



Delrapport 3

Resultatutvärdering av projektet

Mats Liljegren

Rikscentrum för Arbetstlivsinriktad Rehabilitering

Institutionen för Hälsa och Samhälle, Linköpings universitet

Sammanfattning

Föreliggande rapport är en tredje delrapport i utvärderingen av Arbetsmarknadsverkets, AMV:s, ”Projekt Hälsa”. Syftet med delrapporten är att genomföra och redovisa en resultatutvärdering av det aktuella projektet. Av särskild vikt är det att ställa projektets resultat mot dess målsättningar och att försöka klargöra effekten av den interventionsmetod som projektet bygger på.

Projektet har genomfört de aktiviteter som det avsåg att göra och ambitionsnivån har varit hög. När det gäller effekten av projektet saknas vissa måttal, som exempelvis på hälsa, vilket gör att det är svårt att skatta effekten på det genomförda projektet i vissa avseenden. Interventionen har dock inte haft någon nämnvärd effekt på den positiva utvecklingen inom AMV utan orsakerna till den utvecklingen ligger utanför projektet.

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	4
1.1 Interventioner i syfte att minska sjukfrånvaron och öka hälsan	6
1.2 Arbetsmarknadsverkets “Projekt Hälsa”	7
2. Metod	10
2.1. Analys	10
3. Resultat	12
3.1 Övergripande nivå	12
3.2 Utvecklingen av sjukfrånvaro	13
4. Diskussion	22
4.1 Sammanfattande slutsatser	23
5. Avslutande reflektion	25
6. Referenser	27

1. Bakgrund

Under de senaste åren har den ökande ohälsan i arbetslivet problematiserats, bland annat med bakgrund av det ökande antalet sjukskrivningar. Mellan åren 1997 och 2002 fördubblades antalet sjukskrivna och bortsett från de bakomliggande besvären utgör sjukfrånvaron som sådan en psykisk, social och ekonomisk belastning för både arbetstagaren och arbetsgivaren. Vidare finns en uttalad politisk vilja att sjukskrivna individer skall återgå i arbete, den s.k. arbetslinjens princip gäller även i rehabiliteringsarbetet (SOU 2000:78). Utifrån denna bakgrund finns det en allmänt uttalad och stark vilja att minska antalet sjukskrivna, dels genom att fastställa och påverka orsakerna till att individer tvingas ut i sjukskrivning men även att utveckla effektiva metoder för rehabilitering tillbaka till arbete.

Arbetsmarknadsverket, AMV, är en organisation med drygt 10 000 anställda. Sjukfrånvaron inom AMV var 2002 drygt 9 % och kostnaderna uppskattades till 400 miljoner kronor. AMV har en uttalad ambition att vara en attraktiv arbetsgivare, bland annat genom att erbjuda sina medarbetare en god arbetsmiljö och ett aktivt hälsofrämjande arbete. Incitamenten för att minska sjukfrånvaron och öka hälsan bland medarbetarna är därför starka.

Detta PM är en tredje och avslutande delrapport i utvärderingen av Arbetsmarknadsverkets, AMV:s, ”Projekt Hälsa”. Den första delrapporten syftade till att beskriva kunskaps- och forskningsläget vad gäller sjukfrånvaro och arbetslivsinriktad rehabilitering och belyste därefter AMV-projektet ”Hälsa” utifrån dessa tidigare resultat och erfarenheter. Resultatet visade att sjukfrånvaro är ett komplext begrepp och orsakerna till sjukfrånvaro är många. Individuella, organisatoriska och strukturella faktorer samverkar och ett brett biopsykosocialt perspektiv eftersträvas framför ett smalare biomedicinskt när vi skall försöka förstå och påverka rehabiliteringsprocesser. Riskerna för att bli kvar i en längre tids sjukfrånvaro skiljer sig betydligt mellan olika grupper. Flera olika studier

visar att parallella insatser, på olika strukturella nivåer (som individuella insatser och organisatoriska samtidigt), ger bäst effekt.

Rapporten visade också att AMV:s ”Projekt Hälsa”s struktur och innehåll motsvarar väl forskningsläget och av flera olika studier förordnad ”best practice”. Av särskild vikt för ett effektivt resultat är tvärnivåansatsen och den multidisciplinära approachen som återfinns i det aktuella projektet. Vad som möjligen kommer att utgöra ett problem är vidmakthållandet av ett gott utfall. Detta vidmakthållande är beroende av etablerandet av en verklig förändring och skapandet av en organisatorisk lärprocess.

Den andra delrapporten syftade till att belysa och värdera olika processaspekter av ”Projekt Hälsa”. Rapporten byggde på 13 intervjuer med 16 olika aktörer i projektet. I intervjuerna med de berörda medarbetarna och projektaktörerna framkommer att ”Projekt Hälsa” har upplevts som relevant, ambitiöst och välstrukturerat. Det breda angreppssättet, med både individ-, ekonomi- och organisationsperspektiv har upplevts som konstruktivt och stödande för både chefer och medarbetare. Vissa problem och farhågor, framförallt med informationsflödet, både när det gäller initial information och återkoppling, samt för hur projektresultatet skall förvaltas och omsättas i praktiken, framkom dock.

Huvudsyftet med föreliggande rapport, den tredje delrapporten, är att presentera en resultatutvärdering av ”Projekt Hälsa”. Av särskild vikt är att ställa projektets resultat mot dess målsättningar och att försöka klarlägga effekten av den interventionsmetod som projektet bygger på.

Denna rapport är tänkt som ett komplement till projektets egen dokumentation. Pilotprojektets innehåll och metod beskrivs mer utförligt i andra rapporter och resultatet på individnivå redovisas också i andra rapporter. Syftet med denna rapport är istället att försöka ge en övergripande bild av projektets resultat och effekterna av metoden som sådan.

1.1 Interventioner i syfte att minska sjukfrånvaron och öka hälsan

Att medvetet försöka påverka ett tillstånd eller en process så att resultatet blir det önskade kallas i forskningssammanhang ofta för interventioner. Interventioner som syftar till att påverka sjukfrånvaro bland en grupp individer kan antingen ha ett sjukdomsförebyggande eller hälsofrämjande perspektiv. Ett sjukdomsförebyggande perspektiv syftar till att förebygga eller bota sjukdom eller skador medan ett hälsofrämjande perspektiv istället handlar om att bibehålla eller öka kontrollen och handlingsförmågan och därigenom ge möjlighet till ökad hälsa (Källestål och Hedin, 2004). Oavsett metod, syfte eller innehåll handlar alltid interventioner om att skapa förändring. En organisatorisk förändringsprocess blir effektiv först när organisationens individer förändrar sitt beteende. Det räcker inte med att individerna förändrar sina föreställningar, tankar eller känslor runt det som förändringen avser att påverka: förändringens måste också resultera i ett förändrat individuellt beteende.

Faktorer som påverkar individens motivation att förändra sitt beteende under en förändringsprocess är framförallt öppen kommunikation, vilja att ta eget ansvar och samarbete, gemensam vision och målbild, möjligheter att hantera problem effektivt samt en känsla av ömsesidig respekt och stöd. Ledningen bör skapa möjligheter till delaktighet, utöva ett visionärt ledarskap, ha en strategisk överblick, uppmuntra kommunikation samt sträva efter att utveckla medarbetarna (Porrás och Robertson, 1992). Utifrån denna allmänna bild av interventioner och organisatoriska förändringsprocesser är det inte överraskande att delaktighet, upplevt socialt stöd, möjligheter till lärande, struktur och systematik samt flernivåansats ses som faktorer som gynnar genomförandet och utfallet av olika hälsofrämjande insatser inom arbetslivet (Arneson, 2005).

