

# Bilag 3: Metode

Sygefravær blandt ansatte på sygehusene



Økonomi- og  
Indenrigsministeriets  
**BENCHMARKINGENHED**

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.oimb.dk](http://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 påvirke<sup>1</sup>.
- 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 arbejds-skade. 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.

---

<sup>1</sup> 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 Regioner<sup>2</sup>. 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.

---

<sup>2</sup> 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 fraværsdataene, men ikke i KRL's lønstatistik
- Personale i kommissioner, råd eller lignende
- Personale, for hvilke fraværsregistreringen 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
<b>Inkluderede ansættelsesformer i analysen</b>				
Overenskomstansatte	80.121	28.649	3.875	13.480
Tjenestemænd	1.656	163	-	929
<b>I alt</b>	<b>81.777</b>	<b>28.812</b>	<b>3.875</b>	<b>14.409</b>
<b>Ekskluderede ansættelsesformer i analysen</b>				
Elever	1353	-	771	-
Fleksjob	960	244	89	20
Ekstraordinært ansatte	85	-	-	-
<b>I alt</b>	<b>2.398</b>	<b>244</b>	<b>860</b>	<b>20</b>

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 sygefravær<sup>3</sup>. 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.

---

<sup>3</sup> Eksempelvis anvendte SFI en Poisson regressionsmodel i undersøgelsen "Gravidets 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	•	•	•	•
<b>Forklarende variabel</b>				
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)				
Indvandr, vestlig	0,32 (0,24)	0,96 (0,51)	0,51 (1,30)	-0,14 (0,35)
Indvandr, 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)	
<b>Stilling_Læger (ref: 1. reservelæger)</b>				
<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, løntrinalønnede</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)
<b>Observationer</b>	<b>120.164</b>	<b>39.835</b>	<b>5845</b>	<b>25.350</b>

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 sygehuses 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 omfang<sup>4</sup>.

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.

---

<sup>4</sup> 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

