



UNDERSØGELSE

Kommuners og regioners sygdomspolitik og praksis

Januar 2008



INDHOLD

Forord	4
hovedkonklusioner	5
Om sygefraværspolitikker	5
Om sygefraværsmønstre	6
Om indsats ifbm. sygefraværsløb	6
Om fastholdelse – tre formelle fastholdelsestiltag	10
Om afskedigelse begrundet i sygdom	11
Om forebyggelse	13
Undersøgelsens del 1	14
Læsevejledning til del 1	14
Afsnit 1. Sygefraværspolitikker	16
1a. Overordnede sygefraværspolitikker i de seks kommuner	16
1b. Kommunernes organisering af sygefraværindsatsen	16
1c. Centrale mål for nedbringelse af sygefravær	17
1d. HovedMEDs arbejde med sygefravær	17
Afsnit 2. Sygefraværsmønstre	18
2a. Sygefraværsmønstre i de seks kommuner	18
2b. Det aktuelle sygefravær	19
2c. Ændringer efter kommunesammenlægninger	20
Afsnit 3. Indsats ifbm. sygefraværsløb	22
3a. Karakteristik af de sygemeldte	23
3b. Uformel kontakt før den første sygefraværssamtale	26
3c. Første sygefraværssamtale	26
3d. Resultater af første sygefraværssamtale	30
3e. Anden sygefraværssamtale	36
3f. Medarbejdervinkel på sygefraværsløb	38
Afsnit 4. Fastholdelse – tre formelle fastholdelsestiltag	44
4a. Karakteristik af de fastholdte medarbejdere	45
4b. Fastholdelsestiltag	47
4c. Delvis raskmelding	49
4d. § 56 aftale	51
4e. Fleksjob som fastholdelse	53
Afsnit 5. Afskedigelse begrundet i sygdom	55
5a. Kompetencefordeling ved afskedigelse	56
5b. Karakteristik af de afskedigede	56
5c. Forløbet op til afskedigelsen	58



5d. Genansættelsestilsagn	61
5e. Problemstillinger ved afskedigelse.....	62
5f. Sammenligning mellem 1997-undersøgelsen og 2007- undersøgelsen vedrørende afskedigelse	62
Afsnit 6. Forebyggelse	67
6a. Central forebyggelsespolitik og -indsats	67
6b. Decentral forebyggelsesindsats.....	69
Undersøgelsens del 2	71
Læsevejledning til del 2	71
Afsnit 1. Sygefraværspolitikker.....	73
1a. Overordnede sygefraværspolitikker i kommuner og regioner.....	73
1b. Kommuners og regioners organisering af sygefraværspolitikken.....	74
1c. Centrale mål for nedbringelse af sygefravær	75
1d. HovedMEDs arbejde med sygefravær	76
Afsnit 2. Sygefraværsmønstre	77
2a. Sygefraværsmønstre i de fire kommuner og to regioner	77
2b. sygefravær for 2006	78
2c. Ændringer efter strukturreformen.....	79
Afsnit 3. Indsats i forbindelse med sygefravær.....	80
Afsnit 4. Fastholdelse	85
Afsnit 5. Afskedigelse begrundet i sygdom	87
Afsnit 6. Forebyggelse	90
6a. Central forebyggelsespolitik og -indsats	90
6b. Decentral forebyggelsesindsats.....	91
Metode og datagrundlag	93
Formål.....	93
Metode	93
Undersøgelsesdesign.....	93
Datagrundlag	96
Det kvantitative datagrundlag i undersøgelsen	96
Det kvalitative datagrundlag	98
Metodiske forbehold og problemstillinger	100
BILAG 1.....	104
Afrapportering fra forundersøgelse - februar 2007.....	104



FORORD

Denne undersøgelse af kommuners og regioners politik og praksis ved sygefravær er gennemført i 2007 af de centrale parter på det kommunale og regionale arbejdsmarked (KL, Danske Regioner, KTO og SHK). DISCUS har været ansvarlig for gennemførelse af undersøgelsen samt udarbejdelsen af denne rapport.

Baggrunden for undersøgelsen er, at de centrale parter (KL, Danske regioner, KTO og SHK) ved overenskomstforhandlingerne i 2002 aftalte at få udarbejdet en fælles undersøgelse af amter og kommuners politik og praksis ved sygefravær. Undersøgelsen blev ikke gennemført i den daværende periode, og det blev derfor aftalt at gennemføre undersøgelsen i OK 05 perioden med en revideret projektbeskrivelse.

Nærværende undersøgelse tager til dels sit afsæt i en tidligere undersøgelse fra 1997, som blev iværksat af de centrale parter. 1997-undersøgelsens omdrejningspunkt var afskedigelse på grund af sygdom med særligt fokus på anvendelse af reglen med forkortet opsigelsesvarsel (120 dages reglen). Men 2007-undersøgelsen tager også afsæt i en forundersøgelse fra begyndelsen af 2007, som kortlagde mulighederne for at indsamle data fra kommuner og regioner vedrørende forebyggelse, fastholdelse og afskedigelse ifbm. sygefravær. Der er udarbejdet et afrapporteringsnotat fra forundersøgelsen.

Vi vil gerne takke de medvirkende kommuner og regioner for at stille deres data på området og deres erfaringer til rådighed for undersøgelsen.



HOVEDKONKLUSIONER

Om sygefraværspolitikker

Følgende konklusioner bygger på undersøgelsens kvalitative data fra dobbeltinterviews med 12 centrale personalechefer og 12 næstformænd i hovedMED:

- Alle 10 kommuner og 2 regioner har en overordnet politik vedrørende sygefravær – enten en helt ny politik eller et sammendrag af tidligere politikker. Sygefraværspolitikkerne varierer fra værdibaseret politik til en mere procedurebeskrivende politik.
- For regionernes vedkommende mangler der stadig at blive implementeret nye overordnede sygefravær- og trivselspolitikker – men disse er på vej. Indtil videre bruger de decentrale arbejdspladser de gamle amtslige sygefraværspolitikker og -procedurer.
- Det fælles udgangspunkt for politikkerne er at forebygge og nedbringe sygefraværet – centralt og decentralt. Det varierer, hvorvidt de 10 kommuner og 2 regioner har specifikt fastsatte måltal for nedbringelsen af sygefraværet.
- Centralt peges der på et behov for at understøtte de decentrale ledere med ledelsesværktøjer til at håndtere sygefravær hos medarbejdere – herunder udvide kendskab til viften af mulige fastholdelsestiltag.
- Manglen på kvalificeret arbejdskraft har været med til at skærpe de 10 kommuners og 2 regioners fokus på fastholdelse samt forebyggelse og nedbringelse af sygefraværet. Lidt over halvdelen af kommunernes og regionernes personalechefer og decentrale ledere nævner også, at arbejdskraftmanglen forårsager et stigende sygefravær.
- De 10 Kommuner og 2 regioner har sygefraværstatistikker, der bruges dels som et styringsredskab i forbindelse med opfølgning på sygefravær, dels som informationsværktøj i forebyggelsesindsatsen. Indførelse af nye IT-systemer, der mere specifikt skal registrere sygefraværet, vil fremover give de decentrale ledere bedre mulighed for løbende at følge sygefraværet på egen arbejdsplads.
- De 10 Kommuner og 2 regioners politik er drøftet og godkendt i hovedMED, og sygefraværet er et område, der har høj prioritet. Bl.a. har lidt under halvdelen af kommunerne og regionerne allerede lavet eller planlagt større trivselsundersøgelser, der nærmere skal belyse årsager til sygefraværet.



Om sygefraværs mønstre

Følgende konklusioner bygger på kvalitative data fra dobbeltinterviews med 12 centrale personalechefer og 12 næstformænd i hovedMED samt data fra FLD (2006):

- Sygefraværet er mest markant på ældreområdet, børneområdet samt køkken- og rengøringsområdet. Sygefraværsårsagerne er oftest fysisk nedslidning, men også psykiske faktorer som udbrændthed og stress spiller en vigtig rolle.
- Mistrivsel, dårlige vaner og traditioner blandt medarbejderne er på nogle arbejdspladser ligeledes årsager til sygefravær. Manglende loyalitet nævnes specifikt af en leder også som årsag til sygefravær.
- FLD tal bekræfter ligeledes kommunernes udmeldinger om, at sygefraværet er steget fra 2005 til 2006. For de seks kommuners vedkommende er der gennemsnitlig sket en stigning fra 4,5 % til 5,0 %.
- Endelig bekræfter FLD tal de 10 kommuners udsagn om, at en stor del af sygefraværet skyldes langtidssygefravær hos relativt få ansatte, og at langtidssygefraværet generelt er steget i kommunerne.
- Manglen på arbejdskraft giver også et øget sygefravær hos såvel de 'ældre' som for de nye medarbejdere. Hos de 'ældre' medarbejdere giver det stigende sygefravær sig udtryk i, at medarbejderne må varetage flere arbejdsopgaver på grund af ubesatte stillinger. Hos nogle af de nye medarbejdere skyldes det stigende sygefravær bl.a. manglende kvalifikationer og arbejdsmotivation.
- Overordnet set vurderer kommunerne, at kommunalreformen kun i begrænset grad har haft betydning for sygefraværet indtil videre.

Om indsats ifbm. sygefravær forløb

Følgende konklusioner bygger på kvantitative data fra 156 sygefravær forløb suppleret med kvalitative data fra dobbeltinterviews med 12 decentrale ledere og 12 TR (det anføres, når konklusionen bygger på kvalitative data). Registreringen af sygefravær forløbene er påbegyndt ved brug af den 1. sygefraværssamtale.

Om processerne

Uformel kontakt før den første sygefraværssamtale

- 76 % af de sygemeldte medarbejdere har haft uformel kontakt med lederen før den første samtale.



- Den uformelle kontakt mellem sygemeldt medarbejder og arbejdsplads opfattes af de interviewede ledere og TR-er som et meget væsentligt redskab til at fastholde medarbejderen på arbejdspladsen.
- Ifølge de interviewede ledere bruges der som oftest en mere uformel kontakt til den sygemeldte medarbejder frem for formelle sygefraværssamtaler, når der er tale om ukomplicerede sygefraværsløb med fastsat tidsramme og klar prognose for raskmelding (fx brækket arm).
- 46 % af sygefraværssagerne har været delt over flere perioder.
- 45 % af de sygemeldte medarbejdere har under 5 års anciennitet.
- For 35 % af de sygemeldte medarbejdere er sygdomstypen angivet som 'psykiske årsager', i nogle tilfælde sammen med andre årsager.
- For 12 % angives, at sygefraværet er en følge af anmeldt arbejdsskade.

Den første sygefraværssamtale – og samtalens resultater

- I de 156 sager der er registreret på decentralt niveau, afholdes første sygefraværssamtale i 50 % af sygefraværssagerne før 15 dages fravær.
- I 63 % af sagerne deltager alene leder og den sygemeldte medarbejder i første sygefraværssamtale. Tillidsvalgte deltager i 11 % af samtalerne.
- I 59 % af de første sygefraværssamtaler er det blevet aftalt, at medarbejderen vender tilbage til arbejdspladsen med eller uden skånehensyn.
- I 41 % af de sager, hvor medarbejderen forbliver sygemeldt efter første samtale, er der blevet aftalt løbende kontakt eller nyt møde. Indhentning af varighedserklæringer er også hyppigt brugt.
- I de sager, hvor det ved første sygefraværssamtale er aftalt, at medarbejderen vender tilbage til arbejdet med særlige hensyn, er det aftalte hensyn oftest ændrede jobfunktioner eller delvis raskmelding eller delvis sygemelding.
- Omplacering af den sygemeldte medarbejder til anden arbejdsplads bruges ikke så meget som fastholdelsestiltag jf. flere personalechefer, hvilket bl.a. skyldes, at den decentrale leder mangler kendskab til eller overblik over andre afdelingers/arbejdspladsers arbejdskraftbehov. Nogle decentrale ledere har også den opfattelse, at en tidligere sygemeldt medarbejder kan være en usikker arbejdskraft, og at man derfor ikke ønsker at påføre andre lederkolleger problemer hermed.
- Undersøgelsen viser klart, at de aftaler, som medarbejderen og arbejdsgiveren har indgået ved sygefraværssamtalen, generelt holder. I 58 % af sygefraværssagerne er medarbejderen således vendt tilbage til arbejdet med eller uden særlige hensyn efter den første sygefraværssamtale.



- I de sygefraværssager, hvor medarbejderen er vendt tilbage til arbejdspladsen efter første sygefraværssamtale, er 60 % vendt tilbage til beskæftigelse uden særlige hensyn.
- I de sager, hvor medarbejderen ikke er vendt tilbage til arbejdspladsen, skyldes det i langt de fleste tilfælde, at medarbejderen stadig er sygemeldt. I disse sager er der hovedsageligt lavet aftaler om løbende kontakt og indhentning af varighedserklæring.
- 10 af de adspurgte decentrale ledere vurderer, at der er opbakning blandt kollegerne til at få den sygemeldte medarbejder tilbage i arbejde. Dog mindskes opbakningen blandt kollegerne, hvis der fx er uvished om fraværets årsag eller, når sygefraværet bliver meget langvarigt.
- De interviewede TR'er anfører, at der kan opstå en vanskelig dobbeltrolle, hvor den sygemeldtes interesser på den ene side skal varetages, og hvor der på den anden side også er en forpligtelse til at tænke på de raske kolleger, der måske føler sig presset i det daglige arbejde pga. sygemeldte kolleger.

Anden sygefraværssamtale

- I 58 % af de sygefraværssager, der er registreret på decentralt niveau har der været afholdt yderligere samtaler siden første sygefraværssamtale (fx rundbordssamtale). I de 34 %, hvor der ikke har været afholdt yderligere samtaler, er der i langt de fleste tilfældene heller ikke inden for undersøgelsesperioden planlagt samtaler.
- Ved samtalerne er deltagerkredsen ofte udvidet med fx personalekonsulenter, sagsbehandler fra sygedagpengekontoret og/eller en repræsentant fra fagforeningen.
- I 94 % af de registrerede sygefraværssager er der ingen planer om en tjenstlig samtale (hvilket som oftest er det første skridt mod en egentlig afskedigelse af medarbejderen).

Medarbejdervinkel på sygefraværsløb

Følgende konklusioner bygger på kvalitative data fra 3 fokusgruppeinterviews med tidligere sygemeldte medarbejdere (2 fokusgruppeinterviews med fastholdte og 1 fokusgruppeinterview med afskedigede medarbejdere):

- Uformel kontakt med lederen før den første sygefraværssamtale opleves generelt positivt og skaber også tryghed omkring afholdelse af sygefraværssamtalen.
- Det opfattes som en god idé, at der er procedurer for håndtering af sygefravær, men der bør fortsat være plads til individuel vurdering.



- Samtalen opfattes som værende bedst, når indkaldelse til første sygefraværssamtale varsles i forvejen eller følges op af en uddybende telefonsamtale.
- Medarbejderne vurderer oftest, at de ikke har brug for at tage tillidsvalgte med til samtalen, men når der bruges TR, opleves det som positivt.
- Medarbejderne ser ingen problemer i, at sygefraværssamtalen afholdes over telefonen eller hjemme hos den sygemeldte.
- Sygefraværssamtalen opleves som et godt og konstruktivt redskab, når den afholdes i en omsorgsfuld tone, hvor den sygemeldte inddrages i en dialog. Sygefraværssamtalen opleves dog som værende afhængig af lederens erfaringsniveau, lederkompetencer og personlige evner til at skabe en omsorgsfuld og konstruktiv dialog med den sygemeldte.
- Medarbejderne oplever kontakten til arbejdspladsen som værende vigtig for, om sygefraværsløbet ender med fastholdelse.
- Inddragelse af relevante fagpersoners kompetencer i supplement til lederens indsats i forbindelse med fastholdelse vurderes som væsentligt af flere af medarbejderne.
- Flere medarbejdere oplever de decentrale lederes kendskab til fastholdelsesmuligheder som for begrænset, og at den anvendte vifte af fastholdelsesmuligheder i høj grad er baseret på lederens forudgående erfaringer med fastholdelse.
- Når medarbejderen afskediges med begrundelse i sygdom, er det vigtigt for de afskedigede, at de har en oplevelse af, at alle fastholdelsesmuligheder er udtømte.
- Når afskedigelse er uundgåeligt, er det vigtigt for medarbejderen, at arbejdsforholdet afsluttes på en omsorgsfuld og respektfuld måde. De, der har været indkaldt til afskedigelsessamtaler, har oplevet dette som positivt.
- Genansættelsestilsagn opfattes af afskedigede medarbejdere som et godt tilbud.



Om fastholdelse – tre formelle fastholdelsestiltag

Undersøgelsen har fokus på tre fastholdelsestiltag, der registreres centralt: delvis raskmelding, der er et midlertidigt tidsbegrænset tiltag - samt § 56 aftale og fleksjob, der begge er mere varige tiltag.

Disse tre tiltag registreres altid centralt, idet der her udbetales løntilskud eller sygedagpenge fra medarbejderens hjemkommune.

Følgende konklusioner bygger på kvantitative data fra registrering af 699 fastholdelsessager suppleret med kvalitative data fra dobbeltinterviews med 12 centrale personalechefer og 12 næstformænd i hovedMED (det anføres, når konklusionen bygger på kvalitative data):

Om processerne

- De interviewede personalechefer og næstformænd anfører, at i både kommuner og regioner ligger ansvaret for fastholdelse hos de decentrale ledere, og tiltagene aftales direkte mellem arbejdsgiver og medarbejderen.
- Af de tre fastholdelsestiltag er delvis raskmelding det mest anvendte formelle fastholdelsestiltag: delvis raskmelding (76 %), § 56 aftale (16 %), fleksjob (7 %).
- 41 % af de fastholdte medarbejdere har under 5 års anciennitet.
- I 89 % af sagerne kender den centrale personelenhed ikke årsagen til sygdomsforløbet. I sager med fastholdelse i fleksjob er årsagen ukendt i 94 % af sagerne.
- I de sager, hvor årsagen er kendt, er kronisk sygdom den hyppigste sygefraværsårsag blandt fastholdte med en § 56 aftale. Hos delvis raskmeldte er psykiske årsager den mest forekommende sygdomstype.
- I den samlede gruppe fastholdte medarbejdere har 18 % sygefraværsforløb på under 30 dage. 17 % har over 120 dage.
- Hos de delvis raskmeldte udgør medarbejdere med sygefraværsforløb på over 120 dage 20 %.
- Sammenholdt med de delvis raskmeldte har medarbejdere fastholdt i fleksjob og med en § 56 aftale en markant overvægt af korte sygeforløb på under 30 dage (hhv. 38 % og 29 %).
- Hos 40 % af alle fastholdte medarbejdere har sygefraværsforløbet været delt over flere perioder. Dette gælder i endnu højere grad for de delvis raskmeldte (47 %) end hos de øvrige fastholdte.



Om afskedigelse begrundet i sygdom

Følgende konklusioner bygger på kvantitative data fra 282 afskedigelsessager suppleret med kvalitative data fra interviews med 12 centrale personalechefer og 12 næstformænd i hovedMED (det anføres, når konklusionen bygger på kvalitative data):

Om processerne

- Ifølge de interviewede personalechefer og næstformænd opereres der ikke med deciderede afskedigelsespolitikker hos kommunerne og regionerne. Afskedigelse er alle steder baseret på en konkret og individuel vurdering i hver enkelt sag. Afskedigelse initieres altid af den enkelte sygemeldte medarbejders leder. Det varierer kommuner og regioner imellem, hvor meget og hvornår den centrale personaleenhed inddrages, men en afskedigelse skal altid godkendes centralt.
- Afskedigelse sker ifølge de interviewede personalechefer altid efter en konkret og individuel vurdering, dog med visse faktorer der går igen i afskedigelsessagerne: alle fastholdelsestiltag er udtømte, manglende prognose for raskmelding, driftsmæssige hensyn nødvendigt. Det gælder for alle kommuner og regioner, at sygemeldte i terminalfasen af princip ikke afskediges.
- I 29 % af sagerne kender den centrale personaleenhed ikke årsagen til sygefraværet.
- 46 % af de afskedigede medarbejdere har mindre end 5 års anciennitet.
- I 24 % af sagerne angives 'psykiske årsager' som sygdomstype, i nogle tilfælde sammen med andre årsager.
- 4 % af afskedigelserne var følge af en anmeldt arbejdsskade.
- 62 % af de afskedigede har haft et sygefraværsløb på over 120 dage op til afskedigelsen.
- 67 % af sygefraværsløbene har været delt over flere perioder. Det gælder typisk de lange sygefraværsløb på mere end 120 dage.
- I 94 % af sagerne er der afholdt en første sygefraværssamtale med medarbejderen. Heraf er der i 67 % af sagerne også afholdt andre sygefraværssamtaler.
- I over halvdelen af sagerne er der indhentet varighedserklæring.
- Interview med personalechefer i kommuner og regioner viser, at der trods fastlagte politikker og procedurer fortsat forekommer afskedigelsessager, der ikke er håndteret optimalt. Det drejer sig blandt andet om, at der ikke har været fulgt rettidigt op på sygefraværet fra lederens side, eller at alle fastholdelsesmuligheder ikke er forsøgt udtømte.



- Der, hvor personalecheferne oplever problemer med sygefraværssager, der ikke har været håndteret optimalt, anføres det, at lederens manglende kompetencer til at håndtere sygefravær spiller en rolle.
- 14 % har fået genansættelsestilsagn. Næsten udelukkende overenskomstansatte (månedslønnede) medarbejdere.
- De kvalitative interview bekræfter, at genansættelsestilsagn anvendes i forskelligt omfang i kommunerne og regionerne. Genansættelsestilsagn anvendes oftest på områder, hvor der er mange ens stillinger og generel mangel på arbejdskraft.

Sammenligning af 1997-undersøgelsen og 2007-undersøgelsen vedrørende afskedigelse

Følgende konklusioner tager udgangspunkt i et udvalg af de kvantitative data, som fremlægges i konklusionen i 1997-undersøgelsen:

- Med hensyn til *faggrupper, forhandlingsområde, ansættelsesgrundlag og køn/alder* ligner de afskedigede medarbejdere i 2007-undersøgelsen i høj grad medarbejdergruppen fra 1997-undersøgelsen.
- Sygefraværets længde og årsag for de afskedigede medarbejdere i 2007-undersøgelsen adskiller sig ikke væsentligt fra medarbejdergruppen i 1997-undersøgelsen bortset fra, at de afskedigede i 2007-undersøgelsen i højere grad har haft et sammenhængende sygefraværsløb end tilfældet var i 1997-undersøgelsen.
- Der er givet flere genansættelsestilsagn til afskedigede medarbejdere i 1997-undersøgelsen (24 %), end det er tilfældet i 2007-undersøgelsen (14 %).
- Der er hos 94 % de afskedigede medarbejdere i 2007-undersøgelsen afholdt en første sygefraværssamtale (og i mange tilfælde også flere samtaler). I 1997-undersøgelsen har der været afholdt sygefraværssamtale med 36 % af de afskedigede medarbejdere.



Om forebyggelse

Følgende konklusioner bygger på undersøgelsens kvalitative data fra dobbeltinterviews med 12 centrale personalechefer og 12 næstformænd i hovedMED suppleret med kvalitative data fra interviews med decentrale ledere og TR:

- I de 10 kommuner og 2 regioner er der stort fokus på forskellige aspekter af forebyggelse, sundhedsfremme og trivsel. Alle kommuner har centrale indsatser for fysisk og psykisk arbejdsmiljø og sundhedstilbud af forskellig art, men en stor del af ansvaret for forebyggelse ligger decentralt.
- Stress og psykisk arbejdsmiljø er generelt i øget fokus hos både kommuner og regioner. Jf. både personalechefer og næstformænd i hovedMED hænger det blandt andet sammen med, at der opleves et stigende sygefravær begrundet i psykisk arbejdsmiljø og stress.
- Det varierer, hvordan hovedMED i kommunerne og regionerne arbejder med forebyggelse, og hvordan indsatsen på henholdsvis fysisk og psykisk arbejdsmiljø vægtes. Generelt oplever flere af de interviewede repræsentanter fra hovedMED et behov for mere fælles dokumenteret viden om trivsel og fravær på tværs i kommunen.
- På kommunernes og regionernes arbejdspladser målrettes og indrettes forebyggelsesindsatsen i høj grad efter sygefraværet.
- 'Gamle vaner' i arbejdsstillinger og arbejdsgange er en udfordring i forebyggelsesindsatsen mod nedslidning og nær-ved-ulykker.
- På arbejdspladserne i både kommuner og regioner er der mange gode ideer til forebyggelsesindsatser og -projekter, men økonomien er en barriere, da forebyggelse skal ske inden for egen budgetramme



UNDERSØGELSENS DEL 1

Den første del af rapporten koncentrerer sig om seks kommuner.

Den omfatter såvel en kvantitativ som en kvalitativ gennemgang af data vedrørende kommunernes håndtering af sygefravær på både centralt og decentralt niveau. De deltagende kommuner i del 1 af undersøgelsen er:

- Frederiksværk - Hundested
- Gentofte
- Kolding
- Odense
- Randers
- Slagelse

Læsevejledning til del 1

Her følger en kort beskrivelse af de enkelte afsnit i undersøgelsens del 1. Samtidig er beskrevet, hvilken form for datagrundlag, kvantitativt og/eller kvalitativt, der indgår i de enkelte afsnit. Datatypen har betydning for, hvorledes de enkelte afsnit er struktureret.

Der skal gøres opmærksom på, at tyngden i undersøgelsen ligger i afsnit 3. (Indsats i forbindelse med sygefravær). Dette afsnit behandler de processer og praksisser i sygefraværssager, der sker decentralt. Hele indsatsen for fastholdelse af sygemeldte medarbejdere sker på de enkelte arbejdspladser og institutioner, og det er også herfra, optakten til afskedigelse sker. Derfor er det også i dette afsnit, medarbejdervinklen præsenteres.

1. Sygdomspolitikker

Første afsnit præsenterer de overordnede sygefraværspolitikker og centrale mål for nedbringelse af sygefraværet – herunder kommunernes organisering af sygefraværspolitikken og HovedMED's arbejde med sygefravær.

- *Datagrundlag for afsnit 1*

Data fra kvalitative interviews med kommunernes personalechefer og næstformænd i HovedMED.

2. Sygefraværs mønstre og aktuelt sygefravær

Afsnittet gennemgår sygefraværs mønstre i de seks kommuner – herunder det opgjorte sygefravær for 2006 jf. Kommunernes Fælles løndatakontor (FLD) og sygefraværsmønstret efter kommunesammenlægningerne.

- *Datagrundlag for afsnit 2*

Data fra seks kvalitative interviews med de seks kommuners personalechefer og næstformænd i HovedMED samt statistik og bemærkninger fra notat om det generelle sygefravær fra Kommunernes Fællesløndata Kontor (FLD).



3. Indsats ifbm. sygefraværsløb

Indsatsen ifbm. sygefravær sker lokalt på de enkelte arbejdspladser og institutioner. Derfor omhandler dette afsnit de decentrale praksisser og processer ifbm. håndtering af sygefraværet – herunder navnlig arbejdspladsernes og institutionernes fastholdelsesinitiativer. Afsnittet er en analyse af kvantitative data suppleret med data fra interviews. Afsnittet er systematisk opbygget som spørgeskemaet til de decentrale ledere om deres indsats ifbm. sygefravær. Sidst præsenteres medarbejdersynsvinklen på indsatsen.

- *Datagrundlag for afsnit 3*

Kvantitative data indsamlet via elektronisk spørgeskema til 60 decentrale ledere vedr. sygefraværsløb (skema 3) - suppleret med kvalitative data fra seks interviews med udvalgte decentrale ledere og tillidsrepræsentanter fra de seks kommuner. Der er ligeledes gjort brug af data fra tre kvalitative fokusgruppeinterviews med hhv. afskedigede og fastholdte medarbejdere (i alt 17 medarbejdere).

4. Fastholdelse – tre formelle fastholdelsestiltag

Dette afsnit beskriver tre typer fastholdelsestiltag, der registreres i den centrale personaleenhed. Afsnittet analyserer kvantitative data vedr. tre typer fastholdelsesinitiativer: *delvis raskmelding*, *§ 56 aftaler* og *fleksjob som fastholdelse*. Afsnittet er opbygget systematisk som spørgeskemaet - suppleret med data fra centrale interviews.

- *Datagrundlag for afsnit 4*

Kvantitative data indsamlet via elektronisk spørgeskema til de seks centrale personaleenheder på tre typer af formelle fastholdelsestiltag (skema 2) - suppleret med kvalitative data fra seks interviews med de centrale personalechefer og næstformænd i HovedMED i de seks respektive kommuner.

5. Afskedigelse begrundet i sygdom

Afsnittet beskriver de seks kommuners afskedigelsespraksis ifbm. sygdom. Afsnittet er en analyse af kvantitative data suppleret med data fra centrale interviews. Afsnittet er opbygget efter samme systematik som spørgeskemaet

- *Datagrundlag for afsnit 5*

Kvantitative data indsamlet via elektronisk spørgeskema til de seks centrale personaleenheder vedr. afskedigelse (skema 1) - suppleret med data fra seks kvalitative interviews med centrale personalechefer og næstformænd i HovedMED i de seks respektive kommuner.

6. Forebyggelse

Afsnittet er en gennemgang af initiativer og politikker i de seks kommuner på *forebyggelsesområdet* – herunder hvorledes forebyggelse er forbundet med sygefraværet.

- *Datagrundlag for afsnit 6*

Kvalitative data fra interviews med de centrale personalechefer og næstformænd i HovedMED samt udvalgte decentrale ledere og tillidsvalgte i de seks kommuner.



Afsnit 1. Sygefraværspolitikker

1a. Overordnede sygefraværspolitikker i de seks kommuner

Af interviewene med centrale personalechefer og næstformænd i HovedMED fremgår det, at alle seks kommuner har stor opmærksomhed på sygefraværet og på fastholdelse af sygemeldte medarbejdere.

