

# Afdækning og håndtering af drypvis sygefravær i to store organisationer

Vita Ligaya Dalgaard, Regine Grytnes, Tanja Kirkegaard, Trine Nøhr Winding, Johan Hviid Andersen, Susanne Nissen Sagoo, Birgitte Poulsen, Lotte Jepsen, Marlene Fabrin, Claus D. Hansen

Slutrapport til Arbejds miljøforskningsfonden

**Afdækning og håndtering af drypvis sygefravær i to store  
organisationer  
(Projekt nummer 36-2018-03)**

Vita Ligaya Dalgaard, Regine Grytnes, Tanja Kirkegaard, Trine Nøhr Winding,  
Johan Hviid Andersen, Susanne Nissen Sagoo, Birgitte Poulsen, Lotte Jepsen,  
Marlene Fabrin, Claus D. Hansen

<b>Titel</b>	Afdækning og håndtering af drypvis sygefravær i to store organisationer.
<b>Forfattere</b>	Vita Ligaya Dalgaard <sup>1</sup> , Regine Grytnes <sup>2</sup> Tanja Kirkegaard <sup>1</sup> , Trine Nøhr Winding <sup>2</sup> , Susanne Nissen Sagoo <sup>2</sup> , Johan Hviid Andersen <sup>2</sup> , Birgitte Poulsen <sup>4</sup> , Lotte Jepsen <sup>4</sup> , Marlene Fabrin <sup>4</sup> & Claus D. Hansen <sup>3</sup>
<b>Institutioner</b>	<sup>1</sup> Psykologisk Institut, Aarhus Universitet, <sup>2</sup> Arbejdsmedicin, Dansk Ramazzini Center, Regionshospitalet Gødstrup, Herning, <sup>3</sup> Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet, <sup>4</sup> Cabi, Aarhus
<b>Projekt afsluttet</b>	September 2023
<b>Finansiel støtte</b>	Arbejds miljøforskningsfonden, projektnummer 36-2018-03
<b>Bedes citeret</b>	Dalgaard, V.L., Kirkegaard, T., Winding, T.N., Grytnes, R., Sagoo, S.N., Andersen, J.H., Poulsen, B., Jepsen, L. Fabrin, M., Hansen, C.D. (2023) Afdækning og håndtering af drypvis sygefravær i to store organisationer. Slutrapport.

## Indhold

1. Forord.....	6
2. Resume.....	7
2.1 Dansk resume.....	7
2.2 English summary.....	9
3. Projektets formål, metode og udførelse .....	11
3.1 Opnåelse af projektets formål og hensigt.....	11
3.2 Erfaringer og konklusioner fra projektet.....	12
4. Indledning .....	14
4.1 Hvorfor blev projektet lavet? .....	14
4.2 Begrebet drypvis sygefravær .....	14
4.2.1 Generelle udfordringer med operationalisering af mål for sygefravær.....	14
4.2.2 Gentaget kortvarigt sygefravær, sygefraværspraksisser og sygenærvær.....	15
4.2.3 Årsager til gentaget kortvarigt sygefravær.....	15
4.3 Organisatoriske udfordringer ved gentaget kortvarigt sygefravær .....	17
5. Projektets formål.....	19
6. Materiale og metode.....	20
6.1 Undersøgelsespopulation .....	20
6.1.1 Organisation 1: en stor offentlig organisation.....	20
6.1.2 Organisation 2: en produktionsvirksomhed .....	20
6.2 Indsamling af data.....	20
6.2.1 Administrative data.....	20
6.2.2 Spørgeskema og interviewdata .....	21
6.2.3 Udvælgelse af deltagere til interviews .....	21
6.2.4 Interviewguides .....	22
6.3 Analyser af data fra organisation 1 .....	22
6.3.1 Kvantitative analyser.....	22
6.3.2 Kvalitative analyser.....	23
6.4. Analyser af data fra organisation 2 .....	23
6.4.1. Kvantitative analyser af sekvenser af tilstedeværelse og fravær .....	23
6.4.2 Kvalitative analyser.....	24
6.5 Ethiske overvejelser .....	24
7. Resultater .....	25
7.1 Resultater fra kvantitative analyser af data fra organisation 1 .....	25
7.1.1 Analyser af sociodemografiske stamoplysninger og fravær .....	25
7.1.2 Analyser af betydningen af helbred .....	27
7.1.3 Analyser af betydningen af arbejdstid og indflydelse.....	29

7.1.4 Analyser af betydningen af social støtte .....	31
7.1.5 Følelsesmæssige belastninger og negativ adfærd .....	34
7.1.6 Jobusikkerhed og sygefravær .....	38
7.1.7. Sygefraværspraksis – holdninger til sygefravær og -nærvær.....	40
7.1.8 Delkonklusion .....	45
7.2 Resultater fra den kvalitative undersøgelse i organisation 1.....	45
7.2.1 Værktøjer og regler til at håndtere højt fravær og personalemangel .....	45
7.2.2 Når den institutionelle praksis afkobles fra de daglige arbejdsaktiviteter/praksisser .....	47
7.2.3 Ledelsesmæssige tilgange til sygefraværspolitik og daglig håndteringspraksis .....	48
7.2.4. Mangel på uddannelse i personaleledelse .....	50
7.2.5. Konsekvenser af den organisatoriske sygefraværshåndtering .....	50
7.2.6 Delkonklusion .....	53
7.3 Resultater fra kvantitative analyser af data fra organisation 2.....	53
(se også artikel 1) .....	53
7.3.1 Visualisering af fravær og tilstedeværelse .....	54
7.3.2 Klynger af ansatte med forskellige mønstre af fravær og tilstedeværelse .....	56
7.3.3 Fraværindikatorer .....	57
7.3.4 Klynger af forskellige typer kernemedarbejdere .....	57
7.3.5 Klyngebeskrivelser med inddragelse af spørgeskemadata.....	60
7.3.6 Delkonklusion .....	62
7.4. Resultater fra kvalitative interviews i organisation 2.....	62
7.4.1. Værktøjer og indsatser til håndtering af sygefraværet .....	62
7.4.2 Faser i organisationens udvikling af sygefraværshåndtering (sygefraværstrejsen) .....	65
7.4.3. Fokus på ledertræning og sprogbrug.....	70
7.4.4. Delkonklusion .....	71
8. Diskussion.....	72
8.1 Diskussion af formål 1: En afdækning af 'drypvis sygefravær' i hver virksomhed samt en identificering af forskellige mønstre af 'drypvis sygefravær'. .....	72
8.2 Diskussion af formål 2: En afdækning af forskellige forklaringer og mekanismer i forhold til drypvis sygefravær, fx betydningen af det psykosociale arbejdsmiljø og kulturelle processer blandt medarbejdere.....	74
8.3 Diskussion af formål 3: En afdækning af forskellige ledelsesmæssige/-organisatoriske håndteringsstrategier i forhold til drypvis sygefravær, og hvad der er behov for mere viden om. 76	
8.3.1 Resultaterne fra organisation 1 .....	76
8.3.2 Diskussion af resultaterne fra organisation 2 .....	77
8.3.3 Fraværsmiljøfokuseret og arbejdsmiljøfokuseret håndtering af sygefravær .....	78
8.4 Formål 4: Udvikling af et undervisningsmodul .....	80

8.5 Afrunding og perspektivering: hvordan bidrager projektets resultater på kort og langt sigt til at forbedre arbejdsmiljøet? .....	80
9. Fortegnelse over publikationer og produkter i projektet.....	82
9.1 Undervisningsmodul - online undervisningsmodul til ledere .....	82
9.2 Videnskabelige publikationer .....	83
9.2.1 Udarbejdede videnskabelige artikler.....	83
9.2.2 Videnskabelige artikler under udarbejdelse .....	83
9.3 Præsentationer på videnskabelige konferencer .....	83
9.5 Praksisrettede præsentationer.....	83
10. Bevillingsgiver .....	84
11. Referencer .....	85

## 1. Forord

Sygefravær har ofte store konsekvenser for den enkelte medarbejder, for arbejdspladsen herunder drift og planlægning af arbejdet samt for samfundet som helhed. De fleste arbejdspladser har strategier for håndtering af det langvarige sygefravær, men faktisk udgør det korte sygefravær næsten 50% af det samlede sygefravær i Danmark. En særlig form for kort fravær bliver i Danmark ofte omtalt som det drypvise sygefravær eller det, der med et overlappende begreb beskrives som det gentagne kortvarige sygefravær. Denne type fravær kan være vanskelig for organisationer og ledere at håndtere, da det kan indebære udfordringer med planlægning og opretholdelse af driften særligt i de tilfælde, hvor medarbejderen også har specialiserede opgaver eller kompetencer, der skal erstattes under sygefravær. Ikke desto mindre har langt den største del af forskningen koncentreret sig om det langvarige sygefravær og årsager til og konsekvenser af dette.

Sygefravær er et meget komplekst fænomen, der også er tæt relateret til sygenærvær, dvs. at man går syg på arbejde, og som opstår som et resultat af dels den enkeltes helbred og individuelle karakteristika men også som resultat af forhold i det psykosociale arbejdsmiljø og den kultur, man som medarbejder indgår i på en arbejdsplads. Formålet af dette projekt var at sætte fokus på forskellige typer af kort sygefravær og herunder at undersøge, hvordan begrebet 'drypvise sygefravær' kan forstås og hvilke udfordringer, der knytter sig til begrebet. Herudover var formålet at bidrage med viden om, hvordan man hensigtsmæssigt kan arbejde med databaserede tilgange til sygefravær i organisationer samt at opnå viden om lederes håndtering og udfordringer i arbejdet med det korte gentagne fravær. I denne rapport præsenteres resultaterne fra projektet "Afdækning og håndtering af drypvise sygefravær i to store organisationer". Projektet er finansieret af Arbejdsmiljøforskningsfonden (Projektnummer 36-2018-03).

Vi vil i projektgruppen gerne takke de deltagende organisationer og alle de mange medarbejdere, der har bidraget til spørgeskemabesvarelser, interviews, planlægning og koordinering eller andre dele af projektet. Vi håber, at erkendelser fra projektet kommer til at bidrage positivt til en mere nuanceret forståelse og hensigtsmæssig sygefraværshåndtering og på danske arbejdspladser.

Projektgruppen, august 2023

## 2. Resume

### 2.1 Dansk resume

Formålet med dette projekt har været at undersøge og afdække mønstre af 'drypvis sygefravær' (eller gentaget kortvarigt sygefravær) samt at undersøge forklaringer på fraværet og den organisatoriske og ledelsesmæssige håndtering heraf i to store danske organisationer. Denne type fravær kan være særlig vanskelig for ledere at håndtere, da det modsat det længerevarende fravær, som virksomheder ofte har velfungerende strategier til, kan give forstyrrelser i driften og planlægning af bemanning og arbejdsudførelsen.

Projektets specifikke formål har været følgende:

- 1) En afdækning af drypvis sygefravær i hver organisation samt en identificering af forskellige mønstre af drypvis sygefravær.
- 2) En afdækning af forskellige forklaringer og mekanismer i forhold til drypvis sygefravær, f.eks. betydningen af det psykosociale arbejdsmiljø og kulturelle processer blandt medarbejdere.
- 3) En afdækning af forskellige ledelsesmæssige/organisatoriske håndteringsstrategier i forhold til drypvis sygefravær, og hvad der er behov for mere viden om.
- 4) Udvikling af et undervisningsmodul med guidelines til definition, registrering og håndtering af drypvis sygefravær.

Projektet har haft et eksplorativt udgangspunkt og har anvendt spørgeskemaer og kvalitative interviews og fraværdata til at imødekomme de beskrevne formål. Herudover er der hentet registerdata retrospektivt og prospektivt fra begge medvirkende organisationer, hvor metoder som sekvens- og klyngeanalyser er blevet benyttet til at belyse specifikke typer af fraværindikatorer (som f.eks. fraværprocentsatser, forskellige mål for kort og langt sygefravær samt den såkaldte Bradfordscore) og disses relation til forskellige medarbejdergrupper. Projektet belyser også en række sammenhænge mellem psykosociale forhold på arbejdspladsen og forskellige typer sygefraværsepisoder.

En del af projektets formål 4 indebar at udarbejde en definition på 'drypvist sygefravær'. På baggrund af litteratursøgninger og resultaterne i projektet, har det dog vist sig, at begrebet drypvis sygefravær (på engelsk 'drip by drip sick' leave) kun i meget begrænset grad eksisterer i den videnskabelige litteratur, mens begrebet 'repeated short term sick-leave' i højere grad anvendes, selvom der ikke findes en entydig definition på dette. Alligevel benyttes sidstnævnte i en af vores artikler, mens de øvrige artikler inddrager begrebet sygefraværspraksisser, der i højere grad tager højde for, hvordan kulturen og de kontekster, som individet indgår i, kan spille en rolle for sygefravær.

Projektets resultater peger på vigtigheden af, at den måde sygefraværet opgøres på i høj grad bør tage højde for, hvilken organisatorisk kontekst, der er tale om, og at det kan være helt afgørende, at man ikke kun anvender et enkelt mål (f.eks. procentsats, Bradfordfaktor eller lignende), da forskellige mål eller indikatorer kan pege i forskellige retninger. En vigtig pointe fra dette studie er derfor, at forskellige sygefraværmål bør anvendes under hensyntagen til den kontekst, som medarbejderen befinder sig i, da der ellers kan være risiko for forkerte eller unuancerede tolkninger af sygefraværet. Et relevant eksempel er f.eks. sygefraværprocenten, der forfordeler medarbejdere, der arbejder på færre dage i løbet af et år, men til gengæld har flere timer af gangen.

Resultaterne fra vores den kvalitative hovedundersøgelse peger på, at det gentagne kortvarige sygefravær i den givne kontekst behandles som et problem (der skal håndteres) med fokus på den



enkelte medarbejder og på, hvad der kan gøres for at få ham eller hende tilbage på arbejde. Fokus på forebyggelse af sygefravær gennem forbedringer af arbejdsmiljøet var relativt sjældent. Fraværstyringspolitikken i organisationen var således afkoblet fra det daglige arbejde og den daglige ledelsespraksis, hvilket havde forskellige konsekvenser for medarbejderne og lederne og for deres indbyrdes forhold. Studiet peger derfor på, at det kan være hensigtsmæssigt at skabe overensstemmelse/balance mellem procedurerne for fraværstyring og lokal ledelsespraksis. I forlængelse af dette udviste lederne forskellige tilgange til håndteringen af fraværstyringspolitikken, hvor nogle fulgte politikken fuldt ud, brugte andre politikken som et supplement til egen tilgang og fokus på medarbejdernes trivsel og arbejdsmiljø. En tredje gruppe ledere var direkte i opposition til styringspolitikken og forsøgte på forskellige måder at omgå de af procedurerne, som de ikke fandt hensigtsmæssige til forebyggelse af kortvarig sygefravær, eksempelvis ved at de ringede til medarbejderne, når de fandt det passende i stedet for at ringe på faste dage, som anvist. Projektet belyser således, hvordan ledere kan have vidt forskellige tilgange til håndtering, selvom de er underlagt en bestemt fraværstyringspolitik.

Projektet har desuden undersøgt betydningen af faktorer i arbejdsmiljøet med fokus på forskellige måder at opgøre fravær på. Resultaterne peger her på, at faktorer, der også tidligere er belyst i forskning som indflydelse på arbejdstid, forudsigelighed og f.eks. hvem man arbejder sammen med, har betydning for fraværet, men at styrken af associationerne også afhænger af, hvilke mål for fravær man anvender. Medarbejdernes helbred (herunder udbrændthed og selvvurderet arbejdsevne) betyder (ikke overraskende) meget for sygefraværet, og medarbejdere med færre helbredsproblemer har en lavere risiko for at blive sygemeldt. Et tidligere mindre belyst område omhandler holdninger til fravær og deres relation til sygefravær. Her peger vores resultater fra den ene af organisationerne på, at mindre restriktive holdninger til i hvilke situationer man tager sygefravær er forbundet med højere sygefravær fremadrettet især hvad angår korterevarende. På organisatorisk niveau viser projektet, at oplevelsen af det psykosociale sikkerhedsklima har betydning for fraværet.

På baggrund af resultaterne fra projektet, er der udviklet et online baseret undervisningsmodul i samarbejde med konsulenthuset Cabi. Formålet med modulet er at skærpe lederes refleksion over lokale sygefraværspraksisser samt over anvendelsen af data i sygefraværshåndteringen. Herudover bidrager modulet med refleksion og råd til ledere om hensigtsmæssig håndtering af gentaget kortvarigt sygefravær

## 2.2 English summary

The purpose of this project has been to investigate and uncover patterns of 'drip by drip sickness absence' (or the overlapping concept of repeated short-term sickness absence) in two large organizations and to investigate explanations for the absence as well as the organizational and managerial handling of it in two large Danish organizations. The background to the project was that this type of absence may be considered particularly challenging for managers to handle as, unlike longer-term absence, which organizations often have well-functioning strategies to manage, it can cause disruptions in operations and planning of staffing and work performance.

The specific objectives of the project were as follows:

- 1) To uncover drip sickness absence in each organization and identify different patterns of drip by drip sickness absence.
- 2) To uncover different explanations and mechanisms in relation to drip sickness absence, e.g. the importance of the psychosocial work environment and cultural processes among employees.
- 3) An identification of different managerial/organizational coping strategies in relation to drip sickness absence and what more knowledge is needed.
- 4) Development of a teaching module with guidelines for defining, registering and managing drip by drip sickness absence.

The project has had an explorative starting point and based on questionnaires and qualitative interviews and absence data, the project has investigated sickness absence patterns, causes of sickness absence and how managers and organizations handle short-term recurring sickness absence. In addition, register data has been retrieved retrospectively and prospectively from both participating organizations, where methods such as sequence and cluster analyses have been used to shed light on specific types of absence indicators (such as absence rates, measures of short and long term sickness absence, and the so-called Bradford score) and their relation to different employee groups. The project also examines the relationship between psychosocial conditions in the workplace and different types of sickness absence episodes.

Part of the project's objective 4 was to develop a definition of 'drip by drip sickness absence'. Based on the literature searches and the results of the project, it has emerged that the concept of 'drip by drip sick leave' only exists to a very limited extent in the scientific literature, while the concept of 'repeated short-term sick leave' is used to a greater extent, even though there is no clear definition of the concept. Nevertheless, the latter term is used in one of our articles, while the other articles include the concept of 'sickness absence practices', which to a greater extent takes into account how culture and the contexts in which the individual is part can play a role in sickness absence.

The results of the project underline the importance of taking contextual factors such for example organizational work hours and shifts choosing procedures of estimating sickness, and that it can be crucial not to only use a single measure (e.g. percentage, Bradford factor or similar), since different measures or indicators can point in different directions. In other words, an important point from this study is that different sickness absence measures should be used taking into account the context in which the employee is located, as there may otherwise be a risk of making incorrect/unnuanced interpretations of sickness absence patterns. A relevant example is the sickness absence percentage rate, which penalizes employees who work fewer days in a year, but more hours at a time.

The findings from our main qualitative study indicate that in the given context, repeated short-term sickness absence is treated as a problem (to be managed) with a focus on the individual employee and what can be done to get him or her back to work. Preventing sickness absence through improvements to the work environment was relatively rare. Absence management policy was disconnected from day-to-day work and management practices, which had different consequences for employees and managers and their relationship with each other. The study therefore suggests that it may be appropriate to align absence management procedures with local management practices. Managers showed different approaches to handling the absence management policy, with some fully following the policy, while others used the policy as a supplement to their own approach and focus on employee wellbeing and the work environment. A third group of managers were directly opposed to the management policy and tried in various ways to circumvent the procedures that they did not consider appropriate for the prevention of short-term sickness absence, for example, by calling employees when they considered it appropriate instead of calling on fixed days as instructed by the policies. The project thus highlights how managers can have widely differing approaches to management, even if they are subject to a specific absence management policy.

The project also investigated the importance of factors in the work environment with a focus on different ways of measuring absence. The results indicate that factors that have also been highlighted in previous research, such as influence of working hours, predictability and, for example, who you work with, have an impact on absence, but that the strength of the associations also depends on which measures of absence are used.

Employee health (unsurprisingly) has a significant impact on sickness absence, and employees with fewer health problems are less likely to take sick leave. Attitudes towards absence and how these are associated with sickness absence represents a less studied area. Our results suggest that less restrictive attitudes towards sickness absence are associated with higher sickness absence in the future, especially shorter-term sickness absence. At an organizational level, the project also shows that the perception of the psychosocial safety climate has an impact on absence.

Based on the results of the project, an online-based training module has been developed in collaboration with the consultancy Cabi. The purpose of the module is to sharpen managers' reflection on local sickness absence practices and the use of data in sickness absence management. In addition, the module contributes with reflection and advice for managers on the appropriate handling of repeated short-term sickness absence

### 3. Projektets formål, metode og udførelse

Med udgangspunkt i den oprindelige ansøgning har projektets formål været at afdække mønstre af gentagne kortvarige episoder med sygefravær ('drypvis sygefravær') samt at undersøge forklaringer på fraværet og den organisatoriske og ledelsesmæssige håndtering heraf i to store danske organisationer.

Desuden har det været projektets formål at undersøge, hvilke former for viden organisationerne mangler i forhold til håndtering af det drypvise fravær samt på baggrund af projektets samlede analyser at udvikle et uddannelsesmodul til ledere.

#### Projektets specifikke formål

- 5) En afdækning af drypvis sygefravær i hver virksomhed samt en identificering af forskellige mønstre af drypvis sygefravær.
- 6) En afdækning af forskellige forklaringer og mekanismer i forhold til drypvis sygefravær, fx betydningen af det psykosociale arbejdsmiljø og kulturelle processer blandt medarbejdere.
- 7) En afdækning af forskellige ledelsesmæssige/organisatoriske håndteringsstrategier i forhold til drypvis sygefravær, og hvad der er behov for mere viden om.
- 8) Udvikling af et undervisningsmodul med guidelines til definition, registrering og håndtering af drypvis sygefravær.

Projektet har fra begyndelsen haft et eksplorativt udgangspunkt. Der er benyttet kvantitative (spørgeskema og administrative data fra virksomhederne) og kvalitative (interviews med ledere, medarbejdere og tillidsrepræsentanter) metoder til at undersøge og besvare projektets formål.

Vi har udsendt spørgeskemaer omhandlende psykisk arbejdsmiljø, holdninger til fravær, sygdom og sygenærvær til alle ledere og medarbejdere i de deltagende organisationer og på baggrund af spørgeskemabesvarelsene udvalgt en række arbejdsenheder/afdelinger i de respektive organisationer, hvor der er blev foretaget kvalitative interviews om sygefravær og ledelse med fokus på årsager og håndtering af det korte gentagne sygefravær. Herudover er der hentet registerdata retrospektivt og prospektivt fra begge medvirkende organisationer. Der er benyttet sekvens- og klyngeanalyser til at belyse specifikke typer af fraværmønstre. Sammenhænge mellem psykosociale forhold og sygefraværsepisoder er også belyst.

#### 3.1 Opnåelse af projektets formål og hensigt

Oprindeligt inkluderede projektet 4 store organisationer, men 2 organisationer sprang fra undervejs af forskellige årsager herunder, at en af virksomhederne havde fået tilkendt de såkaldte STAR-midler. En anden virksomhed sprang fra pga. GDPR-relaterede overvejelser omkring det at skulle dele medarbejders personoplysninger. Samtidig betød Covid-19, at det i starten af 2020 var vanskeligt at rekruttere ny virksomheder. Heldigvis besluttede en af de deltagende organisationer, der oprindeligt kun deltog med én region, at de ville deltage med alle arbejdsenheder nationalt. Således blev deres deltagelse i projektet betragteligt udvidet med flere tusinde medarbejdere. Det er lykkedes at indfri de 4 formål beskrevet ovenfor, men grundet kvaliteten af sygefraværdata og virksomhedernes specifikke kontekster, har det kun været muligt at benytte sekvensanalyser til afdækning af mønstre i én af de deltagende virksomheder. Dette sætter naturligvis sine begrænsninger på mulighederne for at generalisere denne del af resultaterne til andre kontekster. Projektets kvantitative analyser er dog baseret på prospektive data i begge tilfælde, hvilket styrker muligheden for at drage konklusioner om kausale sammenhænge betydeligt.

### 3.2 Erfaringer og konklusioner fra projektet

En generel problematik i sygefraværskforskningen som vi har arbejdet eksplicit med i nærværende projekt omhandler, hvordan man måler for sygefravær. Der eksisterer f.eks. ikke nogen konsensus om, hvornår en fravæsepisode betragtes som hhv. kort eller lang. Projektet finder ikke grundlag for at komme med en definition på begrebet 'drypvist fravær', ligesom vi gennem projektet har afdækket, at termen ikke anvendes så bredt, som vi troede, da projektet blev formuleret. Og det viser sig, at når termen anvendes i forskellige danske organisationer, er det ofte på forskellige kontekstafhængige måder. En meget væsentlig konklusion fra projektet er således, at det er essentielt at sygefravær analyseres ved hjælp af en række forskellige måder at måle episoderne på. Et ensidigt fokus på enkelte mål (som f.eks. fraværsprocenten) kan føre til konklusioner, der ville se anderledes ud, hvis alternative mål for sygefravær blev anvendt.

I artikel 1 (*How to measure sickness absence? Using sequence analysis to assess the impact of choice of sickness absence indicators on long-term sick leave, layoffs and turnover behaviour*) undersøger vi 11 fraværindikatorer (som f.eks. langt eller kort sygefravær på 1-2 dage, Bradford scoren eller fravær mandag eller fredag) på tværs af klynger identificeret ved hjælp af sekvensanalyse til at konstruere mønstre for tilstedeværelse på arbejdet og fravær. Vi finder, at indikatorerne indfanger forskellige måder at praktisere sygefravær på. Med andre ord afspejler indikatorerne ikke bare én enkelt sundhedsdimension, der manifesterer sig gennem de forskellige indikatorer. I stedet ser indikatorerne ud til at være påvirket af både sociodemografiske faktorer som f.eks. alder, men også i høj grad af de arbejdsvilkår, der udgør konteksten for sygefraværet (f.eks. 12-timers vagter vs. 8-timers vagter). En vigtig pointe fra dette studie er derfor, at indikatorerne ikke bør bruges uden at tage højde for de kontekstspecifikke måder, indikatorerne fungerer på for forskellige grupper: Det mest fremtrædende eksempel på dette er f.eks. sygefraværsprocenten, der forfordeler medarbejdere, der arbejder på færre dage i løbet af et år, men til gengæld har flere timer af gangen.

I artikel 2 (*Repeated Short-term Sickness Absence: A problem to be handled or a symptom to be prevented? A qualitative case study*) har vi fokus på lederes håndtering af gentaget korttidssygefravær i en af de store organisationer. Håndteringen af korttidssygefravær viste sig ofte baseret på en formel overvågning af medarbejdernes fraværsregistreringer snarere end på et organisatorisk forebyggende fokus på trivsel på arbejdspladsen. I denne artikel, baseret på interviewdata, fandt vi, at gentaget korttidssygefravær i vid udstrækning blev behandlet som et problem med fokus på den enkelte medarbejder, og at forebyggelse af sygefravær gennem forbedringer i arbejdsmiljøet, såsom etablering af tillidsfulde relationer mellem medarbejdere og ledere og trivsel på arbejdspladsen, var sjælden.

I artikel 3 (*Sickness absence practices – an under theorised concept in the context of absenteeism and presenteeism research*) dykker vi ned begrebet sygefraværspraksis'er, som vi finder er en velegnet måde at teoretisere omkring sygefravær på for at nuancere forståelsen af sygefravær som noget, der både består af en helbredsdimension, men som også bliver påvirket af en række kontekstuelle faktorer som f.eks. den arbejdspladskultur, det arbejdsmiljø og den måde ledere på en given arbejdsplads håndterer spørgsmål om fravær på. Vi argumenterer ligeledes for, at begrebet sygefraværspraksis er en mindre værdiladet måde at italesætte problematikker som dem, der nogle gange omtales som 'drypvist sygefravær'.

Projektet har også undersøgt betydningen af faktorer i arbejdsmiljøet med fokus på forskellige måder at opføre sig på. Resultaterne peger her på at faktorer, der også tidligere er belyst i forskning som

indflydelse på arbejdstid, forudsigelighed og f.eks. hvem man arbejder sammen med, har betydning for fraværet, men at styrken af associationerne også afhænger af, hvilke mål for fravær man anvender.

Medarbejdernes helbred betyder (ikke overraskende) meget for sygefraværet og medarbejdere med færre helbredsproblemer har en lavere risiko for at blive sygemeldt. Et mindre undersøgt område omhandler holdninger til fravær og, hvordan disse er associeret med sygefravær, hvor vores resultater fra organisation 1 peger på at mindre restriktive holdninger til sygefravær er forbundet med højere sygefravær fremadrettet især det korterevarende. På organisatorisk niveau viser projektet desuden, at oplevelsen af det psykosociale sikkerhedsklima har betydning for fraværet, og at der kan være et forebyggelsespotentiale i som organisation at signalere og handle på, at trivsel og forebyggelse af stress og sygefravær er højt prioriteret.

Den kvalitative undersøgelse i organisation 2 peger på, at arbejdet med at reducere et højt fravær og øge trivslen kan være en årelang proces, der kan bevæge sig i faser fra det restriktive og disciplinære, hvor sygefravær kan medføre forskellige konsekvenser eller afstraffelser, til den analyserende fase, hvor der især er fokus på årsager til fravær og organisationens mulighed for at tage hensyn til disse, til den tredje fase, hvor der åbnes op for en mere fleksibel tilgang med fokus på stabilisering og vedligeholdelse gennem vedvarende opfølgning og ledertræning. Herudover kan vi på baggrund af projektet konkludere, at organisationerne ikke anvender begrebet drypvist på den måde og under de forudsætninger, som projektet egentlig forudsatte. Det har således ikke været muligt at definere begrebet på en utvetydig måde. Begrebet defineres og afgrænses og operationaliseres på forskellige måder.

## 4. Indledning

### 4.1 Hvorfor blev projektet lavet?

Nærværende projekt blev igangsat som følge af en kontakt fra konsulenthuset CABI til forskerne i projektet. CABI havde et ønske om at få undersøgt problematikken om såkaldte 'drypvise' episoder af sygefravær. Tanken bag var, at denne type af sygefravær havde en anden karakter end det længerevarende fravær, som der igennem en længere årrække havde været fokus på – både fra politisk hold men også i danske virksomheders arbejdsmiljø- og HR-arbejde. Her havde man udviklet gode rutiner og strategier til at håndtere, når en medarbejder f.eks. blev sygemeldt med en alvorlig sygdom (f.eks. kræft) eller, når en medarbejder var gået ned med stress og derfor havde brug for en længere periode for at restituere. I modsætning til disse situationer var mange virksomheder ifølge CABI mere i vildrede, når de skulle håndtere de 'drypvise' episoder af sygefravær som i sagens natur var af kortere varighed og som ikke fulgte noget bestemt mønster. Udgangspunktet for projektet var således en erfaring fra de arbejdsmiljøprofessionelles virke, hvor der var en oplevelse af at komme til kort i situationer med disse drypvise episoder af fravær eller, hvor der manglede mere solid faglig grund til at kunne anbefale en bestemt måde at håndtere problematikken på.

### 4.2 Begrebet drypvis sygefravær

Der findes på nuværende tidspunkt ikke en klar definition på drypvis sygefravær. I gennemgangen af den videnskabelige litteratur er vi ikke rigtigt på stødt på termen 'drypvis sygefravær'. En almindelig google søgning medfører kun 875 hits på 'drypvis sygefravær' (på engelsk eksempelvis 'drip by drip sickness absence') og der er næsten eksklusivt tale om referencer til indsatser eller sygefraværspolitikker i kommuner, virksomheder eller lignende. Hvis vi søger i Web of Science, PubMed eller lignende databaser, der indekserer den væsentligste forskning i sygefravær, så står begrebet tilsyneladende alene registreret i én international artikel, som omhandler danske forhold (1). Der er med andre ord tale om et begreb, som med stor sandsynlighed primært anvendes i en dansk kontekst.

Dette kan skyldes, at den danske kontekst er unik, hvilket på mange måder kan være tilfældet, når det handler om håndteringen af sygefravær. Det kan være vanskeligt at overføre forholdene i ikke-nordiske lande til en dansk kontekst, eftersom lovgivningen for sygefravær er forskellig. Udfordringen er, at det bliver ganske tvetydigt, hvad sådanne 'drypvise' fraværsepisoder refererer til, hvilket er én af grundene til at vi anbefaler at bruge andre begreber til at italesætte korterevarende fraværsepisoder.

#### 4.2.1 Generelle udfordringer med operationalisering af mål for sygefravær

Som vi beskriver i artikel 1, er der en generel problematik i sygefraværsforskningen, der handler om, hvordan man skal måle sygefravær. Eksempel kan der være stor forskel på, hvordan forskellige studier betragter en fraværsepisode som udtryk for hhv. kort eller langt sygefravær. Der var eksempelvis i en årrække en lovgivning i en dansk kontekst, der pålagde virksomheder at betale for episoder af sygefravær under 14 dages varighed. I denne periode var det ofte kutyme at definere langvarigt sygefravær som fraværsepisoder, der varede mere end 14 dage. I takt med at lovgivningen har ændret sig, og virksomhederne nu skal betale for episoder op til en måneds varighed har definitionen på langvarigt sygefravær også ændret sig i mange studier. Dermed er definitionerne af kort og langt sygefravær ofte koblet til lovgivning og rettigheder, end til aspekter ved sygefraværet som fænomen, der begrunder netop disse afgrænsninger. Den samme observation kan man gøre sig ift. den internationale litteratur om 'langvarigt' sygefravær. I visse artikler er det f.eks. defineret som episoder, der varer mere end 7 dage. Der er med andre ord ingen konsensus, om hvornår sygefravær

bør betragtes som kortere eller længerevarende. Det er derfor nærliggende at konkludere, at definitionerne i mange tilfælde hænger sammen med hvilke data, der er tilgængelige og den til enhver tid gældende lovgivning end til substantielle forskelle i sygefraværsfænomenets essens (2)

#### 4.2.2 Gentaget kortvarigt sygefravær, sygefraværspraksisser og sygenærvær

For at undersøge om eksisterende international forskning kan belyse den type sygefravær, der er sammenligneligt med det, der i en dansk kontekst nogle gange bliver italesat som 'drypvist sygefravær' foretog vi yderligere litteratursøgninger. Vi søgte f.eks. på 'repeated short term sick leave' (på dansk 'gentaget kortvarigt sygefravær'), som med ca. 40 hits er den term, der er den mest anvendte betegnelse i den videnskabelige litteratur, og den der bedst kan sammenlignes med 'drypvist sygefravær'. Begrebet bærer dog præg af - ligesom de øvrige sygefraværsbegreber - at der ikke eksisterer nogen præcise og entydige definitioner af det. I den mest citerede artikel, der bruger termen, defineres det som svarende til, at deltageren i studiet er syg mere end 3 gange inden for et år med episoder, der maksimalt varer 7 dage. Dog medgiver forskerne, at deres definition af 'repeated short term sick leave' er arbitrær og primært er valgt for at opnå en fornuftig statistisk styrke i analyserne og en tilstrækkelig kontrast mellem dem, der er eksponeret og de ikke-eksponerede (3). Denne argumentation understøtter med andre ord ovenstående observation omkring begrebsliggørelsen og teoretiseringen af forskellige typer fravær.

