

Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting en lägesrapport i mars 2001



Karolinska institutet
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Sektionen för personskadeprevention

För att på sikt förstärka och understödja den hållbara arbetshälsan bland anställda inom kommuner och landsting har AFA (f.d.AMF Försäkring) beslutat att grundfinansiera ett projekt löpande över 5 år. Projektet stöds av en central referensgrupp från Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Svenska Kommunalarbetsförbundet, SACO, OFR, Läkarförbundet, AFA och Försäkringskasseförbundet . Projektet leds från Sektionen för Personskadeprevention vid Karolinska institutet i Stockholm. Denna sektion har tidigare mångårig erfarenhet av prevention och rehabilitering i samarbete med bl.a. olika försäkringsinstanser. Sektionen leds av professor Åke Nygren och projektledare är docent Eva Vingård.

Syftet med rapporten är att ge en lägesbeskrivning av arbetshälsa och arbetsvillkor hos de anställda i kommuner och landsting och att ge exempel på primärpreventiva åtgärder som startas och hur rehabiliteringen fungerar. Förhoppningen är att rapporten kan ge vägledningen i arbetsmiljöarbetet och inspirera till ett positivt utvecklingsarbetet vad gäller rehabilitering och primärprevention.

Rapporten har sammanställts av Sektionen för Personskadeprevention. Författare är Eva Vingård, Malin Josephson, Svante Larsson, Per Lindberg, Lennart Hallsten, Bodil Heijbel, Kerstin Isaksson och Gunnel Ahlberg. Övriga medarbetare har varit Johan Andersson, Marianne Ekdahl, Anna Lundgren-Kvist

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	1
AVSNITT 1	11
Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting – en beskrivning av projektet	11
Övergripande målsättning för projektet	11
Rehabilitering	13
AVSNITT 2	15
Arbetshälsa	15
AVSNITT 3	23
Arbetsförhållanden	23
AVSNITT 4	34
Rehabilitering i HAKuL	34
AVSNITT 5	39
Arbete och ålder	39
AVSNITT 6	46
Sjuknärvarande - vem och varför?	46
Sammanfattning och kommentar.	52
AVSNITT 7	54
Utbränning	54
AVSNITT 8	65
Livsstil	65
AVSNITT 9	73
Ansvar och skyldigheter i relationen mellan anställda och arbetsgivare	73
AVSNITT 10	82
Närande och tärande – en kvalitativ intervjustudie om krav, stimulans och individens förhållande till organisation	82
AVSNITT 11	91
Primärprevention - Exemplet Boden	91
Referenser	97

Sammanfattning

Bakgrund och deltagare

Sammanlagt utgör de anställda inom kommuner och landsting ca 22 % av arbetskraften i Sverige. Cirka 740 000 personer är kommunalt anställda och cirka 260 000 landstingsanställda. Majoriteten, drygt 80 %, är kvinnor och medelåldern ligger mellan 45-50 år. Den övergripande målsättningen med 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. Grunddesignen på studien är en prospektiv kohortundersökning där individerna och arbetsplatserna följs under minst tre år. En bred representation av alla de verksamheter som finns inom kommuner och landsting ingår liksom en god geografisk spridning. Samtliga studiepersoner var i arbete och tillsvidareanställda eller anställda på längre vikariat.

Syftet med denna rapport är att ge en lägesbeskrivning av hälsa och arbetsvillkor hos de anställda i kommuner och landsting och ge exempel på primärpreventiva åtgärder som startats och hur rehabiliteringen fungerar.

HAKuL-projektet startade med en baslinjemätning i enkätform från Karolinska Institutet. 8988 personer erbjöds deltagande och andelen svaranden var 84%, 6246 kvinnor och 1287 män (tabell 1). Denna siffra är glädjande hög och gör det möjligt att dra konklusiva slutsatser. 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. Den enskildes syn på och uppfattning om arbetssituationen kartläggs dessutom på de flesta undersökningsställen med hjälp av ett speciellt instrument, KOMANCO nulägesanalys. I rehabiliteringsdelen av HAKuL-projektet ingår alla som blir sjukskrivna 28 dagar eller mer. Hjälp med rehabilitering sker främst till sjukskrivna med de diagnoser vars behandlingsmetoder prövats inom HUR-projektet. Uppföljningsmätningar kommer att ske efter 1,5 och 3 år.

Tabell 1. Studiegrupp och svarsfrekvens i HAKuL-projektets baslinjemätning.

Studiegrupp	Antal tillfrågade	Antal svarande	Andel kvinnor av de som besvarat enkäten	Baslinjemätning klar
Bodens socialförvaltning	1189	924 (78%)	88%	Jan 2000
Svarbäckens kommun, Uppsala Uppsala entreprenad	1053	866 (82%)	67%	Jan 2001
Olofströms kommun	1210	1038 (86%)	84%	Maj 2000
Malungs socialförvaltning	420	401 (96%)	93%	Mars 2000
Falu Kommun, Delar av Socialförvaltningen, ett rektorsområde, gatuförvaltningen	1044	940 (90%)	76%	April 2000
Lunds kommun, Barn och skolenheten norr	1068	885 (83%)	87%	Jan 2001
Sunderby sjukhus, Norrbotten Allmän Service, Kirurgi, Rörelse-rehab, Radiologi och Vuxenpsykiatri	966	811 (84%)	88%	Okt 2000
Uppsala primärvård	771	637 (83%)	86%	Feb 2000
Blekinge Läns Landsting Medicinkliniken, Geriatrik, Tandvård	525	427 (81%)	91%	Juni 2000
Lunds Universitetssjukhus, Psykiatridivisionen	742	604 (81%)	75%	Dec 2000
Totalt	8988	7533 (84%)	83%	Januari 2001

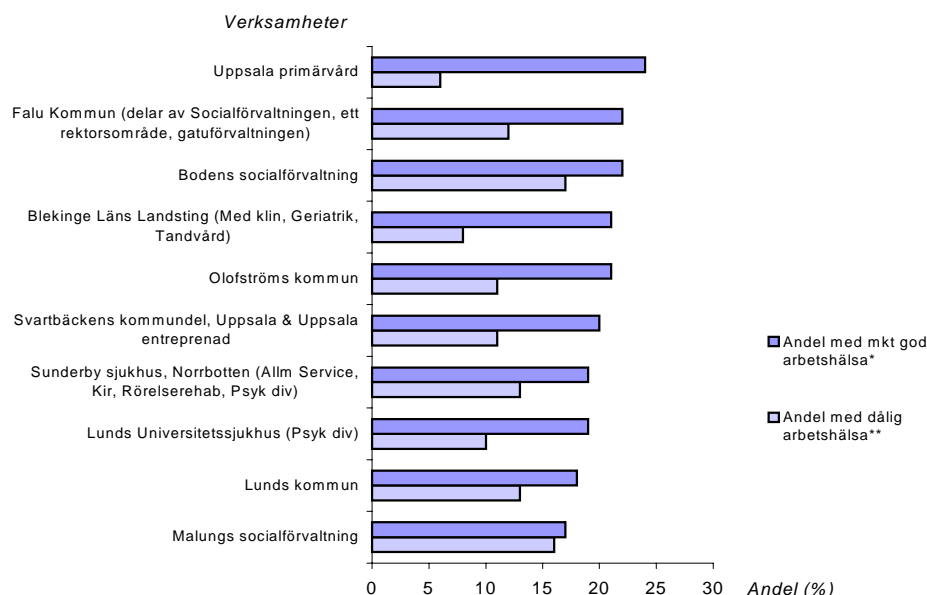
Arbetshälsa

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 hälso-begreppet då innebära att man förfogar över handlingsmöjligheter som gör det möjligt utföra sitt arbete med en upplevelse av välbefinnande.

I HAKuL definieras en mycket god arbetshälsa genom att den egna skattningen av hälsotillståndet var närmast utmärkt, d v s att man tillhörde den fjärdedel som rapporterade den bästa allmänna hälsan och samtidigt var ganska säker på att man på grund av hälsan inte hade några problem att arbeta kvar i sitt yrke de kommande två åren. En mycket god arbetshälsa rapporterades av 20% av kvinnorna och 24% av männen. Att ha en dålig arbetshälsa innebar att man i den egna skattningen av hälsotillståndet tillhörde den fjärdedel av de tillfrågade som värderade den sämsta allmänhälsan och samtidigt var osäker eller trodde att man med tanke på hälsan inte kunde arbeta i samma yrke om två år. En dålig arbetshälsa rapporterades av 13% av kvinnorna och 9% av männen. De övriga tillhörde en mellangrupp, där arbetshälsan var något så när god men också att det fanns stort utrymme till förbättringar.

För samtliga orter och verksamheter var andelen med en mycket god arbetshälsa större än andelen med en dålig arbetshälsa (se figur 1). Det fanns inga markanta skillnader mellan landstingsanställda och kommunalanställda. Däremot fanns det stora skillnader mellan olika yrkesgrupper. För lokalvårdare, vårdbiträden och ekonomibiträden var andelen som rapporterade dålig arbetshälsa större än andelen med mycket god arbetshälsa. Förekomsten av besvär från rörelseorganen var högre hos de kommunal- och landstingsanställda som ingick i HAKuL-studien jämfört med studier av den allmänna befolkningen.

Figur 1
Andelen med god respektive dålig arbetshälsa på samtliga orter



Arbete inom "human service", såsom vård, omsorg och skola, ställer många olika krav på den anställda. I många av yrkena är de fysiska kraven stora, man ska orka att lyfta och arbeta i

påfrestande arbetsställningar. Arbetet ställer också krav på samarbete och förmåga till inlevelse i andras situation och problem, både i förhållande till vårdtagare/elever och arbetskamrater.

Ogynnsamma psykosociala förhållanden kan leda till fysisk och även mental ohälsa. Tidspress och stress kan försämra ens förmåga att hantera det sociala samspelet och förmågan till inlevelse i andras situation. En reaktion på stress kan vara ökad spänning i musklerna vilket ökar sårbarheten vid fysiskt tunga arbetsmoment. Stressen kan också medföra att smärta från t.ex. nacken blir mer påtaglig, att man påminns av smärtan på ett tydligare sätt och att smärtröskeln sjunker. Långvarig stress påverkar kroppen, hormonerna och ämnesomsättningen i negativ riktning, vilket ökar sårbarheten och risken 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.

Inom en och samma yrkesgrupp och inom samma verksamhet i HAKuL-studien varierade de psykologiska, sociala och fysiska arbetsförhållanden. En stor andel upplevde att de var skickliga i sitt arbete och att de hade ett handlingsutrymme så att de kunde möta de krav som ställdes. Andra, som i mindre utsträckning hade en mycket god arbetshälsa, rapporterade mindre gynnsamma förhållanden.

Även när det gäller förändringar fanns det en polarisering. För en del hade inflytande och utvecklingsmöjligheter ökat medan andra inom samma yrke upplevde ett minskat inflytande över sin arbetssituation. De med en positiv utveckling av arbetsförhållanden hade en ökad chans till en mycket god arbetshälsa.

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.

Rehabilitering

De långa sjukskrivningarna har ökat avsevärt sedan 1997, även inom kommun och landsting. Syftet med HAKuL projektets rehabiliteringsdel har varit att praktiskt implementera och sprida de

kunskaper om rehabiliteringseffekter som dokumenterades genom HUR-projektet (Hälsoekonomisk Utvärdering av Rehabilitering). De diagnoser som var aktuella i HUR-projektet var 1) smärta och rörelseorganens sjukdomar, 2) astma/KOL och 3) hjärt/kärl-sjuklighet. Målsättningen i HAKuL är att snabbt nå alla som varit sjukskrivna 28 dagar och erbjuda lämplig rehabilitering efter en utredning.

Genomsnittligt har hittills 25% av de personer som varit sjukskrivna mer än 28 dagar aktualiserats vid företagshälsovården för team- eller helhetsbedömning enligt HAKuL-modellen. Av dessa har i sin tur 60% slussats vidare till olika rehabiliteringsåtgärder. Den diagnosgrupp som föranleder mest sjukskrivning är sjukdom/smärta från rörelseapparaten (23%). Därefter följer psykiska besvär och sjukdomar (18%) varav idag ingår en betydande andel stressrelaterade diagnoser såsom utbrändhet och kroniskt trötthetssyndrom. Hjärt/kärlsjukdomar utgör grund för drygt 1 % av sjukskrivningarna och astma/KOL orsakar knappt 1% av sjukskrivningarna.

Intresset för tidig rehabilitering av de anställda i de deltagande kommunerna och landstingen är stort och alla är överens om problemets vikt. Att få igång ett tidigt rehabiliteringsarbete har dock gått trögt i de flesta kommuner och landsting. Struktur och rutiner saknas för att tidigt identifiera personer som blir sjukskrivna mer än 28 dagar. Utredningsresurserna är också bristfälliga och en satsning på en mångdisciplinär företagshälsovård är av största vikt. Företagshälsovården bör tillföras mer resurser och ett system byggas upp där arbetsledarna snabbt synliggör de anställda som kan tänkas behöva åtgärder och stöd. Att hitta personer i riskzonen för sjukskrivning t.ex. efter flera korttidssjukskrivningar och då sätta in åtgärder skulle säkert ytterligare förbättra rehabiliterings-resultatet. HAKuL-projektet och de i projektet ingående kommunerna och landstingen arbetar vidare för att förbättra rutinerna. Vi hoppas att få fram ett system som kan användas inte bara i vår grupp utan allmänt i kommuner och landsting.

Arbete och ålder

Den kognitiva och fysiska nedgången som uppträder hos de flesta med stigande ålder har, i de allra flesta arbeten, oftast ingen praktisk betydelse så länge en person behåller sin motivation och sitt intresse för arbetsuppgifterna. Om åldersstereotypen, dvs att äldre personer presterar ett sämre arbete, får fotfäste i en organisation kan detta bli en självuppfyllande profetia och de äldres motivation minskar och de blir med tiden marginaliserade. Även en mindre minskning av hälsan kan då leda till sjukskrivning och i förlängningen avgång från yrkeslivet.

I en organisation med en positiv eller neutral attityd till äldre och utan åldersstereotypa tänkesätt kan en viss sänkning av allmän eller specifik hälsa enbart få en mindre betydelse, och inte påverka individen att i förtid lämna sitt arbete, vilket är positivt för arbetsmarknaden.

Motivation, positiva förväntningar från organisation och individ, ständig relevant fortbildning och kraftfull och bättre rehabilitering vid tecken på sviktande hälsa är faktorer som gör att äldre i arbetslivet kan göra en minst lika god arbetsinsats som yngre.

Inom kommuner och landsting som deltar i HAKuL-projektet var 22 % över 55 år. Gruppen över 60 år var dock mycket liten och en stor avgång kan misstänkas ha skett mellan 55 och 60 års ålder. Vid genomgång av äldres hälsa i förhållande till yngres var det främst fysiska variabler som gav lägre värden för de äldre. Det fanns en markant skillnad mellan uppskattad hälsa i förhållande till arbetets fysiska krav med en fördel för de yngre men däremot inga skillnader i skattad arbetsförmåga i förhållande till arbetets mentala krav.

Exponeringar och förhållanden på arbetet skilde sig inte nämnvärt åt mellan yngre och äldre på de flesta punkter. Dock uppgav fler av de äldre bra psykosociala och organisatoriska förhållanden. De var t.ex. mer nöjda med den kvalitet deras arbete hade och det ledarskap som utövades. De var

också i högre utsträckning än de yngre nöjda med den vård och omsorg de kunde ge. Något färre bland de äldre tyckte att de fått ökat inflytande eller ökade möjligheter att lära nytt senaste året.

För att kunna behålla den äldre värdefulla arbetskraften kvar på arbetsmarknaden är det viktigt att möjligheten till kontinuerlig träning och möjlighet att lära nytt ökas. I flera studier har man sett detta som en anledning till sämre prestation och eventuellt även sämre hälsa hos äldre. Även tunga fysiska arbetsmoment bör minimeras inte bara för den äldre arbetskraftens välbefinnande.

En god organisation och vaksamhet mot åldersstereotypa tänkanden kan med stor sannolikhet öka äldre personers deltagande i arbetskraften inom kommuner och landsting.

Sjuknärvarande - vem och varför?

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.

Sjuknärvaro visade sig vara vanligt, cirka tre fjärdedelar av de undersökta uppgav att de under de senaste 12 månaderna åtminstone någon gång gått sjuka till jobbet. En del hade dock hållit sig friska, 37% uppgav att de inte varit sjukskrivna och 24 % att de inte varit sjuknärvarande de senaste 12 månaderna. Sammantaget 13 % kunde räkna sig till de "kärnfriska", de hade varken varit sjukfrånvarande eller sjuknärvarande och 2 % hade både varit sjukfrånvarande och sjuknärvarande mer än 5 gånger. Tendensen var tydlig att antalet sjuknärvaro tillfällen följde relativt väl antalet sjukfrånvarotillfällen. Jämför man de som ansågs ha mycket god arbetshälsa med de som ansågs ha dålig arbetshälsa framgår tydligt hur väl dessa begrepp stämde överens med sjukbeteendet. De med mycket god arbetshälsa hade mycket lägre frekvenser av både sjuknärvaro och sjukfrånvaro än de med dålig arbetshälsa.

Sjuknärvaro var något vanligare bland kvinnor än bland män. I förhållande till åldern var andelen som endast hade ett sjuknärvarotillfälle relativt konstant. Med stigande ålder minskade däremot andelen mer frekvent sjuknärvaro och samtidigt steg andelen som inte någon gång varit sjuknärvarande. Dålig arbetshälsa var korrelerat till ofta förekommande sjuknärvaro.

De vanligaste anledningarna till sjuknärvaro var att man inte hade råd att vara hemma och av lojalitet mot arbetskamrater som annars måste göra ens arbetsuppgifter. Det tycktes inte ha någon betydelse för sjuknärvaron om man var anställd i kommun eller landsting.

Förändringar i arbetsförhållanden som är allmänt erkända som hälsopositiva var associerade med lägre sjuknärvaro och omvänt. Att ha ökade möjligheter att förena yrkesarbete och privatliv visade det starkaste sambandet till att också ha bra hälsa. Det var nästan dubbelt så stor andel med låg sjuknärvaro bland de med ökade möjligheter under senaste året jämfört med de med minskade. Andra förändringar som visade tydligt samband med låg sjuknärvaro var framför allt att få stöd och uppbackning vid behov, att ha kontroll och inflytande över det egna arbetet, att ha en känsla av delaktighet i arbetet och dess innehåll, ett ökat samarbete på arbetsplatsen samt anställningstrygghet.

Utbränning

Utbrändhet (burnout), eller utbränning som vi här föredrar att kalla det, är ett fenomen som tilldragit sig stort intresse i samband med att stressrelaterade ohälsomönster uppmärksammats alltmer under senare år.

Innebörden i begreppet utbränning har skiftat inom forskningslitteraturen. En av de framträdande forskarna på området, Christina Maslach, 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).

I denna rapport talas om ett brett respektive smalt utbränningsbegrepp. Det *breda* utbränningsbegreppet motsvaras av höga värden på de tre dimensionerna emotionell utmattning, cynism och otillräcklighet enligt Maslach. Därtill nyttjas ett *smalt* utbränningsbegrepp, som har sin utgångspunkt i en processmodell snarare än i ett bestämt tillstånd eller symptomuppsättning. En avsikt med processmodellen har varit att avgränsa utbränning från andra processer med stress- och utmattningseffekter, som utarbetning, (fysisk) nedslitning, uttröttnings eller kriser av akut karaktär. Här har eftersträövats att fånga ett handlingsmönster som kan förstås utifrån förändringar i samhälls- och arbetsliv under 1900-talets senare decennier, framför allt den tilltagande professionaliseringen. Ett mer avgränsat begrepp antas också kunna underlätta eventuella preventiva insatser. Det bör dock noteras att avgränsningen gäller själva processen, inte de sammanhang där utbränning kan uppstå. Utbränning i denna smala mening antas även kunna uppstå utanför arbetslivet, t. ex. till följd av långvariga kritiska förhållanden inom familj och frivilligarbete.

Utmärkande för "utbränningsprocessen":

- "Utbränning" kan uppstå när en person av kroniska stressorer hotas eller hindras i sitt utförande av en roll, som är central för personens identitet. "Utbrändhet" är en särskild form av kris, som kan uppstå som ett led i denna utbränningsprocess och som medför sänkt funktionsförmåga och motivation.
- Utbränningsprocessen handlar om framväxten av, och anpassningsmönster till, stark frustration. Anpassningen präglas inledningsvis och under avsevärd tid av ansträngning och engagemang. Processen kan, som vid andra kriser, leda till både positiva och negativa konsekvenser för individen,
- Utbränning har sin grund hos både omgivning och individ. Utbränning har troligtvis alltid förekommit, men en viktig bidragande faktor i nutida arbetsliv för professionell utbränning är "glappet mellan mål och medel". Individer med "prestationsbaserad självkänsla" antas i högre grad än andra riskera utbränning.

