

# HÅLLBAR ARBETSHÄLSA I KOMMUNER OCH LANDSTING

## HAKUL

---

Arbetsvillkor, arbetshälsa och livsstil

Lägesrapport i december 2002



KAROLINSKA INSTITUTET  
INSTITUTIONEN FÖR KLINISK NEUROVETENSKAP  
SEKTIONEN FÖR PERSONSKADEPREVENTION

## AVSNITT 1 - BESKRIVNING AV PROJEKTET<sup>1</sup>

### HAKuL-PROJEKTET

Den övergripande målsättningen med projektet Hållbar Arbetshälsa i Kommuner och Landsting (HAKuL-projektet) är att identifiera faktorer, som stärker den framtida hållbara arbetshälsan och det långsiktiga välbefinnandet för anställda inom kommuner och landsting samt att implementera och stödja tidig rehabilitering av de med sviktande arbetsförmåga.

Den första lägesrapporten från HAKuL-projektet hade som syfte att ge en beskrivning av hälsa och arbetsvillkor hos de anställda i kommuner och landsting samt ge exempel på primärpreventiva åtgärder och rehabiliteringsinsatser som startats. Denna rapport beskriver förändringar i självrapporterad hälsa, arbetsvillkor och livsstil för de anställda som deltar i projektet. I ytterligare rapporter ges en beskrivning av det förebyggande arbetet för en hållbar arbetshälsa och det rehabiliteringsarbete som bedrivs i HAKuL. Samtliga rapporter finns tillgängliga på vår hemsida, [www.personskadeprevention.nu/hakul](http://www.personskadeprevention.nu/hakul).

### Studiedesign

Projektet startade 1999 och grunddesignen på studien är att de anställda och arbetsplatserna följs under minst tre år. En bred representation av de verksamheter som finns inom kommuner och landsting ingår liksom en god geografisk spridning.

HAKuL startade med en baslinjemätning i enkätform utarbetad av forskargruppen på Karolinska Institutet. Andelen svarande var 84 procent, 6 246 kvinnor och 1 287 män. Samtliga studiepersoner var i arbete och tillsvidareanställda eller anställda på längre vikariat. Cirka 1,5 år efter den första enkäten ombads de anställda, både nyanställda och de som var med vid baslinjemätningen, att besvara ytterligare ett frågeformulär. Enkäten vid 1,5-års-uppföljningen besvarades av 6 971 personer. Av dessa hade 5 540 personer varit anställda både vid baslinjemätningen och 1,5-årsuppföljningen och besvarat bägge enkäterna. En tredje enkät kommer att skickas ut 3 år efter baslinjemätningen. Se flödesschemat på sidan 2.

Med denna prospektiva design blir det möjligt att upptäcka faktorer i arbetet och även i förhållandet mellan arbete och övriga livet som är risk- respektive friskfaktorer för en individ eller en arbetsplats.

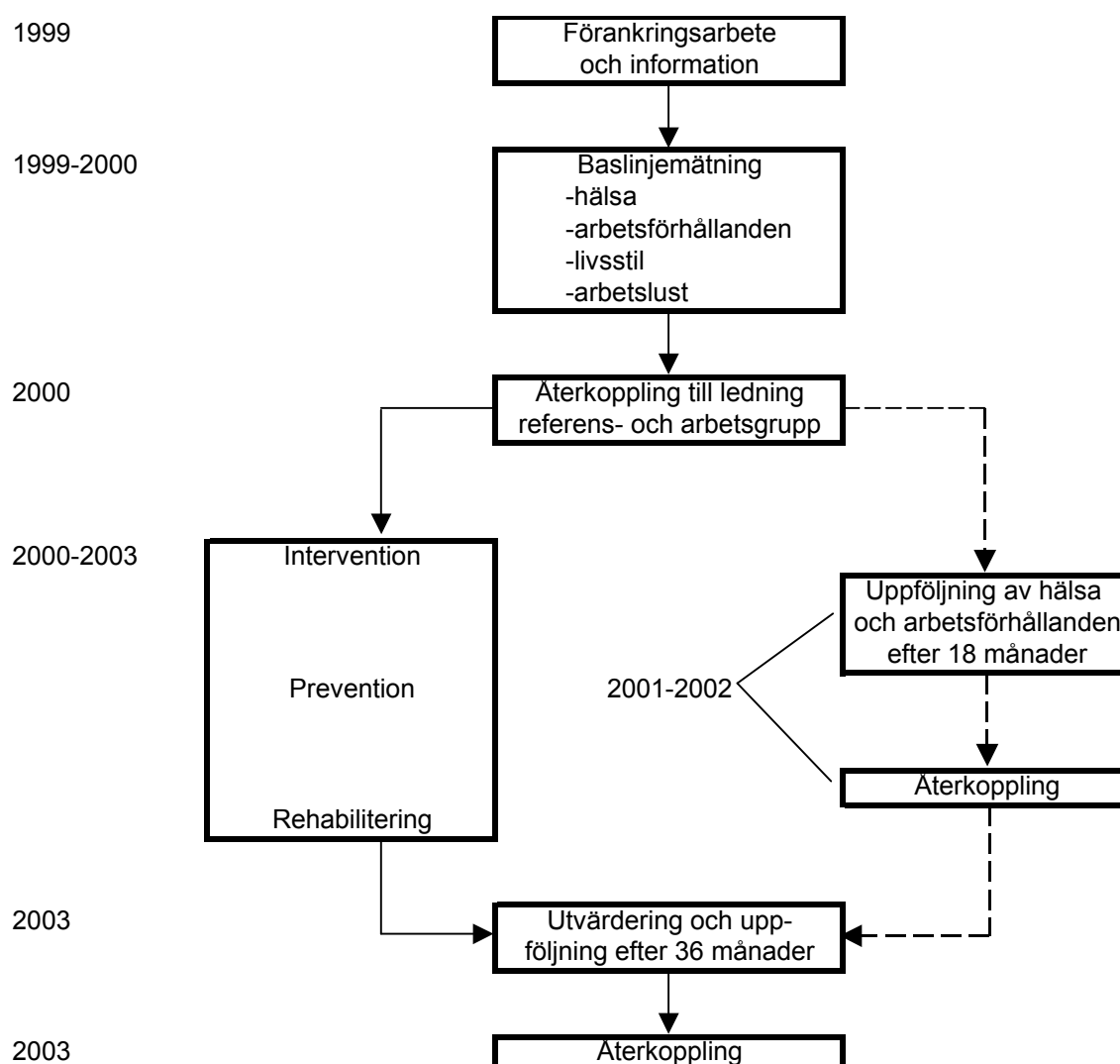
---

<sup>1</sup> Fotnot

Utvecklingsarbetet för bättre arbetsförhållanden och en hållbar arbetshälsa som bedrivs av de deltagande verksamheterna understöds och dokumenteras av forskargruppen på Karolinska Institutet. Utvecklingsarbete ser olika ut i de verksamheter som deltar utifrån vilka problem som finns, vilka resurser som finns och beroende på engagemanget från politiker, ledning och de anställda.

Under hela undersökningstiden, 3 år, insamlas kontinuerligt data på alla i studiegruppen som sjukskrivs 28 dagar. Detta gör det möjligt att följa samband med olika faktorer i och utanför arbetet samt eventuella trender i förändrade sjukskrivningsmönster i samhället. De som blir sjukskrivna 28 dagar eller mer ingår i HAKuL-projektets satsning på tydlig rehabilitering.

### HAKuL:s flödesschema



## Deltagare

Sammantaget deltar sex kommuner och fyra landsting i HAKuL-projektet. I tabell 1:1 presenteras de verksamheter som deltar samt antalet svarande på enkäten vid baslinjemätningen, på enkäten vid 1,5-årsuppföljningen och antalet personer som besvarat bägge enkäterna. Svarsfrekvensen vid 1,5-årsuppföljningen, bland de som arbetade kvar och hade besvarat baslinjeenkäten, var 85 procent. Av de som arbetade både vid baslinjemätningen och vid 1,5-årsuppföljningen har 72 procent besvarat bägge enkäterna, 89 procent har besvarat åtminstone en av enkäterna.

**Tabell 1:1.** Studiegrupp i HAKuL-projektet och svarande på basenkäten och 1,5-års enkäten.

Studiegrupp Anställda i	Antal svarande Baslinjemätningen (Svarsfrekvens%)	Antal svarande 1,5-års uppföljningen (Svarsfrekvens %)	Antal som besvarat bägge enkäterna
<b>Bodens kommun</b> Socialförvaltningen	924 (78%)	720 (67%)	644
<b>Malungs kommun</b> Socialförvaltningen	401 (96%)	351 (82%)	304
<b>Falu kommun</b> Socialförvaltningen, Ett skoldistrikt, Gatuförvaltningen, Kommunservice	940 (90%)	935 (88%)	709
<b>Uppsala kommun</b> Svartbäckens kommundel, Uppsala entreprenad	866 (92%)	668 (72%)	526
<b>Olofströms kommun</b> Alla verksamheter	1 038 (86%)	848 (72%)	739
<b>Lunds kommun</b> Barn och skolenheten norr	885 (83%)	816 (74%)	698
<b>Sunderby sjukhus</b> Kirurgi, Rörelserehab, Vuxenpsykiatri, Radiologi, Sjukhusservice.	811 (85%)	972 (81%)	642
<b>Uppsala landsting</b> Primärvården	637 (83%)	624 (68%)	479
<b>Blekinge landsting</b> Medicin, Psykogeriatrisk, Delar av Tandvården	427 (81%)	413 (76%)	329
<b>Lunds Universitetssjukhus</b> Psykiatridivisionen	604 (81%)	623 (75%)	463
<b>Totalt</b>	<b>7 533</b> <b>(84%)</b>	<b>6 971</b> <b>(75%)</b>	<b>5 540</b>

I rapporten är resultaten på enkätfrågorna redovisade per ort eller uppdelade på de största yrkesgrupperna. I projektet är cirka 120 olika yrkestitlar representerade enligt standard för svensk yrkesklassificering [5]. Personliga assistenter var den yrkesgrupp med det minsta antalet deltagare men som ändå särredovisas. 97 personliga assistenter besvarade enkäten vid baslinjemätningen (tabell 1:2).

**Tabell 1:2.** De yrkesgrupper som är representerade i studien och antal svarande.

Yrke	Antal svarande Baslinje-mätningen	Antal svarande 1,5årsuppföljningen	Antal svarande på bägge enkäterna
<b>Administrativ assistent</b>	132	118	101
<b>Arbeterapeut /Sjukgymnast</b>	147	154	109
<b>Barnskötare</b>	312	291	254
<b>Beteendevetare</b> Här ingår Kurator, Psykolog, Socialsekreterare	219	209	179
<b>Chef</b>	278	270	206
<b>Ekonomibiträde</b>	162	135	114
<b>Förskollärare</b>	509	451	388
<b>Grundskollärare</b>	555	490	427
<b>Hantverkare</b> Här ingår bl.a. Fastighetsskötare Bygg och anläggningsarbetare	181	156	137
<b>Lokalvårdare</b>	216	196	154
<b>Läkare</b>	270	260	196
<b>Läkarsekreterare</b>	189	226	144
<b>Mentalskötare</b> Här ingår även Vårdare	525	521	409
<b>Personlig assistent</b>	97	85	62
<b>Sjuksköterska</b> Här ingår även Distriktssköterska, Barnmorska	931	937	678
<b>Undersköterska</b>	1 024	892	728
<b>Vårdbiträde</b>	856	704	575
<b>Övriga</b> T ex Tekniker, Dietist, Handläggare, Parkarbetare, Behandlingsassistent, Tandsköterska, Biomedicinsk analytiker, Gymnasielärare, Speciallärare	930	876	679
<b>Totalt</b>	<b>7 533</b>	<b>6 971</b>	<b>5 540</b>

Andelen kvinnor, cirka 80 procent, motsvarar könsfördelningen för alla anställda i samtliga kommuner och landsting i Sverige. Av de redovisade yrkesgrupperna var det inom chefsgruppen och bland läkarna en någorlunda jämn könsfördelning. I de övriga yrkesgrupperna var det mindre än 25 procent män, förutom för hantverkarna där över 90 procent var män.

Under projekttiden första del, 1,5 år, har 1 273 personer avslutat sin anställning, 14 procent av de som var anställda vid baslinjemätningen. Av de som avslutade sin anställning var 274 personer 60 år eller äldre.

