

Befattningshavare med formellt ansvar för
underställd personal inom äldreomsorgen

Specialbearbetning av resultat från projektet
Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting
(HAKuL-projektet)

Malin Josephson
Med Dr

Eva Vingård
Docent, Projektledare

Sektionen för personskadeprevention
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Karolinska Institutet

Stockholm, maj 2002

Sammanfattning

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.

Bättre ledarskap föreslås ofta som en lösning på olika problem inom äldreomsorgen. Eget välbefinnande hos cheferna kan ses som en förutsättning för ett ledarskap som främjar en hållbar arbetshälsa för alla anställda. Syftet med föreliggande rapport var att utifrån HAKuL-projektet belysa hälsa och välbefinnande hos äldreomsorgens enhetschefer.

HAKuL-projektet startade med en basmätning från Karolinska Institutet. Två tusen anställda inom äldreomsorgen i fem olika kommuner ombeddes besvara en enkät. I vår analys jämfördes enhetschefernas enkätsvar med svaren från sjuksköterskor och undersköterskor anställda inom äldreomsorgen. Enkäten besvarades av 38 enhetschefer, 105 sjuksköterskor och 589 undersköterskor.

Det var överraskande hur pass få formella enhetschefer det fanns bland de 2000 anställda. Dock rapporterade en stor del av framförallt sjuksköterskorna, men också av undersköterskorna, att de hade en ledningsfunktion i arbetsgruppen. Med relativt få formella ledare och med stora förväntningar på ledarskapet från ledningen i kommunen och från de anställda är det rimligt att förvänta sig ett relativt stort antal informella ledare.

Resultaten från enkätsvaren visar att enhetscheferna i undersökningen hade ett arbete med stora krav, många var trötta och det fanns tendenser till utbrändhet och sänkt välbefinnande. Ett hinder i arbetet var att de fick arbetsuppgifter utan att få de resurser som behövdes för att utföra dem eller att de ställdes inför oförenliga krav från två eller fler personer. Ett fungerande ledarskap från de närmaste cheferna eller ett ledarskap som fungerade i viss mån rapporterades av de flesta enhetscheferna. En upplevelse av ett fungerande ledarskap visade ett starkt samband med om man kände uppskattning av ledningen för sina arbetsinsatser. För den politiska ledningen var förtroendet lågt.

En större andel än förväntat av enhetscheferna blev sjukskrivna under en längre period åren efter de svarat på enkäten. Det fanns klara indikationer på att påfrestande psykosociala arbetsförhållanden och en allt ökande arbetsbelastning medfört försämrat välbefinnande och risk för ohälsa.

För stora krav i förhållande till möjligheter och resurser ökar risken för ohälsa men kan också försämra ens förmåga att hantera de krav som ledarrollen ställer. En god hälsa är oftast en förutsättning för ett bra ledarskap.

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	4
HAKuL-projektet.....	4
Undersökningsgrupp.....	4
Hälsa	5
Välbefinnande och hälsa.....	6
Arbetsförmåga	8
Utbrändhet	9
Sömn och återhämtning	9
Sjukfrånvaro	10
Sjuknärvaro.....	12
Arbetsförhållanden	12
Krav, inflytande och kompetens	12
Skicklighet och uppskattning i arbetet.....	13
Ansvar och skyldigheter	13
Rollförväntningar.....	13
Ledarskapet av enhetscheferna.....	14
Förändringar	15
Slutord	16
Referenser	18

Inledning

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. Projektet startade 1999 och beräknas avslutas under 2004. Grunddesignen på studien är en prospektiv kohortundersökning där individerna och arbetsplatserna följs under minst tre år. Projektet drivs av Sektionen för Personskadeprevention, Karolinska Institutet och finansieras av försäkringsbolaget AFA.

Bakgrund

I Sverige är en stor del av befolkningen mer än 65 år och deras andel kommer att öka. Även om de flesta pensionärer är friska och aktiva drabbas ändå många med stigande ålder av sjukdomar. Den uppskattade vårdbehovsökningen beräknas till 20-30 procent fram till år 2030 (Folkhälsorapport 2001). De anställda inom kommunal verksamhet utgör redan idag cirka 20% av arbetskraften i Sverige och äldreomsorgen sysselsätter ungefär en tredjedel av de kommunalanställda.

Att främja hälsa och förebygga sjukdom är två viktiga delar i arbetet för att så många som möjligt ska orka med ett yrkesverksamt liv. I Sverige tillämpas arbetslinjen, d v s att myndigheterna strävar efter att så många som möjligt ska kunna försörja sig själva genom eget arbete. Konsekvenser av sjukdomar som innebär att man inte kan uppfylla sin roll i arbetslivet måste i så hög grad som möjligt förhindras. Det kan dels göras genom att man förhindrar funktionsnedsättning genom behandling och träning. Men lika väsentligt är att arbetsvillkoren gör det möjligt att försörja sig genom arbete med välbefinnandet i behåll. Inflytande, så att individen kan påverka sina arbetskrav och arbetsförhållanden, är ett medel för att kunna orka ett helt arbetsliv (SOU1999:137 1999).

Bättre ledarskap och fler chefer föreslås ofta som en lösning på olika problem inom äldreomsorgen. För att göra det möjligt att utveckla ett fungerande ledarskap behövs både personlig utveckling och en organisation som gör ledarskapet möjligt. Kraven som ställs på arbetsledaren måste vara i balans med befintliga resurser.

Syftet med föreliggande rapport är att belysa hälsa och välbefinnande hos äldreomsorgens enhetschefer. Eget välbefinnande hos cheferna kan ses som en förutsättning för ett ledarskap som främjar en hållbar arbetshälsa för alla anställda.

HAKuL-projektet

Undersökningsgrupp

HAKuL-projektet startade med en basmätning i enkätform från Karolinska Institutet. Totalt ingick knappt 9000 kommun- och landstingsanställda i undersökningen. En bred representation av alla de verksamheter som finns inom kommuner och landsting ingick liksom en god geografisk spridning.

I korthet insamlades uppgifter om hälsa, familjesituation, sjukfrånvaro och sjuknärvaro, sömn och återhämtning, livsstil, individuella fysiska och psykologiska faktorer, yrkeskarriär, fysiska exponeringar i arbetet och psykologiska och sociala arbetsförhållanden (HAKuL-projektet 2002). Samtliga studiepersoner var i arbete och tillsvidareanställda eller anställda på längre vikariat.

Cirka 2000 var anställda inom äldreomsorg i fem olika kommuner. Antalet deltagare inom äldreomsorgen är något osäkert eftersom det är ofta inte är någon klar gränsdragning mellan socialförvaltningens olika verksamheter.

Den största yrkesgruppen inom äldreomsorgen är vårdbiträden. Ofta utför undersköterskor och vårdbiträden liknande arbetsuppgifter och många undersköterskorna är anställda på vårdbiträdestjänster. I vår analys jämförde vi enhetschefernas situation med sjuksköterskornas och undersköterskornas. Om man har tjänst som sjuksköterska eller undersköterska så finns det en garanti för att man har en utbildning i vård och omsorg, som dessvärre många av vårdbiträden saknar. Att inte ha relevant utbildning medför speciella belastningar i arbetet. Vi bedömde att det ger en mer rättvisande bild att jämföra yrkesgrupper med formell utbildning; enhetschefer, sjuksköterskor och undersköterskor. Beskrivning och analys av vårdbiträdenas arbetsvillkor och hälsa ingår inte i rapporten.

