefraværet for det enkelte individ i gennemsnit vil være -1,81 lavere for mænd end for kvinder, alt andet lige.
- *markerer om de gennemsnitlige marginale effekter er signifikante på et 5-procents signifikansniveau.
- Bemærk at størrelsesordenen af de gennemsnitlige marginale effekter beregningsteknisk er opgjort anderledes, end de rapporterede sygefraværstal i selve analysen. Det skyldes, at sygefraværet på individniveau opgøres i sygefraværdsdagsværk pr. ansat, hvorimod det på sygehusniveau omregnes til sygefraværdsdagsværk pr. fuldtidsansat.
- Som det fremgår af regressionstabellen er mange af de enkelte estimater ikke statistisk signifikante for SOSU-gruppen. Det kan blandt andet forklares ved, at gruppen er væsentlig mindre end i de tre andre modeller. Standardfejlene – og dermed den statistiske usikkerhed – bliver derfor mekanisk større. Som det også fremgår, er styrken på sammenhængene for SOSU-gruppen dog betydelige, og vender generelt samme vej som i de andre modeller. Desuden er den samlede model statistisk signifikant. Endelig forekommer alle variablene lige så relevante for SOSU personalet, som for de andre grupper. Vurderingen er derfor, at resultaterne også for denne gruppe er robuste, selvom usikkerheden om de enkelte estimater er større.
- I regressionsanalyserne indgår ansatte for alle de somatiske sygehuse.

De marginale effekter for variabelen overenskomstgruppe er ikke rapporteret, da denne består af en meget lang række dummies.

3.1 Opmærksomhedspunkter ved benchmarking

Benchmarkingindikatoren er et estimeret tal, der er behæftet med en vis statistisk usikkerhed. Det betyder, at der ikke skal tolkes for håndfast på den præcise placering af sygehuse. Ved rangeringen af sygehuse er de derfor inddelt i kvartiler, således at der kun skelnes mellem sygehuse, som ligger i den bedste fjerdedel, næstebedste fjerdedel og så videre. Dog vises på baggrund af benchmarkingindikatoren også top 5 og bund 5.

Meknikken ved en regressionsmodel gør desuden, at man ikke kan konkludere noget om størrelsen på det generelle sygefraværniveau. Man kan således ikke konkludere, at de sygehuse, der klarer sig godt i benchmarkinganalyserne, ikke potentielt kan sænke deres sygefravær yderligere. Det anbefales derfor, at alle sygehuse forholder sig til sygefraværstallene i denne analyse og læser del II af analysen, hvor en række tiltag der kan nedbringe sygefraværet er beskrevet til inspiration for sygehusernes videre arbejde med området.

Det skal også nævnes, at alle fire modeller alene forklarer en lille del af variationen i sygefraværet mellem de enkelte individer. Dette kan dels skyldes, at rammevilkår ikke har særlig stor betydning for det enkelte individs sygefravær. I stedet kan de drivende faktorer for variationen i sygefraværet være forhold, som det enkelte sygehus kan påvirke. Det kunne eksempelvis være arbejdsmiljø, ledelsestilgang, arbejds gange, kultur mv. Dels kan det skyldes, at der er én eller flere forklarende rammevilkår, som vi ikke kan kontrollere for på grund af manglende data. Det kunne eksempelvis være et mere præcist mål for den del af individernes helbred, der ikke umiddelbart påvirkes af arbejdspladsen, herunder medfødt helbred og tilfældigt opståede hændelser. Desuden skal det i denne forbindelse nævnes, at modellerne i andre sygefraværstudier baseret på registerbaserede individdata, ligeledes kun kan forklare variationen i begrænset omfang⁴.

Når modellerne kun forklarer en lille del af variationen i sygefraværet, vil de forventede sygefraværsniveauer, der bestemmes af modellerne, ligge tæt på landsgennemsnittet. Det betyder, at der er en stærk sammenhæng mellem, hvordan sygehuse placerer sig, hvis man rangerer dem udelukkende på baggrund af de faktiske tal eller efter benchmarkingindikatorerne.