Alle kommuner har en sygefraværspolitik - enten som en selvstændig politik eller som del af den overordnede personalepolitik eller af værdigrundlaget.

Det fælles udgangspunkt er en målsætning om at forebygge og nedbringe sygefraværet. Dernæst at skabe og vedligeholde et rummeligt og godt fysisk og psykisk arbejdsmiljø - samt at understøtte den overordnede personalepolitik om at tiltrække og fastholde værdifulde medarbejdere.

Det er karakteristisk, at der for nylig er udarbejdet enten en helt ny sygefraværspolitik eller en ny revideret udgave af en eller flere tidligere politikker. For de kommuner, der er blevet sammenlagt ved strukturreformen 1. januar 2007, har man i nogle tilfælde valgt at videreføre én af de gamle kommuners sygefraværspolitik, eller man har lavet en ny politik, ofte et sammenkog af flere af de sammenlagte kommuners tidligere udgaver.

1b. Kommunernes organisering af sygefraværsindsatsen

Der er stor forskel blandt de seks kommuner på, i hvor høj grad sygefraværspolitikken foreskriver udmøntningen af de overordnede værdier og målsætninger.

De seks kommuners personalepolitikker er forskellige og kan ses i et spektrum fra værdibaseret politik til mere procedureangivende politik.

Førstnævnte lægger ansvaret for udmøntningen af politikken hos de decentrale ledere på de enkelte institutioner og arbejdspladser. Den værdibaserede personalepolitik bygger på den vurdering, at institutionernes og arbejdspladsernes forskellighed fordrer, at der *lokalt tages stilling* til, hvordan man bedst på den specifikke arbejdsplads håndterer sygefravær og hvilke initiativer, der skal til for at nedbringe sygefraværet for de forskellige medarbejdergrupper

Den procedurebaserede politik betyder mere detaljerede personalepolitikker med faste procedurer og central opfølgning på de decentrale leders håndtering af sygefraværspolitikken. Den procedurebaserede personalepolitik begrundes ofte med behovet for at sætte en *generel tværkommunal standard*, som sikrer alle medarbejdere den samme 'behandling'. Der kan så, efter individuelt skøn, afviges mere eller mindre fra standarden.

I alle kommuner ligger ansvaret for den almindelige opfølgning på sygefravær hos de decentrale ledere, der også afholder samtalerne med den sygemeldte. I alle kommuner står den centrale personaleenhed desuden til rådighed for de decentrale ledere med sparring og vejledning om håndtering af specifikke sager og afklaring af personalejuridiske spørgsmål.



Det er imidlertid forskelligt i hvor høj grad den centrale personaleafdeling kommer ind over med varsler om tidsfrister o.l., og hvornår der er praksis for at inddrage den centrale personaleenhed i sygefraværssagerne.

1c. Centrale mål for nedbringelse af sygefravær

Nedbringelse af sygefraværet er en gennemgående central målsætning for alle seks kommuner, og de decentrale institutioner og arbejdspladser er oftest også forpligtede til at arbejde for at nedbringe sygefraværet lokalt.

Det varierer om kommunerne arbejder med specifikt fastsatte måltal eller har en løsere, værdibaseret målsætning om nedbringelse af sygefraværet.

Nedbringelse af sygefraværet er generelt en højt prioriteret målsætning. Ikke mindst fordi man i kommunerne erkender, at et lavt sygefravær og dermed optimering af personaleressourcerne kan bidrage til en forbedring af den kommunale velfærdsmæssige kerneydelse til borgerne. Når medarbejderne har færre sygedage, bliver der færre udgifter til vikardækning og flere timer til rådighed til at løse de kommunale serviceopgaver.

Interviewene viser, at den aktuelle rekrutteringssituation spiller en afgørende rolle i forhold til at kommunerne har skærpet deres fokus på fastholdelse samt forebyggelse og nedbringelse af sygefraværet.

Dels oplever kommunerne mange steder problemer med at rekruttere nye medarbejdere, og derfor prioriteres fastholdelse af eksisterende medarbejdere højt. Og dels er et højt sygefravær en ekstra belastning for en arbejdsplads, der måske i forvejen har ubesatte stillinger.

Alle seks kommuner har sygefraværstatistikker, der giver et overblik over sygefraværet fordelt på områder, arbejdspladser, faggrupper og medarbejderniveau. Disse statistikker anvendes dels som et styringsredskab ifbm. opfølgning på sygefravær, dels som et informationsværktøj i forebyggelsesindsatsen, idet de giver viden om udviklingen og fordelingen i sygefraværet.

Som et led i målsætninger om nedbringelse af sygefraværet og optimering af kommunens indsats for sundhedsfremme indfører flere kommuner aktuelt nye IT-systemer, der registrerer sygefraværet mere specifikt og giver de decentrale ledere adgang til at følge sygefraværet løbende på deres egen arbejdsplads.

Trivselsundersøgelser og årlige personaleregnskaber er også redskaber, kommunerne anvender for at få mere indsigt i sygefraværet og det fysiske og psykiske arbejdsmiljø.

1d. HovedMEDs arbejde med sygefravær

Kommunernes sygefraværspolitikker er drøftet og godkendt i HovedMED, som også hos nogle kommuner har haft en stor rolle i udviklingen af sygefraværspolitikken. Sygefravær er i alle kommuners HovedMED et emne, der vægtes højt. Det varierer, om sygefraværstatistikken er med på alle møder eller tages om den op løbende, når der skal vedtages nye initiativer, undersøgelser eller supplerende retningslinjer til sygefraværspolitikken.



Afsnit 2. Sygefraværs mønstre

2a. Sygefraværs mønstre i de seks kommuner

Kommunerne har generelt skærpet deres fokus på sygefraværet, da dette gennemgående har været stigende i løbet af 2007.

Forskellige tiltag er iværksat hos kommunerne – enten i form af større trivselsundersøgelser, hvor bl.a. sygefraværs mønstret indgår, eller i form af arbejdsgrupper, der er blevet nedsat (herunder i HovedMED regi), der nærmere skal belyse årsagerne til sygefraværet, og hvordan det kan nedbringes.

På flere områder opleves det generelt, at der mangler velkvalificeret arbejdskraft – især inden for ældre- og børneområdet. Flere og flere ubesatte stillinger betyder, at der er færre medarbejdere om arbejdet, hvilket giver et øget arbejdspress og derved også et større sygefravær blandt de eksisterende medarbejdere. Dette ses især på det stigende antal langtidssyge.

I de kommuner, hvor man oplever problemer med at skaffe kvalificeret arbejdskraft, nævner de interviewede personalechefer, at det kan have betydet, at der er blevet ansat personale, som ikke altid har de nødvendige kvalifikationer til at varetage arbejdet, og som heller ikke altid besidder den rette arbejdsmotivation. Dette anslås at være medvirkende årsag til et stigende sygefravær blandt nyanførte – herunder stigning i hyppigt forekommende korterevarende fravær.

Ifølge de interviewede er sygefraværet mest markant på følgende områder:

- *Ældreområdet* – Årsagerne til sygefravær er oftest betinget i forskellige typer af nedslidningsskader grundet det daglige arbejde. Kommunerne pointerer, at mange af medarbejderne oftest har en høj gennemsnitsalder og typisk har været i faget i mange år, hvorfor nedslidningen er kommet gradvist over årene.
- *Børneområdet* – Årsagerne til sygefravær er oftest betinget i såvel nedslidningsskader som mere psykisk orienterede årsager som udbrændthed og stress.
- *Køkken- og rengøringsområdet* - Medarbejderne har typisk været på arbejdspladsen i mange år, og det viser sig i form af flere typer af nedslidningsskader.

Interviewede personalechefer og næstformænd i HovedMED vurderer, at sygefraværet i forskellig grad er bestemt af den overordnede trivsel på arbejdspladserne. *Mistrivsel, dårlige vaner og traditioner* (fx manglende brug af hjælperekskaber) samt *manglende loyalitet over for arbejdspladsen* er ligeledes en del af årsagerne til sygefraværet.

I de kommuner, hvor der gennemføres eller er gennemført trivselsundersøgelser, sker det netop med en ambition om at synliggøre disse sammenhænge.



2b. Det aktuelle sygefravær

I fraværstatistikken, som hvert år udgives af FLD (Det fælleskommunale Løndatakontor), er sygefraværsprocenterne for 2006 følgende for de seks kommuner målt i antal kalenderdage.¹

Nedenstående tabel viser fraværsprocenten hos de seks kommuner fordelt på 2005 og 2006 samt udviklingen i fraværet mellem 2005 og 2006.

Kommune	Fraværspcent i alt 2005	Fraværspcent i alt 2006	Difference mellem 2005 og 2006
Frederiksværk-Hundested	5,0	5,6	0,6
Gentofte	4,8	5,1	0,3
Kolding	4,4	4,6	0,2
Odense	5,2	5,4	0,2
Randers	4,4	5,0	0,6
Slagelse	4,6	5,1	0,5
Landsgennemsnit	4,3	4,8	0,5

Skemaet viser, hvorledes de seks kommuner placerer sig i forhold til landsgennemsnittet – fordelt på fraværstallene fra 2005 og 2006. Generelt er sygefraværet steget 0,5 pct. på landsplan fra 2005 til 2006. Der er også sket stigninger i alle seks kommuner, i mere eller mindre grad – mest markant i Frederiksværk-Hundested og Randers.

For 2005 ligger samtlige seks kommuner over landsgennemsnittet – mest markant Odense og Frederiksværk-Hundested, og for 2006 ligger alle seks kommuner, med undtagelse af Kolding, atter over landsgennemsnittet. Igen ligger Frederiksværk-Hundested og Odense højest blandt de seks kommuner. Det stemmer overens med kommunernes egne udmeldinger om udviklingen i sygefraværet fra interviewene.

¹ Denne opgørelsesmetode pr. helårsansat medtager weekender mv. som fravær – uanset om der er tale om arbejdsdage eller ej – hvis første og sidste fraværdsdag falder før og efter disse. En opgørelse af sygefravær med denne metode kan siges at være et udtryk for antallet af sygefraværdsdage i løbet af året. Der gøres opmærksom på, at tallene er gældende for kommunerne, før der skete sammenlægning til nye kommuner med undtagelse af Frederiksværk- Hundested, hvor tallene fra de to byer er lagt sammen.



Jævnfør de tilgængelige data fra FLD, er det ikke muligt at få et overblik over de enkelte kommuners data på parametre som fraværsårsager, alder, overenskomstgrupper etc. Disse data er kun tilgængelige på landsplanniveau. På landsplan kan der dog siges noget omkring de generelle tendenser og mønstre i forhold til sygefraværsudviklingen fra 2005 til 2006.

Ifølge notat fra FLD er de generelle tendenser på landsniveau for 2006 kort fortalt følgende:

- Der er en stigning i sygefraværet fra 2005 (4,3 %) til 2006 (4,8 %), således at fraværet nu er på 17,4 kalenderdage.
- Ca. 20 % af kvinderne og 31 % af mændene har ikke haft sygefravær.
- De 55-59 årige har i gennemsnit det højeste sygefravær.
- Social- og sundhedsvæsenets personale har det højeste sygefravær.
- Det længerevarende sygefravær er steget (periode på 29 dage og derudover). Generelt gælder det, at en stor del af sygefraværet i kommunerne skyldes langtidssygefravær hos relativt få ansatte. Ca. 5 % af de ansatte står for 42 % af det samlede sygefravær. Jf. notatet fra FLD er årsagerne til dette, at kommunerne er tilbageholdende med at afskedige ansatte i en situation med mangel på arbejdskraft, og at kommunerne i øvrigt er deres sociale ansvar bevidst.

Ovenstående landstendenser bekræftes på flere områder af det beskrevne sygefraværs mønster hos de seks kommuner i interviewene.

Især det høje fravær på ældreområdet (social- og sundhedspersonale), men også på daginstitutionsområdet mv. er sygefraværs mønstre i de seks kommuner i overensstemmelse med landstendenserne.

Ligeledes er stigningen i antallet af langtidssyge (og den tunge del, de udgør af det samlede sygefravær) en landstendens, der bekræftes i interviewene med både de decentrale og de centrale ledere.

2c. Ændringer efter kommunesammenlægninger

Det er vurderingen i alle seks kommuner, at årsagerne til stigningen i sygefraværet kun i begrænset grad skyldes gennemførelsen af strukturreformen og sammenlægningen af kommunerne.

Omvendt formoder et par af de interviewede personalechefer, at fusionen af kommunerne på visse områder vil komme til at afspejle sig negativt i sygefraværet, men der findes pt. ikke tal i kommunerne, der kan bekræfte denne sammenhæng. I en enkelt kommune har den administrative forvaltning fx været hårdt ramt pga. kommunesammenlægningen, og her forventes en vis stigning i sygefraværet.



De interviewede personalechefer er usikre på, hvad kommunefusionen reelt kommer til at betyde for sygefraværet. Vurderingen er generelt, at det afhænger helt af, hvor store konsekvenser fusionen har haft for den enkelte kommunes forvaltninger og decentrale virksomheder (skoler, daginstitutioner etc.). Der nedlægges også den betragtning, at det først er nu, fusionsbølgen er nået ud til de decentrale ledere, og at dette måske snart vil afspejle sig i sygefraværet. De decentrale arbejdspladser mærker, som tidligere nævnt, en stigende mangel på kvalificeret arbejdskraft. Dette betyder, at der sker et øget arbejdspress på de i forvejen ansatte medarbejdere, og et stigende flow i medarbejdergrupperne i det hele taget. Jævnfør de interviewede personalechefer og næstformænd i HovedMED er disse ændringer indtil videre afledt mere af den generelle beskæftigelsessituation med lav ledighed end af kommunefusionen.



Afsnit 3. Indsats ifbm. sygefraværsløb

Indsatsen ifbm. sygefravær sker i kommunerne på decentralt niveau. Derfor betyder dette afsnit de decentrale leders håndtering af sygefraværsløb på deres arbejdspladser.

Afsnittet omfatter kvantitative data fra de decentrale leders registreringer af sygefraværsløb og kvalitative data fra interview med decentrale ledere og tillidsvalgte, samt en medarbejdervinkel på oplevede sygefraværsløb:

Afsnittet er struktureret i følgende temaer:

- a. Karakteristik af de sygemeldte
- b. Uformel kontakt inden første sygefraværssamtale
- c. Første sygefraværssamtale
- d. Aftaler og resultater af første sygefraværssamtale
- e. Anden sygefraværssamtale
- f. Medarbejdervinkel på sygefraværsløb

For at sikre størst mulig adskillelse af data, står de kvalitative interviewdata hver gang i en grå boks.

DATAGRUNDLAGET for afsnit 3

De kvantitative data udgøres af 60 decentrale leders besvarelse af elektroniske spørgeskemaer om håndtering af sygefravær. De decentrale ledere har registreret deres praksis og procedurer vedrørende sygefraværsløb, hvor der i perioden 1. april til 1. oktober 2007 er afholdt 1. kontaktsamtale (kaldet omsorgssamtale, trivelsamtale, sygefraværssamtale eller andet) i forbindelse med en medarbejders sygefravær, (oftest efter 14 dages sygefravær eller flere sammenhængende perioder). Besvarelsen er hovedsagelig sket ved afkrydsning af en svarmulighed ved hvert spørgsmål. Hvis der har været mulighed for flersvar er dette anført, ligesom hvis der er spørgsmål baseret på fri tekst svar.

Der er indberettet oplysninger fra 156 sygefraværssager. Sagerne er indberettet prospektivt, forstået på den måde at sagerne er indberettet løbende, mens sagsforløbet pågår. Data afspejler derfor processen i håndteringen af sygefraværet decentralt, og der vil følgelig være sager, som ikke er afsluttet ved indregistreringsperiodens udløb. Når besvarelsenerne om fx anden kontaktsamtale og status på tilbagevenden til arbejdspladsen præsenteres, optræder der derfor blot 125 sager.

De kvalitative data stammer fra interview med en udvalgt decentral leder og tillidsvalgt i de seks kommuner. Interviewene er gennemført som supplement til spørgeskemaundersøgelsen. De seks decentrale ledere kommer fra følgende områder: ældreområdet, børne- og ungeområdet, skole og undervisning, beskæftigelses- og socialområdet, teknisk område. De kvalitative interviewdata er samlet i grå tekstboks.

Der er også gennemført a tre fokusgruppeinterview med tidligere sygemeldte medarbejdere, der enten er fastholdt eller afskediget, i alt 17 medarbejdere. Deres erfaringer med sygefraværsløbet findes i et selvstændigt afsnit sidst i kapitlet.



3a. Karakteristik af de sygemeldte

I en tredjedel af sagerne (35 %) angives, at typen af sygdom er 'psykiske årsager', i nogle tilfælde sammen med andre årsager.

- 55 psykiske årsager (depression, udbrændthed o.a.)
- 15 kronisk sygdom
- 8 livstruende sygdom
- 20 fysisk erhvervsbetonet nedslidning
- 49 anden fysisk sygdom
- 21 andet (tekstsvarmuligheden angiver: familierelaterede problemer, planlagt operation, trafikulykke, alkohol)
- 3 ved ikke

NB: Mulighed for flersvar, derfor angives ikke i %, men i antal. Der er registreret 171 afkrydsninger på de 156 sager.

For 12 % angives, at sygefraværet er en følge af anmeldt arbejdsskade.

- 12 % er sygefravær som følge af anmeldt arbejdsskade
- 82 % er ikke sygefravær som følge af anmeldt arbejdsskade
- 6 % ved ikke

De sygemeldte medarbejdere er næsten udelukkende overenskomstansatte (månedslønnede).

- 93 % er overenskomst månedslønnede (heraf 3 % i fleksjob)
- 5 % er ansat på tjenestemandregulativ
- 1 % er overenskomst timelønnede
- 1 % er elev

Ifølge FLD er sygefraværet på landsplan i forhold til organiseringstyperne fordelt således, at 84 % er overenskomstansatte, 9,4 % er tjenestemandansatte, 2,7 % er elever og 2,4 % er i fleksjob.

Følgende fire forhandlingsberettigede organisationer og stillingsbetegnelser blandt de 156 sygefraværssager er de mest forekommende. FOA er det markant hyppigst forekommende forhandlingsområde:

- FOA (soc.- og sundhedshjælpere og -ass., hjemmehjælpere, dagplejere)
- 3F (rengøringsassistenter, køkkenassistenter, specialarbejdere)
- Socialrådgiverforeningen (socialrådgivere, beskæftigelsesvejledere)
- DLF Danmarks Lærer Forening (lærere)

NB: Svarene er angivet med fritekst.



Næsten halvdelen af de sygemeldte medarbejdere har anciennitet på under 5 år. En fjerdedel har mellem 6-10 års anciennitet og en syvendedel over 20 års anciennitet.

- 13 % med under 1 år
- 32 % med 2-5 år
- 25 % med 6-10 år
- 7 % med 11-15 år
- 7 % med 16-20 år
- 14 % med mere end 20 år
- 2 % ved ikke

Ifølge samlede tal for de seks kommuner fra FLD, er anciennitetsfordelingen således, at 22,5 % af medarbejderne i de seks kommuner har under 1 års anciennitet. 19,7 % har mellem 2-5 års anciennitet. 22,3 % har 6-10 års anciennitet. 18,4 % har 11-15 års anciennitet. 8 % har 16-20 års anciennitet og 9,1 % af medarbejderne har over 20 års anciennitet.

Over en tredjedel af de sygemeldte medarbejdere kommer fra mindre arbejdspladser med under 100 ansatte.

- 22 % med 1-50 ansatte
- 15 % med 51-100 ansatte
- 21 % med 101-150 ansatte
- 6 % med 151-200 ansatte
- 6 % med 201-250 ansatte
- 1 % med 251-300 ansatte
- 4 % med mere end 300 ansatte

NB: svarene er angivet med fritekst og herefter indført under ovenstående kategori. Ca. 25 % har ikke svaret på spørgsmålet

Langt størstedelen af de sygemeldte er kvinder.

- 85 % kvinder
- 15 % mænd

Ifølge FLD er fordelingen på landsplan for køn fordelt på sygefravær 80 % for kvinder og 20 % for mænd i 2006.

Op mod halvdelen (40 %) er under 40 år. De øvrige fordeler sig aldersmæssigt ligeligt på aldersgrupperne 41-50 år og 51-60 år.

- 11 % under 30 år
- 29 % 31-40 år
- 27 % 41-50 år
- 29 % 51-60 år
- 5 % over 60 år

Ifølge FLD er sygefraværet på landsplan fordelt på alder således, at 11,2 % er under 30 år, 23 % er mellem 31-40 år, 29 % er mellem 41-50 år, 31 % er mellem 51-60 år og 6,1 % er over 60 år.



- Hvis vi ser på aldersfordelingen hos henholdsvis kvinder og mænd, fremgår det, at de sygemeldte mænd typisk er ældre end de sygemeldte kvinder. Således er 52 % af alle sygemeldte mænd over 50 år, mens sygemeldte kvinder på 50+ udgør 30 %. Hos de sygemeldte kvinder er 41 % under 40 år og 25 % mellem 41-50 år.



3b. Uformel kontakt før den første sygefraværssamtale

I tre ud af fire tilfælde har der i sygefraværperioden før første sygefraværssamtale været uformel kontakt mellem arbejdsplads og medarbejder.

- 76 % har haft uformel kontakt før første samtale
- 22 % har ikke haft uformel kontakt før første samtale
- 2 % ved ikke, om der har været uformel kontakt før første samtale

Uformel kontakt

De interviewede decentrale ledere har forskellig praksis, når det gælder uformel kontakt til sygemeldte, før de formelle sygefraværssamtaler. Når det gøres, er det altid med det formål at vise interesse og omsorg for den sygemeldte medarbejder. Enten er det arbejdspladsens overordnede leder, der tager kontakten, alternativt den nærmeste leder, evt. en afdelingsleder, TR eller en kollega. Typisk foregår denne indledende kontakt per telefon.

Det er karakteristisk, at de interviewede arbejdspladser har tradition for, at kolleger/arbejdspladsen sender en blomst eller hilsen ved langvarigt sygefravær eller indlæggelse.

Generelt er det både de interviewede decentrale ledere og tillidsvalgte opfattelse, at også uformel kontakt mellem sygemeldte og arbejdspladsen undervejs i fraværforløbet er vigtig for fastholdelse og for at lette sygemeldtes tilbagevenden til arbejdspladsen efter raskmelding. Graden af og ansvaret for uformel kontakt mellem sygemeldte og arbejdsplads varierer meget afhængigt af forskellige faktorer (fraværets årsag, sygemeldtes egen indstilling, arbejdspladsens kultur og praksis for at opretholde uformel kontakt).

På de arbejdspladser, hvor der er gjort meget for at holde kontakt med den sygemeldte, er der fx praksis for at invitere sygemeldte medarbejdere med til personalemøder og sociale arrangementer og for at opfordre sygemeldte til at komme på besøg på arbejdspladsen i sygeperioden, hvis det er muligt. Der, hvor man i højere grad lader det være op til sygemeldte selv at vedligeholde kontakten til arbejdspladsen og kollegerne, mens sygefraværet står på, sker det gerne ud fra den opfattelse, at man vil give sygemeldte fred og ro til at blive

3c. Første sygefraværssamtale

Procedurer

Alle kommunale arbejdspladser repræsenteret i interviewundersøgelsen har procedurer for håndtering af sygefravær. I de kommuner, hvor der findes procedurer i sygefraværspolitikken, følges disse. I kommuner, hvor sygefraværspolitikken er mere værdibaseret, har arbejdspladsen indført egne procedurer for håndtering af sygefravær; disse afviger imidlertid ikke væsentligt fra de øvrige kommuners procedurer.



Første sygefraværssamtale er i halvdelen af sygefraværssagerne afholdt inden 15 dages fravær. Den anden halvdel af sygefraværssagerne er afholdt efter 15 fraværsdage, hvoraf hovedparten (31 %) er afholdt efter 25 dages fravær.

De decentrale ledere, der har afholdt sygefraværssamtaler er blevet spurgt, hvor mange dages sygefravær der er gået forud for første sygesamtale:

- 21 % har holdt første samtale inden 5 dage
- 15 % har holdt første samtale mellem 6-10 dage
- 14 % har holdt første samtale mellem 11-15 dage
- 14 % har holdt første samtale mellem 16-20 dage
- 5 % har holdt første samtale mellem 21-25 dage
- 31 % har holdt første samtale efter 25 dage

I knap halvdelen af sygefraværssagerne har sygefraværet været delt over flere perioder²

- 51 % har ikke været delt over flere perioder
- 46 % har været delt over flere perioder
- 2 % ved ikke

I de sager, hvor sygefraværet op til første samtale fordeler sig over flere perioder, er der i gennemsnit tale om ca. 5,5 perioder.

I de fleste forløb er sygefraværet fordelt over 5 perioder eller mindre, men der er også en del forløb, hvor sygemeldingerne er fordelt over flere end 5 perioder og helt op til 10-14 perioder. I sådanne tilfælde har der været tale om fx migræne.

NB: Svarene er angivet med fritekst.

Indkaldelse til første sygefraværssamtale

Generelt viser de kvalitative interviews, at de kommunale arbejdspladser procedurer er nogenlunde ens, når det handler om, hvor mange sygedage eller perioder, der kan udløse indkaldelse til første sygefraværssamtale.

Procedurerne foreskriver typisk, at der kan indkaldes til en sygefraværssamtale efter 14/25 dages fravær eller 5 fraværperioder inden for et halvt år. Derudover foreskrives det også flere steder at indkalde, når der kan identificeres et mønster i fraværet, eller når et sygefravær bliver længerevarende (typisk over 14 sammenhængende dage). I de kommuner, hvor første formelle sygefraværssamtale først holdes efter 25-30 dages fravær, opfordrer sygefraværspolitikken til en tidligere uformel samtale mellem arbejdsgiver og sygemeldte, inden første formelle sygefraværssamtale, fx efter 14 dage.

² 2 har ikke svaret



Ingen samtale ved ukomplicerede sygefraværsløb

De kvalitative interview med decentrale ledere vidner om, at der kan være tilfælde, hvor den sygemeldte ikke indkaldes til en sygefraværssamtale, eller at lederen afstår fra at indhente lægeerklæringer.

I de fleste sygefraværspolitikker er der plads til den slags individuelle vurderinger. Ved vurderingen af, hvorvidt der skal afholdes en sygefraværssamtale eller indhentes lægeerklæring, ser lederen dels på den konkrete sygdom, dels på sygemeldtes fraværshistorik.

Hvis sygefraværet er planlagt og afgrænset til et kendt forløb, afløses de formelle sygefraværssamtaler eller lægeerklæringen af en uformel kontakt mellem sygemeldte og arbejdsgiver. Det gælder for eksempel ved ukomplicerede forløb med en fastsat tidsramme og klar prognose for raskmelding, fx en brækket arm, en knæoperation eller lignende.

Når den sygemeldte medarbejder indkaldes til første sygefraværssamtale sker det lige så ofte personligt som via brev eller telefon.

- 34 % er indkaldt per telefon
- 30 % er indkaldt personligt
- 30 % er indkaldt per brev
- 6 % andet (fx at sygemeldte henvender sig selv)

Første sygefraværssamtale afholdes oftest på arbejdspladsen.

- 68 % er afholdt på arbejdspladsen
- 22 % er afholdt over telefonen
- 7 % er afholdt hjemme hos den sygemeldte medarbejder
- 2 % er afholdt i den centrale personaleenhed
- 1 % andet (fx på sygehuset, hvis sygemeldte er indlagt)

Formål med første sygefraværssamtale

De kvalitative interviews viser, at indholdet i første sygefraværssamtale hovedsageligt har et firesidet sigte.

- at vise omsorg for medarbejderen
- at afklare sygefraværets omfang
- at afklare, om sygefraværet er begrundet i forhold på arbejdspladsen
- at afklare, om arbejdspladsen kan medvirke til hurtigere tilbagevenden eller fastholdelse (evt. aftaler om videre forløb)



Samtaleskema

På omkring halvdelen af de arbejdspladser, hvor en decentral leder er interviewet, anvendes samtalskemaer, guidelines eller modeller for, hvordan sygefraværssamtalen kan holdes, og hvad den kan/skal indeholde.

Typisk (i 63 % af sagerne) deltager kun den sygemeldte medarbejder og den nærmeste leder i første sygefraværssamtale, men når deltagerkredsen udvides, er det oftere med 'andre' bisiddere end de tillidsvalgte.

- 63 % ikke andre
- 21 % andre (ægtefælle, familiemedlem, afdelingsleder)
- 11 % tillidsvalgte, heraf
 - 10 % tillidsrepræsentant
 - 1 % sikkerhedsrepræsentant
- 4 % fagforening/ A-kasse
- 1 % sygedagpenge sagsbehandler
- 0 % læger
- 0 % kollega
- 0 % central personaleenhed

Tillidsvalgtes deltagelse i første sygefraværssamtale

Interviewene vidner om, at det varierer, hvor ofte sygemeldte vælger at have den tillidsvalgte med til sygefraværssamtalen, men at det opleves som positivt af både leder og tillidsvalgt, når de deltager. Oftere vælger sygemeldte dog at have ægtefælle eller familie med som bisidder til sygefraværssamtale.

Der, hvor tillidsvalgte deltager som bisidder i samtalen, bidrager de blandt andet til at forberede sygemeldte på samtalen samt at afklare samtalsindhold og aftaler med sygemeldte efterfølgende.

Decentrale ledere oplever, at der er en tendens til, at sygemeldte fravælger tillidsvalgte som bisidder, når sygefraværsløbet er eller bliver kompliceret eller indeholder aspekter af psykiske lidelser eller misbrug.

De tillidsvalgte mener selv, at årsagen, til at de sygemeldte medarbejdere sjældent vælger at have dem med til sygefraværssamtalen, kan være, at den sygemeldte er helt tryk ved sin leder og ikke ser et behov for at have en bisidder ved samtalen. Når sygemeldte vælger ægtefælle eller andet familiemedlem som bisidder, opfatter de tillidsvalgte det som udtryk for, at sygemeldte har behov for en bisidder, som de er meget fortrolige med og som kender deres situation.