Inom ramen för HAKuL-projektet och som en del i en EU-finansierad internationell studie (Nurses' Early Exit Study - NEXT) kommer de som avslutat eller kommer att avsluta sin anställning att tillfrågas om varför de slutat, nuvarande sysselsättning och vad som skulle kunna få dem att gå tillbaka till sin tidigare arbetsplats. Frågeformuläret, som är gemensamt för de åtta länder som deltar i NEXT, skickas i Sverige ut till alla som varit anställda inom vård- och omsorgsverksamhet och deltagit i HAKuL-projektet. Bakgrunden till NEXT är att det i så gott som alla EU-länder råder brist på vårdpersonal. Genom att få kunskaper om vad som orsakar att många lämnar sin anställning inom vården kan det också vara möjligt att skapa arbetsförhållanden som ökar förutsättningar för att fler stannar och att göra vårdarbete mer attraktivt på arbetsmarknaden.

Under HAKuL-projektet har 1 566 personer anställts eller fått ändrad organisatorisk tillhörighet så att de innefattas i HAKuL-projektet. Den personalomsättning som varit, innebär att det endast delvis är samma personer som besvarat baslinjeenkäten och enkäten vid 1,5-årsuppföljningen.

Genom att presentera resultat utifrån alla som svarat på enkäterna vid de olika mätningarna, ges två ögonblicksbilder av hälsa och arbetsvillkor för de anställda dels vid baslinjemätningen och dels vid 1,5-årsuppföljningen. Det gör det möjligt att beskriva utvecklingen på de olika arbetsplatserna.

För vissa frågeställningar redovisas endast de som besvarat bägge enkäterna och inte bytt arbetsgivare under projektperioden. När redovisningen grundar sig på de som besvarat bägge enkäterna kan utvecklingen av hälsa och arbetsvillkor för deltagarna i projektet beskrivas.

Det som tolkas som förändringar mellan baslinjemätningen och 1,5-årsuppföljningen, som skillnader mellan verksamheter eller mellan yrkesgrupper, är statistiskt säkerställda. Med statistiskt säkerställt menas här att proportionernas 95-procentiga konfidensintervall inte överlappar varandra, d.v.s. att sannolikheten att skillnaden beror på en osäkerhet i mätningarna är liten. Den statistiska beräkningen utgår dels från skillnadens storlek men också på hur många individer som ingår i den undersökta gruppen. Detta kan innebära att om förändringen var lika stor i en relativt liten yrkesgrupp, t ex läkarsekreterare, som i en yrkesgrupp där ett stort antal ingår i HAKuL, t ex vårdbiträden, tolkas förändringen som statistiskt säkerställd för vårdbiträden men inte för läkarsekreterare.

## AVSNITT 2 – ARBETSFÖRHÅLLANDEN

### ARBETETS BETYDELSE

Yrkesarbete främjar en god hälsa. Vi tillbringar inte den största delen av vår tid på arbetet, men arbetets betydelse för självkänslan, personlig utveckling, sociala kontakter och identiteten är betydligt större än den tid vi ägnar åt yrkesarbete. Det är arbetet som till stor del ger oss vår identitet och vår sociala status i samhället [2,3].

Men förutom att arbete främjar hälsa, innebär många arbeten också risker för hälsan. För att arbetet inte ska orsaka ohälsa bör kraven i arbetet vara i balans med individens förutsättningar. De anställda, både den enskilde och arbetsgrupperna, måste kunna påverka arbetsvillkoren och det bör finnas möjligheter till att utvecklas i arbetet [4].

Under de senaste åren har kraven i arbetslivet ökat med ett högre arbetstempo, mer komplexa och komplicerade arbetsuppgifter och slimmade organisationer som minskar möjligheten till pauser och återhämtning. Inom vård, omsorg och skola har det under de senaste åren ständigt genomförts politiskt initierade förändringar. Syftena med förändringarna har varierat, men förändringar i sig, oberoende om förändringen ger positiva eller negativa konsekvenser, kräver att individen anpassar sig till nya förhållanden. Den egna upplevelsen av förändrade arbetsvillkor påverkas i stor utsträckning av våra tidigare erfarenheter. Bra erfarenheter av stödjande arbetskamrater och överordnade gör det lättare att hantera påfrestningar. Negativa erfarenheter kan leda till att man börjar tvivla på den egna förmågan, vilka möjligheterna till eget inflytande är och hur skicklig man är i sitt arbete. Upprepade dåliga erfarenheter av nedskärningar och omorganisationer, där ekonomiska överväganden framstår som det väsentligaste, gör det svårare att bemästra nya påfrestningar. Anpassning och nya förhållanden innebär en påfrestning som bör mötas med utvecklingsmöjligheter och stöd från omgivningen [2,5].

De frågeformulär som används i HAKuL innefattar frågor med olika infallsvinklar på begreppen belastning i arbetet och individens och arbetsgruppens resurser. När det finns en obalans mellan krav och resurser ökar risken för att vi blir stressade. Långvarig stress har en negativ inverkan både på den fysiska och mentala hälsan [3,5].

### LEDARSKAPET

I en verksamhet där förutsättningarna, både ekonomiska och organisatoriska, ständigt förändras är det av avgörande betydelse att ledningen kan skapa möjligheter för de anställda att hantera de nya krav som ställs i arbetet. Ledarskap som är godtyckligt, som innebär förringande av de underställda och där initiativ från personalen motarbetas, ökar risken för stress och ohälsa. Stöd och uppmuntran från ledningen har visat sig skydda mot ohälsa [2].

En fråga i frågeformulären vid baslinjemätningen och 1,5-årsuppföljningen löd:

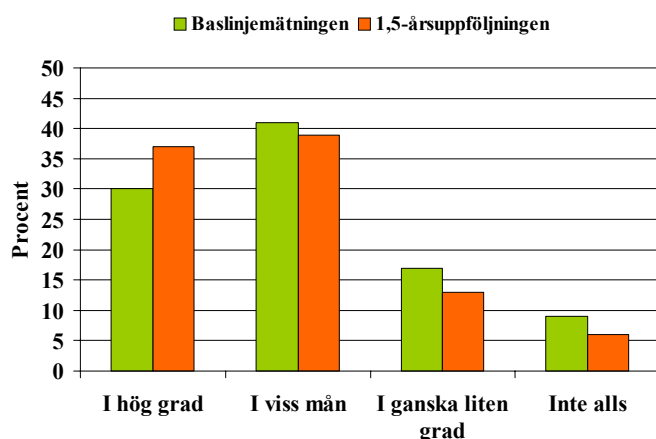
*Upplever du ett i stort sett fungerande ledarskap från din närmaste chef?*

Det fanns fyra svarsalternativ: Inte alls, I ganska liten grad, I viss mån och I hög grad.

Genom att presentera resultat som utgår från alla svarande - de som endast var anställda vid baslinjemätningen, de som nyanställets och de som besvarat bägge enkäterna - ges två ögonblicksbilder av arbetsvillkoren i verksamheten.

Andelen som rapporterade ett i hög grad fungerande ledarskap hade ökat och andelen som rapporterade ett ledarskap som inte alls eller liten grad fungerade hade minskat, när svaren vid 1,5-årsuppföljningen jämfördes med resultaten från baslinjemätningen (figur 2:1). Tendensen var densamma på de flesta orterna (tabell 2:1).

### Upplever Du ett fungerande ledarskap från närmaste chef?



**Figur 2:1.** Resultaten utgår från alla som besvarat enkäten vid baslinjemätningen respektive alla som besvarat enkäten vid 1,5-årsuppföljningen.



**Tabell 2:1.** Ett i hög grad fungerande ledarskap från närmaste chef. Resultaten utgår från alla som besvarat enkäten vid baslinjemätningen respektive alla som besvarat enkäten vid 1,5-årsuppföljningen. \* innebär att ökningen mellan baslinjemätningen och 1,5-årsuppföljningen var statistiskt säkerställd.

Studiegrupp Anställda i	Ett i hög grad fungerande ledarskap		
	Baslinje-undersökningen	1,5 –års uppföljningen	Skillnad Baslinjemätningen och 1.5-årsuppföljningen
Bodens kommun	26%	26%	0%
Malungs kommun	28%	36%	+ 8%
Falu kommun	28%	38%	+ 10%*
Uppsala kommun	27%	34%	+ 7%
Olofströms kommun	28%	36%	+ 8%*
Lunds kommun	33%	42%	+ 9%*
Sunderby sjukhus	38%	41%	+ 3%
Uppsala landsting	36%	35%	- 1%
Blekinge landsting	29%	33%	+ 4%
Lunds Universitetssjukhus	33%	44%	+ 9%*
<b>Totalt</b>	<b>31%</b>	<b>36%</b>	<b>+ 5%*</b>

Alla yrkesgrupper som var anställda i verksamheterna deltog i HAKuL och det utvecklingsarbete och de diskussioner som har bedrivits har till största del varit knutet till arbetsplatsen och inte till olika yrkeskategorier. Arbetsplatsmöten och planeringsdagar med utgångspunkt från resultaten i HAKuL-enkäterna har uppmuntrats av projektledningen. Det flesta arbetsgrupper består av olika yrkeskategorier, men det finns också mer homogena arbetsgrupper, såsom t ex läkarsekreterare, som oftast arbetar i en gemensam arbetsgrupp.

Utvecklingen sedan baslinjemätningen ser olika ut för de olika yrkesgrupperna. För de flesta yrkesgrupper var det fler som vid 1,5-årsuppföljningen upplevde ett i hög grad fungerande ledarskap än vid baslinjemätningen (tabell 2:2).

**Tabell 2:2.** Andel med ett i hög grad fungerande ledarskap vid baslinjemätningen, vid 1,5-årsuppföljningen och skillnad i andelens storlek mellan baslinjemätningen och 1,5-årsuppföljningen. Resultaten utgår från alla som besvarat enkäten vid baslinjemätningen respektive alla som besvarat enkäten vid 1,5-årsuppföljningen.\* innebär att ökningen mellan baslinjemätningen och 1,5-årsuppföljningen är statistiskt säkerställd.

Yrkestitel	Ett i hög grad fungerande ledarskap		
	Baslinjemätningen	Vid 1,5-årsuppföljningen	Skillnad baslinjemätningen och 1,5-årsuppföljningen
Administrativ assistent	33%	50%	+ 17%*
Arbeterapeut /Sjukgymnast	31%	43%	+ 12%*
Barnskötare	40%	41%	+ 1%
Beteendevetare	23%	34%	+ 9%
Chef	35%	43%	8%*
Ekonomibiträde	32%	40%	+ 8%
Förskollärare	26%	37%	+ 11%*
Grundskollärare	31%	41%	+ 10%*
Hantverkare	27%	32%	+ 5%
Lokalvårdare	31%	39%	+ 8%
Läkare	36%	36%	0%
Läkarsekreterare	32%	41%	+ 9%
Mentalskötare	32%	38%	+ 6%
Personlig assistent	34%	35%	+ 1%
Sjuksköterska	35%	38%	+ 3%
Undersköterska	27%	28%	+ 1%
Vårdbiträde	21%	32%	+ 11%*
Övriga	35%	40%	+ 5%
<b>Totalt</b>	<b>31%</b>	<b>37%</b>	<b>+ 6%*</b>

Andelen som rapporterade ett i hög grad fungerande ledarskap hade ökat mest bland administrativa assistenter.

I baslinjemätningen var ett i hög grad fungerande ledarskap vanligast bland barnsköterskorna och andelen hade inte förändrats vid 1,5-årsuppföljningen. För förskollärare och grundskollärare var det en tydlig ökning av andelen som rapporterade ett i hög grad fungerande ledarskap.

Även för vårdbiträden, som jämfört med andra yrkesgrupper vid baslinjemätningen hade en liten andel med ett i hög grad fungerande ledarskap, var ökningen tydlig vid 1,5-årsuppföljningen.

För undersköterskorna är utvecklingen inte lika positiv. Det var i jämförelse med den totala andelen en låg andel av undersköterskorna som upplevde ett i hög grad fungerande ledarskap vid baslinjemätningen och andelen hade inte ökat vid 1,5-årsuppföljningen.

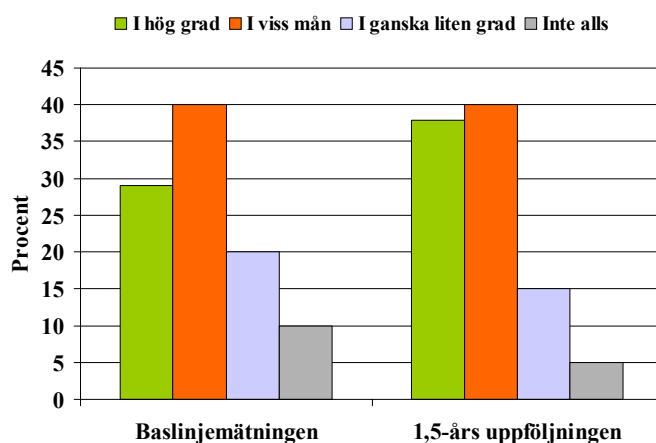
Det fanns en skillnad både i baslinjemätningen och vid 1,5-årsuppföljningen mellan undersköterskor anställda i landstingsverksamhet jämfört de anställda i kommunerna. För undersköterskorna inom kommunen var andelen som upplevde ett fungerande ledarskap runt 20 procent, för undersköterskorna i landstinget var andelen runt 40 procent.