En annan faktor som är värd att belysa är förutsättningarna att skapa kvarstående effekter av en intervention. Interventioner bedrivs inte helt sällan som projekt under en begränsad tid vilket, i bästa fall, leder till önskade resultat inom projekttiden. Inte helt sällan är den drivande kraften i en intervention, även om behovet och intresset är genererat av organisationen själv, en extern konsult som bidrar med kunskaper och erfarenheter. Fördelarna med ett sådant föreskrivande interventionsförfarande (Blake och Mouton, 1981) är att organisationen kan ta del av och dra nytta av konsulten under projekttiden för att nå de uppställda målen. Ett välkänt problem är dock att beroendet av externa resurser för att lösa en uppgift inte primärt gynnar det egna organisatoriska lärandet och odlandet av kompetens. I och med att projektet är avslutat finns risk att det mesta återgår till utgångsläget, oavsett om utfallet av projektet har varit gynnsamt eller ej. Två nyckelfaktorer för kvarstående effekter är delaktighet och lärande. Det är först genom delaktighet organisationens individer kan omsätta sina kunskaper till erfarenheter, med andra ord beteende, och skapa möjligheter till ett verkligt individuellt och organisatoriskt lärande.

1.2 Arbetsmarknadsverkets "Projekt Hälsa"

Arbetsmarknadsstyrelsen, AMS, generaldirektör har utifrån regeringens direktiv beslutat att sjukfrånvaron inom AMV skall halveras från 9,3 % 2002 till 4,5 %, i början av januari 2008. AMV avser att skapa en tydlig hälsofrämjande organisation som arbetar aktivt, integrerat med övrig verksamhet, med faktorer som gynnar en god hälsa. Strävan är också att det hälsofrämjande arbetet bedrivs på ett sådant sätt att enskilda medarbetare, chefer och arbetstagarorganisationer involveras. Ett led i arbetet att skapa en aktiv och tydlig hälsofrämjande organisation är "Projekt Hälsa". Projektet skall bidra till en halvering av sjukfrånvaron inom arbetsmarknadsverket, AMV, genom att:

- Etablera ett enhetligt, rättssäkert och effektivt arbetssätt för att öka hälsan och minska sjukfrånvaron. Särskilt fokus ska riktas

mot att minska sjukfrånvaron hos särskilda riskgrupper som exempelvis långtidssjuka och kvinnor

- Tydliggöra kostnaderna för ohälsan och utvecklingen av sjukfrånvaron genom återrapportering till AMV:s ledningsgrupp och arbetstagarorganisationer samt att ge förslag till riktlinjer för styrning och uppföljning som säkerställer ett förebyggande hälsoarbete, framför allt direkta insatser som motverkar både kort och långtidssjukfrånvaro
- Genomföra utbildningar och träning för ansvariga chefer

I det korta perspektivet handlar projektet om att bidra till att halvera sjuktalen inom verket (2002 9,3 % till 4,5 % 2007/2008) och i det längre perspektivet om att öka hälsan inom AMV.

När projektet är avslutat skall det finnas inom AMV:

- Ett strukturerat arbetssätt för att öka hälsan och minska sjukfrånvaron kopplat till övrig verksamhetsutveckling
- Ökad medvetenhet kring betydelsen av hälsofrämjande insatser genom bl.a. att tydliga kriterier finns utvecklade för hur sjukfrånvarons direkta och indirekta kostnader skall beräknas
- Utbildning och träning för ansvariga linjechefer har genomförts

En strukturerad beskrivning av projektets delar framgår av tabell 1.

Projekt/delprojekt	Åtgärd	Syfte/förväntad effekt	Utförare	Målgrupp
Projekt "Hälsa"	Delprojekt I, II, III och IV (se nedan)	<ul style="list-style-type: none"> • Bidra till att halvera sjukfrånvaron till 2007.12.31 • Öka hälsan inom AMV 	<ul style="list-style-type: none"> • Projektledning • ALT 	<ul style="list-style-type: none"> • AMV (samtliga län)
I. Etablera ett strukturerat arbetssätt kopplat till övrig verksamhetsutveckling	<ul style="list-style-type: none"> • Införa ett strukturerat arbetssätt 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbetssättet skall vara/upplevas enhetligt, rättssäkert och effektivt • Minskad sjukfrånvaro fr.a. hos kvinnor, äldre samt långtidssjukskrivna • Ökad hälsa • Arbetssättet integrerat i organisationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Extern konsult (pilot) • ALT X-län (pilot) • ALT 	<ul style="list-style-type: none"> • Medarbetare X-län • Sjukskrivna X-län (fr.a. kvinnor, äldre samt långtidssjukskrivna) • Af-chefer (rehabansvarig) • HR-funktion • LAN • Andra aktörer (FK, FHV, PV)
II. Ökad medvetenhet kring sjukfrånvarons kostnader	<ul style="list-style-type: none"> • Åtterrapporering till AMV:s ledningsgrupp samt arbetstagarorganisationer • Utveckla kriterier för sjukfrånvarons direkta/indirekta kostnader 	<ul style="list-style-type: none"> • Ökad medvetenhet om betydelsen av hälsofrämjande insatser • Kriterier för att beräkna sjukfrånvarons direkta/indirekta kostnader 	<ul style="list-style-type: none"> • Extern konsult (pilot) • Projektgruppen 	<ul style="list-style-type: none"> • AMV:s ledningsgrupp • Arbetstagarorganisationer
III. Utbildning för linjechefer	<ul style="list-style-type: none"> • Genomföra utbildning och träning för ansvariga chefer 	<ul style="list-style-type: none"> • Ökade kunskaper och färdigheter hos ansvariga chefer vad gäller rehabilitering och hälsofrämjande 	<ul style="list-style-type: none"> • Extern konsult (pilot) • Projektgruppen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvariga chefer

Tabell 1 AMV:s "Projekt Hälsa", Projektbeskrivning

2. Metod

Denna rapport syftar till att utvärdera resultatet av ”Projekt Hälsa” och den metod som har använts vid genomförandet av projektet. Ett särskilt fokus vid utvärderingen har lagts vid projektets huvudsyfte: att minska sjukfrånvaron inom AMV.

Som tidigare har nämnts hade projektet tre huvudmål: 1. Etablera ett enhetligt, rättssäkert och effektivt arbetssätt för att öka hälsan och minska sjukfrånvaron. 2. Tydliggöra kostnaderna för ohälsan och utvecklingen av sjukfrånvaron samt att ge förslag till riktlinjer för styrning och uppföljning som säkerställer ett förebyggande hälsoarbete samt 3. Genomföra utbildning och träning för ansvariga chefer.

Vid utvärderingen har projektets egen rapportering och dokument använts samt den interna personaldatabasen ”PALASSO”.

2.1 Analys

Avseende redovisningen av förändringarna i sjukfrånvaron inom AMV beskrivs resultatet i två olika former. För det första sker en jämförelse mellan pilotlänet, d.v.s. Gävleborgs län, mot övriga Arbetsmarknadsverket, benämnt ”kontroll” i resultatredovisningen. För det andra sker en jämförelse mellan pilotlänet, län där interventionen har genomförts till och med augusti 2006, benämnt ”påbörjade län” samt de län där interventionen än så länge inte har genomförts, benämnt ”kontrollän”. De län där projektet hade genomförts fram till denna tidpunkt var, förutom Gävleborgs län, också Västernorrlands län, Jönköpings län, Västmanlands län, Värmlands län, Södermanlands län, Hallands län, Blekinge län, Kronobergs län, Västra Götalands län, Jämtlands län, Västerbottens län samt Norrbottens län.

Skälet till den första indelningen är att ge en övergripande bild av effekterna av interventionen i pilotlänet i jämförelse med den övriga organisationen. Denna indelning har vissa brister. För det första finns det enheter i Arbetsmarknadsverket vars verksamhet avsevärt skiljer sig från den verksamhet som bedrivs i pilotlänet (exempelvis AMS och Aske kursgård). Dessa organisationer ingår inte i den andra indelningen. För det andra ingår endast ett län där intervention skett i den första indelningen. Det är därför svårt att skilja mellan effekter av

interventionen som sådan och effekter som beror på unika förutsättningar för pilotlänet. Denna brist kompenseras till viss del genom en större interventionspopulation: de län där interventionen har genomförts senare, den så kallade ”påbörjade län” gruppen.

Arbetslivstjänster, ALT, ingår numera inte i organisationen, och är därför exkluderade ur analysen.