3d. Resultater af første sygefraværssamtale

Sygefraværssamtalen

Interviewene med decentrale ledere og tillidsvalgte viser, at sygefraværssamtalen generelt opleves som et godt og konstruktivt redskab til, at leder og sygemeldte medarbejder kan få talt om sygefraværets omfang, løsninger for tilbagevenden til jobbet og om muligheder for at fastholde den sygemeldte i jobbet fremover.

Resultatet af første sygefraværssamtale er i lidt over halvdelen (59 %) af sygefraværssagerne, en aftale om, at sygemeldte vil vende tilbage til arbejdet på en aftalt dato med eller uden særlige hensyn eller tiltag.

For de øvrige gælder, at medarbejderen forbliver sygemeldt.

- 36 % af medarbejdere vender tilbage til beskæftigelse på aftalt dato uden særlige hensyn eller tiltag
- 23 % af medarbejdere vender tilbage til beskæftigelse på aftalt dato med særlige hensyn eller tiltag
- 41 % af medarbejdere forbliver sygemeldt.

*I de 41 % af sagerne (i alt 62 sager), hvor medarbejderen **forbliver sygemeldt** efter første sygefraværssamtale, sker det hovedsageligt med aftaler om løbende kontakt eller et nyt møde. Ofte indgår der også andre aftaler fx at indhente varighedserklæring, at afvente resultater af behandling, operation, undersøgelse eller rådgivning fra jobkonsulent.*

- 42 har aftalt løbende kontakt
- 22 har aftalt indhentning af varighedserklæring
- 17 har aftalt andet (fx at afvente resultater af behandling, operation eller undersøgelse eller rådgivning fra jobkonsulent)
- 14 har aftalt nyt møde på given dato
- 4 har intet aftalt
- 2 har aftalt henvisning til psykolog (arbejdsgiverfinansieret)
- 1 har aftalt henvisning til fysioterapeut (arbejdsgiver finansieret)

NB: Mulighed for flersvar, derfor angives ikke i %, men i antal. Der er registreret i alt 102 aftaler fordelt på de 62 sager.

Prognosers betydning

De kvalitative interviews viser, at prognoser om sygemeldte medarbejders raskmelding er af stor betydning for lederen. Dels af hensyn til planlægningen og tilrettelæggelsen af arbejdet, dels af hensyn til lederens videre handlemuligheder i det konkrete fraværsløb. Derfor kan sygefraværssamtaler også ofte ende med aftaler om at afvente nærmere undersøgelser eller vurderinger fra sundhedsvæsenet.



Lægefaglige vurderinger

De interviewede decentrale ledere har typisk ikke erfaring med at inddrage lægefaglig bistand udover indhentning af lægeerklæringer eller varigheds-erklæringer. Det er forskelligt, om der er faste procedurer for, hvornår der indhentes lægeerklæring, eller om det sker efter individuel vurdering. I sidstnævnte tilfælde sker det derfor oftest, hvor der kan rejses tvivl om, hvorvidt årsagen til sygefraværet er reel, eller hvor der er tvivl om, hvad diagnosen bety-

*I de 23 % af sagerne (i alt 34 sager), hvor første sygefraværssamtale afsluttes med en aftale om, at sygemeldte vil vende tilbage til beskæftigelse på **en aftalt dato med særlige hensyn eller tiltag**, består disse hensyn og tiltag typisk i ændrede jobfunktioner eller delvis raskmelding/sygemelding. Det fremgår også, at der er en lang række fastholdelsestiltag, der næsten aldrig bliver aftalt.*

- 15 har aftalt ændret jobfunktion (fx fritagelse for løft, fritagelse for møder o.a.)
- 19 har aftalt delvis rask/sygemelding
- 6 har aftalt nedsat arbejdstid
- 6 har anden aftale (fx fleksible arbejdstider i forbindelse med behandling)
- 4 har aftalt henvisning til psykolog (arbejdsgiver finansieret)
- 3 har aftalt henvisning til anden støtte (finansieret af arbejdsgiver)
- 2 har aftalt omrokering/flytning til anden arbejdsplads el. afdeling
- 2 har aftalt hjælpeforanstaltninger (fx løfteredskaber)
- 2 har aftalt ændringer af ansættelsesvilkår
- 1 har aftalt henvisning til fysioterapeut (arbejdsgiver finansieret)
- 1 har aftalt § 56
- 0 har aftalt ændret arbejdstid (fx skift fra nattevagt til dagvagt)
- 0 har aftalt fleksjob

NB: Mulighed for flersvar, derfor angives ikke i %, men i antal. Der er registreret i alt 61 aftaler fordelt på de 34 sager.

Hjælpeforanstaltninger

Interviewene viser, at når aftaler om hjælpeforanstaltninger sjældent er en del af aftalen om sygemeldte medarbejders tilbagevenden til beskæftigelse, skyldes det, at de fleste arbejdspladser allerede har et bredt udbud af hjælpeforanstaltninger til rådighed for alle ansatte som en del af arbejdspladsens forebyggelsesindsats.

Omrokering til anden afdeling/arbejdsplads

I interviewene udtaler hovedparten af lederne, at de sjældent anvender omplacering til anden afdeling eller anden arbejdsplads i kommunen som fastholdelsestiltag. Årsagerne til dette er ifølge lederne selv blandt andet manglende kendskab til eller overblik over andre afdelinger/arbejdspladsers arbejdskraftbehov. Interviewene viser også, at der hos nogle ledere er en opfattelse af, at en tidligere sygemeldt medarbejder er en meget usikker arbejdskraft, og at man derfor ikke ønsker at påføre andre lederkolleger problemer. En personalechef udtrykker det således:

'Der har desværre været en holdning hos nogle ledere til, at fordi en medarbejder



er gået ned, så vil man ikke omplacere dem, fordi man ikke vil levere en dårlig medarbejder til en anden forvaltning. Det synes man ikke, man som leder kan være bekendt over for sine kolleger. Det er en misforstået loyalitet over for ens lederkolleger, for loyaliteten bør ligge hos medarbejderen her.'

§56

En § 56 aftale, er en aftale der indgås mellem medarbejder, arbejdsplads og kommune for en 2-årig periode, hvor arbejdsgiver får refusion for sygedagpenge relateret til medarbejderens langvarige eller kroniske sygdom, der medfører fravær på minimum 10 dage om året.

Ganske få af de interviewede decentrale ledere har erfaringer med brugen af §56 aftaler. De ledere, der har erfaringer med denne aftale, har ofte fået muligheden foreslået af sygedagpengesagsbehandler eller HR-konsulenter. De påpeger samtidig, at der er meget administrativt arbejde forbundet med aftalen.

Fleksjob

De interviewede decentrale ledere fortæller, at fleksjob sjældent er et tiltag, der tages op til overvejelse ved første sygefraværssamtale. Det skyldes, at andre muligheder skal være udtømt, før fleksjob kan blive relevant. Dertil kommer, at fleksjob ikke er et tiltag, som medarbejder og arbejdsgiver selv kan indgå aftale om, idet beslutningen om tilkendelse af fleksjob træffes af den sociale myndighed i medarbejderens hjemkommune.

De tillidsvalgte udtrykker, at de som udgangspunkt arbejder for at anvende alle fastholdelsesmuligheder for sygemeldte medarbejdere. På ældreområdet og børneområdet giver de tillidsvalgte dog udtryk for, at det kan være svært at tage de nødvendige skånehensyn til medarbejdere med bevægeapparatskader, idet det øvrige personale kan blive belastet af de opgaver, som medarbejderen med skånehensyn ikke kan udføre.

Den decentrale leder vurderer i næsten alle sager, at der er opbakning fra sygemeldtes kolleger til at få den sygemeldte tilbage i beskæftigelse.

- 85 % vurderer, at der er opbakning fra kollegerne
- 12 % ved ikke, om der er opbakning
- 3 % vurderer, at der ikke er opbakning fra kollegerne

Kollegers opbakning

Interview med decentrale ledere og tillidsvalgte vidner om, at kolleger til de sygemeldte generelt udviser stor forståelse for sygemeldte kollegers situation og bakker op om de hensyn og tiltag, der aftales. De tillidsvalgte fortæller i interviewene, at det for kollegerne er vigtigt, at hverdagen kan fungere og arbejdsplanen hænge sammen, selv om en sygemeldt medarbejder kommer tilbage på lempeligere vilkår.

Dog er der en tendens til, at opbakningen og tolerancen over for kollegers sygefravær er mindre, når der forud for sygemeldingen har været perioder med hyppigt forekommende, korterevarende fravær, når der er uvished om fraværets årsag, eller når sygefraværet bliver meget langvarigt.



Tillidsvalgte rolle

De tillidsvalgte udtrykker, at de i situationer med sygemeldte medarbejdere altid har en dobbeltrolle, dels over for den sygemeldte, dels over for de øvrige kolleger på arbejdspladsen. I forhold til den sygemeldte medarbejder skal den tillidsvalgte sikre, at håndteringen af sygefraværsløbet fra arbejdsgivers side foregår på en ordentlig måde, og at der gøres en indsats for at fastholde medarbejderen. Samtidig har tillidsvalgte også en forpligtelse til at tænke på de raske kolleger, der evt. presses yderligere i opgaveløsningen, når sygefraværet bliver langvarigt eller skånehensynene går ud over de øvrige kolleger.

I hovedparten af sygefraværssagerne holder den aftale og handleplan, som medarbejderen og arbejdsgiveren indgår ved første sygefraværssamtale. Således vender 58 % tilbage til arbejdspladsen efter første sygefraværssamtale. Ligeledes er en næsten tilsvarende del, som efter første sygefraværssamtale aftalte at fortsætte sygemeldingen, heller ikke vendt tilbage til arbejdspladsen.

- 58 % (73) er vendt tilbage i beskæftigelse siden første sygefraværssamtale
- 37 % (46) er ikke vendt tilbage i beskæftigelse efter første sygefraværssamtale
- 5 % (6) svarer "andet" (fx anden aftale om tilbagevenden, indstillet til afskedigelse eller afprøvning til fleksjob)

NB: de ovenfor angivne procenter baseres på 125 sager.

Ud af de 73 sager, hvor medarbejderen er vendt tilbage til beskæftigelse siden første sygefraværssamtale, er hovedparten vendt tilbage til beskæftigelse uden særlige hensyn eller tiltag.³

- 60 % (44) er vendt tilbage til beskæftigelse uden særlige hensyn eller tiltag
- 38 % (28) er vendt tilbage til beskæftigelse med særlige hensyn eller tiltag

*Når medarbejderen efter første sygefraværssamtale **er vendt tilbage med særlige hensyn og tiltag**, tyder det på, at de aftaler, der er indgået ved første sygefraværssamtale, i store træk holder. Delvis raskmelding/sygemelding og ændrede jobfunktioner er også de mest anvendte hensyn og tiltag, når medarbejderen vender tilbage. Dog er der kun næsten halvt så mange, der starter med ændrede jobfunktioner, end der var aftalt ved første samtale.*

- 16 starter med delvis rask/sygemelding
- 8 starter med ændret jobfunktion (fx fritagelse for løft, fritagelse for møder o.a.)
- 4 starter med anden aftale (fx fleksible arbejds- el. mødetider i forbindelse med behandling eller stress)
- 3 starter med henvisning til anden støtte (finansieret af arbejdsgiver)
- 2 starter med henvisning til psykolog (arbejdsgiver finansieret)
- 2 starter med ændret arbejdstid (fx skift fra nattevagt til dagvagt)
- 1 starter med henvisning til fysioterapeut (arbejdsgiver finansieret)
- 1 starter på nedsat arbejdstid

³ 1 har ikke svaret



- 1 starter med hjælpeforanstaltninger (fx løfteredskaber)
- 1 starter med § 56 aftale
- 1 starter med fleksjob
- 0 starter med omrokering/flytning til anden arbejdsplads el. afdeling
- 0 starter med ændringer af ansættelsesvilkår.

NB: Mulighed for flersvar, derfor angives ikke i %, men i antal. Der er 40 hensyn/tiltag fordelt på de 28 sager.

Ændrede jobfunktioner

Forudgående aftaler om tilbagevenden til beskæftigelse med ændrede jobfunktioner viser sig ikke altid at fungere, når medarbejdere reelt starter på arbejde igen efter sygemelding. Det kan skyldes, at fritagelse for fx møder eller løft er for svært at få til at passe med den daglige opgaveløsning på arbejdspladsen. Det kan også skyldes, at medarbejderen alligevel ikke selv ønsker fritagelse for opgaver, af hensyn til kollegerne der så skal dække ind for

Delvis raskmelding/sygemelding og ændrede arbejdsfunktioner

Interviewene med decentrale ledere og tillidsvalgte bekræfter, at delvis raskmelding/sygemelding og ændrede arbejdsfunktioner er de mest anvendte fastholdelsestiltag. Ofte anvendes disse tiltag i kombination, og medarbejderen øger timetallet gradvist, indtil vedkommende er tilbage på fuld tid og i sin fulde jobfunktion.

På dagplejeområdet er der imidlertid sjældent mulighed for at anvende delvis raskmelding/sygemelding af hensyn til den daglige planlægning. Fleksjob er også sjældent en mulighed, da der ikke kan laves et dagplejerjob med nedsat tid. Derimod er nedsat børnetal et alternativt tiltag, som ofte aftales for at lette dagplejerens tilbagevenden til beskæftigelse.

Nedsat arbejdstid og ændrede ansættelsesvilkår

De decentrale ledere oplever, at tiltag som deltid, nedsat arbejdstid og andre ændringer af ansættelsesvilkår ikke er et populært tiltag hos de sygemeldte medarbejdere. De færreste ønsker eller har råd til at gå ned i løn, og det kan være årsagen til, at disse tiltag kun er brugt i ganske få tilfælde i de indregistrerede sygefraværssager.

Ud af de 46 sager (se øverst s. 32), hvor medarbejderen **ikke er vendt tilbage** til beskæftigelse efter første sygefraværssamtale, skyldes det i langt de fleste tilfælde, at medarbejderen fortsat er sygemeldt. Kun i få tilfælde er medarbejderen blevet afskediget og endnu færre har selv sagt op.

- 67 % (31) Medarbejderen er stadig sygemeldt
- 15 % (7) Medarbejderen er blevet afskediget
- 11 % (5) Medarbejderen har sagt op
- 7 % (3) Andet



Afskedigelse

Ifølge de decentrale ledere sker afskedigelse altid på baggrund af en individuel vurdering. Når der tages skridt mod afskedigelse, sker det derfor som regel ud fra en vurdering af tre forhold:

- Prognose for raskmelding
- Om mulighederne for fastholdelse er udtømt
- Sygdomshistorik
- Driftsmæssige hensyn

De decentrale ledere og tillidsvalgte fortæller, at især manglende prognoser om raskmelding kan fremskynde overvejelser om afskedigelse. Tillidsvalgte opfordrer ofte de sygemeldte til at være åbne om sygefraværsårsagen og udsigterne til raskmelding.

*I de 31 sager, hvor medarbejderen **fortsat er sygemeldt**, er der hovedsageligt aftaler om løbende kontakt og indhentning af varighedserklæring, men også overvejelser om afskedigelse eller undersøgelse af andre muligheder fx for fleksjob.*

- 20 har aftalt løbende kontakt
- 8 har indhentet varighedserklæring
- 8 har aftalt andet (fx undersøger andre muligheder, overvejer afskedigelse)
- 5 har aftalt nyt møde efter given dato
- 3 har intet aftalt
- 1 har aftalt henvisning til fysioterapeut (arbejdsgiver finansieret)
- 0 har aftalt henvisning til psykolog (arbejdsgiver finansieret)
- 0 har aftalt henvisning til anden støtte (arbejdsgiver finansieret)
- 0 har aftalt delvis raskmelding
- 0 har aftalt delvis sygemelding
- 0 har aftalt ændret jobfunktion
- 0 har aftalt ændret arbejdstid
- 0 har aftalt hjælpeforanstaltninger
- 0 har aftalt nedsat arbejdstid
- 0 har aftalt fleksjob
- 0 har aftalt omrokering
- 0 har aftalt § 56
- 0 har aftalt ændring af ansættelsesvilkår

NB: Mulighed for flersvar, derfor angives ikke i %, men i antal. Der er registreret 45 aftaler i 31 sager.



3e. Anden sygefraværssamtale

Anden sygefraværssamtale

Det varierer, hvorvidt sygefraværspolitikkerne i de seks kommuner foreskriver, hvornår der skal indkaldes til anden sygefraværssamtale.

Hvor der er nærmere procedurer for anden sygefraværssamtale, kan indkaldelse til denne typisk ske efter ca. 1 måneds sammenhængende fravær.

Hvor sygefraværspolitikken ikke foreskriver andet end, at kontakten skal foregå løbende, aftales det videre forløb ofte ved den første kontakt mellem sygemeldte og leder. Dog er der altid frihed til at udskyde en samtale på grund af en forestående operation, behandling eller svar fra undersøgelser.

I et flertal af sagerne har der i perioden siden første sygefraværssamtale været afholdt yderligere samtaler (fx rundbordssamtale). I en del af sagerne afholdes dog ikke nogen form for anden sygefraværssamtale.⁴

- 58 % (73) har svaret ja
- 34 % (42) har svaret nej
- 8 % (10) andet (fx løbende kontakt eller telefonsamtale)

I de 42 tilfælde, hvor der ikke har været afholdt en anden sygefraværssamtale, er der i langt de fleste tilfælde heller ikke planer om en sådan. Dog er der en lille gruppe, hvor der enten er planlagt en samtale eller afholdt en anden form for videre samtale.

- 71 % svarer nej
- 22 % svarer ja
- 5 % svarer ved ikke
- 2 % svarer andet

Formålet med anden sygefraværssamtale

De decentrale ledere, som er interviewet, beskriver den anden sygefraværssamtale (eller rundbordssamtale) som en samtale, hvor der gerne skal findes en løsning på det videre forløb, hvad enten det drejer sig om fastholdelsesmuligheder eller afskedigelse. Der bliver oftest diskuteret, hvorfor handlingsplanen eller de tiltag, der blev aftalt ved første sygefraværssamtale ikke har vist sig realiserbare, og hvorfor det ikke har været muligt for den sygemeldte at vende tilbage til arbejdspladsen.

Deltagere

Ved denne samtale udvides deltagerkredsen oftest med fx repræsentanter fra personaleafdelingen (fx personalekonsulenter), fagpersoner som læger eller sagsbehandlere fra sygedagpengekontoet og repræsentanter fra fagforeningen.

⁴ I alt 125 besvarelser. Dvs. 31 ud af 156 har ikke svaret på spørgsmålet.



Når den sygemeldte medarbejder skal indkaldes til anden sygefraværssamtale sker det oftest via en personlig henvendelse. Det forekommer også, at der indkaldes per brev, at aftalen kommer i stand ved første sygefraværssamtale eller ved den løbende telefoniske kontakt.⁵

- 45 % har indkaldt via personlig henvendelse
- 26 % har indkaldt via brev
- 26 % har indkaldt medarbejderen til samtale på anden vis (telefonisk ved løbende kontakt eller aftalt på 1. sygefraværsmøde)

Anden sygefraværssamtale afholdes i de fleste tilfælde på arbejdspladsen og et mindre antal over telefon. Sidstnævnte indikerer, at der kan være tale om en mere uformel anden sygefraværssamtale.⁶

- 66 % er afholdt på arbejdspladsen
- 25 % er afholdt via telefon
- 6 % er afholdt hjemme hos den pågældende medarbejder
- 3 % andet sted.

Rundbordssamtale

Ifølge de adspurgte decentrale ledere er der forskel på, hvorvidt der afholdes en "formel" anden sygefraværssamtale, og hvorledes den gribes an. Ikke alle sygefraværspolitikker har procedurer for anden sygefraværssamtale.

Der, hvor der er mere fastetablerede procedurer for sygefraværsløbet afholdes anden sygefraværssamtale typisk mellem 30 - 60 dages sygefravær, og samtalen kan have karakter af en rundbordssamtale, hvis det vurderes nødvendigt. I de kommuner, hvor der ikke er procedurer for anden sygefraværssamtale, kan anden samtale også være mere uformel mellem nærmeste leder og medarbejder. Hvis sygefraværsløbet kompliceres, bliver samtalen dog typisk mere formel fra arbejdsgivers side.

Som hovedregel kommer en egentlig rundbordssamtale i stand ud fra følgende:

- Der er behov for andre fagpersoners vurdering af fastholdelsesmuligheder (fx fleksjob, revalidering)
- Oprindelig handlingsplan fungerer ikke efter hensigten, og der er usikkerhed om tidsplan for medarbejders tilbagekomst til arbejdspladsen
- Sygefraværsløbet kompliceres yderligere
- Der initieres/planlægges en afskedigelse
- Procedurerne har ikke været overholdt – fx ifbm. sygedagpengeudbetaling

⁵ 71 ud af 73 har svaret på spørgsmålet.

⁶ Procenterne baseres på 80 besvarelser. Dvs. flere end de 73, der har anført, at der er afholdt yderligere samtaler siden første sygefraværssamtale, har svaret. De øvrige kan stamme fra de 10, der har svaret, at der er afholdt en anden form for samtale.



Ved anden sygefraværssamtale er det i tre ud af fire tilfælde medarbejder og nærmeste leder, der deltager. Når der er flere deltagere ved samtalen er det oftest tillidsrepræsentanten eller 'andre' (fx familie). Kun sjældent deltager læger, sygedagpengebehandlere eller HR-konsulenter⁷.

- 74 % har svaret "ingen"
- 10 % har svaret tillidsrepræsentant
- 9 % har svaret "andre" (kan fx være familie)
- 1 % har svaret læge
- 1 % har svaret den centrale personalefunktion (fx HR-konsulent)
- 1 % har svaret sygedagpengesagsbehandler
- 0 % har svaret sikkerhedsrepræsentant

Forskellige former for anden sygefraværssamtale

Ifølge de decentrale ledere opfattes anden sygefraværssamtale ikke nødvendigvis som en mere formel sygefraværssamtale. Begrebet "samtale" har dermed flere forskellige betydninger, da det for den decentrale leder både kan være en mere formel samtale (med deltagelse af forskellige personer udover leder og medarbejder) og en mere uformel samtale (og dialog), hvor sygefraværssituationen drøftes.

Den egentlige rundbordssamtale kan, for de decentrale ledere vedkommende, sagtens være en tredje sygefraværssamtale. Som decentral leder hæfter man sig ikke så nøje ved antallet af samtaler, men mere ved sygefraværsløbets udvikling.

De tjenstlige samtaler er oftest det sidste springbræt til afskedigelse af medarbejderen, men ikke noget de decentrale ledere benytter sig meget af. Der er kun ganske få sager, hvor der er afholdt en tjenstlig samtale, eller hvor der har været overvejelser om at afholde en sådan.

- 94 % har ingen planer om tjenstlig samtale
- 3 % har planer om tjenstlig samtale eller har afholdt denne
- 2 % er uafklaret på spørgsmålet
- 1 % ved ikke, om der skal afholdes tjenstlig samtale.

I de ganske få sager (3 sager), hvor der har været afholdt en tjenstlig samtale, har indholdet af denne været advarsel om mulig afskedigelse eller orientering om indstilling til afskedigelse.

3f. Medarbejdervinkel på sygefraværsløb

Som supplement til de decentrale ledere registreringer af forløbet i sygefraværssagerne og interviewene med decentrale ledere og tillidsvalgte, er der foretaget tre fokusgruppeinterview med i alt 13 fastholdte og 4 afskedigede medarbejdere, der har været igennem et sygefraværsløb på deres arbejdsplads. Medarbejdernes erfaringer med sygefraværsløb præsenteres efter de samme temaer som i øvrige data i kapitlet.

⁷ 4 % har ikke svaret



- **Uformel kontakt før første sygefraværssamtale opleves generelt positivt.**

Fokusgruppeinterview med tidligere sygemeldte medarbejdere viser, at uformel kontakt med lederen før den første sygefraværssamtale generelt opleves positivt og endda i mange tilfælde medvirker til at skabe tryghed omkring indkaldelse og afholdelse af sygefraværssamtalen.

Denne indledende kontakt mellem sygemeldte og arbejdsgiver kan også være en anledning til at aftale, hvordan den løbende kontakt fremover skulle foregå.

- **Procedurer for håndtering af sygefravær er godt, men der bør fortsat være plads til individuelle vurderinger.**

Medarbejdere opfatter det generelt som en god ide, at der er procedurer for håndtering af sygefravær på arbejdspladserne.

Det er imidlertid ikke opfattelsen, at sygefravær nødvendigvis skal håndteres ens for alle sygemeldte medarbejdere. Der er stor forståelse for, at der afviges fra procedurerne for sygefraværssamtale, hvis der fx er tale om et kendt og afgrænset eller måske planlagt fravær pga. operation eller andet.

- **Skriftlig indkaldelse til første sygefraværssamtale opleves som bedst, når brevet følges op med en telefonsamtale, eller når den skriftlige indkaldelse varsles i forvejen.**

De interviewede medarbejdere fremhæver, at et formelt brev om indkaldelse til sygefraværssamtale kan opleves som meget utrygt. Der kan opstå tvivl om formålet med samtalen, hvis brevet ikke følges op eller varsles i forvejen via telefon eller personligt.

Medarbejderne påpeger, at man i en sygemeldingsperiode er meget sårbar, og at man derfor er tilbøjelig til at være ekstra overfølsom og på vagt over for signaler, der kan tolkes som skridt mod afskedigelse.

- **Medarbejdere vurderer oftest, at de ikke har brug for at tage tillidsvalgte med til samtalen, men når de bruger den tillidsvalgte, opleves det positivt.**

Hovedparten af de interviewede har ikke haft tillidsvalgte med til sygefraværssamtalen. Det skyldes fx, at de ikke har følt det nødvendigt, eller at de ikke mindes at have fået det tilbudt. De medarbejdere, der har haft den tillidsvalgte med til sygefraværssamtalen, oplever det generelt som positivt.

Når tillidsvalgte deltager i samtalen bidrager de til at:

- informere om formålet med samtalen
- mediere under samtalen, hvis der opstår misforståelser
- samle op på og gennemgå aftaler efter samtalen



- **Medarbejdere ser ingen problemer i, at sygefraværssamtalen holdes over telefonen eller hjemme hos sygemeldte.**

De interviewede medarbejdere ser ikke problemer i, at sygefraværssamtalen foregår over telefonen eller hjemme hos den sygemeldte. Den konkrete sygdom kan betyde, at sygemeldte er sengeliggende eller af andre årsager (fx psykiske) ikke kan forlade hjemmet.

Medarbejderne hæfter sig generelt ikke så meget ved, hvor sygefraværssamtalen afholdes, så længe den afholdes på en omsorgsfuld og konstruktiv måde.

- **Sygefraværssamtalen opleves som et godt og konstruktivt redskab, når den afholdes i en omsorgsfuld tone, hvor den sygemeldte inddrages i en dialog.**

Generelt foreskriver sygefraværspolitikkerne, at sygefraværssamtalen ikke skal have karakter af en disciplinær eller tjenstlig samtale, men at den skal foregå i en værdsættende og omsorgsfuld tone.

Ved fokusgruppeinterviewene med tidligere sygemeldte medarbejdere vurderes det af medarbejderne, at der er stor variation i de decentrale lederes kompetencer til at afholde sygefraværssamtaler på en god, omsorgsfuld og konstruktiv måde.

Både blandt fastholdte og afskedigede findes medarbejdere, der har oplevet ledere som værende for dårligt 'klædt på' til at afholde sygefraværssamtaler. Derfor blev sygefraværssamtalen oplevet som værende afhængig af lederens erfaringsniveau og personlige evner til at skabe en omsorgsfuld og konstruktiv dialog med den sygemeldte. Disse medarbejdere påpeger, at deres leder kunne have gavn af en form for opkvalificering eller efteruddannelse i afholdelse af sygefraværssamtaler.

Der, hvor samtalen er blevet opfattet som omsorgsfuld og konstruktiv, har lederen i samtalen og gennem sygefraværsløbet givet udtryk for, at man ser sygemeldte som en værdifuld arbejdskraft, og at man fra arbejdspladsens side vil forsøge at afklare, hvad der skal til, for at vedkommende kan vende tilbage til arbejdet.

De, som ikke har været tilfredse med samtaleforløbet, har blandt andet følt sig mistænkeliggjort og følt, at der blev rejst tvivl om, hvorvidt deres sygemelding var reel. Eller de har oplevet, at de i høj grad selv måtte tage initiativ til samtaler og til kontakt i det hele taget for at fastlægge rammer for tilbagevenden til beskæftigelse.

- **Medarbejdere oplever kontakten til arbejdspladsen som vigtig for om sygefraværsløbet ender med fastholdelse.**



Generelt mener medarbejderne, at en tidlig og løbende kontakt mellem arbejdsplads og medarbejder er vigtig for, hvordan indsatsen i forbindelse med sygefraværet forløber og i sidste ende også for fastholdelse af medarbejderen.

Delvis raskmelding opfattes som et rigtigt godt redskab til at bevare kontakten mellem sygemeldte og arbejdsplads frem til fuld raskmelding og alternativt til at få afklaret, hvad sygefraværsårsagen betyder for arbejdsfunktionen, så andre fastholdelsesmuligheder kan tages op til kvalificeret overvejelse.

- **Inddragelse af relevante fagpersoners kompetencer i supplement til lederens indsats i forbindelse med fastholdelse, vurderes som væsentligt af flere medarbejdere.**

Både blandt de interviewede fastholdte og afskedigede var der medarbejdere, som gav udtryk for, at inddragelse af andre relevante fagpersoners viden om fastholdelsesmuligheder var afgørende for deres tilbagevenden til beskæftigelse. Det gjaldt medarbejdere, der var vendt tilbage til beskæftigelse med aftale om § 56 eller efter aftale om plejeorlov.