Av de som besvarade enkäterna hade 4 procent en yrkestitel innefattande ordet ”chef” och cirka 40 procent av cheferna rapporterade ett i hög grad fungerande ledarskap. Andelen hade inte förändrats under projekttiden. Totalt av de svarande uppgav cirka en tredjedel att det ingick personalledning i deras arbetsuppgifter. Inte heller i den gruppen var det någon påtaglig ökning av andelen som rapporterade ett i hög grad fungerande ledarskap.

## UPPSKATTNING FRÅN ÖVERORDNADE

Andelen som rapporterade att de kände att deras arbetsinsatser i hög grad uppskattades av överordnade hade ökat från 29 procent vid baslinjemätningen till 38 procent vid 1,5-årsuppföljningen (figur 2:2). I stort sett samma andel och samma ökning som för upplevelsen av ett fungerande ledarskap.

### Uppskattas dina arbetsinsatser av överordnade?



**Figur 2:2.** Resultaten utgår från alla som besvarat enkäten vid baslinjemätningen respektive alla som besvarat enkäten vid 1,5-årsuppföljningen.

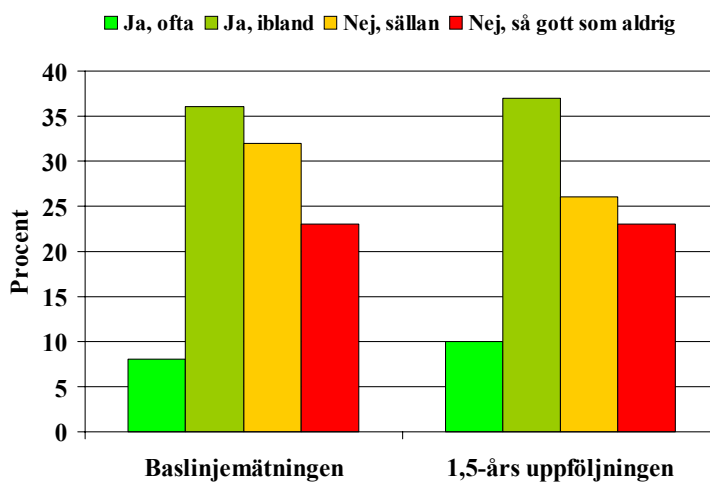
Störst ökning av andelen som uppgav att arbetsinsatserna uppskattades i hög grad återfanns bland grundskollärarna. Vid baslinjemätningen angav 28 procent att överordnade i hög grad uppskattade deras arbete, vid 1,5-årsuppföljningen var andelen 44 procent, en ökning med 16 procentandelar. För ekonomibiträden var utvecklingen också positiv, andelen som angav i hög grad uppskattning hade ökat från 30 procent till 45 procent, andelen som upplevde ingen uppskattning alls från överordnade hade minskat från 18 procent till 5 procent.

Men utvecklingen var inte lika positiv för alla yrkesgrupper. Av undersköterskorna var det 25 procent som vid baslinjemätningen rapporterade att överordnade i hög grad uppskattade deras arbetsinsatser och det fanns endast en svag tendens till en förbättring i 1,5-årsuppföljningen, 28 procent av undersköterskorna rapporterade då att de upplevde att de överordnade i hög grad uppskattade deras arbetsinsatser.

En upplevelse av ett fungerande ledarskap visade ett starkt samband med om man kände uppskattning av ledningen för sina arbetsinsatser. De som rapporterade att deras chefer uppskattade deras arbetsinsatser rapporterade i större utsträckning ett fungerande ledarskap jämfört med de som inte kände någon uppskattning.

En del av det goda ledarskapet är att ge feed-back på de anställdas arbetsinsatser, när arbetet går bra likväl som när det går dåligt. Andelen som rapporterade att de ofta eller ibland från överordnade fick veta när arbetet går bra likväl som dåligt var 43 procent vid baslinjemätningen och hade ökat till 47 procent vid 1,5-årsuppföljningen. Något större var dock andelen som svarade att de sällan eller så gott som aldrig fick veta av överordnade om det gjorde ett bra arbete (figur 2:3).

## Jag får veta av överordnade när arbetet går bra likväl som när det går dåligt



**Figur 2:3.** Resultaten utgår från alla som besvarat enkäten vid baslinjemätningen respektive alla som besvarat enkäten vid 1,5-årsuppföljningen.

### KVALITÉN PÅ ARBETET

Upplevelsen av kvalitén på det arbete man utför anses delvis vara beroende av balansen mellan kraven och ens prestationer, men också av i vilken grad man får återkoppling och information om kvalitén på det arbete man utfört [7]. Andelen som rapporterade att de ganska ofta eller mycket ofta var nöjda med kvalitén på sitt arbete, 80 procent, hade inte förändrats mellan baslinjemätningen och 1,5-årsuppföljningen. Det förelåg ett samband mellan att uppleva ett fungerande ledarskap och att vara nöjd med kvalitén på det arbete man utförde.

### UPPLEVD FÖRÄNDRING

För redovisningen av upplevda förändringar grundar sig resultaten på de som besvarat enkäten både vid baslinjemätningen och vid 1,5-årsuppföljningen. Det innebär att resultaten beskriver upplevda förändringar för de som under minst ett och ett halvt år varit anställda i samma verksamhet.

I 1,5-årsenkäten ingick följande frågor om förändringar i arbetsvillkor under det senaste året [8].

*Hur har följande arbetsvillkor förändrats för din del under de senaste 12 månaderna?*

Arbetsbelastning

Stöd och uppbackning när det behövs

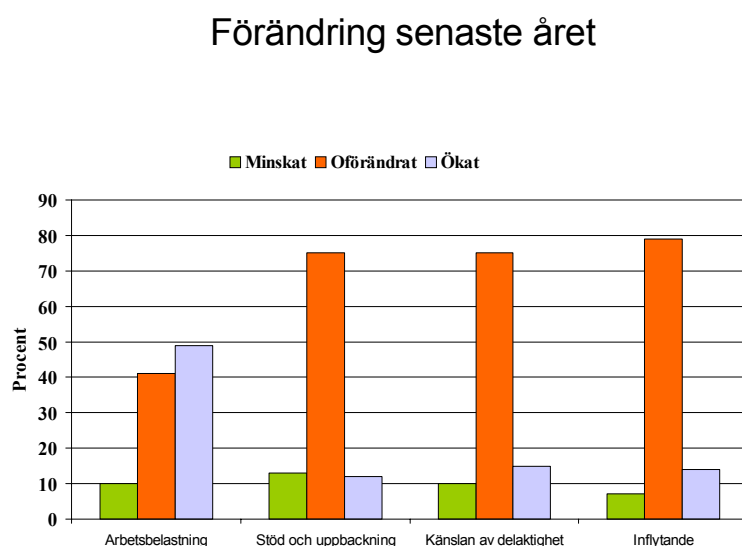
Inflytande och kontroll över det egna arbetet

Känslan av delaktighet i arbetet och dess innehåll

Möjligheter att förena yrkesarbete och privatliv

Svarsalternativen var ”minskat”, ”oförändrat” och ”ökat”.

En ökad arbetsbelastning rapporterades av knappt hälften av de anställda. Betydligt färre rapporterade en ökning av stöd och uppbackning, inflytande och delaktighet i arbetet (figur 2:4).



**Figur 2:4.** Rapporterade förändringar vid 1,5-årsuppföljningen. Resultatet utgår från de som besvarat bägge enkäterna.

Bland kommunerna skilde sig Malung och Uppsala från de övriga, där en mindre andel rapporterade ökad arbetsbelastning. I Uppsala primärvård rapporterade en större andel än vid de övriga landstingen en ökad arbetsbelastning (tabell 2:3).

**Tabell 2:3.** Rapporterade förändringar vid 1,5-årsuppföljningen. Resultatet utgår från de som besvarat bägge enkäterna. \*+Statistiskt säkerställd större andel än andelen av samtliga svarande, \*- Statistiskt säkerställd mindre andel än andelen av samtliga svarande.

Studiegrupp Anställda i	Ökad arbets- belastning	Minskad arbets- belastning	Ökat stöd	Minskad stöd
Bodens kommun	48%	11%	11%	16%
Malungs kommun	36%*-	11%	9%	10%
Falu kommun	51%	9%	13%	12%
Uppsala kommun	42%*-	10%	14%	9%*-
Olofströms kommun	52%	11%	10%	15%
Lunds kommun	48%	8%	17%*+	11%
Sunderby sjukhus	51%	8%	11%	11%
Uppsala landsting	59%*+	9%	12%	16%
Blekinge landsting	50%	9%	10%	15%
Lunds Universitetssjukhus	51%	10%	15%*+	15%
<b>Totalt</b>	<b>49%</b>	<b>10%</b>	<b>12%</b>	<b>13%</b>

Det var en större andel av de landstingsanställda än de kommunalt anställda som rapporterade ökad arbetsbelastning under det senaste året. Av de landstingsanställda rapporterade 53 procent ökad arbetsbelastning jämfört med 48 procent av de kommunalt anställda.

Andelen som rapporterade ökat stöd var lika stor som andelen som rapporterade minskat stöd. Det förelåg ingen skillnad mellan de olika orterna, eller mellan landstings- och kommunal verksamhet (tabell 2:3).

Ökad känsla av delaktighet i arbetet rapporterades av fler än de som rapporterade minskad delaktighet. På Lunds Universitetssjukhus var det en större andel som rapporterade ökad känsla av delaktighet jämfört med de andra orterna och verksamheterna (tabell 2:4).

Andelen som rapporterade ökat inflytande och kontroll över arbetet var större på Lunds Universitetssjukhus och i Uppsala kommun än på de övriga orterna och verksamheterna (tabell 2:4).

**Tabell 2:4.** Rapporterade förändringar vid 1,5-årsuppföljningen. Resultatet utgår från de som besvarat bägge enkäterna. \*+Statistiskt säkerställd större andel än andelen av samtliga svarande, \*- Statistiskt säkerställd mindre andel än andelen av samtliga svarande.

Studiegrupp Anställda i	Ökad känsla av delaktighet	Minskad känsla av delaktighet	Ökat inflytande	Minskad inflytande
Bodens kommun	16%	11%	14%	8%
Malungs kommun	13%	8%	13%	4%
Falu kommun	17%	9%	14%	5%
Uppsala kommun	16%	9%	17%*+	6%
Olofströms kommun	12%	10%	12%	7%
Lunds kommun	16%	8%	14%	6%
Sunderby sjukhus	14%	13%	11%	8%
Uppsala landsting	15%	10%	12%	10%
Blekinge landsting	12%	11%	10%	8%
Lunds Universitetssjukhus	22%*+	14%*+	19%*+	9%
<b>Totalt</b>	<b>15%</b>	<b>10%</b>	<b>14%</b>	<b>7%</b>

Av de administrativa assistenterna rapporterade en jämförelsevis stor andel en positiv utveckling. En större andel än genomsnittet av alla deltagare rapporterade ökad känsla av delaktighet och ökat inflytande. Det fanns också en tendens till att en jämförelsevis stor andel rapporterade ett ökat stöd i arbetet (tabell 2:5 och 2:6).

Barnskötarna rapporterade en något mer positiv utveckling än förskollärarna. Få barnskötare rapporterade ett minskat stöd i arbetet och det fanns en tendens att fler barnskötare än förskollärare rapporterade ökat stöd och ökad känsla av delaktighet och inflytande över arbetet (tabell 2:5 och 2:6).

Läkare var den yrkesgrupp där störst andel rapporterade en ökad arbetsbelastning och där den minsta andelen rapporterade ökat stöd och uppbackning. Att rapportera minskat inflytande och kontroll var vanligast bland läkarna. 19 procent av läkarna rapporterade minskat inflytande och kontroll jämfört med 7 procent av alla som besvarade enkäten (tabell 2:5 och 2:6).

För personliga assistenter, hantverkare, lokalvårdare och ekonomibiträden var det en mindre andel som rapporterade ökad arbetsbelastning jämfört med andra yrkesgrupper. Ökat stöd och uppbackning, ökad känsla av delaktighet och ökat inflytande och kontroll i arbetet var mest förekommande hos personliga assistenter och administrativa assistenter (tabell 2:5 och 2:6).



**Tabell 2:5.** Rapporterade förändringar vid 1,5-årsuppföljningen. Resultatet utgår från de som besvarat bägge enkäterna. \*+Statistiskt säkerställd större andel än andelen av samtliga svarande, \*- Statistiskt säkerställd mindre andel än andelen av samtliga svarande.