I analysen benämns tidpunkterna kvartalsvis, exempelvis ”första kvartalet 2005” eller ”2005.01”. Datan speglar inte hela denna tidsperiod utan den mellersta månaden under denna tidsperiod; så, exempelvis, perioden ”2005.01” bygger på data för februari 2005.

Skillnaderna mellan de olika grupperna signifikansprövades med variansanalys, ANOVA. Inga signifikanta skillnader återfanns dock. Detta beror med stor säkerhet på att rådatan redovisades på organisations- och inte på individnivå. Den statistiska styrkan i analysen, ”power”, blir därför allt för liten för en meningsfull signifikansprövning.

3. Resultat

3.1 Övergripande nivå

Det första huvudmålet med projektet var att etablera ett enhetligt, rättsäkert och effektivt arbetssätt för att öka hälsan och minska sjukfrånvaron inom AMV. Projektet har genomförts på ett mycket strukturerat sätt, där i stort sätt samma metod har använts i samtliga län där interventionen har genomförts. Vissa inslag har förändrats över tid, framförallt utifrån erfarenheterna av pilotprojektet men grunden är fortfarande densamma. Mycket arbete har lagts ned att formulera och implementera verktyg för rehabiliteringsarbetet i organisationen såsom manualer för rehabiliteringsaktörerna. Vidare har processledarna genomgått samma utbildning, genomförd av projektledningen, för att på så sätt trygga en likriktning av interventionens innehåll och metod. Intrycket är därför, utifrån resultatet från utvärderingens andra delrapport och projektets egen dokumentation, att graden av enhetlighet har blivit större efter projektets genomförande. Några kvantitativa data som styrker det uppfattningen finns dock inte.

I och med att ett enhetligt rehabiliteringssystem införs inom AMV där flödet och innehållet är mer formaliserat finns anledning att tro att rehabiliteringsprocessen inrymmer en lägre grad av godtycke och en minskad risk för ”tempoförlust”. Det är därför också troligt att rehabiliteringssystemet upplevs som mer rättssäkert av den enskilde än tidigare. Detta antagande styrks också till viss del av de intervjuer som genomfördes under datainsamlingen till den andra delrapporten.

Effektiviteten, det vill säga förhållandet mellan insats och resultat, är den viktigaste delen av resultatutvärderingen och redovisas därför mer utförligt nedan. Vad som inledningsvis kan nämnas är att insatsen i projektet har varit mycket stor. Projektet har gett intrycket att varit övertänkt och ambitiöst i sitt upplägg med ett tydligt fokus och förhållandevis stora resurser till sitt förfogande. Data har fortlöpande samlats in vad gäller sjukfrånvaron via den egna personaldatabasen och också använts under projektets genomförande. Det har dock saknats ett egentligt mått på de deltagande medarbetarnas hälsa. Det mått som har använts har varit frisknärvaro vilket i tidigare forskning har visat sig varit ett bristfälligt mått då det inte mäter den egentliga hälsan hos medarbetarna (t.ex. genom att det inte ger någon möjlighet att

selektera de som är närvarande på arbetet fast de är sjuka s.k. ”sjuknärvaro”) utan egentligen är ett mått på arbetsplatsnärvaro.

Den andra målsättningen med projektet var att tydliggöra kostnaderna för ohälsan och utvecklingen av sjukfrånvaron samt att ge förslag till riktlinjer för styrning och uppföljning som säkerställer ett förebyggande hälsoarbete. Projektet har fortlöpande rapporterat utvecklingen avseende sjukfrånvaro och sjukfrånvarons ekonomiska konsekvenser på såväl regional som nationell nivå. Detta har skett på ett utförlig och uttömmande sätt där olika former av sjukfrånvaro har analyserats utifrån gällande sjukförsäkringssystem och därefter redovisats som kostnader för den lokala, regionala och nationella organisationen.

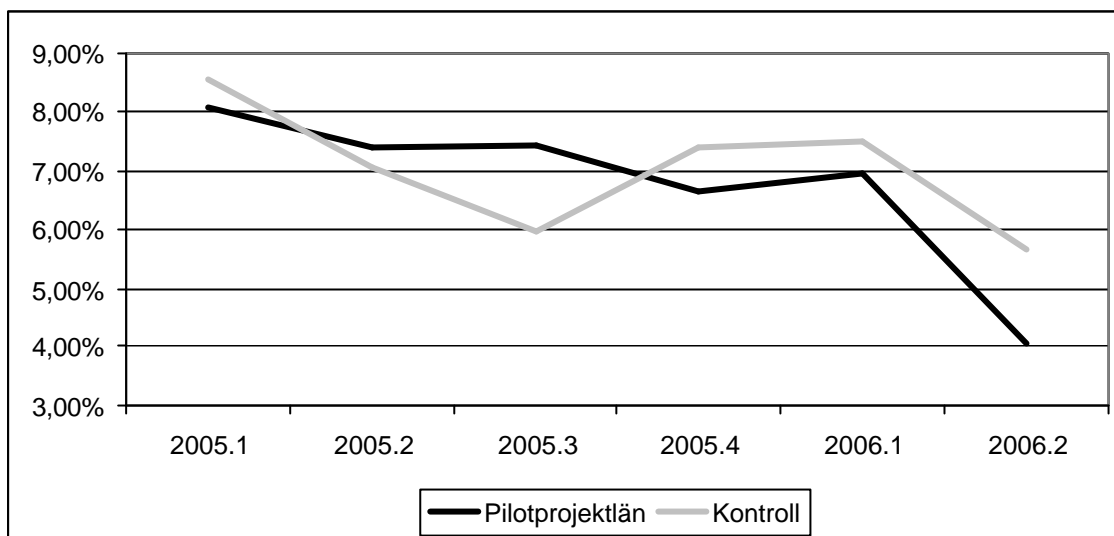
Med de genomförda fokusgruppsintervjuerna i interventionen har projektet formulerat detaljerade och strukturerade handlingsplaner för den deltagande organisationen. Ett förhållandestort urval till dessa intervjuer gjordes så det finns skäl att anta att resultatet speglar de faktiska synpunkterna i organisationen.

Slutligen har projektet, för närvarande, genomfört två pilotutbildningar i projektets strukturerade arbetssätt. En kursutvärdering, genomförd i samband med kursgenomförandet, visade att den absoluta majoriteten av deltagarna upplevde utbildningen som mycket nyttig.

Sammanfattningsvis kan sägas att projektet har genomfört de aktiviteter som det avsåg att göra och att ambitionsnivån har varit hög. När det gäller effekten av projektet saknas vissa mätetal, som exempelvis på hälsa, vilket gör att det är svårt att skatta effekten på det genomförda projektet. Ett försök till detta, utifrån den data som finns tillgänglig, görs dock nedan.

3.2 Utvecklingen av sjukfrånvaro

Ett huvudmål med projekt ”Hälsa” var att halvera sjukfrånvaron inom AMV från drygt 9 % 2002 till 4,5 % 1/1 2008. Under perioden 2005 till andra kvartalet 2006 har pilotlänet Gävleborgs län halverat sin totala sjukfrånvaro från 8 % till 4 %. Under samma period har den övriga organisationen minskat sin totala sjukfrånvaro från 8,5 % till 5,5 %. Under den redovisade tidsperioden var minskningen med andra ord något större för pilotlänet än för övriga organisationen (figur1).