- **Decentrale leders kendskab til fastholdelsesmuligheder opleves som for begrænset.**

I fokusgruppeinterviews med tidligere sygemeldte var der medarbejdere, der havde oplevet, at deres ledere ikke havde tilstrækkeligt kendskab til fastholdelsesmuligheder (fx § 56, plejeorlov, personlig assistance eller omplacering til anden arbejdsplads eller afdeling). Ofte er forslag om disse muligheder kommet senere i forløbet fra sygedagpengesagsbehandlere, læger eller HR-konsulenter.

(Data fra decentrale leders registreringer af håndtering af sygefravær bekræfter, at der er en række fastholdelsestiltag, som næsten aldrig aftales.)

Medarbejderne har den opfattelse, at den anvendte vifte af fastholdelsesmuligheder i høj grad er baseret på lederens forudgående erfaringer med fastholdelse. Derfor er den fulde vifte af fastholdelsesmuligheder ikke altid oppe til overvejelse i sygefraværssamtalerne, når blot leder og sygemeldte deltager.



- **Når medarbejdere afskediges med begrundelse i sygdom, er det vigtigt for de afskedigede, at de har en oplevelse af, at alle fastholdelsesmuligheder er udtømte.**

Af fokusgruppeinterviewet med afskedigede medarbejdere fremgår det, at en afskedigelse i langt højere grad vurderes som rimelig, når der er en oplevelse hos medarbejderen af, at alle muligheder for fastholdelse er udtømt.

I den forbindelse påpeges vigtigheden af, at der inden afskedigelse har været afholdt en rundbordssamtale, hvor relevante fagpersoner (fx sygedagpenge-sagsbehandlere, fastholdelseskonsulenter, fagforening, HR-konsulent) deltager. Rundbordssamtalen opfattes af de medarbejdere, der har erfaring hermed, som et godt redskab til at inddrage alle kvalificerede bud på mulighederne for fastholdelse.

Det er generelt en opfattelse blandt afskedigede medarbejdere, at arbejdspladsen skylder medarbejdere med lang anciennitet at strække sig ekstra langt for at fastholde, især når sygefraværet skyldes arbejdsrelateret fysisk nedslidning.

- **Når afskedigelse er uundgåeligt, er det vigtigt for medarbejderen, at arbejdsforholdet afsluttes på en omsorgsfuld og respektfuld måde.**

De afskedigede medarbejdere påpeger alle vigtigheden af at være forberedt på afskedigelsen, når den kommer. Det kan være en uformel og personlig samtale med nærmeste leder, hvor medarbejderen informeres om, at et evt. forestående møde kan ende ud i indstilling til afskedigelse og begrundelsen herfor.

De medarbejdere, der har deltaget i en form for afskedigelsessamtale med deres nærmeste leder lige før eller lige efter indstillingen til afskedigelse, har gode erfaringer hermed. Indholdet af en sådan afskedigelsessamtale kan være

- at vise omsorg for medarbejderen
- at informere om afskedigelsen og begrundelsen herfor
- at informere om de næste skridt i afskedigelsesprocessen (indstilling, partshøring, afskedigelse og opsigelsesperiode, evt. genansættelsestilsagn)

- **Genansættelsestilsagn opfattes af afskedigede medarbejdere som et godt tilbud.**

Kun en af de fire interviewede afskedigede medarbejdere havde aftalt genansættelsestilsagn med kommunen, men det var generelt alle medarbejderes vurdering, at en aftale om genansættelse ved raskmelding inden for opsigelsesperioden er et godt tilbud. Genansættelsestilsagn opleves som en ekstra



chance og en anerkendelse af medarbejderens værdi som arbejdskraft forud for sygemeldingen.

Enkelte medarbejdere sad med det indtryk, at genansættelsestilsagnet kun bliver tilbudt særligt afholdte medarbejdere og derfor ikke er en mulighed for alle afskedigede medarbejdere, der formodes at have udsigt til raskmelding i opsigelsesperioden.



Afsnit 4. Fastholdelse – tre formelle fastholdelsestiltag

Fastholdelsespolitik er i alle seks kommuner en del af sygefraværspolitikken, og kan derfor – som sygefraværspolitikkerne - ses i et spektrum fra værdibaseret politik til mere procedureangivende politik (se afsnit 1). Sidstnævnte type er ofte suppleret med information om muligheder for fastholdelse, der skal tages op til overvejelse.

Den overordnede målsætning i kommunernes fastholdelsespolitikker er, at man fra arbejdsgivers side skal forsøge at fastholde sygemeldte medarbejdere på arbejdspladsen - alternativt at finde andre muligheder, for at sygemeldte kan vende tilbage til beskæftigelse.

I alle kommuner ligger ansvaret for fastholdelse hos de decentrale ledere, og fastholdelsestiltag aftales som udgangspunkt altid mellem arbejdsgiver og medarbejder. Dette fraviges kun, hvis den decentrale leder anmoder om assistance fra centralt hold. I alle kommuner står den centrale personaleenhed til rådighed med rådgivning og sparring om håndtering af specifikke sager, herunder også om fastholdelsesmuligheder.

Dette afsnit omhandler de seks kommuners centrale personaleenheders registreringer af tre fastholdelsestiltag: *delvis raskmelding*, *§ 56 aftale* og *fleksjob som fastholdelse*.

Decentralt er der mulighed for at anvende en langt bredere vifte af fastholdelsestiltag, men data om netop disse tre typer af tiltag findes i de medvirkende centrale kommunale personaleenheder, og det er derfor muligt at registrere oplysninger om disse tiltag og foretage en nærmere analyse (se notat fra tidligere forundersøgelse).

At viden netop om disse tre tiltag findes centralt skyldes sandsynligvis, at alle tre tiltag kræver involvering af de sociale myndigheder i medarbejderens hjemkommune samt en bevilling derfra med efterfølgende udbetaling af sygedagpenge eller lønrefusion til arbejdsgiveren. En analyse af processerne omkring fastholdelse og anvendelsen af den brede vifte af fastholdelsesmuligheder findes i afsnit 3.

Nærværende afsnit omhandler 699 centrale registreringer fordelt på de tre fastholdelsestiltag samt en karakteristik af de fastholdte medarbejdere:

- a) Karakteristik af de fastholdte medarbejdere
- b) Fastholdelsestiltag
- c) Delvis raskmelding
- d) § 56 aftale
- e) Fleksjob som fastholdelse



DATAGRUNDLAG for afsnit 4

Kortlægningen bygger på de centrale personaleenheders registrering af tre formelle fastholdelsestiltag i de seks deltagende kommuner: delvis raskmelding, § 56 aftale og fleksjob som fastholdelse. Registreringen omfatter fastholdelsestiltag fra perioden 1. april til 1. oktober 2007.

Decentralt er der en langt bredere vifte af fastholdelsesmuligheder, som også afsøges under indsatsen i forbindelse med sygefravær på arbejdspladsen. Denne indsats er gennemgået i det forudgående kapitel.

Der er registreret i alt 699 formelle fastholdelsestiltag. En kommune har slet ikke registreret de formelle fastholdelsestiltag, da de ikke havde adgang til disse oplysninger i undersøgelsesperioden. Derfor er det reelt kun fem kommuner, der tegner sig for de 699 fastholdelsestiltag, som fordeler sig således: Odense (278), Randers (211), Kolding (147), Gentofte (33) og Slagelse (30).

Fastholdelsestiltagene er aftalt decentralt mellem arbejdsgiver og medarbejder, men data findes centralt. Der er begrænsede oplysninger centralt om det forudgående sygefravær, især når det gælder årsag til sygefraværet og fraværets forløb. Det betyder, at der er registreret en stor andel 'ved-ikke' svar på spørgsmål om sygefraværets årsag, længde, fordeling på perioder samt om sagen var en følge af en anmeldt arbejdsskade.

I afsnittet inddrages også kvalitative data fra interviews med personalechef og næstformand i HovedMED fra de seks kommuner. De kvalitative data er samlet i grå tekstbokse.

4a. Karakteristik af de fastholdte medarbejdere

De fastholdte medarbejdere har langt overvejende været overenskomstansatte (månedslønnede). Knap en tiendedel har været ansat på tjenestemandregulativ.

- 86 % (595) Overenskomst (månedslønnet)
- 9 % (61) Tjenestemandregulativ
- 2 % (16) Anden type løntilskud
- 1 % (10) Fleksjob
- 0,3 % (2) Overenskomst (timelønnet)
- 0,3 % (2) Elev
- 0,1 % (1) Skånejob (job med løntilskud til førtidspensionister)
- 0,1 % (1) Budgetmæssig fastansættelse

Ifølge FLD er sygefraværet på landsplan fordelt således på organiseringstyper: 84 % er overenskomstansatte, 9,4 % er tjenestemandansatte, 2,7 % er elever og 2,4 % er i fleksjob.

I næsten en tredjedel af sagerne er forhandlingsområdet for den fastholdte medarbejder ikke angivet. Følgende fire forhandlingsberettigede organisationer og stillingsbetegnelser er de mest forekommende blandt de fastholdte medarbejdere. Medlemmer af FOA er især meget markant repræsenteret:

- FOA (social og sundhedshjælpere og -ass., hjemmehjælpere, dagplejere)
- HK (kontorassistenter)
- BUPL (pædagoger)
- DLF



NB: svarene er angivet som fritekst. I en tredjedel af sagerne er forhandlingsområdet for den fastholdte medarbejder ikke angivet.

Ancienniteten hos de fastholdte medarbejdere fordeler sig nogenlunde jævnt på 5-års intervaller, dog har op mod halvdelen under 5 års anciennitet (41 %).

- 15 % under 1 år
- 26 % har 2-5 år
- 20 % har 6-10 år
- 15 % har 11-15 år
- 10 % har 16-20 år
- 12 % har mere end 20 år
- 2 % ved ikke

Ifølge samlede tal for de seks kommuner fra FLD, er anciennitetsfordelingen således, at 22,5 % af medarbejderne i de seks kommuner har under 1 års anciennitet. 19,7 % har mellem 2-5 års anciennitet. 22,3 % har 6-10 års anciennitet. 18,4 % har 11-15 års anciennitet. 8 % har 16-20 års anciennitet og 9,1 % af medarbejderne har over 20 års anciennitet.

En langt overvejende del af de fastholdte medarbejdere er kvinder

- 86 % er kvinder
- 14 % er mænd

Ifølge FLD er fordelingen på landsplan for køn fordelt på sygefravær 80 % for kvinder og 20 % for mænd i 2006.

Kun få af de fastholdte medarbejdere er under 30 år (7 %). Op mod halvdelen er over 50 år (40 %).

- 7 % er under 30 år
- 24 % er 31-40 år
- 29 % er 41-50 år
- 36 % er 51-60 år
- 4 % er over 60 år

➤ *Hvis vi ser på aldersfordelingen hos henholdsvis de fastholdte kvinder og de fastholdte mænd, fremgår det, at over halvdelen af mændene er mellem 51-60 år. Den samme aldersgruppe udgør omkring en tredjedel hos alle fastholdte kvinder. De øvrige to tredjedele af fastholdte kvinder fordeler sig nogenlunde med en tredjedel på hver af aldersgrupperne 41-50 år og under 40 år - dog med en lille overvægt under 40 år.*

Ifølge FLD er sygefraværet på landsplan fordelt på alder således: 11,2 % er under 30 år, 23 % er mellem 31-40 år, 29 % er mellem 41-50 år, 31 % er mellem 51-60 år og 6,1 % er over 60 år.



4b. Fastholdelsestiltag

Rådgivning om fastholdelse

Interview med personalechefer i de seks kommuner viser, at der i alle kommuner er konsulenter eller andet personale ansat i den centrale kommunale personaleenhed til at rådgive og vejlede de decentrale ledere om fastholdelse og personale juridiske forhold. I alle kommuner ligger ansvaret for fastholdelse alene decentralt, og den centrale kommunale personaleenhed kommer kun ind over, når lederen henvender sig for rådgivning. Konsulenterne eller personalechefen kan også deltage i rundbordssamtale, hvor der vurderes behov for det og medarbejderen godkender deltagelsen. I sager, hvor samarbejdet mellem leder og medarbejder er kørt af sporet, kan den centrale personaleenhed overtage ansvaret for sagen.

Delvis raskmelding er det mest anvendte formelle fastholdelsestiltag. En mindre andel har anvendt § 56 aftale og endnu færre har etableret fleksjob som led i arbejdsfastholdelse.

- 76 % (528) har anvendt delvis raskmelding
- 16 % (114) har anvendt § 56 aftale
- 7 % (48) har etableret fleksjob

NB: 9 (svarende til 1 %) har ikke svaret.

I langt de fleste tilfælde har den centrale personaleenhed ikke tilgængelige oplysninger om sygefraværets årsag. I de sager, hvor der foreligger oplysninger herom er kronisk sygdom og psykiske årsager de oftest forekommende.

- 625 har svaret ved ikke
- 26 har svaret kronisk sygdom
- 20 har svaret psykiske årsager
- 12 har svaret anden fysisk sygdom
- 12 har svaret andet
- 10 har svaret livstruende sygdom
- 5 har svaret fysisk erhvervsbetonet nedslidning

NB: Mulighed for flersvar, derfor opgørelse i antal ikke i %. Der er registreret 710 svar (heraf 625 'ved ikke' svar) på 699 sager.

I lidt over halvdelen af alle fastholdelsessager er der ikke tale om sygdom som følge af en anmeldt arbejdsskade. I mange tilfælde har den centrale personaleenhed dog ikke kendskab til, om der er anmeldt arbejdsskade i sagen.

- 58 % (393) har ikke anmeldt arbejdsskade
- 40 % (278) ved ikke
- 2 % (11) har anmeldt arbejdsskade

➤ *Hvis vi ser på de 11 sager, hvor sygdommen er en følge af anmeldt arbejdsskade, er den overvejende del (7 sager) mellem 51-60 år. Tendensen skal dog tages med stærke forbehold, da populationen er så lille.*



- Hvis vi igen ser på de 11 sager, hvor sygdommen er en følge af anmeldt arbejdsskade fremgår det, at den overvejende del (7 sager) er kvinder.

Kun i to ud af tre tilfælde har den centrale personaleenhed kendskab til antallet af sygedage op til fastholdelsestiltaget. Hvor disse oplysninger er tilgængelige, tegner der sig et billede af både korte, mellemlange og lange sygefraværsløb op til fastholdelsestiltaget. Næsten en femtedel har mere end 120 sygedage, ligeså mange har under 30 sygedage.

- 34 % ved ikke
 - 18 % har 0-30 sygedage
 - 12 % har 31-60 sygedage
 - 11 % har 61-90 sygedage
 - 8 % har 91-120 sygedage
 - 10 % har 121-180 sygedage
 - 7 % har flere end 180 sygedage
- Hvis vi ser på, hvordan de forskellige aldersgrupper fordeler sig på antallet af sygedage i sygefraværsløbet, kan vi se, at de yngre fastholdte medarbejdere (under 40 år) tegner sig for næsten halvdelen af de kortere sygeforløb på under 30 sygedage (43 %). Derimod står de ældre medarbejdere over 50 år for op mod halvdelen af sygeforløbene på mere end 120 sygedage (44 %).
 - Hvis vi ser på antallet af sygedage i sygefraværsløbet hos henholdsvis kvinder og mænd, er der ingen markante forskelle.

Sygeforløbet har ofte været delt over flere perioder. I mange sager er der i den centrale personaleenhed imidlertid ikke kendskab til, om sygefraværet har været fordelt over flere perioder.

- 40 % (276) af sygeforløbene var delt over flere perioder
- 38 % (262) ved ikke
- 22 % (154) af sygeforløbene var ikke delt over flere perioder

I de 276 sager, hvor sygefraværet har været delt over flere perioder, er der i langt størstedelen af sagerne (242) angivet 2-5 perioder.

NB: Svarene er angivet med fritekst.

- Hvis vi ser på de 276 fastholdte medarbejdere, hvor sygefraværet har været delt over flere perioder, har ca. en femtedel haft 61-90 sygedage og en anden femtedel 121-180 sygedage. De øvrige fordeler sig nogenlunde ligeligt på 0-30, 31-60, 91-120 og over 180 sygedage.

Der foreligger ikke valide data, der viser det konkrete vikarforbrug som følge af sygefraværsløbet hos den fastholdte medarbejder.



4c. Delvis raskmelding

Dette afsnit gennemgår de fastholdte medarbejdere, der er vendt tilbage på delvis raskmelding. Det drejer sig om 528 sager. Der sammenlignes med fastholdte i fleksjob og fastholdte ved hjælp af § 56.

Interview med personalechefer bekræfter, at delvis raskmelding er det mest anvendte 'formelle' fastholdelsestiltag. Personalecheferne har indtryk af, at der hovedsageligt er godt kendskab til ordningen decentralt, og at det opfattes som et godt redskab til at få sygemeldte medarbejdere hurtigt tilbage i beskæftigelse efter en sygemelding.

Det er en udbredt opfattelse blandt personalecheferne, at arbejdet i mange tilfælde er en del af medicinen, og at delvis raskmelding derfor ofte kan medvirke til en hurtigere raskmelding, end hvis sygemeldte forblev fuldtids

Antallet af sygedage hos medarbejdere fastholdt med delvis raskmelding adskiller sig fra de øvrige fastholdte ved at være mere jævnt fordelt på både korte, mellemlange og lange sygefraværsløb. Dog har alle fastholdte medarbejdere en overvægt af korte sygefraværsløb.

- 28 % ved ikke
- 14 % har 0-30 sygedage
- 14 % har 31-60 sygedage
- 14 % har 61-90 sygedage
- 10 % har 91-120 sygedage
- 12 % har 121-180 sygedage
- 8 % har flere end 180 sygedage

Blandt medarbejdere fastholdt med delvis raskmelding har der i højere grad været tale om et sygeforløb delt over flere perioder, end hvis vi ser på de øvrige fastholdte medarbejdere.

- 47 % sygeforløbet har været delt over flere perioder
- 28 % ved ikke
- 25 % sygeforløbet har ikke været delt over flere perioder

I langt de fleste tilfælde har den centrale personaleenhed ikke tilgængelige oplysninger om sygefraværets årsag hos de fastholdte medarbejdere. I de sager, hvor disse oplysninger er tilgængelige, er psykiske årsager den hyppigst forekommende blandt medarbejdere fastholdt med delvis raskmelding.

- 500 har svaret ved ikke
- 13 har svaret psykiske årsager
- 8 har svaret andet
- 7 har svaret kronisk sygdom
- 5 har svaret anden fysisk sygdom
- 2 har svaret fysisk erhvervsbetonet sygdom
- 1 har svaret livstruende sygdom



NB: Mulighed for flersvar, derfor er opgørelsen i antal, ikke i %. Der er registreret i alt 536 svar (heraf 500 ved ikke svar) på 528 sager.

Der har i 1 % af sagerne (8 sager) været tale om sygdom som følge af en arbejdsskade.

De delvis raskmeldte medarbejdere er i langt overvejende grad overenskomstanstatte (månedslønnede). De adskiller sig ikke i nævneværdig grad fra de øvrige fastholdte medarbejdere.

- 86 % overenskomstansatte (månedslønnede)
- 11 % tjenestemandregulativ
- 2 % fleksjob
- 1 % anden type skånejob

De delvis raskmeldte medarbejdere har set i forhold til medarbejdere fastholdt med § 56 aftale oftere kort anciennitet (under 5 år) bag sig, mens der set i forhold til medarbejdere fastholdt med fleksjob er flere med anciennitet på 6-15 år.

- 14 % har under 1 år
- 26 % har 2-5 år
- 22 % har 6-10 år
- 16 % har 11-15 år
- 11 % har 15-20 år
- 11 % har mere end 20 år

Sammenholdt med medarbejdere fastholdt med fleksjob, er der blandt de delvis raskmeldte medarbejdere flere mænd. Andelen af mænd blandt de delvis raskmeldte er derimod mindre, hvis vi sammenligner med medarbejdere fastholdt med § 56 aftale (17 % mænd).

- 86 % kvinder
- 13 % mænd

Delvis raskmeldte medarbejdere adskiller sig ikke væsentligt fra medarbejdere fastholdt med § 56 aftale, når det kommer til alder. I forhold til medarbejdere fastholdt med fleksjob er der dog hos delvis raskmeldte en større repræsentation af de helt unge under 30 år og de ældre over 60 år. Til gengæld er der færre mellem 40-60 år.

- 7 % er under 30 år
- 25 % er 31-40 år
- 29 % er 41-50 år
- 35 % er 51-60 år
- 4 % er over 60 år



4d. § 56 aftale

Dette afsnit gennemgår de medarbejdere, der er fastholdt med en § 56 aftale. Det drejer sig om 114 sager. Der sammenlignes med brug af delvis raskmelding og § 56.

Antallet af sygedage hos medarbejdere fastholdt med en § 56 aftale adskiller sig fra antallet af sygedage hos de delvis raskmeldte. Der er således en markant overvægt af korte sygeforløb, og få medarbejdere med sygefraværsløb på over 30 dage.

- 54 % ved ikke
- 29 % har 0-30 sygedage
- 5 % har 31-60 sygedage
- 4 % har 61-90 sygedage
- 2 % har 91-120 sygedage
- 2 % har 121-180 sygedage
- 4 % har flere end 180 sygedage

Blandt medarbejdere fastholdt med en § 56 aftale er der sjældent tilgængelige oplysninger i den centrale personaleenhed om sygeforløbet. I sager, hvor disse oplysninger foreligger, har der oftest været tale om et sygeforløb delt over flere perioder.

- 67 % ved ikke
- 22 % sygeforløbet har været delt over flere perioder
- 11 % sygeforløbet har ikke været delt over flere perioder

I langt de fleste tilfælde har den centrale personaleenhed ikke tilgængelige oplysninger om sygefraværets årsag hos de fastholdte medarbejdere. I de sager, hvor disse oplysninger er tilgængelige, er kronisk sygdom den hyppigst forekommende sygefraværsårsag blandt medarbejdere fastholdt med § 56 aftale.

- 78 har svaret ved ikke
- 19 har svaret kronisk sygdom
- 7 har svaret livstruende sygdom
- 6 har svaret anden fysisk sygdom
- 5 har svaret psykiske årsager
- 2 har svaret andet
- 2 har svaret fysisk erhvervsbetonet sygdom

NB: Mulighed for flersvar, derfor er opgørelsen i antal, ikke i %. Der er registreret i alt 119 svar (heraf 78 ved ikke svar) på 114 sager.

Der har i 3 % af sagerne (3 sager) været tale om sygdom som følge af en arbejdsskade.

Medarbejdere fastholdt med § 56 er også i langt overvejende grad overenskomstansatte (månedslønnede) og adskiller sig på det punkt ikke fra de øvrige fastholdte medarbejdere. Imidlertid er en større procentdel, i forhold til de øvrige



*fastholdte, ansat i 'anden type løntilskudsjob' og en mindre del i tjenestemand-
regulativ.*

- 89 % overenskomstansatte (månedslønnede)
- 7 % anden type løntilskudsjob
- 4 % tjenestemandregulativ

*Set i forhold til de delvis raskmeldte er der hos medarbejdere fastholdt med en §
56 aftale en lidt større andel med mere end 20 års anciennitet (17 %) og tilsva-
rende færre med under 5 års anciennitet. Sammenlignet med fastholdte i fleks-
job er der omtrent lige så stor andel med anciennitet over 20 år. Mens over
halvdelen af fleksjobfastholdte har under 5 års anciennitet gælder det for en
tredjedel af § 56 fastholdte.*

- 10 % har under 1 år
- 25 % har 2-5 år
- 11 % har 6-10 år
- 16 % har 11-15 år
- 11 % har 16-20 år
- 17 % har mere end 20 år

*Sammenholdt med de øvrige fastholdte medarbejdere er der blandt medarbejdere
fastholdt med § 56 aftale flere mænd (blandt delvis raskmeldte medarbejdere 13
% og medarbejdere fastholdt med fleksjob 6 %).*

- 83 % kvinder
- 17 % mænd

*Medarbejdere fastholdt med en § 56 aftale adskiller sig ikke væsentligt fra de
delvis raskmeldte, når det kommer til alder. I forhold til medarbejdere fastholdt
med fleksjob er der ifbm. § 56 en større repræsentation af de helt unge under
30 år og de ældre over 60 år.*

- 9 % er under 30 år
- 26 % er 31-40 år
- 25 % er 41-50 år
- 34 % 51-60 år
- 6 % Over 60 år



4e. Fleksjob som fastholdelse

Dette afsnit gennemgår registreringer af de medarbejdere, der er fastholdt med et fleksjob. Det drejer sig om 48 sager. Da det er en meget lille population, der her er tale om, skal tendenser i materialet tages med forbehold. Der sammenlignes med øvrige fastholdte qua § 56 eller delvis raskmelding.

Fleksjob

Generelt udtrykker personalecheferne sig positivt om etablering af fleksjob som fastholdelse, men påpeger imidlertid også, at afgørelsen i sidste ende ikke er arbejdsgiverens, men kommunen som myndighed der vurderer, om den pågældende medarbejder kan godkendes til fleksjob.

Interviewede repræsentanter fra HovedMED udtrykker, at der flere steder (især på ældreområdet og børneområdet) efterhånden er nået et mætningspunkt med hensyn til fleksjobstillinger inden for den almindelige normering. For mange medarbejdere med skånehensyn belaster de øvrige ansatte.

To ud af seks kommuner har etableret en fleksjobpulje (4-5 mio. kr.) til oprettelse af fleksjob ud over den almindelige normering.

Antallet af sygedage hos medarbejdere fastholdt med fleksjob adskiller sig fra antallet af sygedage hos de øvrige fastholdte medarbejdere. Der er således en markant overvægt af korte sygeforløb.

- 56 % ved ikke
- 38 % har 0-30 sygedage
- 0 % har 31-60 sygedage
- 0 % har 61-90 sygedage
- 0 % har 91-120 sygedage
- 6 % har 121-180 sygedage
- 0 % har flere end 180 sygedage

Også blandt medarbejdere fastholdt med fleksjob er der meget få tilgængelige oplysninger i den centrale personaleenhed om sygeforløbet. Kun i et enkelt tilfælde er der angivet, at sygeforløbet har været delt over flere perioder.

I langt de fleste tilfælde har den centrale personaleenhed ikke tilgængelige oplysninger om sygefraværets årsag hos medarbejdere fastholdt med fleksjob. Kun i 3 sager findes oplysninger om sygefraværsårsagen. Her er der tale om livstruende sygdom og 'anden' form for sygdom.

Der har i en af sagerne været tale om sygdom som følge af en arbejdsskade.

De medarbejdere, der er fastholdt med fleksjob har i langt overvejende grad været overenskomstansatte (månedslønnede). De adskiller sig derfor ikke i nævneværdig grad fra de øvrige fastholdte medarbejdere, bortset fra at ingen naturligvis har været ansat i fleksjob før.

- 98 % overenskomstansat (månedslønnet)
- 2 % tjenestemandregulativ



Når det gælder de øvrige fastholdte, er der en større procentdel blandt medarbejdere fastholdt med fleksjob, som har under 1 års anciennitet (32 %) og helt op til halvdelen af medarbejdere fastholdt i fleksjob har under 5 års anciennitet.

- 32 % har under 1 år
- 17 % har 2-5 år
- 21 % har 6-10 år
- 9 % har 11-15 år
- 6 % har 16-20 år
- 15 % har mere end 20 år

Kønsfordelingen hos medarbejdere fastholdt med fleksjob viser en meget markant overvægt af kvinder. Set i forhold til de øvrige fastholdte medarbejdere er der meget få mænd blandt medarbejdere fastholdt med fleksjob.

- 94 % kvinder
- 6 % mænd

Medarbejdere fastholdt med fleksjob adskiller sig fra de øvrige fastholdte, hvad angår alder. Blandt medarbejdere fastholdt med fleksjob er der næsten ingen helt unge under 30 år og slet ingen ældre over 60 år. Der er til gengæld en markant overvægt af medarbejdere på 40-60 år.

- 2 % er under 30 år
- 19 % er 31-40 år
- 34 % er 41-50 år
- 45 % er 51-60 år
- 0 % er over 60 år



Afsnit 5. Afskedigelse begrundet i sygdom

Dette afsnit beskriver de nærmere elementer i forbindelse med kommunernes håndtering af afskedigelse på grund af sygdom. Afskedigelse initieres af de centrale ledere, men det er den centrale personaleenhed, der har den endelige beslutningskompetence i forbindelse med afskedigelsen.

Afsnittet omfatter kvantitative data fra de centrale personaleenheders registreringer af afskedigelsessager begrundet i sygdom, og kvalitative data fra interviews med de centrale personalechefer og næstformænd i HovedMED i de seks kommuner.

Afsnittet er struktureret i følgende temaer:

- a. Kompetencefordeling ved afskedigelse
- b. Karakteristik af de afskedigede
- c. Forløbet op til afskedigelsen
- d. Genansættelsestilsagn
- e. Problemstillinger ved afskedigelser

DATAGRUNDLAG for afsnit 5

Afsnittet om afskedigelse er opbygget omkring de seks kommuners registrering af data, når det gælder afskedigelse grundet i sygdom. De seks kommuner har i alt indberettet 282 afskedigelsessager begrundet i sygdom. Registreringen er foretaget af den centrale personaleenhed i perioden 1. april – 1. oktober 2007.

Selve registreringen er sket retrospektiv – forstået således, at kommunerne har registreret sagerne efter, der er taget beslutning om, at der iværksættes en afskedigelse begrundet i sygdom hos en medarbejder. Det betyder, at svarprocenten stort set er konstant gennem alle de spørgsmål, der knytter sig til afskedigelsen.

Afsnittet er struktureret efter de spørgsmål, som ligger til grund for de centrale leders registrering, og gennemgangen af disse (lettere omformulerede) spørgsmål, vil endvidere blive suppleret med data fra udvalgte kryds mellem spørgsmålene om afskedigelse, der er relevante for sammenhængen. Hvis der er sammenhænge, der er krydstabuleret, vises dette under angivelsen af procenter/antal.