	Ökad arbets- belastning	Minskad arbets- belastning	Ökat stöd	Minskat stöd
Administrativ assistent	55%	10%	20%	8%
Arbetsterapeut /Sjukgymnast	49%	10%	17%	10%
Barnskötare	51%	11%	17%	8% *-
Beteendevetare	52%	6%	11%	15%
Chef	55%	10%	13%	14%
Ekonomibiträde	37% *-	10%	16%	8%
Förskollärare	49%	12%	12%	15%
Grundskollärare	51%	10%	12%	13%
Hantverkare	39% *-	4%	9%	9%
Lokalvårdare	39% *-	5%	11%	6% *-
Läkare	62% *+	16% *+	8%	20% *+
Läkarsekreterare	47%	11%	12%	13%
Mentalskötare	46%	7%	12%	15%
Personlig assistent	28% *-	16%	20%	15%
Sjuksköterska	54%	9%	11%	15%
Undersköterska	50%	10%	10%	16%
Vårdbiträde	47%	11%	14%	11%
Övriga	49%	9%	14%	12%
<b>Totalt</b>	<b>49%</b>	<b>10%</b>	<b>12%</b>	<b>13%</b>

Bland grundskollärarna var det en mindre andel som rapporterade ökad känsla av delaktighet, ökat inflytande och kontroll i arbetet jämfört med andra yrkesgrupper (tabell 2:5 och 2:6).

En spänd arbetssituation, med krav på en hög arbetsinsats i kombination med lågt inflytande över hur arbetet skall läggas upp och utföras, samt med låg stimulans i arbetet, rapporterades av 10 procent i baslinjemätningen. Andelen skilde sig åt mellan olika yrkesgrupper. Vanligast med en spänd arbetssituation, cirka 20 procent, var det bland läkarsekreterare, undersköterskor, vårdbiträden, ekonomibiträden och lokalvårdare.

Den minsta andelen, cirka 2 procent, sågs bland grundskollärare, beteendevetare, förskollärare, barnskötare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

Att rapportera minskat inflytande vid 1,5-årsuppföljningen var vanligare bland de som vid baslinjemätningen hade en spänd arbetssituation. Det innebär att de som arbetade under stora krav men med lågt inflytande, en situation som kan ge upphov till stress och ohälsa, hade en fortsatt mer negativ utveckling än de övriga. Av de med spänt arbete rapporterade 16 procent minskat inflytande senaste året jämfört med 6 procent av de övriga. Mönstret var detsamma i alla yrkesgrupper och för så gott som alla orter.

**Tabell 2:6.** *Rapporterade förändringar vid 1,5-årsuppföljningen. Resultatet utgår från de som besvarat bägge enkäterna. \*+Statistiskt säkerställd större andel än andelen av samtliga svarande, \*- Statistiskt säkerställd mindre andel än andelen av samtliga svarande.*

	Ökad känsla av delaktighet	Minskad känsla av delaktighet	Ökat inflytande	Minskad inflytande
Administrativ assistent	31% *+	8%	24% *+	3%
Arbetsterapeut /Sjukgymnast	17%	12%	12%	6%
Barnskötare	20%	6%	16%	4%
Beteendevetare	12%	15%	11%	9%
Chef	19%	7%	16%	10%
Ekonomibiträde	17%	5%	17%	4%
Förskollärare	16%	9%	14%	6%
Grundskollärare	10% *-	8%	8% *-	6%
Hantverkare	12%	8%	15%	4%
Lokalvårdare	13%	5% *-	12%	1%
Läkare	16%	14%	16%	20% *+
Läkarsekreterare	16%	11%	13%	9%
Mentalskötare	19%	12%	13%	8%
Personlig assistent	26% *+	8%	23%	5%
Sjuksköterska	15%	12%	13%	9%
Undersköterska	12%	12%	10% *-	8%
Vårdbiträde	17%	10%	18% *+	6%
Övriga	14%	9%	14%	6%
<b>Totalt</b>	15%	10%	14%	7%

## MÖJLIGHETER ATT FÖRENA YRKESLIV OCH PRIVATLIV

Minskade möjligheter att förena yrkesliv och privatliv rapporterades av 13 procent vilket var en större andel än de som rapporterade ökade möjligheter, 6 procent. I Blekinge läns landsting var det störst andel, 11 procent, som rapporterade ökade möjligheter att förena yrkesliv och privatliv, men en ungefär lika stor andel av de anställda, 13 procent, rapporterade minskade möjligheter.

Bland läkare och grundskollärare var det en större andel som rapporterade minskade möjligheter att förena yrkesliv och privatliv jämfört med de andra yrkesgrupperna (tabell 2:7).

Varken ålder eller antal hemmavarande barn visade något samband med en ökning eller minskning av möjligheterna att förena yrkesliv med privatliv. Däremot rapporterade en större andel av de med regelbunden helgtjänstgöring och med jourtjänstgöring minskade möjligheter att förena yrkesliv och privatliv jämfört med övriga svarande.

**Tabell 2:7.** Rapporterade förändringar vid 1,5-årsuppföljningen. Resultatet utgår från de som besvarat bägge enkäterna. \*+Statistiskt säkerställd större andel än andelen av samtliga svarande, \*- Statistiskt säkerställd mindre andel än andelen av samtliga svarande.

	Möjligheter att förena yrkesarbete och privatliv	
	Minskat	Ökat
Administrativ assistent	10%	4%
Arbetsterapeut/Sjukgymnast	10%	6%
Barnskötare	12%	6%
Beteendevetare	17%	2%
Chef	17%	10%
Ekonomibiträde	6%	5%
Förskollärare	14%	6%
Grundskollärare	20%*+	5%
Hantverkare	4%	2%
Lokalvårdare	5%	3%
Läkare	33%*+	7%
Läkarsekreterare	10%	4%
Mentalskötare	13%	7%
Personlig assistent	13%	8%
Sjuksköterska	14%	7%
Undersköterska	13%	6%
Vårdbiträde	13%	8%
Övriga	10%	5%
<b>Totalt</b>	<b>13%</b>	<b>6%</b>

Det fanns ett samband mellan att vid baslinjemätningen rapportera att kraven i arbetet påverkade hem- och familjeliv på ett negativt sätt och att vid 1,5-årsuppföljningen rapportera att möjligheterna att förena yrkesliv och privatliv hade minskat under det senaste året. Där det fanns en obalans mellan yrkesliv och privatliv hade den obalansen ökat under det senaste året.

Av läkarna var andelen 10 procent som vid baslinjemätningen rapporterade att kraven i arbetet påverkade deras hem- och familjeliv på ett negativt sätt och som vid 1,5-årsuppföljningen rapporterade att möjligheterna att förena yrkesliv och privatliv hade minskat under det senaste året. Det var en betydligt större andel än i de övriga yrkesgrupperna. Näst högst var andelen bland chefer och grundskollärare, 5 procent rapporterade denna negativa situation och utveckling det senaste året.

## KOMMENTAR

En större andel av de anställda upplevde ett i hög grad fungerande ledarskap vid HAKuL-projektets 1,5-årsuppföljning jämfört med vid baslinjemätningen.

Inom HAKuL-projektet har det genomförts diskussioner och utbildningar, med syfte att ge deltagarna ökad förståelse om hur en arbetsgrupp fungerar och hur man i arbetsgruppen kan lösa problem och utveckla arbetet. De kartläggningar och diskussioner som har genomförts inom projektet har fört upp frågan om ledarskapet på dagordningen. Vad som framkommit som ett hinder i utvecklingsarbetet är den orealistiska arbetsbörda som vilar på första linjens chefer. På flera projektorter diskuteras hur detta skall lösas. Skall fler arbetsuppgifter läggas ut på arbetsgrupperna, skall enhetschefernas antal öka eller skall mera stöd ges centralt från organisationen?

Av de kommunalanställda undersköterskorna och vårdbiträdena, de allra flesta inom äldreomsorgen, var det jämförelsevis få som upplevde ett fungerande ledarskap. För vårdbiträden hade andelen ökat, 10 procent fler upplevde ett i hög grad fungerande ledarskap vid 1,5-årsuppföljningen. För undersköterskor förelåg ingen förbättring, det fanns en tendens att det var färre vid 1,5-årsuppföljningen som rapporterade ett i hög grad fungerande ledarskap.

Undersköterskor inom äldreomsorgen är en stor yrkesgrupp och behovet av nyrekrytering de kommande åren är stort. HAKuL-projektet har kunnat visa på brister i ledarskapet men insatserna som gjorts har inte resulterat i någon synlig förbättring för undersköterskorna.

Hur ledarskapet utövas beror på de möjligheter som ges inom organisationen, överordnades förväntningar, gruppens förväntningar och den enskilda chefens individuella behov och resurser. Gruppens förväntningar på ledaren kan vara ogenomförbara, man väntar sig mer av chefen än vad som är realistiskt. Man kan anta att det ofta kan vara fallet inom kommunernas äldreomsorg, där utvecklingen går mot att enhetschefen får allt större enheter att leda vilket innebär att ledarskapet inte kan utövas på samma sätt som för små enheter. En enhetschef inom äldreomsorgen har från ledningen inom förvaltningen förväntningar att hon ska vara deras representant och verkställa beslut. Arbetsgruppen ser ofta enhetschefen som sin representant som inför de högre cheferna skall stå för enhetens intressen [9].

Med relativt få formella ledare samt med stora förväntningar på ledarskapet från ledningen och från arbetsgruppen växer antalet informella ledare. Det faktum att så många som en tredjedel rapporterade att deras arbete innefattade personalledning medan endast 4 procent hade yrkestiteln chef, tyder på att informellt ledarskap är en stor del av det chefskap som utförs inom kommunal- och landstingsverksamhet. Ibland kompletterar det formella och informella ledarskapet varandra. Men det kan också utvecklas till en maktkamp vilket inte främjar arbetsgruppens förmåga till förändringar och nya utmaningar.

I Bodens socialförvaltning var det jämförelsevis få som rapporterade ett i hög grad fungerande ledarskap och andelen hade inte ökat. Stora insatser har gjorts i Bodens socialförvaltning både av Komanco och av Karolinska Institutet. Komanco har genomfört utbildningar för de anställda och det har också påbörjats en ledarskapsutbildning för enhetscheferna. Under projektperioden, ett halvår efter att enkäten skickades ut, byttes förvaltningschefen ut, en ny organisation har aviserats och Komrev har synat ekonomin. Orsaken till dessa händelser var inte de anställdas upplevelse av de närmaste ledarskapet utan har sin grund i de ekonomiska och politiska förutsättningarna för kommunens verksamhet.

Andelen som rapporterade ett i hög grad fungerande ledarskap hade ökat mest bland administrativa assistenter. I HAKuL är administrativa assistenter en jämförelsevis liten yrkesgrupp och bildar i de flesta verksamheter inga egna arbetsgrupper utan ingår som del i arbetsgrupper med olika inriktning och yrkestitlar. En möjlig förklaring till ökningen kan vara att deras arbetsvillkor och deras tillhörighet till arbetsgruppen har blivit tydligare genom det utvecklingsarbete som bedrivits i verksamheterna.

Vid baslinjemätningen rapporterade läkare högre krav än de flesta andra yrkesgrupper men också mer inflytande och kontroll i arbetet. Andra yrkesgrupper rapporterade lägre krav men också mindre kontroll och inflytande. Att läkarna vid 1,5-årsuppföljningen tillhörde den yrkesgrupp där den högsta andelen upplevde att arbetsbelastningen ökade, kan tolkas som att läkarnas arbetsbelastning är mycket hög i förhållande till andra yrkesgrupper. Ett sätt att öka resurserna för att hantera en ökad belastning, är ett ökat stöd och ökat inflytande över hur arbetet organiseras. För läkarnas del har inte dessa resurser förstärkts, utan istället rapporterade många ett minskat stöd och inflytande.

För flera andra yrkesgrupper har den ökade arbetsbelastningen delvis mötts med ökad delaktighet och ökat inflytande i arbetet. Även om inte skillnaden var stor så var det fler som rapporterade ökad delaktighet och ökat inflytande jämfört med de som rapporterade en minskning.

Ökad delaktighet i arbetet var tydligast hos administrativa assistenter och personliga assistenter. Båda dessa yrkesgrupper har ofta en svag anknytning till en arbetsgrupp vilket innebär en risk för att deras arbetsinsatser inte blir sedda av arbetskamrater och chefer. En möjlig förklaring till den positiva förändringen under HAKuL-projektet kan vara att förarbetet inför kartläggningen i baslinjemätningen uppmärksammade yrkesgruppens situation. För att Komancos nulägesanalys samt återrapporeringen av resultaten på enkäten och nulägesanalysen skulle gå att genomföra krävdes att tillhörigheten till en arbetsgrupp och en närmaste chef förtydligades. Detta kan vara början till en positiv process som ger ökad delaktighet och i sin förlängning ett ökat inflytande och kontroll i arbetet. Det fanns en tendens att även stödet och uppbackningen i arbetet hade ökat för en större andel av de personliga assistenterna och administrativa assistenterna än för andra yrkesgrupper.