På trods af de definatoriske udfordringer har vi én af vores videnskabelige artikler valgt at bruge termen 'repeated short term sick-leave' (på dansk "gentaget kortvarigt sygefravær"). Det er denne term der kommer tættest på begrebet om det 'drypvise sygefravær', hvilket i korte træk kan beskrives som sygefravær, hvor den samme person har hyppige gentagne korte episoder med sygefravær over en begrænset periode (f.eks. 6 mdr. eller 1 år) (4, 5). Vi har dog også valgt at benytte terminologien *sickness absence practices* (på dansk: sygefraværspraksisser) for at lægge vægt på de kontekstuelle faktorer, der indgår i beslutninger om at tage sygefravær eller andre typer af fravær. Denne terminologi fremhæver, at sygefravær grundlæggende kan anskues som en socialt konstrueret praksis, der udspringer af den historik og kultur, der findes lokale i forskellige organisationer eller samfund. Når denne terminologi anvendes forstås sygefravær som en praksis, der både er styret af det enkelte individs helbredsstatus, men også er stærkt påvirket af regler og normer i den kontekst individet tager sygefravær i (6). Derfor knytter begrebet *sygenærvær*, dvs. at man går syg på arbejde (7) sig også tæt til denne måde at begrebsliggøre sygefravær på. I de senere år har man fået større fokus på den mulige relation mellem sygefravær og sygenærvær. Et hyppigt gentagende mønster af korterevarende sygefravær kan i virkeligheden være et udtryk for sygenærvær, idet den syge medarbejder forsøger at komme på arbejde i det omfang det kan lade sig gøre pga. loyalitet eller risiko for at miste arbejdet. Derfor er det relevant at undersøge korte episoder af sygefravær i sammenhæng med sygenærvær (8). Det kan derfor være en vigtig pointe at 'drypvist sygefravær' ikke nødvendigvis skal håndteres ved at reducere fraværet. I nogle tilfælde kan det være mere hensigtsmæssigt at håndtere det enten ved at forlænge sygefraværet, så medarbejderen får en sammenhængende restitutionsperiode og har mulighed for at komme sig helt (f.eks. i forbindelse med infektioner) eller ved en delvis sygemelding (f.eks. i forbindelse med en stressbelastning). Denne type håndtering kan både være til gavn for den enkelte medarbejder, men også ift. kolleger, der kan få en afklaring på, hvad de skal overtage og hvor længe, så de kan få en større grad af forudsigelighed i arbejdet.

#### 4.2.3 Årsager til gentaget kortvarigt sygefravær

Gentaget kortvarigt sygefravær kan skyldes en lang række faktorer herunder helbredsmæssige forhold, arbejdsmiljøforhold og relaterede reaktioner som stress eller mistrivsel, men også

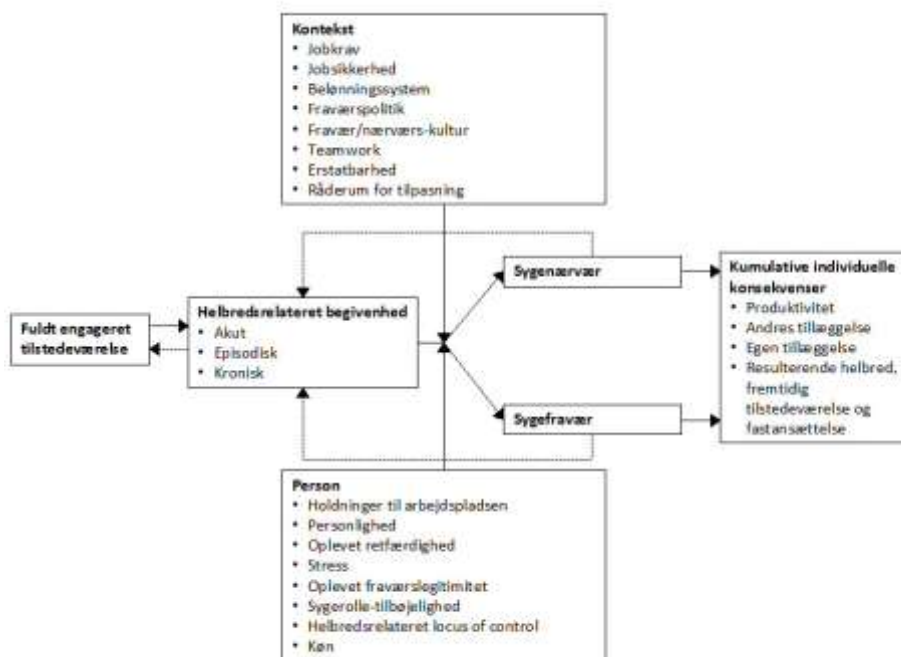


bevægeapparatssmerter kan give anledning til fravær. Generelt har personer, der rapporterer et dårligt psykosocialt arbejdsmiljø, et højere sygefravær end de, der oplever et godt psykosocialt arbejdsmiljø både, når det drejer sig om kort og langt sygefravær (9), og det er derfor rimeligt at antage at stress og symptomer på psykisk mistrivsel spiller en væsentlig rolle også for det gentagne kortvarige sygefravær. Gentagne episoder med kortvarigt sygefravær er også blevet forbundet med høje jobkrav og lave jobressourcer (10, 11). Især er det blevet konstateret, at lav støtte fra ledelsen fungerer som en vigtig determinant for det gentagne kortvarige sygefravær (11).

Men eksisterende litteratur fremhæver også, at kortvarigt sygefravær kan være en måde at håndtere belastninger i arbejdsmiljøet på, da man ved kortere fravær får tid til at restituere. Dermed benyttes det kortvarige sygefravær 'strategisk' til at komme ovenpå, og for at få ny energi, og fungerer dermed som håndteringsstrategi i forhold til at klare et belastende job eller psykosocialt arbejdsmiljø. Det er således endnu et eksempel på, hvordan sygefravær kan praktiseres på forskellige måder i forskellige kontekster. Oplevelsen af dårlig ledelse, et misforhold mellem krav og belønninger på jobbet eller manglende social støtte fra kollegaer kunne således føre til hyppigere brug af sygefravær i situationer, hvor man ikke er klinisk syg, men alligevel har brug for at koble af fra belastningerne i arbejdsmiljøet for at kunne opretholde sin arbejdssevne på længere sigt (12).

Det er nærliggende at tænke denne strategiske brug af fravær sammen med begrebet om sygefraværspraksisser. Flere forskere taler derfor også om denne strategi ud fra et kulturelt perspektiv, hvor de ser på, hvordan kulturelle faktorer og processer i organisationen eller på enkelte afdelinger spiller en rolle for sygefraværsmønstre og konceptualiserer dette gennem begrebet 'sygefraværskultur' eller 'sygenærverskultur' (7, 13). Er der f.eks. en sygefraværskultur, hvor det anses for legitimt at "tage sig en sygedag" oven på en hård arbejdsdag eller periode? Hvis dette er bredt accepteret som en praksis til håndtering af et hårdt arbejdspress, vil dette måske fremstå som mønstre af 'drypvist sygefravær' på forskellige arbejdspladser. At kulturelle praksisser på en arbejdsplads kan have betydning for håndtering af arbejdspress viser også et dansk studie, der peger på, at kulturen kan være afgørende i forhold til den måde, hvorpå medarbejdere vurderer og håndterer krav på arbejdspladsen (14). Her blev der fundet klare faggrufforskelle i måder at vurdere og håndtere arbejdspress på i forhold til arbejdsmiljøet (15).

Som det fremgår af ovenstående, er sygefravær et komplekst fænomen, der involverer både individuelle og kontekstuelle faktorer og mekanismer. Mange centrale aspekter er illustreret i Figur 1, som er en teoretisk model udviklet af psykologen Gary Johns (7). Modellen danner sammen med begrebet om sygefraværspraksisser baggrunden for vores teoretiske forståelse og illustrerer, hvordan både sygefravær og sygenærvers relateres til kontekstuelle (herunder arbejdsmiljø-faktorer som kvantitative krav eller politikker om belønning eller regler for fravær men også lokal kultur og praksis omkring fraværet), såvel som individuelle faktorer (herunder f.eks. personlighed og den subjektive oplevelse af belastning/stress i arbejdet), og de kumulative konsekvenser, det kan få f.eks. i forhold til helbred og produktion.



**Figur 1.** Teoretisk model over årsager og relation ml sygefravær og sygenærvær (Johns (7))

Fælles for de fleste undersøgelser inden for dette område er, at de arbejdsmiljøårsager, der identificeres, primært er relateret til langvarigt sygefravær (9) og ofte analyseres kun nogle få faktorer med fokus på kortvarigt eller gentagne kortsigtet sygefravær. Det indebærer også at det primært er den sundhedsdimensionen i sygefraværet som der fokuseres på, selvom de kontekstuelle faktorer jf. både diskussionen af sygefraværspraksisbegrebet samt Johns model ovenfor også spiller en væsentlig rolle for beslutninger om at tage fravær.

### 4.3 Organisatoriske udfordringer ved gentaget kortvarigt sygefravær

Regelmæssig og punktlig tilstedeværelse ses som en forudsætning for en organisations evne til at "producere" efter planen (16). Sygefravær betragtes altså ofte som en omkostning for virksomhederne og samfundet, og som følge heraf er ledelsesstrategier, programmer og initiativer til at reducere sygefravær en fast del af organisationspolitikkerne i offentlige såvel som private organisationer. På den måde glemmer man at loven om sygedagpenge blev vedtaget fordi en stor del af medarbejderne på især det private arbejdsmarked på daværende tidspunkt (før 1970'erne) ikke havde råd til at prioritere deres sundhed heller ikke i tilfælde af mere alvorlig sygdom, hvilket generelt var u hensigtsmæssigt for folkesundheden og også skabte en stor ulighed ift velfærdsrettigheder forskellige borgere i landet havde (17). En stor del af disse politikker omfatter indsatser vedrørende medarbejdernes tilbagevenden til arbejdet (RTW) og fokuserer primært på det langvarige sygefravær (18). I Danmark har organisationer også haft fokus på at udvikle politikker til håndtering af langtidssygefravær, men faktisk udgør kortvarigt sygefravær på under otte dage næsten halvdelen af sygefraværet blandt lønmodtagere i Danmark, hvoraf fravær på 1-2 dage udgør ca. halvdelen (9).

I en dansk kontekst har det gentagne kortvarige sygefravær stor økonomisk betydning, fordi virksomhederne i Danmark (som nævnt ovenfor) selv skal betale for korte episoder af sygefravær, mens de, afhængigt af den gældende lovgivning, får kompensation fra staten for fraværsepisoder over 30 dage. Herudover er gentaget kortvarigt sygefravær forbundet med en øget risiko for langtidssygemeldinger (5, 19) og arbejdsløshed (20). Eakin & MacEachen (4) peger på, at hyppigt sygefravær har negative konsekvenser såsom forstyrrende arbejdstider, påvirkninger af de sociale relationer på arbejdspladsen og øget mistillid og bebrejdelse blandt kolleger. Organisationer og lederne kan således potentielt stå tilbage med betydelige logistiske konsekvenser i form af vanskeligheder med at planlægge de arbejdsopgaver, der skal ligge og vente under sygefraværet eller skal overdrages til kolleger; kolleger, der således rammes af uforudsigelige ekstra arbejdsbyrder. Dette er formentlig også særligt aktuelt, når den sygemeldte varetager opgaver med specialiserede kompetencer.

Da arbejdspladserne oplever de umiddelbare konsekvenser af det gentagne kortvarige sygefravær og af sygefravær generelt (kort og langt) og bærer ansvaret for sygedagpenge (og løn under sygdom) i forbindelse med kortvarigt sygefravær kan det ofte give anledning til ledelsesmæssig interesse i at kontrollere/reducere fraværet (21). Dette har ført til en række forskellige initiativer, der sigter mod at reducere fravær. Taylor (16) har peget på to tilgange inden for fraværstyring på arbejdspladsen. For det første fremhæver han den formelle overvågning af medarbejdernes fraværregistreringer, som han hævder giver et pseudovidenskabeligt grundlag for ledernes analyse og måde at håndtere fravær på (16). For det andet nævner han, at brugen af formulerede politikker og nøje foreskrevne procedurer blevet en del af fraværstyringen i forhold til tidligere uformel praksis. De politikker, der udarbejdes, pålægger typisk medarbejderne at holde ledelsen regelmæssigt informeret om fravær, og at lederne skal gennemføre hyppige samtaler om tilbagevenden til arbejdet (16).

Den formelle monitorering af sygefraværet er typisk organiseret omkring månedlige, kvartalsvise og årlige statistikker med scoringer, der identificerer fraværsløsende punkter. Bradford-faktoren er et eksempel på denne form for formel monitorering af fravær, der nogle gange anvendes. Bradford-faktoren giver lederne statistikker om mønstre eller karakteren af medarbejdernes kortvarige fravær. På dette grundlag kan lederne forsøge at vurdere omkostninger og tabte arbejdsdage og iværksætte forskellige disciplinære foranstaltninger.

I de organisationer, hvor Bradford-faktoren benyttes, følges den ofte op af en bestemt række kontakter, som arbejdsgiveren er forpligtet til at indlede med medarbejderen (det kan være på dag 1-4-14 under sygefraværet). Ved gentaget fravær, kan dette efterfølgende følges op med trivselssamtaler eller sygefraværssamtaler.

Forskere har påpeget de potentielt utilsigtede konsekvenser af denne måde at udføre fraværstyring på (16, 22, 23). Cunningham et al. (24) problematiserer sundheds- og disciplinærpolitikkerne, som kæder sygefravær sammen med disciplinering, fordi det øger spændingerne og de problematiske relationer mellem ledelse og personale. Desuden viste deres undersøgelse også, at ledernes overvågning af fraværet havde en skadelig indvirkning på medarbejdernes sygefravær, fordi det førte til arbejdsrelateret stress. Perrett & Martinez (25) har argumenteret for, at brugen af Bradford-faktoren har en tendens til at delegitimere kortsigtet sygefravær, og de problematiserer også det forhold, at disciplinære foranstaltninger er baseret på ikke-videnskabelige målinger (25). Det ser således ud til, at anvendelsen af denne form for fraværspolitik har en tendens til at fokusere på individuelle aspekter af sygefravær (den syge eller fraværende medarbejder) og på at få medarbejderen tilbage frem for på de organisatoriske aspekter og på hvordan man kan forbedre det arbejdsmiljø medarbejderen befinder

sig, og som kan have bidraget til fravær (16). Lignende observationer kommer også til udtryk i resultaterne fra vores kvalitative undersøgelser i de to organisationer (se en uddybning af dette i resultatafsnittene nedenfor)

**Sammenfattende** kan man sige, at vi mangler viden om omfanget af, forklaringer og processer omkring det gentagne kortvarige sygefravær, ligesom vi mangler viden om, hvordan det i dag håndteres i danske organisationer og hvad ledere evt. kan gøre/have brug for at håndtere det hensigtsmæssigt. Der mangler herudover viden om de forskellige typer af kort gentagende sygefravær og hvordan disse relaterer sig til sygenærvær. Øget viden er en forudsætning for at forstå og arbejde med fraværet samt for at kunne klæde ledelser på til, hvordan de hensigtsmæssigt kan håndtere det.

Sygefraværet i Danmark har været overraskende stabilt over de seneste 20 år (9), og i tidligere sammenligninger med andre lande ligger niveauet af fravær ikke specielt højt (26). Vi vurderer derfor ikke, at det er sandsynligt, at det generelle niveau af sygefravær kan påvirkes, men i det omfang, at bestemte sygefraværspraksisser eller mønstre af drypvis/gentaget kort sygefravær er påvirket af bestemte arbejdsmiljøfaktorer, vil de være relevante at forholde sig til både på et organisatorisk, men også et samfundsmæssigt niveau.

## 5. Projektets formål

Det overordnede formål med nærværende projekt er således at afdække forskellige typer/mønstre af det drypvise sygefravær/gentagne kortvarige episoder med sygefravær samt at undersøge, hvordan medarbejdere og ledere forstår sygefraværet og hvordan det håndteres i 2 store danske organisationer.

Desuden er det projektets formål at undersøge, hvad virkshederne mangler af viden omkring håndtering af fænomenet og på baggrund af projektets samlede analyser at udvikle et uddannelsesmodul til ledere. Projektet indebærer:

1. En afdækning af drypvis sygefravær i hver organisation samt en identificering af forskellige mønstre af sygefravær.
2. En afdækning af forskellige forklaringer og mekanismer i forhold til drypvis sygefravær, fx betydningen af det psykosociale arbejdsmiljø og kulturelle processer blandt medarbejdere.
3. En afdækning af forskellige ledelsesmæssige/organisatoriske håndteringsstrategier i forhold til drypvis sygefravær, og hvad der er behov for mere viden om.
4. Udvikling af et undervisningsmodul/materiale med guidelines til definition, registrering og håndtering af drypvis sygefravær.

## **6. Materiale og metode**

### **6.1 Undersøgelsespopulation**

Undersøgelsespopulationen i nærværende projekt er ledere og medarbejdere i to store organisationer (benævnt henholdsvis organisation 1 og 2). Organisation 1 er en stor offentlig organisation med medarbejdere og en række arbejdssteder flere steder i landet. Organisation 2 er en større privat produktionsvirksomhed, der deltog med en af organisationens fabrikker med ca. 800 medarbejdere.

#### **6.1.1 Organisation 1: en stor offentlig organisation**

Den første case er en stor offentlig organisation med i alt ca. 5000 ansatte med arbejdssteder fordelt på forskellige placeringer. En stor del af medarbejderne er frontlinjemedarbejdere. Andre typer medarbejdere er HR-konsulenter, økonomimedarbejdere, lærere, socialrådgivere, administrativt personale. Afdelingerne har forskellig "størrelse" afhængig af antal medarbejdere. "Små" afdelinger med 10-12 medarbejdere og store afdelinger med ca. 60 medarbejdere.

Cheferne på forskellige hovedplaceringer har adgang til en stabsfunktion, hvor der bl.a. sidder en HR afdeling, der servicerer ledere i spørgsmål omkring f.eks. sygefravær. TR, institutionstillidsrepræsentant (fælles TR) er med som bisiddere i de fleste formelle samtaler, f.eks. sygefraværssamtaler

#### **6.1.2 Organisation 2: en produktionsvirksomhed**

Den anden case er en større produktionsvirksomhed. Koncernen har produktionsfaciliteter flere steder i Danmark, hvor én af faciliteterne deltog i projektet. De medarbejdere, der deltog i interviews, er henholdsvis ansat som timelønnede i produktionen og funktionærer (se tabel 1 over deltagere i interviews). De timelønnede arbejder i faste dag- og aften/nat hold, der arbejder "modsat" af hinanden 6 – 18 og 18 – 6, 12 timer ad gangen, (4 holds skift), 144 timer over 2 x 2 uger, hvor de den ene uge arbejder fra mandag til tirsdag, og fra fredag til lørdag, og hvor de den anden uge arbejder fra onsdag til torsdag. Der arbejdes i mindre teams/grupper

I Organisation 2 er mange af de timelønnede ufaglærte medarbejdere, der bliver specialarbejdere over tid. Der går over 6 mdr. med oplæring, før man kan arbejde selvstændigt. Derudover har organisationen været med til at udvikle en operatøruddannelse sammen med erhvervsskolerne, hvilket betyder, at en del af deres ufaglærte medarbejdere bliver ansat som voksenlærlinge.

Grubeleder har personaleansvar for ca. 30 medarbejdere, og de arbejder oftest i hold af to grubeledere sammen med ansvar for ca. 60 medarbejdere i alt. Grubeledere? og teamledere rekrutteres typisk fra gruppen af timelønnede, men nogle grubeledere rekrutteres udefra. Virksomheden er følsom over for markedskonjunkturer, og derfor er det at søge job men også blive fyret fra det, noget der tales om.

### **6.2 Indsamling af data**

#### **6.2.1 Administrative data**

Forinden udsendelse af spørgeskemaer i begge organisationer modtog forskerne administrativt indsamlede data med sygefravær og andre typer fravær på alle ansatte. I begge organisationer blev data fra 3 år tilbage før undersøgelsens start og 1 år efter spørgeskemaudsendelsen udleveret således at det var muligt at gennemføre prospektive analyser af sammenhængen mellem arbejdsmiljø og sygefravær.

### 6.2.2 Spørgeskema og interviewdata

I november og december 2019 modtog alle ansatte i organisation 1 et spørgeskema via e-boks. Spørgsmålene handlede om arbejdsmiljø, sygefraværs- og sygenærværskultur samt trivsel. Der var i spørgeskemaet fritekstfelter med mulighed for, at deltagerne kunne tilføje kommentarer omkring sygefravær. For deltagere med ledelsesansvar var der mulighed for at kommentere på, hvilke udfordringer de oplevede i forhold til at håndtere sygefravær. Sammen med de øvrige spørgeskemadata og sygefraværdata har fritekst kommentarerne dannet udgangspunkt for udvælgelse af afdelinger for gennemførelse af interviews, der fandt sted i forsommeren 2020. En tilsvarende proces fandt sted i organisation 2 fra december 2020 til november 2021. I figur 2 ses en oversigt over indsamling af spørgeskema og interviewdata.

**Figur 2.** Oversigt over indsamling af spørgeskema og interviewdata i de to organisationer

Indsamling af spørgeskema og interviewdata	2019	2020	2021
<b>Den offentlige organisation</b>			
Spørgeskema i offentlig organisation			
Indsamling af interviewdata			
<b>Den private organisation</b>			
Spørgeskema i privat organisation			
Indsamling af interviewdata			

### 6.2.3 Udvalgelse af deltagere til interviews

Rekrutteringen til interviewundersøgelser blev hjulpet af kontaktpersoner i organisationernes respektive centrale HR-afdelinger. I begge organisationer identificerede vi relevante afdelinger ved hjælp af en indledende deskriptiv analyse af spørgeskemadataene. Ud fra dette kunne vi identificere afdelinger med forskellige niveauer i forhold til det gennemsnitlige antal kortvarige episoder af sygefravær pr. medarbejder og i forhold til spørgeskemabesvarelser herunder temaer som sygefraværskultur, stressniveau, balance mellem arbejdsliv og privatliv, arbejdsglæde, bekymringer om konsekvenser af politiske eller organisatoriske beslutninger for personens job, behov for at skjule følelser, følelsesmæssige krav og tidspres. Der blev også identificeret relevante afdelinger til interviews for at afspejle variationer i forhold til arbejdspladsplacering (organisation 1) og variationer i typer af afdelinger (organisation 1 & 2). Nogle afdelinger fra organisation 1 kunne ikke komme i betragtning til interviews på grund af tidspres eller andre udfordringer.

Både i organisation 1 og 2 blev individuelle deltagere rekrutteret i afdelingerne gennem vores kontaktperson, da vi ikke kunne besøge afdelingerne på grund af Covid19-pandemien. I hver afdeling blev leder(e), fagforeningsrepræsentant og 1-2 medarbejdere samt evt. en tillidsrepræsentant af vores kontaktperson bedt om at deltage i individuelle interviews. Det blev meddelt dem, at formålet med interviewene var, at forskergruppen skulle få en forståelse af de forskellige medarbejders og ledes erfaringer og praksis i forbindelse med sygefravær blandt medarbejderne. Det blev understreget, at interviewpersonerne blev bedt om at deltage, ikke fordi de selv havde et bestemt mønster af sygefravær, men fordi deres afdeling scorede højt eller lavt på arbejdsmiljøskalaerne eller sygefravær, eller fordi respondenterne fra enheden havde angivet problemer med arbejdsmiljøet i åbne kommentarer i spørgeskemaerne.

#### 6.2.4 Interviewguides

Forfatterne udarbejdede tilpassede interviewguides til hver organisation efter den indledende analyse af spørgeskemadataene. De temaer, der blev dækket, var: opfattelser af og forklaringer på sygefravær, ledelses- og organisationsstrategier til håndtering af sygefravær med fokus på det kortvarige gentagne sygefravær, arbejdsmiljøets rolle i forbindelse med sygefravær og sygenærvær, kulturelle aspekter af sygefravær, fornemmelse af ressourcer til håndtering af sygefravær. De interviewede blev også bedt om at reflektere over nogle af de åbne svar i spørgeskemaet.

#### 6.2.5 Oversigt over interviewdeltagere

På grund af Covid19-pandemien og en national lock-down på tidspunktet for interviewene i organisation 1, var det ikke muligt for forskerne og interviewpersonerne at mødes til interviewet, som oprindeligt planlagt. I første omgang forsøgte vi at gennemføre interviewene virtuelt for at bevare en vis følsomhed for ansigt-til-ansigt-samtaler, men på grund af ustabile forbindelser, besluttede vi kun at bruge telefon. I organisation 2 blev interviewene dog gennemført ved fysiske møder hos virksomheden. Tabel 1 og 2 giver et overblik over interviewdeltagere fra de to organisationer

**Tabel 1.** Oversigt over interviewdeltagere fra organisation 1 (en stor offentlig organisation)

<b>Informanter (N=29)</b>	
<b>Medarbejdere</b>	<b>Ledere</b>
9 frontlinjemedarbejdere	10 mellemledere
7 HR konsulenter	3 ledere fra øvre ledelseslag

**Tabel 2:** Oversigt over interviewdeltagere fra organisation 2 (en produktionsvirksomhed)

<b>Informanter (N=11)</b>	
<b>Medarbejdere</b>	<b>Ledere</b>
3 tillidsrepræsentanter	* mellemledere/gruppeleder
* HR konsulenter	-
4 timelønnede	-

\*Dækker over små tal.

### 6.3 Analyser af data fra organisation 1

Kvantitative analyser af data fra de to organisationer beskrives nedenfor for henholdsvis organisation 1 og 2. Analysetilgangen er forskellig for de to organisationer, dels fordi populationsstørrelsen og antal personer, der er interviewet, varierer betydeligt. Men også fordi, der har været stor forskel på, hvilke typer af administrative data, det var muligt at rekvirere fra de to organisationer.

#### 6.3.1 Kvantitative analyser

De kvantitative analyser fra organisation 1 er dels lavet på den samlede population af i alt 4799 ansatte, som vi fik adgang til for perioden oktober 2017 til maj 2022. Denne del af analysen baserer sig alene på stamoplysninger, som organisationen selv har adgang til og ville kunne replicere.

Analysens væsentligste del baserer sig dog på indhentede oplysninger (N = ca. 2400) om de ansattes arbejdsmiljø, helbred og holdninger til fravær og en gennemgang af, hvordan disse faktorer er associeret med forskellige typer af sygefravær, når der analyseres på episoder, der er registreret efter de har besvaret spørgeskemaet. Eftersom Covid-19 spillede en væsentlig rolle i studieperioden er én af analysestrategierne overlevelsesanalyser, der alene analyserer fraværsepisoder, der falder i perioden fra spørgeskemaet er besvaret (ca. 1. november 2019) og frem til 1. marts 2020. Dette sikrer, at vi har én af analyserne, som er baseret på fraværsoplysninger, som ikke er påvirket af pandemien. Det generelle billede af analyserne er dog, at der ikke er meget modsatrettede resultater, hvorfor vi er fortrøstningsfulde ift. udsigelseskraften på de analyser, som indeholder fraværsepisoder både før og under Covid-19 pandemien.

### 6.3.2. Kvalitative analyser

Alle interviews fra organisation 1 blev transskriberet ordret til ca. 420 siders interviewudskrifter. Forskerne læste i første omgang 5 interviews, kodede dem induktivt og diskuterede og justerede koderne, når de afveg fra hinanden (intercoderkonsistens) (27). Dernæst definerede vi et sæt koder baseret på de teoretiske antagelser om sammenhængen mellem arbejdsmiljøfaktorer og ledelse i relation til det gentagne kortvarige sygefravær. Alle interviews blev derefter kodet og analyseret (se artikel 2).

Teoretisk er den kvalitative analyse informeret af organisatorisk neo-institutionalisme, og især begreberne "rationelle myter" og "afkobling" (28). Begreberne har forklaringskraft i forhold til at belyse forholdet mellem de individuelle aspekter af sygefraværet og organisationernes politikker, og de intentioner og ønsker, der er til ledelse af sygefravær. Inden for organisatorisk neo-institutionalisme betragtes institutionelle regler, normer og strukturer (såsom sygefraværspolitikker) som kulturelt konstruerede, og organisationer som grundlæggende formet af kulturelle forventninger. Rationelle myter, beskrives som de kulturelle forventninger, der informerer og foreskriver, hvilke strukturer, praksisser og adfærd, der anses for at være passende i en bestemt kontekst. Således kan etablerede politikker være udtryk for disse rationelle myter, og dermed udtryk for det, der er ønskværdigt eller passende, men som samtidigt kan være (og ofte er) afkoblet fra en organisations kerneaktiviteter og dermed potentielt er uforenelige med eksisterende rutiner eller andre eksisterende politikker (28).

Begrebet afkobling blev anvendt til at undersøge, hvordan de rationelle myter påvirker og strukturerer den måde, hvorpå det gentagne kortvarige sygefravær struktureres og italesættes gennem moralske vurderinger (29) i organisationen, og hvordan alternative praksisser til håndtering og forebyggelse af sygefravær forbliver usynlige og uden institutionel støtte.

## 6.4. Analyser af data fra organisation 2

Nedenfor beskrives analysestrategien for organisation 2. Her var det muligt at gennemføre de planlagte sekvensanalyser. Henset til organisationens størrelse blev der foretaget færre interviews i denne organisation

### 6.4.1. Kvantitative analyser af sekvenser af tilstedeværelse og fravær

De primære analyser af organisation 2 baserer sig på administrative data med oplysninger om medarbejdernes episoder af fravær samt detaljer om deres daglige arbejdstider for perioden 1. oktober 2017 til og med 31. december 2021. Data fra forskellige virksomhedsregistre blev sammenkoblet, hvilket muliggjorde konstruktionen af sekvenser af tilstedeværelse på arbejdet og dage med fravær af forskellige typer gennem hele perioden. I alt blev der udtrukket data om 1269 medarbejdere, hvoraf



størstedelen (94%) var produktionsmedarbejdere med fysisk manuelt arbejde. De ca. 1000 unikke sekvenser for hvert kalender år i perioden 2018 til 2021 blev klassificeret ved hjælp af klyngeanalyser med henblik på at identificere grupper af ansatte, hvis mønstre af tilstedeværelse og fravær var mest ens. Dette resulterede i forskellige antal klynger som dannede udgangspunkt for en analyse af 11 forskellige fraværsindikatorer, og hvordan disse indikatorer var forbundet med de forskellige klynger af ansatte. I en række analyser anvendte vi også de indsamlede spørgeskemadata til at beskrive klyngerne af ansatte baseret på analyser af sekvenser i 2021, dvs. perioden efter deltagerne havde svaret på spørgeskemaet.

#### 6.4.2 Kvalitative analyser

Analysen af de 11 kvalitative interviews fra organisation 2 er gennemført via gennemlæsning af alt materiale, samt induktiv og deduktiv kodning, inspireret af analysen i Organisation 1. Den induktive kodning af materialet gennemførtes med fokus på særlige forhold i organisationen. Dernæst blev der, ud fra projektets overordnede formål om at belyse håndteringsstrategier, valgt at fokusere på følgende temaer: Sygefravær/ sygefraværspolitik, Redskaber til håndtering af sygefravær, Drypvist sygefravær, Generel forebyggelse, ledelsestræning, kultur. Metoden har dermed forankret analysen deduktivt i den allerede eksisterende viden, men også for induktivt at åbne materialet for alternative kategorier, der fremkom af materialet.

### 6.5 Etiske overvejelser

Projektet er godkendt af Datatilsynet (#1-16-02-314-19), som er en uafhængig myndighed, der fører tilsyn med, at forskningen overholder regler om beskyttelse af personoplysninger. I henhold til dansk lov (Lov om forskningsetisk gennemgang af sundhedsforskningsprojekter) tilgængelig på: [www.nvk.dk/english/act-on-research](http://www.nvk.dk/english/act-on-research), kræver spørgeskema- og registerbaserede undersøgelser hverken godkendelse af etiske eller videnskabelige komitéer eller skriftligt informeret samtykke. Deltagerne gav dog informeret samtykke til deltagelse ved at sætte kryds i et felt i spørgeskemaet efter at være blevet informeret om projektets formål, og hvordan svarene kunne slettes, hvis de ønskede det.

## 7. Resultater

I de følgende afsnit præsenteres først kvantitative og kvalitative resultater fra organisation 1 og dernæst organisation 2.

### 7.1 Resultater fra kvantitative analyser af data fra organisation 1

I denne del præsenteres de kvantitative analyser fra organisation 1. Analyserne belyser en række sammenhænge mellem arbejdsmiljø og forskellige typer af fraværsperioder. Oprindeligt var det planen, at der skulle udarbejdes sekvensanalyser for både organisation 1 og 2, men da det viste sig umuligt at få adgang til informationerne om de ansattes arbejdstider og -dage så forfølger vi her en mere almindelig analytisk strategi gennem analyser, der gør brug af forskellige måder at operationalisere sygefravær på herunder overlevelsesanalyser, hvor udfaldet er tid til første sygemelding. En væsentlig præmis for projektet og idéen om drypvis sygefravær er, at sygefravær ikke bare er en reaktion der følger automatisk af en ansats helbredstilstand, men at der i stedet er tale om en praksis, hvortil der ofte knytter sig bestemte begrundelser og overvejelser der naturligvis afhænger af helbredstilstanden, men som i høj grad også er influeret af personens arbejdsmiljø og den kontekst hvori fraværet finder sted.

De kommende analyser er således med udgangspunkt i organisation 1 især rettet mod at besvare **formål 1**, dvs. at afdække drypvis sygefravær samt en identificering af forskellige mønstre af drypvis sygefravær samt **2)** afdække forskellige forklaringer og mekanismer i forhold til drypvis sygefravær, f.eks. betydningen af det psykosociale arbejdsmiljø og kulturelle processer blandt medarbejdere. Vi har valgt at bygge analyserne tematisk op, da det linker til en række tematikker, hvoraf nogle også bliver berørt i den kvalitative del af undersøgelsen. De tematikker, der præsenteres i nedenstående udspringer bl.a. af den tidligere præsenterede model af Johns (2010) og omhandler både kontekstuelle faktorer (arbejdstid, social støtte fra ledelse og kolleger, følelsesmæssige belastninger og negative hændelser og jobusikkerhed) og personlige faktorer (helbred, sygenærvær og holdninger til sygefravær), der kan spille ind på sygefraværet. Vi starter således med en analyse, der alene trækker på stamoplysningerne. Vi finder det væsentligt at præsentere denne del af analysen også, eftersom det er den, som organisationen uden videre selv ville kunne replicere og lade indgå i deres arbejdsmiljøarbejde og deres arbejde med at håndtere sygefravær på en hensigtsmæssig måde.

#### 7.1.1 Analyser af sociodemografiske stamoplysninger og fravær

I tabel 1 nedenfor har vi opgjort sygefraværet på en række forskellige måder på tværs af nogle væsentlige sociodemografiske stamoplysninger, som i forvejen bliver brugt når organisationen selv opgør sygefraværet med henblik på at identificere enheder, der er forskellige fra hinanden når det kommer til sygefraværet. Følgende diskussionen hos Hensing og kollegaer (30) samt resultaterne fra artikel 1 er vi opmærksomme på, at forskellige måder at opgøre sygefravær på fokuserer på forskellige aspekter af fænomenet. Det indebærer også, at vi ikke nødvendigvis kan forvente, at associationen mellem de sociodemografiske stamoplysninger og sygefravær er af den samme størrelsesorden. F.eks. vil vi forvente, at der er en større helbredskomponent i fraværsperioder af mere end 14 dages varighed, hvorimod det ikke er tilfældet i samme grad for episoder, der kun varer 1-2 dage. Eftersom helbredstilstand i de fleste undersøgelser er distribueret socialt på forskellige måder, vil vi alene af den grund forvente, at der også er sociale mønstre i sygefraværet. Tabellen indeholder analyser af samtlige ca. 4900 personer, der indgår i det datamateriale, vi har fået udleveret fra vores samarbejdspartner.