I den inledande basenkät besvarade 38 enhetschefer, 105 sjuksköterskor och 589 undersköterskor inom äldreomsorgen Karolinska institutets frågeformulär.

Totalt i hela undersökningen var svarsfrekvensen för basenkäten 84% , för enhetscheferna inom äldreomsorgen var svarsfrekvensen 70 procent (38/54).

Av enhetscheferna var 37 kvinnor och en man, 20 var över 50 år och elva av de svarande hade arbetat tio år eller längre på den nuvarande arbetsplatsen. Alla hade personalledningsansvar och verksamhetsansvar för sina enheter. Även en stor del av sjuksköterskorna 77 procent hade personalledning på gruppnivå, och samma sak gällde 27 procent av undersköterskorna. Antalet anställda per enhetschef varierade mellan elva till 132 underställda. Genomsnittet låg på drygt 60 underställda.

Drygt ett och halvt år efter baslinjemätningen var 27 av de deltagande enhetscheferna fortfarande anställda som enhetschefer inom samma förvaltning.

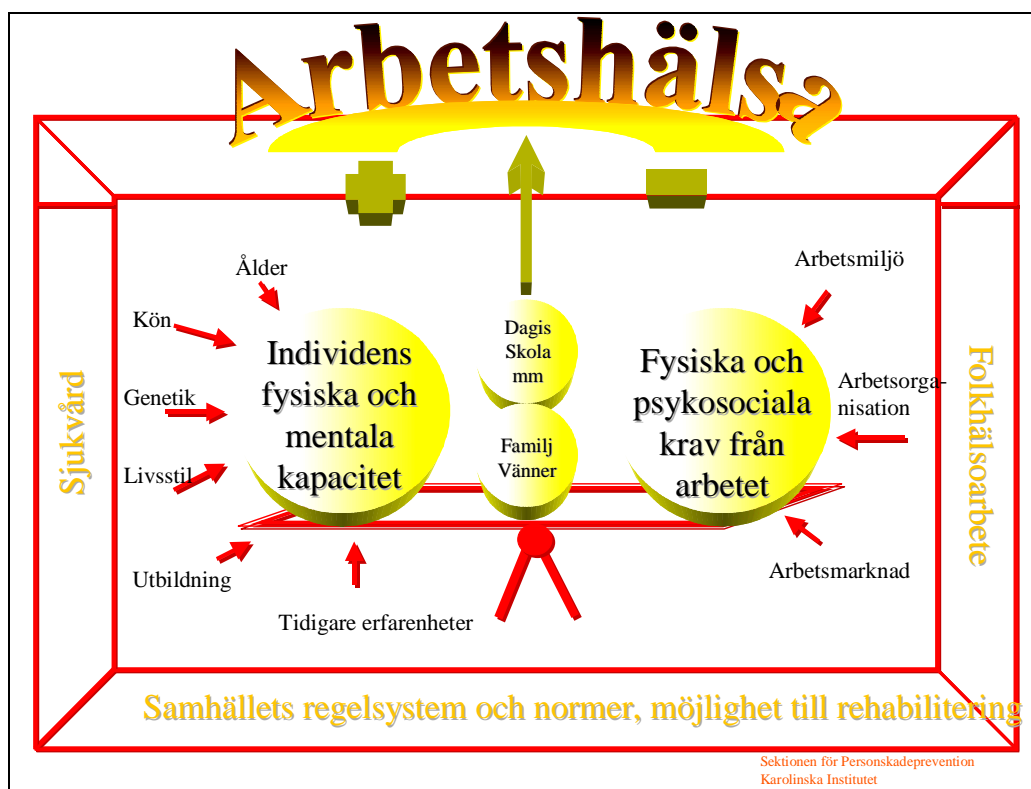
Hälsa

Begreppen välmående och hälsa är mångtydiga och svåra att klart definiera. Att främja hälsa och förebygga sjukdom är två viktiga delar i arbetet för att så många som möjligt ska orka med ett yrkesverksamt liv. Att ha en god hälsa kan sägas innefatta dels en upplevelse av välbefinnande och dels en förmåga till handling. En god arbetshälsa kan i samklang med hälsobegreppet då innebära att man förfogar över handlingsmöjligheter som gör det möjligt utföra sitt arbete med en upplevelse av välbefinnande. Nationella folkhälsokommittén betonar att ett hälsofrämjande arbete både riktar sig till människor som har en diagnosticerad sjukdom och de som är friska (SOU1999:137 1999).

Ohälsa har nästan aldrig bara en orsak utan många olika faktorer bidrar till att individen utvecklar ohälsa. I vårt arbete i HAKuL-projektet har vi utgått från att obalans mellan krav och möjligheter ofta utgör en starkt bidragande faktor till utvecklande av sänkt välbefinnande och ohälsa. Individens möjligheter och förmåga är dels beroende av individuella faktorer som vi inte kan påverka, arv, kön och ålder. Den utbildning och den livserfarenhet vi har med oss påverkar också vår förmåga att hantera de krav som arbetet ställer.

Kraven i arbetet är inte bara beroende av de arbetsuppgifter vi har utan också hur arbetet är organiserat, hur arbetsmiljön ser ut och om vi känner oss inlåsta i vårt arbetet eller att arbetsmarknaden tillåter att vi kan välja ett arbete som vi trivs med.

När skola, barnomsorg och äldreomsorg fungerar så ger det möjligheter att förena yrkesarbete med ansvar barn och för äldre föräldrar. När samhällets omsorg sviktar blir den enskildas belastning större och det blir svårare att balansera arbetets krav med kraven från familjen. En fungerande omsorg, sjukvård och folkhälsoarbetet stärker den enskilda individens möjligheter till balans mellan krav och resurser, och ökar förutsättningarna för en hållbar arbetshälsa. Se figur 1.



Figur 1. En god arbetshälsa är beroende av en balans mellan individens kapacitet och de krav som ställs på individen.

Välbefinnande och hälsa

SF-36 hälsoskala är ett generellt mått på hälsa och välbefinnande. Vid en sökning i den medicinska databasen Medline med sökordet "SF 36" hittades 1830 studier som har använt sig av frågeformuläret. De hälsofaktorer som är beskrivna i följande rapport är Allmän hälsa, Smärta, Rollfunktion, Vitalitet, Social funktion och Psykiskt välbefinnande (Sullivan, Karlsson et al. 1994).