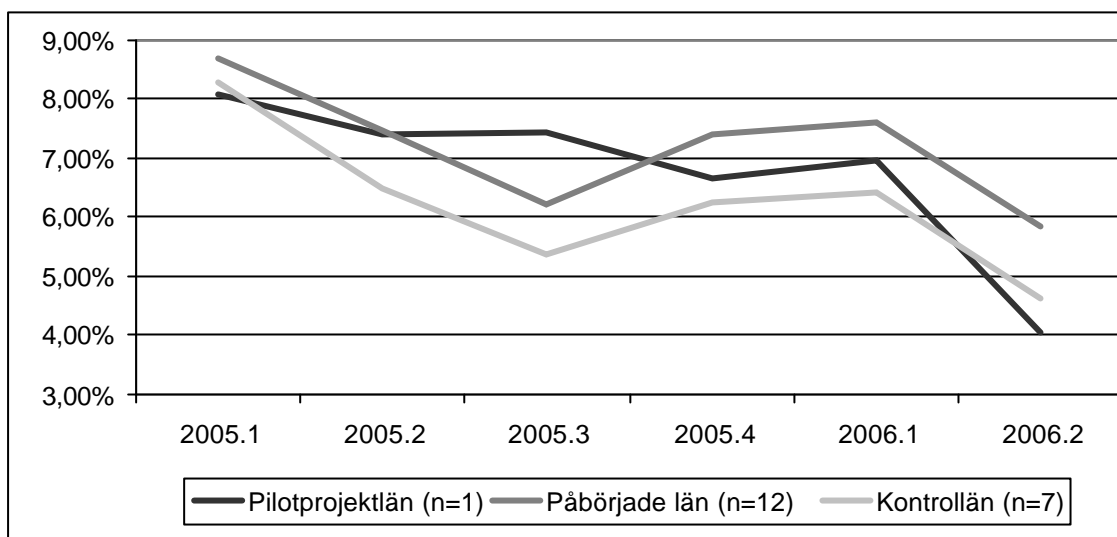


Figur 1. Total sjukfrånvaro i procent för LAN Gävleborg (pilotprojektlän) och den övriga organisationen (kontroll).

Vid en motsvarande jämförelse av den totala sjukfrånvaron men med en uppdelning mellan pilotlänet, län där interventionen hade genomförts senare samt län där ingen intervention hade genomförts framträder följande bild (figur2). Samtliga grupper hade ett utgångsläge på en sjukfrånvaro på drygt 8 %. Kontrollänen minskade initialt kraftigt och hade det andra kvartalet en sjukfrånvaro på 4,5 %, att jämföras med interventionslänen på 6 % samt pilotprojekt länet på 4 %.

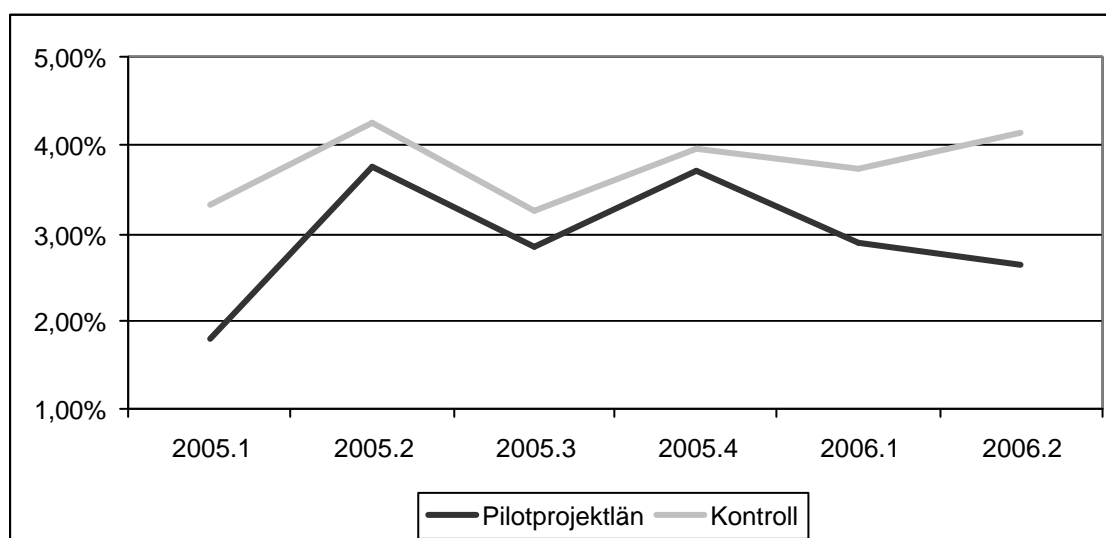
En aspekt som skiljer pilotprojektlänet och de övriga påbörjade länen är tidpunkten för interventionen. Pilotprojektlänet var det första länet som genomförde interventionen. Eventuella effekter av interventionen borde därför vara tidigast märkbara där. För genomförandegruppen är interventionstidpunkten spridd över hela tidperioden. Den är därför möjligt att anta att effekten också är spridd över hela tidsperioden eller inte har blivit synlig än.

Anmärkningsvärt är dock att kontrollänen inte bara uppvisar en lika kraftig minskning som genomförande länen utan också har en lägre sjukfrånvaro än de län där interventionen är genomförd, i genomsnitt ungefär 1 %.



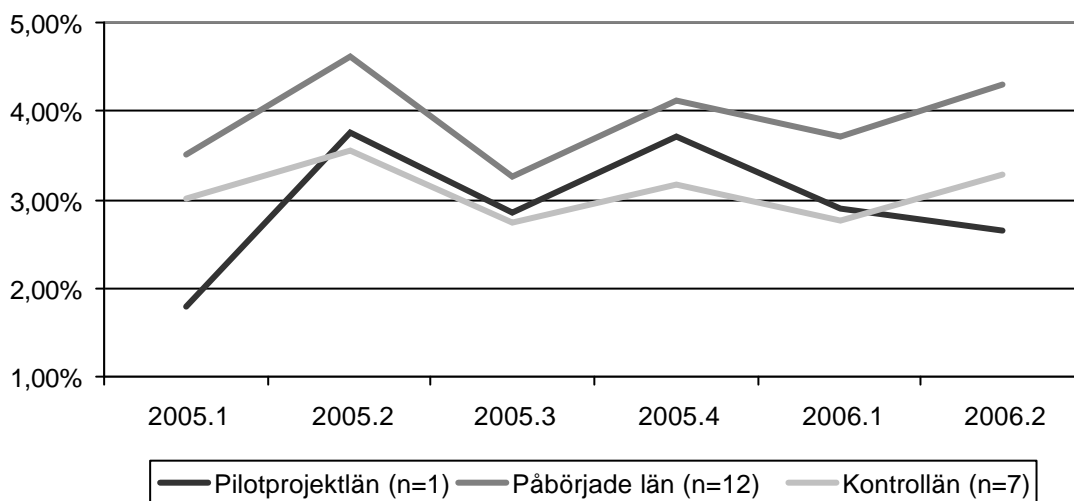
Figur 2. Total sjukfrånvaro i procent för LAN Gävleborg (pilotprojektlän), län där interventionen har genomförts senare (påbörjade län) och övriga län (kontroll).

Långtidsjukfrånvaron (>60dagar) för pilotprojektlänet samt kontrollgruppen redovisas nedan (figur 3). Pilotprojektlänet har, vid andra kvartalet 2006, knappt 3 % långtidssjukfrånvaro att jämföras med den övriga organisationens drygt 4 %. Differensen mellan pilot och kontrollgrupp är dock i stort oförändrad vid en jämförelse mellan den initiala nivån och nivån vid sista tidpunkten: ungefär 1,5 %. Vidare är det värt att lägga märke till att de faktiska nivåerna, både för pilot och kontrollgrupp har tenderat att öka med ungefär 1 % under tidsperioden.



Figur 3. Långtidsjukfrånvaro (>60dagar) för LAN Gävleborg (pilotprojektlän) och den övriga organisationen (kontroll).