I visse af de gennemgående spørgsmål er tallene i parentes det faktiske antal besvarelser i de enkelte spørgsmål. Fordelingen mellem kommunerne i antallet af registreringer er således: Odense (82), Frederiksværk Hundested (55), Randers (53), Kolding (51), Slagelse (27) og Gentofte (14).

Udover de kvantitative data er der også inddraget (i de grå bokse) kvalitative udsagn fra interviews foretaget med de seks kommuners personalechefer og næstformænd i HovedMED.



5a. Kompetencefordeling ved afskedigelse

Afskedigelsespolitik

De seks medvirkende kommuner opererer ikke med en decideret afskedigelsespolitik, da afskedigelse altid er en konkret og individuel vurdering fra sag til sag. Gældende er det dog, at det i skønnet om afskedigelse ofte bliver vurderet, om alle (fastholdelses)muligheder er udtømte – centralt som decentralt, førend der tages skridt mod en afskedigelse af den sygemeldte medarbejder.

Kompetencefordeling mellem den centrale personaleenhed og de decentrale ledere ved afskedigelse

Afskedigelse initieres altid af den sygemeldte medarbejders leder (enten nærmeste leder eller øverste leder på arbejdspladsen – alt afhængig af arbejdspladsens struktur). Men på det tidspunkt, hvor en afskedigelse sættes i værk, er den centrale personaleenhed blevet inddraget.

Blandt de seks kommuner varierer det, hvor meget og hvornår den centrale personaleenhed overtager afskedigelsessagen. En model er, at den centrale personaleenhed overtager sagen, så snart det tyder på en afskedigelse, mens den centrale personaleenhed i en anden model fungerer mere som rådgivende part til den decentrale leder og kun formelt godkender afskedigelsessager.

Det er dog i alle kommuner personalechefen/enheden, der har det endelige juridiske ansvar og derfor kvalitetssikrer enhver afskedigelsessag. Personaleenhedens ansvar er at tilgodese, at regler og procedurer bliver fulgt nøje (herunder afholdelse af sygefraværssamtaler), at afskedigelsen er godt begrundet, og at alle tiltag på at fastholde medarbejderen er udtømte, centralt som decentralt.

Alle de centrale personaleenheder i de seks kommuner har både i interview og spørgeskema svaret, at de har formuleret og vedtaget en sygefraværspolitik, og at der i denne politik også indgår regler og procedurer for de decentrale lederes håndtering af sygefraværet (se i øvrigt afsnit 1 Sygefraværspolitikker).

5b. Karakteristik af de afskedigede

Langt hovedparten af de afskedigede medarbejdere er overenskomst månedslønnede. Under en tiendedel er ansat i fleksjob.

- 84 % af medarbejderne er overenskomst månedslønnede (231)
- 8 % af medarbejderne er i fleksjob (23)
- 5 % af medarbejderne er i tjenestemandregulativ (13)
- 2 % er i løntilskud (5)
- 0,5 % er i skånejob (1)
- 0,5 % er elev (1)

Ifølge FLD er sygefraværet på landsplan fordelt således på organiseringstyper: 84 % er overenskomstansatte, 9,4 % er tjenestemandansatte, 2,7 % er elever og 2,4 % er i fleksjob.



Op mod halvdelen af de afskedigede (45 %) har været ansat under 5 år. En tredjedel over 10 år.

- 9 % har været ansat under 1 år (24)
- 36 % har været ansat mellem 2-5 år (99)
- 20 % har været ansat mellem 6-10 år (55)
- 12 % har været ansat mellem 11-15 år (31)
- 6 % har været ansat mellem 16-20 år (19)
- 13 % har været ansat mere end 20 år (35)
- 4 % ved ikke (10)

Ifølge samlede tal for de seks kommuner fra FLD, er anciennitetsfordelingen således, at 22,5 % af medarbejderne i de seks kommuner har under 1 års anciennitet. 19,7 % har mellem 2-5 års anciennitet. 22,3 % har 6-10 års anciennitet. 18,4 % har 11-15 års anciennitet. 8 % har 16-20 års anciennitet og 9,1 % af medarbejderne har over 20 års anciennitet.

De fire mest angivne forhandlingsberettigede organisationer blandt de afskedigede medarbejdere er:

- FOA (Social- og sundhedshjælpere og ass., hjemmehjælpere, dagplejere, pædagogmedhjælpere)
- BUPL (pædagoger)
- 3F (rengøring, køkken)
- HK (kontorassistenter)

N.B. Svarene er angivet som fritekst.

Langt hovedparten af de afskedigede medarbejdere er kvinder.

- 85 % af de afskedigede er kvinder (234)
- 15 % er mænd (40)

Ifølge FLD er fordelingen på landsplan for køn fordelt på sygefravær 80 % for kvinder og 20 % for mænd i 2006.

➤ *Sammenlignes køn med antal sygefraværsdage, gælder det for begge køn, at jo højere alder jo flere sygefraværsdage er der i forbindelse med afskedigelse. Dog er der en større procentandel af mændene (55 %) end af kvinderne (33 %), der har over 180 sygedage.*

Op mod halvdelen af de afskedigede medarbejdere (40 %) er over 50 år.

- 10 % er under 30 år (27)
- 22 % er mellem 31-40 år (61)
- 28 % er mellem 41-50 år (77)
- 34 % er mellem 51-60 år (94)
- 6 % er over 60 år (17)



- *Hvis man sammenligner alder med køn, viser det sig, at for både mænd og kvinder er den største gruppe mellem 51-60 år. Blandt afskedigede kvinder er der en større procentdel af unge under 30 år (10%), end der er blandt afskedigede mænd (5 %). Til gengæld er der en tilsvarende større procentdel afskedigede mænd over 60 år (13 %) end hos afskedigede kvinder i samme aldersgruppe (5 %).*
- *Hvis man sammenligner alder med antallet af sygedage, ses det, at jo højere alder de afskedigede medarbejdere har, jo flere sygedage har de haft i forbindelse med deres sygdomsforløb. Blandt de 31-40 år er det fx 26 %, der har haft over 180 sygedage og 33 %, der har haft mellem 120-180 sygedage, hvor det blandt de 51-60 år har været 47 %, der har haft over 180 sygedage.*

Ifølge FLD er sygefraværet på landsplan fordelt på alder således, at 11,2 % er under 30 år, 23 % er mellem 31-40 år, 29 % er mellem 41-50 år, 31 % er mellem 51-60 år og 6,1 % er over 60 år.

5c. Forløbet op til afskedigelsen

Registreringerne viser, at næsten to tredjedele af de afskedigede medarbejdere har et sygefravær på over 120 dage. Men der er også sket afskedigelse langt tidligere i sygefraværforløbet. Således er en tiendedel blevet afskediget ved et sygefravær på under 30 dage.

- 36 % har haft flere end 180 sygedage (101)
 - 26 % har haft mellem 121-180 sygedage (74)
 - 14 % har haft mellem 91-120 sygedage (38)
 - 12 % har haft mellem 61-90 sygedage (33)
 - 8 % har haft mellem 31-60 sygedage (21)
 - 3 % har haft mellem 0-30 sygedage (9)
 - 1 % ved ikke antal sygedage (4)
- *Hvis man sammenligner medarbejderens alder med antallet af sygedage, ses det, at jo højere alder de afskedigede medarbejdere har, jo flere sygedage har de haft i forbindelse med deres sygdomsforløb. Blandt de 31-40 år er det fx 26 %, der har haft over 180 sygedage og 33 %, der har haft mellem 120-180 sygedage, hvor det blandt de 51-60 år har været hele 47 %, der har haft over 180 sygedage.*

For begge køn gælder det, at jo højere alder jo flere sygefraværdsdage er der i forbindelse med afskedigelse. Dog er der en større procentandel af mændene (55 %) end kvinderne (33 %) der har over 180 sygedage.

I to tredjedele af sagerne har sygefraværforløbet ikke været delt over flere perioder. Dog er der alligevel omkring en tredjedel, for hvem sygefraværet har været inddelt i flere perioder.

- 67 % har sygefraværforløbene ikke været delt over flere perioder (189)
 - 30 % har været delt over flere perioder (82)
 - 3 % ved ikke (8)
- *Sammenligner man antallet af sygeperioder med antallet af sygedage, har 82 afskedigede medarbejdere haft deres sygefravær delt i flere perioder mod 189 medarbejdere,*



der ikke har. Samtidig betyder længden af sygefraværet også noget for antallet af perioder. Jo flere sygedage medarbejderen har haft, jo større er sandsynligheden for, at sygefraværet har været delt op i flere perioder.

Kun i få tilfælde er afskedigelsen sket som følge af en anmeldt arbejdsskade, og af disse er det, på nær en enkelt medarbejder, kun hos kvinder, hvor sygefraværet var en følge af en anmeldt arbejdsskade.

- 93 % har svaret, at sygdommen ikke var en følge af anmeldt arbejdsskade (260)
- 4 % har svaret, at sygdommen var en følge af anmeldt arbejdsskade (12)
- 3 % har svaret ved ikke (7)

➤ *Sammenlignes køn med arbejdsskade, har stort set ingen af de afskedigede medarbejdere haft sygdom som følge af en arbejdsskade med undtagelse af en lille gruppe kvinder (12 personer).*

I stort set de fleste af afskedigelsessagerne er der blevet afholdt en første sygefraværssamtale mellem medarbejderen og nærmeste leder.

- I 94 % af sagerne der afholdt en første sygefraværssamtale (262 sager)
- I 4 % af sagerne er der ikke afholdt en første sygefraværssamtale (10 sager)
- I 2 % af sagerne vides det ikke, om en første sygefraværssamtale er afholdt

Ud af de 262 sager, hvor der er afholdt en første sygefraværssamtale mellem den sygemeldte medarbejder og arbejdspladsen, er der også i to tredjedele af sagerne afholdt andre sygefraværssamtaler. Dog er der stadig en stor del af sagerne, hvor kommunerne ikke ved om den nærmeste decentrale leder har afholdt andre sygefraværssamtaler med medarbejderen.

- I 67 % af sagerne er der afholdt andre sygefraværssamtaler
- I 31 % af sagerne vides det ikke, om der er afholdt andre sygefraværssamtaler
- I 2 % af sagerne er der ikke afholdt andre sygefraværssamtaler end den første

De fleste fastholdelsestiltag aftales og registreres ikke centralt. Men i en del sager har kommunerne registreret fastholdelsestiltag forud for afskedigelsen.

- I 151 sager er der indhentet varighedserklæringer
- I 28 sager er der foretaget/aftalt nedsat tid
- I 28 sager er der foretaget/aftalt delvis rask/sygemelding
- I 9 sager er der foretaget/aftalt omrokering/flytning til anden arbejdsplads/afdeling
- I 6 sager er der henvist til psykolog finansieret af arbejdsgiver
- I 6 sager er der foretaget/aftalt ændrede jobfunktioner
- I 5 sager er der foretaget/aftalt andre tiltag
- I 5 sager er der foretaget/aftalt fleksjob
- I 4 sager er der foretaget/aftalt andre ændringer af ansættelsesvilkår
- I 4 sager er der foretaget/aftalt hjælpeforanstaltninger, midlertidig ass. etc.
- I 3 sager der foretaget/aftalt § 56 ordning



N.B: Mulighed for flersvar. Derfor angives der ikke i procenter, men i antal. Der er i alt angivet 249 svar, hvoraf de 151 ikke kan betegnes som fastholdelsestiltag. Der er altså registreret i alt 98 fastholdelsestiltag.

Kommunerne har i langt de fleste tilfælde ikke overblik over det konkrete vikarforbrug som følge af sygefraværsløbet hos den enkelte medarbejder. Dette kan skyldes, at mange af de decentrale institutioner selv administrerer vikarforbrug over budgettet (fx via rammestyring).

- I 71 % af sagerne er der ingen data på vikarforbruget i det enkelte sygefraværsløb
- I 27 % af sagerne vides det ikke, om der er data på vikarforbruget i den enkelte sag
- I 2 % af sagerne er der data på det konkrete vikarforbrug på den enkelte sag

Afgørende faktorer for afskedigelse

Mange faktorer spiller ind, når det handler om, hvorvidt et sygefraværsløb ender i en afskedigelsessag. Jf. udsagn fra personalecheferne er der dog visse faktorer, enkeltstående eller i kombination, der går igen i alle afskedigelsessager:

- alle fastholdelsestiltag, centralt og decentralt, er forsøgt udtømte.
- der er ikke udsigt til, at medarbejderen vender tilbage til arbejdet inden for nærmeste fremtid
- hensynet til kollegernes arbejdspress begynder at spille ind
- arbejdspladsens økonomi er belastet af det længerevarende sygeforløb (fx vikarbudgettet tynges af sygefraværet).

Uanset ovenstående har alle seks kommuner en politik om, at medarbejdere i terminalfasen (dvs. medarbejdere der er i de sidste faser af en livstruende sygdom) principielt ikke afskediges, da kommunerne betragter dette som en unødigt belastning for medarbejderens sygdom.

Personalecheferne nævner dog, at medarbejdere med en livstruende sygdom (og som fx er i terminalfasen) af og til beder om at blive afskediget, så de ikke behøver at bruge energien på at tænke på arbejdet.

Typer af sygdom, der fører til afskedigelse, varierer, men den overvejende del skyldes anden fysisk sygdom og psykiske årsager. Samtidig er der en stor gruppe 'ved ikke', hvilket viser, at kommunerne centralt ikke har kendskab til sygdommens karakter hos de opsagte/afskedigede medarbejdere.

- I 87 sager er årsagen til sygefraværet anden fysisk sygdom
- I 82 sager kendes årsagen til sygefraværet ikke af kommunerne
- I 68 tilfælde er årsagen til sygefraværet psykiske årsager (depression, udbrændthed o.a.)
- I 18 tilfælde er årsagen til sygefraværet fysisk erhvervsbetonet nedslidning
- I 14 tilfælde er årsagen til sygefraværet livstruende sygdom
- I 3 tilfælde skyldes årsagen til sygefraværet "andet"



N.B: Mulighed for flere svar. Derfor angives der ikke i procenter, men i antal. Der er i alt angivet 272 årsager.

5d. Genansættelsestilsagn

Genansættelsestilsagn

De seks kommuner anvender *genansættelsestilsagn* på forskellig vis, og i forskelligt omfang.

Genansættelsestilsagnet går typisk ud på, at medarbejderen får mulighed for genansættelse i kommunen (men ikke nødvendigvis på tidligere arbejdsplads), hvis medarbejderen inden for opsigelsesperioden raskmeldes.

Genansættelsestilsagn vurderes altid fra sag til sag, men kommer den afskedigede medarbejder fra et område med mange ens stillinger, er det nemmere at love medarbejderen genansættelse. Enkelte af kommunerne bruger tilsagn i meget vidt omfang (en enkelt kommune bruger det, efter personalechefens vurdering, i hver tredje afskedigelsessag begrundet i sygdom). En anden kommune har indgået partnerskabsaftale med børn- og ungeområdet samt ældre- og handicapområdet om genansættelsestilsagn til afskedigede medarbejdere i opsigelsesperioden og inden for et år efter fratrædelse.

De kommuner, der sjældent tilbyder genansættelsestilsagn giver fx mulighed for *outplacement*, hvor medarbejderen ved afskedigelse i stedet tilbydes kompetenceafklaring og rådgivning om nye karrieremuligheder som en del af fratrædelsespakken.

I hovedparten af sagerne, har kommunerne ikke givet genansættelsestilsagn ved raskmelding inden for opsigelsesperioden, mens der for en mindre dels vedkommende er givet genansættelsestilsagn til de opsagte medarbejdere.

- 85 % har ikke fået genansættelsestilsagn (237)
- 14 % har fået genansættelsestilsagn (39)
- 1 % ved ikke (3)

➤ *Ud af de 39 medarbejdere, der blev givet genansættelsestilsagn, var de 38 overenskomst månedslønnede. En enkelt var ansat i fleksjob.*



5e. Problemstillinger ved afskedigelse

Utilfredsstillende afskedigelsesforløb

Personalecheferne fra de seks kommuner nævner, at der - på trods af fastlagte regler, politikker og procedurer på sygefraværssområdet – stadig forekommer afskedigelsessager, der går i hårdknude af flere forskellige årsager. Som regel er årsagen, at den afskediges arbejdsplads (den nærmeste leder) ikke har formået at håndtere sygefraværssagen på tilfredsstillende vis, og at personaleafdelingen derfor må kvalitetssikre processen omkring afskedigelse.

Én problemstilling kan være, at den decentrale leder iværksætter afskedigelsesprocedurer førend alle fastholdelsestiltag er udtømt i tilstrækkelig grad. Fx vil en decentral leder finde det svært at omplacere en medarbejder til et andet område, da dette kan lægge et pres på en chefkollega. Personalecheferne oplever i sådanne sager, at den decentrale leder kan have større loyalitet over for chefkollegaen end over for den medarbejder, der skal omplaceres.

En anden problemstilling kan være, at den decentrale leder ikke altid rettidig får afholdt en sygefraværssamtale med den sygemeldte medarbejder, og ikke altid på behørig vis får dokumenteret de aftaler, der indgås med medarbejderen. I de tilfælde er den decentrale leders forarbejde ikke altid tilstrækkeligt jf. personalecheferne. Derfor er det væsentligt, at den endelige afskedigelseskompetence er placeret centralt.

De decentrale lederes kompetencer

I forbindelse med afskedigelsessagerne spiller de decentrale lederes kompetencer og evner også en rolle i den daglige håndtering af sygefraværssager.

Personalecheferne nævner, at der er eksempler på decentrale ledere, der har svært ved at afholde en samtale med den sygemeldte medarbejder og få lavet en handlingsplan – sådan som kommunens sygefraværspolitik foreskriver det. Årsagen hertil er bl.a., at nogle decentrale ledere opfatter det at snakke sygefravær med en medarbejder som værende noget personligt, følsomt og eventuelt konfliktfyldt, og det kan være svært at få taget "hul" på.

I de kommuner, hvor man især har gjort sig erfaringer med problematikken om manglende lederkompetencer til at håndtere sygefravær, er man også i undersøgelsesperioden i gang med at kompetenceudvikle de decentrale ledere, så de bl.a. kan blive bedre til at håndtere indsats omkring sygefravær hos medarbejderne - fx tage en samtale med medarbejderen rettidigt og få lavet en handleplan.

5f. Sammenligning mellem 1997-undersøgelsen og 2007-undersøgelsen vedrørende afskedigelse

Et af opdragene i nærværende undersøgelse har været at foretage en sammenligning med 1997-undersøgelsen på en række områder i forhold til afskedigelse begrundet i sygdom.



Fokus i 1997-undersøgelsen var, kort fortalt, kommuners og amters anvendelse af reglen om forkortet varsel ved afskedigelse (120-dages reglen). Undersøgelsen bestod både af en kvantitativ del (spørgeskemaer om afskedigelse) og en kvalitativ del (interviews med udvalgte personer i kommuner og amter).

Nedenstående skema viser kort de to undersøgelsers metodiske fundament, struktur og datagrundlag:

	1997-undersøgelse	2007-undersøgelse
<i>Kvantitativ del</i>		
Respondenter	260 kommuner og 14 amter (den centrale personaleenheder)	6 kommuner (de centrale personaleenheder samt 60 decentrale ledere)
Antal besvarelser	2.606	1.137 i alt. 282 om afskedigelse, 699 om fastholdelse, 156 om indsats ved sygefravær
Emne	Afskedigelse på grund af sygdom	Tre temaer: Afskedigelse begrundet i sygdom. Fastholdelsestiltag og indsats ifbm. sygefraværforløb (decentralt)
<i>Kvalitativ del</i>		
Respondenter	Leder- og medarbejderrepræsentanter i HSU samt ledere og TR på forskellige arbejdsområder	Centrale personalechefer og næstformænd i HovedMED samt decentrale ledere og TR på forskellige arbejdsområder.
Antal	45 dybdeinterviews med 8 kommuner og 2 amter	24 dybdeinterviews: 12 centralt og 12 decentralt i 10 kommuner og 2 regioner
Emne	Kompetenceforhold v. afskedigelse, fastholdelsesindsats, inddragelse af arbejdsplads og faglige organisationer	Afskedigelsespolitik og procedurer. Fastholdelsestiltag. Decentrale sygefraværprocedurer og indsats. Forebyggelse.

I 1997-undersøgelsen er der samlet en række hovedkonklusioner på afskedigelse begrundet i sygdom ud fra de kvantitative data, som undersøgelsen har frembragt.

Disse hovedkonklusioner er, i lettere bearbejdet form, vist i overskrifter for neden. Under disse overskrifter (i kursiv), og hvor det er muligt at foretage en sammenligning, er de tilsvarende kommentarer og konklusioner fra 2007-undersøgelsen. Der skal endnu en gang gøres opmærksom på det metodiske forbehold, at 1997-undersøgelsen rummer i alt 2.606 besvarelser fra alle landets kommuner og amter vedrørende afskedigelse grundet i sygdom, mens 2007-undersøgelsen har 282 besvarelser fra seks kommuner, der omhandler afskedigelse begrundet i sygdom. 2007-undersøgelsen besidder derfor ikke den samme repræsentative validitet som undersøgelsen fra 1997.



Hovedkonklusioner

Sammenligningen af de to undersøgelser viser, at der er mange lighedstræk i de nævnte konklusioner. Med hensyn til *faggrupper, forhandlingsområde, ansættelsesgrundlag* og *køn/alder* placerer 2007-undersøgelsen sig tæt op ad undersøgelsen fra 1997.

Der er også sammenfald dels mellem de to undersøgelser på *sygefraværets længde*, hvor 56 % af de afskedigede i 1997 havde 120 sygedage umiddelbart forud for afskedigelse mod 62 % i 2007-undersøgelsen – dels på *sygdommens årsag*. Bortset fra at en noget større procentandel af de afskedigede personer i 2007-undersøgelsen har haft ét sammenhængende sygefraværsløb end tilfældet var i 1997-undersøgelsen.

Undersøgelserne adskiller sig dog fra hinanden med hensyn til *fastholdelsestiltagene*, hvor der er givet flere genansættelsestilsagn til afskedigede personer i 1997-undersøgelsen end tilfældet er i 2007-undersøgelsen. Til gengæld er der hos stort set alle de afskedigede personer (94 %) afholdt første sygefraværssamtale (og i mange tilfælde også flere samtaler) i 2007-undersøgelsen, hvor der i undersøgelsen fra 1997 blot er en tredjedel af de afskedigede, der har været til en første sygefraværssamtale.

Derudover viser 2007-undersøgelsen også, at – før det endte i afskedigelse – er der foretaget en lang række fastholdelsestiltag af medarbejderne. Hos omkring 35 % af de afskedigede personer er der foretaget fastholdelsestiltag, der er registreret centralt (hertil kommer de mange decentrale fastholdelsestiltag, som *ikke* er registreret centralt, hvilket er majoriteten af fastholdelsestiltag).

Sammenligning på spørgsmålskategorier

Faggruppe:

- **Fagområderne social- og sundhed, rengøring og køkken udgør 51 % af de afskedigede personer (de fleste afskedigelser grundet sygdom er hos social- og sundhedshjælpere med 35 %).**

De kvantitative data i 2007-undersøgelsen viser, at omkring 57 % af de afskedigede personer kommer fra rengøring, køkken og social- og sundhedsområdet – heraf er de 48 % fra social- og sundhedsområdet. De kvalitative data (interviews på centralt og decentralt niveau) bekræfter også dette.

Forhandlingsområde:

- **2/3 dele af de afskedigede personer er inden for FOA og KAD.**

I 2007-undersøgelsen er omkring 52 % af de afskedigede personer organiseret i FOA. Omkring 8 % af de afskedigede personer er organiseret i 3F (hvor det tidligere KAD er placeret).



Ansættelsesgrundlag:

- **83 % af de afskedigede personer er overenskomstansatte. Blandt de afskedigede personer er 10 % tjenestemandsansatte.**

2007-undersøgelsen stemmer fint overens med ovenstående procentsatser, idet 84 % af de afskedigede personer er overenskomstansatte. Dog er kun 5 % tjenestemandsansatte.

Køn og alder:

- **Kvindernes andel af de afskedigede personer er 84 %. Størstedelen af de afskedigede personer er 40 år og opefter.**

I 2007-undersøgelsen er 85 % af de afskedigede personer kvinder. 68 % af de afskedigede personer er ligeledes fra 40 år og opefter.

Sygefraværets længde:

- **56 % af de afskedigede personer havde 120 sygedage umiddelbart forud for opsigelsen. Fordelt på alder havde størstedelen af de afskedigede under 30 år mindre end 120 sygedage forud for opsigelsen.**

2007-undersøgelsen viser, at omkring 62 % af de afskedigede personer har haft 120 dages sygefravær og derover. Ligeledes har hovedparten af de afskedigede personer under 30 år haft mindre end 120 sygedage.

Sygdommens årsag:

- **81 % af fraværet hos de afskedigede personer har været ikke-erhvervsbetinget sygefravær.**

I 2007-undersøgelsen er der i 93 % af sagerne angivet, at sygdommen ikke var en følge af en anmeldt arbejdsskade. Ligeledes angives i 93 % af sagerne, at årsagen til sygdom ikke skyldes fysisk erhvervsbetonet nedslidning. Dette bekræftes af de kvalitative data, hvor det også er kommunernes og regionernes opfattelse, at hovedparten af sygefraværet hos de afskedigede personer ikke er erhvervsbetinget.

Sygefraværets karakter:

- **I 40 % af afskedigelsessagerne har der været tale om ét sammenhængende sygdomsforløb**

I undersøgelsen fra 2007 har der i 67 % af afskedigelsessagerne været tale om ét sammenhængende sygdomsforløb..

Fastholdelsestiltag:

- **I 24 % af tilfældene er der givet ansættelsestilsagn til de afskedigede personer.**

I 2007-undersøgelsen er der givet genansættelsestilsagn til 14 % af de afskedigede personer.

Det fremgår af de kvalitative interviews, at genansættelsestilsagn mere og mere gives efter en individuel vurdering og ikke så ofte som tidligere mere automatisk.



- **I 36 % af afskedigelsessagerne er der afholdt sygefraværssamtaler**
2007-undersøgelsen viser, at der er blevet afholdt en første sygefraværssamtale med den afskedigede medarbejder i 94 % af sagerne. Endvidere er der i 67 % af disse sager også afholdt andre former for sygefraværssamtaler.



Afsnit 6. Forebyggelse

Afsnittet er en gennemgang af initiativer og politikker i de seks kommuner på *forebyggelsesområdet* – herunder hvorledes forebyggelse er forbundet med sygefraværet.

Afsnittet er struktureret omkring to temaer:

- a. Central forebyggelsespolitik og indsats
- b. Decentral forebyggelsesindsats

Datagrundlag for afsnit 6

Dette afsnit bygger alene på kvalitative data fra interviews i de seks kommuner med personalechefer og næstformænd i HovedMED samt med udvalgte decentrale ledere og tillidsvalgte.

6a. Central forebyggelsespolitik og -indsats

- **Forebyggelse indgår i kommunernes overordnede sundheds- og trivselspolitikker, personale- og arbejdsmiljøpolitikker og i andre delpolitikker om vold, alkohol og rygning.**

I alle seks kommuner er der stort fokus på forskellige aspekter af forebyggelse, sundhedsfremme og trivsel.

Det varierer, hvorvidt der er tale om deciderede forebyggelses- eller trivselspolitikker, der opstiller rammer og målsætninger om forebyggelse af sygefravær på forskellige områder eller om det alene er personalepolitikken, der opstiller målsætninger om arbejdsmiljø, trivsel og forebyggelse af sygefravær for kommunens medarbejdere.

De fleste personalepolitikker (foruden de kommuner, der arbejder ud fra en ren værdibaseret personalepolitik) har desuden forskellige delpolitikker, der relaterer sig til forebyggelse og sundhed. Det kan være politikker om rygning, alkohol, vold, kriser og stress.

- **Fysisk arbejdsmiljø og sundhedstilbud i kommunerne**

I interviewene med personalechefer og næstformænd i HovedMED giver alle udtryk for, at kommunen har centrale indsatser omkring fysisk arbejdsmiljø og sundhedstilbud af forskellig art, men at en stor del af ansvaret for forebyggelse ligger decentralt.

I alle kommuner tages der fra den centrale personaleenhed forskellige tværgående tiltag, der supplerer den almindelige opfyldelse af arbejdsmiljøloven. Fx motionstilbud (med lav grad af egenbetaling), tilbud om fysioterapi/ ergoterapi, rygestopkurser, livsstilskurser og sundhedstjek.



- **Stress og psykisk arbejdsmiljø er generelt i øget fokus hos alle kommuner**

De interviewede personalechefer og næstformænd i HovedMED giver især udtryk for et øget fokus på stress og psykisk arbejdsmiljø i kommunernes forebyggelsesindsats. Det hænger blandt andet sammen med, at der opleves et stigende sygefravær begrundet i psykisk arbejdsmiljø og stress.

Samtidig vurderer 3 ud af 6 af kommunernes personalechefer og repræsentanter fra HovedMED, at kommunens arbejdspladser allerede er godt med, når det gælder forebyggelsesindsatsen omkring det fysiske arbejdsmiljø (med APV, løfte- og sikkerhedskurser, sundhedsordninger o.a.).

Eksempler på tværgående tiltag i forbindelse med det psykiske arbejdsmiljø er:

- trivselsundersøgelse
- stresspolitikker
- kurser i stresshåndtering
- kurser i konflikthåndtering
- psykologhjælp
- efter- og videreuddannelse af ledere og medarbejdere

- **Kommunerne vil italesætte: 'Ansvar for egen sundhed'**

Halvdelen af de interviewede personalechefer gav i interviewene udtryk for, at de konkrete indsatser ikke er tilstrækkelige for at nedbringe sygefraværet, men skal følges op af en bred holdningsbearbejdning. Disse overvejelser sker blandt andet på baggrund af erkendelsen af, at de forebyggelsestilbud, der implementeres, ikke har nogen værdi, hvis ikke medarbejderne tager dem til sig og gør dem til en del af hverdagen. Disse kommuner planlægger eller gennemfører allerede initiativer, der skal italesætte 'ansvar for egen sundhed'.