Mätsinstrumentet SF36 har visat sig fungera för att följa hälsoutveckling hos normalbefolkningen över tid (Hemingway, Stafford et al. 1997). Frågorna är utformade så att relativt små förändringar i hälsa och välbefinnande kan observeras. En engelsk befolkningsstudie visar att belastande psykosociala förhållande på arbetet har ett samband med sänkt välbefinnande och hälsa. Dessutom visar studien att belastande psykosociala arbetsförhållanden delvis predicerar försämrat välbefinnande och hälsa fem år senare. Hälsa och välbefinnande mättes med mätsinstrumentet SF36 (Stansfeld, Bosma et al. 1998). Svenska normvärden för befolkningen för SF36 utarbetades 1991-92 i Sverige. Knappt 9000 tillfrågades om sin hälsa. Normdata kan användas för att jämföra med andra undersökningsgrupper jämfört med den allmänna svenska befolkningen. Lägre medelvärde indikerar sämre hälsa och välbefinnande, högre värde indikerar en bättre hälsa jämfört med normvärdet. Vi har jämfört vår undersökningsgrupp med normvärden för kvinnor i den allmänna befolkningen i åldern 45-54 år (Sullivan, Karlsson et al. 1994).

Det är viktigt att komma ihåg att värdena för den kvinnliga normalbefolkningen är ett tiotal år gamla. Det finns data från en rad andra undersökningar som tyder på att det psykiska välbefinnandet allmänt har försämrats under denna period (Yrkesmedicin Stockholms läns landsting 1999; Statistiska centralbyrån 2002). Fler rapporterar stress i arbetslivet och trötthet. Även de långvariga sjukskrivningar för psykisk hälsa har ökat under de senaste åren (Riksförsäkringsverket 2000). Det medför att en mer korrekt bild av mätvärdena på SF-36 ger jämförelsen med andra yrkesgrupper inom äldreomsorgen.

I självrapporterad allmän hälsa observerades inga signifikanta skillnader mellan befolkningsvärdet och för de olika yrkesgrupperna inom äldreomsorgen. Med signifikant skillnad menas här att det 95% konfidensintervallet för skillnaden mellan gruppernas medelvärde inte innefattar värdet noll (Ejlertsson 1992).

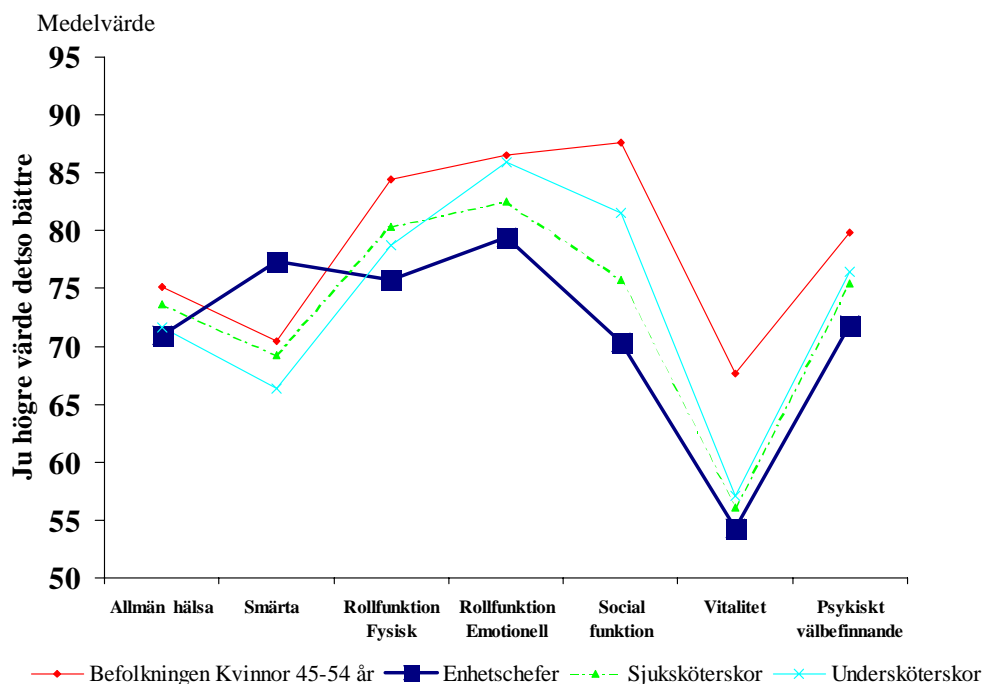
Enhetscheferna rapporterade signifikant mindre smärta jämfört med undersköterskorna i äldreomsorgen. Det förelåg också en tendens till att de hade mindre problem med smärta och värk än normalbefolkningen och än sjuksköterskorna i äldreomsorgen.

För fysisk rollfunktion som är nära förknippat med smärta; om man kan utföra sina vardagliga aktiviteter och sitt arbete eller om man blivit hindrad av sitt kroppsliga hälsotillstånd, förelåg inga signifikanta skillnader mellan grupperna.

Detsamma gällde emotionell rollfunktion; om känslomässiga problem hindrat de vardagliga aktiviteterna och arbetet.

Däremot visade social funktion; i vilken utsträckning hälsan påverkat umgänget med familj och vänner, att enhetscheferna rapporterade signifikant sämre värden jämfört med undersköterskor och den kvinnliga normalbefolkning. Det fanns också en tendens till ett något sämre värde jämfört med sjuksköterskorna inom äldreomsorgen.

När det gällde vitalitet; om man känt sig pigg, stark och full av energi de senaste fyra veckorna, var befolkningens medelvärde signifikant högre, en större vitalitet och energi, jämfört med de anställda inom äldreomsorgen. För psykiskt välbefinnande; hur man känslomässigt känt sig de fyra veckorna, visade enhetscheferna signifikant sämre värde än normalbefolkningen. Se figur 2.



Figur 2. Hälsa och välbefinnande enligt SF36. Ju högre värde desto bättre är välbefinnandet. Uppdelat på normalbefolkning (kv 45-54 år), och enhetschefer, sjuksköterskor och undersköterskor inom äldreomsorgen.

Arbetsförmåga

Begreppet arbetsförmåga och olika undersökningsmetoder för att skatta nuvarande och framtida arbetsförmåga har använts och diskuterats inom yrkesmedicinsk och yrkesepidemiologisk forskning de senaste årtiondena. Forskare i Finland har varit världsledande i att utveckla mätmetoder och att genomföra omfattande longitudinella studier av befolkningen. Med begreppet arbetsförmåga försöker man fånga den yrkesarbetandes förmåga att för närvarande och i framtiden utföra jobbet i förhållande till kraven i arbetet, hälsa och mentala resurser. Baserat på studier av 6500 personer i olika yrken har enkätindexet Work Ability Index utvecklats (Ilmarinen and Tuomi 1992).