Vid Lunds Universitetssjukhus rapporterades en större andel ökad känsla av delaktighet och ökat inflytande jämfört med andra verksamheter och orter. Inom psykiatri på Lunds Universitetssjukhus har tid ägnats åt att förbättra de psykosociala arbetsförhållandena. Ledningen har på ett systematiskt sätt framhållit att arbetsvillkoren är viktiga för de anställda och för verksamheten. De arbetsgrupper eller yrkesgrupper som vid baslinjemätningen visade jämförelsevis dåliga resultat i enkäten har fått extra resurser och uppmärksamhet.

Möjligheterna att förena yrkesliv och privatliv har minskat för en stor andel av deltagarna. Detta kan delvis förklaras med en ökad arbetsbelastning och organisatoriska förändringar. De ökade kraven och svårigheterna att förena arbete och privatliv visar på en utveckling som inte stödjer den hållbara arbetshälsan.

## AVSNITT 3 - HÄLSA

### HÄLSA

Vad är hälsa? De flesta skulle nog svara att det är att inte vara sjuk. Om det är så, blir då ohälsa detsamma som att vara sjuk? Nu kanske svaret för många blir lite mer svävande. Det har också visat sig att om man ber människor att själv skatta sin hälsa på en skala, är det många som säger sig sakna ”full hälsa”. Signalerna på ohälsan är dock så svaga och otydliga att man varken funnit anledning att söka medicinsk hjälp eller att minska sin arbetsinsats. Forskare är ense om att upplevelsen av generell eller global hälsa är ett kärnbegrepp när man själv skattar sin hälsa. Begreppsmässigt anses hälsa inkludera olika element, såsom medicinska diagnoser, funktionsstatus, upplevelse av välbefinnande, copingkapacitet, personlig attityd och grad av optimism/pessimism samt avsikt att agera på ett hälsosamt sätt vilka sammansmälts hos individen till ett multidimensionellt koncept [10,11,12].

Det finns dock inte en entydig, allmänt accepterad definition på hälsa. Ett hälsobegrepp anses användbart om det skapar förståelse för hälsans betingelser och möjligheter att förbättra den. Begreppet bör dessutom göra det möjligt att mäta hälsotillståndet hos individer och befolkningar och hur det förändras över tid. När man diskuterar hälsa har ofta WHO:s definition av hälsa använts: "Hälsa är ett tillstånd av totalt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte enbart en avsaknad av sjukdom och svaghet" [13]. Denna definition har dock allt mer kritiserats för att vara så långtgående att endast ett ytterst fåtal människor skulle kunna säga att de uppfyller den. Dessutom har det, som antytts ovan, visat sig att en del människor upplever att man har god hälsa trots långvarig sjukdom, liksom det omvända. Det finns därför skäl att skilja på begreppen frisk-sjuk och hälsa-ohälsa. Sjukdom skulle då kunna beteckna en avvikelse från en normal kroppsfunction medan hälsa skulle avse en upplevelse av välbefinnande och förmåga till handling trots eventuell sjuklighet [14,15].

## ARBETSHÄLSA

Vårt samhälle präglas av synen att så många som möjligt skall kunna försörja sig genom eget arbete, den så kallade arbetslinjen. Den fysiska och psykosocial arbetsmiljön är av betydelse för hälsoutvecklingen och basen för arbetets positiva betydelse för livskvalitet och hälsa.

Arbetshälsa beskriver förhållandet/anpassningen mellan hälsa och arbete. Utgångspunkten är att en god hälsa avser en upplevelse av välbefinnande och förmåga till handling. Arbetsförmåga innefattar de fysiska och psykiska kraven i arbetet samt individens hälsostatus och resurser. I linje med detta innebär en god arbetshälsa ett utvidgat begrepp av arbetsförmåga, som även omfattar individens förfogande över handlingsmöjligheter att utföra sina arbetsuppgifter med en upplevelse av välbefinnande.

I den enkät som deltagarna besvarade fanns en rad olika frågor som ingår som en del i frågeinstrumentet SF-36 [16], vilket mäter hälsa och livskvalité. Frågorna är övergripande och representerar både fysiska och psykiska aspekter av hälsan.

Den allmänna hälsan skattades med hjälp av följande fem frågor, vilka besvarades på en 5-gradig skala:

- I allmänhet, hur skulle du vill jag säga att din hälsa är?
- Jag verkar ha lite lättare att bli sjuk än andra människor.
- Jag är lika frisk som vem som helst av dem jag känner.
- Jag tror min hälsa kommer att bli sämre.
- Min hälsa är utmärkt.

*(Svarsalternativ från Utmärkt – Dålig.)*  
*(Svarsalternativ från Stämmer precis – Stämmer inte alls.)*

Dessutom ställdes frågan:

- Med tanke på din hälsa – tror du att du kan arbeta i ditt nuvarande yrke även om två år?

*(Svarsalternativ Ja, ganska säkert, - Jag är osäker på det, - Nej, det tror jag inte.)*

### Mycket god arbetshälsa

Att ha en mycket god arbetshälsa innebar att den egna skattningen av hälsotillståndet var närmast utmärkt, vilket motsvarar 88-100 poäng i generell hälsa i SF-36. För att ha en god arbetshälsa skulle man dessutom vara ganska säker på att man på grund av hälsan inte hade några problem att arbeta kvar i sitt yrke de kommande två åren. Det är samma gräns för generell hälsa som användes vid baslinjemätningen där man utgick från den fjärdedel som rapporterade den bästa allmänna hälsan.

### Dålig arbetshälsa

Dålig arbetshälsa innebar att man i den egna skattningen av hälsotillståndet skattade lägre än 65 poäng i generell hälsa i SF-36. Mindre än 65 poäng motsvarade den fjärdedel som skattade sin generella hälsa sämst vid baslinjemätningen. Dålig arbetshälsa innebar att man dessutom uppgav att man var osäker på, eller inte trodde att man med tanke på hälsan, kunde arbeta i samma yrke om två år.

De övriga, som ej tillhörde de med mycket god respektive dålig arbetshälsa, tillhörde en mellangrupp, där arbetshälsan var något så när god men där det fanns stort utrymme för förbättringar.

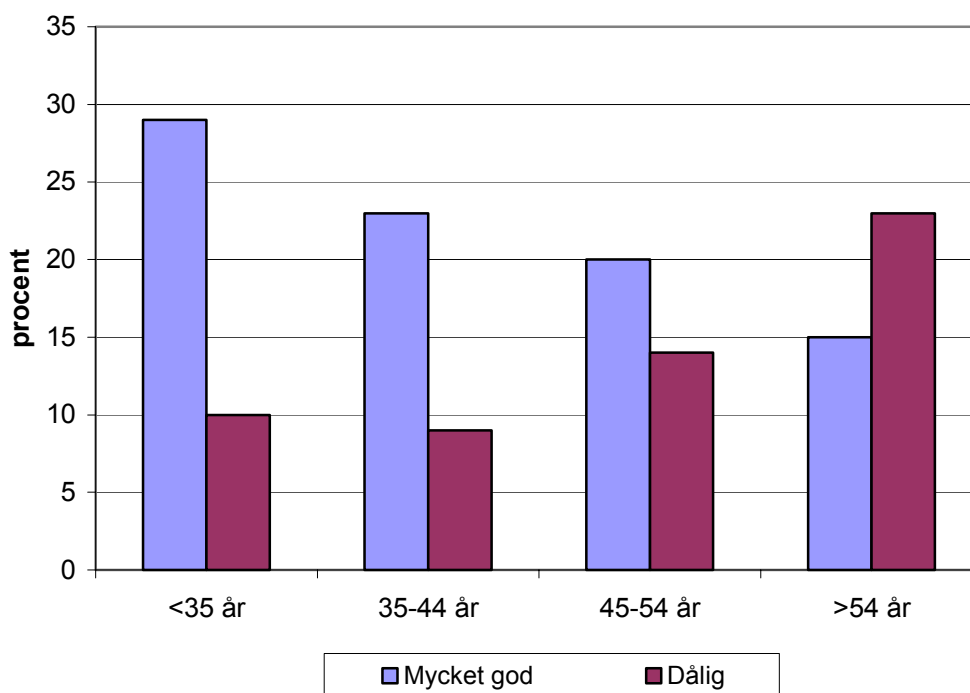
### Arbetshälsa vid 1,5-årsuppföljningen

Var femte person (20 procent) uppgav vid 1,5-årsuppföljningen att de hade en mycket god arbetshälsa, vilket överensstämde väl med andelen med mycket god arbetshälsa vid baslinjemätningen. Däremot rapporterades dålig arbetshälsa av fler vid 1,5-årsuppföljningen (15 procent) jämfört med baslinjemätningen (12 procent).



### Arbetshälsa i olika åldersgrupper

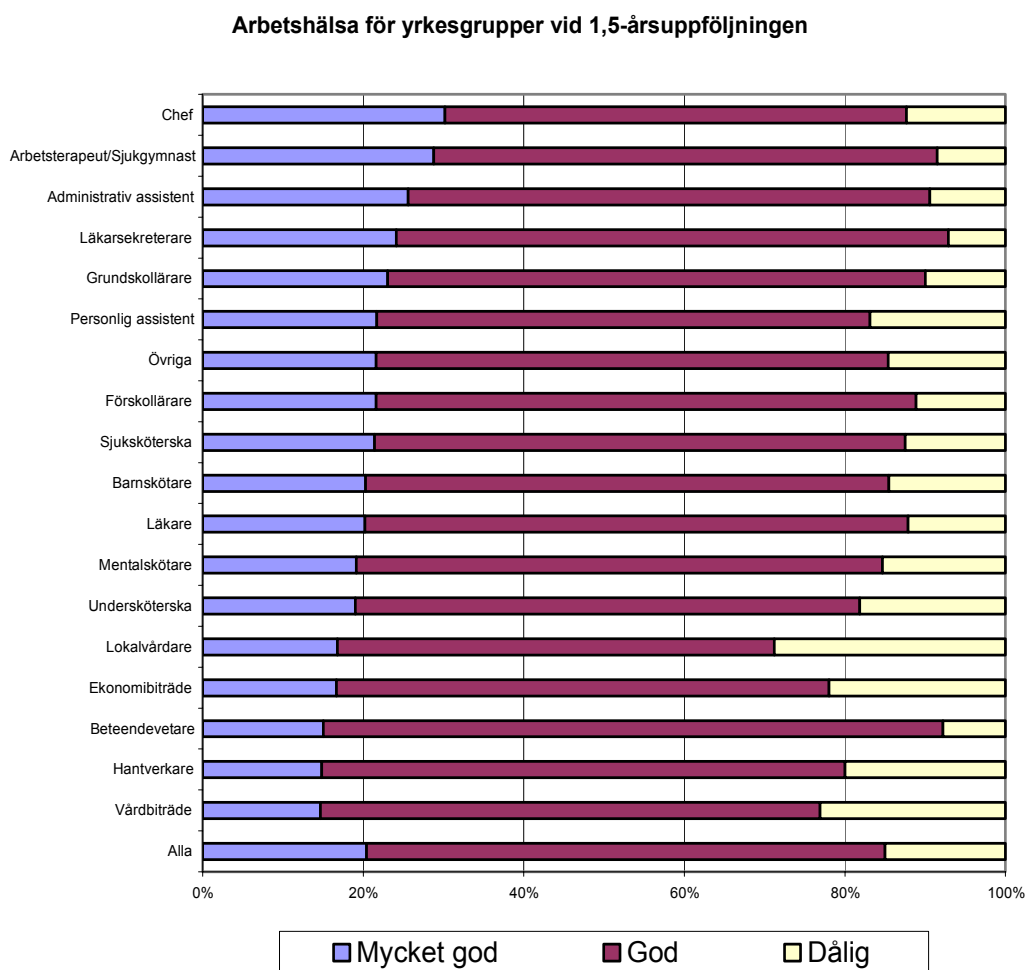
Andelen med mycket god arbetshälsa vid 1,5-årsuppföljningen var störst i den yngsta åldersgruppen, under 35 år (29 procent), och lägst i den äldsta åldersgruppen, över 54 år (15 procent), figur 3:1. På motsvarande sätt återfanns den största andelen med dålig arbetshälsa i gruppen över 54 år (23 procent) och lägst andel i åldersgrupperna under 45 år (cirka 10 procent).