Selvom rammevilkårene kun kan forklare en mindre del af variationen i sygefraværet, er det dog stadig relevant at tage højde for de rammevilkår, som rent faktisk er identificeret som havende betydning for omfanget af sygefravær. Dermed neutraliseres den variation som de forskellige rammevilkår på tværs af sygehuse trods alt skaber, hvormed der etableres et mere sammenligneligt datagrundlag.

Endelig er det værd at bemærke, at det også ville have været relevant at benchmarke sygefraværet på lavere organisatoriske niveau på tværs af sygehuse f.eks. de kliniske afdelinger. En fordel ved at benchmarke på klinisk niveau er, at man herved mere præcist ville kunne identificere det lokale ledelsesmæssige ansvar for sygefraværet, end man kan med personalegruppeafgrænsningen. Det nuværende datagrundlag giver dog ikke mulighed for at gå ned på et lavere organisatorisk niveau.

⁴ Et nyere eksempel kan findes her: Se C. R. L. Boot, A. van Drongelen, I. Wolbers, H. Hlobil, A. J. van der Beek, T. Smid; Prediction of long-term and frequent sickness absence using company data, *Occupational Medicine*, Volume 67, Issue 3, 1 April 2017, Pages 176–181

Set i det lys er en relevant måde at få indblik i, hvordan sygefraværet ser ud i forskellige dele af det enkelte sygehus ved at opdele personalet ud fra overenskomstområder og stillingsbetegnelser.

4 Afdækning af tiltag til inspiration hos sygehuse

Del II af analysen, består af et inspirationskatalog med konkrete tiltag til nedbringelse af sygefravær. Disse tiltag er indhentet fra fem sygehuse igennem semistrukturerede interviews med relevante medarbejdere fra forskellige dele af styringskæden.

De fem sygehuse er udvalgt på baggrund af de kvantitative benchmarkinganalyser. Fælles for de fem sygehuse er, at de alle er blandt dem, der klarer sig bedst inden for to eller alle af de tre udvalgte personalegrupper, og så vidt muligt blandt alle ansatte under et, når der tages højde for rammevilkår. Derudover er sygehusene valgt ud fra, at der skulle være mindst 3 sygehuse, der klarer sig godt for hver personalegruppe.

Udover sygehusets placering i benchmarkinganalyserne er der ved udvælgelsen også forsøgt at finde sygehuse, der samtidig har haft en positiv udviklingen i de faktiske sygefraværstal i den undersøgte periode.

Det er vanskeligt at opdele et sygehus i adskilte organisatoriske enheder ud fra personalegrupper. På de enkelte afsnit og klinikker vil flere eller alle personalegrupper være repræsenteret i varierende omfang og afsnitslederne vil ofte have ansvaret for flere forskellige typer af personalegrupper. Ofte bliver der derfor arbejdet med sygefraværstiltag på tværs af personalegrupper inden for samme klinik eller afsnit. Som følge deraf er adskillelsen af personalegrupper mindre tydelig i inspirationskataloget end i den kvantitative del af analysen.

Det fremgår af tabel 4.1, hvilke sygehuse der har deltaget og på baggrund af hvilke personalegrupper, de er blevet udvalgt.

Tabel 4.1

Udvælgelse af deltagersygehuse

	Sygeplejersker	SOSU-personale	Læger
Herlev og Gentofte Hospital	•	•	•
Regionshospitalet Nordjylland	•	•	
Sydvestjysk Sygehus	•		•
Sygehus Sønderjylland		•	•
Aalborg Universitetshospital	•		•

Indsamlingen af inspirationstiltagene er gennemført af Rambøll Management Consulting (herefter Rambøll) på vegne af Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed. Rambøll har ud fra en datadrevet tilgang i samarbejde med de deltagende sygehuse udvalgt hvilke enheder/afdelinger og hvilke interviewpersoner, der skulle indgå i den kvalitative analyse.