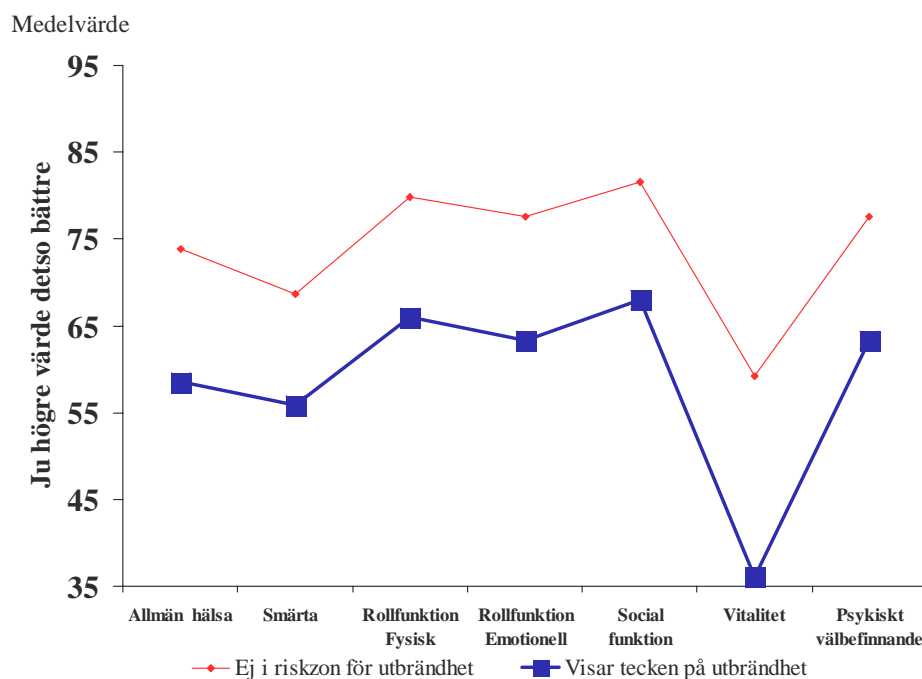
I Work Ability Index ingår en fråga som lyder ”Med tanke på din hälsa – tror Du att Du kan arbeta i Ditt nuvarande yrke även om två år?” Av de 38 enhetscheferna var sju enhetschefer osäkra om de skulle kunna klara det. Andelen var ungefär lika stor i de olika yrkesgrupperna, cirka 20 procent av de yrkesverksamma var osäkra på om de med tanke på sin hälsa skulle arbeta kvar i sitt nuvarande yrke om två år.

För svaren på frågan om arbetsförmågan i förhållande arbetets fysiska krav, fanns en tendens att fler enhetschefer gav en positivare bild av sin arbetsförmåga jämfört med sjuksköterskor och än tydligare jämfört med undersköterskor. Det motsatta förhållande gällde i förhållande till de mentala kraven i arbetet, 29 procent av enhetscheferna angav sin arbetsförmåga vara mycket god i förhållande till de mentala och psykiska kraven, jämfört med 39 procent av sjuksköterskorna och 37 procent av undersköterskorna.

Utbrändhet

Utbrändhet (burnout), utbränning eller utmattningsdepression, är ett fenomen som tilldragit sig stort intresse i samband med att stressrelaterade ohälsomönster uppmärksammas alltmer under senare år. Innebörden i begreppet har skiftat inom forskningslitteraturen. En av de framträdande forskarna på området, Christina Maslach från USA, har utformat ett mätinstrument och hävdar att burnout är ett uttryck för en yrkesmässig kris och att det är ett syndrom bestående av de tre dimensionerna ”emotionell utmattning”, ”cynism” och ”otillräcklighet” (eg. låg yrkesmässig effektivitet) (Maslach, Jackson et al. 1996).

På den direkta frågan om de kände sig utbrända svarade nio av 38 enhetschefer (31%) ”minst någon gång per vecka”. Andelen för sjuksköterskorna var 20 procent och 17 procent för undersköterskorna. Fem av 38 enhetschefer låg i riskzonen för att utveckla vad som enligt Maslach skala är utbrändhet. Sammantaget var 77 personer, 11 procent av enhetscheferna, sjuksköterskorna och undersköterskorna i riskzonen för att utveckla utbrändhet. Det fanns ett tydligt samband mellan att rapportera lågt välbefinnande på SF36-frågorna och att rapportera tecken på utbrändhet. Se figur 3.



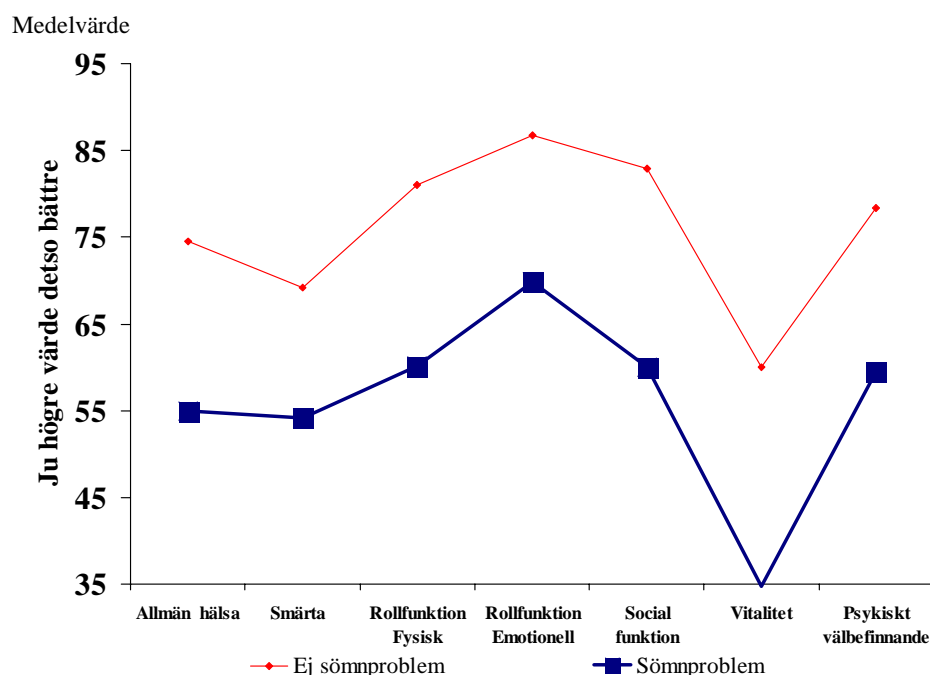
Figur 3. Hälsa och välbefinnande enligt SF36. Ju högre värde desto bättre är välbefinnandet. Uppdelat på de som rapporterat tecken på utbrändhet (n=77) jämfört med de som inte rapporterade tecken på utbrändhet (n=614).

Sömn och återhämtning

Under sömnen så återhämtar vi oss efter den belastning det utgör att vara vaken och fysiskt och psykiskt aktiv. Sömnproblem verkar inte så mycket orsakas av den stress vi upplevt under den gångna dagen utan mer av att vi oroar oss av den stress som vi ska utsättas för under morgondagen. Vi kan inte koppla av vårt engagemang i arbetet, vi kan inte sluta tänka på morgondagen krav och utmaningar och får då en störd sömn. Oförmågan att slappna av medför att vi inte återgår i de fysiologiska vilonivåer vi behöver under sömnen utan kroppen

är ständigt fysiologiskt aktiverad. När kroppen är på en ständigt förhöjd aktiveringsnivå med otillräcklig återhämtning ökar det risken för ohälsa (Aronsson and Svensson 1997; Åkerstedt 2002).

Sömnpromblem var vanligare hos enhetschefer jämfört med sjuksköterskor och undersköterskor. Elva av 38 enhetschefer, 29 procent, hade sömnpromblem. För sjuksköterskor var andelen 22 procent och för undersköterskor, elva procent. Sömnpromblem definierades utifrån att man rapporterade att man flera gånger per vecka hade svårigheter att somna, var vaken under natten och hade svårt att somna om och att man hade svårigheter att sova för att tankar på jobbet höll en vaken. Även sömnpromblem visade ett klart samband med sänkt välbefinnande, mätt med SF36. Se figur 4.