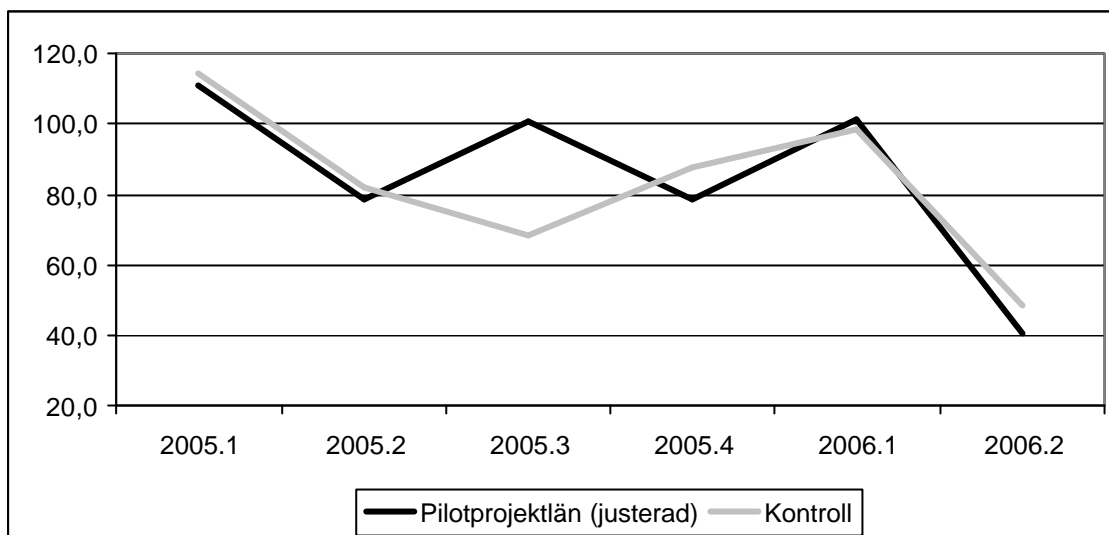
Långtidsfrånvaron (>60dagar) för pilotprojektlänet, län där interventionen har genomförts senare samt för övriga län framgår av nedanstående figur (figur 4). Skillnaden mellan län där interventionen har genomförts samt kontrollänen är ungefär 1 %, oavsett tidpunkt, där genomförandelänen har högre långtidsfrånvaro än kontrollänen. Skillanden tenderar dessutom att öka vilket är anmärkningsvärt. Pilotprojektlänet har vid den sista tidpunkten lägst andel långtidssjukfrånvarande men har däremot en reell ökning med ungefär en procentenhet: från knappt 2 % till knappt 3 %.



Figur 4. Långtidssjukfrånvaro (>60dagar) för LAN Gävleborg (pilotprojektlän), län där interventionen har genomförts senare (påbörjade län) och övriga län (kontroll).

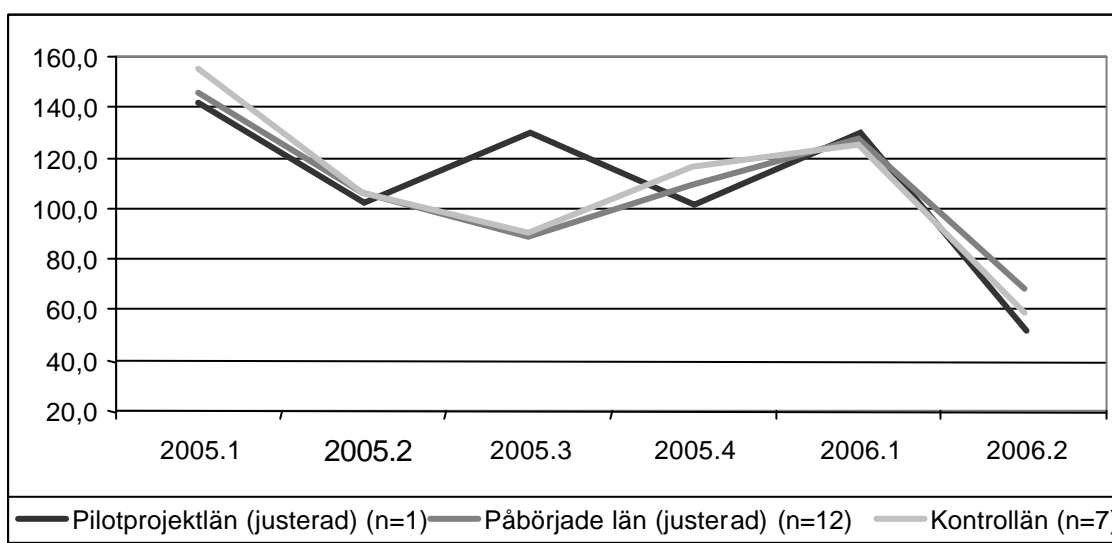
Ett annat sätt att belysa sjukfrånvaron är att studera hur många av de anställda som befinner sig i frånvaro på grund av sjukdom. I nedanstående figur (figur 5) presenteras det totala antalet anställda som under tidsperioden befunnit sig i sjukfrånvaro. Sjukfrånvarotalet för pilotprojektlänet är justerat för att kompensera skillnader i storlek mellan organisationerna.

Som framgår av figuren är differensen mellan pilotprojektlänet och kontrollgruppen liten, bortsett för en tidpunkt: tredje kvartalet 2005. Minskningen är dock markant för båda grupperna: från ungefär 110 personer 2005.01 till 40 personer 2006.02.



Figur 5. Antalet sjukfrånvarande för LAN Gävleborg (pilotprojektlän) och den övriga organisationen (kontroll).

I nedanstående figur (figur 6) framgår att skillnaderna mellan pilotprojektlänet, de län där interventionen har genomförts samt för kontrollänen är små. Minskningen av antalet sjukfrånvarande personer är dock stor, mer än en halvering för samtliga grupper.

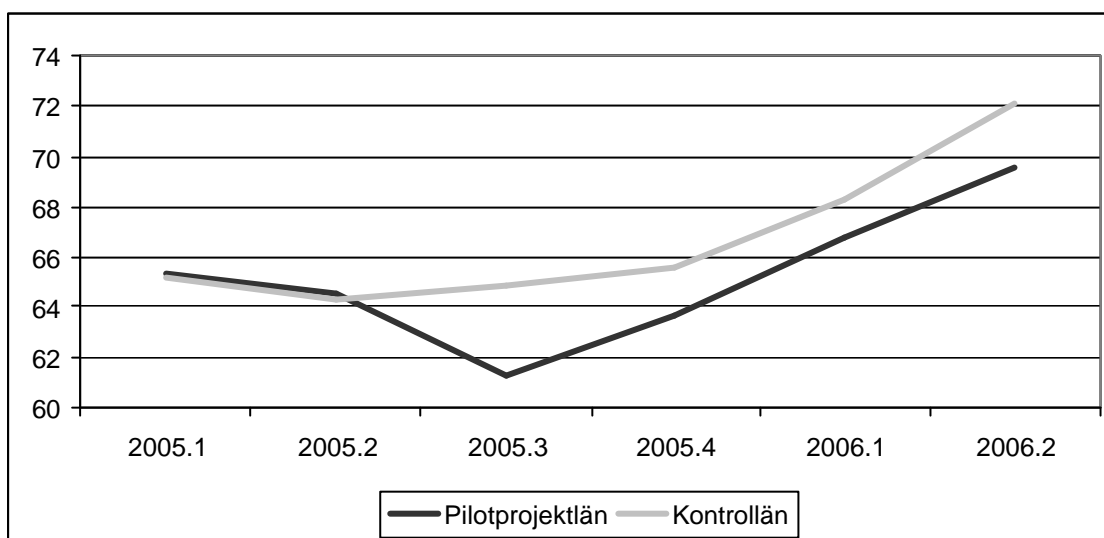


Figur 6. Antalet sjukfrånvarande för LAN Gävleborg (pilotprojektlän), län där interventionen har genomförts senare (påbörjade län) och övriga län (kontroll).