Rambøll har ved struktureringen af de gennemførte interviews anvendt en bottom-up tilgang, hvor det primære afsæt for interviewene har været det decentrale niveau (udvalgte kliniske afdelinger og afsnit) på sygehusene. Dette er gjort for at sikre et gennemgående fokus på, hvad der skal til for at overordnede sygefraværspolitikker og strategier implementeres succesfuldt, samt for at få kortlagt de konkrete tiltag på afsnitsniveau, som anvendes for at håndtere sygefraværsindsatsen.

Rambøll har på baggrund af en desk research af eksisterende litteratur på området gennemført interviewene på de fem sygehuse med udgangspunkt i temaerne: "Forebyggelse af sygefravær", "Håndtering af sygefravær" og "Tilbage til arbejde og fastholdelse". Inden for disse temaer er der blandt andet blevet sat fokus på mål og strategier, organisering og styring, ledelse, kultur og kompetencer samt tilbud og redskaber.

Der er i alt blevet gennemført 14 semistrukturerede enkelt- eller fokusgruppeinterviews i de fem regioner. Samlet set er 31 personer blevet interviewet. I tabel 4.2 nedenfor fremgår en oversigt over, hvem der har deltaget i de gennemførte interviews fra de deltagende sygehuse.

Tabel 4.2

Oversigt over deltagere fra de fem sygehuse

	Afsnitsleder			Viceklinikchef (Klinikledelse)	HR chef og/eller konsulent
	Sygeplejersker	SOSU	Læger		
Herlev og Gentofte Hospital	●	●	●		●
Regionshospitalet Nordjylland	●	●		●	●
Sydvestjysk Sygehus	●	●	●		●
Sygehus Sønderjylland		●	●		●
Aalborg Universitetshospital	●		●	●	●

Anm.: ● markerer hvem der har deltaget i de interviews, der er gennemført. Markeringen er ikke nødvendigvis et udtryk for, at de forskellige deltagere på det enkelte sygehus er blevet interviewet samtidigt. Der har eksempelvis været forskel på, hvor mange afsnitsledere, der er blevet interviewet på de forskellige sygehuse.

På baggrund af de gennemførte interviews har Rambøll efter en tværgående opsamling identificeret tiltag og tilgange til arbejdet med at nedbringe sygefraværet, som de deltagende sygehuse selv fremhæver som værende centrale for deres arbejde med at sikre et lavt sygefravær.

Den kvalitative afdækning af sygehusenes praksis, der præsenteres i del II af analysen, skal derfor ikke betragtes som et egentligt effektstudie, og det er ikke undersøgt, om der er evidens for de virkninger, som sygehusene selv knytter til tiltagene. Derimod er der tale om et inspirationskatalog med tiltag, som sygehusene selv vurderer, har betydning for deres arbejde med at fastholde et lavt sygefravær eller i nogle tilfælde at nedbringe sygefraværet.

De cases, der fremhæves i analysen, er alle valideret og godkendt af sygehusene.

I inspirationskataloget refereres der til forskellige niveauer i styringskæden. Det drejer sig fx om direktionen, HR afdelingen, kliniske afdelinger og afsnit. Figur 4.1 er et generisk organisationsdiagram, som beskriver disse forskellige organisatoriske niveauer. På et hospital er der en række kliniske afdelinger fx medicinsk afdeling, urologisk afdeling, akutafdeling mv. Kliniske afdelinger har en overordnet klinikledelse fx en klinikchef og evt. viceklinikchef. I en klinisk afdeling er der typisk en række afsnit/områder eksempelvis flere sengeafsnit eller ambulatorier, som ledes af afsnitsledere fx en ledende overlæge og/eller en ledende oversygeplejerske.

Figur 4.1

Generisk organisationsdiagram over et somatisk sygehus