Figur 4. Hälsa och välbefinnande enligt SF36. Ju högre värde desto bättre är välbefinnandet. Uppdelat på de som rapporterat sömnpromblem (n=142) jämfört med de som inte rapporterade sömnpromblem (n=590).

Samma mönster gällde brist på återhämtning. Att inte känna sig utvilad när man går till jobbet, inte heller efter en helgs ledighet och att under och efter arbetsdagen känna brist på energi rapporterades av nio procent. För återhämtning fanns inga tydliga skillnader mellan yrkesgrupperna inom äldreomsorgen. Brist på återhämtning visade ett klart samband med ett sänkt välbefinnande enligt SF36.

Sjukfrånvaro

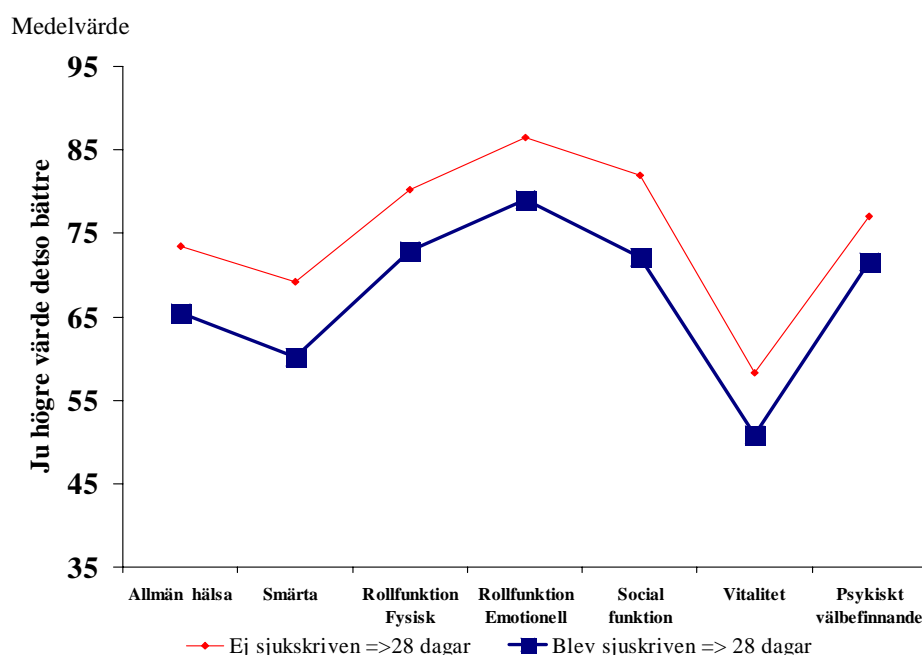
Kvinnors sjukpenningdagar har mer än fördubblats mellan åren 1997 till 2001, från i genomsnitt 15 per år till 31 dagar. Kvinnor äldre än 50 år har ett genomsnittligt sjuktal på 51 dagar per år. Både för kvinnor och män är antalet helårssjukskrivna och förtidspensionerade högst inom den kommunala sektorn. Kommunerna har nästan 60% överrepresentation av helårssjukskrivna anställda (SOU2002:5 2002).

I den massmediala beskrivningen av den kommunal arbetskraften kan det framstå som om de flesta av de kommunalanställda för det mest är sjukfrånvarande. Så är det inte.

Av enhetscheferna rapporterade 14 av 38 personer hade de inte haft någon sjukfrånvaro senaste året. I de övriga yrkesgrupperna var det en något mindre andel som inte hade en enda sjukdag, totalt var andelen 31 procent.

Drygt 20 procent hade mer än 14 dagars sjukfrånvaro under det senaste året. Det fanns ingen större skillnad mellan yrkesgrupperna och det förelåg en klar tendens till ett samband mellan ingen sjukfrånvaro och ett högt välbefinnande enligt SF36. Och även det motsatta, desto fler sjukdagar desto lägre välbefinnande. Sambandet var dock inte lika klart som sambandet mellan välbefinnande respektive sömn, återhämtning och risk för utbrändhet.

Enhetscheferna visade en tendens till ökad risk för längre sjukskrivningar jämfört med sjuksköterskor och undersköterskor inom äldreomsorgen. Under år 2000 och 2001, åren efter de besvarade enkäten, blev elva av enhetscheferna, 29 procent, sjukskrivna 28-dagar eller längre. För de andra yrkesgrupperna var andelen 23 procent för sjuksköterskorna och 18 procent för undersköterskorna. Den förväntade andelen som blir sjukskrivna 28-dagar eller längre per år är knappt tio procent vilket överstegs av de anställda inom äldreomsorgen. När enkäten besvarades rapporterade de som senare blev sjukskrivna en tendens till lägre välbefinnande än de som inte blev sjukskrivna, men skillnaden var inte statistiskt signifikant. Se figur 5.



Figur 5. Hälsa och välbefinnande enligt SF36. Ju högre värde desto bättre är välbefinnandet. Uppdelat på de som de kommande 1-2 åren blev sjukskrivna 28 dagar eller längre (n=142) jämfört med de som inte blev sjukskrivna under en längre period (n=590).

Att i basmätningen rapportera att man var osäker eller inte trodde att man med tanke på hälsan skulle arbeta kvar i sitt nuvarande yrke om två år ökade risken för en sjukskrivningsperiod på 28 dagar eller längre med 30 procent (Relativ Risk 1.3 95% konfidensintervall 1.1-1.5). Av de sju enhetschefer som vid basmätningen var osäkra eller svarade nej på om de trodde att med tanke på hälsan skulle arbeta kvar i sitt nuvarande yrke om två år blev fyra sjukskrivna under en längre period under de kommande åren.

Sjuknärvaro

I debatten och forskningen kring hälsa, arbetsliv och sjukförsäkring har man de senaste åren inte bara diskuterat olika aspekter på sjukskrivning utan också ett relativt nytt begrepp - ”sjuknärvaro”. Med sjuknärvaro menar man de tillfällen då arbetstagaren gått sjuk till jobbet, trots att han/hon med tanke på sitt hälsotillstånd borde varit hemma.

Nio enhetschefer rapporterade att de under det senaste varit sjuknärvarande två eller fler gånger. Sjuknärvaro förekom i alla yrkesgrupper men anledningarna skilde sig mellan de olika yrkesgrupperna. För enhetscheferna var anledningen till sjuknärvaro att man inte kunde vara hemma på grund av arbetsuppgifterna, sjuksköterskorna angav att det vanligaste skälet var lojalitet mot arbetskamrater som annars hade fått göra deras jobb, för undersköterskorna var det vanligaste skälet att man bedömde att man inte hade råd att vara sjukskriven. Till skillnad mot enhetscheferna bedömde sjuksköterskor och undersköterskor att de fanns andra i organisationen som kunde utföra deras arbetsuppgifter om de var hemma för sjukdom.