För hela undersökningsgruppen framkom att de genomsnittligt kände sig emotionellt uttröttade cirka ett par gånger per månad. Känslor av cynism och distans till arbetet var mindre förekommande, ungefär nån gång varannan månad, och detsamma gällde otillräcklighet eller låg yrkesmässig effektivitet. Vidare framkom att 20 % av gruppen gav uttryck för prestationsbaserad självkänsla. Andelen som befann sig i en professionell utbränningsprocess enligt det strikta kriteriet med värden över de kritiska nivåer som angetts för prestationsbaserad självkänsla, emotionell utmattning, cynism och reducerad funktionsförmåga, uppgick till 6,6 procent (497 personer). Om detta är en hög eller låg andel kan inte besvaras eftersom jämförelsematerial saknas både nationellt och internationellt. Genom HAKuL-studiens longitudinella perspektiv kommer dock konsekvenser för hälsa och sjukskrivning av tendenser till utbränning att kunna följas.

Det framkom att ungefär lika stora andelar av kvinnor (6,7%) och män (6,1%) befann sig i utbränning enligt det strikta utbränningskriteriet. Utbildning hade starka samband med utbränning. De med högskoleutbildning redovisade klart högre grad av emotionell utmattning och prestationsbaserad självkänsla samt en något högre grad av funktionsnedsättning än de utan högskole-

utbildning, medan det omvända förhållandet gällde för otillräcklighet. För cynism var det ingen skillnad mellan grupperna. Dubbelt så många med högskoleutbildning visade ett professionellt utbränningsmönster (9,4%) jämfört med dem utan högskoleutbildning (4,7%).

En sammanvägning av de olika utbränningsvariablerna i enlighet med det strikta utbränningskriteriet visade att professionell utbränning förekom mest bland läkare (12,6%) och grundskollärare (10,4%), och minst bland lokalvårdare (1,4%), vårdare (4,0%) och vårdbiträden (4,2%).

Livsstil

Våra vanor vad gäller tobak, mat och motion påverkar vår hälsa. Väsentliga folkhälsopolitiska mål är att den fysiska aktiviteten ökar, att övervikt förebyggs och att tobakskonsumtionen fortsätter att minska.

Av deltagarna i HAKuL-projektet rapporterade 60% att de motionerade regelbundet, vilket innebär att man tog åtminstone två promenader, på minst en halvtimme, två gånger per vecka. Ingen motion, d v s motion endast någon enstaka gång, rapporterades av 18%. Det fanns fler regelbundna motionärer bland kvinnorna än männen. Enligt tidigare studier skulle man ha förväntat sig ett klart samband mellan utbildningsnivå och motion, läkare visade sig dock sämre på att motionera regelbundet än undersköterskor och vårdbiträden. Av de manliga läkarna utövade endast 45% regelbunden motion. Mellan de olika orterna och verksamheterna fanns inga markanta skillnader.

Andelen dagligrökare minskar stadigt i Sverige och uppgick 1999 till 19% för både män och kvinnor. Männen har i större utsträckning än kvinnorna slutat röka. Männen har minskat sin rökning med 17 procentenheter sedan 1980 och kvinnorna med 10 procentenheter. Bland dem som svarat på HAKuL-enkäten var andelen dagligrökande kvinnor 21%, 2% över riksgenomsnittet och andelen dagligrökande män 16%, 3% under riksgenomsnittet.

I takt med minskat kroppsligt arbete och ökad välfärd i den industrialiserade delen av världen har övervikt alltmer uppmärksamats som riskfaktorer för ohälsa. Vid kraftig övervikt eller fetma finns t.ex. överrisk för diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar och knäartros. I Sverige steg andelen överviktiga personer mellan 1980 och 1997. Andelen överviktiga män ökade från 36% till 46% och andelen överviktiga kvinnor från 28% till 34%. Andelen med fetma ökade för både kvinnor och män från 5% till 7% under perioden. Bland de som deltog i HAKuL-projektet hade 54% av männen och 40% av kvinnorna övervikt och nästan 10% fetma. Således låg man över riksgenomsnittet. Bland de som svarade var det en större andel kvinnor än män som var underviktiga.

Resultatet i HAKuL-studien stärker till stor del tidigare studiers resultat vad gäller livsstilsfaktorer. Hälsobefrämjande vanor följs ofta åt, i yrkesgrupper med få rökare fanns också fler motionärer och en mindre andel kraftigt överviktiga. Negativa hälsofaktorer är vanligare i yrken med kortare utbildningstid än i yrken med större utbildningskrav. Flertalet av de som arbetar i kommuner och landsting har en god arbetshälsa trots stora belastningar i arbetet. Flera faktorer skyddar individen mot påfrestningar, både individuella faktorer, förhållanden på arbetet och levnadsvillkor. Den ojämlika fördelningen av positiva hälsovanor bidrar till ojämlikheten i arbetshälsa mellan de olika yrkesgrupperna.

Ansvar och skyldigheter i relationen mellan anställda och arbetsgivare

Utgångspunkten för detta kapitel är hur relationerna mellan arbetsgivare och anställda medarbetare påverkats av de förändringar som skett inom offentlig sektor under det senaste decenniet.

Det verkar vara mycket vanligt i dagens arbetsliv att anställda är besvikna och upplever att organisationen/företaget eller arbetsledningen bryter löften och inte lever upp till de anställdas förväntningar. Speciellt vanligt har det blivit under de senaste decenniernas föränderliga arbetsliv. Personalleddragningar och omorganisationer har i många fall lett till att anställda känt sig desillusionerade och besvikna. Förändringarna i arbetslivet har lett till en upplevelse av generella försämringar t ex när det gäller anställningstryggheten. Det här tycks vara generella förändringar som gäller inom både privat och offentlig sektor och i de flesta industrialiserade länder.

Det traditionella anställningssystem som länge varit dominerande i Sverige kan sägas ha haft innebörden att *lön, anställningstrygghet* (fast anställning) och vissa möjligheter till utveckling i arbetet erbjuds som motprestation för *hårt arbete och lojalitet*. När anställningsförhållanden förändras utifrån frekventa omställningar i arbetslivet kan man även förvänta sig en förändring av de förväntningar som rör arbetstagares och arbetsgivares rättigheter och skyldigheter. En förskjutning har skett under senare decennier i riktning mot att fler moment omfattas av individuella avtal och därmed blir förhandlingsbara. Detta medför att de s k psykologiska kontrakten, som baseras på de enskilda parternas tolkningar, får en ökad betydelse. Rättigheter och skyldigheter regleras då inte i bara av kollektivavtal eller lagar utan kan göras upp vid anställningsintervjuer och utvecklingssamtal och påverkas av vad som händer i det dagliga samspelet på arbetsplatsen.

Med begreppet psykologiska kontrakt försöker forskare beskriva hur arbetsgivare och anställda upplever och tolkar de villkor som gäller och vilka förväntningar de har på utbytet i relationen.

Störst skyldighet upplever anställda att de har när det gäller att *vara en bra medlem i arbetsgruppen*. Det har man stor eller absolut skyldighet till. När det gäller övriga skyldigheter varierar svaren mer och majoriteten svarar att man har en viss skyldighet att *arbета extratimmar, åta sig extraarbete utöver ordinarie arbetsuppgifter och att byta arbetsuppgifter inom arbetsplatsen*. Lägst skyldighet anser man sig ha att *acceptera förflyttning till annan ort*.

Viktigast i hur man uppfattar arbetsgivarens skyldigheter verkar vara att arbetsgivaren ger *anställningstrygghet* och har *öppna, klara och direkta kommunikationskanaler*. Nästan lika viktigt tycks det vara att få möjligheter till *vidareutbildning* och *uppskattning* samt att arbetsgivaren skapar *ett bra arbetsklimate*. Lägsta värdet, som dock ligger relativt högt, är att ha stimulerande arbetsuppgifter.

Begreppet psykologiska kontrakt handlar om ansvar och skyldigheter i relationen mellan anställda och ledning på arbetsplatsen. Syftet med att fråga om detta i HAKuL är att försöka fånga upp vilken betydelse det har för personalens trivsel och på längre sikt också om det har någon betydelse för personalens hälsa. En viktig slutsats är att personalens förtroende och tillit till chefer och politiker hänger nära samman med hur man ser sitt eget och ledningens ansvar och skyldigheter. Likaså finns ett samband med trivsel och klimat på arbetsplatsen.

Närande och tärande – en kvalitativ intervjustudie om krav, stimulans och individens förhållande till organisation

Detta kapitel skiljer sig från de övriga i denna rapport eftersom det inte är baserat på enkätundersökningen i HAKuL-projektet utan på ett mindre antal intervjuer med anställda inom kommuner och landsting. Det kan ses som ett åskådliggörande av och exempel på vad de enkätdata som presenteras avspeglar, hur det kan se ut i det individuella fallet ”i verkligheten”. Syftet med intervjuerna var att försöka visa vad som uppfattas som belastande respektive motiverande faktorer i vårdarbete och även att sätta detta i relation till organisation och ledning.

Eftersom de personer som intervjuats har olika yrken och förutsättningar i sina arbeten är naturligtvis också kraven i arbetet varierande. Ett gemensamt drag är emellertid att praktiskt

taget alla tar upp det påfrestande i att under en relativt lång tid behövt anpassa sig till organisatoriska förändringar. Detta innebär inte att alla har en genomgående negativ inställning till de förändringar som skett även om en märkbar förändringströtthet råder. En faktor som definitivt inverkar negativt på arbetsmiljön är att arbetsgruppen ofta inte är fulltalig. Bristen kan antingen vara förorsakad av att det finns vakanser eller att flera i personalgruppen faktiskt är sjuka. Erfarenheterna av den ökade sjukfrånvaron varierade mellan de olika arbetsställena men på de ställen där det förekom ställde det tveklöst ökade krav på de som var friska.

När det gäller stimulans i arbetet är utan tvekan patienter och boende den största källan till detta för alla intervjuade. Däremot är ett allmänt intryck från intervjuerna är att det inte råder någon stark positiv känsla av stolthet över att arbeta i vare sig kommun eller landsting. Om man talar i termer av "psykologiskt kontrakt" förefaller det som om förhållandet till organisation och arbetsgivare ofta är ganska svagt och diffust. Många gånger råder tveksamheter om vilken roll politikererna egentligen spelar. De frekventa organisationsförändringarna och neddragningarna har skapat en återhållsamhet och brist på tilltro oavsett om man känner sig neutral eller besviken. De stora förändringar som skett har i första hand varit betingade av ett behov av att spara pengar och inte lika ofta utgått från själva verksamhetens behov.

Bristen på tid och resurser skapar en ny relation mellan den kompetens man har och vad man får använda i sitt arbete. För att få drägligare villkor måste man sätta ett tak, på sätt och vis göra ett sämre jobb än vad man egentligen kan göra vilket kräver nya anpassningsstrategier. De personer med personalansvar som intervjuats uttrycker att de har stöd uppfifrån från den högre ledningen men att arbetsuppgiften på många sätt inte riktigt är möjlig att utföra. Detta för med sig övertidsarbete, i vissa fall i mycket stor omfattning, och en gnagande känsla av otillräcklighet. Detta utgör naturligtvis en stor del av förklaringen till varför personalen inte riktigt känner sig bekräftade.

Hela detta mönster kan öka risken för ohälsa.

Primärprevention - Exemplet Boden

Bodens socialförvaltning har i dagsläget cirka 1200 personer anställda. Under de senaste åren har socialförvaltningen tvingats till ekonomiska besparingar, personaltätheten har minskat och sjukskrivningarna ökat. För att bryta den dystra utvecklingen har Bodens socialförvaltning startat upp ett offensivt primärpreventivt arbete. Utgångspunkten i utvecklingsarbetet är att utifrån den beskrivning av verkligheten som man fick i baslinjemätningen (både KI:s enkät och KOMANCOs analys av arbetsförhållanden) göra förändringar som stärker den hållbara arbetshälsan.

Över 90 olika arbetsgrupper deltog i nulägesanalysen och varje arbetsgrupp fick sin egen rapport. Uppgifterna i nulägesanalysen har kopplats till svaren i Karolinska Institutets enkät. Tillsammans gav det en bild av både arbetsgruppen och individen. Stor arbetslust visade ett samband med en balans mellan krav i arbetet, utvecklingsmöjligheter och inflytande. De som rapporterade en arbetssituation med inte alltför stora krav och med möjligheter till utveckling och inflytande hade en jämförelsevis stor arbetslust. Arbetsgrupper med stor arbetslust visade också en bättre arbetshälsa.

Det följande utvecklingsarbetet kan delas in i två faser: en utbildningsfas och en genomförandefas. Sammantaget genomförde KOMANCO 29 utbildningsdagar under våren 2000. Representeranter för arbetsgrupperna samt arbetsledare, cirka 190 personer, deltog vardera i 4 ½ dags utbildning. Vägledarutbildningen var 2 ½ dag lång och syftet var att arbetsgruppen skulle få möjlighet att föra konstruktiva diskussioner utifrån vad som kom fram i nulägesanalysen. Att vara vägledare innebar till att börja med dels att tillsammans med arbetsledarna

analysera och tolka nulägesanalysen och dessutom att leda diskussioner i sin arbetsgrupp. Diskussionerna skulle fokuseras på om vad som behövde förbättras, vilka hindren är för att lösa problemen och hur man kan gå tillväga. Ett tema under utbildningen var ”Vad hindrar oss från att ha en arbetsmiljö som ger en hållbar arbetshälsa?”

Representanter för arbetsgrupperna och arbetsledarna deltog också i Human Dynamics utbildning under två dagar. Human Dynamicsutbildningen syftade till att motivera och inspirera individen till att se sin egen inneboende potential och att öka möjligheterna till en bra kommunikation i arbetsgruppen.

Under hösten 2000 genomfördes ytterligare utbildningar, fyra dagars dialogutbildning för vägledare och arbetsledare. Utbildningsdagarna syftade till att stärka dialogen och utvecklingsprocessen i arbetsgruppen.

För att kunna genomföra förbättringar uppmuntras arbetsgrupperna att finna ”möjlighetsområden” d v s att se inom vilka områden man kan åstadkomma förbättrade arbetsförhållanden och hur man kan gå tillväga. Av drygt 90 arbetsgrupper hade 59 kontinuerliga träffar under året och hittade möjlighetsområden att jobba med. Trettiofyra arbetsgrupper hade haft någon enstaka träff och fem arbetsgrupper hade inte haft någon träff inom projektet. De flesta, men inte alla arbetsgrupper, kände stöd av arbetsledaren.

Ett delmål i utvecklingsarbetet är att arbetsgrupperna ska formulera handlingsplaner för vilka förändringar som behövs och hur det ska genomföras. Hittills har cirka 200 handlingsplaner formulerats och dokumenterats. De flesta är planer för att ändra rutinerna i arbetsgruppen, t ex schemaförändringar och förändrade mötesrutiner. Dessutom behandlar handlingsplanerna den yttre verksamheten (t ex ombyggnader), budget- och ekonomifrågor, införskaffande av skydds- och arbetskläder, förslag på friskvårdsaktiviteter. Den lokala projektledningen, bestående av arbetsgivare, fackförbunden, företagshälsovården och försäkringskassan, har regelbundna möten och tar ställning till de handlingsplaner som arbetsgrupperna inte på egen hand kan genomföra. Vilka handlingsplaner som kan genomföras och vad som leder till varaktiga förändringar är för tidigt att uttala sig om. Om 1.5 år ska en uppföljning genomföras för att få veta om arbetslusten ökat, om arbetshälsan har förbättrats och vilka förändringar som har genomförts.

Ett delresultat är att under år 2000 har sjukskrivningsdagarna inte ökat i socialförvaltningen i Boden, en negativ utveckling har brutits. På orter som satsat mindre på det primärpreventiva utvecklingsarbetet har detta inte inträffat utan sjuktalen har stigit.

Avsnitt 1

Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting – en beskrivning av projektet

Bakgrund

Sammanlagt utgör de anställda inom kommun och landsting ca 22 % av arbetskraften i Sverige. Cirka 740 000 personer är kommunalt anställda och cirka 260 000 landstingsanställda. Majoriteten, drygt 80 %, är kvinnor och medelåldern ligger mellan 45-50 år. Inom det närmsta decenniet kommer behovet av en ökad rekrytering att bli stort. Problemen för arbetsgivaren är två, dels att behålla den arbetskraft som finns och dels att bli en attraktiv arbetsgivare för nya arbetstagare på arbetsmarknaden. Ett stimulerande arbetsinnehåll och goda arbetsförhållanden både vad gäller fysisk och psykosocial arbetsmiljö liksom arbetsorganisation är då av stor vikt ur konkurrenssynpunkt.

Syftet med rapporten

Syftet med denna rapport är att ge en lägesbeskrivning av hälsa och arbetsvillkor hos de anställda i kommuner och landsting och ge exempel på primärpreventiva åtgärder som startats och hur rehabiliteringen fungerar.

Hållbar Arbetshälsa i Kommuner och Landsting "HAKuL-projektet"

Projektet "Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting" startade i slutet av år 1998, finansierat av AFA (dåvarande AMF Försäkring). Diskussioner hade då förts mellan AFA Kommunförbundet, Landstingsförbundet och de fackliga organisationerna om ett projekt för att initiera primärpreventiva åtgärder i arbetsmiljön och stärka rehabiliteringen enligt riktlinjer som tagits fram i tidigare forskningsprojekt finansierade av AFA.

Övergripande målsättning för projektet

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

Delmålsättningar

Att beskriva och följa hälsoläget under en treårsperiod

Att undersöka vilka faktorer i arbetsmiljö, arbetsorganisation och livsstil som har störst betydelse för hälsans utveckling

Att både identifiera och starta förebyggande projekt för att förbättra arbetsmiljö, arbetstillfredsställelse och hälsa

Att beskriva rehabiliteringen vid projektets början

Att identifiera individer som blir sjukskrivna ≥ 28 dagar, att utreda var arbetshindret består av och att hjälpa till med åtgärder och behandling i rehabprocessen

Att hitta ett instrument som lätt mäter arbetsförhållanden och hälsa

Studiedesign

Grunddesignen på studien är en prospektiv kohortundersökning där individerna och arbetsplatserna följs under minst tre år.

Studiegrupp

Genom Landstingsförbundet och Kommunförbundet har diskussioner förts med olika landsting och kommuner om deltagande i HAKuL-projektet. Målsättningen har varit att få hela Sverige representerat i undersökningen. Likaså har det varit önskvärt att olika delar av den kommunernas och landstingens verksamheter innefattades i projektet. Sammantaget deltar sex kommuner och fyra landsting (tabell 1:1).

En bred representation av alla de verksamheter som finns inom kommuner och landsting ingår. Samtliga studiepersoner var i arbete och tillsvidareanställda eller anställda på längre vikariat. Ett långsiktigt förankringsarbete företogs under 1999 för att få stort deltagande och intresse från kommuner och landsting att under projektiden satsa på förebyggande arbete och rehabilitering.

Baslinjemätning från Karolinska Institutet

Projektet startade med en baslinjemätning i enkätform utarbetad av forskargruppen på Karolinska Institutet. Andelen svaranden var 84%, 6246 kvinnor och 1287 män. Denna siffra är glädjande hög och gör det möjligt att dra konklusiva slutsatser. 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.

Tabell 1. Studiegrupp och svarsfrekvens i HAKuL-projektet.

Studiegrupp	Antal tillfrågade	Antal svarande	Andel kvinnor av de som besvarat enkäten	Baslinjemätning klar
Bodens socialförvaltning	1189	924 (78%)	88%	Jan 2000
Uppsala; Svartbäckens kommundel, Uppsala entreprenad	1053	866 (82%)	67%	Jan 2001
Olofströms kommun	1210	1038 (86%)	84%	Maj 2000
Malungs socialförvaltning	420	401 (96%)	93%	Mars 2000
Falu Kommun, delar av socialförvaltningen, ett rektorsområde, gatuförvaltningen	1044	940 (90%)	76%	April 2000
Lunds kommun, barn och skolenheten norr	1068	885 (83%)	87%	Jan 2001
Sunderby sjukhus, Norrbotten; allmän service, kirurgi, rörelse-rehab, radiologi och vuxenpsykiatri	966	811 (84%)	88%	Okt 2000
Uppsala primärvård	771	637 (83%)	86%	Feb 2000
Blekinge Läns Landsting; Medicinkliniken, geriatrik, tandvård	525	427 (81%)	91%	Juni 2000
Lunds Universitetssjukhus, psykiatridivisionen	742	604 (81%)	75%	Dec 2000
Totalt	8988	7533 (84%)	83%	Januari 2001

Återkoppling

En återkoppling av resultaten från enkäten har gjorts till ledningsgrupper, lokal referensgrupp och arbetsgrupper. Efter denna återkoppling har beslutats, eller beslut är på gång, om preventiva och interventiva åtgärder. Hur detta organiseras eller ska organiseras är i första hand en fråga för arbetsledningen att besluta om, men projektet är bollplank och observatör vid dessa diskussioner. De interventiva åtgärderna följs och utvärderas av projektgruppen.