Næstformænd i HovedMED bekræfter i den forbindelse, at 'gamle vaner' er en udfordring i forebyggelsesindsatsen, som der fortsat er behov for at arbejde med. Både hvad angår sikkerhed og arbejdsstillinger, men også når det gælder motion og livsstil.

- **HovedMED udvalgene gennemfører trivselsundersøgelser**

Fire ud af seks HovedMED-udvalg har gennemført eller planlægger at gennemføre tværgående trivselsundersøgelser i de respektive kommuner. Generelt oplever de interviewede repræsentanter fra HovedMED et behov for fælles dokumenteret viden om trivsel og fravær på tværs af kommunens arbejdspladser og en lokalisering af de områder, der har behov for en ekstraordinær forebyggende indsats.



6b. Decentral forebyggelsesindsats

- **På decentralt niveau tænkes forebyggelsesindsatsen også sammen med sygefraværet**

Kommunernes decentrale niveau har en stor del af ansvaret for forebyggelse. Det hænger ifølge de interviewede personalechefer sammen med den opfattelse, at de enkelte institutioner og arbejdspladser har den bedste viden om, hvilke initiativer, der er behov for. Den viden er vigtig for at kunne lave en forebyggelsesindsats, der hænger tæt sammen med sygefraværsårsagerne. Interviewene med de decentrale ledere og tillidsvalgte viser også, at forebyggelse i høj grad tænkes sammen med arbejdspladsens sygefravær.

- **Forebyggelse mod fysisk arbejdsbetinget sygefravær**

På arbejdspladser med mange tunge løft og fysisk belastende arbejde (fx i ældrepleje, dagpleje, børnehave og driftsafdeling) handler forebyggelsesindsatsen primært om arbejdspladsindretning, hjælpemidler, fysioterapi/ergoterapi, løftekurser, jobrotation og ændringer i u hensigtsmæssige arbejds gange.

- **Gamle vaner er en udfordring i forebyggelsesindsatsen mod nedslidning og nær-ved-ulykker.**

Både decentrale ledere og tillidsvalgte giver i interviewene udtryk for, at medarbejdernes gamle vaner i arbejdsstillinger og arbejds gange er en udfordring i forebyggelsesindsatsen mod arbejdsbetingede fysiske skader og nedslidning. Tillidsvalgte påpeger, at de gamle vaner ikke kun er et fænomen hos medarbejdere med lang anciennitet, men også ses hos de yngre ansatte, der har været kortere tid i faget. Ledere og tillidsvalgte mener, at de korrekte arbejdsstillinger og brug af hjælpemidler går i glemmebogen pga. en hektisk og travl hverdag, hvor gamle vaner får overtaget.

- **Forebyggelse mod psykisk arbejdsbetinget sygefravær**

På de områder (skoler, specialinstitutioner, misbrugscentre o.a.), hvor det arbejdsbetingede sygefravær i højere grad er psykisk betonet sygdom, tager forebyggelsesindsatsen også dette udgangspunkt. Forebyggelsen sker her gennem supervision, voldspolitikker, kriseberedskab, retningslinjer for konflikthåndtering, psykologhjælp, stresshåndtering og senioraftaler.

En af de interviewede decentrale ledere udtrykte, at forebyggelse allerede begynder ved ansættelsessamtalen, idet den vigtigste forebyggelse mod psykisk arbejdsbetinget sygefravær er at ansætte medarbejdere med de rigtige kompetencer. En anden leder bekræfter denne opfattelse og fortæller, at forebyggelse også handler om, at de ansatte har overblik over arbejdet og sikkerhed i, hvordan man løser opgaven. Derfor betragtes kurser samt efter- og videreuddannelse også som en del af forebyggelsesindsatsen.



- **Generel sundhed og trivsel er også forebyggende**

På decentralt niveau tages også flere initiativer til at forbedre den generelle sundhed og trivsel hos medarbejderne.

Fx opfordres til deltagelse i motionsaktiviteter (fx løb som DHL-stafet) og benyttelse af motionstilbud stillet til rådighed af kommunen. På en af de interviewede arbejdspladser gives der et årligt økonomisk tilskud til alle medarbejdere til valgfri motion eller fysioterapeut. På fx specialinstitutioner og plejecentre har de ansatte i bestemte tidsrum adgang til bruger-motionsrum eller der oprettes løbe- og motionsklubber for medarbejderne.

På næsten alle af de interviewede arbejdspladser afholdes desuden årlige eller halvårslige temadage om sundhed og forebyggelse.

Alle decentrale arbejdspladser i interviewundersøgelsen afholder sociale arrangementer eller har personaleklubber, der giver mulighed for kollegialt samvær under uformelle former. Tiltag, som de decentrale ledere alle fremhæver, som generelt trivselsfremmende for omgangen på arbejdspladsen.

- **Decentralt er der mange flere gode ideer på tapetet, men økonomien er en barriere.**

Alle decentrale ledere nævner økonomi som barriere for forebyggelsesindsatsen. I alle kommuner skal decentrale forebyggelsesinitiativer som udgangspunkt ske for egne midler inden for budgetrammen.

De decentrale ledere og tillidsvalgte giver i interviewene alle udtryk for at have mange flere gode ideer til forebyggelse. Både når det gælder en daglig indsats og ekstraordinære projekter. De nævner blandt andet helbredstjek, frugtordning og massageordninger.

Halvdelen af de deltagende arbejdspladser har desuden søgt eller søger midler til forebyggelsesprojekter om

- forebyggelse mod nedslidning på arbejdsmarkedet
- vejledning i arbejdsstillinger i arbejdssituationen
- coaching i håndtering af kontakten mellem sygemeldte og kolleger ved længerevarende sygemeldinger
- projekt om ejerskab til egen sundhed og trivsel.



UNDERSØGELSENS DEL 2

Undersøgelsens del 2 behandler de kommuner og regioner, hvor det kvantitative datagrundlag ikke har været tilstrækkeligt stort. Her er der udelukkende foretaget en samlet *kvalitativ* analyse – baseret på interviews med kommunernes og regionernes centrale personalechefer og næstformænd i HovedMED samt udvalgte decentrale ledere og tillidsrepræsentanter.

Del 2 af rapporten involverer fire kommuner og to regioner. Disse kommuner og regioner er:

- Glostrup
- Silkeborg
- Struer
- Vesthimmerland
- Region Nordjylland
- Region Syddanmark

Læsevejledning til del 2

Del 2 behandler de samme temaer og har samme overordnede struktur som del 1. Der anvendes udelukkende kvalitative data fra interviews i alle afsnit af del 2. Her følger en kort beskrivelse af de enkelte afsnit:

1. Sygdomspolitikker

Første afsnit præsenterer de overordnede sygefraværspolitikker og centrale mål for nedbringelse af sygefraværet – herunder kommunernes og regionernes organisering af sygefraværspolitikken og HovedMED's arbejde med sygefravær.

2. Sygefraværsmønstre og aktuelt sygefravær

Afsnittet gennemgår sygefraværsmønstre i de fire kommuner og de to regioner - herunder det opgjorte sygefravær i kommunerne i 2006 jf. Kommunernes Fælles løndatakontor (FLD) samt sygefraværsmønstret efter strukturereformen.

3. Indsats ifbm. sygefraværsløb

Indsatsen ifbm. sygefravær sker lokalt på de enkelte arbejdspladser og institutioner. Afsnittet omhandler de decentrale praksisser og processer ifbm. håndtering af sygefravær.

4. Fastholdelse

Dette afsnit beskriver fastholdelsespolitikker, typiske fastholdelsestiltag samt barrierer for fastholdelse.

5. Afskedigelse begrundet i sygdom

Afsnittet beskriver kommuners og regioners afskedigelsespraksis ifbm. sygdom.



6. Forebyggelse

Afsnittet er en gennemgang af initiativer og politikker i de medvirkende kommuner og regioner på *forebyggelsesområdet* – herunder hvorledes forebyggelse er forbundet med sygefraværet.



Afsnit 1. Sygefraværspolitikker

1a. Overordnede sygefraværspolitikker i kommuner og regioner

Det fremgår af interviews med de fire kommuner og to regioners personalechefer og næstformænd i HovedMED, at der er et stort fokus på sygefraværet og på fastholdelse af medarbejderne.

De opererer alle med en eller anden form for sygefraværspolitik – hvad enten den er etableret eller skal etableres som en helt ny overordnet politik på området, eller den stadig er et sammensurium af flere forskellige sygefraværspolitikker og procedurer.

Fokuset på etablering af en sygefraværspolitik skyldes for det første, at sygefraværet skal forebygges og nedbringes samt for det andet, at der er behov for at understøtte de decentrale ledere i det daglige arbejde med håndtering af medarbejders sygefravær.

De fire kommuner og to regioner er vidt forskellige steder i processen med hensyn til planlægning, organisering og implementering af (nye) politikker på sygefraværsområdet. Fælles for dem alle er, at de gerne vil have én samlet fravær- og trivselspolitik på området, og at denne skal gælde for alle decentrale arbejdspladser i kommunen/regionen.

Også hos de fire kommuner er der enten for nyligt udarbejdet en helt ny sygefraværspolitik eller en tidligere udgave er revideret, så den er tilpasset de nye organisatoriske strukturer (se del 1). Generelt gælder det dog, at sygefraværspolitikken – hvad enten der er tale om en revidering eller en helt ny politik - oftest er et led i større trivsels- og sundhedsplaner, som kommunerne enten har implementeret, eller er i færd med at implementere.

Bl.a. som følge af kommunesammenlægningerne oplever kommunerne, jævnfør de centrale interviews, flere problematikker i større eller mindre omfang:

- **Registrering af sygefravær er ikke på plads**

Ringe overblik over sygefraværsmønstret pga. mangel på valide registrerings-systemer. Af samme grund kan det være svært aktuelt at foretage en målrettet indsats på fx sygefraværet på et bestemt område, førend disse systemer er taget i brug.

Også hos regionerne mangler der p.t. nye systemer, der mere detaljeret og systematisk kan følge op på sygefraværet. Disse er i færd med at blive implementeret.



- **Nye politikker og procedurer versus gamle traditioner og normer**

I forbindelse med kommunalreformen har et par af de interviewede personalechefer oplevet, hvor svært det er at bryde med gamle vaner og holdninger på nogle af arbejdspladserne, til hvordan sygefravær skal håndteres og tænkes. Bl.a. er der stadig ledere, der opfatter sygefravær til dels som en privatsag og derfor er tilbageholdende med rettidigt at gå i dialog med medarbejderen. En holdningsændring kan derfor, jævnfør disse personalechefer, være vigtig at arbejde med i relation til visse arbejdspladser.

- **Mangel på værktøjer i forbindelse håndtering af sygefravær**

De decentrale ledere mangler nogle steder de nødvendige ledelsesredskaber og værktøjer til at håndtere og følge op på sygefravær. Det kan fx være tale om kendskab til hele viften af fastholdelsestiltag, viden om hvordan og hvornår der følges op på sygefravær og aftaler, samt hvorledes sygefraværssamtaler afholdes.

For regionernes vedkommende er det i undersøgelsesperioden kun Region Nordjylland, der har en sygefraværspolitik. I Region Syddanmark er en sygefraværspolitik under udarbejdelse.

Indtil videre kører de decentrale arbejdspladser i Region Syddanmark efter de sygefraværspolitikker, som de har videreført fra det amt, de hørte under før strukturreformen, hvilket også bevirker, at de decentrale arbejdspladser opererer under vidt forskellige sygefraværprocedurer og har vidt forskellige måder at håndtere sygefraværet på.

Personalekonsulenterne tager ud og coacher de decentrale ledere med håndtering af sygefravær og hjælper til ved sygefraværssamtaler, om nødvendigt.

I Region Nordjylland er der planer om at lave en redskabshåndbog, der kan støtte lederne i at overholde procedurer herunder bl.a. deres informationspligt til medarbejderen om inddragelse af tillidsrepræsentant.

1b. Kommuners og regioners organisering af sygefraværspolitikken

Som det er beskrevet blandt de seks kommuner i del 1, er der også blandt de fire kommuner og to regioner forskel på, hvorledes sygefraværspolitikken udmøntes, når det gælder de overordnede målsætninger i kommunen/regionen.

En enkelt af de fire kommuner har en mere værdibaseret ledelse, hvor det vurderes lokalt, hvordan man bedst på den specifikke arbejdsplads håndterer sygefravær, og hvilke initiativer der skal til for at nedbringe sygefraværet for de forskellige medarbejdergrupper. Denne kommune har dog alligevel nedfældede procedurer, som de decentrale arbejdspladser bruger i den daglige håndtering af sygefraværet.



De resterende kommuner har en mere centralstyret organisering omkring personalepolitikken med fokus på mere faste procedurer og central opfølgning på de decentrale lederes håndtering af sygefraværspolitikkerne.

I såvel de fire kommuner som de to regioner er ansvaret for opfølgningen på medarbejdernes sygefravær placeret hos den daglige decentrale leder, der foretager og følger op på samtaler omkring sygefravær, og i øvrigt er ansvarlige for at fastholde medarbejderen, så vidt det er muligt. Det varierer fra kommune til kommune og fra region til region, hvornår der afholdes sygefraværssamtaler, og hvornår den centrale personaleenhed inddrages i de enkelte sygefraværssamtaler fx vedr. personalejuridiske spørgsmål. Men den centrale personaleenhed kan altid spørges til råds og give vejledning i forbindelse med de specifikke sygefraværssager.

Der, hvor der er kommet nye procedurer på sygefraværsområdet grundet nye politikker, bemærker de adspurgte personalechefer, at der fra de decentrale leders side har været et større behov for rådgivning og vejledning hos personalekonsulenterne på grund af usikkerhed om håndtering af sygefravær. Henvendelserne til de centrale personalekonsulenter drejer sig oftest om karakteren af den første sygefraværssamtale, om inddragelse af TR og om brug af fastholdelsestiltag.

1c. Centrale mål for nedbringelse af sygefravær

Som før nævnt er nedbringelse af sygefraværet en yderst vigtig målsætning for de fire kommuner og to regioner på både centralt og decentralt niveau. Et lavt sygefravær har en klar positiv effekt på arbejdspladsens psykiske og fysiske arbejdsmiljø, på de serviceydelser, som arbejdspladsen leverer og på arbejdspladsens økonomi i form af mindre vikarforbrug.

Problematikken omkring manglen på velkvalificeret arbejdskraft (se del 1), der er med til at øge sygefraværet på de decentrale arbejdspladser, er også kendt blandt de fire kommuner og 2 regioner. Medarbejderne må 'løbe hurtigere' for at udføre opgaverne, når der ikke i tilstrækkelig grad kan rekrutteres personale til ubesatte stillinger.

Sygefraværstatistikkerne er et centralt redskab for kommunerne/regionerne til at overvåge det samlede sygefravær og efterfølgende forebygge og nedbringe sygefraværet gennem indsatser på områder, hvor sygefraværet er særligt stort.

Hos regionerne har de større institutioner og sygehusene deres egne registreringssystemer på sygefraværet, og de har derfor i større grad haft overblik over udviklingen og fordelingen af sygefraværet på arbejdspladsen. Jævnfør interviews med personalechefer i regionerne, har det derfor i større omfang været de mindre institutioner, der har været ramt af problemet med manglende viden om sygefraværet.



1d. HovedMEDs arbejde med sygefravær

Kommunernes og regionernes sygefraværspolitikker er – for de flestes vedkommende - drøftet og godkendt i HovedMED, som også hos nogle kommuner har haft en stor rolle i udviklingen af sygefraværspolitikken.

HovedMED er hovedsageligt involveret i den generelle trivselsindsats i kommunerne og udarbejder og planlægger indsatsområder ud fra de meldinger, der kommer fra de decentrale arbejdspladser - fx i form af en årlig opsamlende arbejdsmiljøredegørelse.

Hos et par af kommunerne påpeger den interviewede næstformand, at en større inddragelse af de lokale MED-udvalg i de mange trivselstiltag etableret i kommunen kunne have bidraget til en bedre implementering.

Sygefravær er i alle kommuners HovedMED dog et emne, der vægtes højt. Det varierer, om sygefraværstatistikken er med på alle møder eller tages op løbende, når der skal vedtages nye initiativer, undersøgelser eller supplerende retningslinjer til sygefraværspolitikken.



Afsnit 2. Sygefravæersmønstre

2a. Sygefravæersmønstre i de fire kommuner og to regioner

Kommunerne og regionerne har, som før nævnt, stort fokus på sygefraværet. En enkelt kommune vurderer, at sygefraværet måske er faldet en smule på det seneste, men at det måske kan bero på statistisk usikkerhed grundet mangel på et validt registreringssystem.

Sygefraværet hos de fire kommuner og to regioner har generelt set været præget af flere forskellige tendenser:

Det korterevarende fravær (herunder hyppigt forekommende korterevarende fravær), har hos et par af de adspurgte været stigende. Denne type af fravær kan svinge utrolig meget på de enkelte arbejdspladser. Et par af personalecheferne nævner utilstrækkelig ledelse og stress blandt medarbejderne som en væsentlig faktor. Rekrutteringsproblematikken omkring for mange ufaglærte og ansatte med manglende motivation påpeges også i de fire kommuner (se del 1) som medvirkende til et stigende korterevarende sygefravær blandt nyansatte.

Det længerevarende sygefravær svinger fra ca. en tredjedel af sygefraværet til ca. en femtedel. En stigning i det korterevarende sygefravær kan medvirke til en stigning i langtidsfraværet, da det medfører øget arbejdspress på de fremmødte kolleger.

Fordelingen af sygefraværet blandt de fire kommuner og to regioner ligner til forveksling mønstret hos de seks kommuner i undersøgelsens del 1. Sygefraværet er således mest markant på følgende områder:

- *Ældreområdet* – Årsagerne til sygefravær er oftest betinget i forskellige typer af nedslidningsskader grundet det daglige arbejde. Kommunerne pointerer, at mange af medarbejdere oftest har en høj gennemsnitsalder og typisk har været i faget i mange år, hvorfor nedslidningen er kommet gradvist over årene.
- *Børneområdet* – Årsagerne til sygefravær er oftest betinget i såvel nedslidningsskader som mere psykisk orienterede årsager som udbændthed og stress.
- *Køkken- og rengøringsområdet*: Medarbejderne har typisk været på arbejdspladsen i mange år, og det viser sig i form af flere typer af nedslidningsskader.

I en enkelt kommune har der på skoleområdet været en høj samlet fraværsprocent, der dog ifølge personalechefen skal forklares ses i lyset af relativt få, men meget langvarige sygefraværssager.

En anden kommune har haft et stigende sygefravær hos det administrative personale pga. kommunesammenlægningen, og kommunen forventer, at et stigende sygefravær snart vil udmønte sig på de decentrale arbejdspladser.



I en tredje kommune har man forsøgt sig med selvstyrende teams på ældreområdet, hvilket har resulteret i et større sygefravær, da der på dette område er opstået behov for en ledelse, der udstikker klare retningslinjer.

Hos én af regionerne er der hos ansatte med kortere uddannelser – såsom portører og sygehjælpere - et større sygefravær end hos gennemsnittet.

De interviewede personalechefer og næstformænd i HovedMED fremhæver endvidere, at sygefraværet i forskellig grad er bestemt af den overordnede trivsel på arbejdspladserne. *Mistrivsel, dårlige vaner og traditioner* (fx manglende brug af hjælperedskaber) samt *manglende loyalitet over for arbejdspladsen* er ligeledes en del af årsagerne til sygefraværet. Af samme grund har omkring halvdelen af kommunerne og regionerne enten gennemført eller planlagt trivselsundersøgelser for nærmere at belyse årsager til fravær.

2b. sygefravær for 2006

Når det gælder fraværsstatistikken, som hvert år udgives af FLD (Det fælleskommunale Løndatakontor), er sygefraværsprocenterne for 2006 følgende for de seks kommuner målt i antal kalenderdage.⁸

Nedenstående skema viser, hvordan de fire kommuner placerer sig vedr. fraværet – fordelt på fraværstallene fra 2005 og 2006.⁹ Regionerne er ikke medtaget, da det ikke er muligt at foretage en umiddelbar sammenligning mellem de nye regioner og de gamle amter.

Kommune	Fraværsprocent i alt 2005	Fraværsprocent i alt 2006	Difference mellem 2005 og 2006
Glostrup	4,5	5,4	0,9
Silkeborg	4,7	4,7	0,0
Struer	3,9	4,5	0,6
Vesthimmerland	3,8	4,7	0,9
Landsgennemsnit	4,3	4,8	0,5

⁸ Denne opgørelsesmetode pr. helårsansat medtager weekender mv. som fravær – uanset om der er tale om arbejdsdage eller ej – hvis første og sidste fraværdsdag falder før og efter disse. En opgørelse af sygefravær med denne metode kan siges at være et udtryk for antallet af sygefraværdsdage i løbet af året. Der gøres opmærksom på, at tallene er gældende for kommunerne, før der skete sammenlægning til nye kommuner med undtagelse af Frederiksværk- Hundested, hvor tallene fra de to byer er lagt sammen.

⁹ For at kunne medtage Vesthimmerlands kommune, er de nævnte fraværstal taget fra de fire tidligere kommuner, som i dag udgør Vesthimmerland kommune; Aars, Farsø, Løgstør og Aalestrup kommune.



For 2005 ligger to af de fire kommuner over landsgennemsnittet (Glostrup og Silkeborg), mens Struer og Vesthimmerland ligger under. For 2006 ligger Silkeborg, Struer og Vesthimmerland under landsgennemsnittet, mens Glostrup ligger over.

Kommunernes indbyrdes placering med hensyn til sygefraværsprocenten stemmer stort set overens med de regionale forskelle (i FLD målt efter de gamle amter), hvilket betyder, at de fire kommuner, hvad angår sygefraværsprocenten ikke skiller sig ud i forhold til den region (amt), de er placeret i.

Således er Københavns Amt (Glostrup) højest placeret med en fraværsprocent på 4,5 pct., og Ringkøbing Amt (Struer) er lavest placeret med en fraværsprocent på 3,7 pct.

I forbindelse med generelle tendenser på landsplan i 2006, jf. FLD, henvises der til afsnittet om sygefraværs mønstre i undersøgelsens del 1.

2c. Ændringer efter strukturreformen

Et par af de interviewede personalechefer fra kommunerne antager, at kommunesammenlægningen har spillet en vis rolle i forhold til stigning i sygefraværet, især på de områder og arbejdspladser, hvor der er sket reorganisering som følge af reformen – fx det administrative område samt på børne- og ældreområdet. Enkelte personalechefer udtrykker en formodning om, at strukturreformen på visse områder vil komme til at afspejle sig negativt i sygefraværet, men at (mangel på) de nuværende statistiksystemer p.t. ikke kan bekræfte en sådan sammenhæng i tilstrækkelig grad.



Afsnit 3. Indsats i forbindelse med sygefravær

- **Sygefraværspolitikken**

Der er sygefraværspolitikker i alle fire kommuner. Ligesom i de seks øvrige deltagende kommuner bevæger politikkerne sig på et spektrum fra værdibaserede til mere procedurebaserede politikker. I de kommuner, hvor politikken er mere værdibaseret, har de decentrale arbejdspladser og institutioner suppleret kommunens sygefraværspolitik med egne lokale retningslinjer eller omsorgsplaner.

I regionerne er det i undersøgelsesperioden alene Region Nordjylland, der har en sygefraværspolitik. Politikken beskriver retningslinjer og procedurer i forbindelse med den indledende opfølgning på fravær gældende for alle sektorer i regionen. Region Syddanmark har endnu ikke en fraværspolitik gældende for hele regionen, men en sådan er under udarbejdelse i undersøgelsesperioden.

- **Uformel kontakt før den første sygefraværssamtale**

Generelt opfordrer kommunernes sygefraværspolitikker til uformel kontakt mellem sygemeldt og arbejdsplads før den første sygefraværssamtale – det kan både være en kollega, TR eller nærmeste leder, der skaber kontakten. I Region Nordjylland er der også i fraværspolitikken opfordring til kontakt mellem arbejdsplads og sygemeldt inden første samtale.

Det er karakteristisk, at der hos de deltagende decentrale kommunale og regionale arbejdspladser tages en eller anden form for uformel kontakt til sygemeldte inden sygefraværssamtalen. Oftest foregår dette per telefon. Formålet er, ifølge de interviewede decentrale ledere, altid at vise omsorg og interesse for den sygemeldte medarbejder, men også at forberede vedkommende på en evt. sygefraværssamtale eller at aftale kontaktformen fremover.

Det er almindeligt på de interviewede arbejdspladser, at kolleger sender en blomst eller en hilsen ved langvarigt sygefravær eller indlæggelse.

Graden af uformel kontakt mellem sygemeldte og arbejdsplads undervejs i forløbet afhænger af forskellige faktorer som fraværets årsag, sygemeldtes egen indstilling, arbejdspladsens kultur og praksis for at opretholde uformel kontakt.

- **Første sygefraværssamtale**

De decentrale arbejdspladser og institutioner i kommunerne følger sygefraværspolitikken retningslinjer for afholdelse af sygefraværssamtaler, hvis sådanne findes i politikken. På en enkelt decentral arbejdsplads har man valgt systematisk at afholde første sygefraværssamtale før den frist, der angives fra centralt hold.



De retningslinjer, der følges i de fire kommuner, er nogenlunde ens. Oftest foreskriver sygefraværspolitikken, at der indkaldes til første sygefraværssamtale efter tre fraværsperioder på et halvt år eller efter 10-16 fraværdsdage. I en enkelt kommune *skat* der indkaldes til første samtale senest efter fire uger, men her har den deltagende decentrale arbejdsplads indført, at der tages kontakt efter 14 sammenhængende fraværdsdage.

Region Nordjylland adskiller sig ikke væsentligt fra kommunerne, hvad angår retningslinjer for, hvornår der kan indkaldes til første sygefraværssamtale. Fraværspolitikken foreskriver, at første samtale afholdes efter fravær på to sammenhængende uger eller fire fraværsperioder på et år. Dog gerne tidligere, hvis det vurderes nødvendigt, fx ved mønster i fraværet. Den deltagende decentrale arbejdsplads i Region Nordjylland har valgt at indkalde til første samtale allerede efter otte fraværdsdage, eller når der registreres et mønster i fraværet. Dette skyldes, at arbejdspladsen har haft problemer med et højt sygefravær med mange hyppigt forekommende korterevarende fraværsperioder.

Region Syddanmark har endnu ikke en fraværspolitik gældende for hele regionen, men den deltagende decentrale arbejdsplads har selv en politik, der er videreført fra amtet. Første samtale afholdes typisk efter 14 sammenhængende dage eller 20 fraværdsdage på et år.

Det varierer, om kommunerne har deciderede samtalskemaer, guidelines eller modeller for, hvordan sygefraværssamtalen kan afholdes, og hvad den skal indeholde eller, om det er op til arbejdspladsen og lederen selv at definere en model for samtalen. Indholdet og formålet med sygefraværssamtalen i de fire kommuner og regionerne adskiller sig dog ikke fra de øvrige seks deltagende kommuner i undersøgelsen:

- at vise omsorg for medarbejderen
- at afklare sygefraværets omfang
- at afklare om sygefraværet er begrundet i forhold på arbejdspladsen
- at afklare om arbejdspladsen kan medvirke til hurtigere tilbagevenden eller fastholdelse (evt. aftaler om videre forløb).

De interviewede decentrale ledere i både regioner og kommuner bekræfter, at prognoser for sygemeldtes raskmelding er afgørende for dels planlægningen og tilrettelæggelsen af arbejdet, men også for de videre handlemuligheder i det konkrete fraværforløb. Derfor er det vigtigt for lederen, at den sygemeldte er åben om sygefraværet og om de prognoser, der gives fra sundhedsvæsenet. Samtalen kan derfor ofte munde ud i at afvente nærmere undersøgelser eller vurderinger fra sundhedsvæsenet.

I lige så høj grad som hos de øvrige seks decentrale ledere i del 1, opleves sygefraværssamtalen af ledere i disse fire kommuner og to regioner som et godt og konstruktivt redskab til, at leder og sygemeldte medarbejdere kan få talt om sygefraværets omfang, løsninger for tilbagevenden til jobbet og om muligheder for at fastholde den sygemeldte i jobbet fremover.



- **Inddragelse af tillidsvalgte**

Ifølge de interviewede tillidsvalgte i både regioner og kommuner varierer det, hvor ofte de sygemeldte medarbejdere vælger at have dem med til sygefraværssamtalerne. De samme forklaringer herpå gør sig gældende som dem, der er fremlagt i del 1 af rapporten. De tillidsvalgte har indtryk af, at sygemeldte oftest helt fravælger bisiddere til første samtale. De gange, hvor sygemeldte vælger at have bisidder til første samtale, er det gerne familie eller ægtefælle, der deltager.

Når tillidsvalgte deltager, er det i samme rolle som i de øvrige seks deltagende kommuner (se del 1): dvs. at forberede sygemeldte på samtalen, samt efterfølgende at afklare samtalens indhold og aftaler med sygemeldte. I de samtaler, hvor de interviewede tillidsvalgte har deltaget, har de haft indtryk af, at sygemeldte havde glæde af det.

- **Inddragelse af lægefaglige vurderinger**

Det varierer, hvor systematisk der gøres brug af lægeerklæringer i kommunerne. Enten rekvireres lægeerklæring konsekvent efter 14 dages sygefravær af den centrale personaleenhed, eller også er det den decentrale leders egen vurdering, om der er behov for lægefaglig dokumentation af fraværet. I regionerne er det alene op til den decentrale leder, hvilke faglige vurderinger, der er nødvendige for at skabe overblik over sygemeldtes helbredssituation.