Arbetsförhållanden

Det finns olika teoretiska modeller om på vad sätt arbetsvillkoren har betydelse för välbefinnande och hälsa. Gemensamt för de flesta modeller är att man utgår från att det bör finnas en balans mellan belastningen i arbetet och de resurser som individen förfogar över. När det finns en obalans mellan krav och resurser blir vi stressade. Det kan orsakas av arbetet, eller kombination av arbetet och privatliv. Långvarig stress har en negativ inverkan både på den fysiska och mentala hälsan. Men det är också så att dålig hälsa kan orsaka sämre psykosociala arbetsförhållanden. Vid besvär minskar förmågan att känna stimulans i arbetet dessutom sätts samarbetet och solidariteten mellan arbetskamrater på prov. Då är det besvären som leder till försämrade psykosociala arbetsförhållanden, vilket i sin tur kan leda till ökad arbetsbelastning. Den enskilda individen är inne i en ond spiral.

Många av de frågor som ställdes i enkäten syftade till att ge dels en beskrivning av arbetsförhållanden men också hur den enskilda individen uppfattade arbetet. Den egna upplevelsen av arbetsvillkor påverkas i stor utsträckning av våra tidigare erfarenheter. Bra erfarenheter av en stödjande arbetskamrater och överordnade gör det lättare att hantera påfrestningar i arbetet. Mer negativa erfarenheter kan leda till att man börjar tvivla på den egna förmågan, vilket handlingsutrymme man har 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. När det känns som att ekonomi blir viktigare än det som man är skicklig på att utföra, sina yrkeskunskaper, är det svårt att möta kraven i arbetet. För en hållbar arbetshälsa är både upplevelsen av arbetsförhållanden och de ”objektiva” förhållandena väsentliga.

Krav, inflytande och kompetens

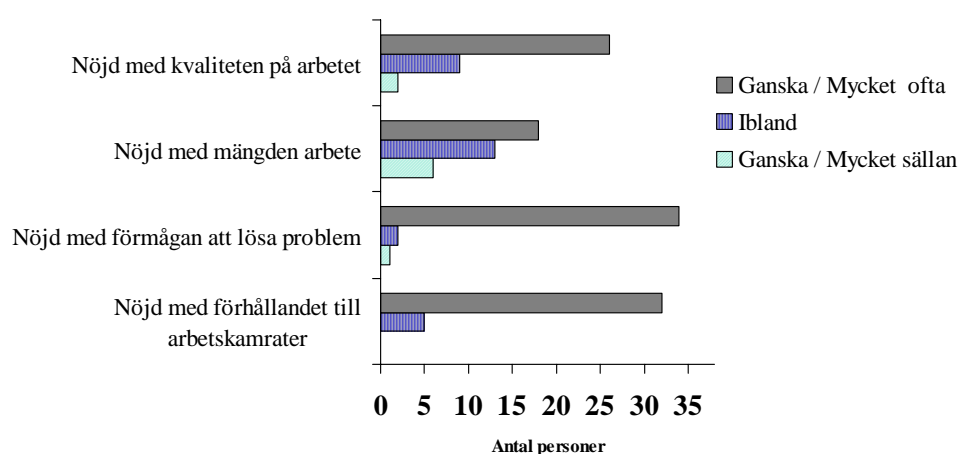
Enhetscheferna rapporterade signifikant större krav i arbetet än sjuksköterskor och undersköterskor. De rapporterade också signifikant mer stimulans och inflytande över och i arbetet än de andra yrkesgrupperna.

De allra flesta enhetschefer och sjuksköterskor tyckte att kraven i yrket stämde med deras kompetens. För undersköterskorna rapporterade knappt hälften att de uppfattade kraven i yrket som låga i förhållande till kompetens, vilket endast en enhetschef rapporterade.

Skicklighet och uppskattning i arbetet

Ett index innehållande sex frågor beskrev hur pass skickliga de anställda kände sig i sitt arbete. Skicklighet i arbetet syftade på om man upplevde sig ha utfört ett bra arbete. Upplevelsen av skicklighet i arbetet 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 (Dallner, Elo et al. 2000).

De allra flesta enhetscheferna var nöjda med sin förmåga i arbetet. Att svara ibland eller sällan på frågor om man är nöjd med kvaliteten, förmågan att lösa problem och förhållandet till arbetskamrater kan tolkas som en osäkerhet i om man verkligen gör ett bra arbete, om man är skicklig. Se figur 6. Det fanns inga tydliga skillnader jämfört med de andra yrkesgrupperna, men en tendens att enhetscheferna var mer osäkra på sin skicklighet.



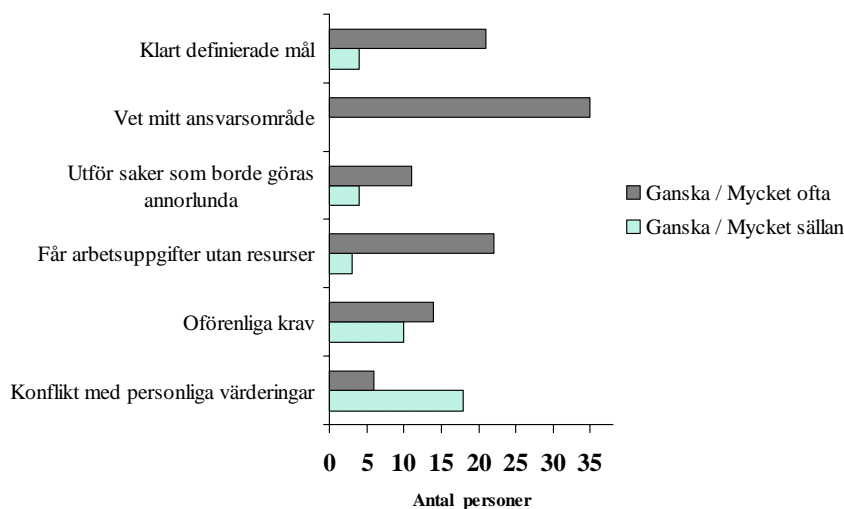
Figur 6. Upplevd skicklighet i arbetet bland enhetschefer i äldreomsorgen. Svarsalternativen på frågan var Ganska / Mycket sällan, Ibland, Ganska / Mycket ofta.

Ansvar och skyldigheter

Olika yrkesgrupper ser olika på vilket ansvar och vilka skyldigheter de har som anställda (Isaksson 2001). Att acceptera ett byte av arbete inom arbetsplatsen, att frivilligt åta sig extra arbete utöver ordinarie arbetsuppgifter, att arbeta extratimmar om det krävs för att klara arbete tyckte betydligt större andel av enhetscheferna var deras skyldighet jämfört med sjuksköterskor och undersköterskor. Däremot var det ingen skillnad mellan yrkesgrupperna i vilket ansvar och skyldigheter som man ansåg att arbetsgivare har gentemot den anställda. De allra flesta ansåg att det är arbetsgivarens skyldighet att erbjuda stimulerande arbetsuppgifter, ge möjlighet till fortbildning, att skapa ett bra arbetsklimat, att ge uppskattning för arbetsinsatsen, att ha öppna och klara kommunikationskanaler och att ge anställningstrygghet.

Rollförväntningar

De allra flesta enhetschefer tyckte att det fanns klart definierade mål för deras arbete och att det var klart vilket ansvarsområde de hade. Ett vanligare hinder var att de fick arbetsuppgifter utan att få de resurser som behövdes för att utföra dem eller att de ställdes inför oförenliga krav från två eller fler personer. Sex av 38 enhetschefer rapporterade att deras arbete ofta innefattade arbetsuppgifter som var i konflikt med deras personliga värderingar. Se figur 7.