För att nyansera sjukfrånvaromönstret samt göra en distinktion mellan närvarande och frånvarande medarbetare gjordes en uppdelning mellan frisknärvarande, korttidsfrånvarande samt långtidsfrånvarande medarbetare. Med frisknärvarande avses en medarbetare med fem eller färre dagars sjukfrånvaro de senaste 12 månaderna. Med korttidssjukfrånvarande avses en medarbetare med mer än 5 dagars sjukfrånvaro eller sjukfrånvaro vid fler än 4 tillfällen

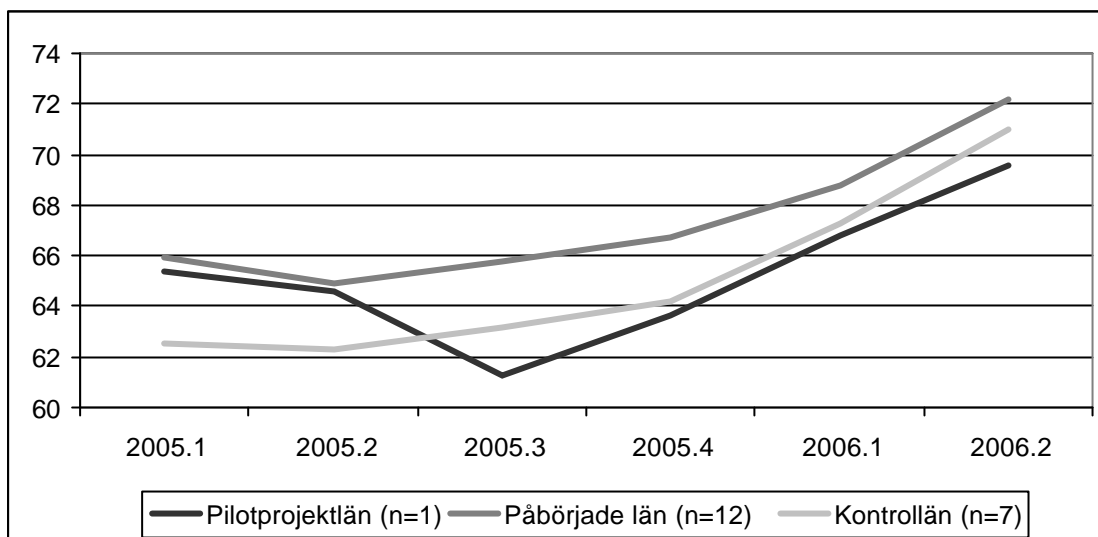
under de senaste 12 månaderna. Med långtidssjukfrånvarande avses en medarbetare med 28 eller fler dagars kontinuerlig sjukfrånvaro under de senaste 12 månaderna.

I figur 7 framgår att den initiala procentuella andelen frisknärvarande var, både för pilotprojektlänet och kontrollgruppen, ungefär 65 %. Vid den sista rapporterad tidpunkten, 2006.02. var andelen frisknärvarande för pilotprojektlänet 70% medan motsvarande andel för kontrollgruppen var 72 %.



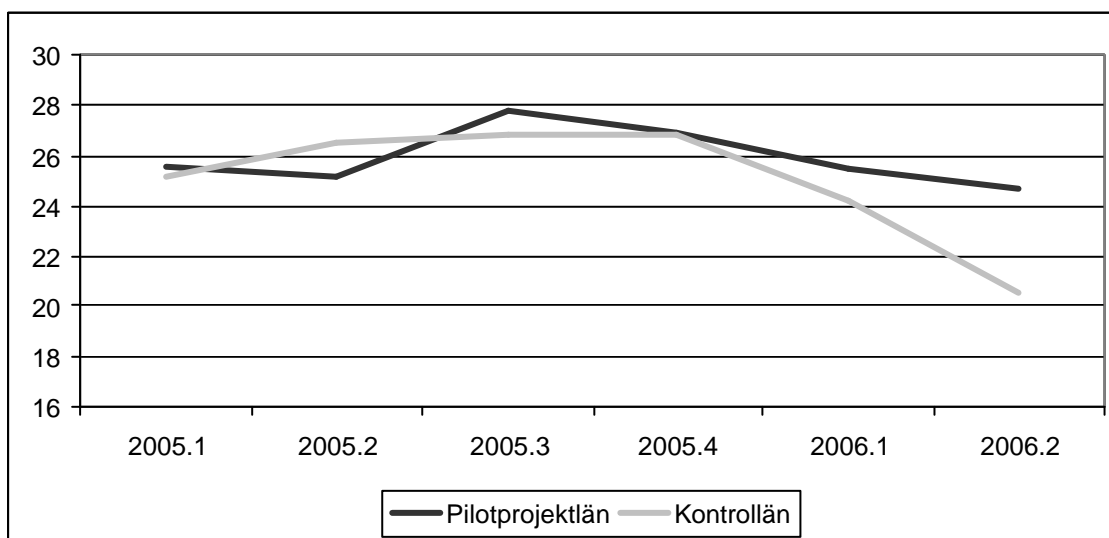
Figur 7. Den procentuella fördelningen frisknärvarande för LAN Gävleborg (pilotprojektlän) och den övriga organisationen (kontroll).

Vid en uppdelning mellan pilotlän, län där interventionen genomfördes senare och län där inte interventionen ännu inte hade genomförts (kontrollän) framkom att kontrolläna hade en betydligt lägre andel frisknärvarande än pilot- och "påbörjade" läna. Kontrolläna uppvisade dock samma andel frisknärvarande som de övriga två grupperna i den sista studerade tidsperioden (figur 8).



Figur 8. Den procentuella fördelningen frisknärvarande för LAN Gävleborg (pilotprojektlän), län där interventionen har genomförts senare (påbörjade län) och övriga län (kontroll).

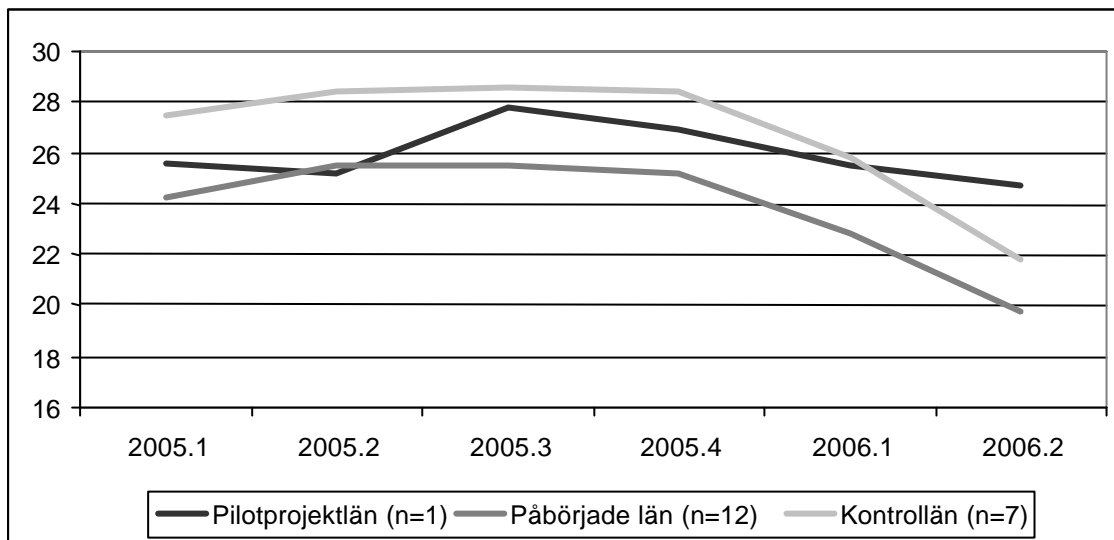
Andelen korttidsfrånvarande var initialt stort sett den samma för pilotprojektlänet som för kontrollgruppen: ungefär 25 %. Vid den sista rapporterade tidsperioden, 2006.02, var andelen korttidsfrånvarande för pilotprojektlänet ungefär densamma som för den först studerade tidsperioden medan kontrollgruppen hade sänkt andelen korttidsfrånvarande till drygt 20 % (figur 9).



Figur 9. Den procentuella fördelningen korttidsfrånvarande för LAN Gävleborg (pilotprojektlän) och den övriga organisationen (kontroll).