Baslinjemätning från KOMANCO

Den enskildes syn på och uppfattning om arbetssituationen kartläggs dessutom på de flesta undersökningsställen med hjälp av KOMANCOS nulägesanalys, INSITU. KOMANCO HB är ett utvecklingsbolag som ägs av Kommunalarbetarförbundet. Huvudsakligen arbetar KOMANCO med utbildningar som innehåller teorier om den lärande organisationen, individens sätt att kommunicera i gruppen samt gruppens betydelse för detta lärande. Utgångspunkten är att verklig förändring börjar hos individen. Nulägesanalysen syftar i korthet till att få en bild av hur de anställda upplever sin egen arbetslust, hur den egna arbetsenheten fungerar och hur de uppfattar sin egen kompetens i relation till de krav som ställs i arbetet. KOMANCOS nulägesanalys sker vanligtvis på arbetsplatsnivå men kommer i HAKuL-projektet att kunna analyseras även på individnivå och av forskarna på KI samköras med data från KI-enkäten och uppföljningarna. KOMANCOS deltagande var beslutat sedan tidigare och HAKuL-projektet samarbetar med KOMANCO men är inte ansvarigt för KOMANCOS analys och arbete.

Uppföljningsmätningar

Ca 1.5 år efter den första enkäten och ytterligare en gång efter ca 3 år följs samtliga deltagare upp med en enkät. Med denna prospektiva design blir det möjligt att upptäcka vilka faktorer i arbetet och dess innehåll som är risk- respektive friskfaktorer för en individ eller en arbetsplats. Under hela undersökningstiden, tre 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 undersökta kommunerna och landstingen kommer också att följas beträffande sjukskrivningsstatistik i AFAs databas för sjukskrivna efter 3 månader. På detta sätt kan effekter av prevention och tidig rehabilitering jämföras mellan olika undersökta orter och andra orter som inte ingår i studien.

Rehabilitering

Förberedande kartläggning

I inledningen av projektet kartlades med hjälp av en enkät alla som just då var sjukskrivna och hade varit det minst 90 dagar. Kartläggningen syftade till att undersöka hälsan, de rehabiliteringsinsatser som företagits och den sjukskrivnes egna förhoppningar om återgång i arbete.

Rehabilitering av alla "nysjukskrivna" efter 28 dagar

Alla som blir sjukskrivna 28 dagar eller mer ingår i denna del av HAKuL-projektet. Ansvaret för att identifiera de sjukskrivna ligger primärt hos arbetsgivaren. Efter identifiering kallas den sjukskrivna till en utredning hos företagshälsovården för att arbetshindret skall kartläggas och adekvat utredning och rehabilitering initieras. Arbetsgivaren och försäkringskassan deltar i rehabiliteringsutredningen och vid beslut om åtgärd. Som en del av utredningsarbetet och för att kunna bedöma effekten av företagna åtgärder besvarar den sjukskrivne en enkät om diagnos, tidigare liknande sjuklighet, tidigare sjuknärvaro, smärta, funktion, självskattad hälsa och vilka faktorer som bedöms som viktiga för arbetsåtergång av den sjukskrivne.

Hjälp med rehabilitering sker främst till sjukskrivna med de diagnoser vars behandlingsmetoder prövats inom det s.k. HUR-projektet. Dessa diagnoser är:

1. astma/KOL
2. hjärtsjukdom
3. smärta och sjukdomar i rörelseorganen

Dessutom har ett forskningsprogram om rehabilitering vid "utbrändhet" – utmattningsdepression sedan en tid startats vid Sektionen för personskadeprevention på KI och samarbete runt patienter med dessa diagnoser har inletts.

Uppföljning av de sjukskrivna kommer att ske efter 6, 18 och 36 månader för att bedöma hur arbetsåtergång och livskvalitet har påverkats av företagna rehabiliteringsåtgärder.

Avsnitt 2

Arbetshälsa

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.

I Sverige tillämpas arbetslinjen, d v s att myndigheterna strävar efter att så många som möjligt ska kunna försörja sig själva genom eget arbete. Att ha ett arbete betraktas ofta som en förutsättning för en god hälsa. Genom yrkesarbete kan vi försörja oss, bli delaktiga i samhällets aktiviteter, utveckla oss och lära oss nya saker. Befolkningsprognoser visar att ett allt mindre antal personer i yrkesverksam ålder kommer att försörja ett allt större antal pensionärer. För att detta ska fungera krävs bl. a. att de människor som har jobb orkar med dessa och inte slås ut av orimliga arbetsvillkor. Men i dag är 400 000 färre i arbete nu än för 10 år sedan, drygt fyra procent av arbetskraften är sjukskriven sedan minst en månad och den faktiska pensionsåldern är 58 år. Endast en av fem arbetar fram till 65 års ålder.

För att stärka arbetshälsan bör konsekvenser av sjukdomar som innebär att man inte kan uppfylla sin roll i arbetslivet 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. De psykosociala och fysiska kraven i arbetet bör anpassas till individens förutsättningar. På det sättet kan man utveckla arbetets positiva betydelse för livskvalité och hälsa. Inflytande, så att individen kan påverka sina arbetskrav och arbetsförhållanden, är ett medel för att kunna orka ett helt arbetsliv.

Mycket god och dålig arbetshälsa

I den enkät som deltagarna besvarade fanns en rad olika frågor om fysisk och mental hälsa. 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?

(Svarsalternativ från Utmärkt – Dålig)

- 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 Stämmer precis – Stämmer inte alls)

Frågorna ingår som en del i frågeinstrumentet SF-36, vilket mäter hälsa och livskvalité.

Frågorna är övergripande och representerar både fysiska och psykiska aspekter av hälsan.

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)

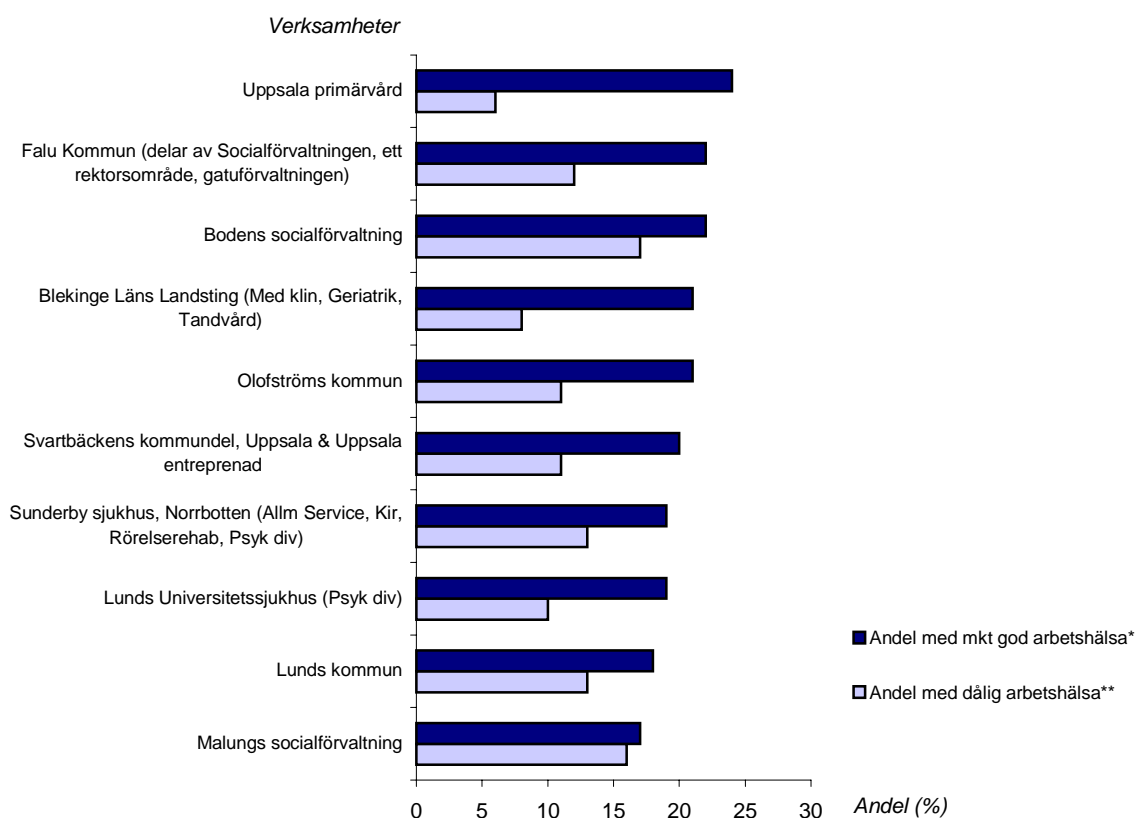
Cirka var femte anställd var tveksam om hon /han skulle orka arbeta kvar om två år med tanke på sin hälsa.

Att ha en mycket god arbetshälsa innebar att den egna skattningen av hälsotillståndet var närmast utmärkt, d v s att man tillhörde den fjärdedel som rapporterade den bästa allmänna hälsan och samtidigt var ganska säkra på att man på grund av hälsan inte hade några problem att arbeta kvar i sitt yrke de kommande två åren. En mycket god arbetshälsa rapporterades av 20% av kvinnorna och 24% av männen.

Att ha en dålig arbetshälsa innebar att man i den egna skattningen av hälsotillståndet tillhörde den fjärdedel av de tillfrågade som skattade den sämsta allmänhälsan och samtidigt var osäker eller trodde att man inte med tanke på hälsan kunde arbeta i samma yrke om två år. En dålig arbetshälsa rapporterades av 13% av kvinnorna och 9% av männen. De övriga tillhörde en mellangrupp, där arbetshälsan var något så när god men att det fanns stort utrymme till förbättringar.

Orter och arbetshälsa

För samtliga orter och verksamheter var andelen med en mycket god arbetshälsa större än andelen med en dålig arbetshälsa. Det fanns inga markanta skillnader mellan anställda i landstinget och kommunalanställda. För de orter där endast socialförvaltningen ingick i studien var andelen med dålig arbetshälsa relativt hög (figur 2:1).



Figur 2:1. Orter och arbetshälsa

*Mycket god hälsa: Med tanke på sin hälsa kan man arbeta i sitt nuvarande yrke om två år och att man ligger i den övre kvartilen på SF-36 skalan för Allmän hälsa (indexvärde mellan 88-100)

**Dålig hälsa: Med tanke på sin hälsa kan man inte arbeta i sitt nuvarande yrke om två år och man ligger i den undre kvartilen på SF-36 skalan för Allmän hälsa (indexvärde mellan 0-57)

Yrkesgrupper och arbetshälsa

I samtliga yrkesgrupper fanns det anställda med mycket god arbetshälsa och anställda med dålig arbetshälsa. Störst andel med mycket god hälsa fanns bland de personliga assistenterna men också en relativt stor grupp med dålig arbetshälsa. Bland lokalvårdare, vårdbiträden, kokerskor och ekonomibiträden var andelen som rapporterade dålig arbetshälsa större än andelen med mycket god arbetshälsa. Det fanns en tendens att yrkesgrupper med fysiskt tungt arbete hade en lägre andel med mycket god arbetshälsa. Ett undantag var socialsekreterare /kuratorer, där arbetet inte kan betraktas som fysiskt tungt men andelen med mycket god arbetshälsa var relativt låg (tabell 2:1).

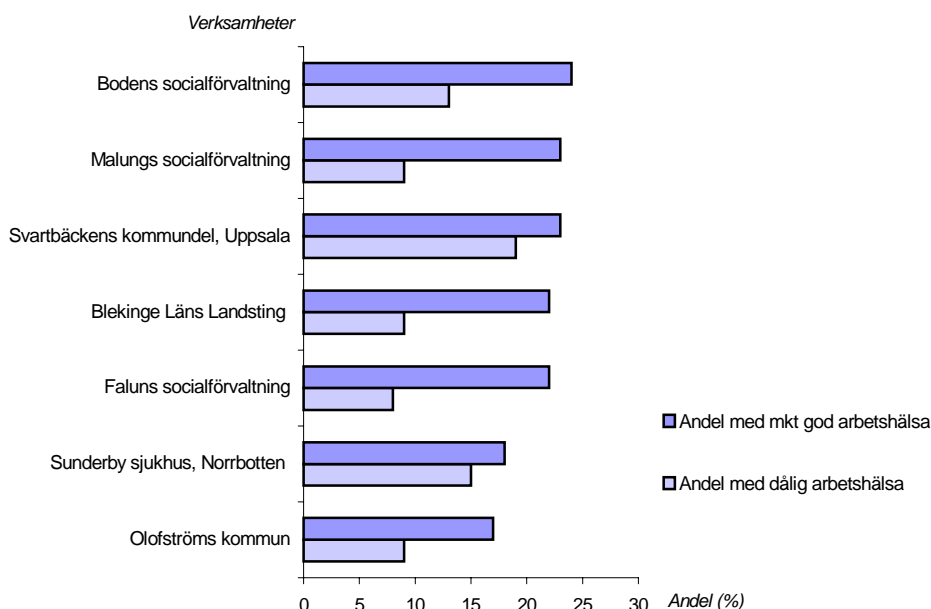
Tabell 2:1. Arbetshälsa i olika yrken. Alla yrken representerade av minst 20 personer är med i tabellen.

Yrke	Antal	Andel med mycket god arbetshälsa	Andel med dålig arbetshälsa
Personlig assistent	94	33%	16%
Behandlingsassistenter	47	32%	15%
Drift- och verksamhetschef	225	29%	6%
Lärare i estetiskt / prakt. ämnen	65	29%	6%
Administrativ assistent	125	26%	15%
Läkare	266	25%	8%
Läkarsekreterare	183	25%	9%
Sjukgymnast	77	23%	5%
Grundskolelärare	544	23%	10%
Gymnasielärare	50	22%	10%
Förskolelärare	503	22%	11%
Undersköterska	1004	22%	12%
Elevassistenter	61	21%	12%
Sjuksköterska	931	21%	8%
Tandsköterska	30	20%	7%
Barnsköterska	312	19%	16%
Vårdare / Mentalskötare	510	19%	12%
Psykolog	84	18%	4%
Ekonomibiträde	156	17%	24%
Vårdbiträde	838	17%	18%
Speciallärare	63	16%	10%
Socialsekreterare/Kurator	130	17%	10%
Ingenjörer / Datortekniker	86	16%	3%
Biomedicinska analytiker	31	16%	10%
Anläggningsarbetare	168	15%	11%
Fastighetsskötare	78	15%	9%
Lokalvårdare	203	13%	23%
Kock / Kokerska	75	11%	24%
Ekonomiassistenter	34	9%	3%
Samtliga	7353*	20%	12%

* 180 individer besvarade inte frågorna om arbetshälsa

Undersköterskor

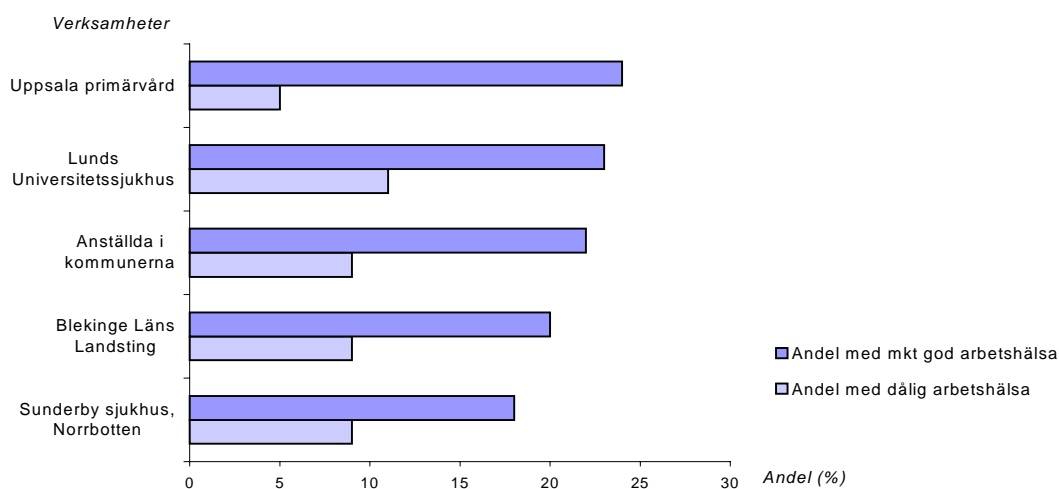
Skillnaden i arbetshälsa var tydligare i jämförelsen mellan olika kommuner och kommunala verksamheter än i en jämförelse mellan de som var landstings- och kommunalanställda (figur 2:2).



Figur 2:2. Arbetshälsa bland undersköterskorna i de olika verksamheterna.

Sjuksköterskor

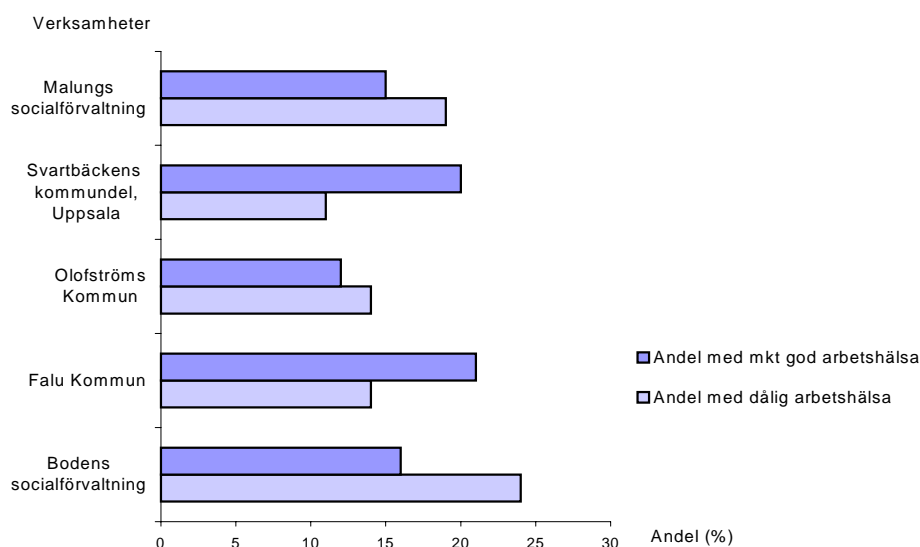
Undersköterskor och sjuksköterskor i samma verksamhet hade en likartad fördelning av mycket god och dålig arbetshälsa. Sjuksköterskornas arbetshälsa skilde sig inte markant mellan kommunal eller landstingsanställda (figur 2:3).



Figur 2:3. Arbetshälsa bland sjuksköterskorna i de olika verksamheterna.

Vårdbiträden

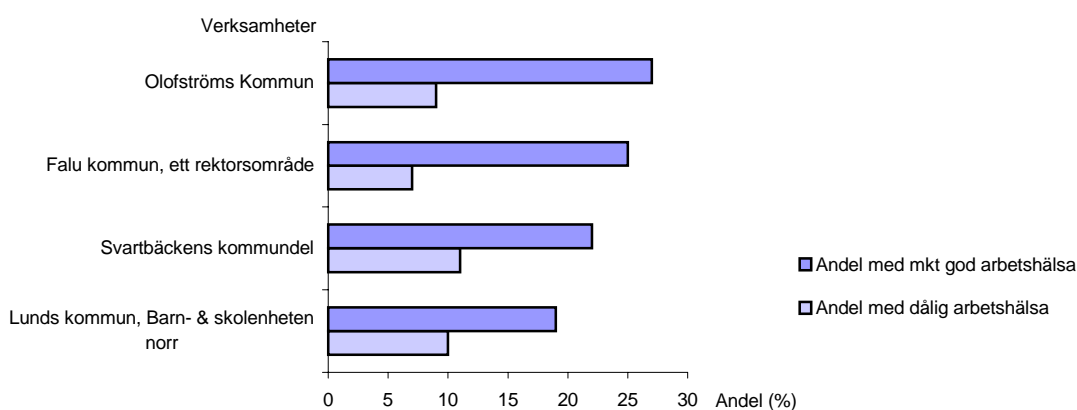
Jämfört med undersköterskorna skattade vårdbiträden en sämre arbetshälsa. I flera verksamheter var andelen vårdbiträden med dålig arbetshälsa större än andelen med en mycket god arbetshälsa (figur 2:4).