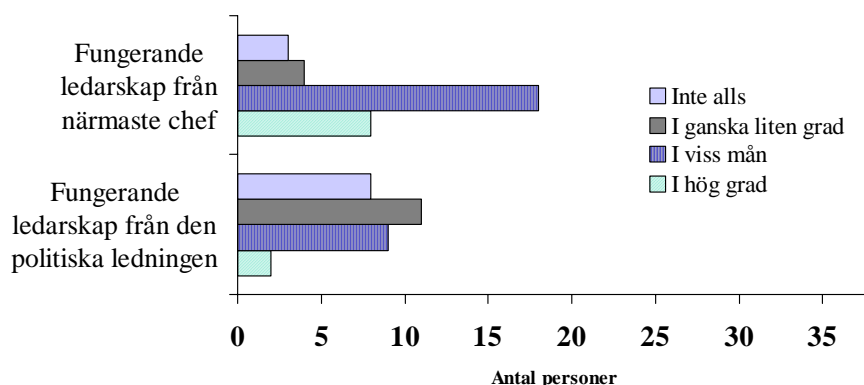


Figur 7. Rollförväntningar och rollkonflikter bland enhetschefer i äldreomsorgen. Svartalternativen på frågan var Ganska / Mycket sällan, Ibland, Ganska / Mycket ofta. Antalet som svarade "Ibland" är inte redovisat i figuren.

Ledarskapet av enhetscheferna

En viktig förutsättning för att enhetscheferna ska kunna utföra ett positivt ledarskap är att de själva får stöd och uppbackning från sina närmaste chefer men också från den politiska ledningen. Ett i hög grad fungerande ledarskap eller ett ledarskap som fungerar i viss mån rapporterades från de flesta enhetschefer. Sju av 38 enhetschefer var inte alls nöjda med ledarskapet. För den politiska ledningen var förtroendet sämre. Se figur 8. Svarsfördelningen var i stort sett den samma i de andra yrkesgrupperna.

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

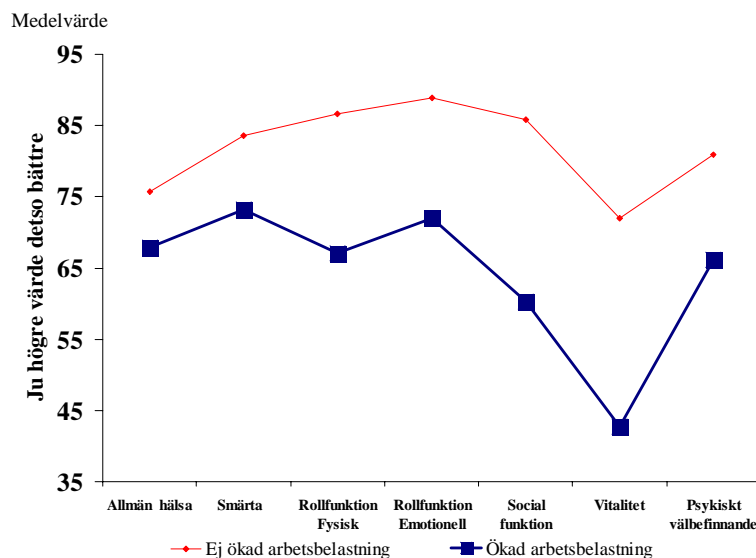


Figur 8. Fungerande ledarskap av enhetscheferna inom äldreomsorgen.

Förändringar

Drygt hälften av de enhetscheferna, sjuksköterskorna och undersköterskorna inom äldreomsorgen rapporterade en ökad arbetsbelastning under det senaste året. Betydligt färre rapporterade ett ökat inflytande och kontroll över det egna arbetet, cirka 15 procent av enhetscheferna och sjuksköterskorna. För undersköterskorna var andelen mindre, knappt nio procent rapporterade ökat inflytande under det senaste året. Nio av enhetscheferna (24%) rapporterade att stöd och uppbackningen i arbetet hade minskat det senaste året vilket var en signifikant större andel jämfört med sjuksköterskorna och undersköterskorna.

De arbetsledare som rapporterade ökad arbetsbelastning under de senaste året rapporterade också ett sämre välbefinnande än de andra arbetsledarna. Se figur 9.



Figur 9. Hälsa och välbefinnande enligt SF36. Ju högre värde desto bättre är välbefinnandet. Uppdelat på de arbetsledare som senaste året rapporterade en ökad arbetsbelastning (n=15) jämfört med de som rapporterade en oförändrad eller minskad belastning (n=23).

Slutord

Resultat visar att enhetscheferna i undersökningen hade ett arbete med stora krav, många var trötta och det finns tendenser till utbrändhet och sänkt välbefinnande. Ett högre antal än förväntat av enhetscheferna blev sjukskrivna under en längre perioden åren efter de svarat på enkäten. Det finns klara indikationer på att påfrestande psykosociala arbetsförhållanden och en allt ökande arbetsbelastning medför försämrat välbefinnande och risk för ohälsa.

När vi genomförde studien blev vi överraskade över hur pass få formella enhetschefer det fanns bland de 2000 anställda inom äldreomsorgen. Vi har utgått ifrån kommunernas personalregister men det kan vara en underskattning av antalet enhetschefer. De som går på kortare vikariat när enhetschefstjänsten är vakant eller den ordinarie är sjukskriven kan vara anställda i någon annan yrkesbefattning. Många av framförallt sjuksköterskorna, men också av undersköterskorna rapporterade hade de hade en ledningsfunktion i arbetsgruppen vilket kanske i realiteten betydde att de tillfälligt tjänstgjorde, eller att deras arbetsuppgifter delvis eller helt var liktydigt med en enhetschef arbete.

Ledarskap inom en organisation sker på både på ett formellt och ett informellt plan. Enhetschefer inom äldreomsorgen har en formell chefsposition över de andra anställda på enheten. Men det finns också informella ledare med mer eller mindre tydligt uttalade ansvarsområden, såsom viss personalledning eller visst verksamhetsansvar.

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 äldreomsorgen. 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 dels förväntningar från ledningen inom förvaltningen, att hon ska vara deras representant och verkställa beslut. Arbetsgruppen ser ofta enhetschefen som sin representant som inför de högre cheferna ska stå för enhetens intressen (Granér 1991).

Med relativt få formella ledare och med stora förväntningar på ledarskapet från ledningen i kommunen och från arbetsgruppen växer antalet informella ledare. Ibland kompletterar det formella och informella ledarskapet varandra. Men det kan också utvecklas till en maktkamp vilket inte främjar arbetsgruppen förmåga till förändringar och nya utmaningar.

Förändringarna i arbetslivet har varit stora under de senaste årtiondet. Speciellt utsatta för förändringar har de anställda i offentlig sektor varit. Samtidigt med nationella reformer har landsting och kommuner genomfört förändringar i sin organisation (Yrkesmedicin Stockholms läns landsting 1999; Yrkesmedicin Stockholms Läns Landsting 2000). Konkurrens mellan olika verksamheter och resultatredovisning har blivit allt vanligare. Ekonomisk styrning och ökad effektivitet har blivit allt viktigare.