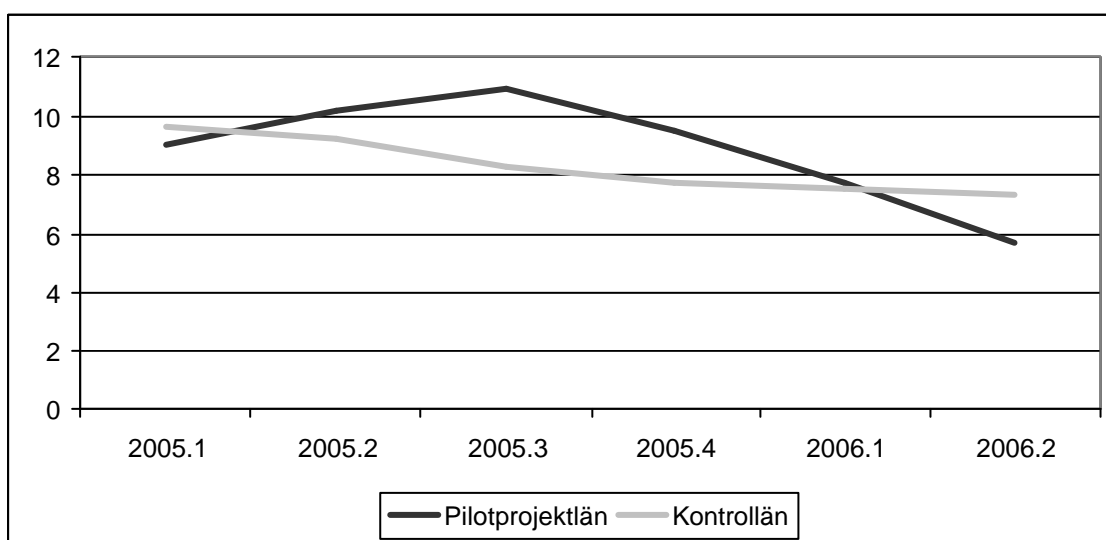
Vid en uppdelning mellan pilotprojektlän, län där interventionen genomförts senare och län där interventionen ännu inte har genomförts framträder den bild som presenteras nedan (figur

10). Den initiala andelen korttidsfrånvarande är något högre för kontrollänen (28 %) än för pilotprojektslänet (26 %) och "påbörjade" länen (24 %). Andelen vid den sista rapporterade tidpunkten är 22 % kortidssjukfrånvarande för kontrollänen, 25 % för pilotprojektslänet samt 20 % för de län där interventionen genomfördes efter pilotlänet.



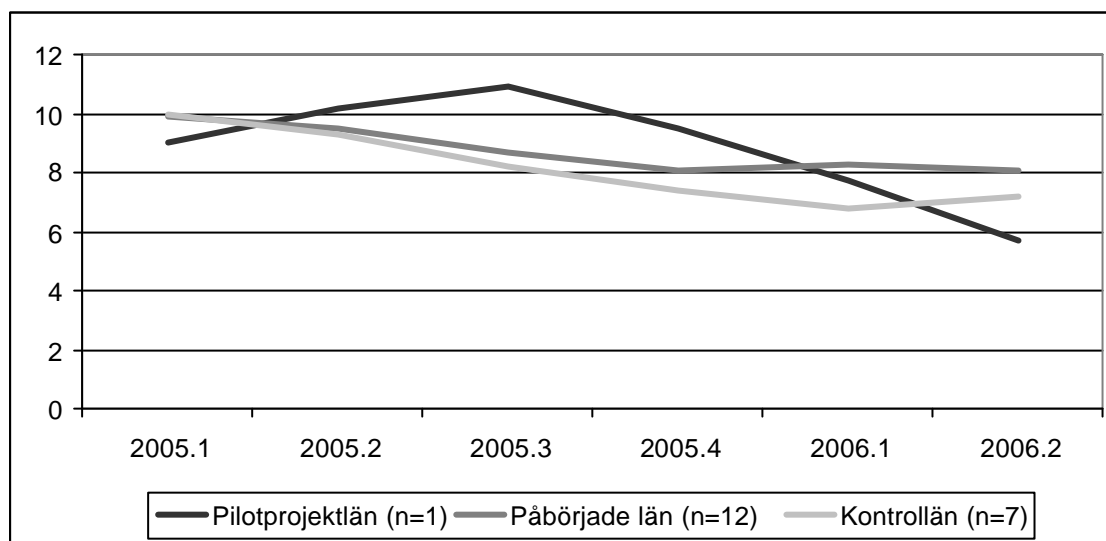
Figur 10. Den procentuella fördelningen korttidsfrånvarande för LAN Gävleborg (pilotprojektlän), län där interventionen har genomförts senare (påbörjade län) och övriga län (kontroll).

Avseende långtidsfrånvarande var den initiala andelen frånvarande ungefär lika (cirka 9%) vid en jämförelse av pilotprojektslänet och kontrollgruppen. Vid den senast rapporterade tidpunkten (2006.02) hade pilotprojektslänet något lägre andel långtidsfrånvarande (6%) än kontrollänen (8%) (figur 11).



Figur 11. Den procentuella fördelningen långtidsfrånvarande för LAN Gävleborg (pilotprojektlän) och den övriga organisationen (kontroll).

Vid en uppdelning mellan pilotprojektlän, län där interventionen genomförts senare än vid pilotlänet samt övriga län, var den initiala andelen långtidsfrånvarande ungefär densamma mellan de tre olika grupperna: knappt 10%. Vid den sista rapporterade tidpunkten var denna andel reducerad till knappt 6% för pilotprojektetslänet, 7% för kontrollänen samt 8% för ”påbörjade” länen (figur 12).



Figur 12. Den procentuella fördelningen långtidsfrånvarande för LAN Gävleborg (pilotprojektlän), län där interventionen har genomförts senare (påbörjade län) och övriga län (kontroll).

4. Diskussion

Den organisation där pilotprojektet genomfördes, det vill säga LAN Gävleborgs län, uppvisade kraftigare minskning av sjukfrånvaron än den övriga organisationen (figur 1). Skiljs de organisationer där intervention genomförts ("påbörjade län") från de län där interventionen ännu inte genomförts ("kontrollän") framkommer dock en annan bild. Effekterna avseende sjukfrånvarominskning i pilotprojektslänet skiljer sig marginellt från kontrollänet. De län där interventionen har genomförts har högre sjukfrånvaro än kontrollänet och pilotprojektslänet (figur 2). Från dessa siffror kan ett antal slutsatser dras. För det första minskar sjukfrånvaron i AMV under den undersökta perioden från drygt 8 % till drygt 5 %. För det andra har interventionen marginell eller ingen effekt på sjukfrånvaron; möjligen är det till och med så att interventionen på kort sikt bromsar minskningen av sjukfrånvaron. I pilotprojektslänet minskade sjukfrånvaron marginellt under de tre första studerade tidsperioderna, från 8 % till 7,5 %, medan minskningen i den övriga organisationen var från 8,5 % till 6,0 % (figur 1). Hypotesen att interventionen på kort sikt motverkar en minskning av sjukfrånvaron får stöd i figur 2. Skillnaderna i sjukfrånvaro mellan den grupp som genomfört interventionen och den grupp som inte har genomfört interventionen ökar, visserligen marginellt, under den period interventionen genomfördes.

Långtidsjukfrånvaron, med andra ord sjukfrånvaro överstigande 60 dagar, ökade under den studerade tidsperioden inom AMV från drygt 3 % till drygt 4 % (figur 3). Ökningen var ungefär densamma i pilotprojektslänet som den övriga organisationen, även om pilotprojektslänet hade en lägre initial andel långtidsfrånvarande (knappt 2 %). Anmärkningsvärt är att pilotprojektslänet har en stark ökning av andelen långtidssjukfrånvarande när interventionen just påbörjats. Ökningen är kraftigare än för kontrollgruppen (figur 3) och skillnaden är ännu markantare när en selektion görs mellan interventionslän och län där interventionen ännu inte genomförts (figur 4). Värt att lägga märke till är också att ökningen av långtidsfrånvarande för de län där interventionen ännu inte genomförts är marginell (från 3,02 % till 3,28 %) medan ökningen i interventionslänen låg runt knappt 1 % (från 3,50 % till 4,30 %) från första till sista mätpunkt (figur 4).