**Figur 3:1.** Mycket god respektive dålig arbetshälsa i olika åldersgrupper vid 1,5-årsuppföljningen ( $n=6\,971$ ).

### Arbetshälsa i olika yrkesgrupper

Vid 1,5-årsuppföljningen rapporterades en mycket god arbetshälsa främst från chefer (30 procent), arbetsterapeuter och sjukgymnaster (29 procent) samt från administrativa assistenter (26 procent), figur 3:2. Bland vårdbiträden, hantverkare och beteendevetare var det en betydligt lägre andel som angav en mycket god arbetshälsa, omkring 15 procent. Lokalvårdare (29 procent), vårdbiträden (23 procent) och ekonomibiträden (22 procent) var de grupper som rapporterade störst andel med dålig arbetshälsa, vilket var betydligt högre än grupperna med läkarsekreterare, beteendevetare, sjukgymnaster och administrativa assistenter där endast 7 till 9 procent angav en dålig arbetshälsa. För yrkeskategorierna chefer, läkare, grundskollärare samt mentalskötare gjordes separata analyser för kvinnor och män – resultaten visade dock inte på skillnader i arbetshälsa mellan kvinnor och män i dessa yrkesgrupper.



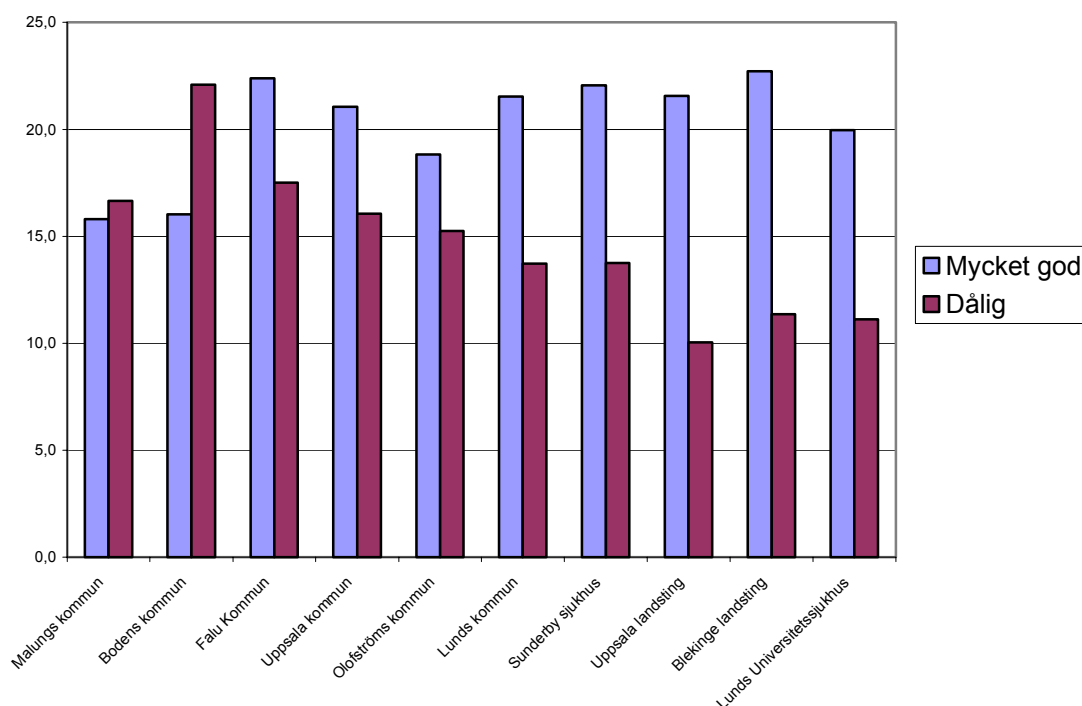
**Figur 3:2.** Arbetshälsa i olika yrkesgrupper vid 1,5-årsuppföljningen (n=6 971).

### Arbetshälsa för vårdpersonal i kommuner och landsting

En jämförelse av arbetshälsan mellan kommuner och landsting för gruppen sjuksköterskor/undersköterskor visade att det var fler bland kommunanställda som angav en dålig arbetshälsa, 19 procent, jämfört med 13 procent bland landstingsanställda. Andelen med mycket god arbetshälsa var densamma i kommuner och landsting för sjuksköterskor/undersköterskor.

## Arbetshälsa på olika orter

En mycket god arbetshälsa var ungefär lika vanligt förekommande på de flesta orter – runt 20 procent, figur 3:3. Jämfört med alla som besvarade 1,5-årsuppföljningen var det dock färre (16 procent) som rapporterade en mycket god arbetshälsa i Malung och Bodens kommuner. I landstingen i Lund, Blekinge och Uppsala var det färre som angav en dålig arbetshälsa och i Boden var det fler som angav en dålig arbetshälsa vid jämförelse med alla vid 1,5-årsuppföljningen.



**Figur 3:3.** Andelen med mycket god respektive dålig arbetshälsa på de olika orterna vid 1,5-årsuppföljningen (n=6 971).

## Bibehållen och förändrad arbetshälsa

Av deltagarna i HAKuL har de flesta arbetat kvar i samma verksamhet under hela projektiden och besvarat enkäten vid både baslinjemätningen och 1,5-årsmätningen. Det gör det möjligt att beskriva hur utvecklingen av deltagarnas hälsa ser ut.

Arbetshälsan försämrades något vid 1,5-årsuppföljningen i förhållande till baslinjemätningen, vilket framgår av tabell 3:1. Andelen som angav en mycket god arbetshälsa minskade från 21 procent till 19 procent. Samtidigt var det fler som angav en dålig arbetshälsa vid 1,5-årsuppföljningen (16 procent) jämfört med baslinjemätningen (11 procent). Den skillnad som fanns mellan kvinnor och män vid baslinjemätningen - en lägre andel kvinnor med mycket god arbetshälsa samt en högre andel kvinnor med dålig arbetshälsa - kvarstod vid 1,5-årsuppföljningen.

Jämfört med de som besvarade baslinjemätningen hade andelen med mycket god arbetshälsa inte förändrats för de olika åldersgrupperna vid 1,5-årsuppföljningen, däremot hade andelen med dålig arbetshälsa ökat i alla åldersgrupper.

**Tabell 3:1.** *Arbetshälsa vid baslinjemätningen, vid 1,5-års uppföljningen och skillnad i andelens storlek mellan baslinjemätningen och 1,5-årsuppföljningen. Beräkningarna utgår från de kvinnor och män som besvarat bägge enkäterna (n=5 540).*

Arbetshälsa	Baslinjemätningen	Vid 1,5-årsuppföljningen	Skillnad bas och 1,5-årsuppföljningen
Mycket god	21%	19%	- 2%*
God	66%	64%	- 2%*
Dålig	10%	16%	+ 6%*

*\*Statistisk säkerställd skillnad mellan baslinjemätningen och 1,5-årsuppföljningen, d v s att skillnadens 95% konfidensintervall inte innefattade noll.*

### Arbetshälsa i olika yrkesgrupper

Mycket god arbetshälsa studerades för olika yrkesgrupper som besvarade både enkäten vid baslinjemätningen och vid 1,5-årsuppföljningen (n=5 540). Andelen med mycket god arbetshälsa både vid baslinjemätningen och vid 1,5-årsuppföljningen samt skillnaden i andel mellan mycket god arbetshälsa vid baslinjemätningen och 1,5-årsuppföljningen framgår av tabell 3:2. Ingen av de undersökta yrkesgrupperna rapporterade en ökad andel med mycket god arbetshälsa. För läkare däremot, minskade andelen med mycket god arbetshälsa från 27 procent till 19 procent. Även för undersköterskor minskade andelen med mycket god arbetshälsa – från 23 procent till 19 procent.

**Tabell 3:2.** Andel med mycket god arbetshälsa vid baslinjemätningen, vid 1,5-års uppföljningen och skillnad i andelens storlek mellan baslinjemätningen och 1,5-årsuppföljningen. Beräkningarna utgår från de som besvarat bägge enkäterna (n=5 540).

Yrkestitel	Baslinje- mätningen	Mycket god arbetshälsa	
		Vid 1,5- årsuppföljningen	Skillnad baslinje-mätningen och 1,5-årsuppföljningen
Administrativ assistent	28%	25%	- 3%
Arbetsterapeut /Sjukgymnast	22%	23%	+ 1%
Barnskötare	22%	22%	0%
Beteendevetare	18%	15%	- 3%
Chef	30%	28%	- 2%
Ekonomibiträde	20%	16%	- 4%
Förskollärare	23%	21%	- 2%
Grundskollärare	25%	23%	- 2%
Hantverkare	14%	14%	0%
Lokalvårdare	15%	19%	+ 4%
Läkare	27%	19%	- 8%*
Läkarsekreterare	28%	21%	- 7%
Mentalskötare	18%	18%	0%
Personlig assistent	35%	23%	- 12%
Sjuksköterska	23%	21%	- 2%
Undersköterska	23%	19%	- 4%*
Vårdbiträde	17%	15%	- 2%
Övriga	19%	19%	0%
<b>Totalt</b>	<b>22%</b>	<b>20%</b>	<b>- 2%*</b>

\*Statistiskt säkerställd skillnad mellan baslinjemätningen och 1,5-årsuppföljningen, d v s att skillnadens 95% konfidensintervall inte innefattade noll.

### Arbetshälsa inom olika orter

Huvuddelen av de undersökta orterna redovisade en oförändrad andel med mycket god arbetshälsa vid 1,5-årsuppföljningen vilket presenteras i tabell 3:3. För Bodens kommun, Olofströms kommun och Uppsala landsting var det dock färre som rapporterade en mycket god arbetshälsa vid 1,5-årsuppföljningen jämfört med vid baslinjemätningen.

**Tabell 3.3.** Andel med mycket god arbetshälsa vid baslinjemätningen, vid 1,5-årsuppföljningen och skillnad i andelens storlek mellan baslinjemätningen och 1,5-årsuppföljningen. Beräkningarna utgår från de som besvarat bägge enkäterna.

Studiegrupp Anställda i	Baslinje-mätningen	Mycket god arbetshälsa	
		Vid 1,5- årsuppföljningen	Skillnad baslinje-mätningen och 1,5-årsuppföljningen
Bodens kommun	23%	16%	- 7%*
Malungs kommun	19%	16%	- 3%
Falu kommun	24%	22%	- 2%
Uppsala kommun	20%	20%	0%
Olofströms kommun	22%	19%	- 3%*
Lunds kommun	19%	22%	+ 3%
Sunderby sjukhus	21%	21%	0%
Uppsala landsting	26%	20%	- 6%*
Blekinge landsting	23%	22%	- 1%
Lunds Universitetssjukhus	20%	18%	- 2%
<b>Totalt</b>	<b>22%</b>	<b>20%</b>	<b>- 2%*</b>

\*Statistiskt säkerställd skillnad mellan baslinjemätningen och 1,5-årsuppföljningen, d v s att skillnadens 95% konfidensintervall inte innefattade noll.

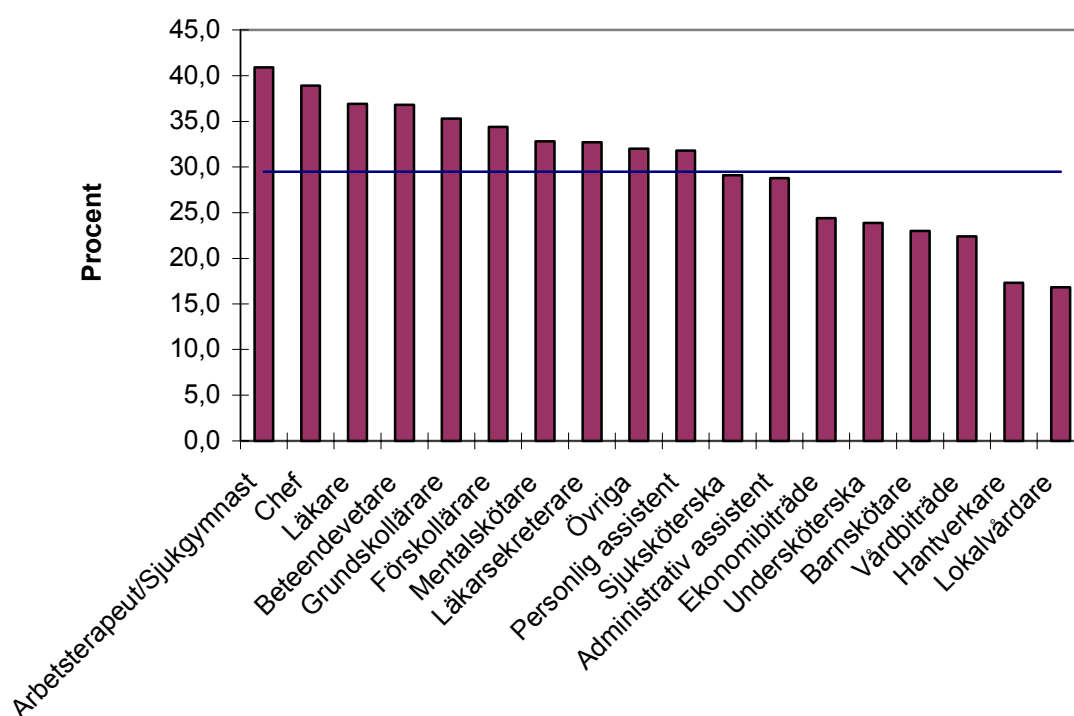
## Smärta

Smärtbegreppet är svårfångat därför att upplevelsen av smärta är individuell och inte kan förmedlas till andra annat än genom subjektets beskrivning av sin smärtupplevelse. Smärta kan beskrivas som stickande, brännande, tryckande, ilande, svidande, molande, borrande, bultande, huggande, pulserande och så vidare. När smärtan blir riktigt svår blir orden otillräckliga och smärtan blir obeskrivlig.