Figur 2:4. Arbetshälsa bland vårdbiträdena i de olika verksamheterna.

Grundskolelärare

En mycket god arbetshälsa var för grundskolelärarna betydligt mer förekommande än en dålig arbetshälsa. Det förelåg ingen markant skillnad mellan lärarna på de olika orterna i andelen med mycket god eller dålig arbetshälsa (figur 2:5).



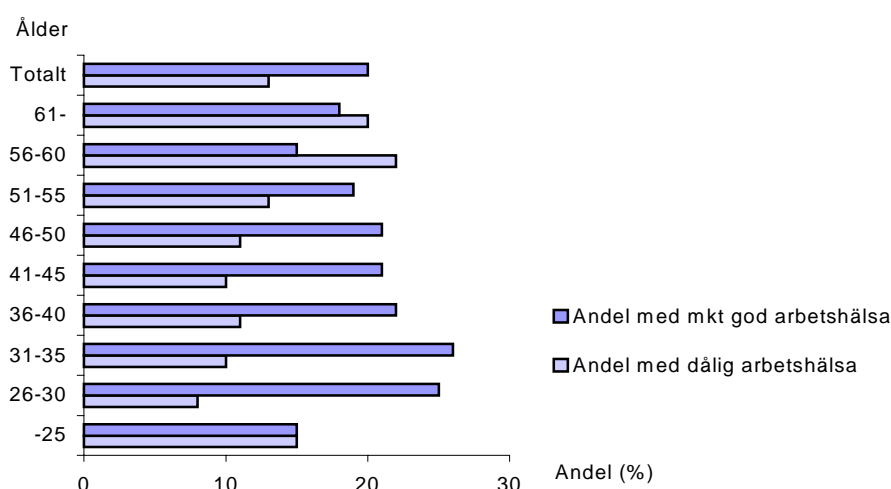
Figur 2:5. Arbetshälsa bland grundskolelärare i de olika verksamheterna.

Ålder och arbetshälsa

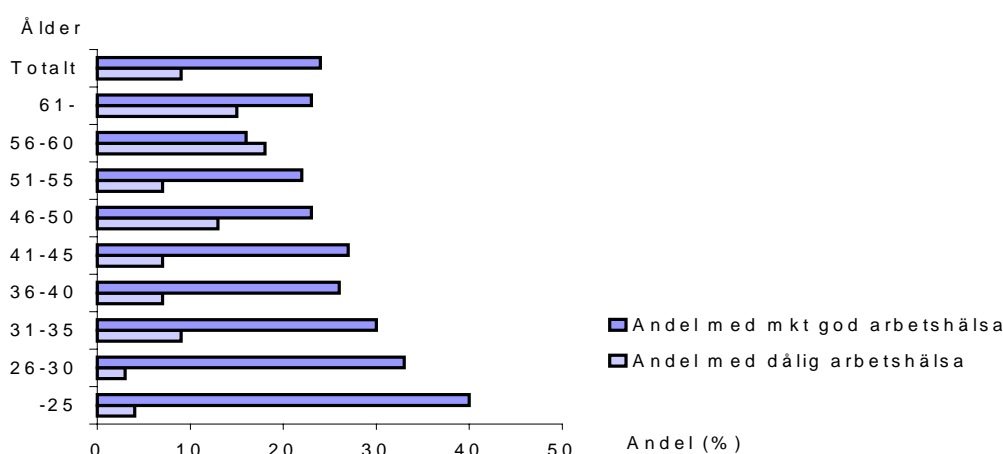
Få av de anställda inom kommuner och landsting är under 25 år. I HAKuL-projektet var 3% av deltagarna under 25 år. I den yngsta gruppen av kvinnliga anställda var andelen med dålig arbetshälsa relativt hög och andelen med mycket god arbetshälsa relativt låg (figur 2:6 och

2:7). Nästan alla yngre var anställda inom kommunal verksamhet. En hög andel av de yngre grundskolelärarna och personliga assistenterna hade en mycket god arbetshälsa, medan hälsan bland vårdbiträden och barnomsorgspersonal gav en mer splittrad bild. Den sämre arbetshälsan hos de unga jämfört med de något äldre kan delvis bero på en selektion. Efter några år i ett fysiskt och mentalt belastande yrke slutar de som inte klarar kraven. De med en sämre hälsa byter yrke eller lämnar arbetsmarknaden.

Bland de äldre var det ett något lägre andel anställda med en mycket god arbetshälsa och en större andel som rapporterade en dålig arbetshälsa jämfört med övriga anställda. Drygt var femte kvinna äldre än 55 år rapporterade en dålig arbetshälsa (figur 2:6 och 2:7). De äldres arbetsvillkor och hälsa beskrivs i en separat del i rapporten.



Figur 2:6. Arbetshälsa bland kvinnor i olika åldersgrupper



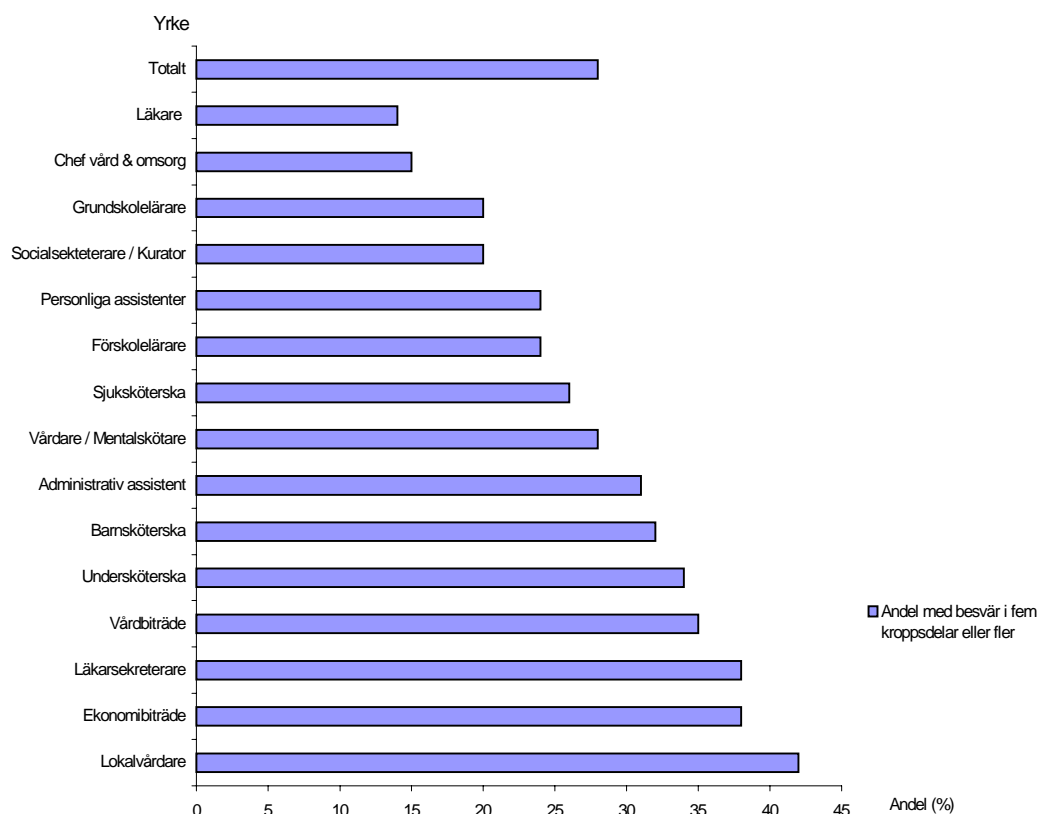
Figur 2:7 . Arbetshälsa bland män i olika åldersgrupper

Besvär från rörelseorganen

Besvär från rörelseorganen var allmänt förekommande. Drygt 55% hade haft smärta, värk eller obehag i nacken under senaste året, 60% i axlar och skuldror och 55% i nedre delen av

ryggen. Nack, skulder, och axelbesvär var vanligast bland läkarsekreterarna och administrativa assistenter, drygt 70% procent rapporterade besvär under det senaste året. Besvär från nedre delen av ryggen var vanligast bland undersköterskor, 63% rapporterade besvär under senaste året.

Besvär från fem kroppsdelar eller fler rapporterade 28% av de anställda. För läkarsekreterare lokalvårdare och ekonomibiträden var andelen med fem eller fler besvär som störst (figur 2:8). Av de med dålig arbetshälsa angav 60% att de hade besvär från minst fem kroppsdelar.



Figur 2:8. Andel i olika yrkesgrupper som rapporterade besvär i fem eller fler delar av rörelseapparaten under det senaste året.

Sammanfattning och kommentar

För samtliga orter och verksamheter var andelen med en mycket god arbetshälsa större än andelen med en dålig arbetshälsa. Det fanns inga markanta skillnader mellan landstingsanställda och kommunalanställda. Däremot fanns det stora skillnader mellan olika yrkesgrupper. För lokalvårdare, vårdbiträden och ekonomibiträden var andelen som rapporterade dålig arbetshälsa större än andelen med mycket god arbetshälsa. Förekomsten av besvär från rörelseorganen var högre hos de kommunal och landstingssanställda som ingick i studien jämfört med studier av den allmänna befolkningen.

Arbete inom "human service", såsom vård, omsorg och skola, ställer många olika krav på den anställda. I många av yrkena är de fysiska kraven stora, man ska orka att lyfta och arbeta i påfrestande arbetsställningar. Arbetet ställer också krav på samarbete och förmåga till

inlevelse i andras situation och problem, både i förhållande till vårdtagare/elever och arbetskamrater.

Det finns olika sätt att tänka sig sambandet mellan psykosociala arbetsförhållanden och besvär från rörelseorganen. Ogynnsamma psykosociala arbetsförhållanden kan leda till en ökad fysisk belastning på kroppen. När stödet från arbetskamrater är dåligt, tidspressen stor och man har lite inflytande över planeringen av det egna arbetet försämras den egna arbetstekniken. När man utför tunga arbetsmoment eller sitter framför datorn och är tidspressad glömmer man lätt bort att tänka på en bra teknik som är skonsam för den egna kroppen. Man ber inte om hjälp t ex. vid patientförflyttningar, utan utför förflyttningen själv. Oförutsedda händelser, som kanske hade kunna förutses om det funnits mer tid för samarbete, bidrar till att arbetet blir tyngre. Tidspress och bristande samarbete kan också innebära att arbetet bli mer enahanda, variationen mellan tyngre och lättare arbetsmoment minskar.

Ogynnsamma psykosociala förhållanden kan leda till fysisk och även mental ohälsa. Tidspress och stress kan försämra ens förmåga att hantera det sociala samspelet och förmågan till inlevelse i andras situation. En reaktion på stress kan vara ökad spänning i musklerna, vilket ökar sårbarheten vid fysiskt tunga arbetsmoment. Stressen kan också medföra att smärta från t. ex. nacken blir mer påtaglig, att man påminns av smärtan på ett tydligare sätt och att smärtröskeln sjunker. Långvarig stress påverkar kroppen, hormonerna och ämnesomsättningen i negativ riktning, vilket ökar sårbarheten och risken för sjukdom.

Avsnitt 3

Arbetsförhållanden

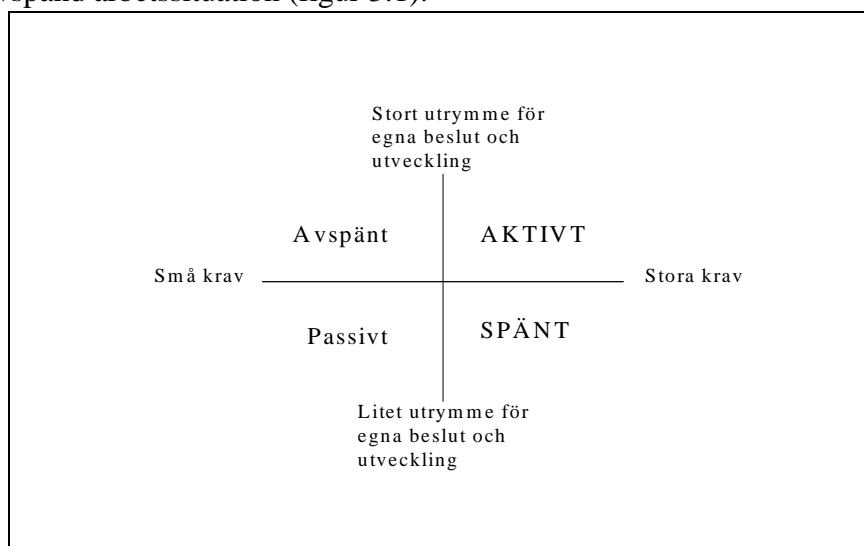
Det finns olika teoretiska modeller om på vad sätt arbetsvillkoren har betydelse för välbefinnande och hälsa. Gemensamt för de flesta modeller är att man utgår från att det bör finnas en balans mellan belastningen i arbetet och de resurser som individen förfogar över. Det frågeformulär som användes i studien innefattade frågor med olika infallsvinklar på begreppen belastning och resurser.

Krav och kompetens

De allra flesta tyckte att deras kompetens och färdigheter stämde väl överens med de krav som ställdes i arbetet. Sammantaget tyckte 10% att kraven i arbetet var högre än de egna kunskaperna och färdigheterna, 16% tyckte att kraven var lägre än de egna kunskaperna och färdigheterna. Skillnaden var stor mellan de olika yrkesgrupperna, 22% av läkarna tyckte att kraven var större än deras kompetens, för undersköterskor var andelen 3%. Däremot var det en stor andel av undersköterskorna som rapporterade att kraven var mindre än deras kompetens. Av undersköterskorna i kommunal verksamhet var andelen 42%, för de landstingsanställda var andelen 14%.

Krav och inflytande

Det finns många studier av arbetslivet som visar att risken för ohälsa ökar vid en spänd arbetssituation. En spänd arbetssituation innebär höga arbetskrav i kombination med små möjligheter till egna beslut och utveckling. Risken ökar då för att man ska uppleva sin situation som stressande. På längre sikt kan detta leda till fysiologiska förändringar som försvagar kroppens motståndskraft mot sjukdom och leder till ohälsa. Att ha en arbetssituation med höga krav men också med stora handlingsmöjligheter innebär ett aktivt arbete som främjar hälsa. När det finns utrymme för egna beslut och utveckling ökar möjligheterna att hantera kraven. Ett passivt arbete innebär låga krav i arbetet men också litet utrymme för egna beslut. Låga krav i kombination med stor utrymme för egna beslut och utveckling innebär ett avspänd arbetssituation (figur 3:1).

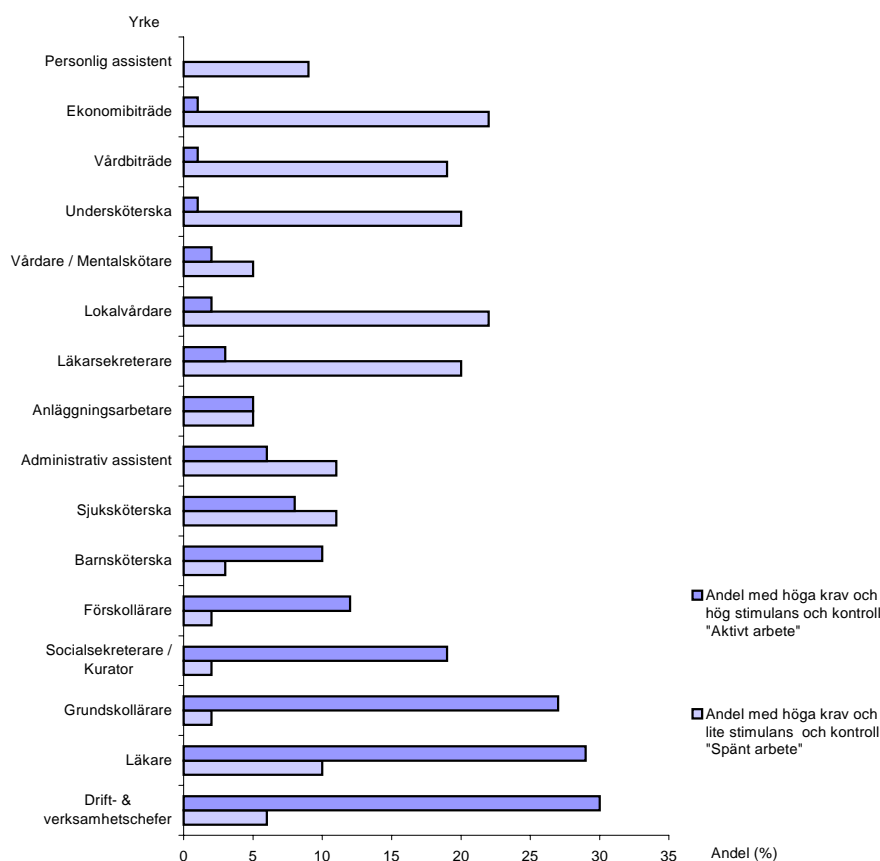


Figur 3:1. Modell för krav i arbetet och utrymme för egna beslut och egen utveckling
Källor: Fritt efter Karasek och Theorell

I stora drag var det så att ju högre upp man befanns sig i hierarkin inom kommunal eller landstingsverksamheten desto större var sannolikheten att man hade en aktiv arbetssituation.

Många läkare hade en aktiv arbetssituation, men en relativt stor andel rapporterade en situation med höga krav i kombination med små handlingsmöjligheter. Skillnaden var dock stor mellan olika verksamheter, 15% av läkarna inom primärvården i Uppsala rapporterade en spänd arbetssituation jämfört med 5% av övriga läkare.

Den yrkesgrupp som i störst utsträckning rapporterade ett spänt arbete med stora krav och litet utrymme för egen utveckling och egna beslut var läkarsekreterarna. Det var en markant skillnad mellan administrativa assistenter och läkarsekreterarna, betydligt större andel av läkarsekreterarna hade en spänd arbetssituation (figur 3:2).



Figur 3:2. "Aktivt" och "spänt" arbete hos respektive yrkesgrupper (i %). Yrkesgrupper representerade med minst 90 individer finns med i figuren.

* Summaindex från 5-25 för krav. Den högsta tertilen, summa 15-20 definierades som höga krav.
Summaindex från 6-24 för krav. Den högsta tertilen, summa 19-24 definierades som stort inflytande / stimulans.
Den lägsta tertilen, summa 6-16 definierades som litet inflytande / stimulans

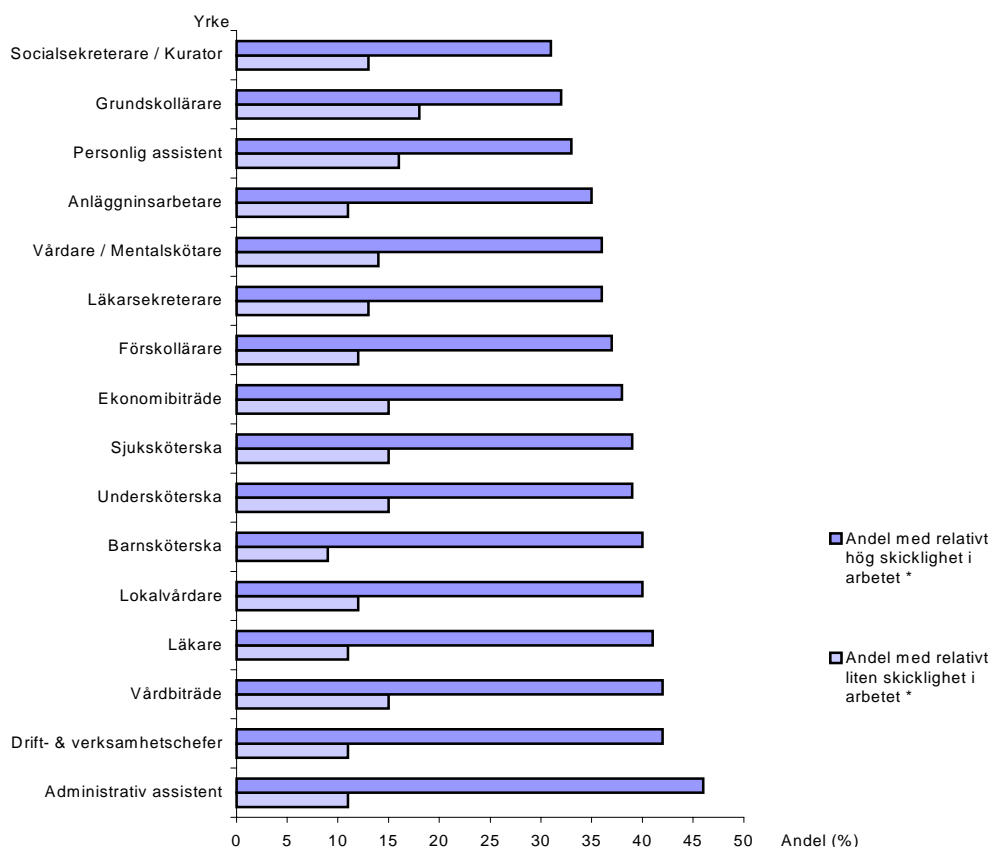
Skicklighet och feed-back i arbetet.