Förändringar i sig, oberoende om förändringen ger positiva eller negativa konsekvenser, kräver att individen anpassar sig till nya förhållanden. Anpassning och nya förhållanden innebär en påfrestande som bör mötas med utvecklingsmöjlighet och stöd från omgivningen.

Vid förändringar är det av avgörande betydelse att ledningen kan skapa förutsättningar för de anställda att hantera den nya situationen och även bibehålla motivationen i arbetet. Det finns en rad olika ledarskapsteorier om hur man på bästa sätt kan öka underordnades motivation och prestationer. Det finns också en omfattande forskning kring vilka personliga egenskaper som är viktiga hos en bra chef (Bass 1990).

Ledarskap som är godtyckligt, som innebär förringande av de underställda och där initiativ från personalen motarbetas leder till stress och ohälsa. Tidspress och stress kan försämra ens förmåga att hantera det sociala samspelet och förmågan till inlevelse i andras situation. För att både arbetsgivare och arbetstagare skall kunna möta framtidens krav på hög prestation, formell och social kompetens, förmåga till förändring och anpassning till nya förhållanden måste både arbetsmiljö och arbetsorganisation vara optimalt fungerande.

Men det finns bristfällig kunskap om vad som är ett gott ledarskap i kommunal verksamhet och vad som kan göras för att utveckla ledarskapet (Hallands FoU-enhet för äldre- och handikappomsorg 2002). Bristen på kunskap har uppmärksammats av Svenska Kommunförbundet som för närvarande finansierar tio forskningsprojekt om ledarskap i kommuner (Svenska Kommunförbundet 2002). Forskningssatsningen tar fasta på de särskilda karakteristiska som präglar det kommunala ledarskapet, och som inte alltid omfattas av den traditionella ledarskapsforskningen.

För stora krav i förhållande till möjligheter och resurser ökar risken för ohälsa men kan också försämra ens förmåga att hantera de krav som ledarrollen ställer. En god hälsa är en förutsättning för ett bra ledarskap.

Inom HAKuL-projektet har det genomförts utbildningar av de anställda, med syfte att ge deltagarna ökad förståelse om hur en arbetsgrupp fungerar och hur man i arbetsgruppen kan föra en konstruktiv dialog. Arbetsgrupperna har hittat möjlighetsområden och utarbetat handlingsplaner för att förbättra gruppens arbetsvillkor. När hela arbetsgruppen kompetens stärks underlättar det för enhetschefen att utöva ett fungerande ledarskap. Vad som framkommit som ett hinder i utvecklingsarbetet är den orealistiska arbetsbörda som vilar på enhetschefen. På flera projektorter diskuteras om hur detta ska lösas. Ska fler arbetsuppgifterna läggas ut på arbetsgrupperna eller ska enhetschefernas antal öka eller ska mera stöd ges centralt i från förvaltningen? De kartläggningar och utbildningar som har genomförts inom projektet och det höga antal enhetschefer som "går in i väggen" har fört upp frågan på dagordningen. Utifrån de data som hittills kommit fram i HAKuL-projektet kan följande rekommendationer lämnas för en hälsosammare arbetsplats:

- Organisera inte om utan mycket starka skäl
- Gör ledarskapet möjligt att utöva
- Skapa en fungerande struktur för rehabilitering och en bra företagshälsovård
- Minska den fysiska belastningen
- Fackliga organisationer, arbetsgivare och samhälle måste samverka i frågor om arbetsförhållanden och rehabilitering
- Öka den enskilda och arbetsgruppens inflytande över arbetet och dess planering
- Anpassa kraven till kompetensen
- Målformuleringen bör vara tydlig och alla delaktiga, målen ska följas upp
- Visa uppmärksamhet, uppskattning och ge återkoppling
- Håll ett öga på sjuknärvaron
- Erbjud möjlighet till friskvård
- Ställ inte de äldre utanför fortbildningsprogrammen

Referenser

- Folkhälsorapport (2001). En utmaning för folkhälsoarbetet, projektet Äldre och folkhälsa. Äldres hälsa och välbefinnande. Socialstyrelsen.
- SOU1999:137 (1999). Hälsa på lika villkor. Nationella folkhälsokommittén.
- HAKuL-projektet (2002). "www.personskadeprevention.nu/hakul."
- Sullivan, M., J. Karlsson, et al. (1994). SF-36 Hälsoenkät Manual och tolkningsguide. Göteborg, Sektionen för vårdforskning, Sahlgrenska sjukhuset.
- Hemingway, H., M. Stafford, et al. (1997). "Is the SF-36 a valid measure of change in population health? Results from the Whitehall I Study." British Medical Journal **315**: 1273-9.
- Stansfeld, S., H. Bosma, et al. (1998). "Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning: the Whitehall II study." Psychosomatic Medicine **60**: 247-55.
- Yrkesmedicin Stockholms läns landsting (1999). Arbetshälsorapport om samband mellan arbetsvillkor och ohälsa i Stockholms län. Stockholm, Stockholms läns landsting.
- Statistiska centralbyrån (2002). "www.scb.se/arbetsmarknad/arbetsmiljo."
- Riksförsäkringsverket (2000). "Långtidssjukskrivna - bakgrund, diagnos och återgång till arbetet. Utvecklingen från slutet av 1980-talet till 1999." Redovisar 2000:11.
- Ejlertsson, G. (1992). Grundläggande statistik - med tillämpningar inom sjukvården. Lund, Studentlitteratur.
- Ilmarinen, J. and K. Tuomi (1992). "Work ability of aging workers." Scandinavian Journal of Work, Environment & Health **18 Suppl 2**: 8-10.
- Maslach, C., S. Jackson, et al. (1996). Maslach burnout inventory manual (3rd edition), Palo Alto, CA.
- Aronsson, G. and L. Svensson (1997). "Nedvarvning, återhämtning och hälsa bland lärare i grund- och gymnasieskola." Arbete och hälsa **21**.
- Åkerstedt, T. (2002). "Stress, sömn och återhämtning." Incitament **11**: 27-29.
- SOU2002:5 (2002). Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, Socialdepartementet.
- Dallner, M., A.-L. Elo, et al. (2000). Validation of the general nordic questionnaire (QPS Nordic) for psychological and social factors at work. Copenhagen, Nordic council of ministers: 171.
- Isaksson, K. (2001). Tilliten och psykologiska kontrakt i arbetslivet. Tillitens ansikten. G. Aronsson and J. Karlsson. Lund, Studentlitteratur.
- Granér, R. (1991). Arbetsgruppen Den professionella gruppens psykologi. Lund, Studentlitteratur.
- Yrkesmedicin Stockholms Läns Landsting (2000). Vårdens arbetshälsorapport. Stockholm, Yrkesmedicinska enheten, Sthlm Läns Landsting.
- Bass, B. M. (1990 (third edition)). Handbook of leadership. Theory, Research & Managerial Applications. New York, The free press.
- Hallands FoU-enhet för äldre- och handikappomsorg (2002). Arbetsledaren i den kommunala äldreomsorgen. Solna, Tidningen Äldreomsorg/Fortbildningsförlaget.
- Svenska Kommunförbundet (2002). "www.svekom.se."