Når decentrale ledere vurderer, at der er behov for indhentning af en lægefaglig vurdering af medarbejderens helbredssituation, sker det som oftest i tilfælde, hvor der kan rejses tvivl om, hvorvidt årsagen til sygefraværet er reel, eller hvor der er tvivl om, hvad diagnosen betyder for arbejdsfunktionen.

- **Indsats efter første sygefraværssamtale**

Det er karakteristisk, at første sygefraværssamtale ifølge de interviewede decentrale ledere først og fremmest munder ud i en handleplan for medarbejderens sygefraværssforløb (fx med gensidige aftaler om opfølgning, tidsforløb, arbejdsforhold). De decentrale ledere i både kommuner og regioner fortæller, at der i nogle tilfælde allerede fra første sygefraværssamtale vil kunne laves aftale om medarbejderens tilbagevenden til beskæftigelse, i andre tilfælde kan aftalen være, at medarbejderen forbliver sygemeldt.

Af interview med de decentrale ledere fremgår det, at delvis raskmelding og ændrede arbejdsfunktioner eller fritagelse for visse arbejdsopgaver er de mest anvendte fastholdelsestiltag, der iværksættes efter første sygefraværssamtale. Decentrale ledere fra ældre- og skoleområdet påpeger, at visse skånehensyn kan være svære at anvende. Fx kan fritagelse for opgaver være svært at tilbyde på ældreområdet, fordi det går ud over den daglige planlægning eller fordi, det belaster de øvrige ansatte for meget. På skoleområdet er derimod delvis raskmelding sværere at forene med den daglige planlægning, hvorfor fritagelse for arbejdsopgaver er mere anvendeligt her.



De decentrale ledere nævner også psykologhjælp, fysioterapeut, nedsat tid (med fuld pension) og omrokering til anden afdeling, som jævnligt anvendte fastholdelsestiltag. Ifølge et par tillidsrepræsentanter er omrokering og omplacering til anden afdeling eller arbejdsplads ikke et populært tiltag blandt de sygemeldte medarbejdere, fordi det forstyrrer den tryghed og sikkerhed, som mange sygemeldte har brug for efter et kortere eller længere fravær fra arbejdspladsen.

Ligesom hos de seks decentrale arbejdspladser i del 1 bruges hjælpemidler sjældent som fastholdelsestiltag, da arbejdspladsen som regel allerede har et bredt udbud af hjælpemidler til rådighed som en del af forebyggelsesindsatsen.

Af interviewene med decentrale ledere fremgår det, at rådgivning fra den decentrale personaleenhed ofte bruges understøttende i forbindelse med at finde muligheder for fastholdelse.

- **Anden kontaktsamtale**

Det varierer, om kommunerne og regionernes sygefraværspolitikker har retningslinjer for, hvornår der kan indkaldes til anden sygefraværssamtale. Hvor der er nærmere procedurer for anden sygefraværssamtale, kan indkaldelse til denne ske efter ca. 1 månedes sammenhængende fravær. Der, hvor der ikke er nærmere frister for indkaldelse til anden samtale, foreskriver sygefraværspolitikken som regel, at kontakten skal foregå løbende og aftales mellem leder og sygemeldte.

De interviewede decentrale ledere beskriver anden sygefraværssamtale som en statussamtale. Det vil sige en samtale, hvor der skal følges op på den handlingsplan, der er lavet ved første sygefraværssamtale, og hvor der gerne skal findes en løsning på det videre forløb, hvad enten det drejer sig om fastholdelsesmuligheder eller afskedigelse.

Ifølge de tillidsvalgte sker det oftere ved anden sygefraværssamtale end ved den første, at sygemeldte vælger at have dem med som bisidder.

- **Rundbordssamtale**

En egentlig rundbordssamtale, hvor deltagerkredsen udvides med relevante fagpersoner (fx sagsbehandler/jobkonsulent, HR-konsulent, tillidsrepræsentant, fagforening, læge eller andre) kan enten stå i stedet for en anden sygefraværssamtale, eller det kan være en tredje mere formel samtale.

Som decentral leder i både kommuner og regioner hæfter man sig ikke så nøje ved antallet af samtaler, men mere ved sygefraværsløbets udvikling. Omkring halvdelen af de adspurgte decentrale ledere, har prøvet at holde en rundbordssamtale eller sygefraværssamtale med udvidet deltagerkreds. Det varierer, om kommunernes sygefraværspolitikker har procedurer for, hvornår der kan indkaldes til rundbordssamtale, eller om det er en vurdering, lederen selv skal tage i hver enkelt sag.



Når det gælder formålet med en rundbordssamtale, adskiller de fire kommuner og to regioner sig ikke fra de øvrige seks kommuner i undersøgelsen, og en rundbordssamtale kommer som regel i stand ud fra følgende:

- oprindelig handlingsplan fungerer ikke efter hensigten, og der er usikkerhed om tidsplan for medarbejders tilbagekomst til arbejdspladsen
- sygefraværsløbet kompliceres yderligere
- der initieres/planlægges en afskedigelse
- procedurerne har ikke været overholdt – fx ifbm. sygedagpengeudbetaling.

Ifølge de interviewede decentrale ledere vil indstilling til afskedigelse ofte være resultatet af en rundbordssamtale, hvis ikke der på dette tidspunkt er udsigt til raskmelding eller fastholdelsesmuligheder, der kan hjælpe sygemeldte tilbage i beskæftigelse.

- **Kollegers opbakning**

De interviewede decentrale ledere og tillidsvalgte i de fire kommuner og to regioner vurderer, at kolleger til de sygemeldte generelt udviser forståelse og tolerance for sygemeldte kollegers situation og bakker op om de hensyn, der er aftalt. Det opleves dog også enkelte steder, at tolerancen er mindre, når det gælder kolleger, der har haft en sygdomshistorik med hyppigt forekommende korterevarende fravær.

Tillidsvalgte fortæller i interviewene, at det for kollegerne er vigtigt, at hverdagen kan fungere, og at arbejdsplanen hænger sammen, selv om en sygemeldt medarbejder kommer tilbage på lempeligere vilkår.

Ifølge de decentrale ledere bruges vikardækning i så vidt omfang som muligt, men påpeger samtidig, at mange sygemeldinger kan belaste budgettet i en sådan grad, at det kan være svært at dække fuldt ud med vikarer.



Afsnit 4. Fastholdelse

- **Fastholdelsespolitikker**

Fastholdelsespolitik er i alle kommuner en del af personale- og sygefraværspolitikken og kan ses i et spektrum fra værdibaseret politik til mere detaljerede beskrivelser af fastholdelsesmuligheder.

Den overordnede målsætning i fastholdelsespolitikkerne er, at man fra arbejdsgivers side skal forsøge at fastholde sygemeldte medarbejdere på arbejdspladsen, alternativt at finde andre muligheder, for at sygemeldte kan vende tilbage til beskæftigelse. Et par af kommunerne supplerer politikkerne med information om, hvilke muligheder for fastholdelse, der skal tages op til overvejelse.

Af de to regioner er det kun Region Nordjylland, der endnu har en sygefraværspolitik, som også opstiller værdier og målsætninger om fastholdelse af sygemeldte medarbejdere. Region Syddanmark er ved at udarbejde politikker om fastholdelse og forebyggelse.

- **Kompetencefordelingen i forbindelse med fastholdelse**

I både kommuner og regioner ligger ansvaret for fastholdelse hos de decentrale ledere, og tiltagene aftales som udgangspunkt mellem arbejdsgiver og medarbejder, med mindre den decentrale leder anmoder om assistance fra centralt hold. Både i kommunerne og regionerne står den centrale personaleenhed til rådighed med rådgivning og sparring om håndtering af specifikke sager, herunder også om fastholdelsesmuligheder.

- **Typiske fastholdelsestiltag**

Interview med personalechefer og næstformænd i HovedMED bekræfter, at delvis raskmelding er det langt mest anvendte fastholdelsestiltag. De interviewede påpeger også, at der er mange decentrale tiltag, som ikke registreres centralt, og derfor er der ikke i personaleafdelingen et fuldt overblik over hvilke tiltag, der anvendes.

- **Barrierer for fastholdelse**

Ifølge de interviewede personalechefer i både kommuner og regioner, er der generelt en positiv indstilling til at omplacere tidligere sygemeldte medarbejdere til andre stillinger inden for organisationen. De færreste kommuner og regioner har en jobbank og har derfor ikke et centralt overblik over ledige stillinger og jobåbninger. Det er svært at omplacere medarbejdere hen mod områder med en specialiseret medarbejderstab, da det kræver en bestemt faglig profil for at bestride jobbet.



Når det gælder fleksjob, giver de interviewede personalechefer udtryk for, at man gerne anvender fleksjob som fastholdelse af tidligere sygemeldte medarbejdere. Ligesom de øvrige interviewede personalechefer (i del 1) påpeger flere dog, at tilkendelsen til fleksjob ikke er deres bord som arbejdsgiver, men alene en afgørelse, der ligger hos hjemkommunens arbejdsmarkedsafdeling.

Repræsentanter fra HovedMED supplerer, at det i dag kan være svært at anvende fleksjob som fastholdelsestiltag, da arbejdsprøvninger med de nye fleksjobregler skal foregå på andre arbejdspladser, og jobbet kan være svært at holde åbent, indtil medarbejderen bliver godkendt til fleksjob. Problematikken omkring et møtningspunkt med hensyn til fleksjob på ældreområdet og børneområdet (se del 1) er også kendt i de fire kommuner og to regioner.



Afsnit 5. Afskedigelse begrundet i sygdom

- **Afskedigelsespolitikker**

De fire kommuner og to regioner opererer ikke med en decideret afskedigelsespolitik, da det i alle tilfælde er baseret på et individuelt og konkret skøn i forbindelse med hver eneste afskedigelse.

Kommunerne og regionerne har dog alle nogle retningslinjer og procedurer for, hvem der initierer en afskedigelse, hvad der i princippet kan føre til en afskedigelse, hvorledes afskedigelse håndteres og hvordan kompetencefordelingen er fordelt mellem den centrale personaleenhed og de decentrale ledere. Graden af, hvor stringente retningslinjerne er på området, varierer mellem de fire kommuner og to regioner.

- **Kompetencefordelingen mellem personaleenhed og decentrale ledere**

Det er altid den nærmeste leder (eller eventuelt den øverste leder på den decentrale arbejdsplads), der iværksætter en afskedigelse, men på et eller andet tidspunkt i forløbet inddrages den centrale personaleenhed. Dels for at sikre, at det formelle og juridiske grundlag for afskedigelsen er i orden (herunder sikre at den decentrale leder har fulgt procedurer for sygefraværssamtaler m.m.). Dels for at sikre, at alle muligheder for at fastholde medarbejderen er udtømte, førend der tyes til en afskedigelse. Kvalitetssikring af enhver afskedigelsessag sker derfor hos den centrale personaleenhed.

Selvom den centrale personaleenhed altid har den endelige beslutningskompetence i afskedigelsessager, varierer det blandt kommunerne/regionerne, hvornår overdragelse af afskedigelseskompetencen sker. Hos nogle har den centrale personaleenhed en mere rådgivende funktion, og hos andre overtager personaleenheden sagen forholdsvis hurtigt for at sikre en korrekt håndtering af afskedigelsessagen. Et par af kommunerne har tidligere oplevet, at de decentrale ledere har iværksat afskedigelser på et grundlag, der har været for løst, hvilket har kostet kommunen dyrt. I disse kommuner er der derfor strammet op på procedurerne for afskedigelse, således at den centrale personaleenhed tager over meget tidligt i forløbet fra den decentrale arbejdsplads.

Det varierer desuden, hvorledes afskedigelsen initieres hos kommunerne og regionerne. Udover procedurer med sygefraværssamtaler og rundbordsamtaler (med deltagelse af forskellige parter – herunder den centrale personaleenhed), er der kun et par af kommunerne, der afholder en decideret høring/samtale i forbindelse med afskedigelse af en medarbejder. Hos de resterende kommuner og regioner sker information om afskedigelse på anden vis – fx via brev. I praksis har den decentrale leder dog tidligere i forløbet omtalt muligheden for eventuel afskedigelse overfor medarbejderen.

Hos én af regionerne er strukturen således, at det er den decentrale leder, der iværksætter en afskedigelse og selve afskedigelseskompetencen ligger hos sektorledelsen, der i samarbejde med Løn og Personale (centralt) sikrer, at afskedi-



gelsen er i overensstemmelse med formalia, og at den decentrale leder har fulgt alle de nødvendige procedurer.

- **Årsager til afskedigelse**

Ifølge de interviewede personalechefer i kommunerne og regionerne er en afskedigelse af en medarbejder på grund af sygdom, som oftest forårsaget af en række forskellige faktorer.

- Det er ikke muligt at fastholde medarbejderen ud fra de tiltag, der er tilgængelige på centralt og decentralt niveau.
- Der er ikke udsigt til, at medarbejderen kan vende tilbage til arbejdspladsen inden for en overskuelig fremtid.
- Der skal tages hensyn til arbejdspresset hos de andre kolleger
- Arbejdspladsens økonomi (fx at vikarbudgettet belastes af længerevarende sygefravær)

Den sygemeldte medarbejder har i princippet ikke pligt til at oplyse årsagen til sygefraværet. Ifølge de interviewede personalechefer og decentrale ledere, gør kendskab til sygefraværets årsag det lettere for arbejdspladsen og medarbejderen at aftale hvilke tiltag, der skal til for at få medarbejderen tilbage på jobbet. Et par af de interviewede tillidsvalgte fortæller, at de oftest opfordrer deres sygemeldte kollager til åbenhed om sygefraværsårsagen.

Fraværsmønstret og årsagen til sygefraværet har altid en betydning for, om der initieres en afskedigelse. Fx nævner en enkelt kommune, at sygefraværsforløb, hvor årsagen er psykisk betinget, oftere fører til afskedigelse end tilfældet er ved andre typer af sygefravær. Det er samstemmende hos de fire kommuner og regioner, at medarbejderen et langt stykke hen af vejen selv kan gøre noget for at undgå en afskedigelse – fx ved at have regelmæssig kontakt til arbejdspladsen og informere om udviklingen i sygefraværsforløbet. Manglende kontakt til arbejdspladsen eller usikkerhed hos den decentrale leder og kolleger om udvikling og tidshorisont i sygefraværet afføder oftest en mindre tolerance over for den sygemeldte medarbejder, og en mulig afskedigelse rykker derfor nærmere.

Både de fire kommuner og regionerne nævner, at der er en særlig forpligtelse over for medarbejdere, der er i terminalfasen (i de sidste faser af en livstruende sygdom). Disse afskediges principielt ikke, da dette kan forekomme som en unødigt belastning for medarbejderen. Omvendt nævnes det også, at en afskedigelse i visse situationer kan være en lettelse for medarbejderen – uanset hvilken type sygefravær, det skyldes.

- **Brug af genansættelsestilsagn**

Det varierer, i hvor høj grad genansættelsestilsagn bruges af kommunerne og regionerne i forbindelse med en afskedigelsessag. Genansættelsestilsagnet går typisk ud på, at medarbejderen får mulighed for genansættelse i kommunen eller regionen, hvis medarbejderen inden for opsigelsesperioden (typisk et halvt år)



raskmeldes. Genansættelsestilsagnet betyder dog ikke, at medarbejderen nødvendigvis vil blive genansat på den arbejdsplads, afskedigelsen skete fra.

Et par af personalecheferne nævner, at kommunen/regionen har skiftet praksis med hensyn til genansættelsestilsagn. Hvor der fx tidligere har været en praksis, hvor en stor del af de afskedigede medarbejdere automatisk har fået genansættelsestilsagn, foretages nu et individuelt skøn. Dette har i de pågældende kommuner/regioner bevirket et fald i antallet af genansættelsessager.

Andre bruger stadig genansættelsestilsagn i vidt omfang. Det er nemmest at give genansættelsestilsagn til de afskedigede medarbejdere, der kommer fra områder, hvor der er mange ens stillinger – fx ældreområdet og børneområdet.

Én kommune har det argument for brug af genansættelsestilsagn, at det rent økonomisk er mere rentabelt at beholde medarbejderne end at lade dem forsvinde ud af systemet. Rekruttering af nye folk er oftest en bekostelig affære. En anden kommune mener, at man som arbejdsgiver har et ansvar for at holde medarbejderen i systemet så vidt som muligt, eftersom kommunen i mange tilfælde selv har været med til at slide medarbejderen ned gennem årene.

Én region nævner, at mange tillidsrepræsentanter er meget opmærksomme på at flette et genansættelsestilsagn ind i afskedigelsesaftalen for den enkelte medarbejder, og at der er gode muligheder for at omplacere medarbejdere, der er blevet afskediget.

Den anden region anfører, at genansættelsestilsagn ikke bruges så ofte. En årsag hertil kan være, at medarbejdere, der har fået tilbudt genansættelsestilsagn kort efter genansættelsen viser sig ikke at være helt raske, og man så skal gennem hele afskedigelsesproceduren én gang til med varsel og løn i opsigelsesperioden, hvilket er ressourcebelastende.



Afsnit 6. Forebyggelse

6a. Central forebyggelsespolitik og -indsats

- **Forebyggelse**

Forebyggelse indgår i kommunernes overordnede sundheds- og trivselspolitikker, i personale- og arbejdsmiljøpolitikker og i andre delpolitikker om vold, alkohol og rygning. I Region Nordjylland indgår forebyggelsesmålsætninger i arbejdsmiljøpolitikken, i Region Syddanmark er en forebyggelsespolitik under udarbejdelse.

Ligesom i de seks kommuner, der omtales i del 1 af rapporten, har disse fire kommuner fokus på forskellige aspekter af forebyggelse, sundhedsfremme og trivsel.

Der er ikke en decideret forebyggelsespolitik i kommunerne, men i alle kommuner er der flere politikker, der opstiller rammer, målsætninger og handleplaner for forebyggelse af sygefravær på forskellige områder. Alle kommuner har en sundheds- eller arbejdsmiljøpolitik samt en personalepolitik med delpolitikker om alkohol, rygning og sygefravær og trivsel.

I de to regioner var det i undersøgelsesperioden kun Region Nordjylland, der havde politikker om forebyggelse og arbejdsmiljø. Region Nordjylland havde desuden i undersøgelsesperioden en trivselspolitik i høring. I Region Syddanmark er en arbejdsgruppe i hovedMED nedsat til at udarbejde forslag til en personalepolitik. Ligeledes er en gruppe nedsat til at udarbejde forslag til en stress- og arbejdsmiljøpolitik.

- **Fysisk arbejdsmiljø og sundhedstilbud i kommunerne og regionerne**

De fire kommuner har alle fokus på fysisk arbejdsmiljø og følger arbejdsmiljø- og personalepolitikkerne op med forskellige konkrete indsatser. Ligesom i de øvrige seks kommuner, der har deltaget i undersøgelsen, lægges en stor del af ansvaret for områdespecifikke indsatser ud til arbejdspladserne og institutionerne. Der er dog, foruden opfyldelse af de lovpligtige arbejdsmiljøregler, tværgående kommunale indsatser i alle fire kommuner, der skal fremme det fysiske arbejdsmiljø og den generelle sundhed, fx:

- arbejdsmiljøkonsulenter
- analyse af arbejdsskader og nær-ved-ulykker
- efteruddannelse af sikkerhedsorganisationen
- motionstilbud (lav grad af egenbetaling)
- ergoterapeuter/fysioterapeuter (Sekvenstræningskurser i Silkeborg)
- rygestopkurser

I de to regioner er de konkrete indsatser i endnu højere grad end i kommunerne overladt til arbejdspladserne. Sygehusene, som er de største arbejdspladser i regionerne, men også de øvrige arbejdspladser og institutioner står for deres egen forebyggelsesindsats ud af eget budget. I Region Syddanmark overvejes en sundhedsordning som et centralt tværgående tilbud til alle ansatte.



- **Fokus på stress og psykisk arbejdsmiljø i kommunerne og regionerne**

Interviews med personalechefer og næstformand i HovedMED viser, at psykisk arbejdsmiljø er i fokus i alle fire kommuner. Alle kommuner følger politikken op med forskellige indsatser, der tænkes som forebyggelse inden for det psykiske arbejdsmiljø fx trivselsundersøgelser, ledelsesudvikling og efteruddannelse. En af kommunerne er i gang med at udvikle en særskilt stresspolitik (i HovedMED regi).

I de to regioner er stress og psykisk arbejdsmiljø også et centralt fokuspunkt. I Region Syddanmark arbejder arbejdsmiljøafdelingen med at udvikle en stresspolitik, og i Region Nordjylland har man afsat 3 mio. til at øge ansattes indflydelse på eget arbejde.

- **HovedMEDs arbejde med forebyggelse i kommunerne og de to regioner**

Det er forskelligt, hvordan de fire kommuners HovedMED-udvalg arbejder med forebyggelse. I nogle HovedMED er der stort fokus på stress og psykisk arbejdsmiljø, i andre fylder det fysiske arbejdsmiljø fortsat meget i forebyggelsesindsatsen.

6b. Decentral forebyggelsesindsats

- **Forebyggelsesindsats**

Ligesom i de seks kommuner er den kommunale forebyggelsesindsats i høj grad lagt ud til de decentrale arbejdspladser og institutioner, så indsatsen specifikt kan målrettes og indrettes efter sygefraværet. Interviews med decentrale ledere og tillidsvalgte vidner om, at der i høj grad er en sammenhæng mellem arbejdspladsernes sygefravær og den forebyggelsesindsats, der iværksættes. Også i de to regioner tænkes forebyggelse sammen med sygefravær.

- **Forebyggelse mod fysisk arbejdsbetinget sygefravær**

På de arbejdspladser og institutioner, hvor sygefraværet ofte kan relateres til nedslidning og fysisk arbejdsbetinget sygdom, rettes forebyggelsesindsatsen primært mod det fysiske arbejdsmiljø. Det drejer sig fx om arbejdspladsindretning, hjælpemidler, fysioterapi/ergoterapi, løftekurser, pausegymnastik, jobrotation og ændringer i uhensigtsmæssige arbejdsgange.

Også i regionerne er der mange initiativer decentralt, der retter sig mod det fysiske arbejdsmiljø. Når det drejer sig om de konkrete indsatser, adskiller arbejdspladserne i regionerne sig ikke væsentligt fra arbejdspladserne i kommunerne.



- **Gamle vaner - udfordring i forebyggelsesindsatsen mod nedslidning og nærved-ulykker**

Flere af de interviewede decentrale ledere og tillidsvalgte i kommuner og i regioner kender også udfordringen 'gamle vaner', når det gælder forebyggelse mod nedslidning og nærved-ulykker. De korrekte arbejdsgange og arbejdsstillinger glider i baggrunden, når travlheden og hverdagen melder sig. På en af de decentrale arbejdspladser fra interviewundersøgelsen overvejer man at indføre medstyrrende teams for at øge medansvaret i medarbejdergruppen - også omkring forebyggelse.

- **Forebyggelse mod psykisk arbejdsbetinget sygefravær i kommunerne**

På de kommunale arbejdspladser, hvor der er registreret et højt sygefravær begrundet i stress og psykiske årsager, er der også som oftest stort fokus på, at forebyggelsesindsatsen retter sig mod de forhold og belastninger i dagligdagen, der formodes at være medvirkende til det psykisk arbejdsbetingede sygefravær. Indsatsen er fx kriseplan og kriseberedskab, psykologhjælp (også til private forhold), efteruddannelse, ændringer i arbejdsfordelingen, værdsættende øvelser på personalemøder, MUS- samtalerne og interne trivselsmålsætninger.

På en af de medvirkende kommunale institutioner har man ansat en medarbejder i skånejob til at gå til hånde med mindre opgaver, der aflaster det øvrige personale - og til at sørge for, at der er friskbagte boller – også til personalet.

- **Generel sundhed og trivsel**

De fire kommuner og to regioner har også decentrale tiltag til fremme af den generelle sundhed og trivsel på arbejdspladsen. Initiativerne adskiller sig ikke væsentligt fra de seks kommuner gennemgået i første del af rapporten. Det drejer sig primært om motionstilbud og sociale aktiviteter.



METODE OG DATAGRUNDLAG

Formål

Formålet med undersøgelsen er at få afdækket, hvordan kommuner og regioner arbejder med:

- forebyggelse og nedbringelse af sygefravær
- fastholdelse og/ eller afskedigelse i forbindelse med længerevarende sygdom
- omfanget af afskedigelser betinget i sygefravær

Undersøgelsens målgruppe er de centrale parter på det kommunale og regionale arbejdsmarked.

Undersøgelsen skal generere ny viden, der kan bruges som et led i parternes fortsatte overvejelser om indsatser på området. Så vidt det er muligt, skal undersøgelsen belyse udviklingstendenser set i forhold til resultaterne fra den tidligere gennemførte undersøgelse fra 1997.

Metode

Undersøgelsesdesign

Undersøgelsens datagrundlag består af følgende elementer:

- En *kvantitativ* dataindsamling, hvor kommunerne og regionerne over et halvt år har registreret data omkring fastholdelse og afskedigelser i forbindelse med sygdom på elektroniske spørgeskemaer.¹⁰
Den kvantitative del har til formål at belyse og undersøge afskedigelser og praksis omkring forebyggelse og fastholdelse i kommuner og regioner samt belyse antallet af sager. Herunder de tiltag, der gennemføres i en sygdomsperiode, hvor en medarbejder har et sygefravær over et givent antal dage.
- En *kvalitativ* dataindsamling, hvor der er foretaget fællesinterviews med centrale ledere og repræsentanter fra HovedMED, decentrale ledere og tillidsvalgte samt fokusgruppeinterviews med såvel fastholdte som afskedigede medarbejdere.
Den kvalitative del af undersøgelsen har til formål at følge op på og supplere den viden, der opnås i den kvantitative undersøgelse, herunder at undersøge, hvilken praksis der ligger bag forskellige fastholdelses- og afskedigelsesmønstre. Den kvalitative undersøgelse skal afdække, hvorfor og hvornår syg-

¹⁰ Undersøgelsens varighed har oprindeligt været på seks måneder fra 1. april – 1. oktober 2007 - men da kommunerne, både centralt og decentralt, ikke har kunnet nå at foretage de planlagte registreringer i dette tidsrum, besluttede parterne og DISCUS at forlænge registreringsperioden til og med 22. oktober 2007. Dog stadig således, at der kun måtte registreres sager, der havde fundet sted i tidsrummet 1. april – 1. oktober 2007. Der er således ikke registreret nye sager, der er påbegyndt efter 30. september 2007.



domsforløb fører til afskedigelse, henholdsvis hvorfor og hvornår det ikke gør.

I opdraget for undersøgelsen har det været en forudsætning, at alle de deltagende kommuner og regioner på lige fod og i samme omfang bidrog med data og oplysninger til såvel den kvantitative som den kvalitative del af undersøgelsen. Dette har været en nødvendighed for at kunne foretage en dybdegående analyse af mønstre, tendenser og variationer i forbindelse med undersøgelsens emner hos de deltagende kommuner og regioner.

I forbindelse med den kvantitative dataindsamling har der vist sig at være stor forskel på den mængde af data og oplysninger, som de respektive kommuner og regioner har indregistreret i den givne periode.

Ud af de ti deltagende kommuner og to regioner, har seks af kommunerne registreret tilstrækkelige data, centralt og decentralt, til at danne et sigende og meningsfuldt billede af praksiser og procedurer på sygefraværsområdet. Indregistreringen af data fra de resterende fire kommuner og to regioner har været så mangelfuld, at det ikke er statistisk forsvarligt at bruge de data, der her er blevet registreret.

Dette har betydet, at analysen og afrapporteringen af kommunernes og regionernes håndtering af sygefravær er struktureret på en anderledes måde end oprindelig tiltænkt i undersøgelsens opdrag. Undersøgelsesrapporten er derfor opdelt i to forskellige dele.

Rapportens del 1

Del 1 behandler de kommuner, hvor der kan foretages både en *kvalitativ* og en *kvantitativ* analyse ud fra de indhentede data (elektroniske indberetninger samt interviews).

De medvirkende kommuner er:

- Frederiksværk - Hundested
- Gentofte
- Kolding
- Odense
- Randers
- Slagelse

Rapportens del 2

Del 2 behandler de kommuner og regioner, hvor det kvantitative datagrundlag ikke har været tilstrækkeligt stort. Her er der udelukkende foretaget en samlet *kvalitativ* analyse – baseret på interviews med kommunernes og regionernes personalechefer og næstformænd i HovedMED samt udvalgte decentrale ledere og tillidsrepræsentanter.

De medvirkende kommuner og regioner er:

- Glostrup
- Silkeborg
- Struer
- Vesthimmerland



- Region Nordjylland
- Region Syddanmark



Datagrundlag

Det kvantitative datagrundlag i undersøgelsen

De seks deltagende kommuner har registreret deres praksis over en periode af 6 måneder via webbaserede spørgeskemaer. Der er i perioden 1. april til 1. oktober 2007 registreret på følgende parametre:

- Afskedigelse begrundet i sygdom
- Fastholdelsestiltag (tre formelle fastholdelsestiltag)
- Indsats ifbm. sygefravær

Datatyper

1. Registrering af afskedigelsessager begrundet i sygdom

- De seks kommuner har via et web-baseret spørgeskema registreret *alle* deres afskedigelsessager begrundet i sygdom over en periode på seks måneder fra 1. april til 1. oktober 2007.

Spørgeskemaet har taget udgangspunkt i 1997-spørgeskemaet, men er udvidet med flere spørgsmål omkring den indsats, der er sket op til afskedigelsen. Hermed er opnået viden om afskedigelsessager samt mulige fastholdelsestiltag forud for afskedigelse. Vedrørende persondata indeholder spørgeskemaet de samme spørgsmål som skema fra 1997 plus yderligere et par spørgsmål.

Den centrale personaleenhed har foretaget registreringerne.