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.

Enligt svaren verkade inte utbildningsnivå eller om yrket innebar administrativt arbete eller direkt kontakt med elever/vårdtagare någon stor betydelse för upplevelsen av skicklighet i arbetet (figur 3:3).

Vanligast var att information och återkoppling om kvalitén på det arbete man utfört sällan förekom. Grundskolelärare, socialsekreterare och chefer var de som i minst utsträckning fick återkoppling om kvalitén på arbetet. Även om feed-back på arbetet saknades kände de allra flesta att deras arbetsinsatser uppskattades. Man kände uppskattning både av överordnade och arbetskamrater. Doch uppgav 5% av de tillfrågade att de inte fick uppskattning av varken överordnade, arbetskamrater eller eventuella underordnade.

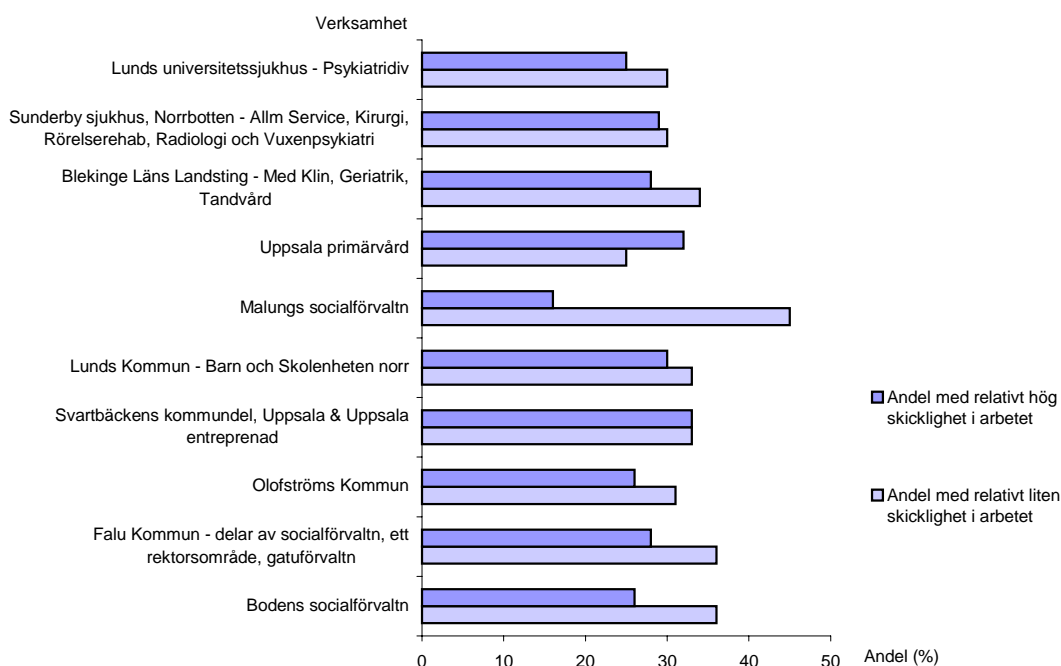
Malungs socialförvaltning skilde sig från de andra orterna, relativt få upplevde skicklighet i arbetet. Framförallt förmågan att lösa problem och att upprätta ett gott förhållande till arbetskamraterna skattades som lägre i Malung än i på andra orter (figur 3:4).



Figur 3:3. Upplevd skicklighet i arbetet hos respektive yrkesgrupp. Yrkesgrupper representerade med minst 90 individer finns med i figuren.

* Summaindex från 6-30. Den högsta tertilen, summa 25-30 definierades som hög skicklighet.

Den lägsta tertilen, summa 6-21 definierades som liten skicklighet.



Figur 3:4. Upplevd skicklighet i arbetet hos respektive verksamhet.

Ledarskap

Under senare år har stora förändringar genomförts inom den offentliga sektorn. Samtidig med nationella reformer har landsting och kommuner genomfört stora organisatoriska förändringar. Konkurrens mellan olika verksamheter och resultatredovisning har blivit allt vanligare. Ekonomisk styrning och ökad effektivitet har blivit allt viktigare. 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. Ledarskap som är godtyckligt, som innebär föroringande av de underställda och där initiativ från personalen motarbetas leder till stress och ohälsa. Stöd och uppmuntran från ledningen har visat sig skydda mot ohälsa.

Ett i hög grad fungerande ledarskap från den närmaste chefen upplevde 29% av de kommunalanställda och 35% av de anställda inom landstinget. Att det närmaste ledarskapet inte alls fungerade rapporterade 9% av de kommunalanställda och 8% av de landstingsanställda.

En kundorienterad ledarstil som hade tyngdpunkt på kvalitet, verksamhetsförbättring och utveckling, gott rykte och nöjda vårdtagare /elever var vanligast. En kundorienterad ledarstil innebär en möjlighet till att ge utrymme åt de anställda att använda yrkeskunskaper och att ta egna initiativ som kan förbättra verksamheten.

En mindre andel upplevde att ledarstilen var ekonomiorienterad, att det viktigaste var att dämpa kostnaderna och att arbetet flöt utan större avbrott. I yrken med direktkontakt med andra människor (vård, omsorg och undervisning) är inte lönsamhet det som förknippas med yrkeskunskap och yrkesstolthet. Att i ledarskapet förmedla att de viktigaste målsättningarna är att dämpa kostnaderna och att arbetet flyter begränsar de anställdas handlingsmöjligheter och

förutsättningarna för att känna att man är skicklig i sitt arbete. Ekonomiorienterat ledarskap var förknippat med att man tyckte att ledarskapet inte fungerade och en upplevelse av relativt liten skicklighet i arbetet. (tabell 3:1).

En personalorienterad ledarstil, där det viktigaste är att ta itu med problem i personalgruppen, ordning och reda och att det finns sammanhållning och arbetsglädje i arbetsgruppen förekom i relativt liten utsträckning.

En kundorienterad ledarstil var vanligast på alla orter, utom i Boden, där dominerade ekonomiorienterad och personalinriktad ledarstil. En förklaring kan vara de ekonomiska åtstramningar som socialförvaltningen genomfört under de senaste åren (se separat avsnitt).

Tabell 3:1. Ledarskap och upplevelse av skicklighet i arbetet i förhållande till ledarskapsstil.

Av de med	hade följande andel hög grad ett fungerande ledarskap från närmaste chef	hade följande andel ett inte alls har fungerande ledarskap från närmaste chef	hade följande andel relativt hög skicklighet i arbetet	hade följande andel relativt liten skicklighet i arbetet
-personalorienterad ledarstil	39%	5%	27%	32%
-kundorienterad ledarstil	36%	5%	28%	31%
-ekonomiorienterad ledarstil	15%	18%	17%	44%
-kund och ekonomi	21%	12%	25%	33%
-mixad ledarstil	39%	5%	41%	23%

Fysisk ansträngning

Skattad fysisk ansträngning ger en bild av den fysiska belastningen i arbetet i förhållande till den enskilda individens förutsättningar, de ergonomiska hjälpmedel som finns att tillgå och även avarbetets organisation. Av kvinnorna skattade 45% sitt arbete som fysiskt ansträngande. Andelen av männen var 30%. Kommunalanställda sjuksköterskor och undersköterskor hade ett fysiskt mer belastande arbete än landstingsanställda (tabell 3:2). Att ha ett spänt arbete, med höga krav och små handlingsmöjligheter, visade ett klart samband med att ha ett fysiskt ansträngande arbete. Av de med ett spänt arbete hade 70% ett fysiskt ansträngande arbete, för de med aktivt arbete var andelen 34%.

Tabell 3:2. Fysisk ansträngning i arbetet för sjuksköterskor och undersköterskor i kommuner och landsting.

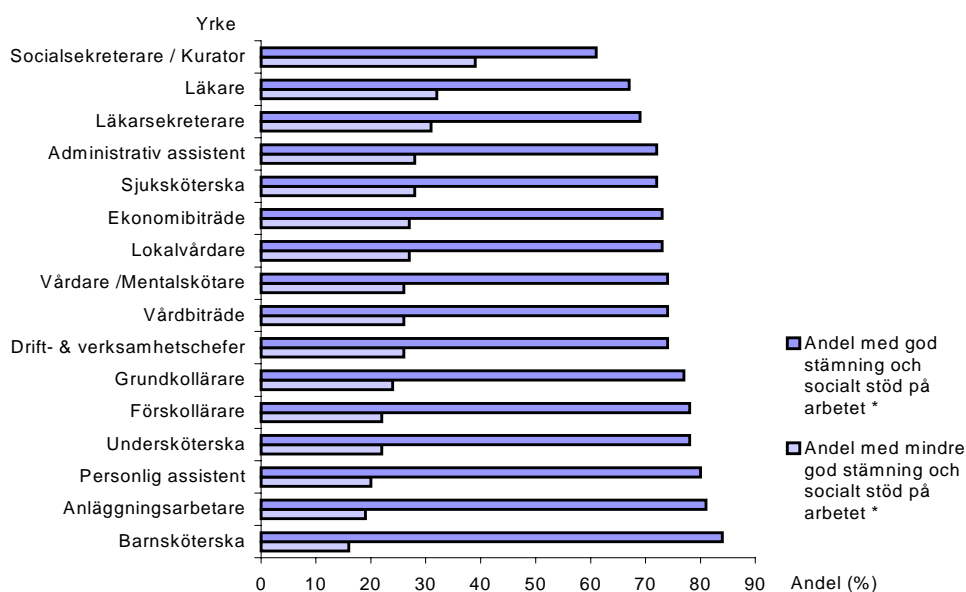
	Andel med fysiskt ansträngande arbete*	
	Sjuksköterskor	Undersköterskor
Landstingsanställda	34%	61%
Kommunalanställda	45%	75%

* En skattning på 14 eller högre på en skala från 6-20 med de verbala ändpunkterna "Mycket, mycket lätt" till "Mycket, mycket ansträngande" (Borg, 1998).

God stämning och socialt stöd på jobbet

Det allra flesta rapporterade en god stämning på arbetsplatsen. Man hade förståelse för varandra och det fanns ett bra socialt stöd. Goda relationer med arbetskamrater och chefer är ett skydd mot ohälsa när påfrestningarna på arbetet är stora. Dels därför att vi inte upplever påfrestningarna som så stora om vi har några att dela erfarenheterna med. Dels därför att goda relationer kan innebära att man kan få hjälp och råd i sitt arbete.

Den bästa stämningen var det på arbetsplatser där ledningen förmedlade att både kvalitén på verksamheten och hur personalen fungerade tillsammans var viktigt. Ett spännande arbete, höga krav och små förutsättningar för inflytande och utvecklingsmöjligheter, visade ett samband med att stödet och stämningen på arbetet inte var lika bra. Däremot verkade inte fysisk ansträngning i arbetet vara något hinder för en bra stämning på jobbet. Socialsekreterare/ kuratorer var den yrkesgrupp där den största andelen angav att stämningen och det sociala stödet på jobbet inte var det bästa (figur 3:5 och tabell 3:3).



Figur 3:5. God stämning och socialt stöd på arbetet hos olika yrkesgrupper. Yrkesgrupper representerade med minst 90 individer finns med i figuren.

** Summaindex från 6-24. Summa 6-12 definierades som bra stämning. Den högsta kvartilen, summa 13-24 definierades som mindre god stämning.

Tabell 3:3. Arbetsförhållanden och stämningen på arbetet.

Av de med	Hade följande andel god stämning och gott socialt stöd på arbetet
- spännande arbete	57%
- aktivt arbete	71%
- hög skicklighet i arbetet	87%
- fysiskt ansträngande arbete	72%
- ekonomiorienterad ledarstil	59%
- kombination av personal och verksamhetsinriktad ledarstil	85%
Av samtliga svarande	74%

Arbete, arbetstider och privatliv

Av läkarna rapporterade 28% att kraven i arbetet mycket ofta påverkade deras hem och familjeliv på ett negativt sätt, jämfört med 17% av grundskolelärarna och 8% av sjuksköterskorna.

För läkarna skilde det mellan olika orter, för Lunds psykiatri och Uppsala primärvård var andelen över 30% medan på Sunderby sjukhus var andelen 18%. På Sunderby sjukhus rapporterade en större del av läkarna att de hade inflytande över arbetstidens förläggning, 71% jämfört med 63% inom Lunds psykiatri. Helg, natt eller kvällstjänstgöring visade inget samband med om arbetet påverkade hem- och privatliv negativt, däremot jourtjänst. Läkargrupperna var de som hade mest jourtjänstgöring.

Av läkarna tyckte 31% att möjligheterna att förena yrkesarbete och privatliv hade minskat under de senaste åren. Även en stor andel av grundskolelärarna rapporterade en försämring, 26% tyckte att möjligheterna minskat senaste året. Totalt var andelen 13% för de kommunalanställda och 18% för de landstingsanställda. Ökade möjligheter att förena arbete och privatliv rapporterade 4%.

Av de vars anställning omfattade minst 35 timmar per vecka, ville 42% arbeta färre timmar per vecka. Av de som arbetade mindre än 35 timmar per vecka önskade 20% arbeta fler timmar per vecka.

Förändringar

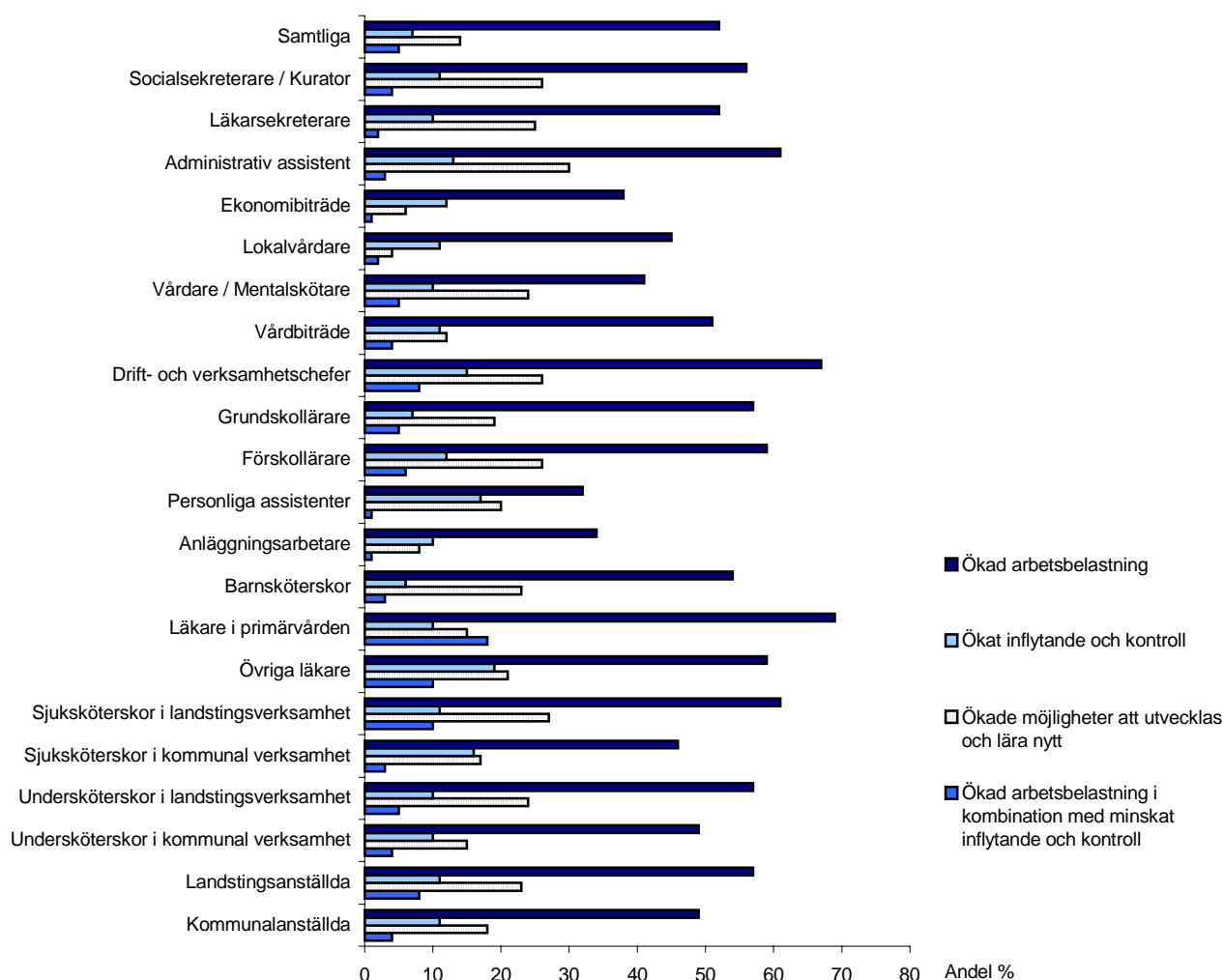
Tidigare studier har tydligt visat att förändringarna i arbetslivet har varit stora under de senaste årtiondet. Speciellt utsatta för förändringar har de anställda i offentlig sektor varit. Förändringar i sig, oberoende om förändringen ger positiva eller negativa konsekvenser, kräver att individen anpassar sig till nya förhållanden. Anpassning och nya förhållanden innebär en påfrestning som bör mötas med utvecklingsmöjlighet och stöd från omgivningen.

För många av deltagarna i HAKuL-projektet har de senaste åren medfört organisatoriska förändringar, personalminskningar och förändrade arbetsuppgifter. Drygt hälften av de anställda rapporterade en ökad arbetsbelastning under det senaste året. Betydligt färre hade fått möjligheter till ökat inflytande, kontroll och stimulans för att kunna möta de ökande kraven. I alla yrkesgrupper fanns de som rapporterade negativa konsekvenser av förändringarna liksom de vars utvecklingsmöjligheter hade ökat.

Läkarna i landstinget, speciellt läkarna inom primärvården, var de grupper där en ökad arbetsbelastning i kombination med minskat inflytande och minskat samarbete på arbetsplatsen var vanligast. Deras möjligheter att hantera kraven i arbetet hade försämrats.

För undersköterskorna i landstinget rapporterade många en positiv utveckling, betydligt fler än de kommunalanställda undersköterskorna.

Sjuksköterskorna inom landstingen visade en mer splittrad bild. Många hade fått ökade möjligheter att lära nytt, men samtidigt var det relativt många som hade upplevt en negativ utveckling. Arbetsbelastningen hade ökat i kombination med minskat inflytande och kontroll över arbetet (figur 3:6).



Figur 3:6. Förändringar i arbetet hos olika yrkesgrupper. Yrkesgrupper representerade med minst 90 individer finns med i figuren.

Kön och arbete

Drygt 40 % av kvinnorna i Sverige arbetar i kvinnodominerade yrken. Kvinnoandelen i dessa yrken är minst 90%. Av männen i Sverige arbetar cirka 45% i mansdominerade yrken, där männen utgör minst 90%.

Det finns både en horisontell och en vertikal könsegrering inom svensk arbetsmarknad. Den horisontella segregering innebär att kvinnor och män finns i olika yrken och inom olika branscher. Den vertikala segregeringen innebär att männen finns i yrken med högre status och inflytande medan kvinnodominerade yrken har lägre status och innebär mindre inflytande och utvecklingsmöjligheter.

I HAKuL-projektet är 95 olika yrkestitlar, kategoriserade enligt svensk yrkesklassificering, representerade. Kvinnorna arbetade i 73 olika yrken och männen i 76. Av kvinnorna fanns 72% i kvinnodominerade yrken. Av männen arbetade 24% i mansdominerade yrken. Dock fanns det yrken där minst en femtedel var män och minst en femtedel kvinnor (tabell 3:4).

Tabell 3:4. Yrken med minst 20% kvinnor och 20% män. Yrken som representerades av minst 20 personer.

Yrken	Andel kvinnor
Läkare	47%
Drift- och verksamhetschefer	71%
Behandlingsassistenter	72%
Ingenjörer /Datatekniker	24%
Personliga assistenter	77%
Vårdare / Mentalskötare	77%
Gymnasielärare	54%
Lärare estetiska / praktiska ämnen	60%
Grundskolelärare	78%
Psykolog	68%

Yrken skiljer sig i både fysiska, psykologiska och sociala krav. Eftersom kvinnor och män befann sig i olika yrken och i stor utsträckning utsattes de för olika exponeringar av riskfaktorer och faktorer som främjar hälsan. Mycket talar för att de skillnader som fanns i arbetsförhållanden mellan kvinnorna och männen i HAKuL-projektet till största del berodde på att man befann sig i olika yrken. Inga markanta skillnader i arbetsförhållanden mellan kvinnor och män i samma yrke kunde identifieras.