Antalet sjukfrånvarande medarbetare har under den studerade tidsperioden minskat kraftigt inom AMV (figur 5). Skillnaderna mellan pilotprojektslänet och den övriga organisationen är

försumbara, med ett undantag: pilotprojektslänet uppvisar en kraftig ökning av antalet sjukfrånvarande mellan 2005.02 och 2005.03 (figur 5) det vill säga medan interventionen pågick. De små skillnaderna påverkas inte i någon större grad av att det görs en selektion mellan de organisationer där interventionen har genomförts och de organisationer där den ännu inte har genomförts (figur 6).

Antalet frisknärvarande har ökat kraftigt i AMV under den studerade perioden: från 65 % till 72 %. Ökningen är dock inte lika kraftig i pilotprojektslänet: från 65 % till 70 %. De län som inte ännu genomfört någon intervention hade en initialt lägre andel frisknärvarande: 62,5 % att jämföra med de län som genomfört interventionen: 65,9 % men skillnaderna vid den sista studerade tidsperioden är mycket mindre: 72,2 respektive 71,0 %. Värt att notera är också att pilotprojektslänet, trots en relativt hög initialnivå på 65,4 %, vid den sista mätpunkten låg lägre än både kontroll och interventionsgrupp.

Andelen korttidsfrånvarande har under den studerade perioden minskat i AMV: från drygt 25 % till drygt 20 %. Minskningen av andelen korttidsfrånvarande i pilotprojektslänet är dock marginell: från 25,6 % till 24,7 %. Den initiala nivån korttidsfrånvarande var störst i de län som inte ännu har deltagit i interventionen: 27,5 % men det är också i den gruppen minskningen har varit som kraftigast: - 5,7 % att jämföra med - 4,5 % för interventionsgruppen och - 0,9 % för pilotprojektslänet (figur 10).

Andelen långtidsfrånvarande inom AMV har minskat från 9,6 % i början av den studerade tidsperioden till 7,3 % i slutet av den studerade tidsperioden. Pilotprojektslänet redovisar en ännu kraftigare sänkning av antalet långtidssjukfrånvarande: från 9,0 % till 5,7 % (figur 11). De län som har genomfört interventionen har också sänkt andelen långtidsfrånvarande: från 9,9 % till 8,1 %, en sänkning med 1,8 %. De län som ännu inte har genomfört interventionen har under samma period sänkt andelen långtidsfrånvarande från 10,0 % till 7,2 %, en sänkning med 2,8 % (figur 11).

4.1 Sammanfattande slutsatser

Under den tidsperiod som har studerats, 2005 och den första hälften av 2006, har sjukfrånvaron inom AMV genomgått en positiv utveckling. Den totala sjukfrånvaron har minskat från drygt 8 % till drygt 5 %, antalet sjukfrånvarande medarbetare har minskat

kraftigt, andelen frisknärvarande har ökat från 65 % till 72 %, korttidsfrånvarande minskat från 25 % till 20 % och andelen långtidsfrånvarande har minskat från knappt 10 % till drygt 7 %. De medarbetare med riktigt lång sjukfrånvaro, det vill säga överstigande 60 dagar, har dock ökat från drygt 3 % till drygt 4 %. Den sammantagna bilden är, med något undantag, god.

Det går inte från den ovanstående analysen att dra slutsatserna att den intervention som genomförts i Projekt "Hälsa" har haft några positiva effekter på sjukfrånvaron inom AMV. Visserligen uppvisar pilotprojektlänet i några fall en mer positiv utveckling än den övriga organisationen men denna effekt uteblir om en selektion görs mellan de organisationer som deltagit senare i interventionen och de som ännu inte har deltagit i interventionen. En sådan selektion blir mer rättvisande då jämförelsen görs mot en population som inte har utsatts för den intervention man avser att mäta effekterna av.

Det är möjligt, rent av troligt, att pilotprojektlänet har varit unikt i vissa avseenden (exempelvis en låg grad av långtidssjukfrånvarande innan interventionen gjordes) och att detta också kan ha påverkat resultatet. Men denna unika karaktär isoleras i jämförelsen mellan "påbörjade länen" och "kontrollänen". Det visar sig att kontrollänen i flertalet av de studerade variablerna har haft en mer gynnsam utveckling än de län där interventionen har genomförts. Slutsatserna måste därför bli att interventionen inte har haft någon nämnvärd effekt på den positiva utvecklingen på sjukfrånvaron inom AMV utan orsakerna till den positiva utvecklingen ligger utanför projektet.

5. Avslutande reflektion

Den sammantagna utvärderingen av AMV:s "Projekt Hälsa" visar att projektets innehåll i stort överensstämmer med "best practice" det vill säga vad tidigare forskning har visat ha varit viktiga komponenter i en intervention för att stärka hälsa och minska sjukfrånvaro. Vidare visade den andra delrapporten att processen upplevdes som mestadels positiv och relevant även om oro fanns för den långsiktiga effekten av interventionen. Den föreliggande tredje delen visar att projektet i stort har uppfyllt de mål som inledningsvis formulerades med ett undantag: projektet har inte haft någon effekt på sjukfrånvaron under den studerade perioden och vid de delar av organisationen där interventionen har genomförts. Vad beror då detta på?

För det första har tidigare forskning och utvärderingar visat på svårigheten att under kort tid förändra organisationer. När det gäller så pass komplexa processer som rehabilitering, som inrymmer såväl en individuell ("den sjuke") som en organisatorisk ("den sjukes arbetsplats") nivå finns det skäl att tro att det tar lång tid och mycket stora insatser att förändra tidigare strukturer och processer. Möjligen kan projekt hälsa minska sjukfrånvaron i de organisationer där interventionen genomförts, fast effekten blir tydligt först efter en längre tidsperiod än den som redovisas i denna rapport.

För det andra beror en organisations sjukfrånvarotal inte bara av medarbetarnas individuella och organisationens förutsättningar utan, och kanske även, överorganisatoriska strukturer som sjukförsäkringssystem, samhälleliga värderingar runt sjukdom, arbete och sjukskrivningar, vårdsystemets utformning etc.

För det tredje finns det en möjlighet att projektet har haft positiva effekter på hälsan men att denna effekt inte märks som en sänkning av sjukfrånvaron. Då inga mätdata finns för medarbetarnas hälsa kan inte en sådan effekt spåras. Tidigare forskning har visat ett positivt samband mellan inflytande och delaktighet och arbetsrelaterad hälsa. Då projektet har inrymt moment av processer som gett möjlighet till delaktighet finns det anledning att tro att dessa processer har påverkat medarbetarnas hälsa positivt. Möjligen är det så att vissa interventionsmetoder gynnar hälsa medan andra metoder minskar sjukfrånvaron i en

organisation. Vidare är det så att flera åtgärder, som syftar till att öka hälsan och minska sjukfrånvaron, genomfördes före det första mättillfället. Effekterna av dessa åtgärder kan därför ligga före det intervall som denna utvärdering baseras på. Dessutom är det tänkbart att effekterna av interventionen inte är omedelbara utan först blir tydliga efter en längre tidsperiod, då rutiner och praxis har omsatts i den vardagliga verksamheten och påverkar medarbetarna positivt. För att kunna klarlägga dessa långsiktiga effekter krävs ytterligare, framtida, resultatutvärderingar av projektet och projektets effekter.

6. Referenser

Arnesson, H. (2005) Vidmakthållande av hälsofrämjande processer på arbetsplatsen, Socialmedicinsk tidskrift, 3/2005, 241-254

Blake, R.R och Mouton, J.S (1981) Productivity: the human side. New York, Amacom

Källestål, C och Hedin, A. (2004) Kunskapsbaserat folkhälsoarbete. Handbok för framställning av kunskapsöversikter om interventioner inom folkhälsoområdet. Statens folkhälsoinstitut 2004:9

Porras och Robertson (1992) Organizational development: Theory, Practice, and Research I Handbook of Industrial and Organizational Psychology, second edition, Vol. 3. Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California.

SOU (2000) Rehabilitering till arbete: en reform med individen i centrum: slutbetänkande Socialdepartementet SOU 2000:78