Två variabler från de båda enkäterna utgjorde tillsammans grunden för en smärtskala. Dels ingick en beskrivning av hur mycket värk eller smärta som förekommit de senaste fyra veckorna och dels graden av värk och smärta. Smärtskalan var konstruerad så att ett högre värde innebar lägre förekomst av värk/smärta och lägre grad av störningar i de normala aktiviteterna på grund av värk/smärta. Lägsta möjliga värde på smärtskalan innebar mycket svår och i mycket hög grad handikappande värk/smärta medan det högsta möjliga värdet angav ingen värk/smärta och inga funktionsinskränkningar på grund av värk/smärta.

Andelen helt värk- och smärtfria av alla som besvarade 1,5-årsuppföljningen var 30 procent, vilket i stort överensstämmer med tidigare undersökningar av den vuxna befolkningen [16]. Jämförelse mellan yrkesgrupperna visade att det var en större andel arbetsterapeuter/sjukgymnaster, chefer, läkare, beteendevetare, grundskollärare och förskollärare som angav att de inte hade några besvär med värk och smärta. Undersköterskor, barnskötare, vårdbiträden, hantverkare och lokalvårdare var yrkesgrupper där andelen besvärsfria var mindre, figur 3:4.

Andelen besvärsfria av de som besvarade båda enkäterna var vid 1,5-årsuppföljningen 29 procent, vilket var en minskning jämfört med baslinjemätningen där andelen besvärsfria var 31 procent.



**Figur 3:4.** Andelen inom varje yrkesgrupp som angav att de inte hade problem med värk och smärta vid 1,5-årsuppföljningen. Den horisontella linjen anger andelen utan problem med värk och smärta av alla som besvarade enkäten vid 1,5-årsuppföljningen (n= 6 971).

## Kommentarer

I HAKuL-projektet ser vi arbetshälsa som en indikator för bland annat framtida arbetshälsa, sjukfrånvaro och förtidspension. Vi drar paralleller med självskattad hälsa som visat sig ha samband med olika framtida hälsoparametrar samt skattningen av arbetsförmågan som har visat ett högt prediktivt värde för framtida arbetsförmåga.

En dålig arbetshälsa kan då tolkas som en signal till att förbättra situationen för grupper av individer. Samtidigt kan grupper där många rapporterar en mycket god arbetshälsa ge information om faktorer som stärker en hållbar arbetshälsa. Med dagens arbetsmarknad är det betydelsefullt för samhället att så många som möjligt har en arbetssituation där fysiska och psykiska krav i arbetet överensstämmer med individens förmåga och resurser. En dålig arbetshälsa kan betyda att en individ inte har möjlighet att delta i arbetsuppgifterna till 100 procent eller inte har möjlighet att arbeta över huvud taget.

De aktuella resultaten pekade på en försämrad arbetshälsa för ett flertal grupper mellan baslinjemätningen och 1,5-årsuppföljningen. För begreppet arbetshälsa saknas kunskaper om hur pass stora förändringar man kan förvänta sig när man följer en kohort med den aktuella ålderssammansättningen under en relativt begränsad tidsperiod.

Arbetshälsa var en sammanvägning av två variabler i enkäten, dels generell hälsa och dels möjligheten att med tanke på sin hälsa kunna vara kvar i sitt arbete de kommande två åren. Eftersom hälsa är starkt kopplat till ålder kan det förväntas en viss försämring av den generella hälsan i gruppen, särskilt mot bakgrund av att medelåldern är relativt hög. Likaså vet vi att andelen individer som ingår i arbetskraften minskar med stigande ålder – de äldre utgör en lägre andel av arbetskraften. Detta skulle tala för att antalet som anger att de inte tror sig vara kvar i arbetet de kommande två åren ökar när man följer en grupp under en längre period.

När vi studerade generell hälsa och möjlighet att vara kvar i arbete de kommande två åren, fann vi att båda variablerna var och en för sig hade förändrats mellan baslinjemätningen och 1,5-årsuppföljningen. Av de som besvarade båda enkäterna minskade andelen med god generell hälsa från 22 procent till 21 procent vid 1,5-årsuppföljningen jämfört med baslinjemätningen, samtidigt som andelen med dålig arbetshälsa ökade från 23 procent till 27 procent. Var fjärde person (26 procent) var tveksam till möjligheten att vara kvar i sitt arbete om två år med tanke på hälsan, vilket var en ökning från 18 procent vid baslinjemätningen. Ökningen kunde främst hänföras till en ökad andel tveksamma i åldersgruppen 45 år och äldre.

## AVSNITT 4 – MOTION OCH RÖKNING

Livsstilen beror, ytligt sett, på varje människas egna beslut. Genom att utsätta sig för hälsorisker kan man drabbas av sjukdom eller för tidig död. Till riskerna hör tobak och alkohol samt felaktiga motions- och matvanor. En stor del av långtidssjukskrivningarna och förtidspensioneringarna orsakas av hjärt- och kärlsjukdomar, astma, allergi samt smärttillstånd i rörelseorganen. För samtliga gäller att en förbättrad livsstil anses ha gynnsam effekt. Livstilsförändringar kan dessutom påverka flera sjukdomstillstånd samtidigt. Minskad rökning medför minskad risk för cancer, hjärt- och kärlsjukdomar, tandlossning, allergier etc. Förändringar i en persons livsstil kan också påverka närstående och arbetskamraters livsstil [17].



## Motion

De dagliga aktiviteterna i det moderna samhället ställer allt mindre krav på fysisk ansträngning. Detta avspeglas bland annat i en stadigt ökande förekomst av övervikt i befolkningen. För de flesta människor innebär arbete idag mindre fysiska ansträngningar än förr. Den moderna västerlänningen måste därför ta särskilda initiativ på fritiden för att upprätthålla en god fysisk funktionsförmåga. Motion har en god effekt på hälsan och olika typer av motion förbättrar hälsan på olika sätt [18].

Deltagarna i HAKuL frågades hur ofta och på vilken ansträngningsnivå de ägnade sig åt motions-, idrotts eller friluftsverksamhet överstigande 20 minuter. Frågorna var desamma som använts i stora befolkningsstudier som till exempel LIV 90 [17]. Ansträngningsnivån delades in i hög ansträngningsgrad (du har hög puls och blir ansträngd och svettig), medelhög ansträngningsgrad (ansträngningsnivån skall vara sådan att det hjälpligt skulle gå att föra ett samtal med någon) och låg ansträngningsgrad (till exempel lugna promenader och cykelturer).

Av deltagarna i HAKuL rapporterade 75 procent av männen och 78 procent av kvinnorna att de motionerade regelbundet, det vill säga att de oavsett ansträngningsnivå motionerade minst två gånger per vecka (se tabell 4:1). Männen tränade dock i högre grad än kvinnorna på hård ansträngningsnivå. Andelen som inte motionerade alls, det vill säga motionerade mer sällan än en gång i veckan, var högre för män än för kvinnor, 18 respektive 14 procent. Bland kvinnorna varierade inte andelen som motionerade regelbundet över ålder, men de äldre tränade på lägre ansträngningsnivå än de yngre. De yngsta männen tränade mer regelbundet och på högre ansträngningsnivå än äldre män.

**Tabell 4:1.** Andelen som motionerade uppdelat på ålder och ansträngningsgrad. Resultatet baseras på alla som svarat på 1,5-årsuppföljningen.

		Regelbunden motion				Ej regelbunden motion	
		Totalt	Därav på ansträngningsgrad:			Oregelbunden	Ingen
Kön	Ålder		Hög	Medel-hög	Låg		
Kvinna	-34	78%	29%	22%	28%	7%	14%
	35-44	77%	25%	22%	30%	8%	16%
	45-54	79%	21%	22%	37%	8%	13%
	55-	77%	16%	21%	40%	8%	15%
	<b>Totalt</b>	<b>78%</b>	<b>22%</b>	<b>22%</b>	<b>35%</b>	<b>8%</b>	<b>14%</b>
Man	-34	83%	50%	14%	20%	5%	12%
	35-44	75%	34%	21%	21%	6%	18%
	45-54	76%	29%	16%	31%	7%	17%
	55-	71%	21%	17%	33%	9%	20%
	<b>Totalt</b>	<b>75%</b>	<b>30%</b>	<b>17%</b>	<b>28%</b>	<b>7%</b>	<b>18%</b>

**Fotnot:** Hög = Minst 2 ggr/v på hög ansträngningsnivå. Medelhög = Minst 2 ggr/v på medelhög ansträngningsnivå eller högre. Låg = Minst 2 ggr/v på låg ansträngningsnivå eller högre. Oregelbunden = Motionerar 1 gång/v på någon ansträngningsnivå. Ingen = Motionerar inte regelbundet.

Tiden på året hade stor betydelse för hur mycket man motionerade. När deltagarna i HAKuL fyllde i baslinje- och 1,5-årsenkäten på våren eller sommaren rapporterades generellt en högre andel motionärer än när de fyllde i enkäterna på hösten eller vintern. Lunds kommun hade till exempel näst lägst andel motionärer vid baslinjemätningen, som skickades ut i januari, och högst andel vid 1,5-årsuppföljningen, som skickades ut i juni. Det var samma mönster i alla studieorter och skillnaden mellan studieorterna var därför svåra att tolka eftersom det till stor del var beroende på vilken tid på året man fyllde i enkäten.

Tidigare studier har visat på samband mellan utbildningsnivå och motion [18]. Det sambandet kunde även ses i HAKuL, då 80 procent av dem som arbetade i yrken som kräver eftergymnasial utbildning motionerade, jämfört med 75 procent i yrken som inte kräver eftergymnasial utbildning (se tabell 4:2).

**Tabell 4:2.** Andelen som motionerade regelbundet minst två gånger per vecka och andelen som inte motionerade alls uppdelat på yrken. Resultatet baseras på alla som svarat på 1,5-årsuppföljningen.

Yrke	Andel med regelbunden motion
Administrativ assistent	72%
Arbetsterapeut /Sjukgymnast	85%
Barnskötare	76%
Beteendevetare	79%
Chef	77%
Ekonomibiträde	76%
Förskollärare	83%
Grundskollärare	83%
Hantverkare	65%
Lokalvårdare	69%
Läkare	76%
Läkarsekreterare	78%
Personlig assistent	87%
Sjuksköterska	79%
Mentalskötare	76%
Undersköterska	78%
Vårdbiträde	73%
Övriga	79%
<b>Totalt</b>	<b>78%</b>

På många studieorter hade insatser för att öka motionerandet påbörjats ungefär samtidigt som 1,5-årsuppföljningen genomfördes och det förväntas ge positiva resultat vid kommande uppföljningar.

## Rökning

Vid 1,5-årsuppföljningen angav 18 procent av kvinnorna och 15 procent av männen att de var dagligrökare, vilket var en minskning med 3 respektive 1 procent jämfört med baslinjemätningen. Skillnaden mellan könen var störst bland de yngre. Bland kvinnorna var det de yngsta som rökte mest (se tabell 4:3).

Andelen dagligrökare i HAKuL-projektet var något lägre jämfört med riksgenomsnittet, förutom för de yngre kvinnorna som hade högre andel än riksgenomsnittet [19]. En möjlig förklaring till detta kan vara att de yngre kvinnorna arbetade inom yrken som inte kräver någon längre utbildning, vilka traditionellt sätt har en högre andel dagligrökare. Antalet män i den yngsta åldersgruppen var för få för att analyseras.

**Tabell 4:3.** Andelen dagligrökare vid baslinjemätningen och 1,5-årsuppföljningen uppdelat på kön och ålder, Resultatet baseras på alla som svarade på baslinjemätningen och alla som svarade på 1,5-årsuppföljningen.