Arbetsförhållanden och hälsa

Vid en jämförelse mellan de med mycket god arbetshälsa och de med dålig arbetshälsa framkom att sannolikheten att ha en mycket god arbetshälsa hade ett samband med arbetsförhållanden. Av dem som angav att stämningen på arbetet var god hade 24% mycket god arbetshälsa. Motsvarande siffra för de som angav en mindre bra stämning var 12%. Detta kan tolkas så att chansen ha en mycket god arbetshälsa var 2 ggr så stor om man var nöjd med stämningen på arbetsplatsen, prevalenskvot = 2.0. Att uppleva att man är skicklig i jobbet, att vara nöjd med den vård man ger, att arbetet går att förena med hem och privatliv och att de förändringar som genomförs innebär förbättringar och inte försämringar hade det tydligaste sambandet med en mycket god arbetshälsa (tabell 3:5).

Tabell 3:5. Sambandet mellan mycket god arbetshälsa och arbetsförhållanden uttryckta i prevalenskvoter.

Arbetsförhållanden	Andel av de som angav de olika arbetsförhållandena som hade en mycket god arbetshälsa	Sannolikheten att ha en mycket god arbetshälsa (prevalenskvot)	95% konfidensintervall
Skicklighet i arbetet			
- stor	31%	2.8	2.5-3.2
- liten	11%		
Stämning på jobbet			
- god	24%	2.0	1.8-2.3
- mindre god	12%		
Chefen uppskattade arbetsinsatserna			
- i hög grad	27%	1.7	1.4-2.0
- inte alls	16%		
Fungerande ledarskap från närmaste chef			
- i hög grad	26%	1.5	1.2-1.8
- inte alls	16%		
Feed-back från chef			
- i hög grad	24%	1.3	1.1-1.5
- inte alls	19%		
Ledarskap			
- personal / kundinriktat	22%	1.3	1.2-1.5
-ekonomiinriktat	17%		
Fysisk ansträngning i jobbet			
- inte så ansträngande	24%	1.4	1.2-1.5
- ansträngande	16%		
Arbetssituationen			
- aktiv	21%	1.3	1.0-1.7
- spänd (höga krav/ låg kontroll)	13%		
Inflytande			
- har ökat sista året	24%	2.3	1.7-3.1
- har minskat sista året	10%		
Nöjd med vården /omsorgen som ges			
- ofta	24%	3.0	2.0-4.8
- sällan	8%		
Arbetet påverkar hem och privatliv negativt			
- mycket sällan	30%	4.5	3.3-4.2
- mycket ofta	7%		
Möjligheter förena yrkesliv och privatliv			
- ökat	25%	2.2	1.7-2.8
- minskat	12%		

Sammanfattning och kommentar

Inom en och samma yrkesgrupp och inom samma verksamhet varierade de psykologiska, sociala och fysiska arbetsförhållanden. En stor andel upplevde att de var skickliga i sitt arbete och att de hade ett handlingsutrymme så att de kunde möta de krav som ställdes. Andra, som i mindre utsträckning hade en mycket god arbetshälsa, rapporterade mindre gynnsamma förhållanden.

Även när det gäller förändringar fanns det en polarisering. För en del hade inflytande och utvecklingsmöjligheter ökat medan andra inom samma yrke upplevde ett minskat inflytande

över sin arbetssituation. De med en positiv utveckling av arbetsförhållanden hade en ökad chans till en mycket god arbetshälsa.

När det finns en obalans mellan krav och resurser blir vi stressade. Det kan orsakas av arbetet, eller en kombination av arbete och privatliv. Långvarig stress har en negativ inverkan både på den fysiska och mental hälsan. Men det är också så att dålig hälsa kan orsaka sämre psykosociala arbetsförhållanden. Vid besvär minskar förmågan att känna stimulans i arbetet och samarbetet och solidariteten mellan arbetskamrater sätts på prov. Då är det besvären som leder till försämrade psykosociala arbetsförhållanden, vilket i sin tur kan leda till ökad arbetsbelastning och ökade besvär. Den enskilda individen är inne i en ond spiral.

Många av de frågor som ställdes i enkäten syftade till att ge 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 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, på 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 den ”objektiva” förhållanden väsentliga.

Avsnitt 4

Rehabilitering i HAKuL

Inledning

De långa sjukskrivningarna har ökat avsevärt sedan 1997. Andelen sjukskrivna mer än 30 dagar har ökat från cirka 120 000 i augusti 1997 till cirka 210 000 i augusti 2000. Totalt är omkring 645 000 personer i yrkesverksam ålder borta från arbetslivet på grund av långtidssjukskrivning eller förtidspension. Detta utgör nära 12% av den möjliga arbetskraften. År 1997 var denna siffra 546 000 personer eller 9%. Dessutom vet vi att över en miljon människor övervägt att byta arbete det senaste året av hälsoskäl.

Kostnaderna för sjukpenning, rehabiliteringsersättning och förtidspension var 1999 nära 66 miljarder kronor. Som jämförelse kan nämnas att satsning på arbetslivsinriktad rehabilitering under samma år betingade en kostnad på cirka 1 miljard vilket motsvarar omkring 1,5% av den totala kostnaden för sjukpenning och förtidspensionskostnader. Andelen långtidssjukskrivna som erhållit rehabilitering till arbete är mycket låg. I olika studier varierar rehabiliteringsfrekvensen från 15% bland arbetslösa långtidssjukskrivna till upp emot 40% bland anställda. Lagstadgade rehabiliteringsutredningar görs endast för cirka 27% av långtidssjukskrivna med anställning.

Rehabilitering till arbete har beräknats ge god ekonomisk utdelning även vid relativt måttligt resultat. Så anges t.ex. brytpunkten där rehabiliteringskostnaderna motsvarar en samhällelig vinst med samma belopp om man med hjälp av denna rehabilitering kan återföra en 54-årig man till så lite som 15%-igt arbete resten av dennes yrkesaktiva liv.

Samverkanssvårigheter inom rehabiliteringsområdet, med olika huvudmän, skilda budgetar och olika målsättningar är väldokumenterade och var väl kända redan inför rehabiliteringsreformen 1991/1992. Problemen kvarstår i allt väsentligt, vilket nyligen åter betonas i den statliga utredningen "Rehabilitering till arbete, SOU 2000:78" av regeringens utredare Gerhard Larsson. Omstrukturering av RFVs sjukhus och tillkomsten av olika försäkringsmedicinska centra kan på sikt påverka rutiner för bedömning och rehabilitering, men de stora insatserna bör sannolikt göras tidigt i sjukdomsförloppet och i nära anslutning till arbetsplats och företagshälsovård.

Långtidssjukskrivna i kommuner och landsting före HAKuL-projektets start

Som start på rehabiliteringsdelen av projektet "Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting" genomgicks alla som varit sjukskrivna 90 dagar eller mer bland de anställda i deltagande verksamheter. Det framkom då att cirka fyra procent var sjukskrivna och hade varit det 90 dagar eller längre. De som var sjukskrivna för svåra tumörsjukdomar och allvarligare psykisk sjukdom är av etiska skäl inte med i studien. En av de kommuner som ingår i det totala projektet deltog inte i kartläggningen av de sjukskrivna.

Genomgående visade denna genomgång, oberoende av kommun och landsting, att många hade mycket långa sjukskrivningstider, cirka hälften (47%) hade varit sjukskrivna mer än ett år. De flesta av de sjukskrivna (54%) var 50 år eller äldre. Det var också bland de äldre som

det var vanligast med sjukskrivningsperioder på ett år eller längre. För 14 procent hade både försäkringskassan och läkare föreslagit förtidspension/sjukbidrag.

Besvär från rörelseorganen var den vanligaste orsaken till sjukskrivning, 67 procent rapporterade besvär i nacke/axlar/rygg/leder. Psykiska ohälsa var näst vanligast, 34 procent rapporterade psykiska besvär/utbrändhet/kronisk trötthet. En kombination av psykisk ohälsa och besvär från rörelseorganen rapporterade 14 procent av de sjukskrivna. Var tredje ansåg att besvären var orsakade av arbetet.

Fler än hälften av de sjukskrivna, 54 %, hade deltagit i arbetsinriktade rehabiliteringsåtgärder. Samtidigt visar vår kartläggning att de jobb man hade och skulle rehabiliteras tillbaka till uppfattades som mycket ansträngande och att arbetsvillkoren hade försämrats under senare tid. Drygt var femte (22 %) av de sjukskrivna tyckte att deras arbete var mycket fysiskt ansträngande och bedömde samtidigt att de det fanns små eller inga möjligheter att få ett annat arbete med i stort sett samma arbetsvillkor och lön utan att behöva flytta. I jämförelse med de i arbete ger de sjukskrivna en mer negativ bild av hur deras arbetsvillkor utvecklats. Drygt en tredjedel (34%) trodde att de kunde gå tillbaks till sitt yrke. Lika många trodde att de aldrig skulle kunna återgå i arbete, varken i sitt nuvarande eller något annat yrke.

I den verksamhet med störst utnyttjande av företagshälsovården (FHV) hade 58 % av de sjukskrivna haft kontakt med FHV, andelen var 17 % för den verksamhet som minst anlidade FHV. Sammantaget hade de flesta långtidssjukskrivna (61%) inte haft någon kontakt med FHV under sin sjukskrivningstid.

Enligt tidigare tradition har företagshälsovården haft ett ansvar att vara utredande och rådgivande instans till företagen vad gäller arbetslivsinriktad rehabilitering. Det låga utnyttjandet nu av företagshälsovårdens tjänster kan ha flera olika förklaringar. Den arbetsgivarrepresentant som är ansvarig för att en rehabiliteringsutredning görs, vilket oftast är den närmaste chefen, kanske inte känner till vilken kompetens som företagshälsovården har. En annan orsak kan vara att företagshälsovården på många ställen har förlorat sin kombinerade kompetens inom arbetsmiljö, rehabilitering, hälso- och sjukvård p g a ekonomiska problem. Den nedrustning av företagshälsovården som förekommit under det senaste decenniet har bl. a. äventyrat denna kompetens. Vår uppfattning är att företagshälsovården bör byggas upp igen och att företagshälsovården skall kunna ta ett samlat grepp om rehabiliteringsprocessen med sin kompetens inom medicin och beteendevetenskap och med sin kunskap om arbetsplatsens möjligheter och krav.

Aktuell rehabilitering inom HAKuL projektet

Syftet med HAKuL projektets rehabiliteringsdel har varit att praktiskt implementera och sprida de kunskaper om rehabiliteringseffekter som dokumenterades genom HUR-projektet (Hälsoekonomisk Utvärdering av Rehabilitering). De diagnoser som var aktuella i HUR-projektet var 1) smärta och rörelseorganens sjukdomar, 2) astma/KOL och 3) hjärt/kärlsjuklighet.

Intresset för tidig rehabilitering av de anställda i våra kommuner och landsting är stort och alla är överens om problemets vikt. Resurserna att finna de långtidssjukskrivna, att få dessa till en utredning av vilket arbetshindret är och att sedan erbjuda en relevant rehabilitering är små. Strukturer för hur rehabiliteringsarbetet skall gå till saknas nästan helt på nästan alla

ställen med något undantag. Av vikt, för det fortsatta arbetet med det mer omfattande rehabprojektet inom HAKuL, är rehabiliteringsresursernas tillgänglighet. Med detta menas hur snabbt en individs rehabiliteringsbehov kan identifieras på arbetsplatsen, resultera i en rehabiliteringsutredning och vidare leda till en helhetsbedömning inom företagshälsovården samt i vilken utsträckning individen kan remitteras vidare till något lämpligt rehabiliteringsprogram.

Genomförande av en optimal rehabilitering enligt HAKuLs modell

Studiepersoner

Alla anställda som blir sjukskrivna 28 dagar eller mer ingår som studiepersoner. Ansvar för att identifiera studiepersonerna ligger hos arbetsgivaren som också remitterar dessa för hjälp i rehabutredningen till FHV och rapporterar till projektledningen på Karolinska Institutet. Undantagna att utredas av FHV är personer med uppenbart övergående tillstånd som graviditetskomplikationer, benbrott o dyl. Samma sak gäller för mycket allvarligt sjuka personer t.ex. svårt cancersjuka eller svårt psykiskt sjuka.

FHV kallar den sjukskrivna till en utredning och bedömning av arbetshindrets art så snart som möjligt, dock inte längre än en vecka, från det att remissen har kommit. Den sjukskrivne kan redan då ha uppsökt FHV för bedömning och behandling och ha sin sjukskrivande läkare inom FHV. Detta fallet är enkelt. Någon annan instans kan dock sköta sjukskrivning och behandling och kontakt måste då tagas för att den sjukskrivne inte skall hamna mellan två stolar, där någon känner sig ifrågasatt eller kontrollerad.

Som en del av utredningsarbetet besvarar den sjukskrivne en enkät om diagnos, tidigare liknande sjuklighet, tidigare sjuknärvaro, smärta, funktion, självskattad hälsa och vilka faktorer som bedöms som viktiga för arbetsåtergång av den sjukskrivne. Enkäten är en journalhandling men HAKuL-projektets ansvarige rehaläkare har också tillgång till denna enkät (godkännande i etisk kommitté finns).

Samråd

En förutsättning för genomförandet av HAKuL-projektet är att den sjukskrivne, FHV, ev annan behandlande instans, FK och arbetsgivare samarbetar. Erfarenheter har visat att patienten själv ofta förbises som expert på sin egen sjukdom och sina egna möjligheter att lösa sin situation. I detta projekt vill vi gärna att patienten själv är den som först och främst skall uttala sig om vad som kan vara bäst och hur rehabiliteringen skall läggas upp och i detta arbete få det stöd och den hjälp som behövs av professionella befattningshavare. Möjligheten till en mer problembaserad inställning till rehabarbetet möjliggörs därmed. Grundvalen för hela rehabprocessen är dock de erfarenheter som vunnits i HUR-projektet.

Rehabiliteringsinsatser

Rehabilitering av astma/KOL och hjärtpatienter bör ske vid lämplig landstingsklinik eller vid Åre- respektive Föllingeklinikerna.

Vad gäller rörelseorganens sjukdomar är diagnoserna oftast diffusa och kan gömma åtskilliga funktionsnedsättningar och förklaringar till desamma. Att hitta vari arbetshindret består kan vara ett svårt och delikat åtagande.

I denna del av HAKuL-projektet kommer främst tre former för att underlätta arbetsåtergång att prövas och implementeras nämligen:

1. Kognitiv beteendeterapi (ett sätt att psykologiskt lära patienter handskas med sina smärtupplevelser och på så sätt minska de negativa konsekvenserna)
2. Rygginstitutsprogram eller liknande (ett multidisciplinärt program som syftar till att stärka individen som helhet men oftast med fokus på fysiska behandlingsformer)
3. Ortopedmedicinsk behandling (en strategi som går ut på att behandla dysfunktioner i led- och muskelapparaten)

Urvalet till de olika formerna bestäms efter det samrådsförfarande som beskrivits tidigare.

Utbildning

1. Företagshälsovårdens representanter, projektets kontaktpersoner på orterna och Försäkringskassans representanter kommer att kontinuerligt erbjudas utbildningsträffar (2-3 ggr/år).
2. Seminarier mellan FHV, kontaktpersoner och de rehabaktörer som verkar inom sitt område enligt ovan på de olika orterna kommer också att genomföras kontinuerligt.

Uppföljning

1. Via kontakt med FHV och rehabansvarig hos arbetsgivaren följs den sjukskrivna. Uppföljning främst med hjälp av enkät av utfallet, främst i form av arbetsåtergång och livskvalitet sker efter 6, 18 och 36 månader. Aidentifierade beskrivningar av typfall kan också användas.
2. Sjukskrivningar, sjukbidrag och förtidspensioner följs också i AFAs databas. Här finns en eftersläpning i anmälningarna och ersättning betalas inte ut förrän efter 90 dagar. Kontroll av hur många som blir långtidssjukskrivna i våra kommuner och landsting jämfört med andra kan dock ske efter ett år. Hur läget såg ut 1999 har vi också ganska bra kontroll över genom vår egen undersökning av långtidssjukskrivna.

Aktuellt läge för rehabiliteringsdelen

På de olika deltagande orterna har man idag kommit olika långt när det gäller rehabiliteringsdelen av HAKuL. Inom vissa förvaltningar har man varit igång cirka ett år och på andra har man just startat (tabell 4:1).

Generellt kan man säga att det i praktiken visat sig att rapporteringen av de s.k. 28-dagarsfallen har varit svåröverskådlig. Antalet 28-dagarsfall har oftast rapporterats in från personalavdelningen inom den aktuella förvaltningen samtidigt som berörd arbetsledare förväntats rapportera den anställde till företagshälsovården för utredning. Det framkommer vid kontakter med personalavdelningar och arbetsledare att tidsbrist, för stora personalgrupper per arbetsledare och bristande rutiner och kunskaper är ett hinder för effektiv rapportering och därmed för tidig bedömning, behandling och rehabilitering.

Förseningar när det gäller rapportering och brister i utfärdandet av rehabiliteringsutredningar har lett till onödiga väntetider till teambedömning, vilket i sin tur fått konsekvenser för hur inrapporterade data skall värderas. Det har visat sig att en relativt stor grupp sjukskrivna mer än 28 dagar återgår i arbete innan de hunnit bli kallade till helhetsbedömning vid företagshälsovården. På flera orter har man haft problem att inom företagshälsovården hinna med tidiga bedömningar. Läkarbrist har lett till att bedömningarna inte blivit fullständiga och att de försenats trots stort intresse och beredskap bland personalen. På vissa orter har man dessutom haft svårt att finna lämpliga rehabiliteringsenheter för de anställda med rehabiliteringsbehov.

Projektgruppen har inom vissa förvaltningar deltagit som teammedlemmar och därmed kunnat påskynda bedömningar och samtidigt fått en god inblick i de lokala svårigheterna. Projektgruppen har också aktivt medverkat för att identifiera lämpliga rehabiliteringsaktörer som varit beredda att ta emot sjukskrivna för behandling.

Genomsnittligt har hittills 25% av de personer som varit sjukskrivna mer än 28 dagar aktualiserats vid FHV för team- eller helhetsbedömning. Av dessa har i sin tur 60% slussats vidare till olika rehabiliteringsåtgärder.

Den diagnosgrupp som föranleder mest sjukskrivning är sjukdom/smärta från rörelseapparaten (23%). Därefter följer psykiska besvär och sjukdomar (18%) varav idag ingår en betydande andel stressrelaterade diagnoser såsom utbrändhet och kroniskt trötthetssyndrom. Hjärt/kärlsjukdomar utgör grund för drygt 1 % av sjukskrivningarna och astma/KOL orsakar knappt 1% av sjukskrivningarna.

Tabell 4:1 Antalet anmälda 28-dagarsfall, diagnoser och åtgärder fram till 15 februari

Ort	Start rehab	Smärta och rörelseorgan	Astma/KOL	Hjärta/kärl	Psyk	Övr	Saknar diagnos	Totalt	Utredning	Rehab
Boden K	Maj 00	19	2	1	15	6	88	131	34	28
Malung K	April 00	11	0	1	11	4	21	48	16	8
Falun K	Aug 00	23	0	1	12	9	19	64	18	14
Uppsala K	Okt 00	21	2	0	21	13	0	57	10	9
Olofström K	Maj 00	10	0	0	4	5	83	102	17	0
Lund K	Nov 00	2	0	0	6	0	2	10	5	0
Uppsala LT	Aug 00	10	0	1	10	7	18	46	12	7
Blekinge LT	Maj 00	12	0	0	5	5	2	24	9	6
Sunderbyn LT	Sept 00	4	0	2	5	3	1	15	2	2
Lund LT	Jan 01									
Totalt		112 23%	4 0.8%	6 1.2%	89 18%	52 11%	234 47%	497	123 25%	74 15%

Avslutande kommentar

I de flesta kommuner och landsting går det trögt att få igång ett tidigt rehabiliteringsarbetet. Struktur och rutiner saknas för att tidigt identifiera personer som blir sjukskrivna mer än 28 dagar. Utredningsresurserna är också bristfälliga och en satsning på en mångdisciplinär företagshälsovård är av största vikt. Företagshälsovården bör tillföras mer resurser och ett system byggas upp där arbetsledarna snabbt synliggör de anställda som kan tänkas behöva åtgärder och stöd. Att hitta personer i riskzonen för sjukskrivning, t.ex. efter flera korttidssjukskrivningar, och då sätta in åtgärder skulle säkert ytterligare förbättra rehabiliteringsresultatet. HAKuL-projektet och de i projektet ingående kommunerna och landstingen arbetar vidare för att förbättra rutinerna. Vi hoppas att få fram ett system som kan användas inte bara i vår grupp utan allmänt i kommuner och landsting.