**Tabel 3. Antal sygefraværseepisoder og stamoplysninger. Negativ Binomial regression/Cox Proportional Hazards. IRR/HR**

<i>Predictors</i>	<b>Alle fraværseepisoder</b>		<b>Episoder 1-2 dage</b>		<b>To korte episoder indenfor 30 dage</b>		<b>Episoder 14+ dage</b>		<b>Tid til første episode (HR)</b>	
	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Estimates</i>	<i>p</i>
Alder (20-82)	0.99 (0.99 – 1.00)	<b>0.001</b>	0.99 (0.98 – 0.99)	<b>&lt;0.001</b>	1.00 (0.99 – 1.01)	0.676	1.00 (0.99 – 1.01)	0.705	0.99 (0.98 – 0.99)	<b>&lt;0.001</b>
Mand vs. Kvinde	0.89 (0.83 – 0.95)	<b>0.001</b>	0.94 (0.86 – 1.02)	0.122	0.72 (0.60 – 0.86)	<b>&lt;0.001</b>	0.65 (0.54 – 0.78)	<b>&lt;0.001</b>	0.92 (0.85 – 0.99)	<b>0.023</b>
Frontlinjepersonale vs. andre	1.32 (1.22 – 1.43)	<b>&lt;0.001</b>	1.30 (1.19 – 1.42)	<b>&lt;0.001</b>	1.19 (0.98 – 1.44)	0.091	1.44 (1.18 – 1.76)	<b>&lt;0.001</b>	1.25 (1.15 – 1.36)	<b>&lt;0.001</b>
Ancienitet (0-48)	1.00 (0.99 – 1.00)	0.180	0.99 (0.99 – 1.00)	0.066	0.99 (0.97 – 1.00)	<b>0.015</b>	1.01 (1.00 – 1.02)	0.104	1.00 (1.00 – 1.00)	0.985
Fraværseepisoder 180 dage før	1.33 (1.30 – 1.37)	<b>&lt;0.001</b>	1.33 (1.29 – 1.37)	<b>&lt;0.001</b>	1.58 (1.49 – 1.68)	<b>&lt;0.001</b>	1.30 (1.22 – 1.38)	<b>&lt;0.001</b>	1.19 (1.17 – 1.21)	<b>&lt;0.001</b>
Observations	4799		4799		4799		4799		4677	
R <sup>2</sup> Nagelkerke	0.195		0.190		0.193		0.075		0.086	

Af tabel 3 fremgår det at samtlige sociodemografiske faktorer, der indgår i tabellen er associeret med mindst ét af målene for sygefravær. Dog er der ingen tvivl om at anciennitet er den af faktorerne som er mest sporadisk associeret med fravær, og her er det alene de to mål for fravær som dækker over de mest voluntaristiske elementer af fraværspraksissen. Det er derfor også forventeligt at der er en negativ association forstået sådan at jo længere tid, man har været ansat i organisationen desto lavere er raten af korte fraværsepisoder. De øvrige sociodemografiske faktorer følger et mønster der er kendt fra mange andre undersøgelser: alder er associeret negativt med raten af fraværsepisoder uanset længde og med raten af korte fraværsepisoder af 1-2 dages varighed, hvorimod der ikke er en association med episoder af længere varighed. På tilsvarende vis viser analyserne også at mænd generelt har lavere fraværstrater uanset længden på disse. Associationen mellem køn og fravær er svagest for de korteste episoder og størst for de længerevarende episoder af mindst 14 dages varighed. Vi kan også konstatere, at der er en association mellem jobtypen og tilbøjeligheden til fravær. Således er fraværet systematisk højere for den del af personalet som arbejder som tilsynspersonale, hvilket uden tvivl også er den type arbejde som indebærer den laveste grad af indflydelse på jobbet og de største jobkrav f.eks. i form af følelsesmæssige krav. En sådan ubalance mellem ressourcer og krav i jobbet har man i adskillige andre undersøgelser (31) fundet er associeret med sygefravær, hvilket også er tilfældet her især for fravær af minimum 14 dages varighed, hvor HR = 1.44. Slutteligt kan vi se af tabellen, at forudgående fravær i op til 6 måneder før baseline også i alle tilfælde er associeret positivt med fremtidigt fravær sådan at erfaring med fravær øger raten af fravær i opfølgingsperioden også. Hvorvidt det skyldes en adfærdskomponent, der f.eks. påvirker folk til at træffe andre valg i tilfælde af sygdom, når de har erfaringer med fravær (f.eks. fordi de bliver mere tolerante og forstående over fraværet) eller om det i højere grad skyldes en helbreds-komponent, kan vi ikke afgøre med analyser der alene trækker på stamoplysningerne. Men som vi skal se i det følgende forsvinder betydningen af tidligere fravær ikke når der justeres for en række helbredsudfald, hvorfor det er sandsynligt at der også er tale om en adfærdskomponent.

#### 7.1.2 Analyser af betydningen af helbred

Den overordnede konklusion i analysen af helbred og sygefravær er, at der er en association mellem helbredsstatus og kumuleret fremtidigt sygefravær, når helbredsmålene analyseres bivariat. Det gælder således for både selvvurderet helbred, arbejdsevne, søvnkvalitet, oplevet stress og udbrændthed, at de er associeret med sygefravær sådan at jo værre helbredsstatus en ansat har desto højere er antallet af fraværsepisoder i opfølgingsperioden højere. Når disse forskellige mål for helbredsstatus justeres gensidigt for hinanden, forsvinder den selvstændige effekt af hhv. søvnkvalitet og oplevet stress, og hvis der justeres yderligere for tidligere sygefravær, er det alene arbejdsevne som bibeholder en selvstændig effekt for analysen af antal fraværsepisoder. I tabel 4 nedenfor har vi lavet analyser af helbredsmålene og undersøgt hvordan de hænger sammen med de forskellige mål for sygefravær. Som vi kan se er der nogle forskelle mellem de forskellige mål for fravær. Selvvurderet helbred er associeret med en højere incidens af de korte fraværsepisoder på 1-2 dage, mens det har en mindre betydning for fravær af andre længder. Vi kan også se at oplevet stress alene er associeret med episoder af længere varighed (14+ dage). Symptomer på udbrændthed og arbejdsevne er de to helbredsmål der mest konsistent er forbundet til de fleste af målene for sygefravær, når der tages højde for tidligere sygefravær.

**Tabel 4. Antal sygefraværsepisoder og helbred. Negativ Binomial regression/Cox Proportional Hazards. IRR/HR**

<i>Predictors</i>	Alle fraværsepisoder		Episoder 1-2 dage		To korte episoder indenfor 30 dage		Epsioder 14+ dage		Tid til første episode (HR)	
	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Estimates</i>	<i>p</i>
SRH: Ikke god vs. God	1.16 (0.98 – 1.39)	0.096	1.31 (1.11 – 1.55)	<b>0.001</b>	1.16 (0.98 – 1.39)	0.096	1.16 (0.97 – 1.38)	0.116		
Arbejdsevne (1-10)	0.94 (0.91 – 0.97)	<b>&lt;0.001</b>			0.94 (0.91 – 0.97)	<b>&lt;0.001</b>	0.94 (0.91 – 0.97)	<b>&lt;0.001</b>	0.97 (0.94 – 1.00)	<b>0.041</b>
Udbrændthed (0-24)	1.02 (1.01 – 1.03)	<b>0.001</b>	1.03 (1.02 – 1.04)	<b>&lt;0.001</b>	1.02 (1.01 – 1.03)	<b>0.001</b>			1.02 (1.01 – 1.04)	<b>&lt;0.001</b>
Oplevet stress (4-20)							1.03 (1.01 – 1.04)	<b>0.006</b>		
Alder (20-82)	0.99 (0.99 – 0.99)	<b>&lt;0.001</b>	0.99 (0.98 – 0.99)	<b>&lt;0.001</b>	0.99 (0.99 – 0.99)	<b>&lt;0.001</b>	0.99 (0.98 – 0.99)	<b>&lt;0.001</b>	0.99 (0.98 – 0.99)	<b>&lt;0.001</b>
Mand vs. Kvinde	0.88 (0.80 – 0.97)	<b>0.015</b>	0.89 (0.80 – 0.99)	<b>0.027</b>	0.88 (0.80 – 0.97)	<b>0.015</b>	0.85 (0.77 – 0.95)	<b>0.003</b>	0.86 (0.78 – 0.96)	<b>0.006</b>
Frontlinje-personale vs. andre	1.21 (1.10 – 1.34)	<b>&lt;0.001</b>	1.23 (1.11 – 1.36)	<b>&lt;0.001</b>	1.21 (1.10 – 1.34)	<b>&lt;0.001</b>	1.21 (1.09 – 1.34)	<b>&lt;0.001</b>	1.22 (1.10 – 1.35)	<b>&lt;0.001</b>
Fraværsepisoder 180 dage før	1.30 (1.25 – 1.35)	<b>&lt;0.001</b>	1.31 (1.26 – 1.36)	<b>&lt;0.001</b>	1.30 (1.25 – 1.35)	<b>&lt;0.001</b>	1.30 (1.25 – 1.36)	<b>&lt;0.001</b>	1.21 (1.18 – 1.24)	<b>&lt;0.001</b>
Observations	2471		2473		2471		2486		2475	
R <sup>2</sup> Nagelkerke	0.236		0.228		0.236		0.230		0.112	

Der kan ofte være en tendens til, at man glemmer at de ansattes helbredsstatus er en meget væsentlig determinant ift. sygefravær, hvilket analysen i tabel 4 giver et klart billede af. Det har den konsekvens at indsatser der søger at påvirke de ansattes helbredstilstand kan være en væsentlig faktor ift. at ændre på sygefraværspraksis – ikke kun fravær af længere varighed, men også de korte episoder på 1-2 dage eftersom vi kan se at disse er associeret stærkere til selvvurderet helbred end det er tilfældet for de længere episoder.

Det er også værd at bemærke, at en del af forskellen mellem mænds og kvinders længerevarende fravær kan forklares af deres helbredstilstand. Hvis vi sammenligner resultaterne i tabel 1 med resultaterne fra tabel 4 kan vi konstatere at incidens rate ratioen mellem de to grupper mindskes fra 0.65 til 0.85, når der justeres for de selvrapporerede helbredsmål, mens det ikke er tilfældet for fravær af 1-2 dages varighed. Samme observation kan man gøre ift. forskellen mellem det uniformerede og ikke-uniformerede personales fravær som også har en betydelig helbreds-komponent, især når det kommer til fraværsepisoder af mere end 14 dages varighed.

### 7.1.3 Analyser af betydningen af arbejdstid og indflydelse

Da organisation 1 er en arbejdsplads, hvis væsentligste kerneopgave er at levere serviceopgaver, har det den konsekvens, at de ansatte arbejder under et vagtskema, som de ikke har fuld indflydelse på, og som i mange situationer kan være forstyrrende for deres fritids- og familieliv. Af disse grunde bliver det interessant at se på, hvilken betydning arbejdstid og problematikker relateret til disse har. Af tabel 5 nedenfor præsenterer vi associationer mellem en række forskellige mål for arbejdstid og de samme opgørelser af sygefravær, som vi har anvendt ovenfor såvel som to nye mål, der analyserer særskilt på sygefravær, der begynder på hhv. **en mandag** eller **en fredag**. Vi har valgt at inkludere analyser af fravær, der begynder på disse dage ud fra den betragtning, at der i forskningslitteraturen såvel som i de arbejdsmiljøprofessionelles diskussion af faktorer, der har betydning for sygefravær findes en diskurs om en overhyppighed af fraværsepisoder, der starter enten mandag eller fredag (32).

Sådanne episoder antages at være mere mistænkelige fordi de giver den fraværende lejlighed til at have en form for forlænget weekend enten ved at den starter tidligt eller slutter senere end den ellers skulle. Der er ligeledes i det kvalitative materiale en diskussion af, at der i visse situationer har været ansatte som har meldt sig syg op til en weekend som en måde at undgå at blive kaldt på arbejde i en weekend hvor man har haft vigtige planer i sit privatliv (dog medtaget i artikel 1).

Som det fremgår af tabel 5 nedenfor, er de to mest konsistente associationer den der findes mellem overarbejde og de forskellige opgørelser af sygefravær samt betydningen af indflydelse på arbejdstid. Lidt overraskende forholder det sig sådan, at de ansatte som angiver at de ugentligt eller hyppigere oplever at blive pålagt overarbejde eller at påtage sig det frivilligt har et lavere niveau af sygefravær. I alle tilfælde undtaget episoder af mere end 14 dages varighed vil forekomsten af overarbejde reducere antallet af fraværsepisoder og især det at have oplevet at tage 2 eller flere korte fraværsepisoder inden for en måned er næsten halvt så sandsynligt for dem med overarbejde sammenlignet med dem uden. Eftersom analyserne er justeret for helbred og forudgående sygefravær skyldes associationerne ikke, at dem der påtager sig eller bliver pålagt overarbejde har et bedre helbred.

**Tabel 5. Sygefraværseepisoder og arbejdstid. Negativ Binomial regression. IRR**

<i>Predictors</i>	Alle fraværseepisoder		Episoder 1-2 dage		To korte episoder indenfor 30 dage		Episoder mandag		Episoder fredag		Epsioder 14+ dage		Tid til første episode (HR)	
	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Estimates</i>	<i>p</i>
Aften/Nat vs. Dag	1.06 (0.79 – 1.43)	0.689	1.18 (0.85 – 1.64)	0.311	1.02 (0.48 – 2.30)	0.960	0.74 (0.46 – 1.20)	0.205	1.37 (0.85 – 2.15)	0.176	0.87 (0.43 – 1.78)	0.702	1.06 (0.80 – 1.41)	0.674
Aften/Nat vs. Skiftehold	0.85 (0.74 – 0.99)	<b>0.026</b>	0.88 (0.74 – 1.04)	0.112	0.53 (0.35 – 0.78)	<b>0.001</b>	0.65 (0.52 – 0.82)	<b>&lt;0.001</b>	0.97 (0.76 – 1.25)	0.825	0.73 (0.52 – 1.02)	0.065	1.03 (0.90 – 1.17)	0.711
Overarbejde: Ugentligt vs mindre	0.79 (0.70 – 0.90)	<b>&lt;0.001</b>	0.71 (0.62 – 0.82)	<b>&lt;0.001</b>	0.48 (0.34 – 0.68)	<b>&lt;0.001</b>	0.92 (0.76 – 1.12)	0.408	0.74 (0.59 – 0.93)	<b>0.011</b>	0.91 (0.67 – 1.22)	0.511	0.81 (0.71 – 0.91)	<b>0.001</b>
Høj indflydelse på arbejdstider vs. lav indflydelse	0.78 (0.70 – 0.88)	<b>&lt;0.001</b>	0.83 (0.73 – 0.95)	<b>0.005</b>	0.80 (0.60 – 1.08)	0.156	0.76 (0.64 – 0.91)	<b>0.003</b>	0.94 (0.77 – 1.16)	0.588	0.73 (0.55 – 0.97)	<b>0.030</b>	0.82 (0.73 – 0.93)	<b>0.001</b>
Kaldt på arbejde: Ugentligt vs mindre	1.24 (0.98 – 1.59)	0.081	1.13 (0.86 – 1.50)	0.384	2.11 (1.12 – 4.20)	<b>0.021</b>	0.96 (0.65 – 1.44)	0.849	1.16 (0.75 – 1.75)	0.482	1.23 (0.69 – 2.22)	0.480	1.21 (0.95 – 1.55)	0.115
Alder (20-82)	0.99 (0.98 – 0.99)	<b>&lt;0.001</b>	0.98 (0.97 – 0.98)	<b>&lt;0.001</b>	0.98 (0.97 – 1.00)	<b>0.015</b>	0.99 (0.99 – 1.00)	0.107	0.99 (0.98 – 0.99)	<b>0.002</b>	1.01 (0.99 – 1.02)	0.322	0.99 (0.98 – 0.99)	<b>&lt;0.001</b>
Mand vs. Kvinde	0.82 (0.73 – 0.91)	<b>&lt;0.001</b>	0.80 (0.71 – 0.91)	<b>&lt;0.001</b>	0.52 (0.39 – 0.70)	<b>&lt;0.001</b>	0.83 (0.70 – 0.98)	<b>0.026</b>	0.80 (0.66 – 0.96)	<b>0.019</b>	0.60 (0.46 – 0.78)	<b>&lt;0.001</b>	0.86 (0.77 – 0.96)	<b>0.006</b>
Frontlinjepersonale vs. andre	1.29 (1.13 – 1.48)	<b>&lt;0.001</b>	1.25 (1.07 – 1.47)	<b>0.003</b>	1.32 (0.92 – 1.91)	0.120	1.14 (0.92 – 1.41)	0.224	1.37 (1.08 – 1.74)	<b>0.009</b>	1.74 (1.27 – 2.40)	<b>0.001</b>	1.15 (1.01 – 1.31)	<b>0.037</b>
SRH: Ikke god vs. God	1.56 (1.32 – 1.85)	<b>&lt;0.001</b>	1.36 (1.12 – 1.65)	<b>0.002</b>	2.18 (1.43 – 3.41)	<b>0.001</b>	1.93 (1.50 – 2.50)	<b>&lt;0.001</b>	1.28 (0.95 – 1.71)	0.101	2.19 (1.50 – 3.21)	<b>&lt;0.001</b>	1.00 (0.83 – 1.20)	0.971
Udbrændthed (0-24)	1.04 (1.03 – 1.05)	<b>&lt;0.001</b>	1.04 (1.02 – 1.05)	<b>&lt;0.001</b>	1.07 (1.04 – 1.11)	<b>&lt;0.001</b>	1.04 (1.02 – 1.06)	<b>&lt;0.001</b>	1.04 (1.02 – 1.06)	<b>&lt;0.001</b>	1.03 (1.01 – 1.06)	<b>0.021</b>	1.03 (1.02 – 1.04)	<b>&lt;0.001</b>
Fraværseepisoder 180 dage før													1.21 (1.18 – 1.25)	<b>&lt;0.001</b>
Observations	2454		2454		2454		2454		2454		2454		2396	
R <sup>2</sup> Nagelkerke	0.120		0.099		0.114		0.078		0.052		0.084		0.120	

Vi kan ikke på baggrund af analyserne afklare, hvordan dette hænger sammen, men der kan måske være tale om, at denne gruppe forholder sig mere proaktivt til ekstraarbejde eller er i en situation, hvor det ikke i så høj grad påvirker deres privatliv på en negativ måde. Man kan også forestille sig, at hvis man frivilligt påtager sig overarbejde måske vil være i en situation, hvor man ikke samtidig bliver pålagt overarbejde eller bliver kaldt på arbejde på en fridag.

Ift. indflydelse på arbejdstider, så viser analyserne i tabel 5 konsistent, at de, der oplever en meget høj eller høj grad af indflydelse på deres arbejdstider sammenlignet med dem, der har en lav grad af indflydelse, har et mindre antal sygefraværsepisoder. Dette er ikke så overraskende givet, at indflydelse i mange tidligere undersøgelser er blevet fundet at være en væsentlig faktor ift. at påvirke sygefravær. Sammenhængen beror på, at indflydelse giver den ansatte mulighed for at tilpasse sit arbejde til den faktiske arbejdsevne og for at opretholde en god balance mellem arbejde og privatliv, hvorfor det ikke så ofte vil være nødvendigt at bruge sygefravær som en måde at cope med et mismatch mellem krav i arbejdet og arbejdsevne.

Det vil med andre ord være nemmere at vælge at være nærværende i situationer, hvor der måske er mindre symptomer eller andet, som uden indflydelse ville gøre det vanskeligere at møde op på arbejdet.

Analyserne i tabel 5 peger også på, at der er en sammenhæng mellem at blive kaldt på arbejde på en fridag ugentligt og et højere antal situationer, hvor en ansat har to eller flere korte sygefraværsepisoder indenfor en måned. Sammenhængen er også til stede, når der ikke justeres gensidigt for de øvrige faktorer relateret til indflydelse og arbejdstid. Det må imidlertid tages in mente, at når der ikke – modsat de øvrige faktorer analyseret som del af tabel 5 – er en mere konsistent sammenhæng mellem at blive kaldt på arbejde på en fridag og sygefravær opgjort på andre måder, så kan det være en indikation af, at dette er et mere usikkert fund, der kan skyldes selektion til det udvalg af personer, som har svaret på undersøgelsens spørgeskema. Vi har imidlertid valgt at inkludere analyserne, eftersom det peger på en observation som blev gjort i forbindelse analyser i den kvalitative del af undersøgelsen, hvor netop problematikker forbundet med at blive kaldt på arbejde ufrivilligt var et tema (dog ikke medtaget i artikel 1). Det er også nærliggende at tolke associationen mellem sygefraværsepisoder, der starter en fredag og de ansatte, som arbejder med opsyn som et muligt udtryk for dette: hvis man har planer i weekenden, og man ved, at der er personalemangel, kan det at tage en fraværsdag om fredagen op til en weekend være den eneste måde, man kan være sikker på ikke at skulle aflyse denne eftersom mange af disse medarbejdere er ansat på vilkår der ikke gør det muligt for dem at modsætte sig at blive kaldt på arbejde.

Som en del af disse analyser så vi også på krav i arbejdet og især arbejdstempo og -mængde. Ingen af disse var associeret med sygefravær, måske fordi denne type af kvantitative krav i mindre grad er relevant i vores case organisation, hvor hverken tempo eller mængde spiller nogen større rolle for arbejdsbelastningen, men hvor det derimod er andre typer af krav, som er væsentlige f.eks. de følelsesmæssige krav eller krav relateret til personalemangel, som medfører flere vagter og pålagt overarbejde. Nedenfor har vi inkluderet et selvstændigt afsnit, der omhandler sammenhængen mellem følelsesmæssige krav og sygefravær.

#### 7.1.4 Analyser af betydningen af social støtte

I tabel 6 nedenfor kan vi se betydningen af social støtte fra såvel kollegaer som nærmeste leder. Det fremgår tydeligt af analyserne at de to typer social støtte er associeret med sygefravær på forskellig vis. Støtte fra nærmeste leder fungerer i mange af tilfældene som en beskyttende faktor ift. sygefraværet, mens det modsatte gør sig gældende for social støtte fra kollegaer.

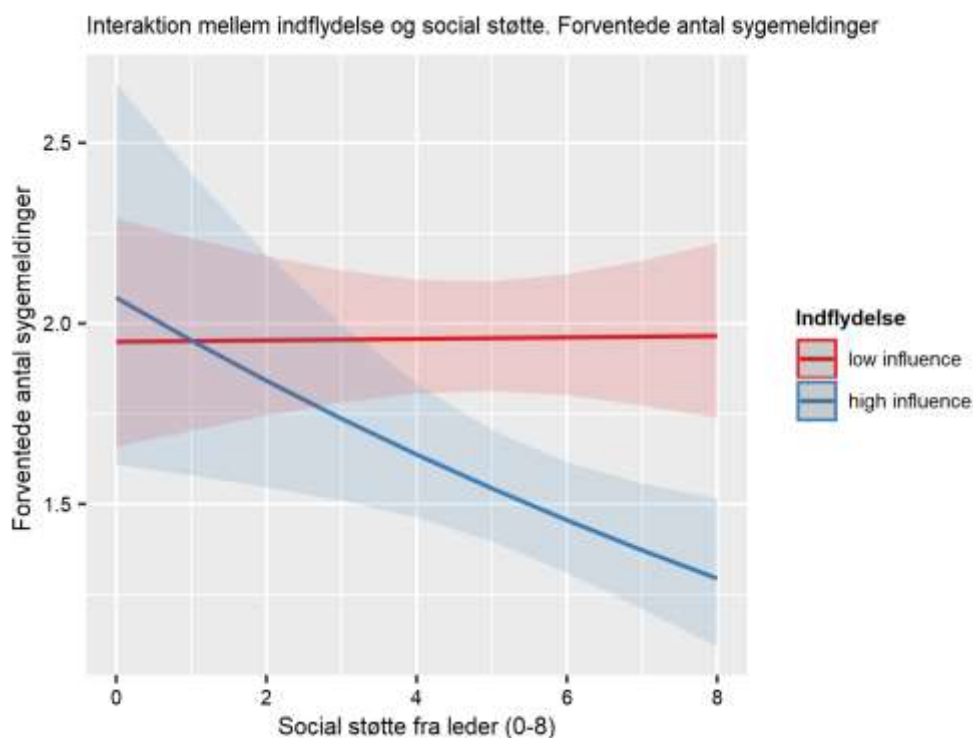


**Tabel 6. Sygefraværseepisoder og social støtte. Negativ Binomial regression/Cox Proportional Hazards. IRR/HR.**

<i>Predictors</i>	Alle fraværseepisoder		Episoder 1-2 dage		To korte episoder indenfor 30 dage		Episoder mandag		Episoder fredag		Epsioder 14+ dage		Tid til første episode (HR)	
	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Estimates</i>	<i>p</i>
Social støtte (leder) (0-8)	0.97 (0.95 – 1.00)	0.064	0.96 (0.93 – 0.99)	<b>0.006</b>	0.92 (0.86 – 0.99)	<b>0.029</b>	0.99 (0.95 – 1.04)	0.724	0.96 (0.91 – 1.00)	0.078	0.98 (0.91 – 1.04)	0.473	0.95 (0.93 – 0.98)	<b>0.001</b>
Social støtte (kollegaer) (0-16)	1.02 (1.00 – 1.04)	0.053	1.04 (1.02 – 1.07)	<b>&lt;0.001</b>	1.08 (1.03 – 1.14)	<b>0.004</b>	0.99 (0.96 – 1.02)	0.610	1.07 (1.03 – 1.11)	<b>&lt;0.001</b>	1.00 (0.95 – 1.05)	0.967	1.02 (1.00 – 1.04)	0.063
Alder (20-82)	0.99 (0.98 – 0.99)	<b>&lt;0.001</b>	0.98 (0.97 – 0.99)	<b>&lt;0.001</b>	0.99 (0.98 – 1.00)	0.176	1.00 (0.99 – 1.00)	0.349	0.99 (0.98 – 1.00)	<b>0.010</b>	1.01 (1.00 – 1.02)	0.223	0.98 (0.98 – 0.99)	<b>&lt;0.001</b>
Mand vs. Kvinde	0.83 (0.75 – 0.93)	<b>0.001</b>	0.82 (0.72 – 0.93)	<b>0.002</b>	0.54 (0.40 – 0.72)	<b>&lt;0.001</b>	0.82 (0.69 – 0.97)	<b>0.022</b>	0.81 (0.67 – 0.99)	<b>0.036</b>	0.60 (0.46 – 0.78)	<b>&lt;0.001</b>	0.87 (0.78 – 0.97)	<b>0.012</b>
Frontlinjepersonale vs. andre	1.23 (1.10 – 1.37)	<b>&lt;0.001</b>	1.21 (1.07 – 1.37)	<b>0.003</b>	1.06 (0.80 – 1.40)	0.711	0.91 (0.77 – 1.07)	0.258	1.37 (1.13 – 1.66)	<b>0.001</b>	1.53 (1.19 – 1.99)	<b>0.001</b>	1.18 (1.06 – 1.32)	<b>0.002</b>
SRH: Ikke god vs. God	1.60 (1.35 – 1.90)	<b>&lt;0.001</b>	1.44 (1.18 – 1.75)	<b>&lt;0.001</b>	2.41 (1.57 – 3.79)	<b>&lt;0.001</b>	1.93 (1.50 – 2.49)	<b>&lt;0.001</b>	1.36 (1.01 – 1.82)	<b>0.037</b>	2.21 (1.52 – 3.23)	<b>&lt;0.001</b>	1.02 (0.85 – 1.22)	0.865
Udbrændthed (0-24)	1.04 (1.03 – 1.05)	<b>&lt;0.001</b>	1.03 (1.02 – 1.05)	<b>&lt;0.001</b>	1.06 (1.02 – 1.09)	<b>&lt;0.001</b>	1.04 (1.02 – 1.06)	<b>&lt;0.001</b>	1.04 (1.02 – 1.06)	<b>0.001</b>	1.03 (1.00 – 1.06)	<b>0.048</b>	1.03 (1.01 – 1.04)	<b>&lt;0.001</b>
Fraværseepisoder 180 dage før													1.21 (1.18 – 1.25)	<b>&lt;0.001</b>
Observations	2441		2441		2441		2441		2441		2441		2383	
R <sup>2</sup> Nagelkerke	0.099		0.086		0.088		0.063		0.054		0.074		0.111	

Der er i alle tilfældene ikke tale om særligt stærke associationer, selvom variabelen er dog modelleret som en kontinuert variabel, hvilket indebærer, at forskellen mellem dem med det højeste og laveste niveau af social støtte svarer til en incidensrate ratio på ca. 0.72, dvs. at raten af f.eks. sygefraværsepisoder af 1-2 dages varighed er op mod 28% lavere for dem med det højeste niveau af social støtte fra deres leder. Som vi forventer, er det således tilfældet, at de ansatte, som oplever den største støtte fra deres nærmeste leder, også har et lavere niveau af sygefravær efterfølgende. Det er til gengæld mere overraskende, at den modsatte association tilsyneladende gør sig gældende, når der er tale om social støtte fra kollegaer. Som det fremgår af tabel 6 ovenfor er forskellen mellem de ansatte med det laveste niveau af social støtte fra deres kollegaer og dem med det højeste af en sådan størrelsesorden, at det svarer til en incidensrate ratio på 1.87. Med andre ord er det forventede antal korte sygemeldinger op mod 87% højere for de ansatte, som oplever størst støtte blandt deres kollegaer. Om denne association dækker over en situation, hvor kollegaer støtter hinanden i situationer med et belastende arbejdsmiljø og er med til f.eks. at legitimere at tage sygefravær som en forebyggende handling, der ideelt set reducerer antallet af længerevarende sygemeldinger fordi man får taget problemerne i opløbet gennem det korterevarende fravær kan vi ikke sige ud fra disse analyser, men det er en nærliggende tolkning. Ligesom det heller ikke kan afvises, at der kan være tale om en mere problematisk kultur på arbejdspladsen, hvor fravær bliver betragtet som en legitim måde at håndtere arbejdsmiljøproblematikker på der burde løses på en mere kollektiv og proaktiv måde. I hvert fald kan vi konstatere at social støtte fra kollegaerne ikke har nogen indflydelse på det længerevarende sygefravær, hvorfor det alene vedrører det mere voluntaristiske fravær som hænger sammen med måder at handle og praktisere fravær på.

**Figur 3. Social støtte og forventede sygemeldinger.**



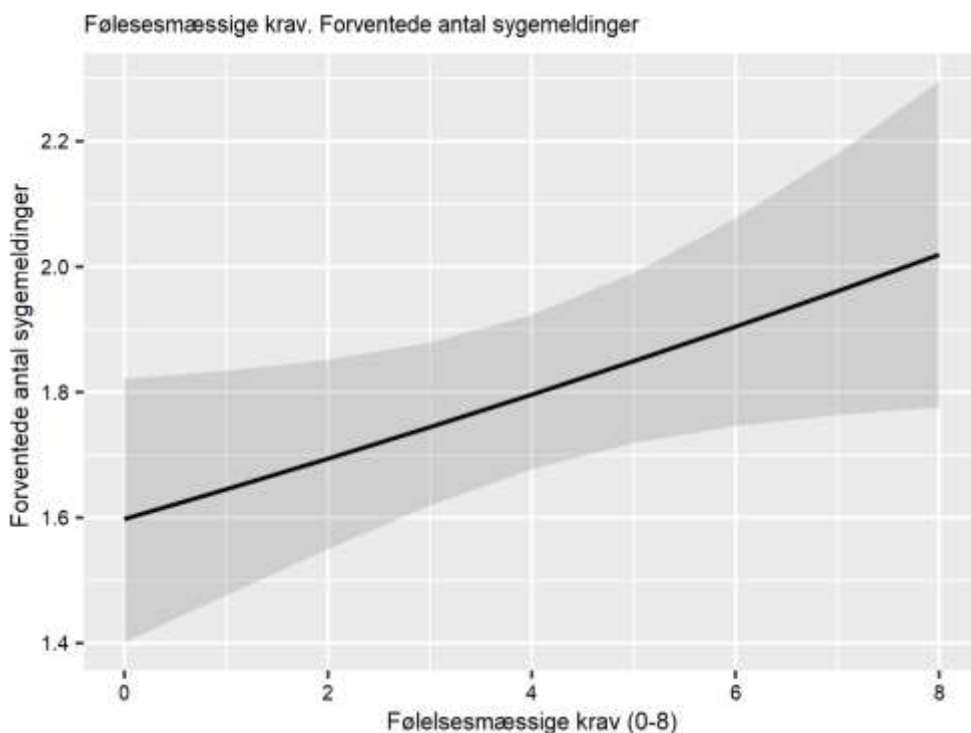
Et nærmere fokus på social støtte fra nærmeste leder viser faktisk, at det alene er de ansatte som oplever at have indflydelse på deres arbejdstid som oplever en beskyttende effekt af social støtte fra deres nærmeste leder. Figur 3 illustrerer denne forskel ganske tydeligt. Som det fremgår af figuren kan vi se et klart færre antal forventede sygemeldinger med de ansatte, som har det højeste niveau af

social støtte fra deres leder, når de samtidig oplever en høj grad af indflydelse på deres arbejdstid. For denne gruppe falder det forventede antal sygemeldinger fra ca. 2 for dem med det laveste niveau af støtte til ca. 1.25 for dem med det højeste niveau af støtte. Til gengæld har social støtte ingen beskyttende effekt for dem uden indflydelse på deres arbejdstider, hvilket den røde linje illustrerer.