Kön	Ålder	Baslinjemätningen	1,5-årsuppföljningen
Kvinna	-24	26%	29%
	25-34	17%	14%
	35-44	19%	16%
	45-54	23%	20%
	55-	20%	18%
	<b>Totalt</b>	<b>21%</b>	<b>18%</b>
Man	-24	-	-
	25-34	9%	6%
	35-44	9%	10%
	45-54	22%	19%
	55-	15%	18%
	<b>Totalt</b>	<b>16%</b>	<b>15%</b>

Det var stora skillnader i andelen dagligrökare i olika yrkesgrupper. Andelen dagligrökare bland läkare, grundskollärare samt sjukgymnaster och arbetsterapeuter var 5 till 6 procent, medan mentalskötare, vårdbiträden, lokalvårdare och personliga assistenter alla hade nästan 30 procent dagligrökare (se tabell 4:4). Denna bild överensstämmer väl med förhållandena i Sverige som helhet, där yrken som formellt inte kräver någon längre utbildning har den högsta andelen rökare [14].

Läkarsekreterare och hantverkare var de enda yrkesgrupperna där andelen dagligrökare ökade mellan mätningarna. Det berodde inte på att det är många som börjat röka utan att de nyanställda rökte i större utsträckning än de som slutat sin anställning.

**Tabell 4:4.** Andelen dagligrökare uppdelat på yrken. Resultatet baseras på alla som svarade på baslinjemätningen och alla som svarade på 1,5-årsuppföljningen.

Yrke	Baslinje-undersökningen	1,5-års-uppföljningen
Administrativ assistent	22%	20%
Arbeterapeut /Sjukgymnast	8%	5%
Barnskötare	14%	13%
Beteendevetare	16%	14%
Chef	18%	17%
Ekonomibiträde	25%	25%
Förskollärare	9%	8%
Grundskollärare	9%	6%
Hantverkare	18%	20%
Lokalvårdare	34%	30%
Läkare	6%	6%
Läkarsekreterare	15%	18%
Personlig assistent	34%	29%
Sjuksköterska	15%	13%
Mentalskötare	35%	30%
Undersköterska	25%	22%
Vårdbiträde	31%	29%
Övriga	17%	14%
<b>Totalt</b>	<b>20%</b>	<b>17%</b>

På nästan alla studieorter har andelen dagligrökare minskat, men det är fortfarande stora skillnader mellan studieorterna (se tabell 5:5). Skillnaden kan delvis förklaras av att de olika studieorterna hade olika typer av verksamhet och därmed hade olika yrkesgrupper anställda. Uppsala landsting hade till exempel inga mentalskötare eller vårdbiträden anställda, vilka är yrken med hög andel dagligrökare. De yrkena representerade däremot en stor del av de anställda i Bodens kommun och vid Lunds Universitetssjukhus. Den minskade andelen dagligrökare kan dels bero på att det är fler som slutat röka än som börjat, men också på att de nyanställda rökte i mindre utsträckning än de som slutat sin anställning sedan baslinjemätningen.

Av de som var dagligrökare vid baslinjemätningen rökte fortfarande 85 procent dagligen vid 1,5-årsuppföljningen, 5 procent rökte bara ibland och 10 procent hade slutat helt. Det betyder inte att andelen dagligrökare hade minskat med 10 procent, eftersom en del av de som inte rökte dagligen vid baslinjemätningen hade börjat röka vid 1,5-årsuppföljningen.

**Tabell 4:5.** Andelen dagligrökare uppdelat på studieort. Resultatet baseras på alla som svarade på baslinjemätningen och alla som svarade på 1,5-årsuppföljningen.

Studieort	Baslinjemätningen	1,5-årsuppföljningen
Bodens kommun	30%	26%
Malungs kommun	21%	22%
Falu kommun	19%	17%
Uppsala kommun	21%	18%
Olofströms kommun	17%	17%
Lunds kommun	14%	12%
Sunderby sjukhus	19%	15%
Uppsala landsting	10%	8%
Blekinge landsting	19%	15%
Lunds Universitetssjukhus	25%	26%
<b>Totalt</b>	<b>20%</b>	<b>17%</b>

## SAMMANFATTNING

Ett i hög grad fungerande ledarskap rapporterades av fler och andelen som rapporterade ett ledarskap som inte alls eller liten grad fungerade hade minskat, när svaren vid 1,5-årsuppföljningen jämfördes med resultaten från baslinjemätningen. I de flesta yrkesgrupper och verksamheter var det fler som vid 1,5-årsuppföljningen upplevde ett i hög grad fungerande ledarskap än vid baslinjemätningen. Dock var det en liten andel av de kommunalt anställda undersköterskorna som rapporterade ett i hög grad fungerande ledarskap jämfört med undersköterskor inom landstinget och jämfört med de flesta andra yrkesgrupper.

De som rapporterade ett fungerande ledarskap rapporterade i större utsträckning att deras chefer uppskattade deras arbetsinsatser, att de fick feed-back på sina arbetsinsatser, och att de var nöjda med kvalitén på det arbete de utförde, jämfört med de som rapporterade ett sämre fungerande ledarskap.

En ökad arbetsbelastning senaste året rapporterades av knappt hälften av de anställda. Betydligt färre rapporterade en ökning av stöd och uppbackning, samt inflytande och delaktighet i arbetet. Läkare var den yrkesgrupp där störst andel rapporterade en ökad arbetsbelastning samt minskat inflytande och kontroll i arbetet och där den minsta andelen rapporterade ökat stöd och uppbackning.

Minskade möjligheter att förena yrkesliv och privatliv senaste året rapporterades av 13 procent vilket var en större andel än de som rapporterade ökade möjligheter. Bland läkare och grundskollärare var det en större andel som rapporterade minskade möjligheter att förena yrkesliv och privatliv jämfört med de andra yrkesgrupperna.

De ökade kraven och svårigheterna att förena arbete och privatliv visar på en utveckling som inte stödjer den hållbara arbetshälsan.

Arbetshälsan förbättrades inte under uppföljningsperioden. Vid 1,5-årsuppföljningen var andelen som angav att de hade en mycket god arbetshälsa större än andelen som angav en dålig arbetshälsa. Andelen med mycket god arbetshälsa var lägre bland kvinnor jämfört med män och var lägre i de äldre åldersgrupperna jämfört med gruppen under 35 år. Bland chefer, arbetsterapeuter/sjukgymnaster, och administrativa assistenter var det fler som rapporterade en mycket god arbetshälsa jämfört med hela studiegruppen, men mellan orterna var det ingen skillnad beträffande andelen med mycket god arbetshälsa.

Dålig arbetshälsa rapporterades i större utsträckning av kvinnor jämfört med män och av fler i åldersgrupperna 45 år och över jämfört med åldersgrupperna under 45 år. Bland lokalvårdare, vårdbiträden och ekonomibiträden - yrkesgrupper med fysiskt krävande arbetsuppgifter – var det fler som rapporterade en dålig arbetshälsa jämfört med övriga i undersökningen.

Förändring av arbetshälsan studerades för gruppen som hade besvarat både enkäten vid baslinjemätningen och vid 1,5-årsuppföljningen och resultaten visade att andelen med mycket god arbetshälsa hade minskat med 2 procent sedan baslinjemätningen. Dessutom hade andelen som rapporterade en dålig arbetshälsa ökat. Färre kvinnor än män rapporterade en mycket god arbetshälsa, samtidigt som fler kvinnor än män angav en dålig arbetshälsa. Det var ingen yrkesgrupp som rapporterade en ökad andel med mycket god arbetshälsa, däremot fann vi en minskad andel läkare som rapporterade en mycket god arbetshälsa vid 1,5-årsuppföljningen jämfört med baslinjemätningen. Bland orterna visade Bodens kommun och Uppsala landsting en minskad andel med mycket god arbetshälsa vid 1,5-årsuppföljningen.

Andelen helt värk- och smärtfria vid 1,5-årsuppföljningen var 30 procent och överensstämmer i stort med en svensk normalbefolkning men har minskat något sedan basundersökningen. Skillnader mellan olika yrkesgrupper är stora, bland annat är det hälften så stor andel som är helt värk- och smärtfria bland hantverkare och lokalvårdare jämfört med arbetsterapeuter/sjukgymnaster och chefer.

Av deltagarna i HAKuL rapporterade 75 procent av männen och 78 procent av kvinnorna att de motionerade minst två gånger per vecka. Tiden på året visade sig ha stor betydelse för hur mycket man motionerar. När deltagarna i HAKuL-studien fyllde i baslinje- och 1,5-årsenkäten på våren eller sommaren rapporterades generellt en högre andel motionärer än när de fyllde i enkäterna på hösten eller vintern. Lunds kommun hade till exempel näst lägst andel motionärer vid baslinjemätningen, som skickades ut i januari, och högst andel vid 1,5-årsuppföljningen, som skickades ut i juni. Det är samma mönster i alla studieorter och skillnaden mellan studieorterna är därför svåra att tolka eftersom det till stor del verkar bero på vilken tid på året man besvarat enkäten.

Andelen dagligrökare i HAKuL-projektet hade minskat vid 1,5-årsuppföljningen från 20 procent till 17 procent, vilket är något lägre än riksgenomsnittet. Av dem som var dagligrökare vid baslinjemätningen rökte fortfarande 85 procent dagligen vid 1,5-årsuppföljningen, 5 procent rökte bara ibland och 10 procent hade slutat röka.

## REFERENSER<sup>2</sup>

1. Statistiska centralbyrån, *Standardisering för svensk yrkesklassificering 1996*. 1998, Statistiska centralbyrån.
2. SOU1999:137, *Hälsa på lika villkor*. 1999, Nationella folkhälsokommittén: Stockholm.
3. Allebeck, P., F. Diderichsen, and T. Theorell, *Socialmedicin och psykosocial medicin*. 1998, Lund: Studentlitteratur.
4. SOU2002:5, *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*. Statens offentliga utredningar. 2002: Socialdepartementet.
5. Landsbergis, P. and T. Theorell, *Measurement of psychosocial workplace exposure variables*. Occupational Medicine: State of the Art Reviews, 2000. **15**: p. 163-188.
6. Bass, B.M., *Handbook of leadership. Theory, Research & Managerial Applications*. 1990 (third edition), New York: The free press.
7. Dallner, M., et al., *Validation of the general nordic questionnaire (QPS Nordic) for psychological and social factors at work*. 2000, Nordic council of ministers: Copenhagen. p. 171.
8. Härenstam, A., *Beskrivning och utvärdering av variabler om arbets- och livsvillkor*. 1999, Yrkesmedicinska enheten, Stockholms läns landsting: Stockholm.
9. Granér, R., *Arbetsgruppen Den professionella gruppens psykologi*. 1991, Lund: Studentlitteratur.
10. Björner J, Kristensen T S, Orth-Gomér K, Tibblin G, Sullivan M, Westerholm P. *Self-Rated Health – a useful concept in research, prevention and clinical medicine*. Forskningsrådsnämnden. Stockholm 1996.
11. Undén A-L, Elofsson S. *Självupplevd hälsa. Faktorer som påverkar människors egen bedömning*. Forskningsrådsnämnden. Ord & Form AB, Uppsala 1998.
12. Idler E, Benyamini Y. *Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies*. Journal of Health and Social Behavior 1997;38:21-37.



13. Constitution of the World Health Organization. International Health Conference, New York 1946. [www.who.int](http://www.who.int) 2002.
14. SOU 1998:43. *Hur skall Sverige må bättre?- första steget mot nationella folkhälsomål*. Delbetänkande av Nationella folkhälsokommittén. Stockholm 1998.
15. Nordenfelt L. Om folkhälsans etik. I: Carlsson G, Arvidsson O (red). *Kampen för folkhälsan*. Natur och Kultur, Stockholm 1994.
16. Sullivan m, Karlsson J, Ware J. SF36 Hälsoenkät Manual och tolkningsguide. Göteborg: Sektionen för vårdforskning, Sahlgrenska sjukhuset, 1994.
17. Livsstil - Prestation - Hälsa, LIV-90. *Motionsvanor, fysisk prestationsförmåga och hälotillstånd bland svenska kvinnor och män i åldrarna 20-65 år*. Folksam förlag 1993.
18. SOU 2000:91, *Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan*. Betänkande från Nationella folkhälsokommittén. Stockholm 2000.
19. Folkhälsorapport 2001. Socialstyrelsen, Stockholm 2001.

## FÖRFATTARE TILL RAPPORTEN

### HAKUL-GRUPPEN, SEKTIONEN FÖR PERSONSKADE- PREVENTION, KAROLINSKA INSTITUTET

Eva Vingård, Projektledare, Docent, Leg läkare  
Malin Josephson, Med Dr, Beteendevetare  
Stefan Stark, Statistiker  
Margaretha Voss, Med Dr, Epidemiolog

#### Layout och redigering

Tove Kongsvold, Projektassistent