Avsnitt 5

Arbete och ålder

Bakgrund

Kroppens funktioner förändras med åren. Den fysiska kapaciteten står som högst mellan 20-25 för att sedan sakta minska.

Den kognitiva förmågan dvs den intellektuella förmågan att minnas och bearbeta problem förändras även den. Hur mycket och när dessa förändringar sätter in är kraftigt individuellt varierande. Yttre faktorer av olika slag spelar roll både för hur vi utvecklas fysiskt och intellektuellt. Träning av alla funktioner behåller kapaciteten hög under en längre tid och skillnaden mellan olika individer inom samma åldersgrupp kan vara större än skillnaden mellan en ung och en äldre person.

I boken "Work and aging" diskuteras olika aspekter av yrkesarbete och ålder. Förmågan att klara vissa yrken har undersökts i flera hundra olika studier och dessa visar ingen större skillnad i arbetsprestation mellan yngre och äldre arbetare. Det finns skillnader mellan olika jobb och i olika dimensioner av prestationer men det generella mönstret är klart – inga väsentliga skillnader beroende på ålder.

De skillnader som finns visar på en total maximal prestation mellan 35 och 45 och därefter kan det ske en viss uppgång, en utjämning eller en viss nedgång beroende på individ och uppgift. Den kraftigaste nedgången sågs hos de som inte nyligen fått någon aktuell utbildning. Generellt sett fanns en tendens till individuell stabilisering av prestationen med åren.

Dessa studier från det praktiska yrkeslivet skiljer sig från laboratoriestudier där prestationerna är lägre i många funktioner hos äldre jämfört med yngre. Om prestationerna skall klassificeras så minskar den fysiska förmågan med åren liksom förmågan att snabbt anpassa sig till nya situationer och uppgifter. Allmän effektivitet i arbetet hade dock en förmåga att vara stabil eller öka med ålder.

Äldre arbetskraft har alltså vissa nackdelar som grupp men också klara fördelar. Nackdelarna med sämre fysisk kapacitet kan ge utslag som sämre hälsa i arbeten med mycket hög fysisk belastning. Nackdelarna med sämre anpassning till nya situationer kan ställa till besvär i verksamheter med en snabbt föränderlig teknologi eller vid införandet av ny avancerad teknologi. Fördelarna med en allmänt högre effektivitet kan tas till vara med en adekvat och ständigt pågående träning av förmågan att anpassa sig främst till ny teknologi men även fysisk träning skall inte negligeras. Kan en sådan anpassning göras kan den äldre arbetskraften bli minst lika användbar och hållbar som den yngre.

De laboratorieförsök som givit negativa förtecken för äldre syftar ofta till en maximal fysisk eller kognitiv prestation, vilket ytterst sällan behövs i vanligt arbetsliv. En yrkesarbetande person behöver sällan agera med maximal kapacitet längre stunder och framgång i de flesta jobb är mer en funktion av motivation, individuellt uppträdande mer än ren intellektuell eller fysisk prestation. Oberoende av specifik intellektuell kapacitet skiljer sig människor åt i hur de generellt angriper ett jobb, hur de planerar, hur de kombinerar olika aktiviteter tillsammans eller efter varandra och hur de väljer vilken arbetsuppgift som skall prioriteras och vilken som

kan vänta. Dessa strategier som innefattar både förnuft och känsla finns ingen anledning tro skall försämrans radikalt med åren snarare tvärtom.

Forskaren Peter Warr har sammanställt ett schema med ett fyra-kategoriernas ramverk för att illustrera sambandet mellan prestation, krav och ålder (tabell 5:1). Kategorierna är inte absoluta utan stor överlappning finns men det kan ändå tjäna som en modell för tänkandet och byggandet av en hållbar arbetshälsa. Exempelen är mest tillämpbara i industriproduktion, men kan med vissa modifieringar överföras till arbete med människor.

Den minskning av kapaciteten som inträder fram till 65 års ålder har med vissa undantag föga betydelse för arbetsförmågan. Med vissa anpassningar och adekvat träning betyder den lilla försämring fysiskt och kognitivt som inträder med stigande ålder inget för hur en arbetsuppgift kan lösas. När en person av åldersskäl skall behöva lämna arbetslivet är alltså inte biologiskt bestämt till en viss absolut ålder utan bör egentligen avgöras från fall till fall.

Tabell 5:1. Sambandet prestation, krav och ålder enligt P. Warr
(Work and Aging, 1994 Taylor and Francis)

Uppgift	Basal kapacitet som behövs blir för hög vid stigande ålder	Prestationen kan ökas med erfarenhet	Förväntat förhållande med ålder	Exempel på jobb och exponeringar
1	Ja	Nej	Negativ	Fortgående snabbt dataprocess-arbete, mycket snabbt inlärande, mycket tunga lyft
2	Ja	Ja	Inget samband	Facklärd arbetare
3	Nej	Nej	Inget samband	Arbete främst av rutinkaraktär (t.ex. lägre tjänstemän)
4	Nej	Ja	Positiv	Kunskapsbaserat arbete utan större tidspress

Resultat från HAKuL och diskussion av dessa resultat

I hela HAKuL gruppen var 22 % 55 år eller över. Markant fler i denna grupp fanns i yrkesgrupperna drift- och verksamhetschefer, administrativa assistenter, lokalvårdare, ekonomibiträden och bygg- och anläggningsarbetare.

Hälsa och ålder

Andelen med mycket god arbetshälsa ligger tämligen stabilt över åldrarna uppdelade i femårsgrupper. Mycket god hälsa i HAKuL-gruppen uppnås av flest personer både bland män och kvinnor i åldrarna 25-35 med en sakta minskning därefter. Andelen med dålig arbetshälsa ligger också stabilt fram till 55 års ålder där en ökning sker av antalet som uppger dålig arbetshälsa. Få personer är 61 år och äldre, vilket indikerar att det finns en stor avgång från kommuner och landsting av personer 55-60 år gamla. De som klarar att arbeta kvar efter 60 kan tänkas vara ett selekterad grupp relativt friska medan de som lämnat hade sämre arbetshälsa. Detta är ett känt fenomen och kallas "the healthy worker selection" vilket alltså innebär att de som söker sig till och klarar ett mer krävande jobb är starkare och har bättre hälsa från början. De med sämre hälsa kanske inte väljer detta arbete och om de gör det

tvingas de ofta byta inriktning på ett tidigt stadium ibland av hälsoskäl. Denna mekanism för selektion måste man alltid ta hänsyn till i tolkningen av hälsoresultat vid tvärsnittsstudier.

Bra arbetshälsa var vanligare i den yngre gruppen medan dålig arbetshälsa var vanligare i den äldre. Andelen som inte haft besvär från rörelseapparaten senaste året var lika stor bland unga som gamla medan de gamla övervägde bland de som haft mycket problem. God hälsa i förhållande till arbetets fysiska krav angav 82 % av de unga och 74 % av de äldre. Här fanns alltså en markant skillnad. När det gällde god hälsa i förhållande till arbetets mentala krav fanns dock ingen skillnad mellan åldrarna, vilket stärker resultaten från tidigare vetenskapliga studier som är citerade i bakgrundskapitlet (tabell 5:2).

När det gällde frågor om sömn och återhämtning indelas personerna som svarat i en trött, en pigga och en mellangrupp. Den pigga gruppen har bättre sömn och återhämtning än mellangruppen som ligger ytterligare lite bättre än den trötta gruppen där sömn och återhämtning är relativt dålig. Några åldersskillnader i svar på frågorna om sömn och återhämtning framkom inte.

Tabell 5:2. Olika dimensioner av hälsa och åldrar

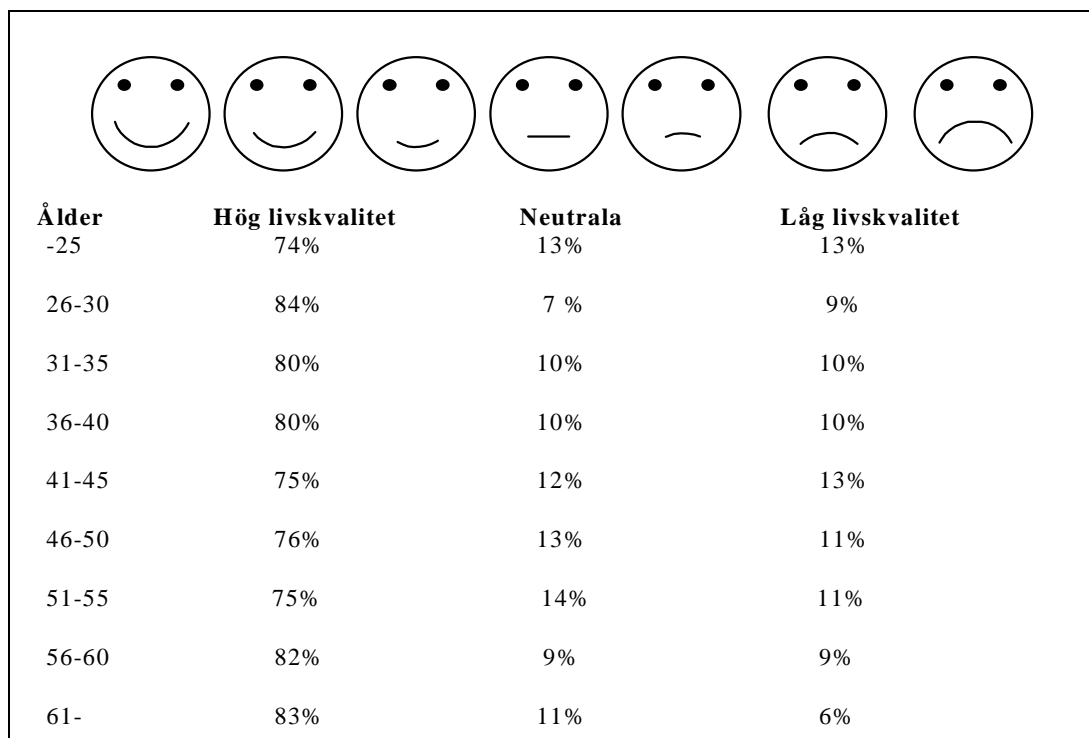
Hälsodimension	Under 55 år	55-65 år	p-värde
Bra arbetshälsa	22 %	16%	**
Dålig arbetshälsa	10 %	20 %	**
Enbart lite besvär från rörelseapparaten	24 %	25 %	
Mycket besvär från rörelseapparaten	27 %	34 %	**
God hälsa i förhållande till arbetets fysiska krav	82 %	74 %	**
God hälsa i förhållande till arbetets mentala krav	78 %	78 %	
Andelen "pigga"	33 %	34 %	
Andelen "trötta"	23 %	23 %	**
Andelen i mellangruppen	44 %	43 %	

** = statistiskt signifikant skillnad

Livsstil och ålder

Vad gäller rökning, motion, alkoholkonsumtion och intag av lugnande tabletter skiljer sig inte vanorna åt i de olika åldersgrupperna (tabell 5:3). Andelen överviktiga är hög både bland unga och gamla men betydligt högre bland de över 55 år. En överraskande hög andel i hela gruppen motionerar regelbundet. En statistiskt signifikant skillnad framkom där 65 % av de äldre och 58 % av de yngre angav att de brukade känna att det dagliga livet är en källa till personlig tillfredsställelse.

Livskvalitet mättes med en schablonskala där graden av livskvalitet indikeras med ett kryss under ansikten med olika glada, neutrala eller ledsna ansiktsuttryck. Denna grova gradering av livskvalitet skiljer sig inte mellan olika åldersgrupper från 20 till 65 (figur 5:1).



Figur 5:1. Livskvalité mätt med en schablonskala.

Beträffande påverkan av krav från arbetet på familjelivet och från familjelivet på arbetet svarade de allra flesta äldre att sådan negativ påverkan var sällsynt medan detta var vanligare hos yngre. Detta är ganska självklart då personer med yngre barn och familj att ta hand om kan bli mer påverkade av krav från något håll och också har mindre tidsmarginaler i sitt vardagsliv vilket kan skapa svårigheter att få ihop arbete och familjeliv.

Tabell 5:3. Livsstil och ålder

	Under 55 år	55-65 år	p-värde
Röker dagligen	20 %	19 %	
Lätt överviktig	37 %	45 %	*
Kraftigt överviktig	13 %	19 %	*
Dricker alkohol en gång per vecka eller mer sällan	88 %	86 %	
Har fått påpekanden om hög alkoholkonsumtion senaste året	1 %	1 %	
Tar lugnande medicin regelbundet	2 %	3 %	
Motionerar ≥ 2 ggr/vecka	61 %	63 %	

* = statistiskt signifikant skillnad på olika nivåer

Arbetsförhållanden och ålder

Exponeringar och förhållanden på arbetet skiljer sig inte drastiskt mellan yngre och äldre även om vissa skillnader framkommer (tabell 5:4). Framför allt var de över 55 år mycket pessimistiska om möjligheten att få ett likvärdigt jobb utan att flytta. Enbart 35 % trodde på sådana möjligheter i den gruppen medan motsvarande siffra bland de under 55 år var 61 %. Eftersom arbetsuppgifterna och yrkeskategorierna är desamma bland yngre och äldre, och alla anställda behövs, är detta ett förvånande ställningstagande. Kanske kan det spegla den åldersstereotyp

som finns, att äldre inte anses attraktiva på arbetsmarknaden trots alla de positiva egenskaper och den skicklighet gruppen besitter.

De över 55 år tycker oftare att kraven stämmer med deras kompetens medan de yngre tycker sig ha högre kompetens än de krav som ställs på dem. Detta kan förklaras av att man efter 55 har gjort sin yrkeskarriär och oftare nått dit man velat. De äldre tycker också att de har hög skicklighet i arbetet och att deras arbetsinsatser uppskattas av överordnade i högre grad än de under 55 år. Detta indikerar en större harmoni och tillfredsställelse med arbetet då en person blir äldre. Samma tendens visade svaren på frågan om man var nöjd med den vård och omsorg man gav, vilket 73 % av de äldre var i jämförelse med 61 % av de yngre.

Arbetslivet inom kommun och landsting har förändrats mycket på senare år och många i bägge grupperna angav ökad arbetsbelastning och ökad tidspress senaste året. De över 55 år tyckte inte att möjligheterna att utvecklas och lära nytt, det egna inflytandet över jobbet eller känslan av delaktighet hade ökat särskilt mycket. De hade heller inte minskat utan var relativt stabilt.

Fyrtiotvå % i bägge grupperna angav att de hade ett fysiskt ansträngande arbete medan fler yngre tyckte sig lyfta tungt dagligen.

Tabell 5:4. Arbetsförhållanden och ålder

	Under 55 år	55-65 år	p-värde
Kraven i arbetet högre än färdigheterna	10 %	8 %	-
Kraven i arbetet lägre än färdigheterna	18 %	11 %	***
Ofta nöjd med kvalitén på arbetet	79 %	86 %	***
Hög skicklighet i arbetet	39 %	45 %	**
Arbetsinsatserna uppskattas av överordnade (i hög grad och i viss mån)	68 %	75 %	***
Tycker sig ha fungerande ledarskap (i hög grad och i viss mån)	71 %	73 %	-
Utfusen av vissa chefer (i hög grad och i viss mån)	11 %	10 %	-
Utfusen av vissa arbetskamrater (i hög grad och i viss mån)	10 %	7 %	-
Ökad arbetsbelastning senaste året	53 %	49 %	*
Ökad tidspress senaste året	48 %	46 %	-
Ökade möjligheter att utvecklas och lära nytt	21 %	15 %	***
Ökat inflytande över egna jobbet	11 %	7 %	***
Ökad känsla av delaktighet i arbetets innehåll	14 %	9 %	**
Förändringarna är utvecklande och lärorika	17 %	13 %	**
Förändringarna gör att jag blir osäker på min kompetens	5 %	4 %	-
Förändringarna gör att jag blir osäker på om jag orkar med	14 %	16 %	-
Förändringarna gör att det blir jobbiga konflikter på arbetsplatsen	9 %	7 %	-
Vissa möjligheter att få ett nytt likvärdigt jobb utan att behöva flytta	61 %	35 %	***
Är i stort sett nöjd med den vård och omsorg som ges	61 %	73 %	***
Anser att eleverna får den sociala omsorg de behöver	51 %	52 %	-
Har ett kroppsligt ansträngande arbete	42 %	42 %	-
Utför mer än 5 tunga lyft i genomsnitt per dag	24 %	19 %	***
Arbetar med framåtböjd rygg mer än en halvtimme per dag	40 %	38 %	-
Arbetar med dator mer än 4 tim per dag	10 %	10 %	-
Anser sig ha höga krav/låg kontroll	11 %	9 %	
Anser sig ha höga krav/hög kontroll	9 %	9 %	-
Anser sig ha låga krav/låg kontroll	10 %	11 %	-
Anser sig ha låga krav/hög kontroll	8 %	8 %	-

*, **, *** = statistiskt signifikant skillnad

Vilka arbetsförhållanden befrämjar en god arbetshälsa hos personer 55 år och äldre?

Vid en jämförelse mellan de med god arbetshälsa och de med dålig arbetshälsa framkom att chansen att ha en god arbetshälsa efter 55 år hade ett samband med flera arbetsmiljö- och arbetsorganisationsvariabler (tabell 5:5). Chansen att ha en god hälsa var fördubblad om man tyckte sig ha skicklighet i arbetet, om man tyckte att ledarskapet fungerade och man fick uppskattning för sina insatser. Ett mycket starkt samband fanns mellan att vara nöjd med den vård man kunde ge och chansen att ha en god arbetshälsa. Faktorer som minskade chansen att ha en god arbetshälsa var hög fysisk belastning och ökad tidspress senaste året.

Tabell 5:5. Chansen att ha god arbetshälsa i förhållande till arbetsfaktorer

Exponering	Chansen att ha god arbetshälsa (prevalenskvot)	95 % konfidens intervall
Skicklighet i arbetet	2.1	1.6-2.6
Uppskattning för arbetsinsatserna	2.0	1.4-2.8
Bra fungerande ledarskap	2.3	1.6-3.4
Ökade möjligheter att utvecklas och lära nytt	1.5	1.0-2.4
Ofta nöjd med den vård som ges	3.4	1.9-6.0
Fysiskt ansträngande arbete	0.5	0.4-0.6
Ökad arbetsbelastning	1.1	0.9-1.4
Ökad tidspress	0.7	0.6-1.0

Sammanfattande avslutande kommentar om arbete och ålder

Den kognitiva och fysiska nedgången som uppträder hos de flesta med stigande ålder har i de flesta arbeten oftast ingen praktisk betydelse så länge en person behåller sin motivation och sitt intresse för arbetsuppgifterna. Om åldersstereotypen, dvs att äldre personer pres-terar ett sämre arbete får fotfäste i en organisation kan detta bli en självuppfyllande profetia och äldres motivation minska och de kan lätt bli marginaliserade. En viss minskning av hälsan kan då leda till sjukskrivning och i förlängningen avgång från yrkeslivet.

I en organisation med en positiv eller neutral attityd till äldre och utan åldersstereotypa tänkesätt kan en viss sänkning av allmän eller specifik hälsa enbart få en mindre betydelse, vilket är positivt för arbetsmarknaden, och påverkar inte individen att i förtid lämna sitt arbete.

Motivation, positiva förväntningar från organisation och individ, ständig relevant fortbildning och kraftfull och bättre rehabilitering vid tecken på sviktande hälsa, är faktorer som gör att äldre i arbetslivet kan göra en minst lika god arbetsinsats som yngre.

Inom kommuner och landsting som deltar i HAKuL-studien var 22 % över 55 år. Gruppen över 60 var dock mycket liten och en stor avgång kan misstänkas ha skett mellan 55 och 60 års ålder. Vid genomgång av äldres hälsa i förhållande till yngres var det främst fysiska variabler som gav lägre värden för de äldre. Det fanns en markant skillnad mellan uppskattad hälsa i förhållande till arbetets fysiska krav med en fördel för de yngre, men däremot inga skillnader i skattad arbetsförmåga i förhållande till arbetets mentala krav.

Äldre var mer överviktiga än yngre men skilde sig inte i livsstil eller skattning av livskvalité i stort.

Exponeringar och förhållanden på arbetet skilde sig på de flesta punkter inte nämnvärt åt mellan yngre och äldre. Dock uppgav fler av de äldre bra psykosociala och organisatoriska förhållanden. De var t.ex. mer nöjda med den kvalitet deras arbete hade och det ledarskap som utövades. De var också i högre utsträckning nöjda med den vård och omsorg de kunde ge än de yngre. Något färre bland de äldre tyckte att de fått ökat inflytande eller ökade möjligheter att lära nytt senaste året.