#### 7.1.5 Følelsesmæssige belastninger og negativ adfærd

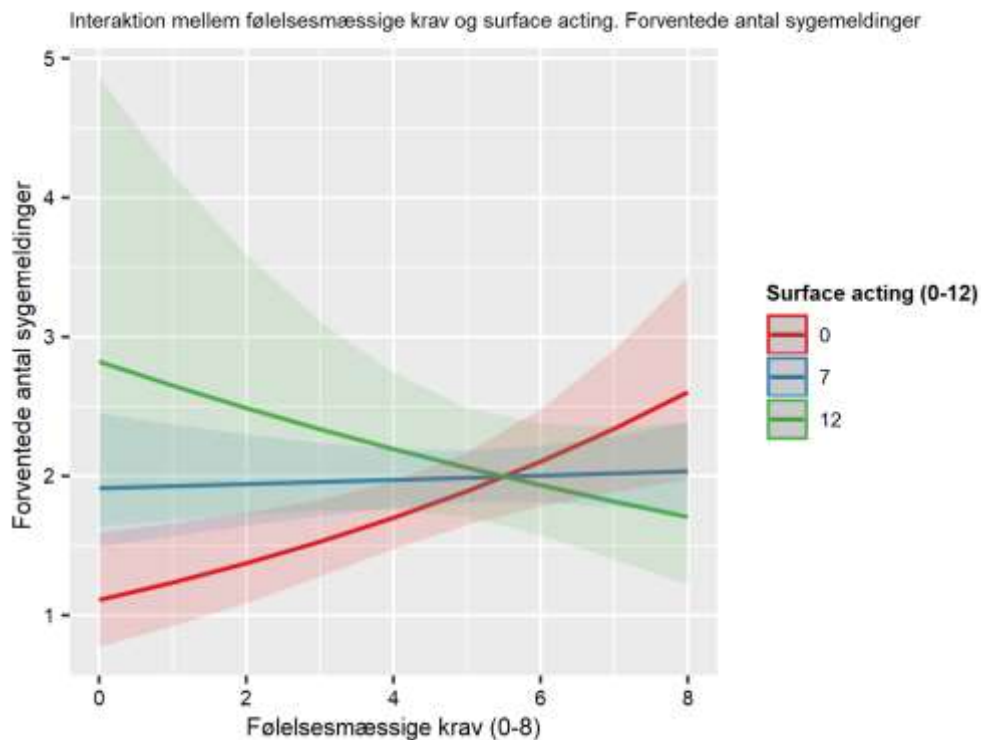
Nogle af de belastninger, som de ansatte i organisation 1 er særligt tilbøjelige til at være udsat for, er af følelsesmæssig karakter, ligesom det ikke er uhørt, at de som en del af jobbet jævnlig bliver udsat for verbale overgreb, chikane eller deciderede trusler om vold. Denne slags eksponeringer hænger forventeligt sammen med sygefravær både indirekte, fordi denne slags følelsesmæssige krav og belastninger påvirker de ansattes helbredstilstand, hvilket gør situationer, hvor de er nødt til at tage fravær hyppigere. Men også direkte ved at sygefravær bliver brugt som en måde at cope med denne type belastninger, da fraværsdagen dermed bliver til en mulighed for at restituere og komme mentalt til hæfterne igen.

**Figur 4. Følelsesmæssige krav og forventede sygemeldinger.**



I figur 4 har vi plottet resultatet af én af analyserne af sammenhængen mellem følelsesmæssige krav og sygefravær. Som det fremgår er associationen i den forventede retning sådan, at jo større de følelsesmæssige krav er, desto højere er det forventede antal sygemeldinger i opfølgingsperioden: antallet af sygemeldinger (af alle længder) stiger således fra 1.6 for dem med de lavest mulige følelsesmæssige krav til lidt mere end 2 episoder for dem med de største følelsesmæssige belastninger. Der er således ikke tale om en voldsom forskel, men blot om en forøgelse på ca. 25% fra det laveste til det højeste niveau af følelsesmæssige krav. Lignende resultater finder vi, hvis vi alene fokuserer på de korte fraværsepisoder eller kun ser på episoder, der sker indtil Coronapandemien ramte Danmark.

**Figur 5. Følelsesmæssige krav og 'surface acting'.**

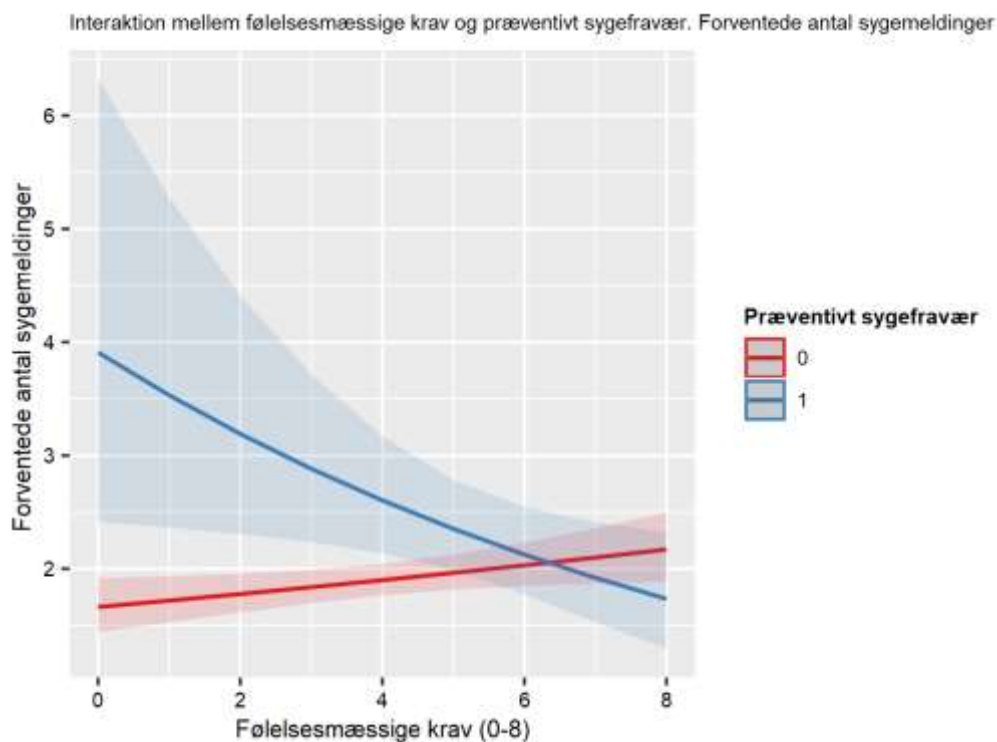


En af de måder hvorpå følelsesmæssige krav bliver teoretiseret er gennem begrebet 'emotional labour' af Hochschild (30). Hochschild argumenterer for, at især medarbejdere ansat i human service industrien som f.eks. detailhandel eller lignende som en del af deres arbejde udfører et stort følelsesmæssigt arbejde ved at kontrollere og tilpasse deres følelsesmæssige reaktioner til situationer, hvor der forventes et bestemt respons fra dem. Selvom denne tanke ikke kan overføres direkte til de ansatte i organisation 1, er der dog ingen tvivl om, at de også udfører et stort følelsesmæssigt arbejde i deres omgang med de mennesker, som er i organisationens varetægt. Ifølge Hochschild er én af måderne, hvorpå dette følelsesmæssige arbejde kan udføres på såkaldt 'surface acting', hvor den ansatte fremviser den forventede følelsesmæssige reaktion uden at være berørt af disse følelser i sig selv – f.eks. at en butiksansat smiler til en kunde, selvom den ansatte ikke er glad eller selvom vedkommende er blevet udsat for en ubehagelig interaktion fra kundens side. I spørgeskemaet spurgte vi indtil sådanne episoder af surface acting, og hvis vi analyserer, hvordan de følelsesmæssige krav og graden af surface acting spiller sammen, får vi et interessant resultat som det er præsenteret i figur 5 ovenfor.

Vi kan se, at der for dem, der overhovedet ikke bruger surface acting som en form for coping mekanisme, er en association mellem følelsesmæssige krav og det forventede antal sygemeldinger som vi ser det i figur 4 ovenfor også: jo flere følelsesmæssige krav desto højere er det forventede antal sygemeldinger. For dem, der anvender surface acting i en vis grad (dem der har værdien 7 på skalaen fra 0 til 12), har de følelsesmæssige krav tilsyneladende ingen sammenhæng med antal sygemeldinger, da det forventede antal sygemeldinger, er det samme uanset niveauet af følelsesmæssige krav. Slutteligt kan vi af den grønne linje se på dem, der anvender surface acting mest. Tidligere forskning har vist, at dette ikke er en god måde at håndtere følelsesmæssigt arbejde på og, om det også er det (33), der er på spil i figur 5 er en mulig forklaring. I hvert fald ser det ud til at de, der anvender surface acting mest har et lavere antal sygemeldinger desto højere de

følelsesmæssige krav er. Det kunne dog være et udtryk for, at denne gruppe måske er mindre tilbøjelig til at vurdere de følelsesmæssige krav, de er udsat for, men i stedet undertrykker alle følelsesmæssige reaktioner, der følger af arbejdet i det hele taget.

**Figur 6. Følelsesmæssige krav og 'præventivt sygefravær'.**



En anden måde, hvorpå de følelsesmæssige krav kan håndteres, vil være ved at bruge muligheden for at tage korterevarende sygemeldinger som en måde at restituere eller koble af. I spørgeskemaet spurgte vi ind til, i hvor høj grad deltagerne inden for de seneste 6 måneder havde meldt sig syge, fordi de 'havde hårdt brug for en fridag'. En sådan præventiv brug af sygefravær kunne også tænkes at føre til, at de negative følgevirkninger af følelsesmæssige krav f.eks. for den mentale sundhed bliver mindsket fremadrettet mod, at der til gengæld er lidt flere korte episoder.

I figur 6 ovenfor kan resultatet af denne analyse tolkes i lyset af en sådan interaktion: de, der angiver at have meldt sig syge, fordi de havde hårdt brug for en fridag, har et højere niveau af forventede sygemeldinger end de, der angiver ikke at have brugt sygefravær på en sådan præventiv måde. Det er af den grund ikke så mærkeligt, at dem der ikke har gjort sådan og samtidig har et lavt niveau af følelsesmæssige krav har et lavere forventet antal sygemeldinger, end de der har brugt sygefravær på denne måde. Men i takt med at de følelsesmæssige krav stiger så falder det forventede antal sygemeldinger for de, der har brugt sygefravær præventivt, mens det stiger for dem, der ikke bruger sygefravær på denne måde. Analysen eksemplificerer på den måde, at det er vigtigt at have en nuanceret forståelse af især det korte sygefravær. Selvom det kan være problematisk for den organisation den ansatte arbejder i så kan en sådan brug af sygefravær være fordelagtig både for den enkelte medarbejder, men også for organisationen som helhed, hvis man ser på situationen i et lidt længere tidsperspektiv.

**Tabel 7. Sygefraværseepisoder og negativ adfærd. Cox Proportional Hazards. HR.**

<i>Predictors</i>	Tid til første episode (HR)		Tid til første episode (HR)		Tid til første episode (HR)	
	<i>Estimates</i>	<i>p</i>	<i>Estimates</i>	<i>p</i>	<i>Estimates</i>	<i>p</i>
Mobbet månedligt vs. sjældnere	1.29 (1.07 – 1.56)	<b>0.007</b>				
Chikane ugentligt vs. sjældnere			1.36 (1.13 – 1.64)	<b>0.001</b>		
Trusler om vold månedligt vs. sjældnere					1.23 (1.04 – 1.46)	<b>0.018</b>
Alder (20-82)	0.99 (0.98 – 0.99)	<b>&lt;0.001</b>	0.99 (0.98 – 0.99)	<b>&lt;0.001</b>	0.99 (0.98 – 0.99)	<b>&lt;0.001</b>
Mand vs. Kvinde	0.87 (0.78 – 0.96)	<b>0.008</b>	0.86 (0.77 – 0.95)	<b>0.005</b>	0.85 (0.76 – 0.95)	<b>0.003</b>
Frontlinjepersonale vs. andre	1.22 (1.10 – 1.36)	<b>&lt;0.001</b>	1.21 (1.08 – 1.34)	<b>0.001</b>	1.19 (1.07 – 1.33)	<b>0.001</b>
SRH: Ikke god vs. God	1.00 (0.83 – 1.21)	0.972	1.01 (0.84 – 1.21)	0.910	1.00 (0.83 – 1.20)	0.961
Udbrændthed (0-24)	1.03 (1.02 – 1.04)	<b>&lt;0.001</b>	1.03 (1.01 – 1.04)	<b>&lt;0.001</b>	1.03 (1.02 – 1.04)	<b>&lt;0.001</b>
Fraværseepisoder 180 dage før	1.21 (1.18 – 1.25)	<b>&lt;0.001</b>	1.21 (1.18 – 1.25)	<b>&lt;0.001</b>	1.21 (1.18 – 1.25)	<b>&lt;0.001</b>
Observations	2409		2403		2406	
R <sup>2</sup> Nagelkerke	0.110		0.111		0.109	

I tabel 7 ovenfor har vi analyseret en anden form for følelsesmæssig belastning nemlig den, der hænger sammen med såkaldt negativ adfærd eller interpersonelle konflikter både mellem kollegaer, men især mellem ansatte og de folk, der er i organisationen varetægt. Tabellen viser konsistent, at oplevelser med negativ adfærd i form af såvel mobning, chikane og trusler om vold alle øger risikoen for en sygdomsmeddelelse i opfølgingsperioden fra deltagerne havde svaret på spørgeskemaet og indtil 1. marts 2020, hvor Coronapandemien brød ud. Der er i alle tilfælde justeret for både sociodemografiske forskelle, forskelle der relaterer til helbred samt tidligere sygefravær. Af den grund er det passende at antage at der er tale om en selvstændig effekt af at opleve disse former for negativ adfærd, hvilket der burde være et stort potentiale for at reducere som arbejdsmiljøbelastning.

### 7.1.6 Jobusikkerhed og sygefravær

Det kan forekomme en anelse paradoksalt at tale om jobusikkerhed i forbindelse med organisation 1, eftersom det ofte er tilfældet, at der er personalemangel, hvilket f.eks. resulterer i de problematikker, vi tidligere har berørt i rapporten vedr. risikoen for at blive kaldt på arbejde på fridage for at kunne få bemanningen på plads. Det er imidlertid sådan, at jobusikkerhed forstået på den måde som f.eks. Greenhalgh & Rosenblatt (34) diskuterer det – dvs. som en usikkerhed vedr. fortsættelsen af en række vigtige incitament eller privilegier om man vil ved den nuværende måde at organisere arbejdet på falder bort. Den mest omsiggribende form for usikkerhed vedrører naturligvis risikoen for helt at miste jobbet og være ude af stand til at finde et lignende job. Men jobusikkerheden kan dog også relatere sig til andre ting f.eks. en bekymring for, at der sker en forringelse af arbejdsvilkårene, som gør jobbet mindre attraktivt. I den følgende analyse, har vi slået i alt 4 items sammen der måler forskellige bekymringer relateret til arbejdsvilkårene på vores case-virksomhed f.eks. at den ansatte bliver forflyttet til en anden funktion eller arbejdssted eller at der sker ændringer i situationen hvilket vil medføre at der kommer et større arbejdspress uden at det udløser flere ressourcer til at løse opgaverne.

I tabel 8 nedenfor kan vi konstatere, at jobusikkerhed primært er associeret med længerevarende sygemeldinger. I hvert fald ser associationen ud til at være stærkere for sygemeldinger af mindst 14 dages varighed. For denne association finder vi en forskel, der svarer til en incidensrate ratio på ca. 2.2, når dem med færrest bekymringer sammenlignes med dem, der bekymrer sig mest. Incidensen af lange sygemeldinger stiger således fra ca. 0.15 episoder til 0.33 episoder, når vi sammenligner på tværs af jobusikkerhedsniveauer. Den absolutte stigning i sygemeldinger er ikke så voldsom, fordi frekvensen af de længerevarende sygemeldinger heldigvis er forholdsvis lav, men den relative forskel mellem de, der er meget bekymret og dem, der ikke er særligt bekymret peger på, at der her kan være en mulighed for, at man som organisation intervenserer med henblik på at undgå de mest graverende skadelige virkninger af en sådan bekymring.

**Table 8. Sygefraværseepisoder og jobusikkerhed. Negativ Binomial regression/Cox Proportional Hazards. IRR/HR.**

<i>Predictors</i>	Alle fraværseepisoder		Episoder 1-2 dage		To korte episoder indenfor 30 dage		Episoder mandag		Episoder fredag		Epsioder 14+ dage		Tid til første episode (HR)	
	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>P</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Estimates</i>	<i>p</i>
Jobusikkerhed (0-16)	1.02 (1.01 – 1.04)	<b>0.001</b>	1.01 (0.99 – 1.02)	0.313	0.99 (0.95 – 1.02)	0.520	1.02 (1.00 – 1.05)	<b>0.033</b>	1.02 (1.00 – 1.05)	0.067	1.05 (1.01 – 1.09)	<b>0.008</b>	1.03 (1.02 – 1.05)	<b>&lt;0.001</b>
Alder (20-82)	0.99 (0.98 – 0.99)	<b>&lt;0.001</b>	0.98 (0.98 – 0.99)	<b>&lt;0.001</b>	0.98 (0.97 – 1.00)	<b>0.019</b>	1.00 (0.99 – 1.01)	0.663	0.99 (0.98 – 1.00)	<b>0.014</b>	1.01 (1.00 – 1.03)	0.060	0.99 (0.98 – 0.99)	<b>&lt;0.001</b>
Mand vs. Kvinde	0.87 (0.78 – 0.96)	<b>0.006</b>	0.89 (0.79 – 1.01)	0.064	0.68 (0.51 – 0.90)	<b>0.007</b>	0.84 (0.71 – 0.99)	<b>0.037</b>	0.85 (0.70 – 1.03)	0.104	0.60 (0.46 – 0.78)	<b>&lt;0.001</b>	0.86 (0.77 – 0.96)	<b>0.007</b>
Frontlinjepersonale vs. andre	1.14 (1.02 – 1.27)	<b>0.025</b>	1.15 (1.01 – 1.30)	<b>0.037</b>	0.96 (0.72 – 1.27)	0.767	0.85 (0.71 – 1.01)	0.069	1.31 (1.07 – 1.61)	<b>0.009</b>	1.47 (1.12 – 1.93)	<b>0.007</b>	1.08 (0.96 – 1.21)	0.203
SRH: Ikke god vs. God	1.31 (1.12 – 1.55)	<b>0.001</b>	1.09 (0.90 – 1.32)	0.379	1.52 (1.01 – 2.31)	0.051	1.70 (1.32 – 2.19)	<b>&lt;0.001</b>	1.04 (0.76 – 1.39)	0.819	1.82 (1.25 – 2.66)	<b>0.002</b>	1.03 (0.86 – 1.24)	0.716
Udbrændthed (0-24)	1.02 (1.01 – 1.03)	<b>0.001</b>	1.02 (1.00 – 1.03)	<b>0.022</b>	1.03 (0.99 – 1.06)	0.105	1.02 (1.00 – 1.04)	<b>0.025</b>	1.02 (0.99 – 1.04)	0.156	1.01 (0.98 – 1.04)	0.616	1.02 (1.01 – 1.03)	<b>0.002</b>
Fraværseepisoder 180 dage før	1.30 (1.25 – 1.35)	<b>&lt;0.001</b>	1.32 (1.27 – 1.37)	<b>&lt;0.001</b>	1.67 (1.51 – 1.85)	<b>&lt;0.001</b>	1.28 (1.21 – 1.36)	<b>&lt;0.001</b>	1.23 (1.17 – 1.29)	<b>&lt;0.001</b>	1.24 (1.14 – 1.35)	<b>&lt;0.001</b>	1.21 (1.18 – 1.25)	<b>&lt;0.001</b>
Observations	2362		2362		2362		2362		2362		2362		2308	
R <sup>2</sup> Nagelkerke	0.237		0.223		0.261		0.132		0.103		0.116		0.113	



### 7.1.7. Sygefraværpraksis – holdninger til sygefravær og -nærvær

Den sidste tematik, vi analyserer på ift. vores case-organisation fra den offentlige sektor ser på associationer mellem måder at praktisere sygefravær på og efterfølgende episoder med sygefravær. Det er ofte implicit i mange arbejdsmiljøprofessionelles virke, at medarbejdernes holdninger og den kultur, der hersker på en given arbejdsplads spiller en væsentlig rolle ift. sygefraværet. En kultur, der er præget af en konsensus, hvor fravær f.eks. er noget privat, eller hvor det er en rettighed som medarbejderne til hver tid har ret til at benytte sig af bliver betragtet som værende en væsentlig faktor ift. at kunne reducere sygefraværet. Dette kan ske både ved at korte episoder af fravær helt forsvinder ligesom det kan ske ved at de længerevarende episoder af fravær bliver forkortet. Der er imidlertid ringe evidens for betydningen af såvel medarbejdernes holdninger som den kultur der hersker på arbejdspladsen. Dette skyldes, at det kan være vanskeligt at operationalisere det på en god måde og formentlig også, at det kan være relativt kontroversielt at undersøge især, hvis medarbejderne frygter, at deres holdninger får betydning for deres efterfølgende ansættelse.

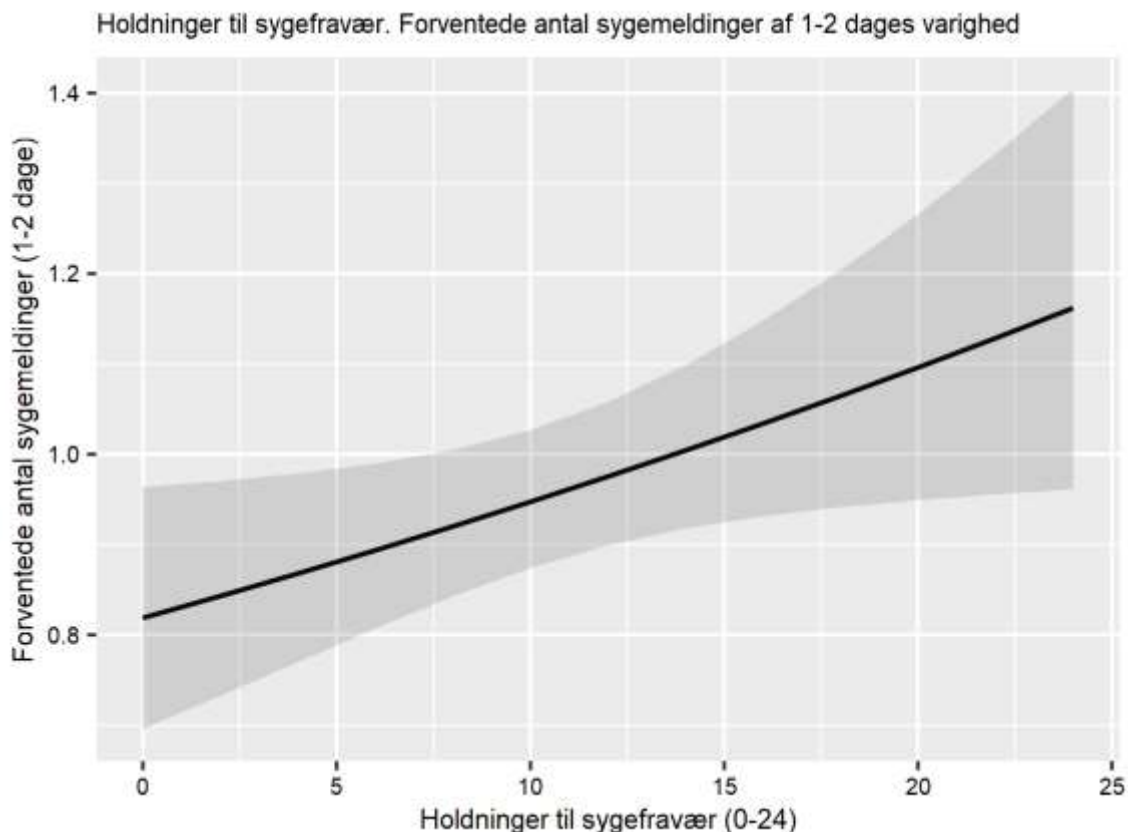
I undersøgelsen benyttede vi os af en række spørgsmål, der har været anvendt i et mindre antal danske undersøgelser af sygefravær over de seneste par årtier. Her bliver deltagerne spurgt om, hvor rimeligt de synes, det er at melde sig syg i en række situationer, hvor der kan være tvivl om, om det er det rigtige at gøre. Disse 6 spørgsmål er samlet til ét additivt indeks, der måler på en skala fra 0 til 24, hvor restriktive holdninger den ansatte har til brugen af fravær i tvivlssituationer. Jo højere værdien er desto mindre restriktiv er deltageren.

**Tabel 9. Sygefraværsepisoder og holdninger til fravær. Negativ Binomial regression/Cox Proportional Hazards. IRR/HR.**

<i>Predictors</i>	<b>Episoder 1-2 dage</b>		<b>Episoder fredag</b>		<b>Epsioder 14+ dage</b>	
	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>
Holdninger til sygefravær (0-24)	1.01 (1.00 – 1.03)	<b>0.029</b>	1.04 (1.02 – 1.06)	<b>0.001</b>	1.00 (0.97 – 1.03)	0.821
Alder (20-82)	0.98 (0.98 – 0.99)	<b>&lt;0.001</b>	0.99 (0.98 – 1.00)	<b>0.031</b>	1.01 (1.00 – 1.02)	0.095
Mand vs. Kvinde	0.91 (0.81 – 1.02)	0.116	0.86 (0.71 – 1.04)	0.128	0.66 (0.51 – 0.85)	<b>0.002</b>
Frontlinjepersonale vs. andre	1.17 (1.04 – 1.32)	<b>0.009</b>	1.32 (1.09 – 1.60)	<b>0.004</b>	1.63 (1.27 – 2.11)	<b>&lt;0.001</b>
SRH: Ikke god vs. God	1.09 (0.90 – 1.32)	0.380	1.06 (0.78 – 1.43)	0.708	1.85 (1.27 – 2.71)	<b>0.002</b>
Udbrændthed (0-24)	1.01 (1.00 – 1.03)	<b>0.037</b>	1.01 (0.99 – 1.04)	0.172	1.02 (0.99 – 1.05)	0.169
Fraværsepisoder 180 dage før	1.33 (1.27 – 1.38)	<b>&lt;0.001</b>	1.23 (1.17 – 1.30)	<b>&lt;0.001</b>	1.24 (1.15 – 1.36)	<b>&lt;0.001</b>
Observations	2385		2385		2385	
R <sup>2</sup> Nagelkerke	0.229		0.109		0.104	

Af tabel 9 ovenfor fremgår det at holdninger til sygefravær er associeret med korte episoder af sygefravær samt episoder der starter om fredagen, mens holdningerne ingen betydning har for episoder af mere end 14 dages varighed. Som det fremgår af tabellen, er analyserne justeret for sociodemografiske oplysninger såvel som helbred og tidligere sygefravær. Det tyder således på, at holdninger også i vores case-organisation har en betydning for de korterevarende fraværsepisoder og at det ikke alene skyldes at der formentlig er en sammenhæng mellem holdninger og eget helbred sådan at dem der har et svækket helbred og har brug for at tage sygefravær med tiden udvikler mindre restriktive holdninger til at tage fravær. I figur 7 nedenfor er associationen illustreret ved hjælp af en figur der viser at det forventede antal sygemeldinger af 1-2 dages varighed stiger fra 0.8 til ca. 1.15 når man sammenligner dem med de mest restriktive holdninger til fravær med dem med de mindst restriktive holdninger. Associationen er større for episoder der starter om fredagen. Her svarer incidensrate ratioen mellem de mest og mindst restriktive til IRR: 2.56, men til gengæld er antallet af episoder der starter fredag i absolutte tal relativt lille (mindre end 0.4), hvorfor det næppe er specielt vigtigt at fokusere på. Resultaterne indikerer naturligvis også at det må være muligt for ledelsen at påvirke holdninger på kollektivt niveau i det omfang de bliver betragtet som værende problematiske. Om det er tilfældet, er mere vanskeligt at tage stilling til eftersom vores analyser også viser, at holdninger til sygefravær er associeret med en sygefraværspraksis, der indebærer, at man går på arbejde selvom man med rimelighed synes man kunne have meldt sig syg eller selvom man oplever symptomer som f.eks. feber eller at have været 'trist og ked af det'.

**Figur 7. Holdninger til sygefravær og korte sygemeldinger.**



Problematikken med ansatte der går syge på arbejde – det man som omtalt i introduktionen og kalde sygenærvær – er også en omdiskuteret problematik. På den ene side gør man meget for at sikre at folk med helbredssvækkelser fortsat kan være en del af arbejdsmarkedet og at sygemeldte kommer tilbage på arbejdspladsen så hurtigt som muligt da det er vigtigt at være en del af de sociale fællesskaber der findes her. På den anden side findes der forskellige undersøgelser der peger på, at det at gå syg på arbejde kan have negative konsekvenser.

I en tid hvor Covid-19 pandemien fortsat er i vores erindring forekommer det banalt at pege på, at ansatte, der tropper op på arbejdet med infektionssygdomme, er en dårlig idé, eftersom at de risikerer at smitte deres kollega og eventuelle kunder eller andre personer som de ansatte er i kontakt med som en del af deres servicearbejde. Det er næppe realistisk, at pandemien kunne være undgået, hvis ingen havde praktiseret sygenærvær, men der er ingen tvivl om, at infektionssygdomme spiller en stor rolle især i visse erhvervsgruppers sygefravær. Der er dog også andre undersøgelser, som har peget på, at sygenærvær kan være problematisk, fordi det øger risikoen for efterfølgende at blive syg i længere tid. Disse fund er gjort såvel i en dansk kontekst som i Sverige, men det er fortsat ganske uvist, hvordan en eventuel association skal forstås. I vores analyse har vi gentaget nogle af disse analyser, hvilket fremgår af såvel tabel 8 som tabel 11.

**Tabel 10. Sygefraværsepisoder og sygenærvær. Negativ Binomial regression. IRR**

<i>Predictors</i>	<b>Epsioder 14+ dage</b>	
	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>
Sygenærvær: 1 gang	0.71 (0.48 – 1.03)	0.072
Sygenærvær: 2-3 gange	1.21 (0.88 – 1.66)	0.248
Sygenærvær: 4-5 gange	1.33 (0.82 – 2.15)	0.241
Sygenærvær: 6-10 gange	1.55 (0.78 – 3.14)	0.214
Sygenærvær: 10+ gange	2.19 (1.09 – 4.58)	<b>0.031</b>
Høj indflydelse på arbejdstid vs. lav indflydelse	0.86 (0.65 – 1.14)	0.281
Jobusikkerhed (0-16)	1.04 (1.01 – 1.08)	<b>0.024</b>
Alder (20-82)	1.01 (1.00 – 1.03)	0.061
Mand vs. Kvinde	0.60 (0.46 – 0.78)	<b>&lt;0.001</b>
Frontlinjepersonale vs. andre	1.45 (1.11 – 1.91)	<b>0.009</b>
SRH: Ikke god vs. God	1.69 (1.16 – 2.48)	<b>0.008</b>
Udbrændthed (0-24)	1.00 (0.97 – 1.03)	0.836
Fraværsepisoder 180 dage før	1.20 (1.10 – 1.31)	<b>&lt;0.001</b>
Observations	2354	
R <sup>2</sup> Nagelkerke	0.135	

I tabel 10 kan man se at sygenærvær forstået som selvrappede episoder hvor deltageren har følt at vedkommende med rimelighed kunne have meldt sig syg øger risikoen for at opleve en længerevarende sygdom i opfølgingsperioden. Det er alene sygenærvær mere end 10 gange som er statistisk signifikant forskellig fra dem der ingen episoder af sygenærvær har. Men hvis vi betragter associationerne for de øvrige frekvenser fremstår der en monoton stigende association der bekræfter at sygenærvær er associeret med længerevarende sygefravær selv når der er justeret for selvvurderet helbred såvel som tidligere sygefravær. Det er dog fortsat helt uklart, hvad en eventuel årsagsmekanisme skulle være.

**Tabel 11. Sygefraværsepisoder og sygenærvær med symptomer. Negativ Binomial regression. IRR**

<i>Predictors</i>	Epsioder 14+ dage		Epsioder 14+ dage		Epsioder 14+ dage		Epsioder 14+ dage	
	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>	<i>Incidence Rate Ratios</i>	<i>p</i>
Feber på arbejde	1.43 (0.98 – 2.08)	0.061						
Forkølet på arbejde			1.48 (1.13 – 1.92)	<b>0.003</b>				
Hovedpine på arbejde					1.18 (0.90 – 1.53)	0.223		
Symptomer på arbejde (0-5)							1.17 (1.07 – 1.28)	<b>0.001</b>
Alder (20-82)	1.01 (1.00 – 1.02)	0.107	1.01 (1.00 – 1.03)	<b>0.022</b>	1.01 (1.00 – 1.02)	0.063	1.01 (1.00 – 1.03)	<b>0.031</b>
Mand vs. Kvinde	0.62 (0.48 – 0.81)	<b>&lt;0.001</b>	0.63 (0.48 – 0.82)	<b>0.001</b>	0.63 (0.48 – 0.82)	<b>0.001</b>	0.63 (0.48 – 0.83)	<b>0.001</b>
Frontlinjepersonale vs. andre	1.56 (1.21 – 2.01)	<b>0.001</b>	1.64 (1.27 – 2.12)	<b>&lt;0.001</b>	1.65 (1.28 – 2.13)	<b>&lt;0.001</b>	1.60 (1.24 – 2.08)	<b>&lt;0.001</b>
SRH: Ikke god vs. God	1.93 (1.33 – 2.83)	<b>0.001</b>	1.86 (1.27 – 2.73)	<b>0.002</b>	1.86 (1.27 – 2.72)	<b>0.002</b>	1.77 (1.21 – 2.61)	<b>0.004</b>
Udbrændthed (0-24)	1.02 (0.99 – 1.04)	0.218	1.01 (0.99 – 1.04)	0.387	1.02 (0.99 – 1.05)	0.187	1.00 (0.97 – 1.03)	0.815
Fraværsepisoder 180 dage før	1.24 (1.14 – 1.35)	<b>&lt;0.001</b>	1.26 (1.15 – 1.37)	<b>&lt;0.001</b>	1.24 (1.14 – 1.36)	<b>&lt;0.001</b>	1.26 (1.15 – 1.37)	<b>&lt;0.001</b>
Observations	2404		2414		2393		2331	
R <sup>2</sup> Nagelkerke	0.112		0.115		0.113		0.124	

I tabel 11 har vi undersøgt sammenhængen mellem sygenærvær og fremtidig længerevarende sygefravær på en lidt anden måde. Vi spurgte deltagerne i undersøgelsen om de inden for de seneste 6 måneder havde gået på arbejde selvom de havde en række forskellige symptomer: feber, forkølelse, hovedpine, smerter i bevægeapparatet og 'at de var triste og kede af det'. Som det fremgår af ovenstående tabel kan vi se at det at gå på arbejde 'selvom du havde feber' er associeret med fremtidigt sygefravær hvis vi sammenligner dem der har gjort det flere gange med dem der ikke har gjort det flere gange. Det samme gør sig gældende for både forkølelse og 'selvom de var triste og kede af det'. Vi har samlet de fem spørgsmål i ét indeks, hvor det fremgår tydeligt at jo flere forskellige symptomer de er gået på arbejde med desto større er risikoen for at opleve en sygemelding af mere end 14 dages varighed i opfølgingsperioden.

Disse analyser peger på, at selvom det kunne være fristende at påvirke de ansattes holdninger til sygefravær med henblik på at gøre dem mere restriktive ja så er det formentlig vigtigt at en sådan holdningspåvirkning ikke kun adresserer de der har meget lidt restriktive holdninger, men at man også fokuserer på dem der har meget restriktive holdninger eftersom det i et lidt længere tidsperspektiv kan være problematisk for både dem og virksomheden.