2. Registrering af fastholdelsessager

- De seks kommuner har ligeledes via et web-baseret spørgeskema registreret *alle* de sager fra 1. april til 1. oktober 2007, hvor et af følgende tre fastholdelsesredskaber er brugt: *delvis raskmelding/delvis sygemelding, § 56* samt *fastholdelsesfleksjob*.

De tre nævnte fastholdelsestiltag er de eneste former for fastholdelsestiltag, som det har vist sig muligt at opnå en systematisk viden om fra de centrale personaleenheder (se notat om forundersøgelsen). Vedrørende persondata indeholder spørgeskemaet de samme spørgsmål som skemaet i afskedigelsessager. Den centrale personaleenhed har foretaget registreringerne.

3. Registrering af indsats ifbm. sygefraværforløb

- Endelig har 10 decentrale ledere i hver af de seks kommuner registreret deres praksis og procedurer vedrørende sygefraværforløb, hvor der i perioden 1. april til 1. oktober 2007 er afholdt 1. kontaktsamtale (kaldet omsorgssamtale, trivselssamtale, sygefraværssamtale eller andet) i forbindelse med en medarbejders sygefravær, (oftest efter 14 dages sygefravær eller flere sammenhængende perioder).



Hver kommune har udpeget 10 decentrale ledere med ansvar for en større medarbejdergruppe fra forskellige forvaltningsområder/sektorer (se senere).

I spørgeskemaet indgik spørgsmål om de eventuelle fastholdelsestiltag, der blev taget som følge af samtalen. Herved er der opnået viden om underskoven af uformelle fastholdelsestiltag. Vedrørende persondata indeholder spørgeskemaet de samme spørgsmål som skemaet i afskedigelsessager og formelle fastholdelsessager.

De tre spørgeskemaer er udformet, så der sikres størst mulig sammenlignelighed.

Datamængde

Dataindsamlingen er sket, som nævnt tidligere, via kommunernes og regionernes elektroniske registrering på webside i perioden 1. april – 1. oktober 2007. Her har de centrale personaleenheder indtastet data på afskedigelsessager begrundet i sygdom samt data på anvendelse af tre formelle fastholdelsestiltag (delvis raskmelding, § 56 og fastholdelsesfleksjob). Og de decentrale ledere har udfyldt spørgeskemaer om indsats ifbm. sygefravær hos medarbejdere.

Følgende antal spørgeskemaer er blevet registreret i den nævnte periode af de seks kommuner, der indgår i den kvantitative del af undersøgelsen:

- Spørgeskemaer om afskedigelse begrundet i sygdom: **282**
- Spørgeskemaer om tre formelle fastholdelsestiltag: **699**
- Spørgeskemaer om indsats ifbm. sygefraværforløb: **156**

De decentrale data

I den decentrale registrering om indsats i sygefraværforløb (skema 3), har der i alt deltaget 60 decentrale ledere. Fordelingen af ledere har spredt sig over følgende områder: skole og undervisning, ældre, børne, teknik, administration samt beskæftigelses- og socialområdet.

Den nærmere fordeling af respondenter er følgende:

Område	Antal
Skole og undervisning	12
Familie- og børneområdet	12
Ældreområdet	11
Det administrative område	10
Beskæftigelses- og socialområdet	8
Det tekniske område	7

De decentrale ledere er fordelt på arbejdspladser af varierende størrelse, fra 8 til knap 300 ansatte.



Det kvalitative datagrundlag

Den kvalitative dataindsamling er foregået i ti kommuner og to regioner. Som tidligere nævnt består den kvalitative undersøgelse af tre dele:

- Analyse af data fra seks kommuner, hvor den kvalitative undersøgelse supplerer den kvantitative del.
- Analyse af data fra fire kommuner og to regioner, hvor der alene er foretaget en kvalitativ undersøgelse.
- Analyse af fokusgruppeinterviews med hhv. afskedigede og fastholdte medarbejdere.

Den kvalitative undersøgelse belyser, hvilke praksiser der ligger bag forskellige fastholdelses- og afskedigelsesmønstre. Og den skal afdække, hvorfor og hvornår sygdomsforløb fører til afskedigelse, henholdsvis hvorfor og hvornår det ikke gør.

Udover de erfaringer, der baseres på konkrete sager, afdækker undersøgelsen også, hvad der generelt gøres i kommuner og regioner for at forebygge og nedbringe sygefraværet. På dette niveau tales der overordnet om kommunens eller regionens arbejde med at forebygge og nedbringe sygefraværet.

Datatyper

Den kvalitative del af undersøgelsen er baseret på:

Interviews på centralt niveau

- Der er gennemført ét fælles interview i hver af de ti deltagende kommuner og de to regioner med personalechefen samt næstformanden i hovedMED om de overordnede politikker, procedurer og initiativer for nedbringelse af sygefravær, fastholdelse og afskedigelse af medarbejdere samt forebyggelsestiltag.

Interviews på decentralt niveau

- Derudover er der gennemført ét fælles interview i hver af de ti kommuner og to regioner med en af de medvirkende decentrale ledere samt tillidsrepræsentanter på området om praksis og procedurer i forbindelse med sygefraværforløb. Der er blandt andet taget udgangspunkt i de forløb, der har været i undersøgelsesperioden, såvel afskedigelsesforløb som fastholdelsesforløb.

Fokusgruppeinterviews

- Endelig er der gennemført to fokusgruppeinterviews med medarbejdere, der er blevet fastholdt på arbejdspladsen samt ét fokusgruppeinterview med medarbejdere, der er blevet afskediget som følge af sygdom. Fokus i disse interviews har været deltagernes egne oplevelser af, hvordan arbejdspladsen har håndteret sygefraværforløbet generelt, hvordan fastholdelsestiltagene er kommet i stand og hvordan afskedigelsesprocessen har forløbet.



Interviewene med de fastholdte medarbejdere er foretaget hos to forskellige kommuner med henholdsvis fire og ni deltagere med forskellige faglige baggrunde og arbejdsmæssige funktioner.

Interviewet med de afskedigede personer er foretaget hos en enkelt kommune med fire deltagere – ligeledes med forskellige faglige baggrunde og arbejdsmæssige funktioner.

Datamængde

DISCUS har i alt foretaget følgende interviews i forbindelse med undersøgelsen:

- 12 interviews på centralt niveau med personalechef og næstformand i HovedMED
- 12 interviews på decentralt niveau med decentral leder og TR
- 2 gruppeinterviews med medarbejdere om fastholdelsestiltag
- 1 gruppeinterview med medarbejdere om afskedigelse

De decentrale ledere

De interviewede decentrale ledere i kommuner og regioner kommer fra følgende områder: ældre, det sociale, det tekniske, børne, køkken og skoleområdet.

Den nærmere fordeling er:

Type af Arbejdsplads	Antal
Misbrugscenter	1
Driftsafdeling	1
Dagpleje/daginstitution	3
Specialinstitution	2
Skole	2
Plejhjem/center	2
Køkken	1

De 12 interviewede decentrale ledere beskæftiger i alt ca. 1.463 fuldtidsmedarbejdere.

Medarbejderne

De interviewede fra fokusgruppeinterviews kommer fra følgende områder: dagpleje, børn, teknik og administration herunder IT-funktion. I alt har 17 personer deltaget i fokusgruppeinterviews – heraf 4 personer vedrørende afskedigelse og 13 personer vedrørende fastholdelse.

Hos de afskedigede personer har årsagerne til afskedigelse været diskusprolaps, psoriasisgigt og anden form for fysisk nedslidning. Hos de fastholdte personer har sygefraværet været forårsaget af bl.a. diskusprolaps, depression, idrætsskade, cancer og fysisk nedslidning generelt.



Metodiske forbehold og problemstillinger

I forbindelse med behandlingen og analysen af de kvantitative data skal der gøres opmærksom på visse metodiske forbehold og problemstillinger i undersøgelsen.

Sammenligning med 1997 undersøgelse om afskedigelse på grund af sygdom

Et af opdragene i nærværende undersøgelse har været at foretage, hvor det er muligt, sammenligninger på såvel datagrundlag som konklusioner med den tidligere gennemførte undersøgelse fra 1997 om afskedigelse grundet i sygdom. Fokus i denne undersøgelse var kommuners og amters anvendelse af reglen om forkortet varsel ved afskedigelse (120-dages reglen). Sammenligningen er sket på følgende to områder:

- For det første er der implicit taget højde for sammenligningen mellem de to undersøgelser via den metodiske struktur, således at der i 2007-undersøgelsens kvantitative del er inddraget spørgsmål fra 1997-undersøgelsen. Dette er især gældende for spørgeskemaet om afskedigelse, men forekommer også i mindre grad i spørgeskemaerne om indsats i sygefraværsløb og om fastholdelsestiltag. Det vil ikke fremgå i de kvantitative afsnit, hvilke spørgsmål, der er taget fra 1997-undersøgelsen.
- For det andet foretages der en sammenligning af hovedkonklusionerne mellem de to undersøgelser – herunder ligheder og variationer på en række områder. Disse indgår i et selvstændigt afsnit.

Rent metodisk skal der tages visse forbehold i sammenligningen af datagrundlag mellem 2007-undersøgelsen og undersøgelsen fra 1997.

Begge undersøgelser bygger på både kvantitative (spørgeskemaer) og kvalitative data (interviews med centrale personer), men datagrundlaget og undersøgelsesområderne er forskellige.

Nedenstående skema viser hovedtrækkene i den metodiske opbygning af de to undersøgelser.

	1997 Undersøgelse	2007 Undersøgelse
<i>Kvantitativ del</i>		
Respondenter	260 kommuner og 14 amter (den centrale personaleenheder)	6 kommuner (de centrale personaleenheder samt 60 decentrale ledere)
Antal besvarelser	2.606	1.137 i alt. 282 om afskedigelse, 699 om fastholdelse, 156 om indsats ved sygefravær.
Emne	Afskedigelse på grund af sygdom	Tre temaer: Afskedigelse begrundet i sygdom, fastholdelsestiltag og indsats ifbm. sygefraværsløb (de-



<i>Kvalitativ del</i>		
Respondenter	Leder- og medarbejderrepræsentanter i HSU samt ledere og TR på forskellige arbejdsområder	Centrale personalechefer og næstformænd i HovedMED samt decentrale ledere og TR på forskellige arbejdsområder.
Antal	45 dybdeinterviews med 8 kommuner og 2 amter	24 dybdeinterviews: 12 centralt og 12 decentralt i 10 kommuner og 2 regioner
Emne	Kompetenceforhold v. afskedigelse, fastholdelsesindsats, inddragelse af arbejdsplads og faglige organisationer samt årsager til sygefravær	Afskedigelsespolitik – og procedurer. Fastholdelsestiltag. Decentrale sygefraværsprocedurer og indsats. Forebyggelse.

I den kvantitative del af 2007-undersøgelsen er der kun medtaget få kommuner, og undersøgelsen har derfor ikke samme repræsentative validitet som 1997-undersøgelsen, hvor alle amter og de fleste af landets kommuner har deltaget, og hvor der derfor kan siges noget om landstendenser.

På den kvalitative del er der store ligheder mellem de to undersøgelser med dybdegående interviews på forskellige typer af arbejdspladser og på forskellige niveauer.

Forskelle på kommunernes registreringspraksis

Blandt de seks kommuner, som er medtaget i den kvantitative del af undersøgelsen, er der forskel på, hvor mange sager den enkelte kommune har registreret på hhv. afskedigelse, fastholdelse og indsats i sygefraværsforløbet. Nogle kommuner har registreret en del mere end andre kommuner (på fx fastholdelsestiltag) – også når størrelsesforholdet mellem kommunerne er taget i betragtning. En kommune har slet ikke registreret de formelle fastholdelsestiltag, da de ikke havde adgang til disse data i undersøgelsesperioden.

Forskellen i antallet af udfyldte skemaer betyder derfor også, at nogle kommuner statistisk set er stærkere repræsenteret end andre på den enkelte type registrering. Det kan give en vis statistisk usikkerhed de nævnte data.



Nedenstående skema illustrerer, hvorledes fordelingen i antallet af registrerede sager er blandt de seks kommuner fordelt på de tre typer registrering.

Kommuner	Afskedigelse (skema 1)	Fastholdelse (skema 2)	Sygefraværsløb (skema 3)
Frederiksværk- Hundested	55	0	14
Gentofte	14	33	13
Kolding	51	147	16
Odense	82	278	35
Randers	53	211	42
Slagelse	27	30	36
I alt	282	699	156

Det har været en grundlæggende præmis i undersøgelsen, at kommunerne (de centrale og decentrale respondenter) selv har været ansvarlige for registrering af de nødvendige kvantitative data, og at der på forhånd måtte forventes store forskelle på, hvor meget kommunerne registrerede.

Undersøgelsens formål er at viderebringe de samlede resultater af de registreringer, som kommunerne har foretaget. I gennemgangen af det kvantitative data-materiale hos de seks kommuner, er der således ikke taget særlige hensyn til de mange forskelle, der måtte være mellem kommunerne i forbindelse med registreringen.

Der skal desuden gøres opmærksom på, at de decentrale lederes registreringsvolumen ikke kun er betinget af "registreringsdisciplinen" hos den enkelte respondent, men også til dels af størrelsen på respondentens arbejdsplads. Flere decentrale ledere har gjort opmærksom på, at de i registreringsperioden ikke har haft sygefraværssager, og at de derfor ikke har foretaget nogen registreringer. Der har på websiden ikke været en funktion, der har givet respondenterne mulighed for at gøre opmærksom på dette faktum.

Registreringen af de kvantitative data – forskelle på centralt og decentralt niveau

Registreringen af de kvantitative data på hhv. de centrale registreringssager (*afskedigelse på grund af sygefravær* (skema 1) og *fastholdelsessager* (skema 2) og de decentrale sager (*sygefraværsløb* (skema 3) er sket på forskellig vis.

- På det *centrale niveau* er registreringen sket *retrospektivt* – forstået således, at de forløb (afskedigelse og fastholdelse), som de centrale personaleenheder har registreret, er afsluttede/lukkede forløb, og at der derfor er svaret på samtlige spørgsmål. Det betyder, at svarprocenten er den samme i samtlige spørgsmål, hvilket gør den statistiske validitet konstant. Undersøgelsen kan her beskrive *resultatet* af et sygefraværsløbet – dvs. antallet af registrerede sager på hhv. afskedigelse grundet sygdom og anvendelse af formelle fastholdelsestiltag.



- På det *decentrale niveau* er registreringen sket *prospektivt* – forstået således, at de forløb, som de decentrale ledere har registreret, er sket løbende i en proces, hvor den enkelte respondent har påbegyndt en registrering, når der har været foretaget en sygefraværssamtale. Derefter er der foretaget tilføjelser i registreringen, når der er sket noget nyt i det enkelte sygefraværsløb.

Hvornår registreringerne så er sket ifht. til den eksakte hændelse, varierer fra sag til sag. Men det betyder, at alle sygefraværsløb er påbegyndt registreret på vidt forskellige tidspunkter i registreringsperioden fra 1. april til 1. oktober (fx også i slutningen af perioden), og at der derfor også er registrerede sygefraværsløb, hvor der ikke er svaret på alle spørgsmål grundet registreringsperiodens ophør. Sygefraværsløbet kan med andre ord være fortsat udover registreringsperiodens ophør. Undersøgelsen kan her beskrive *processen* i sygefraværsløbet.

Det har en betydning for analysen af de kvantitative data på det decentrale niveau, eftersom svarprocenten ikke er den samme i alle spørgsmål og den statistiske validitet derfor ikke vil være konstant. Dette giver en statistisk svaghed i undersøgelsen, men er uundgåeligt, når der er fokus på selve sygefraværprocessen. Jo længere frem i sygefraværprocessen de kvantitative data lægges, jo færre svar vil der være, og jo større forbehold må der tages, når det gælder validiteten.

Af samme årsag vil der under gennemgangen af de specifikke kvantitative data også blive gjort opmærksom på antallet af besvarelser, således at læseren har en klar fornemmelse af, hvor mange besvarelser det drejer sig om, når svarene angives.

Repræsentation på det decentrale niveau

På grund af den store forskel i de decentrale arbejdspladser størrelse og organisering har det oftest været forskellige type decentrale ledere, der har foretaget de elektroniske indberetninger af data i spørgeskemaerne.

På større arbejdspladser har det ofte været de lokale afdelingsledere (team eller gruppeledere), der har indregistreret data, da det som regel er disse, der har afholdt første sygefraværssamtale med medarbejderne (i stedet for den øverste leder). Da de lokale ledere ofte dækker et mindre udsnit af arbejdspladsen eller dækker bestemte faggrupper, kan det betyde, at de elektroniske indmeldinger fra de lokale ledere ikke nødvendigvis er repræsentative for hele arbejdspladsen.

På mindre arbejdspladser har det derimod været den øverste leder, der har udfyldt spørgeskemaet, og alle faggrupper har derfor været inddraget ved den elektroniske registrering.



BILAG 1

Af rapportering fra forundersøgelse - februar 2007

Formål

Af projektbeskrivelsen fremgår det, at forundersøgelsen skal forberede såvel den kvantitative som den kvalitative undersøgelse.

Forundersøgelsen skal sikre, at der opnås større viden om, hvordan kommuners og regioners administrative procedurer er ved sygefravær og fastholdelsestiltag, og hvordan det er muligt i den kvantitative undersøgelse at indhente de relevante oplysninger parterne ønsker.

Forundersøgelsen skal også bidrage med viden om praksis på området, således at den kvalitative undersøgelses dataindsamling tilrettelægges bedst muligt.

Endvidere skal den klarlægge, hvad der skal til, for at regionerne og kommunerne vil deltage og medvirke aktivt på både forvaltningsniveau og institutionsniveau. En central del af forundersøgelsens formål vil være en forventningsafstemning mellem de centrale parter og regionerne og kommunerne.

Indhold

Ifølge projektbeskrivelsen skal forundersøgelsen belyse følgende:

- A. Hvilke data har kommuner og regioner inden for temaet forebyggelse og nedbringelse af sygefravær, samt fastholdelse og/ eller afskedigelse i forbindelse med længerevarende sygdom?
- B. Hvem har disse informationer?
- C. Hvordan håndteres disse informationer?
- D. Hvordan skal designet tilrettelægges, så disse informationer indsamles på en enkel måde?
- E. Er der behov for justeringer i forhold til det design, projektledelsen skitserer?
- F. Hvordan kan kommuner og regioners aktive medvirken sikres?

Derudover skal forundersøgelsen belyse, hvordan regionernes og kommunernes muligheder er for administrativt enkelt at svare på de spørgsmål, som skal belyses via den kvantitative undersøgelse. Og ikke mindst afdække, hvordan det kan lade sig gøre at sammenholde data fra alle de medvirkende kommuner og regioner.

Af rapportering

DISCUS har udført interviews i fem kommuner og to regioner, udvalgt af projektledelsen:

- Silkeborg kommune
- Kolding kommune
- Gentofte kommune
- Glostrup kommune
- Frederiksværk-Hundested kommune
- region Nordjylland
- region Syddanmark



Der er gennemført to interviews hos hver enhed; ét med centraladministrationen (med deltagelse af personalechef eller personalekonsulent og lønafdeling) samt ét med en decentral leder.

For at opnå en bred viden om den konkrete håndtering af sygefravær har vi i udvælgelsen af decentrale ledere til interviews søgt en spredning på sektorer/forvaltningsområder.

I regionerne er der interviewet ledere fra de to personaletunge områder

- sygehusområdet og
- institutionsområdet.

I kommunerne er der interviewet ledere fra fire kerneområder

- ældreområdet (2 kommuner)
- børnepasningsområdet (1 kommune)
- skoleområdet (1 kommune) og fra
- teknisk forvaltning (1 kommune).

De centrale interviews blev gennemført efter den aftalte spørgeguideønske omkring undersøgelsens tre emner: afskedigelse ifbm. sygefravær, fastholdelse og forebyggelse. Derudover blev der stillet spørgsmål vedr. det generelle sygefravær, håndtering af dette m.v..

De decentrale interviews blev gennemført som et supplement til de decentrale interviews med udgangspunkt i en tilpasset spørgeguide om de samme emner.

Generelt omkring sygefravær i de centrale og decentrale enheder

- Der er stort fokus på sygefraværet og på at fastholde sygemeldte medarbejdere. Et ekstra incitament er, at man i flere kommuner har fået vanskeliggere ved at rekruttere medarbejdere især til ældreområdet.
- Sygefraværstatistik opgøres generelt på diverse persondata samt på faggrupper, institutioner/forvaltninger eller sektorer, på stillingsbetegnelse og til dels på overenskomstgrupper.
- Der indrapporteres til og anvendes forskellige databaser på sygefravær: KMD, Matrix, Silkeborg Data, Datawarehouse, KFFA (Hovedstadsområdet).
- Hovedparten af de adspurgte er i gang med at udarbejde af nye politikker på personaleområdet - herunder sygefravær (især de nye regioner og sammenlægningskommunerne), hvorfor der er en vis usikkerhed omkring fremtidig registrering og data på sygefravær. Der kan i løbet af 2007 komme ændrede procedurer vedr. håndtering af sygefravær ifbm. implementering af de nye politikker og medfølgende retningslinjer.
- Data på sygefravær indberettes hovedsageligt fra de decentrale enheder til den centrale personaleenhed på forskellig elektronisk vis. Nogle steder får de decentrale enheder derefter oversigter tilsendt fra den centrale per-



sonaleenhed fx kvartalsvis. Andre steder bruges en fælles database, hvor både centrale og decentrale enheder løbende kan gå ind og se sygefravær.

- Der er forskellige tilgange til detaljeringen af sygefraværsprocedurer (ang. definition af kortere/længerevarende sygefravær, ang. bestemte tidsrammer for afholdelse af sygefraværssamtaler, for brug af personalekonsulenter etc.). En enkelt kommune udarbejder p.t. en værdibaseret politik, hvorfor det vil være op til den enkelte leder at vurdere, hvordan sygefravær skal håndteres, og fx hvornår der afholdes en samtale. En anden kommune arbejder meget målrettet med lederudvikling som et værn mod (for højt) sygefravær; flere kommuner ser kompetente ledere som et vigtigt led i forebyggelse af sygefravær.
- Indhentning af lægeerklæring varierer.
- Flere opererer med sondring mellem kortere- og længerevarende sygdom ved 14 dage. Dette varierer dog en del – også om der er tale om sammenhængende sygefraværsdage eller flere fraværperioder over en given tid.

Afskedigelser ifbm. sygdom

- I de centrale personaleenheder findes valide data på alle afskedigelser ifbm. sygdom. I sagen findes både referat på diverse samtaler og en række data, sagen tilgår den centrale personaleafdeling ifbm. afskedigelse. Sygdommens karakter registreres ikke. (se skema 1 for, hvad der registreres).
- Afskedigelser er *altid* et udslag af konkret og meget individuelt skøn. Centralt vedtagne retningslinjer og politikker følges, men tilpasses altid det konkrete sygdomsforløb (se skema 2 for procedurer).
- Årsager til afskedigelser varierer meget; fysiske skavanker primært som følge af nedslidning samt psykiske årsager fylder mest.
- Der er stort fokus på at undgå afskedigelser, men hvis alle tiltag er foretaget, og der ikke er udsigt til, at den sygemeldte vender tilbage til arbejdspladsen, indledes der en afskedigelsesproces. De fleste adspurgte undlader dog afskedigelser i terminalfasen.
- Beslutning om afskedigelse er hovedsagelig et samspil mellem decentral leder og central personaleenhed, hvor førstnævnte giver indstilling og begrundelse for afskedigelse. Den centrale enhed vurderer herefter sagen formelt og juridisk. Beslutningskompetencen varierer – men i sidste ende er det personaleafdelingens (dog ikke altid de facto).
- Ressourcemangel, budgetter og arbejdspress på kolleger kan spille en rolle i forbindelse med afskedigelse – ikke mindst hos de decentrale ledere.



Den centrale enhed pointerer flere steder, at de undertiden tager rollen som 'medarbejderens advokat' og forsøger at holdningspåvirke nogle af decentrale ledere.

- *Det er muligt (via udfyldelse af et spørgeskema) at registrere alle afskedigelsesager hos de medvirkende kommuner/regioner i en periode på fx ½ år, og at registrere persondata og en række data vedr. forløbet op til afskedigelsen (fx anvendte fastholdelsesredskaber (se designforslag)).*

Fastholdelse

- De decentrale adspurgte ledere/arbejdspladser bruger mange forskellige fastholdelsestiltag i hverdagen. De mere formelle tiltag registreres i forskellig grad (se skema 1), men der er en underskov af mangfoldige fastholdelsestiltag, der på ingen måde registreres. Der er store gråzoner mellem daglig trivsel, fastholdelse og forebyggelse.
- Der er stor opmærksomhed på, at dialogen/processen med den sygemeldte foregår i åbent og i en positiv tone, og at de mere formelle tiltag (diverse samtaler) også foregår på denne måde. Hvis den sygemeldte ikke kontakter eller reagerer på kontaktforsøg fra arbejdspladsen, sættes den mere formelle mine på (påbud, advarsel etc.).
- Løbende (social) kontakt til arbejdspladsen under sygeforløbet er af vital betydning – både for arbejdspladsen og for den sygemeldte selv. Kontakten tilpasses det enkelte sygdomsforløb, fx er der forskel på, om årsagen er et brækket ben eller en livstruende sygdom.
- Udover det længerevarende fravær kigger lederne også på mønstre i fraværet (klatfravær bl.a.) og tager hurtigere fat i den sygemeldte. Dette betragtes ikke nødvendigvis som et fastholdelsestiltag, men mere som en drifts-/lederopgave mht. medarbejdertrivsel. Der slås hårdt ned på fravær, der skyldes dårlig arbejdsdisciplin ('pjæk'). Her er kollegernes tolerance også meget lav.
- Kontaktsamtaler ved længerevarende eller periodevist sygefravær falder typisk i 2 omgange:
 - 1. samtale, hvor der diskuteres årsager til sygefravær, tiltag, perspektiver og aftaler.
 - 2. samtale inddrager også gerne andre parter som TR, fagforening, læge, sikkerhedsrepræsentant og sygedagpengesagsbehandler.
 - Nogle bruger en 3. samtale (en tjenestlig samtale med påbud, advarsel og varsling om afskedigelse).(se skema 2 for procedurer).
- Samtalerne har forskellige navne i de forskellige kommuner/regioner. 1. samtale fx trivselssamtaler, nærværssamtaler, sundhedssamtaler. 2. samtale fx rundbordsamtalen.



- Kontaktsamtaler varetages af enten institutionsleder eller afdelingsleder. Der er dialog herom i lederkredsen. Der er forskel på, hvornår samtalen tages, samt hvornår den centrale enhed inddrages i forløbet (som regel først ved afskedigelse, nogle steder dog allerede ved 2. samtale). Der tages referat af kontaktsamtaler til sagen (notatpligt), men de registreres ikke centralt.
- Der er på arbejdspladsen ofte dialog med de sygemeldte – både før og mellem de mere formelle samtaler. Dette for at sikre kontakten til den sygemeldte og allerede på et tidligt tidspunkt etablere fastholdelsestiltag. Kollegers kontakt til den sygemeldte er i denne forbindelse særdeles vigtig.
- *De centrale enheder vil kunne levere data (via udfyldelse af et spørgeskema) vedr. brugen af tre formelle fastholdelsestiltag i en periode fx på ½ år: delvis rask/sygemelding, § 56 aftaler samt etablering af fastholdelsesfleksjob. Der vil kunne leveres persondata på alle tre typer sager (se skema 1).*

De centrale enheder vil ikke kunne levere data vedr. kontaktsamtaler eller den underskov af fastholdelsestiltag, der foregår før og efter samtalerne. De ønsker ikke at medvirke i undersøgelsen, hvis alle deres decentrale ledere skal registrere disse tiltag. Det er ikke muligt at gennemføre.

Men de vurderer - sammenfaldende med de decentrale ledere - at udvalgte decentrale ledere/arbejdspladser over en periode på fx ½ år vil (via udfyldelse af et spørgeskema) kunne registrere antallet af 1. og 2. samtaler ifbm. sygemeldinger samt de formelle og mere uformelle fastholdelsestiltag som følge af samtalerne. De siger samstemmende, at det kunne være en interessant og relevant viden at få som kommune/region.

Den kvantitative viden vil kunne suppleres kvalitativt med interviews på arbejdspladserne.

Forebyggelse

- Centralt er der generelt udarbejdet diverse politikker på forebyggelsesområdet; herunder specialpolitikker (senior-, volds-, alkohol-, løfte-, sundheds- etc.) samt mere overordnede personale- og trivselspolitikker. Nogle har deciderede indsatsområder.
- Formålet med forebyggelsen er generelt at sænke sygefraværet og øge trivslen samt gøre arbejdspladsen mere attraktiv.
- Arbejdsmiljølovgivningen er fuldt ud implementeret alle steder.
- De centrale enheder har oftest forebyggelsestilbud, som alle ansatte kan benytte sig af. Det kan være psykolog, ergo- og fysioterapeut, motion etc. Disse tilbud kan også være til stede decentralt – alt afhængig af arbejdspladsens størrelse. Nogle af de adspurgte har en sundhedsordning.



- Decentralt er der variation i forebyggelsestiltag. Men dog stort fokus på sociale arrangementer som en vigtig del af den almene trivsel og forebyggelse på arbejdspladsen; herunder personaleklubber, andre sociale arrangementer, tilbud om motion, kost, massage, sundhed, kurser o.a..
- Visse af de interviewede har foretaget analyser af nær-ved-ulykker.
- *Der findes ingen kvantitative data på forebyggelse, og det er ikke muligt at registrere forebyggelsestiltag i en periode. Al viden om dette område vil være kvalitativ.*

(Dog vil det være muligt, hvis en gruppe decentrale ledere bliver bedt om at udfylde et spørgeskema vedr. fx kontaktsamtaler i sygefraværsløb og fastholdelsestiltag at spørge til, om arbejdspladsen har fx tilbud om motion, sund kost (frugt, sund kantine) o.a. konkrete tiltag. Spørgsmålet er blot, om det vil bidrage til større viden på området.)