### 7.1.8 Delkonklusion

I ovenstående resultat afsnit har vi forsøgt at belyse de sygefraværs mønstre, der ses i organisation 1 samt hvilke faktorer i arbejdsmiljøet, der ser ud til at have betydning for forskellige typer af fravær. Vi når frem til de følgende konklusioner: Køn, alder og jobtype har betydning for fraværet. Yngre medarbejdere, kvindelige medarbejdere samt bestemte medarbejdere i visse jobtyper har mere fravær. 41% af alle medarbejderne har mindst én sygemelding på de tre måneder. Fravær er en hel normal del af at være aktiv på arbejdsmarkedet. Et lavt fravær behøver ikke være det mest ideelle, da det kan dække over situationer, hvor en person vælger at gå på arbejde på trods af sygdom i stedet for at tage fravær. Medarbejdernes helbred betyder (ikke overraskende) meget. Medarbejdere med færre helbredsproblemer (herunder symptomer på udbrændthed og selvopfattet arbejdsevne) har dog en lavere risiko for at blive sygemeldt. Medarbejdere med tidligere sygefravær har desuden en øget risiko for at blive sygemeldt. Der er således et vigtigt forebyggelsespotentiale i at sørge for medarbejdernes trivsel og velbefindende. Indflydelse på arbejdstid og forudsigelighed f.eks. om hvem man arbejder sammen med har betydning for fraværet, og hvis man oplever at blive kaldt på arbejde på fridage og/eller, at det er uforudsigeligt, hvem man f.eks. skal arbejde med, påvirker det sygefraværet negativt. Vigtigt forebyggelsespotentiale i at give medarbejderne mere indflydelse samt at sikre en transparent og forudsigelig planlægning af vagter. Mobning, chikane og trusler om vold øger risikoen for at tage sygefravær. Usikkerhed og bekymringer om fremtidige jobvilkår mm øger risikoen for at tage fravær, hvis man oplever usikkerhed om arbejdsforholdene f.eks., hvor mange krævende personer skal håndteres eller, at kravene bliver større øger det risikoen for at tage sygefravær. Holdninger til fravær er associeret med sygefravær, dette kan skyldes at personlig erfaring med sygefravær gør ens holdninger til fravær mindre restriktive og mindre restriktive holdninger øger sandsynligheden for sygefravær fremadrettet især det korterevarende.

## 7.2 Resultater fra den kvalitative undersøgelse i organisation 1 (se også vedlagte artikel 2)

I forlængelse af de kvantitative resultater ovenfor beskrives i det følgende afsnit den formelle håndtering af sygefravær i organisationen, og hvordan de formelle anvisninger/politikker spiller sammen med den kulturelle forståelse af sygefravær, og det beskrives, hvilke konsekvenser disse perspektiver kan have for sygefraværet og håndteringen i virksomheden.

### 7.2.1 Værktøjer og regler til at håndtere højt fravær og personalemangel

I organisation 1 er der et stort fokus på at nedsætte, hvad der opfattes som et meget højt sygefravær. Niveaue for sygefraværet bliver i mange interviews koblet til mangel på medarbejdere til at varetage opgaver, som følgende citat illustrerer:

*"De har så at sige regnet ud, at en stor del af den personalemangel, vi har, kan afhjælpes ved at reducere sygefraværet"* (Frontmedarbejder).

Derudover peges der på, at de høje sygefraværstal også handler om, at de har manglet procedurer for at afskedige langtidssyge medarbejdere.

Registrering og kategorisering af sygefravær samt opfølgning på medarbejdere for at adressere fraværet bliver anvendt som værktøjer til at bringe fraværet ned. Håndteringen af sygefravær er

bygget op om den såkaldte Bradfordmodel (der registrerer fraværet), og samtaler med medarbejderne ved sygdom. Det er den nærmeste personaleansvarlige i hver enhed (enhedschefen, dvs. nærmeste leder med personaleansvar), der registrerer i Bradford, når medarbejderen ringer ind og melder sig syg. Derefter følges op ved, at lederen ringer til den syge medarbejder på dag 1., 4. og 14. sygedag samt registrerer og dokumenterer samtalen.

I Bradfordmodellen, udregnes der en Bradfordscore (dage i alt x episoder i anden), der resulterer i grøn (eks. grøn kan være en periode med 70 sygedage = 70 point?), gul (100 – 200 point) og rød (over 200 point) farvekode. Gul og rød indikerer, at der er behov for, at enhedschefen tager initiativ til at indkalde medarbejderen til et møde omkring sygefraværet. Nærmeste personaleansvarlige (Enhedschefen) foretager i samarbejde med en tilknyttet HR-konsulent en (Bradford) gennemgang af de enkelte medarbejders Bradfordscore og foretager en individuel konkret vurdering i forhold til den enkelte medarbejder ift. hvad der skal ske.

Der er to forskellige former for samtaler mellem medarbejder og leder i forbindelse med sygefravær. Der er (uformelle) trivsels-/omsorgssamtaler og (formelle/tjenestelige) sygefraværssamtaler. I nedenstående citat fortæller en informant om, hvad der typisk sker, når man bliver opmærksom på et fravær, som er lidt bekymrende f.eks. nogle dage her og der, som han ikke kender årsagen til.

*"Der er jo typisk gået det forud, at lederen er blevet opmærksom på, at der her er et fravær, som er lidt bekymrende. Altså enten noget drypvis fravær, altså nogle dage her og der, som lederen ikke rigtig kan se, hvad det skyldes. Og så på et eller andet tidspunkt, jamen så indkalder lederen til en trivselssamtale eller en omsorgssamtale. Og hvis medarbejderen giver udtryk for "jamen der er ikke noget, det hele kører bare" og fraværet fortætter. Så skrider ledelsen typisk til en sygefraværssamtale. Fordi så har de jo prøvet at tage ren omsorg og ren trivsel, og det har ikke rigtig hjulpet noget. Og så er det nødt til at blive lidt mere formelt. Og det er så en sygefraværssamtale". (Frontmedarbejder)*

Her indkaldes altså til en trivsels/omsorgssamtale, hvor TR (eller en anden, som medarbejderen ønsker) er med som bisidder, mhp. at finde ud af, hvad der ligger til grund for fraværet. I den forbindelse aftales der, hvilke ændringer, der skal ske. F.eks. ved at omlægge aftenvagter til flere dagvagter. Der laves en handleplan og aftales dato for opfølgning. Det er ikke altid, lederen har afventet og brugt Bradfordscoren, fordi han/hun kender medarbejderen og har fingeren på pulsen.

Fortsætter fraværet indkalder lederen efterfølgende til en sygefraværssamtale, som er en tjenstlig samtale, hvor TR er bisidder for at finde ud af, hvordan leder og medarbejder i fællesskab kan hjælpes ad med at reducere medarbejderens sygefravær, ofte i en lidt længere proces.

Et eksempel på en handleplan kunne være at afprøve ændringer i en medarbejders vagter. Hvis man kan se, at det typisk er, når medarbejderen har eftermiddagsvagter eller nattevagter, at vedkommende bliver syg, så aftaler man at afprøve, om det vil fungere bedre (med mindre sygdom), hvis vedkommende i en periode får flere dagvagter i stedet for. Evalueringen af handleplanen handler så om, hvordan ændringerne påvirker sygefraværet, som følgende citat illustrerer:

*" Og på næste opfølgningssamtale, hvis man så kan se, jamen det har rent faktisk hjulpet på fraværet, så kan det aftales på den samtale: "det synes jeg, du skal fortsætte med, at tage nogle flere dagvagter. Med en overvægt af dagvagter i stedet for aften/nattevagter, fordi det kunne godt se ud til, det har haft en positiv effekt på dit sygefravær." (Mellemlider)*

Dog indikerer interviewene, at der er stor forskel på, hvordan håndteringen af sygefraværet foregår. De intentioner, der ligger i monitorering og kommunikationen mellem ledere og medarbejdere, er også afhængig af, hvordan den enkelte leder anvender disse værktøjer, som illustreret ved følgende citat:

*"Sygefraværssamtaler og måden at afholde dem på, så er det ikke alle ledere, jeg fornærmer ikke nogen, men det er ikke alle ledere, der er skidegode til det. Og det er ikke for at kritisere dem, men det er fordi, de er ikke uddannede godt nok til det. Så derfor har de ikke kompetencerne til det. Og derfor er afholdelse af sygefraværssamtalerne bundet op på få mennesker." (Frontmedarbejder)*

#### 7.2.2 Når den institutionelle praksis afkobles fra de daglige arbejdsaktiviteter/praksisser

På baggrund af den tidligere omtalte teoretiske ramme (se side 20) vil vi beskrive, hvordan afkoblingen mellem organisationens administration af sygefravær og den daglige praksis på arbejdsenhederne relaterer sig til sygefravær i organisationen. Ved hjælp af begrebet rationel myte, vil vi belyse, hvordan forvaltningen af sygefravær afkobles fra den kulturelle logik og daglige praksis hos lederne og medarbejderne i organisationen.

##### 7.2.2.1. Den nye organisatoriske struktur som en barriere.

Organisationen blev omstruktureret for ca. syv år siden, hvor de enkelte afdelinger blev organiseret under fire regionale kontorer. I forhold til ledelsen og håndteringen af sygefravær betød denne centralisering, at de ledere, der fremadrettet skulle forestå interviews med medarbejdere, der havde for meget sygefravær eller bestemte mønstre af sygefravær, ikke var medarbejdernes daglige leder (enhedslederen), men lederen på næste niveau (enhedschefen), som de ofte havde minimal kontakt med i løbet af deres normale arbejdsdag. Følgelig syntes kombinationen af centralisering og en formaliseret tilgang til overvågning af sygefraværet at løsrive de formelle procedurer for håndtering af sygefraværet fra den daglige opgaveløsning og kommunikation mellem lederne og medarbejdere. En af medarbejderne eksemplificerer dette ved at sige:

*" Det, der også er ubehageligt, er, at de (interviewene) finder sted på regionskontorerne med en person, der ikke kender afdelingen eller ved, hvem man er, og så skal man sidde foran fremmede mennesker og forklare. Før var det lederen i afdelingen, som man er vant til, der gennemførte disse samtaler. Så det betyder noget" (Frontmedarbejder 2, TR)*

Her forklarer medarbejderen også, hvordan procedurerne for fraværstyring administreres afkoblet fra det daglige arbejde i afdelingerne. Dette kan potentielt løsrive procedurerne fra den daglige ledelsespraksis, og kan skabe en følelse af fremmedgørelse mellem medarbejdere og ledere.

##### 7.2.2.2. Et fokus på fraværstyring versus fokus på arbejdsmiljøet og forebyggelse

En stor del af medarbejderne og lederne oplevede, at sygefraværspolitikken gav næring til et reaktivt fokus på sygefraværshåndteringen, og at et mere proaktivt/præventivt fokus blev mindsket. Opfattelsen blandt medarbejdere og ledere var, at der blev brugt mange ressourcer på at dokumentere sygefravær i stedet for at forbedre arbejdsmiljøet, og at der var en manglende interesse for årsagerne til sygefravær. Dette uddybes nedenfor.

I interviewene forklarede både medarbejdere og ledere, hvordan arbejdsmiljøet blev reduceret til den daglige drift, og hvordan aktiviteter, der ikke var relateret til driften, såsom supervision og



personalemøder, blev tilsidesat (eller begrænset til en særlig afdeling). De fortæller, at der ikke var økonomiske ressourcer til at planlægge sociale aktiviteter for at forbedre trivslen, som muligvis kunne forebygge sygefravær. Nogle af lederne og de fleste af medarbejderne fandt, at balancen var tippet i organisationen; fokus var på dokumentation af sygefravær og på at reagere på for højt sygefravær, hvilket drejede fokus væk fra de tiltag, der kunne forebygge sygefraværet. Selv for topcheferne blev denne mangel på fokus på arbejdsmiljøet nævnt, som denne topchef, der også var personalechef, forklarede:

*"Jeg synes, det er gået for vidt, at hver gang nogen er sygemeldt, skal vi gøre noget lignende. Den tid, der bruges på det, kunne jeg have brugt på at udvikle afdelingen i samarbejde med mine medarbejdere, hvilket kunne gøre det sjovere at gå på arbejde. (...). Så det er denne form for balance, som jeg finder vigtig. Og jeg synes, at den tipper den forkerte vej i vores organisation. Jeg synes, der er for meget bureaukrati, jeg synes, der er for meget mikromanagement, og der er for meget "samme størrelse passer til alle" (Top chef).*

Selv i de centrale afdelinger i organisationen blev det således påpeget, at det er vigtigt at finde en balance mellem reaktive foranstaltninger (såsom Bradford) og forebyggende foranstaltninger, da det blev anset for mere meningsfuldt at bruge organisatoriske ressourcer på at forebygge sygefravær.

Endvidere giver flere medarbejdere udtryk for, at den måde, hvorpå sygefraværspolitikken blev gennemført, fik dem til at føle, at der manglende interesse for, hvorfor de meldte sig syge, og dermed manglende interesse for de aspekter, som medarbejderne betragtede som problematiske i arbejdsmiljøet. En af de ansatte udtalte:

*"De tager ikke fat på det egentlige problem med, hvorfor man melder sig syg. Det arbejdsmiljø, vi har. Alle de problemer, vi står over for. Det (håndteringen af sygefravær) virker som en unødvendig kontrol" (Frontmedarbejder).*

Det ser således ud til, at det organisatoriske fokus på Bradford (den rationelle myte) fører til en opfattelse af en skæv balance i håndteringen af sygefravær, hvor den organisatoriske interesse og indsats ligger i et reaktivt fokus i stedet for mere proaktive indsatser for at skabe et sundt arbejdsmiljø og adressere årsagerne til sygefravær.

### 7.2.3 Ledelsesmæssige tilgange til sygefraværspolitik og daglig håndteringspraksis

Resultaterne af interviewene viser også tre forskellige ledelsesmæssige tilgange til anvendelse af Bradford; oppositionstilgangen, supplements tilgangen og overholdelsestilgangen.

*Ledere med oppositionstilgangen* var kendetegnet ved en grundlæggende modvilje mod Bradford-principperne og de efterfølgende 1-4-14 telefonopkald. De ledere, der var kendetegnet ved denne tilgang, forsøgte på forskellige måder at omgå de af procedurerne, som de ikke fandt hensigtsmæssige til forebyggelse af kortvarig sygefravær, eksempelvis ved at de ringede til medarbejderne, når de fandt det passende i stedet for at ringe på faste dage. Andre ledere forklarede, hvordan de undskyldte sig selv, når de ringede til medarbejderne, og forklarede på forhånd, at de var nødt til at gennemføre disse opkald, fordi det var en del af organisationens sygefraværspolitik. Der var også ledere, der forhandlede med deres øverste ledelse om at bruge deres personlige skøn og vurdering som

udgangspunkt for deres måde at håndtere kortvarigt sygefravær på, i stedet for Bradford. En af lederne sagde:

*"Jo mere vi taler om det i vores ledelsesgruppe, jo mere får min chef tillid til, at jeg faktisk ved, hvordan mine medarbejdere klarer sig. Og dermed giver hun slip på den kontrol og overvågning, hun kan have, og tør stole på, at min personlige vurdering er god nok." (Mellemlider).*

En af de ting, der var fælles for denne tilgang, var, at lederne opfattede den nuværende SA-praksis som noget, der tog værdifuld tid fra forebyggende tiltag som f.eks. at tilbringe tid med medarbejderne på grund af den store mængde dokumentationskrav.

*Ledere med supplementtilgangen* var kendetegnet ved, at de så Bradford som et hjælpsomt værktøj, der supplerede deres hovedfokus, som var kontinuerligt at være i dialog med medarbejderne om det psykiske arbejdsmiljø og sikre trivsel blandt medarbejderne. De fandt procedurerne nyttige, fordi det gav dem mulighed for at identificere potentiel mistrivsel ud fra mønstre i sygefravær. Mønstre de ellers ikke ville have spottet, så de så Bradford som en hjælp i deres daglige arbejde med at sikre trivsel hos medarbejderne, men der var generel enighed om, at disse procedurer ikke kunne stå alene. Derfor var det primært et supplement til deres overordnede fokus, som var at forebygge sygefravær ved at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø. En af lederne forklarede:

*"Det er blevet en naturlig del. Jeg kan huske i begyndelsen, da der var flere (medarbejdere), der gav udtryk for, at det var en form for kontrol (...) men det afhænger af, hvem man er som leder. (...) Det er den tilgang, man har, hvordan man er som leder, der har indflydelse på, hvor godt det bliver modtaget af medarbejderne. Det er blevet fuldstændig til en rutine, vil jeg sige." (Mellemlider).*

Men disse sekvenser af telefonsamtaler samt opmærksomheden på de overordnede mønstre for sygefravær var kun et supplement til deres overordnede bekymring/opmærksomhed og strategi for at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø. En af linjelederne nævnte vigtigheden af at prioritere den daglige kontakt med medarbejderne, hvor de kunne få indsigt i medarbejdernes trivsel og i, hvordan arbejdsaktiviteterne påvirkede dem. Mange ledere fokuserede på at planlægge hyppige dialoger med medarbejderne, så medarbejderne vidste, at de regelmæssigt havde et sted at henvende sig med potentielle bekymringer. De lagde også vægt på vigtigheden af at være til stede omkring medarbejderne dagligt, som følgende citat illustrerer:

*"Jeg tror, at jeg ofte har oplevet, at jeg lægger mærke til noget på et morgenmøde. Jamen, så går jeg rundt blandt medarbejderne og kan ligesom fornemme ... at der er noget ... og så henvender jeg mig til medarbejderen senere og spørger: "Er der noget, vi skal tale om eller?". Det er den daglige bekymring, eller hvad man kalder det. Det synes jeg er det vigtigste, det daglige nærvær, hvor man fornemmer ting." (Mellemlider).*

Lederne var således engageret i at etablere et tillidsfuldt forhold til medarbejderne, hvilket de fandt var en forudsætning for at spotte udfordringer blandt medarbejderne. Den viden, de fik gennem den tillidsfulde relation, brugte de til at kvalificere og tilpasse 1-4-14 telefonopkaldene til den konkrete medarbejders situation. En af medarbejderne oplevede dette på følgende måde:

*"Når man som leder og medarbejder kender hinanden, så ved man det. Så ringer jeg bare hurtigt, fordi jeg ved, at jeg skal reagere hurtigt, eller omvendt. Jeg trækker mig bare tilbage og giver medarbejderen lidt plads" (Frontmedarbejder)*

Samlet set blev denne måde at være opmærksom på medarbejderne på og følge op på spor fra medarbejderne set som en foretrukken måde at identificere og forebygge potentielle sygemeldinger på frem for at følge skemaerne i Bradford-modellen til punkt og prikke. Bradford blev i stedet opfattet som et supplerende værktøj til at sikre, at de ikke havde overset en medarbejder i nød.

*Ledere med overholdelsestilgangen* fulgte procedureerne nøje, og her var fraværspolitikken den eneste tilgang til at håndtere det kortvarige sygefravær på. Lederne så Bradford som et relevant værktøj til at opdage mønstre i sygefraværet og sikre en reduktion af sygefravær i organisationen. En af medarbejdere beskriver tilgangen på følgende måde:

*"Så er der nogle af dem (lederne), der siger: "Nå ok, hvis jeg bare gennemfører det her, så er min transportør sikkert hjemme. Så er det det eneste, de fokuserer på. Og så ringer de hele tiden og indkalder til samtaler, fordi papirarbejdet skal være i orden. Der er alt for lidt fokus på medarbejderen." (Frontmedarbejder)*

Disse tre tilgange illustrerer, hvordan lederne divergerer i deres forståelse af sygefravær og dermed også til deres tilgang til organisationens håndteringspraksis, som de enten følger, gør modstand mod eller bruger som et supplement til deres ledelsespraksis. Mange ledere og medarbejdere fremhæver betydningen af også at fokusere på opkvalificeringen af ledere frem for kun at hjælpe dem til at håndtere sygefravær.

#### 7.2.4. Mangel på uddannelse i personaleledelse

Flere interviewpersoner problematiserer, hvad de oplever som organisationens ensidige fokus på Bradford som det værktøj, der er til rådighed i håndtering af sygefravær, og et deraf følgende manglende fokus på andre ledelsesstrategier til forebyggelse af sygefravær. Manglen på tilstrækkelig uddannelse i personaleledelse sammen med gennemførelsen af fraværstyringspolitikken blev fremhævet. En af HR-konsulenterne forklarer:

*"Det er denne balance, som på en måde er tippet. (...) Jeg tror, at det for mange mennesker er fint med et stigende fokus, men man skal virkelig overveje, hvordan Bradford forvaltes. For ofte ender det med, at lederne får dette værktøj, og så bliver det et instrument, som de kan bruge, men alle de ting, der er forbundet med det - hvordan gør man det her? Det handler ikke kun om at stille disse spørgsmål. Er de virkelig rustet til at forstå den sammenhæng, det har med ledelse?" (Konsulent).*

Andre medarbejdere fremhæver behovet for specifik træning i at gennemføre interviews om fraværsmønstre og for at indlede dialoger med medarbejderne for at imødegå deres oplevede manglende kompetence. Det eksemplificerer, hvordan afkoblingen af praksis for fraværstyring fra ledernes daglige aktiviteter og ledelsespraksis kan skabe en følelse af tabt balance i sygefraværshåndteringen i organisationen.

#### 7.2.5. Konsekvenser af den organisatoriske sygefraværshåndtering

I de følgende afsnit vil vi beskrive tre konsekvenser af den organisatoriske sygefraværshåndtering i Organisation 1, som viste sig i interviewene: Oplevelsen af kontrol blandt medarbejderne, oplevelsen af et pres for at blive hurtigt rask og spørgsmål vedrørende manglende tillid mellem ledere og medarbejdere.

### 7.2.51 Oplevelsen af kontrol

Vi fandt tre forskellige årsager til, at medarbejderne oplevede sygefraværspolitikken som kontrol i stedet for medfølelse på trods af, at den udtalte intention fra organisationen er, at Bradford- og 1-4-14-telefonsamtaler gennemføres ud fra en bekymring for den enkelte medarbejder.

For det første blev telefonopkaldene ofte oplevet af medarbejderne som et redskab, der er designet til at forbedre sygefraværstaterne, snarere end til at vise bekymring for medarbejderens velbefindende og fulde helbredelse. En af konsulenterne forklarer:

*"Den måde, de (ledelsen) taler om det på, er, at de viser bekymring, men det er ikke det, vi ser i praksis, så det bliver mere og mere tydeligt, at der er en disharmoni mellem den måde, de taler om det på, og den måde, medarbejderne opfatter det på. (...) Vores erfaring er, at de primært er interesseret i at få grønne tal, gode tal, så de er meget reaktive i deres tilgang, ikke særlig proaktive."* (Konsulent 2)

Årsagen til, at medarbejderne tilsyneladende fortolker sygefraværspolitikken som kontrol, synes at være relateret til en uoverensstemmelse i den måde, lederne taler om at vise bekymring, og den måde, medarbejderne oplever manglende bekymring eller omsorg. Dette kunne være et eksempel på en rationel myte, som lederne giver udtryk for, men som er afkoblet fra deres faktiske ledelsespraksis.

For det andet, og relateret hertil, opfattes de 'data' der kommunikerer om, baseret på Bradford (sygedage i en periode, eller mønstre af sygefravær) som upersonlige og instrumentelle, og som noget, der bidrager til en følelse af ufølsomhed over for medarbejderens situation. Telefonopkald opfattes på den baggrund sjældent som udtryk for bekymring og omsorg, selv om det er sådan, det er italesat i organisationen. Dette illustreres ved følgende citat:

*"Det har noget at gøre med at blive ringet op på en sygedag, selv på barnets første sygedag ringer de til dig. Min leder er i stand til at gribe det an på en måde, der er i overensstemmelse med dens intentioner, reel bekymring for medarbejderne, men mange af mine kolleger opfatter det som en form for kontrol".* (Frontmedarbejder)

På grund af systemets instrumentalitet er ledelsespolitikken i forhold til sygefravær afhængig af ledernes situationsbevidsthed og evne til at navigere inden for de mere rigide procedurer på en måde, som medarbejderne oplever som en reel bekymring. En af lederne oplevede, at hendes medarbejdere følte en reel bekymring fra hendes side, men hun afslørede også en følelse af at have overskredet grænsen til noget, der er for personligt eller "det rager ikke hende" i 1,4,14-telefonsamtaler.

*"Det er min erfaring, at folk sætter pris på hjælpen. Jeg tror, at hovedparten af medarbejderne ser det som reel bekymring. Men nogle gange rammer man et ømt punkt, uden at man egentlig ved det."* (Mellemlider)

For det tredje oplevede nogle, at organisationens monitorering af sygefraværet var en måde at undgå, at tale om eller undersøge de arbejdsmiljømæssige årsager til sygefravær. En af medarbejderne eksemplificerer dette og argumenterer yderligere for, at ledernes måde at håndtere fravær på var at intensivere samtalerne om fraværsmønstre:

*"Men det (håndteringen af sygefravær) opfattes som kontrol, fordi de spørgsmål, som vi ser som nødvendige at tage fat på, gør de ikke. Og de bliver nærmest irriterede, når vi prøver at forklare,*

*hvordan vi ser sygefraværet i forhold til arbejdsmiljøet, til ledelse og til meningsfuldhed på arbejde og til følelsen af at blive anerkendt og værdsat og have indflydelse på dine arbejdsopgaver, så bliver vi ikke hørt. Det er som om de råber til os, at det er medfølelse/bekymring." (Konsulent)*

#### *7.2.5.2 Et pres for ikke at blive syg og blive rask hurtigt*

Mange af de interviewede medarbejdere og ledere oplevede et pres for ikke at blive syge og for at blive hurtigt raske, hvis de var blevet syge. Presset for ikke at blive syg blev oplevet både gennem interviewene om sygefraværs mønstre og i den skriftlige og mundtlige kommunikation i organisationen.

Mange medarbejdere oplever, at deres organisations sygefraværspolitikker og -procedurer tvang dem til at møde på arbejde. Det gjaldt både interviewene såvel som telefonopkaldene 1-4-14. En af medarbejderne fortæller, hvordan interviewene blev oplevet blandt medarbejderne:

*"I stedet for at melde sig syge arbejdede de hjemmefra, fordi de var bange for at skulle til en lignende samtale, fordi det ikke havde været pænt. De var oprigtigt syge og så lige pludselig at skulle redegøre for, om de havde været syge og hvorfor". (Frontmedarbejder)*

Men det var ikke kun under samtalerne og 1-4-14 telefonopkaldene, at medarbejderne følte et pres for at undgå at blive syge. Det var også i den mundtlige og skriftlige kommunikation i organisationen, som af nogle blev opfattet som et så stort fokus, "at man er bange for at blive syg", som en konsulent udtrykte det. Den hyppige mundtlige kommunikation om sygefravær blev suppleret med skriftlig kommunikation om det, hvor der på intranettet blev afbildet grafikker vedrørende hyppigheden af SA. En af medarbejderne sagde :

*"På vores intranet var der altid, når man gik ind på forsiden, så kunne man se grafer, der skildrede sygefraværet for hver afdeling, hvilket omfattede både langtidssygefravær og andre typer fravær. Det er der ikke længere, og vi talte om og spekulerede på, om det stadig er derinde og bliver opdateret ofte". (Frontmedarbejder)*

Samtidig var der også et pres for at blive hurtigt rask igen, når man var sygemeldt. Udover at skulle ringe til medarbejderne på tidspunkter, der ikke gav mening for lederne, var det pres, som lederne følte, at de skulle få medarbejderne tilbage på arbejde så hurtigt som muligt, også noget, som nogle af lederne ikke brød sig om.

#### *7.2.5.3 Det er et spørgsmål om tillid*

Der var en tendens blandt ledere og medarbejdere til at opfatte fraværstyringen som kompromitterende for tilliden på forskellige måder, hvilket både vedrørte en mistillid til de legitime årsager til fravær blandt medarbejderne og som kompromitterende for den opbygning af tillid, som lederne havde opnået. Nogle af lederne og medarbejderne ser fraværstyringspolitikken som et middel til at afsløre medarbejdere, der var fraværende fra arbejdet uden lovlige grunde, hvilket signalerer mistillid til medarbejdere, der har legitime grunde til at være fraværende fra arbejdet, som illustreret i følgende citat:

*"Jeg tror, at mange oplever det som mistillid. At det eneste systemet er skabt til er at identificere mandagssygdom. Så skal vi sidde og høre, at nu er vores fraværspå procent for høj, fordi de tæller perioder i stedet for dage". (Frontmedarbejder)*

Denne oplevelse af mistillid blev på en måde forstærket af, at der i organisationen var fokus på at kommunikere fraværspå procenten til alle medarbejdere. Det organisatoriske fokus på de få syge i stedet

for alle de medarbejdere, der ikke meldte sig syge, blev fremhævet og problematiseret af både ledere og medarbejdere. En af lederne sagde bl.a:

*"Det er her, jeg oplever, at de henvender sig til den laveste fællesnævner, og de laver de her 1-4-14 skemaer, som vi - gud hjælpe mig - skal sidde og udfylde". (Topleder)*

Ud over den manglende tillid, som medarbejderne og lederne fremhævede, mente nogle af lederne også, at fraværstyringspolitikken og -praksis kompromitterede den tillid, som de havde opbygget blandt medarbejderne i deres daglige samspil med medarbejderne. En af lederne fortalte, at

*"Man kan næsten være grænseoverskridende over for medarbejderne, fordi man ringer hele tiden, fordi det er skrevet i et skema. Nå, er du ikke rask endnu? Nå, er du stadig ikke rask? Det er en medarbejder, som jeg har tillid til. (...) Vi taler om de 90 %, som ikke er de 10 %. De søde, gode, ansvarlige medarbejdere." (Topleder)*

Derfor oplevede lederne en afkobling mellem praksis for fraværstyring (som organisationen kræver) og deres daglige ledelsespraksis, hvilket de følte var kontraproduktivt i forhold til deres måde at interagere og kommunikere med medarbejderne på. Nogle medarbejdere tilkendegav også, at sygefraværshåndteringen i ledelsen i organisationen signalerede en mangel på tillid til lederne, da den signalerede, at "en dialog mellem lederen og medarbejderen er fraværende, hvis den ikke er sat ind i en fastlagt tidsplan".

#### 7.2.6 Delkonklusion

Sammenfattende kan man sige, at det gentagne kortvarige sygefravær i vid udstrækning behandles som et problem (der skal håndteres) med fokus på den enkelte medarbejder og på, hvad der kan gøres for at få ham eller hende tilbage på arbejde. Forebyggelse af sygefravær gennem forbedringer af arbejdsmiljøet var relativt sjældne. Fokus på, at sygefravær ofte skyldes sygdom og at forebyggelse og forsøg på at forbedre trivsel og helbred kan forebygge sygefravær var ikke fremtrædende i organisationen. Fraværstyringspolitikken var ofte afkoblet fra det daglige arbejde og den daglige ledelsespraksis, hvilket havde forskellige konsekvenser for medarbejderne og lederne og for deres indbyrdes forhold. Det synes derfor nødvendigt at skabe overensstemmelse mellem procedurerne for fraværstyring og lokal ledelsespraksis, mellem standardisering og situationsbevidsthed samt mellem et reaktivt og forebyggende fokus.

### **7.3 Resultater fra kvantitative analyser af data fra organisation 2 (se også artikel 1)**

De følgende resultater bygger og samler op på de pointer, der også er afrapporteret i artikel 1. Formålet med analyserne har dels været metodisk: at afprøve mulighederne for at anvende sekvensanalyse i kombination med klyngeanalyse til at give meningsfulde analyser af administrative data omhandlende forskellige typer af fravær og oplysninger om daglig tilstedeværelse på arbejdspladsen. Helt overordnet kan vi konkludere, at det er muligt at kombinere disse oplysninger med hinanden på en meningsfyldt måde, og at en sådan samlet analyse af dette materiale giver nogle andre indsigter end dem der kan laves på baggrund af oplysninger om fraværsepisoder alene som ofte er tilfældet i analyser af sygefravær. Formålet har dernæst været at undersøge spørgsmål relateret mere specifikt til sygefravær og især korterevarende sygefravær, der er hyppigt gentagende og som

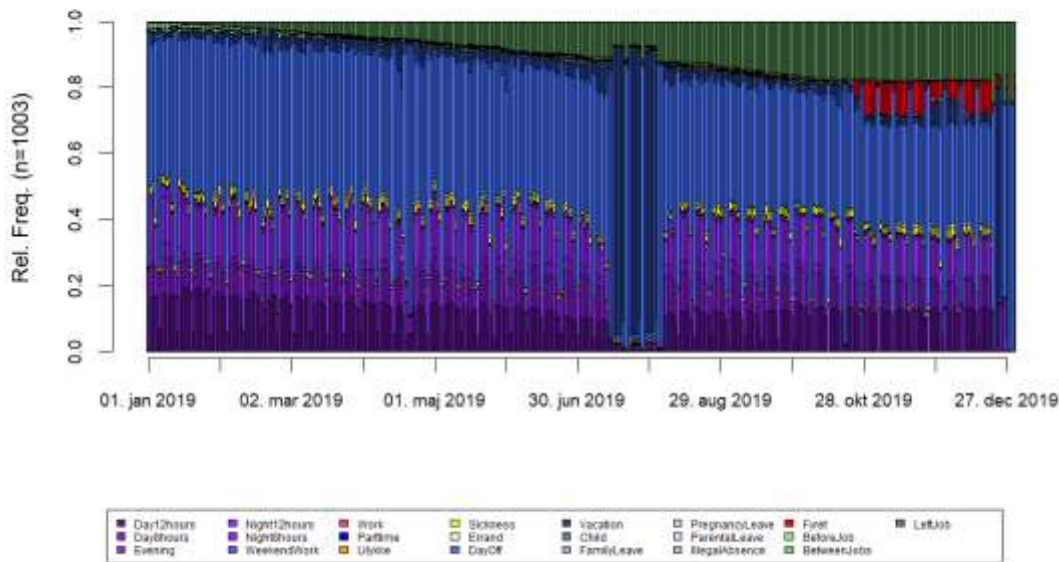
af nogle arbejdsmiljøprofessionelle bliver italesat som 'drypvist sygefravær'. Som det fremgår af de kvalitative resultater fra organisation 2 er denne terminologi dog ikke udbredt i den kontekst vi har analyseret på, selvom de korterevarende episoder af fravær (både sygefravær og fri uden løn) har været genstand for en del opmærksomhed fra HR-afdelingens side.

### 7.3.1 Visualisering af fravær og tilstedeværelse

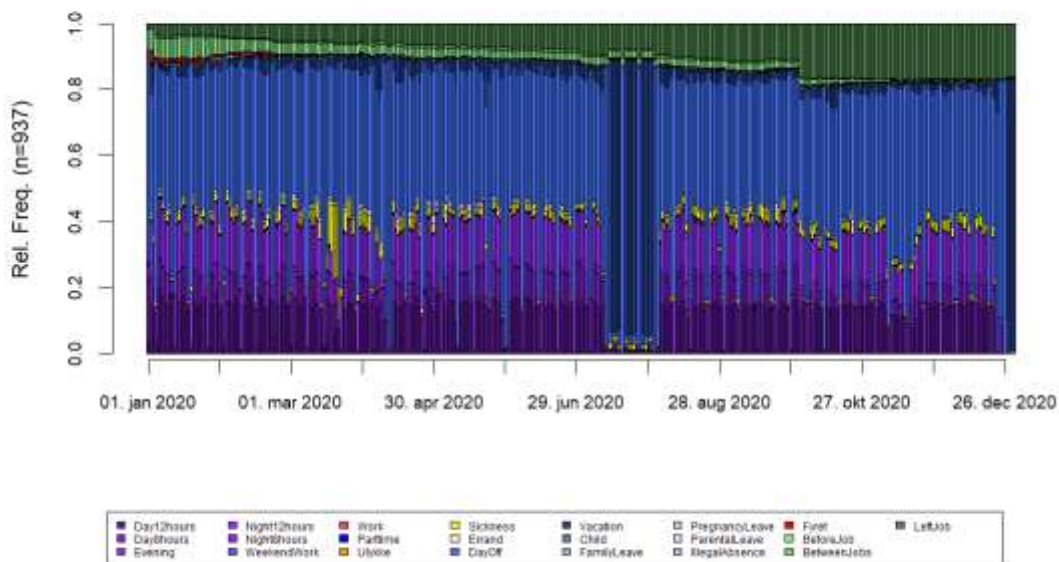
En væsentlig styrke ved brugen af sekvensanalyser er muligheden for at visualisere hvordan forholdet mellem tilstedeværelse og fravær ser ud f.eks. når man sammenligner to forskellige år med hinanden. Af figur 8 og 9 nedenfor kan vi se, hvordan mønstrene i fravær og tilstedeværelse ser ud når vi sammenligner 2019 og 2020 med hinanden. I figureerne er den gule farve udtryk udtryk for fravær der skyldes sygdom, mens de blå nuancer er forskellige planlagte fri- og feriedage. De mørkelilla nuancer dækker over forskellige typer tilstedeværelse afhængigt af om der er tale om dag-, aften eller nattevagter og om de er hhv. 8 eller 12 timer. Hver søjle i diagrammet henviser til én enkelt kalenderdag, hvor de ansatte kan være at finde i ét af de 22 forskellige state spaces, hvorfor det for hver kalenderdag summerer op til 100%.

Det generelle mønster med en vekselvirkning mellem hverdage hvor der er flest medarbejdere på arbejde og weekender hvor kun en lille del af medarbejderne er på arbejde kan genfindes i plots'ene fra begge år ligesom det er muligt at se at der i juli måned generelt er lukket ned for produktionen og folk er pålagt ferie. Den røde farve på figuren for 2019 i slutningen af året reflekterer en periode hvor der er sket en reduktion af arbejdsstyrken på virksomheden, og det er også meget tydeligt at der i 2019 ikke bliver ansat ret mange nye medarbejdere (lysegrøn), mens en del medarbejdere forlader arbejdspladsen (mørkegrøn). Der ser også ud til at være en forholdsvis jævn udbredelse af sygefravær hvilket fremgår af figureerne med den gule farve. Det bliver f.eks. tydeligt at der i 2020 i forbindelse med Covid-19 pandemien er en ret voldsom stigning i fravær lige omkring slutningen af marts, hvor den første bølge af sygdommen rammer landet, men det ser i det hele taget ud til at der er et højere niveau af fravær i 2020 sammenlignet med 2019 hvilket også bliver bekræftet hvis man ser på forskellige fraværsmarkører for de to år og sammenligner dem med hinanden.

**Figur 8. Sekvenser af fravær og tilstedeværelse. 2019 (State distribution plot)**



**Figur 9. Sekvenser af fravær og tilstedeværelse. 2020 (State distribution plot)**



De figurer, der er præsenteret ovenfor, er imidlertid gennemsnitsbetragtninger og de dækker naturligvis over ret forskelligartede mønstre for de enkelte medarbejdere. Fremgangsmåden for en mere dybdegående analyse af sekvenserne er derfor at beregne afstanden mellem de enkelte sekvenser med henblik på at gruppere de sekvenser som minder mest om hinanden sådan at man på den måde

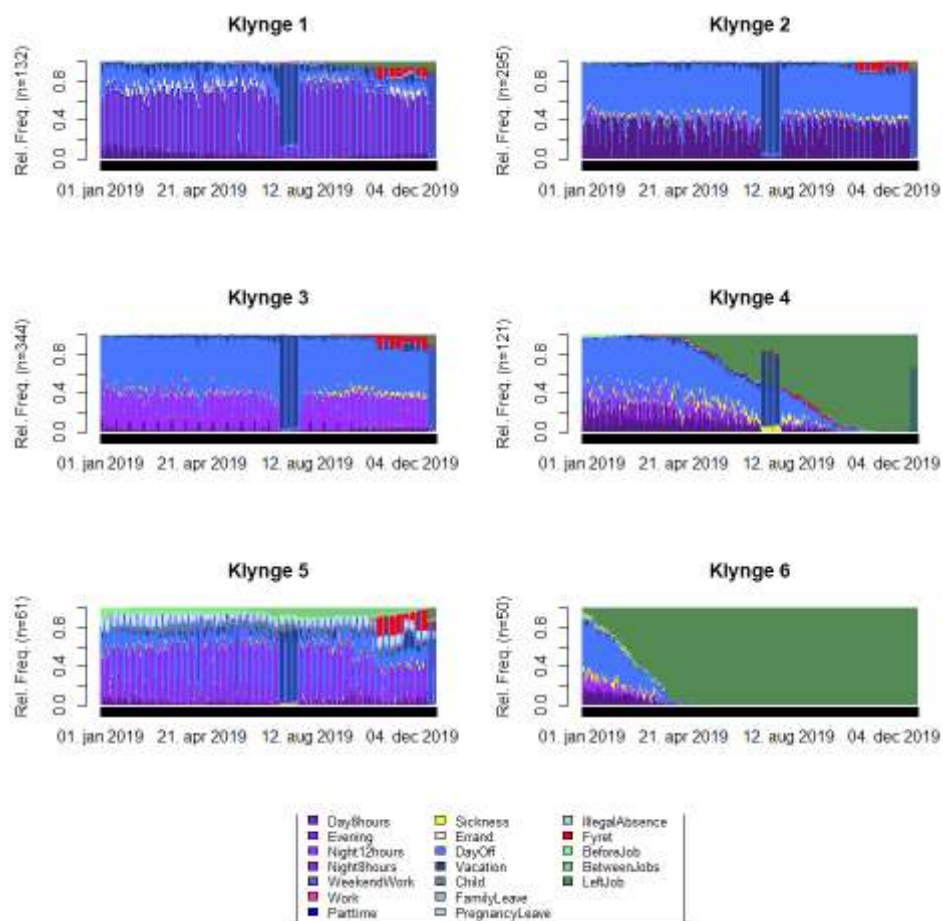


får genereret en relativ homogen gruppe af medarbejdere som har en sekvens af fravær og tilstedeværelse som minder så meget om hinanden som muligt.

### 7.3.2 Klynger af ansatte med forskellige mønstre af fravær og tilstedeværelse

I vores analyser har vi arbejdet med at gruppere medarbejderne på mange forskellige måder, der alle er konsistente med de statistiske analyser der har været gennemført. For at illustrere fremgangsmåden viser vi i det følgende en analyse af sekvenserne fra kalenderåret 2019 opdelt på de seks væsentligste klynger. Helt konkret udregnes afstanden mellem de enkelte sekvenser ved hjælp af Optimal Matching algoritmen, der kvantificerer hvor forskelligt to sekvenser er fra hinanden. Herefter grupperes sekvenserne sådan at de sekvenser der har den mindste afstand til hinanden lægges sammen først indtil man når en situation hvor alle sekvenserne tilhører samme gruppe. Man kan så at sige selv bestemme hvor mange klynger man vil arbejde med, men man anvender forskellige statistiske kriterier til at afklare hvor mange klynger der ideelt set bør være til at beskrive forskelligheden. Én af de bedste løsninger for kalenderåret 2019 består af seks klynger. Denne løsning fremgår af Figur 10 nedenfor.

**Figur 10. Sekvenser af fravær og tilstedeværelse opgjort på klyngetilhørsforhold. 2019 (State distribution plots)**



Det er meget tydeligt at se, at de seks klynger har ret forskellige sekvenser af fravær og tilstedeværelse: både klynge 4 og klynge 6 er kendetegnet ved at en meget stor andel af medlemmerne

ender med ikke at være ansat på virksomheden ved udgangen af 2019, hvorimod det er en meget lille andel i de første tre klynger. Det fremgår også af figurene at klynge fire er relativt mere plaget af fravær end de tre første klynger, hvilket indikerer at der er en sammenhæng mellem niveauet af fravær og risikoen for at blive afskediget især i forbindelse med nedskæringsrunder på virksomheden. Det er altså – som forventet – muligt at identificere klynger af medarbejdere, hvis sekvenser af fravær og tilstedeværelse på arbejdspladsen er homogene. Vi har eksperimenteret med en række forskellige løsninger også hvor vi har fokuseret på ansatte med bestemte ansættelsesforhold for at gøre dem så ens som mulige. Ift. det første formål metodologiske formål med projektet kan vi altså konkludere at det har været muligt på en frugtbar måde at analysere sygefraværdata på denne måde, hvilket i højere grad end andre tilgange lægger vægt på at sygefravær ikke er den eneste form for fravær som ansatte benytter sig af i tilfælde af uarbejdsdygtighed, hvorfor det bør analyseres i sammenhæng mellem medarbejdernes tilstedeværelse og øvrige former for fravær.

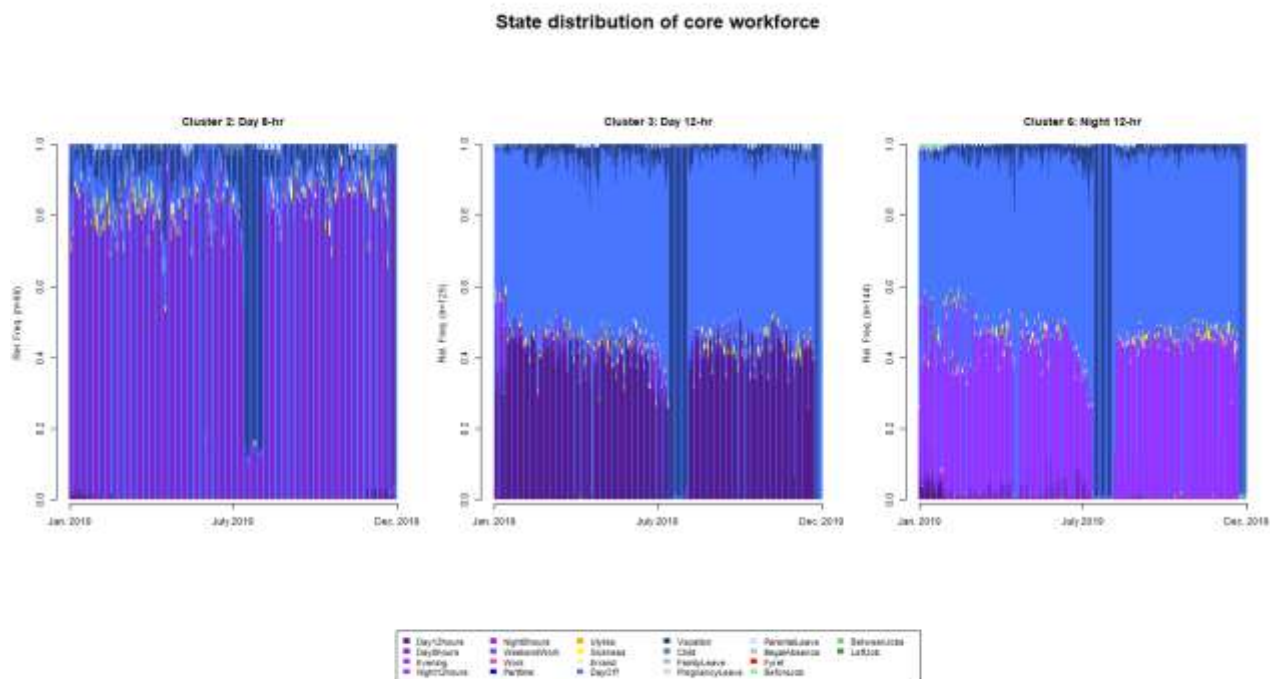
### 7.3.3 Fraværsindikatorer

I vores analyser har vi arbejdet med i alt 11 forskellige fraværsindikatorer, der baseret på en gennemgang af den eksisterende litteratur om sygefravær er valgt ud for at dække så mange forskellige måder at måle og operationalisere sygefravær på som mulig. Pointen med dette har været, at der ikke eksisterer én fælles konsensus om hensigtsmæssige måder at måle og analysere sygefravær på. I stedet peger vores analyser på, at de metodiske valg i høj grad er en konsekvens af den kontekst hvori indikatorerne er blevet anvendt f.eks. illustreret ved, at studier fra 00'erne hyppigt anvendte sygefraværsepisoder af 14 dages varighed som udfald for langvarigt sygefravær, mens det i 10'erne har ændret sig til hyppigere at være længere episoder. Denne ændring er en konsekvens af, at de tilgængelige data har ændret karakter, så det er episoder af mere end 30 dages varighed der nu bliver registreret fuldstændigt i DREAM (som er det register der hyppigt anvendes til at generere udfaldsmål for studier af sygefravær). I artikel 1 gennemgår vi de 11 indikatorer og diskuterer hvordan de er blevet anvendt. Det drejer sig om de følgende: *sygefraværsepisoder*, *antal sygefraværsdage*, *sygefraværprocent*, *Bradford-faktoren*, *kortvarigt sygefravær*, *langvarigt sygefravær*, *Mandags-/fredags fravær* og slutteligt *Intet registreret fravær*. Vi anvender to forskellige definitioner af både kortvarigt og langvarigt sygefravær for at illustrere, at den videnskabelige litteratur ikke er enig på dette punkt og for at undersøge, hvilken konsekvens det har, når vi sammenligner indikatorerne på tværs af klyngerne og for dets sammenhæng med tre forskellige udfald: langtidssygemeldinger, fyringer og jobskifte. En væsentlig konklusion vi drager på baggrund af analyserne i artikel 1 er, at man bør anvende mere end én indikator for at beskrive sygefraværet i en gruppe eftersom indikatorerne ikke er fuldkommen konsistente på tværs af klynger som ellers er ganske homogene. Denne pointe kan vi illustrere ved at se på udvalgte resultater fra artikel 1.

### 7.3.4 Klynger af forskellige typer kernemedarbejdere

I eksemplet nedenfor i figur 11 sammenligner vi tre grupper af medarbejdere, der alle tilhører det, vi kunne betegne som gruppen af *kernemedarbejdere*: det er medarbejdere, som i et meget lille omfang bliver ansat og hverken bliver fyret eller forlader jobbet på anden vis i løbet af 2019. Det er tillige medarbejdere, som har et relativt lavt antal sygefraværsdage. For klynge 3 og 6 er det 2.9 dage i 2019, mens det for klynge 2 er 4 dage. På trods af, at klynge 2 har flere sygedage er sygefraværprocenten alligevel højere for de to andre klynger hvilket skyldes, at de har væsentlig færre arbejdsdage i løbet af et år på grund af deres vagtplaner hvor de arbejder flere timer pr. dag men til gengæld færre dage. Det har med andre ord den konsekvens, at medarbejdere der arbejder i 12-timers skift skal have et bedre helbred end dem der arbejder i almindelige 8-timers vagter for at have den samme fraværprocent simpelthen fordi en dags fravær udgør en større andel af deres samlede arbejdsdage.

**Figur 11. Sekvenser af fravær og tilstedeværelse opgjort på kernemedarbejdere i 2019 (State distribution plots)**



**Tabel 12. Fraværsindikatorer for kernemedarbejdere i organisation 2. 2019**

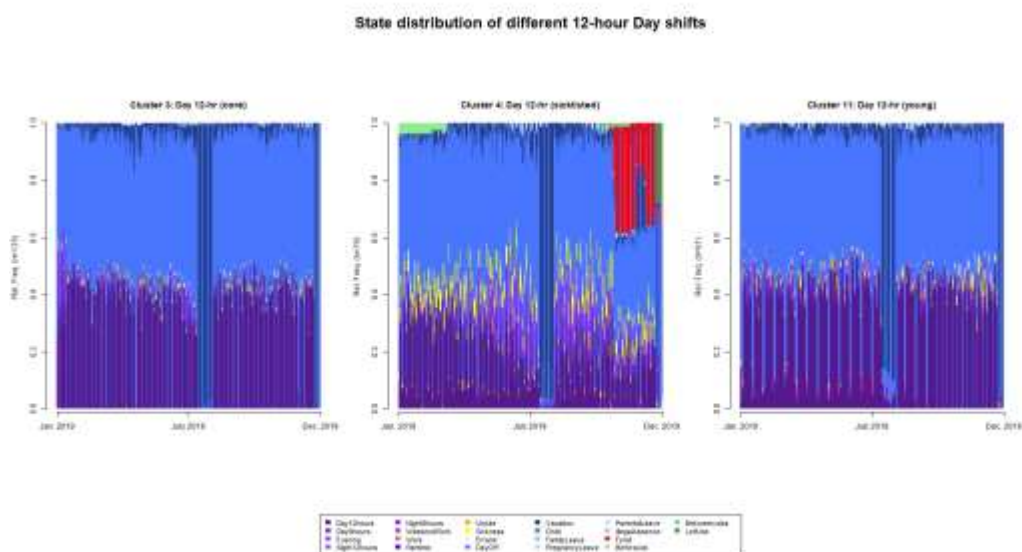
	Klynge 2	Klynge 3	Klynge 6
Antal fraværsepisoder	1.2	1.0	1.4
Bradford faktor	33	36	8
Fraværsprocent	1.95	2.26	2.27
Kalenderdage med fravær	4.0	2.9	2.9
% med episoder der starter mandag	33.3	24.8	19.4
% med episoder der starter fredag	10.6	12.8	11.8
Totale antal arbejdsdage	203	124	123

Det er selvfølgelig ikke så overraskende, at fraværsprocenten tæller mindre favorabelt, når en gruppe af medarbejdere har væsentlig færre arbejdsdage end andre, men det understreger alligevel en vigtig pointe i valget af fraværsindikatorer nemlig, at de ikke altid er sammenlignelige på tværs af grupper, som har forskellige arbejdsvilkår. På baggrund af ovenstående har vi ingen anledning til at tro, at klynge 3 og 6 skulle have en dårligere helbredstilstand end klynge 2, men alligevel er fraværsprocenten højere. Omvendt er det heller ikke så mærkeligt, at hvis man har 80 arbejdsdage mere på et kalenderår, at der så – alt andet lige – vil være et højere antal kalenderdage registreret med fravær. Når tre så sammenlignelige grupper af medarbejdere i den samme organisation alligevel slår forskelligt ud på de to fraværsindikatorer, må det advare om at sammenligne grupper af ansatte som er endnu mere forskellige fra hinanden uden at tage hensyn til konteksten som det f.eks. ofte gøres i analyser af sygefravær på tværs af f.eks. den offentlige og private sektor. Ved at anvende mere end én fraværsindikator vil en eventuel sammenligning blive mere nuanceret og robust og det vil være mere retvisende ift. at sygefravær ikke kan reduceres til én endimensionel sundhedsdimension fordi kontekstuelle faktorer i f.eks. arbejdsmiljøet, på arbejdspladsens kultur og i den måde ledelsen håndterer fraværet på spiller ind på den måde som helbredsproblemer og dermed sygefravær praktiseres på.

### 7.3.5 Forskelle i sygefraværspraksisser blandt 12 timers daghold

Vi kan illustrere pointen med de forskellige måder at praktisere sygefravær på med det følgende eksempel i Figur 12, som sammenligner tre klynger af medarbejdere, som alle har en overvægt af 12-timers dagvagter i løbet af 2019. Klynge 3 er det samme som i analysen ovenfor, men denne gang sammenligner vi det med hhv. klynge 4 og klynge 11 som er kendetegnet ved hhv. at være en gruppe af medarbejdere som er noget hårdere ramt af sygdom og hvor en stor andel ender med at blive afskediget, mens klynge 11 også har en anderledes måde at praktisere sygefravær på end klynge 3 og er kendetegnet ved i gennemsnit at være noget yngre end klynge 3.

**Figur 12. Sekvenser af fravær og tilstedeværelse opgjort på tre klynger af 12-timers dagvagter i 2019 (State distribution plots)**



Antallet af fraværsepisoder er dobbelt så store i klynge 11 sammenlignet med klynge 2, selvom Bradford-faktoren blive beregnet til at være lavere end i denne klynge. Såvel antallet af kalenderdage med fravær som fraværprocenten er væsentligt højere i klynge 11 end i klynge 2. Vi kan ikke ud af denne analyse afvise at det skyldes at der er flere helbredsproblemer i klynge 11 end i klynge 2 – men eftersom gennemsnitsalderen er væsentligt lavere (næsten 10 år) og andelen af kvinder er betydeligt højere i klynge 2 vil vi – baseret på tidligere forskning – forvente at det selvvaluerede helbred i klynge 2 skulle være dårligere end i klynge 11. Vi kan også konstatere at der i sidstnævnte klynge er en større tilbøjelighed til at tage fravær der starter om mandagen eller fredagen, hvilket også kunne indikere at der for denne gruppe kan være tale om bestemte måder at praktisere sygefravær på som ikke alene er en konsekvens af helbredstilstanden, men i lige så høj grad hvordan helbredstilstanden forvaltes og ageres på i en arbejds kontekst. Når kun halvt så mange i klynge 11 er registreret uden fraværsepisoder er det så simpelthen fordi denne gruppe er mere syge eller er det fordi de i højere grad vælger fravær frem for at gå syge på arbejde?

**Tabel 13. Fraværindikatorer for 12-timers dagvagter i organisation 2. 2019**

	Klynge 3	Klynge 4	Klynge 11
Antal fraværsepisoder	1.0	1.7	2.2
Bradford faktor	36	2825	21
Fraværprocent	2.26	15.12	3.83
Kalenderdage med fravær	2.9	31.3	5.0
% med episoder der starter mandag	24.8	35.4	40.7
% med episoder der starter fredag	12.8	22.8	23.1
% uden fraværsepisoder	40.8	27.8	18.7
Totale antal arbejdsdage	124	99	125
Alder	43.5	42.8	33.8
% kvinder	18	14	0
% under 30 år	10.4	11.4	34.1

### 7.3.5 Klyngebeskrivelser med inddragelse af spørgeskemadata

At klyngerne kan tolkes som udtryk for forskellige måder at praktisere sygefravær på kan vi illustrere ved at tage et eksempel fra de analyser, hvor vi kombinerer klyngeanalysen af sekvenser med oplysninger som medarbejderne har afgivet i spørgeskemaer med blandt andet informationer om hvor de selv giver udtryk for hvordan de agerer når de er syge og om de f.eks. i nogle tilfælde går på arbejde på trods af forskellige symptomer. I tabel 14 nedenfor kan vi se, at klynge 3 som er den gruppe af medarbejdere som er hårdest ramt af fravær også som forventet har en større andel af

medlemmerne som angiver at de har et ikke-godt selvvurderet helbred. De har med andre ord som udgangspunkt et dårligere helbred end deres kollegaer i klynge 1 og 2, hvilket formentlig er grunden til at de også har et højere niveau af sygefravær uanset hvilken indikator vi bruger til at beskrive fraværet med. Den mest markante anden forskel mellem klynge 3 og de to andre klynger er at de begrundet deres sygenærvær med at de gerne vil undgå at blive kaldt ind til sygesamtale. For medlemmerne af klynge 3 er det hvert femte af dem som angiver at de er gået syge på arbejde af den grund, mens det er mindre end halvt så mange i de to andre klynger. Dette fund er konsistent med de analyser vi præsenterer nedenfor fra de kvalitative analyser i samme organisation, hvor vi også finder, at håndteringen af fravær kan få den konsekvens at medarbejderne i højere grad tropper op på arbejde på trods af helbredsproblemer.

At de har grund til at frygte sygesamtalerne og et for højt sygefravær finder vi også belæg for i de sidste analyser der er at finde i artikel 1, hvor vi viser hvordan de fleste fraværsindikatorer er stærkt associeret med en forøget risiko for at blive afskediget året efter. Der er altså ingen tvivl om at organisation 2 (og formentlig også mange andre organisationer) bruger fraværsindikatorerne som en sorteringsmekanisme ift. at skille sig af med de medarbejdere som har det største og mest problematiske fraværs mønster set fra organisationens perspektiv.

**Tabel 14. Beskrivelse af 3 centrale klynger af fraværs- og tilstedeværelsessekvenser i organisation 2. 2021.**

	Klynge 1	Klynge 2	Klynge 3
Alder	41.1	40.2	40.9
% kvinder	9.0	11.7	6.1
% under 30 år	14.0	16.0	6.1
% med fraværsepisode på én dags varighed	40.0	34.0	46.8
% med fraværsepisode på 10+ dages varighed	0.0	1.1	27.7
Antal fraværsepisoder	0.95	0.96	2.55
Bradford faktor	27	34	4468
Fraværsprocent	3.2	3.2	20.8
% med ikke-godt selvvurderet helbred	29.5	31.0	47.8
% sygenærvær med hovedpine	61.4	66.7	73.9

% sygenærvær med feber	25.0	21.4	26.1
% sygenærvær med bevægeapparatsmerter	68.2	57.1	73.9
% sygenærvær på grund af ære	29.8	34.1	43.4
% sygenærvær for at undgå sygesamtale	8.5	6.8	21.7

### 7.3.6 Delkonklusion

I artikel 1 har vi foretaget en undersøgelse af 11 forskellige indikatorer for sygefravær. Disse indikatorer inkluderer bl.a. langvarigt eller kortvarigt fravær over 1-2 dage, Bradford-scoren og fravær på mandage eller fredage. Vi har analyseret indikatorerne på tværs af grupper, der er identificeret ved hjælp af sekvensanalyse for at konstruere mønstre for tilstedeværelse på arbejdet og fravær. Det kan konstateres, at disse indikatorer fanger forskellige måder at praktisere sygefravær på. Med andre ord afspejler de ikke blot én enkelt dimension af helbred, der kommer til udtryk gennem forskellige indikatorer. I stedet ser det ud til, at indikatorerne er relateret til både sociodemografiske faktorer som alder samt de arbejdsvilkår, der udgør rammen for sygefraværet. Dette inkluderer for eksempel forskelle mellem 12-timers vagter og 8-timers vagter. En vigtig konklusion fra denne undersøgelse er derfor, at indikatorerne ikke bør anvendes isoleret, uden hensyntagen til de specifikke kontekstuelle forhold, som medarbejdere er en del af. Et markant eksempel herpå er sygefraværprocenten, som forfordeler medarbejdere, der arbejder færre dage om året, men til gengæld har længere vagter ad gangen.

## 7.4. Resultater fra kvalitative interviews i organisation 2

I det følgende beskrives resultaterne fra de induktive og deduktive analyser af interviewene fra organisation 2. Overordnet viser analyserne, at håndtering af sygefravær har udviklet sig over tid over en længere årrække, en udvikling som betegnes som en 'sygefraværsejse'. I denne periode er sygefraværet også gået fra, hvad virksomheden betegner som fra 'højt' til 'lavt'. Analyserne viser, at virksomheden benytter dels en række 'værktøjer' eller formelle tiltag som respons på bestemte sygefraværmønstre og dels forskellige tiltag til at understøtte det arbejdsmiljø, som, de mener, kan forebygge sygefravær. Først beskrives de værktøjer og indsatses, som virksomheden anvender til håndtering af sygefravær og medarbejdere og lederes erfaringer med disse og herefter beskrives virksomhedens 'sygefraværsejse' med fokus på, hvordan anvendelsen af forskellige tiltag sættes i spil og har udviklet sig over tid.

### 7.4.1. Værktøjer og indsatses til håndtering af sygefraværet

#### 7.4.1.1. Registrering af sygefraværsskema

Ved første sygedag ringer medarbejderen til nærmeste gruppeleder for at melde sig syg. Praksis er, at medarbejderen holder gruppelederen orienteret om, hvordan det går og raskmelder sig, når vedkommende er klar til det, som følgende citat illustrerer:

*Vi har jo rutiner, altså, folk er rigtig, rigtig flinke til at ringe hver dag og sige, jamen, desværre, det er ikke blevet bedre. Så ønsker vi jo bare god bedring, og siger, jamen, så håber vi, vi ses i morgen, hvis ikke vi gør, så giver du lige lyd igen, ikke. Bare sådan lige sådan man har lidt overblik over,*

*hvad der sker (..) Så, jeg tvinger dem ikke til noget, altså, det gør jeg bestemt ikke. Og altså, hvis ikke de ringer (på dag to), jamen, så er det sådan, hvis ikke de er der kl. 7, men så ved jeg jo, de ikke kommer, så forholder vi os jo til det." (HR).*

Resultaterne viser dog også, at for medarbejderne kan det at melde sig syg alligevel opleves svært og som noget, man helst skal undgå, også hvis man er syg, eller ens barn er sygt. En af medarbejderne fortalte om det på følgende måde:

*" Ja, jeg spørger ham jo hver gang (jeg melder barn syg); jeg kan sagtens tage afspadsring. Nej, så siger han, jamen jeg synes, vi skal tage et eller andet barns syg eller et eller andet, altså. Så har han også ført det. For min egen samvittighed, så har jeg det bedst med at sige, jeg vil hellere tilbyde min afspadsring*

*Interviewer: Ja, du tilbyder det, så det på en måde bliver lidt en forhandling, om du skal tage en fridag eller noget?*

*Ja.*

*Interviewer: Men er det så, hvis det ligger ud over 1. og 2. barns sygedag?*

*Nej, nej, jeg har kun haft den første, jeg skal ikke have flere i træk. Så må manden tage den næste [...] Og desværre så kan man sige børn, ikke, altså, de er tit og ofte bare ikke raske efter en. [...] Og jeg tror, altså, det er jo heller ikke, fordi de ville sige noget, hvis man havde 2, altså, men det har man det bare heller ikke godt med". (Frontmedarbejdere)*

Selv om intentionen ikke er at presse medarbejdere ift. sygedage, så kan især barns sygedag, opleves som en gråzone, hvor medarbejderne viser velvilje ved at tilbyde at tage afspadsring. En mulig implikation af denne type praksis er, at man skal være påpasselig med kun at belyse medarbejderes fravær ud fra en type af måling eller afdækning, da det kan medføre et forvrænget billede af situationer som ovenstående.

Efter en sygemelding, når medarbejderen vender tilbage til arbejdet udfylder gruppeleder og medarbejder i fællesskab et skema til registrering af sygefravær (dato og længde fm. sygefraværet), som underskrives af medarbejder.

*"Jeg har lige skrevet under på en i går. Det er første gang, jeg er syg i 5 år*  
*Interviewer: Nå, ok, så hvordan, vil du sige lidt om, hvordan så, så var du syg, så ringer du ind først..]*

*Ja, jeg ringer bare lige til X, og så når jeg kommer tilbage, så skriver man under på, hvad dato det har været og sådan noget, og det er det rigtige, han har fået skrevet op, jeg fejler og sådan noget (Frontmedarbejdere).*

#### *7.4.1.2 Farvekalender*

Medarbejdernes fravær kan visualiseres via en farvekalender, hvor de forskellige slags fravær (f.eks. egen sygdom, barns første sygedag, afspadsring, ferie) har forskellige farver. Det giver gruppelederen (samt TR og fraværskoordinator i HR) og medarbejderen overblik over, hvordan de forskellige former for fravær har fordelt sig over f.eks. det sidste år. Erfaringerne viser, at både medarbejdere, gruppeleder og TR kan blive overrasket over, hvordan fraværet (mønsteret for fraværet) har set ud. Det kan være svært at huske, hvornår man har været syg/haft fravær, hvor ofte og hvor længe.



#### 7.4.1.3. Timeout samtaler

Der anvendes i virksomheden et redskab, der omtales som timeout samtaler. Dette er samtaler, hvor der indgås en eller anden form for aftale mellem medarbejder og leder, der både kan handle om et tiltag i forbindelse med for højt sygefravær eller helt andre emner, eksempelvis aftaler om, at medarbejderen ikke skal i nattevagter. Formålet med en timeout samtale i forbindelse med sygefravær vil være at finde ud af, hvad årsagerne til fraværet er, og hvorvidt gruppelederen eller virksomheden kan gøre noget, der får medarbejderen til at øge sit fremmøde. Virksomheden har besluttet, at TR altid er bisiddere ved timeout samtaler. Der udarbejdes altid et skriftligt dokument i forbindelse med timeout samtaler, hvor aftaler og opfølgning er beskrevet. Et eksempel på et tema i en timeout samtale kan være udfordringer med aflevering eller afhentning af børn, der betyder, at medarbejderen tager fravær. I forbindelse med timeout-samtale kan det aftales, at medarbejderen derfor kan få ændrede mødetidspunkter.

I praksis viser det sig, at hvordan og hvornår en timeout samtale bruges, kan variere, og at der er forskellige opfattelser af, hvordan det skal gøres. Eksempelvis fortæller en af tillidsrepræsentanterne, at:

*"Det som vi så kører med, det er, at hvis du har været syg i det, der svarer til 3 % i en 12 ugers periode, så bliver man så kaldt ind til en timeout." (TR)*

Denne procedure ift. timeout samtaler var HR konsulenterne ikke helt enige i, da der ifølge dem er sket ændringer de senere år:

*" Man skal ikke noget, når man har mere end 3%'s fravær. Det er en misforståelse. Men vi har haft et mål, om at vi ikke vil have ret meget af det her fravær, [...] det er en del af den rejse, hvor man satte det meget firkantet op [...] vi har nogle ledere, som elsker det [...] Fordi, jeg kan slå op i en bog, og så kan jeg se, når nu det er, så kalder jeg dig ind til en samtale. Det er i hvert fald ikke det, vi kører lige nu. (HR)*

De ændringer, der beskrives, handler om at flytte håndtering af sygefravær fra det regelbundne til at være mere håndholdt, men denne opfattelse er ikke nødvendigvis det som gruppeledere eller medarbejdere oplever.

#### 7.4.1.4 Mus-samtalen

Fremmødet i det forgangne år drøftes også til MUS-samtalen, hvor registreringerne i farvekalenderen bruges som udgangspunkt for en samtale om sygefravær eller til at drøfte årsagerne til sygefraværet, som illustreret i følgende citat:

*"Til MUS-samtaler, der får man også at vide, hvor man ligger henne på sådan en skala. (..) men, altså jeg siger også til dem, og det ved de jo også godt, at hvis det alt det andet som måske ligger sådan ok, så kan man så se sygefraværet, der ligger man måske lidt længere nede.. Og så siger de selvfølgelig, jamen, den skulle selvfølgelig helst ligge der (højere oppe i tilstedeværelse).. Så plejer jeg jo at sige til dem, at ja, det vil jeg selvfølgelig også gerne have, at den gjorde. Men altså, i fht. hvordan familielivet også er, så er det bare ikke altid mulig at lægge den helt deroppe, altså. Der er bare nogle gange, at så er man nødt til at tage en dag." (Frontmedarbejder)*

Forskellen i måden at tale om sygefravær på har ikke nødvendigvis den store betydning for, hvordan medarbejderne forholder sig til sygefravær i hverdagen. Hvorvidt ledelsen taler om 'højt/lavt fravær',

eller om de taler om 'tilstedeværelse', kan opleves afkoblet fra en hverdag, der skal hænge sammen med børns sygedage og egen sygdom. Men for organisationen gør denne skelnen den forskel, at de har fokus på at 'spotte' det bekymrende fraværsmønster bestående af forskellige former for korterevarende fravær over tid. Det kan handle om forskellige forhold på hjemmefronten, som hænger dårligt sammen med arbejdet, og som virksomheden mener, at der via en timeout samtale kan findes løsninger på, eksempelvis ved at tilpasse mødetider, så medarbejderen får mulighed for et øget fremmøde.

#### 7.4.1.4. Sygefraværssamtalen/mulighedserklæring

Ifølge virksomhedens sygefraværspolitik kontakter gruppelederen den sygemeldte medarbejder på 10. dagen (jf. bestemmelser i Arbejdsmiljøloven), og det er fra det tidspunkt, at det kan blive aktuelt at bede om en mulighedserklæring, som illustreret i følgende citat fra HR:

"Vi har et system herude, som hedder, at når vi kommer til den tiende dag, jamen, så har vi egentlig krav på at få en fraværssamtale for at høre, hvad er det, der kommer til at ske, hvad kan vi hjælpe med. Er det noget, vi skal have en mulighedserklæring fra lægen af på, og ja, så tiende dagen der indkalder vi medarbejderen til en samtale. Så det er jo det, vi må" (HR medarbejder)

I det videre forløb, nævnes også, at der kan være brug for kontrol med sygefraværet. Eksempelvis, fortæller en TR, at der ved længerevarende sygdom, f.eks. 3 uger aftales et møde med deltagelse af én fra sygefravær (sygefraværskoordinator), gruppelederen og TR. Der laves en aftale om, hvad der skal til for at få medarbejderen hurtigere tilbage i forhold til, hvad lægerne siger at der er brug for, af eventuelle tilpasninger.

Sammenfattende benyttes altså en række forskellige værktøjer og tilgange til at adressere sygefraværet og handle på det med henblik på at det skal minimere eller løse fraværsudfordringen. Herudover tales om flere typer fravær i virksomheden. De taler om (TR, gruppeledere, HR og medarbejdere) "mønsteret", der omfatter fravær generelt; og kan udgøres af egen sygdom, børns sygdom, afspadsering, fridage eller andet. Der kigges ikke kun på sygefravær, men på fravær, da det tilsammen kan indikere, at der er fare for mere omfattende fravær. Der lægges altså vægt på fra organisationens side, at det er væsentligt at inkludere mange typer af fraværdata i håndtering af fravær-problematikker. Det pointeres, at det ikke er fraværet som sådan, der er udfordringen, men om organisationen kan involveres i at 'løse det'.

#### 7.4.2 Faser i organisationens udvikling af sygefraværshåndtering (sygefraværstrejsen)

HR beskriver i interviewene generelt arbejdet med sygefravær som 'en rejse'. Dette er udtryk for, at deres måde at håndtere sygefraværet på har bevæget sig fra 'det vil vi ikke se' (fulgt af disciplinære tiltag) til at handle mere om 'tilstedeværelse' (med fokus på 'bløde værdier' og kommunikation). Det, der betegnes som 'en rejse' i forhold til håndtering af sygefravær handler således om en bevægelse fra en meget hård tilgang for at få sygefraværet ned til en situation på nuværende tidspunkt, hvor sygefraværet er lavt og skal vedligeholdes. Virksomheden har ud over de tidligere omtalte værktøjer de sidste 5-7 år igangsat en række tiltag til at styre deres sygefraværspolitik. Hertil har de anvendt aktiv brug af statistik om fravær og tilstedeværelse, mulighedserklæring og trivsels- eller fællesmøder, der har samlet medarbejdere, og hvor topledelsen har sat fokus på trivsel og sygefravær.

Organisationens sygefraværstrejse kan inddeles i 3 faser:

1) den hårde politik fase,

- 2) den analyserende fase, og
- 3) den stabiliserende fase.

**Den hårde politik fase** var kendetegnet ved, at organisationen havde fokus på at få det høje sygefravær ned, også med skrappe midler, som fyring af medarbejdere som illustreret ved følgende citat:

*Interviewperson 2: " en del af den rejse, vi har været på [...] vi skulle jo først have trænet den her organisation i, at vi vil ikke have det her fravær. At det er normalen at gå på arbejde, man bliver betalt for at komme på arbejde. Og det er jo det der med ændringer af adfærd. Og der blev vi nødt til en overgang at gå ind og give advarsler for at få ændret det her. [...] vi har simpelthen strammet op og indført den her politik, vist at det her det vil vi simpelthen ikke. [...] vi har haft så meget hård politik for kunne vi se, hvis det bliver ved, jamen, så er det ud, advarsler og ud. [...] vi har også været igennem et par større fyringsrunder, hvor det også har været årsag til dem, der havde den dårlige adfærd, dem, der ikke ville arbejde, det var dem, der røg, og det kunne man jo så se, fordi vi har sagt, man skal ikke være bange, hvis man gerne vil arbejde, og hvis man vil bidrage til helheden og det hele, så skulle man ikke være så nervøs. (HR)*

Sygefravær er i denne proces blevet til et spørgsmål om at skille 'dem der vil' fra 'dem der ikke vil' arbejde. Dette indikerer, at der har været fokus på den enkelte medarbejders evne og vilje til at signalere, at de vil ændre det, som virksomheden gerne vil have ændret, som følgende citat illustrerer:

*Interviewperson 1: For netop efter den forrige (runde med afskedigelser), vi havde, der er kommet rigtig mange ind igen. Det var selvfølgelig nogen af dem, som måske også lå i toppen (mht sygefravær). Dem ser jeg ikke på mine lister mere. Og jeg stod selv at skulle tage imod dem, da de startede op igen, [...] som de sagde, 'nej, altså, de skulle bare prøve det, dem, der går og offer sådan herude'. Så der var det meget vigtig for mig at sige, 'vil I så ikke godt være mentorer og så gå ud og fortælle om det her, at det er faktisk et rigtig godt sted at være'. Så det der wake- up- call. det er heller ikke altid negativt (HR)*

Som beskrevet i citatet, blev fyrede medarbejdere ansat igen når de havde brug for medarbejdere igen. Dette kobles til at dem der blev fyret tidligere har 'lært' af den oplevelse, og er nu stabile medarbejdere. Dette kan ses som et eksempel på at denne 'vilje til ændring' kan påvirkes over tid, og at tidligere medarbejdere, der 'ikke ville', nu er blevet mønstermedarbejdere.

Denne hårde politik fase har bidraget til, at organisationen flyttede sig til den næste fase, **2) den analyserende fase**. Her var der fokus på at kortlægge og forstå årsagerne til sygefraværet. Der er stadig fokus på at registrere og identificere den type sygefravær, der betegnes som uønsket eller illegitimt, "dem der ikke ville arbejde", og "legitimt", "dem, gerne vil arbejde og bidrage til helheden", jf citatet ovenfor. Der anvendes timeout- samtaler, samtaler der både kan indkaldes af medarbejder og leder for netop at finde ud af, hvad der er på spil, eller for at afprøve et tiltag. Alligevel er der en vis uenighed om, hvad samtalen 'er' som illustreret i det følgende:

*"M1: Og vi har egentlig kæmpet rigtig meget for, at vores timeout- samtaler, det skal ikke gøres negativt. Altså, det skal helst være en, det kan lige så godt være positivt, det du kommer ind til, altså, og det er absolut ikke et forstadium til en advarsel. Men det har vi bare problemer med, at det er der er nogen, der bruger det til" (TR).*

Dette har tilsyneladende blandt andet om, at samtalerne både handler om, hvad virksomheden 'kan hjælpe med', men også er en gennemgang af medarbejdernes fravær, hvor man også risikerer at skulle åbne op om udfordringer i privatlivet, som følgende citat illustrerer:

*En timeout, det er et punkt, hvor man finder ud af, er der faktisk noget, vi kan hjælpe dig med? (..) du kan ikke blive konfronteret, at du har fri uden løn, det må ikke gå ind under fravær, fordi det har gruppelederen jo selv givet dig lov til. Men det kan godt have afsmitning på, hvis nu du er syg 5 tirsdage ud af 12, og du faktisk har fri uden løn de andre tirsdage, ikke. Men så er måske noget om tirsdagen, som der gør, at dit liv er svært, så det er egentligt for at tage sådan noget, når vi har de her timeout- samtaler. Men hvis du lige pludselig sidder og føler, at du bliver kontrolleret og dit og dat i din timeout, så bliver det en negativ ting at komme ind til, og det har vi i hvert fald haft nogle problemer med [M2?: Ja] Fordi så bliver de bange for at skulle ind til de her time-out samtaler. Vi har så den aftale, at alle, de skal tilbydes at have en TR med til de her samtaler her." (TR)*

Der er også en anerkendelse af, at det kan være svært at bidrage til, hvis der er noget i medarbejdernes liv, der forhindrer det, og derfor arbejder de også med fleksibilitet for at imødekomme behov. En af succeshistorierne der blev nævnt af HR var følgende:

*"Jeg fokuserer mere på dem der, der holder sig under radaren hele tiden, fordi det er dem, vi skal fange, fordi de kommer snart op i det andet (sygefravær) så. Det er at se på deres fravær; deres barnets første sygedag, deres fri uden løn og så videre. Så vi kigger på hele mønstret, fordi så er der et eller andet derhjemme på hjemmefronten, der måske ikke hænger sammen. Det kan være, de ikke kan klare natarbejde, det kan være, at der et eller andet problem eller et eller andet, hvor vi bare lige skal have en snak med det. Og vi har så mange succeshistorier, hvor vi har de her snakke, hvor man så finder ud af, jamen, så får man bare en 120% medarbejder tilbage, fordi man lige blev rummet, mens man har haft det svært" (HR).*

Derudover nævnes, at de fokuserer på de forskellige former for fravær, den enkelte medarbejder har (f.eks. kunne det være et mønster som hver tirsdag i en længere periode, som dels består af egen sygdom og dels af andet fravær f.eks. afspadsring eller feriedage), hvor de går mere ind i, typen af fravær for at undersøge, hvad der kan gøres ved det.

Bevægelsen inden for deres fokus på forståelse for årsager til sygefravær synes dog at tage den drejning, at der tiltagende fokuseres på forståelse af konsekvenser for organisationen, når medarbejdere melder sig syge. Der har været en tendens til at begynde at oversætte medarbejdernes 'fravær' til de udgifter, det giver virksomheden. Det bruges til en 'oversættelse' af betydningen af fravær over for medarbejderne. Dette forklares ved, at det måske ikke betyder så meget, hvis den enkelte medarbejder tager en sygedag eller to, men at det i løbet af et år, svarer til, at en hel del medarbejdere konstant har været syge, og at det koster virksomheden penge på bundlinjen. HR medarbejderne forklarer:

*"Og det er jo gjort op også i kroner og øre, fordi det har vi også bedt om at få, fordi, og det har vi kommunikeret til medarbejderne. Vi kan se, henover det sidste år har vi konstant manglet 30 [..], eller 40 [..] medarbejdere, og [..]og det har kostet virksomheden x antal millioner kroner, som [...] kan trækkes direkte ud af bundlinjen. Og det er simpelthen for at fortælle, fordi det betyder ikke ret meget, at de lige tager en dag hjemme [..], eller en dag mere, men det gør det, fordi det koster rigtig mange penge. Og derfor bliver vi nødt til at sætte kroner og øre på det. Og det har også været en del af vores rejse." (HR)*

De kommunikerer, at når medarbejdere er fraværende, går det også ud over produktionen og de øvrige medarbejdere og kolleger. En gruppeleder fortæller om en medarbejder der ofte var syg 'mandag – fredag':

*"Og vi havde selvfølgelig en snak om, hvad gør vi lige for at komme lidt dybere i det, for, altså, og stikke til medarbejderen, hvor vi simpelthen sagde, prøv at hør her, vi kan ikke blive ved med at have en medarbejder, der er så meget syg, og det er jo ikke kun medarbejderen, det er synd for. Altså, det er jo også de kolleger, der skal lave hans arbejde, når han ikke er her. Vi har ikke bare lige en ventosal, vi lige kan hive 2 ind, fordi i dag er der 2, der er syge. Så der havde vi en dybere, alvorligere snak med ham og siger, prøv at høre her, du er simpelthen nødt til at lægge kortene på bordet for os nu, hvis det er, at du vil have os til at hjælpe dig." (Mellemlider)*

Forståelserne af årsagerne til fravær bliver hermed til forståelser af konsekvenserne af fravær for både medarbejderen men især for organisationen, som de på forskellig vis kommunikerer til medarbejderne. Det, at virksomheden gerne vil tilrettelægge og tilpasse eksempelvis arbejdstider, gør, at det der er tilbage af sygefravær bliver den enkeltes opgave 'at bede om hjælp til'.

Den analyserende fase er præget af at afdække årsager, invitere medarbejderen til gennemsigtighed omkring årsager til fravær, så årsagen kan adresseres, men den er samtidigt også præget af at tydeliggøre konsekvenser af sygefravær for medarbejderen.

I den nuværende fase **3) den stabiliserende fase** er der især fokus på højt fremmøde. I denne fase, som beskrives som 'nu', er der fokus på at stabilisere sygefraværet på det eksisterende niveau. HR-medarbejderne beskriver den ændring omkring fokus på stabiliteten på følgende måde:

*"[...]nu er vi jo så kommet dertil, [...hvor vi har en [...] forholdsvis lav sygefravær,[...] nu skal vi have fokus på stabiliteten, på medarbejdertilfredsheden, på at komme herind, på at sige til og fra, give hinanden feedback, altså, det er det, vi er inde og arbejde på nu her. Vi skal selvfølgelig stadigvæk holde øje med, som I siger, klatfravær, er der et mønster, og hvordan ser det ud." (HR)*

Det beskrives, hvordan fokus ikke længere er på at nedbringe sygefraværet men på at motivere til fremmøde, hvor der beskrives en ændring fra, at de konstant måler fravær, til nu at "vi har ændret tallet til 97% fremmøde". Dette fokus understøttes ved eksempelvis at fokusere på medarbejdertilfredshed. Det understreges, hvor vigtigt det er, at den gruppe, som medarbejderen er en del af, ved, hvad der sker, fordi så er de gode til at tage hånd om hinanden. En af gruppelederne beskriver udfordringen for sin gruppe på denne måde:

*"Altså, jeg vil sige, min gruppe er så lille, at når vi har et projekt, jamen, så det mindste sygefravær der er, jamen, så kan vi jo mærke det, så er vi jo påvirkede af det. Så det betyder egentlig, at en medarbejder er væk, jamen, så presser man måske de andre til lige at rende en lille smule stærkere, fordi vi har nogle deadlines, vi skal nå. Der er rigtig mange ting, der er vigtige, at vi når i sådan et projekt her." (Mellemlider)*

Selvom der er fokus på fremmøde, er der altså også fortsat en opmærksomhed på det såkaldte klatfravær, da selv det mindste sygefravær kan påvirke presset i gruppen.

Et tiltag, som organisationen benytter i den nuværende fase er trivselsmøder og morgenmøder, hvor en gruppe af medarbejdere samles for at diskutere trivsel. En HR-konsulent uddyber dette nedenfor.

*"Vi arbejder med trivslen ude i afdelingerne. Og det gør vi på forskellige måder. Nogle steder har de en tillidsmand, som sidder og kører de her trivselsmøder eller trivselssamtaler. Og det er ikke en gruppe, det er, de arbejder med trivsel. (..) Hvor de tager en gruppe af medarbejdere ud, og så har de en snak om, hvordan er det, det går, hvordan står det til, hvordan er rigets tilstand. Hvordan skal vi få det her til at blive bedre for os alle. Åbner lidt op, hvad har de af problemer rundt omkring, for ligesom at finde ud af det der, vi bliver nødt til også at være gode sammen, og hvis ikke, hvis vi ved, at en person har en dårlig dag, jamen så kan vi måske også godt bedre forstå, at han trækker sig lidt eller" (HR)*

Nedenfor ses også eksempler på, hvordan der er blevet talt på morgenmøderne

*"Altså, de bruger den generelt, hvad er en god dag for dig at være her? Den sætning bruger de meget sådan for at få dem til at tænke, hvad er det, der gør dig glad for at komme på arbejde. Nu har jeg været rundt på nogle af trivselsmøderne, fordi jeg skulle finde ud af, hvad er det, der sker. Der var noget, der ikke helt var godt. Og der er sådan, det kan jeg høre, dem bruger de meget, jamen, hvad er det, der gør en god dag for dig, og hvad er det, der gør, når du synes, det er skønnere at blive hjemme under dynen og [I2: Hvor kommer den sætning fra] Jeg tror, den er kommet fra nogle af alle de her forskellige kurser, vi nok har haft herude. Jeg kan ikke sige decideret, hvad den er kommet af." (HR)*

Betydningen af forholdet mellem leder og medarbejdere inddrages også i forbindelse med trivselsmøderne og det beskrives her, hvordan det håndteres i organisationen, hvis forholdet ikke er tillidsfuldt:

*"få skabt den her tillid. Og du kan have nogle steder, hvor der er stor afstand leder og medarbejder i mellem, og der bliver lederen nogle gange nødt til at træde ud [af trivselsmøder/-samtaler med medarbejderne], fordi, så synes, så har vi TR [der leder trivselsmøder/samtaler i stedet for], så bliver vi nødt til der at skabe, og så må lederen jo så arbejde på, at der bliver skabt den her tillid." (HR)*

Centralt for forståelsen af trivsel er også begrebet et godt "kollegaskab" eller medarbejderskab. Det har blandt andet omfattet arbejde med at løse konflikter og at medarbejderne skal forstå hinandens bevæggrund eller forskellige tilgange til arbejde og til samarbejde. Eksempelvis har de arbejdet med de såkaldte DISC-profiler, som en af gruppelederne fortæller om her, hvor de håndterede en situation med udfordringer i samarbejdet:

*"R: Altså, vi havde jo de her små episoder, dem har vi haft i et stykke tid, hvor vi hele tiden har forsøgt at være med til at vejlede til, jamen sige prøv at ligesom at give udtryk for, jamen, hvorfor er det A, han har den fart, som han har, og hvorfor er det B siger, jamen, nej, det er ikke mig. Og så ligesom påvirke dem den vej med at ligesom at komme med lidt værktøjer. Og det fungerede som sådan også fint, men så blev vi faktisk enige om, at vi ville prøve at samle hele holdet [I: Altså, de 14 eller] De her 14 i det her team og så sige, jamen, nu prøver vi at lege en disk- profil (forskellige personlighedstyper) med dem. Altså, simpelthen, hvor vi ganske kort lige fortalte, jamen, hvad er en disk og gik igennem de forskellige typer, og hvad er det de motiveres af?" (leder)*

Der arbejdes altså målrettet med det sociale miljø og med at skabe trivsel gennem godt samarbejde og forståelse for hinandens adfærd i overstående eksempel.

#### 7.4.3. Fokus på ledertræning og sprogbrug

I de senere faser har organisationen også haft fokus på ledertræning og sprogbrug i virksomheden, hvor der har været fokus på 'de bløde værdier', som det udtrykkes. Dette er bl.a. kommet fra topledelsen og implementeret hele vejen ned i gennem organisationen. Det har blandt andet handlet om sprogbrug, som følgende citat illustrerer:

*"Vi har arbejdet rigtig meget med dem og os- mentalitet, sproget. Hvordan arbejder vi, hvor er vi henne, hvem er mest værd, altså? Der var rigtig meget, 'dem inde i administrationen' og ja, 'os ude i produktionen', og 'de forstår heller ikke ingenting, og vi gør det hele'. Og den kæmper vi stadigvæk med: siloer og ting og sager. Men vi forsøger virkelig, at vi er i samme båd, der er ingen, der kan lykkes med noget her alene". (HR)*

Helt konkret er denne ændring i sprog sket ved, at HR medarbejdere har arbejdet meget aktivt med samarbejdet med TR organisationen for at understøtte oplevelsen af at man arbejder for et fælles projekt. Dette kan illustreres ved følgende erfaring:

*" jeg (gik) ind og drak kaffe inde ved min tillidsorganisation. Og sad derinde og fik kaffe og jeg skændtes med dem, fordi de, 'I gør heller ikke'. Jamen, er I ikke ansat i det her firma? Og hver gang de snakkede, og brugte, 'jamen, I gør', jamen, hedder det ikke os. Så der har jeg simpelthen arbejdet med dem med sproget fuldstændig, helt ned med at fortælle dem, hvordan det er og hvad deres rolle er, og hvor de var henne, og vi har jo vores tillidsfolk til at sidde med til samtlige samtaler næsten nu." (HR)*

I interviewene beskrives det ligeledes, hvordan HR har klædt ledere og tillidsrepræsentanter på til at bruge sproget ude i organisationen, da der er en erkendelse af, at det jo er ledere og tillidsrepræsentanter der skal bære tingene videre, som illustreret i det følgende:

*" Men vi har benhårdt arbejdet med dem og også arbejdet med lederne, ved at sige, prøv at høre her, I bliver nødt til at have et godt samarbejde med jeres tillidsfolk, fordi det dur ikke, I står i hver sin boksering, fordi vi når aldrig ind og vi når ikke i mål, vi skal skabe den bedste afdeling herude ved jer. Og det skal vi gøre, og der skal I bruge dem og I skal bruge jeres AMR-folk, og I skal, I skal simpelthen have dem ind, I skal have dem tæt til jer, og I kan ikke have dem for tæt, fordi de er medarbejdernes mand, så det der med at forstå vores rolle og hvad er det, vi sidder, men at vi snakker ordentligt til hinanden. Og det kører topledelsen altså, det er dem, der er benhårde og spørger os, altså, de står jo klar for det er alt det her, så på tavleholdmøder og ting og sager, så snakker de jo den gode tone. (..) Så, jeg vil sige, det er det her fokus på det her, hvor man kan sige, og det var jo der, vi var kommet til som organisation." (HR)*

HR-personalet beskriver ligeledes, hvordan de i organisationen har arbejdet med træning af nye ledere og hvordan de tager rundt til lederne og rådgiver dem om bestemte sætninger og tilgange til samtaler om fravær og tilbagevenden til arbejdet. Herudover får lederne en grundig indføring i politikker og dokumenter, der anvendes i lederens sygefraværshåndtering, samt eksempler på hvordan de kan håndtere forskellige udfordringer, eksempelvis også medarbejdere der vil tilbage til arbejdet, før de måske er klar til det, som illustreret i citatet her:

*" Så man ikke (som medarbejder) bare går ind og så siger, jamen, jeg er klar til at komme tilbage, hvis ikke vi føler, at de er klar. Altså, vi arbejder med begge dele. Jeg arbejder både med medarbejdere, som ikke vil tilbage, men vi arbejder så sandelig også med mange, som fremmer deres eget helbredelse, hvor vi bare siger, det tør vi simpelthen ikke (..) fordi vi vil ikke have folk tilbage og knække, og så går de syge igen om 2 mdr. eller sådan noget. Altså, vi arbejder på det langsigtet."*  
(HR)

#### 7.4.4. Delkonklusion

Den kvalitative undersøgelse i organisation 2 peger på, at arbejdet med at reducere et højt fravær og øge trivsel kan være en årelang proces, der kan bevæge sig i faser fra det restriktive og disciplinære, hvor sygefravær kan udløse hårde straffe herunder risiko for fyring, til den analyserende fase, hvor der især er fokus på årsager til fravær og organisationens mulighed for at tage hensyn til disse, til den tredje fase, hvor der åbnes op for en mere fleksibel tilgang med fokus på stabilisering og vedligeholdelse gennem vedvarende opfølgning, fokus på trivsel, kollegaskab og ledertræning. Organisationens beskrivelse af sygefraværshåndteringen og faserne i den som en 'sygefraværstrejse' deles ikke nødvendig af alle i organisationen, og det er ikke nødvendigvis alle, der forstår, hvor man er på rejsen, og at der er nogle, der stadig mærker effekterne af den disciplinære fase (eksempelvis ved ubehag ved at melde sig syg), selv om virksomheden tidsmæssigt nu er i en anden fase. Der kan samlet set være flere 'forklaringer' på det nuværende høje fremmøde og det lave sygefravær. En forklaring kan være, at det markante fokus på fremmøde gør, at medarbejderne fortsat bliver bange for at blive fyret f.eks. ved kommende fyringsrunder, hvis de har for meget sygefravær, da der stadig er normer for, hvor meget fravær man må have. En anden mulighed er samtidig, at det øgede fokus på arbejdsmiljøet, samarbejde og gode relationer også bidrager til at vedligeholde og styrke fremmødet gennem de forebyggende tiltag og deres potentielle indflydelse på medarbejdernes trivsel.



## 8. Diskussion

Formålet med projektet har været at afdække mønstre af gentagne kortvarige episoder med sygefravær ('drypvis sygefravær') samt at undersøge forklaringer herpå og håndtering heraf i to store danske organisationer.

Vi havde fire specifikke forskningsmål:

- 1) En afdækning af 'drypvis sygefravær' i hver virksomhed samt en identificering af forskellige mønstre af 'drypvis sygefravær'.
- 2) En afdækning af forskellige forklaringer og mekanismer i forhold til 'drypvis sygefravær', fx betydningen af det psykosociale arbejdsmiljø og kulturelle processer blandt medarbejdere.
- 3) En afdækning af forskellige ledelsesmæssige/organisatoriske håndteringsstrategier i forhold til 'drypvis sygefravær', og hvad der er behov for mere viden om.
- 4) Udvikling af et undervisningsmodul med guidelines til definition, registrering og håndtering af 'drypvis sygefravær'.

Nedenfor følger en opsummering og diskussion af hvert forskningsmål.

### 8.1 Diskussion af formål 1: En afdækning af 'drypvis sygefravær' i hver virksomhed samt en identificering af forskellige mønstre af 'drypvis sygefravær'.

I dette projekt har vi på baggrund af en eksplorativ tilgang undersøgt begrebet 'drypvis sygefravær', da en del af formål 4 havde til hensigt at komme med en definition på begrebet. Vi har undersøgt fænomenet empirisk i to forskellige organisationer, en stor offentlig organisation og en privat produktionsvirksomhed ligesom, der er foretaget en række litteratursøgninger i forbindelse med projektet. På baggrund af dette har vi gennemført en teoretisk analyse, som problematiserer brugen af begrebet.

Et væsentligt resultat af nærværende projekt er nemlig at understrege, at der *ikke* - i den eksisterende forskning - er hverken tradition for eller belæg for at anvende termen 'drypvis sygefravær'. I vores litteraturgennemgange er vi kun stødt på termen 'drypvis sygefravær' i én enkelt artikel fra Danmark (1). Begrebet anvendes derfor med stor sandsynlighed primært i en dansk kontekst. I den internationale litteratur optræder i stedet begrebet 'repeated short term sick-leave', der som nævnt i introduktionen er den mest anvendte betegnelse, og den term, der bedst kan sammenlignes med 'drypvis sygefravær'. Operationaliseringen af 'repeated short term sick-leave' er dog ofte arbitrær og varierer fra artikel til artikel (3). Som vi diskuterer i artikel 1, er der således langt fra konsensus om en definition, hvilket gør sig gældende for de fleste mål for sygefravær og ikke kun det 'drypvise'.

Hvis vi slår ordet drypvis op i Ordbogen kan man konstatere, at ordet refererer til dråber, der kommer 'dryp for dryp' over en længere periode. Det står således i modsætning til noget, der kommer i større mængder på én gang. At fraværet er drypvist, må derfor også indebære, at det forekommer med en vis regularitet, og at man dermed ville kunne forvente, at dryppene set på som en helhed vil give anledning til at forme en form for forudsigeligt mønster. Det må også være en sådan antagelse, der ligger bag virksomhederne og de arbejdsmiljøprofessionelles ønske om værktøjer til at håndtere det drypvise sygefravær. Hvis sygefraværet forekom fuldstændig tilfældigt, ville det nemt kunne håndteres ved at have en række tilkaldevikarer til rådighed, der svarede til det gennemsnitlige fravær på en given dag, og på den måde håndtere det proaktivt. Men når man postulerer, at fraværet forekommer drypvist, så indebærer det også, at man forestiller sig, at mønsteret kan erkendes, og at det kan påvirkes f.eks. ved at sætte ind overfor de enkeltpersoner, der er ansvarlige for fraværet. Den

ene danske artikel, der benytter begrebet, omtaler således også denne type medarbejder som 'de besværlige'. Forestillingen om 'drypvist sygefravær' indebærer derfor potentielt, at der kan udvikles håndteringsstrategier, der har til hensigt at reducere eller helt eliminere det 'drypvise sygefravær'. Det er der mange gode grunde til at have som hensigt - ikke mindst, fordi denne type fravær har potentialet til at skabe logistiske problemer for virksomhederne. Hvis en medarbejder er fraværende, har virksomhederne brug for at finde en erstatning, der er i stand til at tage over på de arbejdsopgaver, som er uopsættelige og ikke kan vente til, at den sygemeldte vender tilbage på arbejde igen.

Der er dog ingen, der med sikkerhed kan vide, om det er mest hensigtsmæssigt at forsøge at reducere eller eliminere det 'drypvise sygefravær'. Bag denne forståelse ligger en grundlæggende præmis om, at et lavt sygefravær altid er at foretrække frem for et lidt højere sygefravær. Og bag præmissen om at problematisere det 'drypvise sygefravær' ligger en forestilling om, at det 'drypvise fravær' – i modsætning til f.eks. én længerevarende sygemelding – er mere problematisk og mere mistænkeligt end én lang sygemelding. Det skyldes, at de gentagende, kortevarende episoder signalerer, at den sygemeldte gennem fraværet udviser en måde at handle og agere på ift. deres fravær, hvorimod én lang sygemelding indebærer mere alvorlige helbredsproblemer, som kræver restitution. Herved er der en risiko for, at begrebet kan skabe stigmatisering fordi det nemt sidestilles med en uhensigtsmæssig måde at have sygefravær på (1). Som vi diskuterer i de to kvalitative dele af vores projekt bliver interessen for det 'drypvise sygefravær' ofte oplevet som en mistænkeliggørelse, der direkte eller indirekte antyder, at medarbejderen burde praktisere sit sygefravær på en anden måde eller alternativt at virksomheden bør overveje at skille sig af med medarbejderen fordi sygefraværet er for problematisk til at forene med at have et job.

På baggrund af vores gennemgang og analyse benytter vi i vores artikler en mere neutral terminologi til at begrebsliggøre sygefravær nemlig begrebet sygefraværspraksisser (6). Begrebet peger på, at sygefravær skal forstås som noget, der dels er formet af individets helbred og kognitive processer og dels af den kultur og de normer, som findes på en given arbejdsplads eller i et bestemt lokalområde samt at individuelle og kontekstuelle faktorer interagerer i udformningen af sygefraværspraksis. Det indebærer blandt andet, at overvejelser om, hvornår det er rimeligt at tage fravær, og hvor mange smerter eller belastninger, man forventes at kunne klare, ikke alene varierer fra person til person men også fra kontekst til kontekst (35). Konsekvensen af dette syn på sygefravær er også, at det er noget, som ledelsen aktivt kan arbejde med og forsøge at påvirke og forme ligesom, de kan påvirke andre aspekter, der relaterer sig til det psykosociale arbejdsmiljø. Ved at italesætte, spørge ind til og problematisere forskellige måder at praktisere sygefraværet på, vil man på den måde kunne være med til at ændre på eller arbejde med både individuelle præferencer for fravær – men også en hel kultur, hvor 'drypvise sygefravær' er udbredt. Men om det skal løses ved at øge eller reducere fraværet, beror på en konkret vurdering af, hvordan sygefraværet bliver praktiseret, hvor belastende arbejdsforholdene er og hvor god en helbredsstatus medarbejderne på arbejdspladsen har. Vi diskuterer i artikel 3 begrebet sygefraværspraksisser teoretisk og forsøger at udfolde begrebet mere end det tidligere er gjort i den eksisterende forskning.

Udgangspunktet for nærværende projekt har dog primært været empirisk at undersøge, om det var muligt at identificere de omtalte mønstre i sygefraværet i de to undersøgte organisationer. Her er vi gået induktivt og eksplorativt til værks gennem brugen af sekvensanalyser med henblik på at undersøge sekvenser af hhv. tilstedeværelse og fravær fra arbejdet af forskellige årsager. Det indebærer også, at vi ikke har brugt én specifik definition af 'drypvist sygefravær', som vi under alle omstændigheder kan konkludere ville være arbitrær. Vi har i stedet set på hele sekvenser af fravær og tilstedeværelse og undersøgt, om det var muligt at identificere mønstre i det blandt forskellige

grupper af medarbejdere, hvis sekvenser lignede hinanden mest. Som vi beskriver ovenfor, har denne analysetilgang grundlæggende været vellykket, men vi er dog af den opfattelse, at der er brug for at replicere anvendeligheden af denne tilgang med data fra andre kontekster end den produktionsvirksomhed, hvor vi fik stillet de nødvendige data til rådighed for at kunne gennemføre en sådan analyse. Analyserne fra vores case viser dog entydigt, at det er muligt at identificere grupper af personer, som har sekvenser af fravær og tilstedeværelse, der minder om hinanden, og hvor grupperne samtidig varierer, når de sammenlignes på tværs af såvel fraværsindikatorer som svar på spørgeskemadata om f.eks. sygefravær og sygenærvær.

I den organisation, hvor vi ikke fik stillet alle nødvendige data til rådighed, blev sygefraværet afdækket på mere traditionel vis, idet vi foretog analyser af forskellige gruppers forekomst af langvarigt (< 14 dage) og forskellige typer af kortvarigt sygefravær. Sammenhænge mellem forskellige arbejdsmiljøaspekter blev også afdækket. Dette diskuteres mere nedenfor.

## **8.2 Diskussion af formål 2: En afdækning af forskellige forklaringer og mekanismer i forhold til drypvis sygefravær, fx betydningen af det psykosociale arbejdsmiljø og kulturelle processer blandt medarbejdere.**

Vi undersøgte primært dette formål ved at analysere på forskelle mellem associationer for kortvarige fraværsepisoder og længerevarende fraværsepisoder. Det skyldes – som nævnt i det foregående afsnit - at vi ikke har identificeret én kontekstafhængig definition af 'drypvist sygefravær' som kunne danne udgangspunkt for en sådan analyse. Når sammenligningerne af, hvilke faktorer, der påvirker hhv. det korterevarende og det længerevarende sygefravær, alligevel kan tænkes at sige noget om dette formål, så skyldes det en formodning om, at det 'drypvise sygefravær' refererer til episoder af fravær, som involverer en beslutningsproces og dermed en viljesudøvelse ('voluntarisme') (for en diskussion af spørgsmålet om voluntarisme se f.eks. Alexandersson (36)). Vores analyser peger entydigt på, at faktorer som f.eks., hvor restriktive holdninger en medarbejder har til, hvornår det er rimeligt at melde sig syg i forskellige situationer er associeret med korte fraværsepisoder, mens vi ikke kan finde en sådan association med længerevarende episoder af fravær. Der er med andre ord grund til at tro, at en dialog om disse holdninger, hvor de eventuelt problematiseres og gøres til genstand for en nærmere granskning blandt kollegaer og ledere ville kunne resultere i, at holdningerne påvirkes og ændres. Alternativt at afgørende forhold i arbejdsmiljøet afdækkes på en måde, der vil kunne give ledere et bedre grundlag at handle ud fra og en mere præcis forståelse af sygefravær i deres egen organisation. Det er imidlertid vigtigt at pege på, at sådanne holdninger ikke kun kan være for permissive, men at det er lige så sandsynligt, at de i bestemte kontekster er for restriktive (37). Med andre ord: i nogle organisationer praktiseres sygefraværet på en måde, hvor det ville kunne reduceres uden, at det vil have u hensigtsmæssige sidekonsekvenser, mens det i andre organisationer praktiseres på en måde, hvor det burde være højere, fordi medarbejderne går på arbejde i situationer, hvor man i mange andre organisationer ville tage en sygedag. Hvis en dialog om, hvordan sygefravær praktiseres, skal være præget af tillid og skal føre til forandringer, må vi forvente, at en dialog, der søger at opnå konsensus og enighed om, hvad en rimelig måde at praktisere fravær på er i en given kontekst, vil være mere effektiv og blive modtaget med åbenhed. Hvis dialogen derimod alene sigter på at reducere fraværet uden at være nysgerrig, åben og opmærksom på, hvilke arbejdsmiljø- eller ledelsesmæssige problematikker, der måtte ligge bag, vil vi ikke forvente, at det har noget positivt udfald. Som det også fremgår af de kvalitative undersøgelser, så ser det i begge organisationer ud som om, at det spiller en vigtig rolle, at sygefraværshåndteringen så vidt muligt bygger på tillidsfulde relationer mellem ledere og medarbejdere.

En vigtig pointe i relation til det er, at en rimelig måde at praktisere sygefravær på i en given kontekst også afhænger af arbejdsmiljøet. Hvis arbejdsmiljøet er mere belastende, vil det – alt andet lige – gøre fraværet mere nødvendigt, for at medarbejderne skal kunne cope med det. Vi må derfor forvente, at en påvirkning af sygefraværspraksissen på en virksomhed vil være mere effektiv, hvis den er i stand til at forholde sig til de arbejdsmiljømæssige påvirkninger, som hænger sammen med fraværet. Vores analyser peger på, at en lang række af de arbejdsmiljøfaktorer, som andre undersøgelser også har fremhævet, er relateret til både det korterevarende, men også det længerevarende fravær. Det gælder ikke mindst spørgsmål om indflydelse på ens arbejdstid eller udsættelse for store følelsesmæssige krav og negative handlinger i form af f.eks. trusler. Alle disse faktorer er modificerbare – måske ikke for den enkelte leder af en afdeling – men for en organisations overordnede ledelse eller i de tilfælde, hvor der er tale om offentlige organisationer, for de politikere, der i sidste ende har ansvaret for de pågældende organisationer og arbejdsvilkårene for de medarbejdere, der arbejder der.

Et væsentligt fund i vores analyser af faktorer, der påvirker både det korterevarende og det længerevarende sygefravær, er medarbejdernes helbredsstatus. Denne pointe kan virke så indlysende, at den nogle gange overses, men hvis en persons smertetærskel ligger fast vil en forbedring af medarbejdernes generelle helbredsstatus kunne reducere det antal gange, hvor medarbejderne oplever at være i en situation hvor de skal overveje om de skal blive hjemme på grund af sygdom eller gå på arbejde på trods af symptomerne. En medarbejders helbredsstatus er påvirket af mange forskellige faktorer, men arbejdsmiljøet på virksomheden er én af de faktorer, der kan gøres noget ved lokalt. Men det er også muligt at påvirke andre aspekter af folkesundheden hos medarbejderne (f.eks. ved at prioritere sundhedsfremmende indsatser, som der f.eks. bliver arbejdet indgående med i organisation 2) for på den måde at højne deres selvvaluerede og faktiske helbred mere generelt. De to organisationer, vi har undersøgt, har ret forskellige arbejdsmiljøer. I organisation 2 er det især det fysiske arbejdsmiljø, der påvirker sygefraværet (fordi det påvirker medarbejdernes helbredsstatus), mens det i organisation 1 i høj grad handler om det psykiske arbejdsmiljø. I sidstnævnte organisation bliver ledelsens håndtering af fravær og de afledte problemer af fraværet i form af f.eks. personalemangel en væsentlig faktor i, hvad der opleves som belastende i arbejdsmiljøet. Men et mismatch mellem de krav, der stilles i arbejdsmiljøet og de ressourcer, der faktisk er til rådighed, spiller også en stor rolle, hvilket i langt mindre grad gør sig gældende i organisation 2. Der er ingen tvivl om, at den måde sygefraværet praktiseres på kan udvikle sig til en selvstændig arbejdsmiljøproblematik, hvor personalemangel som følge af sygemeldinger, kan øge presset på de medarbejdere, der er på arbejde.

Omvendt kan en uhensigtsmæssig håndtering, der alene fokuserer på at nedbringe fraværet og ikke ser på fraværet i en helhed i samspil med arbejdsmiljøet og især for høje krav være med til påvirke sygefraværspraksisserne ikke kun som et udtryk for, at medarbejderne forvalter deres ret til at tage fravær på en uhensigtsmæssig måde, men fordi de føler sig nødsaget til at bruge fraværet som en måde at kunne cope med for høje arbejdsbelastninger på. Dette var selv de øverste ledelseslag i organisation 2 bevidste om i vores kvalitative interviews, og en enkelt leder gav også udtryk for, at det var sådan, situationen på det pågældende tidspunkt med højt fravær til dels blev anskuet.

Det er ikke sikkert, at den enkelte leder kan afbøde de negative konsekvenser af vilkår, som opstår i eller udenfor virksomheden, men som det fremgår af artikel 2 og bliver diskuteret nedenfor, så kan der være stor variation i, hvordan den enkelte leder håndterer sygefraværssituationer og dermed implementerer sygefraværspolitikker i forskellige organisationer. Vores analyser peger også på, at

netop social støtte fra lederen, og det at medarbejderen oplever et højt niveau af psykosocialt sikkerhedsklima ser ud til at påvirke det korte sygefravær. Vores analyser peger desuden på, at den enkeltes trivsel og oplevede arbejdsevne samt tidligere sygefravær spiller en vigtig rolle. Der er som andre studier også har peget på vigtige incitamentter til at fokusere på tiltag, der sigter mod at styrke medarbejderes trivsel og helbred. Sådanne tiltag ser vi eksempler på nedenfor, hvor eksempelvis organisation 1 systematisk arbejder både med ledertræning, trivselsgrupper/-samtaler og sundhedsfremmende tilbud.

### **8.3 Diskussion af formål 3: En afdækning af forskellige ledelsesmæssige/organisatoriske håndteringsstrategier i forhold til drypvis sygefravær, og hvad der er behov for mere viden om.**

#### 8.3.1 Resultaterne fra organisation 1

Med henblik på at besvare formål 3 har vi foretaget interviewundersøgelser i vores to case-organisationer. Resultaterne fra vores undersøgelser i vores offentlige organisation (som også er beskrevet i artikel 2) belyser, hvordan håndteringen af sygefravær især det gentagende kortvarige sygefravær balancerer på en afkobling mellem en reaktiv tilgang til fraværet, hvor organisationen forsøger at begrænse fraværet og en forebyggende tilgang til fraværet, der har fokus på at fremme et godt arbejdsmiljø. Afkoblingen mellem fraværshåndteringsprocedurer på organisatorisk niveau og den lokale praksis på de enkelte afdelinger resulterede i, at linjelederne engagerede sig i forskellige praksisser relateret til håndteringen af det gentagende kortvarige sygefravær. De endte med at blive fanget mellem standardisering og situationsbevidsthed og mellem et reaktivt og forebyggende fokus på fraværshåndtering. Dette havde konsekvenser for forholdet mellem ledere og medarbejdere, hvor medarbejderne oplevede en følelse af at blive kontrolleret i stedet for at blive mødt med medfølelse i relation til deres helbred. Derfor oplevede medarbejderne et pres for ikke at blive syge, og hvis de blev syge, skulle de hurtigt tilbage på arbejde for at holde deres fravær nede. Dette ser ud til at resultere i mistillid mellem ledelse og medarbejdere i forhold til det gentagne kortvarige sygemeldinger, men også i forhold til personalepleje.

Med hensyn til konsekvenserne af brugen af standardiserede fraværshåndteringsprocedurer er vores resultater i tråd med Taylors (2010) udsagn om, at fraværshåndtering primært fokuserer på at få folk tilbage på arbejde i stedet for at forbedre arbejdspladsens helbredsproblemer. Vi fandt, at når den primære forståelse blandt medarbejdere og ledere var, at arbejdspladsens helbredsproblemer var årsagen til gentagne kortvarige fraværsepisoder, havde et ensidigt fokus på at få folk tilbage negative konsekvenser for forholdet mellem ledere og medarbejdere. Organisationen gav lederne et værktøj til at håndtere sygefravær, men ikke et værktøj til at forbedre sundhedsproblemerne på arbejdspladsen, hvilket primært inviterede lederne til kun at se på individuelle forståelser og reaktive handlinger fremfor at adressere forbedringer i arbejdsmiljøet eller evt. kulturelt funderede sygefraværspraksisser.

Desuden fandt vi, at de disciplinære foranstaltninger, som Taylor (16) hævder, straffer de syge også havde en række forskellige konsekvenser blandt både medarbejdere og ledere i denne undersøgelse. Tilstedeværelse var en måde, hvorpå medarbejderne kunne undgå de disciplinære foranstaltninger, hvilket også er i tråd med, hvad Grinyer & Singleton (23) fandt i deres undersøgelse. Her fandt de, at en af hovedårsagerne til at gå syg på arbejde var frygten for at nå triggerpunkter eller endda blive bemærket af lederne. Lederne oplevede et overskridende element i, hvordan de skulle håndtere

sygefraværet, da det (delvist) var i modstrid med deres forståelse af god håndtering. Dette afspejler spændingen for linjeledere mellem at være støttende over for medarbejdere og opfylde kravene i disciplinære politikker, hvilket også fremhæves af Cunningham et al. (24). I vores undersøgelse løste linjelederne disse modstridende krav ved at engagere sig i tre forskellige tilgange. I forhold til de konsekvenser, som et formaliseret monitoreringssystem kan have for medarbejdere og ledere, understøtter vores resultater fra organisation 1 Cunningham et al. (24). De understregede, hvordan dette system skabte problematiske relationer mellem medarbejdere og deres ledere. Men vi fandt også andre implikationer såsom et pres for at blive rask hurtigt, mistillid og en oplevelse af kontrol.

Resultaterne indikerer, at sygefraværspolitikken i organisationen er omstridt, og at dens funktion som forebyggende foranstaltning er afhængig af lederens situationsforståelse og evne til at navigere i procedurerne på en måde, som medarbejderne oplever som en reel bekymring/omsorg for dem og deres arbejdsmiljø. Derfor er ledelsestræning og supervision (der også blev efterspurgt) i disse kompetencer afgørende for at kunne implementere overvågningsværktøjer som Bradford, og ifølge de regionale HR-konsulenter er det også det, de anser for vigtigt, hvis organisationen vel at mærke har et ønske om at sundhedsproblemer blandt medarbejderne skal forebygges.. Dette understøttes også af Cunningham et al. (24), som også lægger vægt på, at der tilbydes tilstrækkelig træning i at håndtere problemer med dårligt helbred og handicap. Samlet ser det ud som om, der er behov for mere viden om, hvordan lederne bedst muligt i deres ledelse kan balance implementering og anvendelse af sygefraværspolitikker med fokus på trivsel og forebyggelse i arbejdsmiljøet.

### 8.3.2 Diskussion af resultaterne fra organisation 2

I organisation 2 viser vores analyser en udvikling i håndteringen af sygefravær over tid betegnet som organisationens 'sygefraværrejse'. De tre faser i organisationens udvikling af sygefraværshåndtering (sygefravær-rejsen) spænder fra **1**) den hårde politik fase, hvor der har været fokus på at reducere sygefraværet gennem disciplinære tiltag, herunder fyringer af medarbejdere med højt sygefravær til **2**) den analyserende fase, hvor fokus har været på at kortlægge og forstå årsagerne til sygefravær med anvendelse af timeout-samtaler og analyse af forskellige former for fravær til **3**) den stabiliserende (nuværende) fase, hvor fokus er at opretholde det nuværende lave niveau af sygefravær. Der lægges her større vægt på stabilitet, medarbejdertilfredshed og kommunikation.

I løbet af de forskellige faser er man altså skiftet fra at måle fravær konstant til at fokusere på at opnå 97% fremmøde. Der er nu fokus på medarbejdertilfredshed og at skabe en åben kommunikation om trivsel. Der er blevet arbejdet på at nedbryde barrierer mellem forskellige grupper af medarbejdere og at fremme samarbejde. Der har samtidig været en betydelig satsning på ledertræning og sprogbrug i organisationen, med fokus på at skabe en kultur, hvor alle føler sig som en del af et fælles projekt. Lederne og tillidsrepræsentanterne er blevet klædt på til at bruge et mere inkluderende sprog, og der er lagt vægt på samarbejdet mellem dem. Det fremgår samtidig at udviklingen har fundet sted over lang tid. I organisationen er der dog fortsat en frygt blandt nogle medarbejdere for at have for meget sygefravær og dermed være i fare for at blive fyret f.eks. i tilfælde af fyringsrunder. Organisationens havde f.eks. en stor fyringsrunde kort tid, inden dette projekt blev påbegyndt.

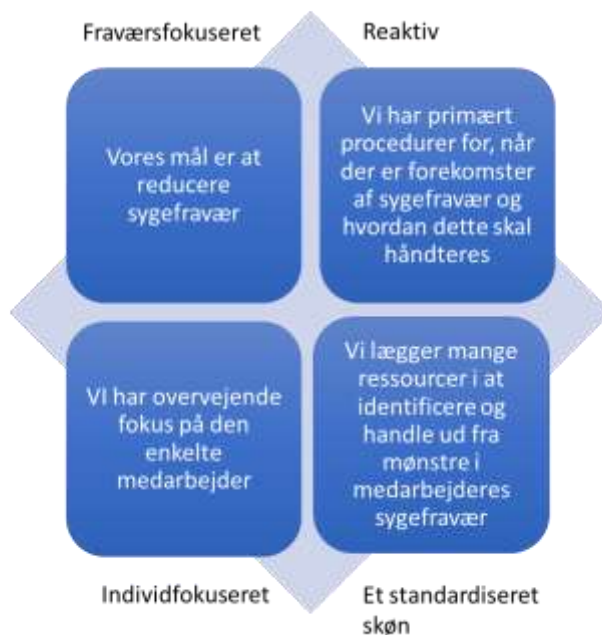
**Samlet set har organisationens tilgang til sygefravær udviklet sig fra en hård politik og disciplinære tiltag i den første fase til en mere analytisk tilgang med fokus på årsager i fase to. I den nuværende fase er der fokus på stabilisering og højt fremmøde samt på at skabe en kultur med åben kommunikation, samarbejde og fokus på medarbejdertrivsel og tillid mellem medarbejdere og medarbejder og leder. Der er dog stadig nogle medarbejdere, som virker til at frygte, at deres fravær**

kan blive for højt, selvom organisationen forsøger at italesætte et fokus på åben kommunikation. Det kan således stadig være, at medarbejderne har tidligere tilgange i erindring, og at dette påvirker deres adfærd og tænkning.

### 8.3.3 Fraværsfokuseret og arbejdsmiljøfokuseret håndtering af sygefravær

De to cases reflekterer forskellen i hvor man lægger sit primære fokus og indsats ift. håndtering af sygefravær. Vi har valgt at kalde de to former for hhv. den **fraværsfokuserede håndtering** (org. 1) og den **arbejdsmiljøfokuserede håndtering** (org. 2.). I den fraværsfokuserede håndtering er det overordnede mål at *reducere sygefraværet* gennem handlinger, der er rettet mod sygefraværet, når det forekommer. Det kan være i form af opkald på 1., 4, 14. dagen til de sygemeldte eller i form af trivselssamtaler, når medarbejderne har et vist antal sygedage. Ens fokus er således, når der er forekomster af sygefravær og dermed et mere *reaktivt fokus*. Den fraværsfokuserede håndtering vil ofte også være *individfokuseret*, dvs. at man fokuserer på den enkelte medarbejders sygefraværs-mønster og handlingerne retter sig mod den enkelte medarbejder eksempelvis i form af opfølgende samtaler. Til sidst er det ofte også kendetegnende ved den fraværsfokuserede håndtering, at mange ressourcer bliver lagt i at *identificere mønstre* i fravær, og det er de mønstre der styrer handlingerne – f.eks. hvornår og med hvem man tager trivselssamtaler for at nedbringe sygefraværet. Dvs. de skøn man som leder tager ift. handlinger er standardiserede og ikke koblet op på den enkelte leders vurdering af, hvordan det vil være bedst at agere. Den fraværsfokuserede håndtering kan opsummeres i figur 13 nedenfor:

**Figur 13. Den fraværsfokuserede håndtering.**



Den **arbejdsmiljøfokuserede håndtering** har det mål at *skabe et godt psykosocialt arbejdsmiljø* og så vil en eventuel reduktion af sygefravær være en afledt konsekvens. Det betyder, at man har en *proaktiv tilgang*, hvor procedurerne er rettet primært mod, hvordan man sikrer trivsel og et godt arbejdsmiljø samt sekundært, hvordan man håndterer sygefravær. Når man har det perspektiv hæver det sig op over individet og implicerer et *kollektivt fokus*, fordi man har fokus på arbejdsmiljø for alle.

Denne tilgang benytter sig af et *reflekteret skøn*, som er en kombination af *datadrevet* og *personligt skøn*. Balancen mellem datadrevet og personligt skøn er relevant for på den ene side fortæller både ledere, medarbejdere, TR og HR, at det kan være svært at holde overblikket over antal, længde af sygefravær og at de forskellige metoder til at registrere fravær kan være en hjælp. Man kan som medarbejder glemme, hvornår og hvor længe man har været væk, hvilket lederne også nemt mister overblikket over og på den måde kommer til at overse et uheldigt mønster. Ideen med at registrere og generere data er at have fokus på, om der er et mønster, så det bliver synligt, hvilke medarbejdere det drejer sig om, så de ikke 'går under radaren', selvom det i hverdagen ikke er så bemærkelsesværdigt et fravær de har. På den anden side betyder et ensidigt udgangspunkt i datadrevet skøn, at håndteringen af sygefravær opleves som meningsløs af både ledere og medarbejdere. Lederens kendskab til medarbejderne og deres fraværsårsager kan betyde, at det personlige skøn resulterer i ikke at indkalde til en formel samtale, eller ringe løbende til medarbejderen, fordi man kan fornemme på situationen, at det er bedst at give medarbejderen ro. Den arbejdsmiljøfokuserede kan illustreres i figur 14 nedenfor.

**Figur 14. Den arbejdsmiljøfokuserede håndtering.**



Opsummerende kan man sige, at én af de overordnede forskelle, der optræder, når man sammenligner sygefraværshåndteringen i de to organisationer, er at organisation 1 har en fraværskonsenteret tilgang og organisation 2 har en arbejdsmiljøfokuseret tilgang. I organisation 2 ser de ud til over tid at have nået en mere forebyggende tilgang til fraværet, hvor der sideløbende med registrering af sygefraværet er fokus på trivsel og forebyggende tiltag. Den håndtering og strategi, der praktiseres i organisation 1, minder dog meget om nogle af de tidligere faser af den sygefraværshandling, som beskrives i organisation 2. Så forskellene mellem de to organisationer kan måske også forstås som udtryk for, at organisationerne befinder sig i forskellige faser i sygefraværshandlingen. Organisation 1 ser stadigvæk ud



til at befinde sig i den første fase karakteriseret ved politikker, hvor håndhævelse af regler og disciplinering samt et begrænset fokus på sundhedsfremme er dominerende. En anden forskel vedrører ledertræning og supervision, hvor organisation 2 konsekvent træner alle nye leder i håndtering af sygefravær og trivsel. I organisation 1 derimod har man skåret ned på ledertræning og supervision, selvom dette er efterspurgt blandt lederne. I organisation 1 tyder data på, at arbejdet med at forbedre trivslen ligger på enhedschefernes skuldre (i samarbejde med TR og AMR). Enhedscheferne vægter at være synlige og tilgængelige for deres medarbejdere ved morgenmøder, have en åben dør, samarbejde med enhedsledere, samarbejdsudvalg, selv henvende sig til medarbejderne og tage temperaturen på, hvordan de har det. Men der er ikke en institutionschef med samme synlighed som i organisation 2, hvor topledelsen jævnligt deltager i møder med medarbejderne (såkaldte townhall meetings) og italesætter organisationens strategi for trivsel.

Kommende forskning kunne med fordel følge organisationers sygefraværsrejse over tid for at besvare spørgsmål som f.eks., hvordan organisationer skaber balance mellem reaktive og proaktive, individuelle og kollektive praksisser, og hvor man prioriterer muligheden for at foretage reflekterede skøn frem for kun at følge specifikke handlingsstandarder. Hvorfor tager organisationen de valg ift. sygefraværshåndtering de gør, hvilken logik ligger bag og hvorfor og hvordan ændrer det sig over tid. Det, der stod frem i denne undersøgelse, var betydningen af ledertræning, så der var en fælles viden og praksis og at lederne følte sig mere sikre i, hvordan de skulle håndtere de udfordringer, de stod i ift. sygefravær. Men det som lederne i organisation 1 efterlyste var udover ledertræning, i højere grad, at organisationen prioriterede proaktive procedurer, så de fik ressourcer til at skabe et godt arbejdsmiljø.

#### **8.4 Formål 4: Udvikling af et undervisningsmodul**

I forbindelse med dette projekt er der udviklet et onlinebaseret undervisningsmodul rettet mod ledere med det formål at gøre lederne mere refleksive omkring sygefraværforståelse samt bidrage til inspiration til ledelsesmæssig håndtering.

Modulet formidler viden og kritisk refleksion om sygefraværsbegreber; giver indblik i fordele og ulemper ved databaserede tilgange til sygefraværshåndtering ligesom, der gives eksempler på konkrete refleksioner og forslag til handlinger rettet mod at håndtere det gentagne kortvarige sygefravær så hensigtsmæssigt som muligt.

Modulet og henvisning til videoer og youtube-kanal for modulet er beskrevet nedenfor under fortegnelse over publikationer og produkter i projektet.

#### **8.5 Afrunding og perspektivering: hvordan bidrager projektets resultater på kort og langt sigt til at forbedre arbejdsmiljøet?**

En uhensigtsmæssig håndtering af sygefravær risikerer at forværre arbejdsmiljøet. Den måde, ledelsen forvalter deres medarbejders sygdom på, er i sig selv et vigtigt aspekt af arbejdsmiljøet. Uhensigtsmæssig sygefraværshåndtering kan i sig selv blive en arbejdsmiljøbelastning særligt i højt belastede organisationer, og i organisationer med personalemangel. Dette projekt bidrager med viden, om hvordan ledere håndterer arbejdet med organisationspolitikker i håndteringen af sygefravær og hvilke tilgange, der ser ud til at fungere mest hensigtsmæssigt. Projektet giver stor indsigt i hvilke dilemmaer ledere kan stå i, når de både skal tage højde for den syge medarbejders individuelle situation og samtidig skal implementere organisationspolitikker om sygefravær som 1, 4, 14. Derfor

kan projektet især bidrage til arbejdsmiljøet ved at omsætte noget af denne viden til organisationer. Herudover bidrager projektet med viden om, hvordan sygefravær måles og hvordan der praktiseres databaseret sygefraværsledelse i organisationer. Her bidrager projektet bl.a. med, hvilke faldgruber, der kan være ved forskellige måle- og håndteringsmetoder. Viden om dette blandt ledere og i organisationer kan potentielt have stor betydning for ledelsesstrategier og handlinger ift. håndtering af sygefraværet. Projektet kan evt. bidrage til, at håndteringen kan foregå med større hensyntagen til den kompleksitet som sygefraværspraksisser foregår i samtidig med, at de anvisninger, som projektet kommer med gerne skulle bidrage med en mere nuanceret, men også mere præcis forståelse af sygefraværet i organisationerne. En konsekvens af dette kunne være, at organisationer får en mere bedre forståelse af, hvornår det er hensigtsmæssigt at sætte ind med forebyggende tiltag f.eks. forbedringer i arbejdsmiljøet, og hvornår der alternativt kan være behov for, at medarbejderen får en længere sygemelding så der skabes mulighed for reel restitution frem for f.eks. sygenærvær.

Projektet bidrager også med at belyse konkrete områder i arbejdsmiljøet, der har betydning for sygefravær ikke blot det langvarige, men også for det ofte underbelyste kortvarige sygefravær og f.eks. det, der falder på en mandag eller en fredag. Projektet har inkluderet temaer, der i mindre grad er repræsenteret i arbejdsmiljøforskningen herunder holdninger til sygefravær. Sidst men ikke mindst bidrager projektet med en nuancering af sygefraværsbegrebet og et kritisk perspektiv på begrebet 'drypvis sygefravær', der til tider kan have en værdiladet brug, som potentielt er mere stigmatiserende når det anvendes, end hvis man f.eks. havde beskrevet fraværet som det gentagende kortevarende fravær. Ved inddragelse af begrebet sygefraværspraksisser lægges der op til et mere kontekstualiseret syn på sygefravær for at skabe en bredere forståelse for, hvordan sygefravær skabes i den kulturelle kontekst. Som det også fremgår af den beskrevne sygefraværstrejse i organisation 2, så kan en forståelse af kulturen og en ændring i kulturen være relateret til den måde, sygefravær praktiseres i både teams og organisationer.

Der mangler et større fokus på, hvordan sygefravær måles og vigtigheden af at anvende flere indikatorer på fravær af gangen, ligesom det fortsat er vigtigt at fremhæve, at det laveste sygefravær er et dårligt benchmark at stræbe efter, når vi ved at folk også går syge på arbejde, men vi har næsten aldrig systematiske oplysninger om, hvor hyppigt det sker i forskellige virksomheder. Virksomhedernes og samfundets sygefraværstatistikker bør derfor nuanceres noget mere, og vi gør os til talpersoner for, at der mangler et større fokus på - både hos forskere og politikere - at sygefravær er et meget mere kompliceret fænomen end det nogen gange gøres til. Projektet bidrager til nuanceringen af denne diskussion.

## **9. Fortegnelse over publikationer og produkter i projektet**

### **9.1 Undervisningsmodul - online undervisningsmodul til ledere**

I forbindelse med gennemførelse af forskningsprojektet om 'drypvise sygefravær' har projektgruppen udarbejdet et onlinebaseret undervisningsmodul rettet mod ledere.

Modulet består af en videoserie på 6 videoer samt yderligere informationsmateriale og bygger på principperne viden, refleksion og handling. Det vil for det første sige, at en del af materialet sigter mod at tilvejebringe forskningsbaseret viden om begrebet 'drypvise sygefravær' og andre sygefraværsbegreber og om årsager og kompleksitet i sygefravær samt om databaserede tilgange til håndtering af sygefraværs. For det andet er det hensigten at invitere ledere til refleksion over egen håndtering i teams og organisationer. For det tredje præsenterer modulet en række resultater fra projektet om forskellige ledelsesmæssige og organisatoriske tilgange til håndtering af det drypvise sygefravær, der kan give inspiration til både handling og refleksion over hensigtsmæssig håndtering. Materialet indeholder også en række konkrete værktøjer, der kan benyttes i den enkelte leders håndtering af det drypvise eller gentagne kortvarige sygefravær.

#### ***Undervisningsmodulet består af følgende:***

1. Introduktionsvideo, der introducerer til forskellige forståelser af sygefravær og sygenærvær (video 1)
2. Årsager til sygefravær (video 2)
3. Databaserede tilgange til sygefravær (video 3)
4. Fra håndtering til forebyggelse (video 4)
5. Inspiration til værktøjer rettet mod forebyggelse af 'drypvise sygefravær' (video 5)  
[https://youtu.be/o5rm\\_PLHMBM](https://youtu.be/o5rm_PLHMBM)
6. Den effektfulde samtale om 'drypvise sygefravær' (video 6)  
<https://youtu.be/zU-qa7CENi8>

Alle videoer, slides og materialer er tilgængelige på

<https://shorturl.at/ejDNW> eller

<https://youtube.com/playlist?list=PLzIJTVHazV7e9Wx96qEKrh74KFTNo62A&si=zKNF56zv7Rdhv0Uo>

## 9.2 Videnskabelige publikationer

### 9.2.1 Udarbejdede videnskabelige artikler

1. *How to measure sickness absence? Using sequence analysis to assess the impact of choice of sickness absence indicators on long-term sick leave, layoffs and turnover behaviour.* Hansen, C.D., Nøhr Vinding, T., Andersen, J.H., Dalgaard, V.L.  
**Indsendt til BMC Medical Research Methodology.**
2. *Repeated Short-term Sickness Absence: A problem to be handled or a symptom to be prevented? A qualitative case study.* Kirkegaard, T., Dalgaard, V.L., Grytnes, R.  
**I review hos Industrial Relations Journal.**
3. *Sickness absence practices – an undertheorised concept in the context of absenteeism and presenteeism research.* Hansen, CD.  
**Indsendes til Sociology of Health and Illness i løbet af efteråret 2023**

### 9.2.2 Videnskabelige artikler under udarbejdelse

1. *Influence on work hours and associations with short and long term sickness absence.*
2. *Sick at work and future sickness absence - a prospective study of two measures of sickness presence.*
3. En populærvidenskabelig artikel på baggrund af ovenstående 3 artikler eftersendes, når artiklerne er publiceret i internationale tidsskrifter.

## 9.3 Præsentationer på videnskabelige konferencer

1. *Sickness absence practices – an undertheorised concept in the context of presenteeism research.* Be There or Be Square? Theoretical and Empirical Advancements in Workplace Attendance Behavior Research. Tilburg University, Netherlands. July 2023. CD Hansen
2. *Using sequence analysis to assess patterns of short-term absence and presence at work. What can be learned from this approach? Presentation at 2<sup>nd</sup> 'In-between conference seminar'. Section of Social Security Work and Health, European Public Health Association.* March, 2023. CD Hansen, TN Winding, JH Andersen, VL Dalgaard
3. *Sick at work and future sickness absence - a prospective study of two measures of sickness presence.* Presentation at 16<sup>th</sup> European Public Health Conference, Dublin, November 2023. CD Hansen, VL Dalgaard, TN Winding, JH Andersen (Abstractet er optaget til præsentation i november)

## 9.5 Praksisrettede præsentationer

1. Der er blevet afholdt præsentationer om projektets resultater i organisation 1. LAB22 konferencen i Nyborg, Oktober 2022. Der blev i samarbejde med Cabi afholdt en workshop

med titlen: Drypvis fravær – fra data til konkret forankring. Workshopen havde fokus på forebyggelse og håndtering af drypvis fravær og involverede introduktion til 5 temaer i arbejdet med 'drypvis fravær' samt en præsentation af projektresultater med fokus på 1) arbejdsmiljøets betydning for forskellige typer kort sygefravær samt 2) lederes håndteringstilgange til det drypvise sygefravær (Slides fra oplægget er vedhæftet denne rapport)

2. Der er afholdt oplæg om resultaterne i organisation 1

## **10. Bevillingsgiver**

Arbejdsmiljøforskningsfonden har givet bevilling til dette projekt med projektnummer 36-2018-03.

## 11. Referencer

1. Stochkendahl MJ, Myburgh C, Young AE, Hartvigsen J. Manager Experiences with the Return to Work Process in a Large, Publically Funded, Hospital Setting: Walking a Fine Line. *Journal of occupational rehabilitation*. 2015;25(4):752-62.
2. Hensing G. The measurements of sickness absence – a theoretical perspective. *Norsk Epidemiologi*. 2010;19(2).
3. Blank N, Diderichsen F. Short-term and long-term sick-leave in Sweden: relationships with social circumstances, working conditions and gender. *Scand J Soc Med*. 1995;23(4):265-72.
4. Eakin JM, MacEachen E. Health and the Social Relations of Work: A Study of the Health-related Experiences of Employees in Small Workplaces. 1998;20(6):896-914.
5. Koopmans PC, Roelen CA, Groothoff JW. Risk of future sickness absence in frequent and long-term absentees. *Occup Med (Lond)*. 2008;58(4):268-74.
6. Virtanen P, Nakari R, Ahonen H, Vahtera J, Pentti J. Locality and habitus: the origins of sickness absence practices. *Soc Sci Med*. 2000;50(1):27-39.
7. Johns G. Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*. 2010;31(4):519-42.
8. Aronsson G, Gustafsson K, Mellner C. Sickness presence, sickness absence, and self-reported health and symptoms. *International Journal of Workplace Health Management*. 2011;4:228-43.
9. Flyvholm M-A TSoBU. Fraværsrapport 2019. Deskriptiv analyse af lønmodtagernes sygefravær i Danmark – belyst ud fra register- og spørgeskemadata. . København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2019.
10. Notenbomer A, Groothoff JW, van Rhenen W, Roelen CA. Associations of work ability with frequent and long-term sickness absence. *Occup Med (Lond)*. 2015;65(5):373-9.
11. Notenbomer A, Roelen CAM, van Rhenen W, Groothoff JW. Focus Group Study Exploring Factors Related to Frequent Sickness Absence. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148647.
12. Kristensen TS. Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: An analysis of absence from work regarded as coping behaviour. *Soc Sci Med*. 1991;32(1):15-27.
13. Nicholson N, Johns G. The Absence Culture and the Psychological Contract-Who's in Control of Absence? *The Academy of Management Review*. 1985;10(3):397-407.
14. Kirkegaard T, Brinkmann S. Rewriting stress: Toward a cultural psychology of collective stress at work. *Culture & Psychology*. 2015;21(1):81-94.
15. Kirkegaard T, Brinkmann S. “Which coping strategies does the working environment offer you?” A field study of the distributed nature of stress and coping. *Nordic Psychology*. 2016;68(1):12-29.
16. Taylor P, Cunningham I, Newsome K, Scholarios D. ‘Too scared to go sick’—reformulating the research agenda on sickness absence. 2010;41(4):270-88.
17. Hansen CD. Fra sygdomsforfald til sygefravær - arbejde og sygdom mellem rettigheder og pligter i den moderne velfærdsstat. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*. 2012;9(16).
18. Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12:Cd006389.
19. Hultin H, Lindholm C, Malfert M, Möller J. Short-term sick leave and future risk of sickness absence and unemployment - the impact of health status. *BMC Public Health*. 2012;12:861.
20. Hultin H, Lindholm C, Möller J. Is there an association between long-term sick leave and disability pension and unemployment beyond the effect of health status?--a cohort study. *PLoS One*. 2012;7(4):e35614.
21. Bevan S HS. Attendance Management: a Review of Good Practice. *Studies. IfE*; 1998. Report No.: Report 353.
22. Dunn C, Wilkinson A. Wish you were here: Managing absence. *Personnel Review*. 2002;31.

23. Grinyer A, Singleton V. Sickness absence as risk-taking behaviour: A study of organisational and cultural factors in the public sector. *Health Risk & Society - HEALTH RISK SOC.* 2000;2:7-21.
24. Cunningham I, James P, Dibben P. Bridging the Gap between Rhetoric and Reality: Line Managers and the Protection of Job Security for Ill Workers in the Modern Workplace. *British Journal of Management.* 2004;15(3):273-90.
25. Perrett R, & Martinez, L *Absence Agreements in the UK Public Sector: A Bitter Pill to Swallow?* PublisherUnison; 2006.
26. [Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/bagtal/2011/2011-05-10-sygefravaer>].
27. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol.* 2008;8(1):45.
28. Meyer JW, Rowan B. Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology.* 1977;83(2):340-63.
29. Dodier N. Social uses of illness at the workplace: Sick leave and moral evaluation. *Soc Sci Med.* 1985;20(2):123-8.
30. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measure. *Scand J Soc Med.* 1998;26:133-44.
31. Taibi Y, Metzler YA, Bellingrath S, Müller A. A systematic overview on the risk effects of psychosocial work characteristics on musculoskeletal disorders, absenteeism, and workplace accidents. *Appl Ergon.* 2021;95:103434.
32. Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J. The role of extended weekends in sickness absenteeism. *Occup Environ Med.* 2001;58(12):818-22.
33. Brotheridge C, Grandey A. Emotional Labor and Burnout: Comparing Two Perspectives of "People Work". *J Vocat Behav.* 2002;60:17-39.
34. Greenhalgh L, Rosenblatt ZJAoMr. Job insecurity: Toward conceptual clarity. 1984;9(3):438-48.
35. Hansen CD. 'Making a virtue' of going ill to work – reflections on the necessity of everyday workplace 'suffering'. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund.* 2010;7(13).
36. Alexanderson K. Sickness absence: a review of performed studies with focused on levels of exposures and theories utilized. *Scand J Soc Med.* 1998;26(4):241-9.
37. Caverley N, Cunningham JB, MacGregor JNJJoMS. Sickness presenteeism, sickness absenteeism, and health following restructuring in a public service organization. 2007;44(2):304-19.