För att kunna behålla den äldre värdefulla arbetskraften kvar på arbetsmarknaden är det viktigt att möjligheten till kontinuerlig träning och möjlighet att lära nytt ökas. I flera studier har man sett avsaknad av detta som en anledning till sämre prestation och eventuellt även sämre hälsa hos äldre. Även tunga fysiska arbetsmoment bör minimeras och detta inte bara för den äldre arbetskraftens välbefinnande.

En god organisation och vaksamhet mot ålderstereotypa tänkanden kan med stor sannolikhet öka äldre personers deltagande i arbetskraften inom kommuner och landsting.

Avsnitt 6

Sjuknärvarande - vem och varför?

Under de senaste tio åren har arbetslivets struktur och villkor i Sverige genomgått stora förändringar. Omvandlingen har gällt både privat och offentlig verksamhet. Exempel på sådana förändringar är omstruktureringar med slimmade organisationer och personalneddragningar, ökat antal tidsbegränsade anställningar och minskad anställningstrygghet. Vi har upplevt en arbetslöshet, som oberoende av konjunktur, ligger på en nivå som varit ovanlig i Sverige. Arbetsmiljöundersökningar vittnar återkommande om ökad arbetsmängd och tidspress i arbetet under perioden. Andelen som minst en gång i veckan är uttröttade i kroppen har ökat. Begreppet "Utbrändhet" har flitigt debatterats både bland forskare och i media.

Ersättningssystemen för sjukdom och arbetsskada har ändrats flera gånger under 1990-talet. För individen har de viktigaste förändringarna vad gäller sjukförsäkringen varit sänkning av ersättningsnivån och införande av en karensdag 1993. Samma år skärptes beviskraven vad gäller arbetsskadeförsäkringen. Från att i början av 90-talet ha minskat, har mellan 1997-99 framför allt antalet sjukpenningfall accelererat. För sjukskrivningar >29 dagar har ökningen varit runt 50 % (kv: 58%, m:46%). Även antalet anmälda arbetssjukdomar ökade i ungefär samma grad. Största ökningarna uppvisar sjukdomar relaterade till stress och hög arbetsbelastning.

Funderingar har framförts att människor på grund av ovan beskrivna förändringar i arbetsliv och ersättningssystem ändrar sitt hälso- och sjukdomsrelaterade beteende. Ett beteende som också styrs av de flexibilitetsramar som arbete, hem och personlighet sätter. Har jag arbete som kan utföras hemma? Kan jag ta semester eller kompensationsledigt i stället för att vara sjukskriven? Är det möjligt att anpassa arbetsinsatsen vid nedsatt arbetsförmåga?

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. Inom forskningen har man funderat över vad återkommande sjuknärvaro kan ha för konsekvenser för hälsan. En hypotes som framförts är att återkommande sjuknärvaro på sikt leder till långvarig sjukdom och sjukskrivning. Inom HAKuL-projektet är detta en av de frågor vi förhoppningsvis skall kunna besvara (i alla fall delvis) då vi har möjlighet att följa studiepersonerna och deras hälsoutveckling under tre år.

En annan hypotes kring sjuknärvaro är att det i hög grad handlar om människor som arbetar i s.k. human-service organisationer där deras arbetsuppgifter handlar om relationer till andra individer. Dessa relationer skapas genom att vårda, hjälpa, undervisa, ge service etc och genom de bindningar som uppstår antas benägenheten för sjukfrånvaro minska. Ytterligare andra hypoteser nämner graden av ersättbarhet (kan ersättare sättas in eller måste arbetsuppgifter tas igen efter sjukfrånvaron) liksom privatekonomins betydelse för att "ha råd" att vara sjuk.

En helt annan utgångspunkt när man betraktar frågorna kring sjukfrånvaro och sjuknärvaro skulle kunna vara att försöka besvara frågan vad det är som gör att en del personer tycks vara

”kärnfriska”, dvs. de är varken sjuknärvarande eller sjukfrånvarande. Är det en tillfällighet? En åldersfråga? ”Generna”? Eller finns det identifierbara orsaker i arbetsmiljön? Och kan i så fall sådan kunskap utgöra grund för preventiva åtgärder?

Närvarande eller frånvarande?

Sjuknärvaro visade sig vara vanligt, vanligare än sjukfrånvaro. Cirka tre fjärdedelar av de undersökta uppgav att de under de senaste 12 månaderna åtminstone någon gång gått sjuka till jobbet. En del hade dock hållit sig friska, 37 % uppgav att de inte varit sjukskrivna och 24 % att de inte varit sjuknärvarande de senaste 12 månaderna. Sammantaget 13 % kunde räkna sig till de ”kärnfriska”, de hade varken varit sjukfrånvarande eller sjuknärvarande och 2 % hade både varit sjukfrånvarande och sjuknärvarande mer än 5 gånger (tabell 6:1).

Tabell 6:1. Andelen sjuknärvaro i förhållande sjukfrånvaro. n = 7414

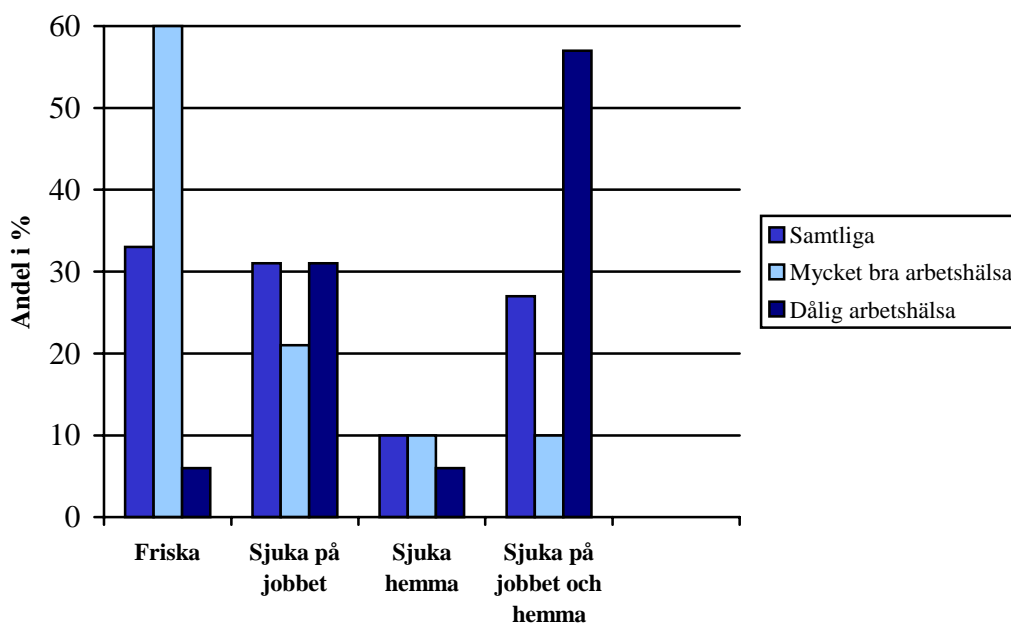
Sjukfrånvaro	Sjuknärvaro				Totalt
	Ingen gång	1 gång	2-5 ggr	> 5ggr	
Ingen gång	13%	8%	12%	3%	36%
1 gång	6%	6%	11%	4%	27%
2-5 ggr	4%	6%	15%	8%	33%
> 5 ggr	<1%	<1%	2%	2%	5%
Totalt	24%	19%	40%	17%	100%

Tendensen var tydlig att antalet sjuknärvaro tillfällen följde relativt väl antalet sjukfrånvaro-tillfällen. Detta förefaller naturligt då det i bägge fallen, såväl sjukfrånvaron som sjuknärvaron, handlar om att man varit sjuk. I klartext betyder det att bland de med ingen eller endast en sjukskrivning under senaste året hade hälften inget eller endast ett sjuknärvarotillfälle och bland de som varit sjukfrånvarande mer än 5 gånger hade nästan hälften också haft fler än 5 sjuknärvarotillfällen (ej redovisat i tabell).

I figur 6:1 har data rörande rapporterat antal sjukfrånvaro- och sjuknärvarotillfällen delats upp i fyra grupper. Inget eller ett tillfälle betecknades som låg sjukfrånvaro respektive låg sjuknärvaro, två eller fler tillfällen som hög sjukfrånvaro respektive hög sjuknärvaro. På så vis kunde fyra olika sjukgrupper skapas med hänsyn tagen till både sjukfrånvaro- och sjuknärvaromönster.

- Friska: har både låg sjukfrånvaro och låg sjuknärvaro.
- Sjuka på jobbet: har låg sjukfrånvaro men är ofta sjuka på jobbet.
- Sjuka hemma: har hög sjukfrånvaro, men är sällan sjuka på jobbet.
- Sjuka på jobbet och hemma: har både hög sjukfrånvaro och hög sjuknärvaro.

I figur 6:1 redovisas dels sjukmönstret för samtliga dels för de med mycket god respektive dålig arbetshälsa (för definition av begreppen se avsnittet ”Arbetshälsa”). Gruppen med ”mellangod” arbetshälsa redovisas inte, den ligger mycket nära värdena för samtliga. Jämför man de som ansågs ha mycket god arbetshälsa med de som ansågs ha dålig arbetshälsa framgår tydligt hur väl dessa begrepp stämde överens med sjukbeteendet. De med mycket god arbetshälsa hade mycket lägre frekvenser av både sjuknärvaro och sjukfrånvaro än de med dålig arbetshälsa.



Figur 6:1. Andelen av samtliga, de med mycket bra respektive dålig arbetshälsa som är friska, sjuknärvarande och/eller sjukfrånvarande

Demografiska och socioekonomiska förhållanden

Sjuknärvaro var något vanligare bland kvinnor än bland män (tabell 6:3). I förhållande till åldern var andelen som endast hade ett sjuknärvarotillfälle relativt konstant. Med stigande ålder minskade däremot andelen mer frekvent sjuknärvaro och samtidigt steg andelen som inte någon gång varit sjuknärvarande.

Det tycktes inte ha någon betydelse för sjuknärvaron om man var anställd i kommun eller landsting. Den privatekonomiska situationen hade stor betydelse för i vilken utsträckning man stannade hemma vid sjukdom. Frågan som ställdes angående om man hade bra eller dålig ekonomi anspelade inte enbart på egen lön utan innefattade också familjens totala inkomst, förmögenhet och andra tillgångar samt de behov och utgifter man hade. Bland de med bäst ekonomi jämfört med de med sämst ekonomi var det mer än dubbelt så många som inte en enda gång gick sjuka till jobbet och mindre än hälften som var sjuknärvarande mer än fem gånger. Detta är troligen också skälet till att ensamstående med barn hade liknande sjuknärvaromönster som de med ansträngd ekonomi.

Tabell 6:3. Demografiska och socioekonomiska förhållanden i förhållande till sjuknärvaro. Har det under de senaste 12 månaderna hänt att Du gått till arbetet, trots att Du med tanke på hälsotillstånd egentligen borde varit hemma?

Variabel	Nej, ingen gång	Ja, en gång	Ja, 2-5 gånger	Ja, >5 gånger
Kön				
Kvinnor (n=6200)	23%	19%	40%	18%
Män (n=1277)	27%	20%	40%	14%
Ålder				
-25 år (n=234)	18%	21%	47%	14%
26-35 år (n=1114)	18%	22%	44%	16%
36-45 år (n=1983)	21%	19%	44%	17%
46-55 år (n=2753)	25%	19%	39%	18%
56- år (n=1393)	31%	18%	35%	16%
Hushållstyp				
Bor ensam (n=1023)	25%	21%	37%	18%
Bor ensam m barn (n=558)	20%	15%	44%	21%
Bor m. vuxen (n=2444)	27%	19%	39%	15%
Bor m. vuxen + barn (n=3420)	22%	20%	41%	17%
Geografiskt område				
Norr (Boden, Sunderbyn) (n=1714)	24%	19%	38%	19%
Mellan (Falun, Malung) (n= 1327)	28%	19%	38%	15%
Större stad (Uppsala) (n=1497)	25%	20%	41%	14%
Söder (Bleking, Olofström, Lund) (n=2939)	21%	19%	42%	18%
Arbetsgivare				
Kommun (n=5017)	24%	18%	41%	17%
Landsting (n=2460)	24%	21%	39%	16%
Privatekonomi				
God/mycket god (n=2958)	30%	21%	38%	11%
Varken god el. dålig (n=3173)	22%	19%	42%	18%
Ansträngd/mycket anstr. (n=1290)	14%	16%	42%	28%

Varför går man sjuk till jobbet?

Anledningen till att en individ är sjuknärvarande på arbetet kan troligen variera från gång till gång men det kan också bero på flera samverkande orsaker vid ett och samma tillfälle. Därför kunde man svara med flera olika svarsalternativ på frågan om varför man gått sjuk till jobbet trots att man p.g.a. sjukdom borde stannat hemma.

Det visade sig vid analyserna att anledningen till att man gick sjuk till arbetet såg något annorlunda ut för de som hade frekvent sjuknärvaro. I tabell 6:4 redovisas därför vad samtliga som varit sjuknärvarande angett som orsak för detta och, som jämförelse, särredovisas vad de med frekvent (>5 gånger) sjukfrånvaro angett som sjuknärvaroorsak. Bland de som varit sjuknärvarande senaste 12 månaderna har endast en liten del angett att omgivningens attityd påverkat dem till det. Bland de som varit sjukfrånvarande mer än 5 gånger är det dubbelt så många som märkt en negativ attityd till deras frånvaro och därför gått till jobbet fast de borde stannat hemma.

Tabell 6:5. Andel inom de största yrkesgrupperna som varit sjuknärvarande respektive sjukfrånvarande >5 gånger senaste året. Inom parentes anges hur stor andel av yrkesgruppen som bedömdes ha dålig arbetshälsa.

Yrkesgrupp	Andel sjuknärvarande >5 ggr	Yrkesgrupp (andel med dålig arbetshälsa)	Andel sjukfrånvarande > 5 ggr
Lokalvårdare	21 %	Ekonomibitråde (24%)	10%
Barnskötare	21 %	Lokalvårdare (23%)	9%
Läkarsekreterare	20 %	Personlig ass. (16%)	8%
Vårdbitråde	20 %	Vårdbitråde (18%)	8%
Vårdare	19 %	Vårdare (13%)	6%
Förskollärare	19 %	Läkarsekreterare (9%)	6%
Personlig ass.	18 %	Förskollärare (11%)	6%
Undersköterska	17 %	Barnskötare (16%)	5%
Administrativ ass.	17 %	Undersköterska (12%)	5%
Ekonomibitråde	16 %	Administrativ ass. (15%)	5%
Sjuksköterska	15 %	Soc.sekr./kurator (10%)	3%
Grundskolelärare	15 %	Sjuksköterska (8%)	3%
Socialsekr./kurator	14 %	Anläggningsarb. (12%)	2%
Läkare	12%	Drift-/verksam.chef (6%)	2%
Drift-/verksamhetschef	12 %	Läkare (8%)	2%
Anläggningsarbetare	10%	Grundskolelärare (10%)	1%

Arbetsmiljöfaktorer

Betraktar man sjuknärvaro som tecken på ohälsa och misstänker att en del av denna kan ha samband med arbetsmiljön, kan det vara fruktbart att försöka identifiera faktorer i arbetslivet som är associerade med låg sjuknärvaro. En förstärkning av sådana faktorer bör på sikt kunna bidra till bättre arbetshälsa.

I tabell 6:6 finns redovisat andelar av de tillfrågade som under senaste året varit sjuknärvarande högst en gång och samtidigt exponerade för förändringar av sådana faktorer i arbetet som ofta förknippas ha samband med hälsan. Prevalenskvoter som visar sambandet mellan positiv förändring och andelen arbetstagare med låg sjuknärvaro har beräknats.

Förändringar av de undersökta arbetsvillkoren under senaste året var i samtliga fall associerat med högre respektive lägre andel sjuknärvaro beroende på åt vilket håll förändringarna gick. Förändringar som är allmänt erkända som hälsopositiva var associerade med lägre sjuknärvaro och omvänt. Att ha ökade möjligheter att förena yrkesarbete och privatliv visade det starkaste sambandet till att också ha bra hälsa. Det var nästan dubbelt så stor andel med låg sjuknärvaro bland de med ökade möjligheter under senaste året jämfört med de med minskade. Finns sådana möjligheter kan det tyda på att arbetet inte inskränker på fritiden och man har möjlighet till återhämtning och vila vilket betraktas som gynnsamt för individens hälso-utveckling. Andra förändringar som visade tydligt samband med låg sjuknärvaro var framför allt att få stöd och uppbackning vid behov, att ha kontroll och inflytande över det egna arbetet, att ha en känsla av delaktighet i arbetet och dess innehåll, ett ökat samarbete på arbetsplatsen samt anställningstrygghet.

Separata analyser för kvinnor och män visade inga markanta skillnader.

Tabell 6:6. Andelen som rapporterat förändringar av vissa arbetsvillkor under senaste året och som under samma tid varit sjuknärvarande högst en gång. Prevalenskvoter anges för andelen låg sjuknärvaro vid den förändring av arbetsvillkoren som ansetts vara en förbättring i förhållande till den förändring som ansetts vara en försämring.

Arbetsmiljöfaktor	Förändring	Kvinnor + Män		
		Andel med låg sjuknärvaro	Prevalenskvot	95% konfidensintervall
Arbetsbelastning	Ökat	38%		
	Minskat	48%	1.2	1.0-1.5
Tidspress i arbetet	Ökat	36%		
	Minskat	45%	1.2	1.0-1.5
Möjligheter att utvecklas och lära nytt i arbetet	Ökat	46%	1.1	1.1-1.2
	Minskat	32%		
Stöd och uppbackning vid behov	Ökat	48%	1.3	1.2-1.4
	Minskat	28%		
Samarbetet på arbetsplatsen	Ökat	45%	1.2	1.1-1.3
	Minskat	30%		
Personaltätheten	Ökat	44%	1.1	1.0-1.3
	Minskat	38%		
Inflytande och kontroll över det egna arbetet	Ökat	43%	1.2	1.1-1.3
	Minskat	26%		
Känslan av delaktighet i arbetet och dess innehåll	Ökat	46%	1.2	1.1-1.3
	Minskat	28%		
Möjlighet att förena yrkesarbete och privatliv	Ökat	47%	1.5	1.3-1.8
	Minskat	26%		
Anställningstrygghet	Ökat	45%	1.2	1.1-1.3
	Minskat	32%		

Sammanfattning och kommentar.

Sjuttiofem procent av de tillfrågade hade varit sjuknärvarande senaste året, sextiofyra procent sjukfrånvarande. Med ökat antal sjukfrånvarotillfällen ökade också antalet sjuknärvarotillfällen. Sjukbeteendet stämde väl överens med om man bedömdes ha mycket god respektive dålig arbetshälsa, vid sämre arbetshälsa mer sjuklighet.

Med stigande ålder minskade andelen sjuknärvarande. Detta kan dels bero på en selektion, de mest sjuka hade redan försvunnit från arbetslivet, men också på en förändrad attityd till sjuknärvaro liksom att privatekonomin bättre klarade av en sjukskrivning. Generellt sett hade de med god ekonomi mindre sjuknärvaro än de med dålig ekonomi. Karensdag och sjukersättningsnivå kan ha varit mer kännbart för de med ansträngd ekonomi, men det kan också vara så att de med god ekonomi hade bättre arbetsförhållanden och mindre arbetsrelaterad ohälsa.

De med mycket sjukfrånvaro kände i högre grad av en negativ attityd på arbetsplatsen till att vara borta. Viktigaste skälen till att gå sjuk till jobbet var annars lojalitet mot kamraterna och att man inte ansåg sig ha råd att vara sjukskriven.

Vid jämförelse mellan yrkena visade det sig att i stort sett samma tio yrkesgrupper hade störst andel sjuknärvaro, störst andel sjukfrånvaro och störst andel dålig arbetshälsa.

Av de förändringar i arbetsmiljön som undersöktes var det möjligheten att kunna förena yrkesarbete och privatliv som hade starkast samband med att inte gå sjuk till arbetet. Detta tyder på att arbetet inte inskränkte på fritiden och att man hade möjlighet till återhämtning och vila, vilket var gynnsamt för individens hälsoutveckling.

Avsnitt 7

Utbränning

Utbrändhet (burnout), eller utbränning som vi här föredrar att kalla det, är ett fenomen som tilldragit sig stort intresse i samband med att stressrelaterade ohälsomönster uppmärksammats alltmer under senare år. En avsevärd mängd publikationer (ca 6000) har hunnit avsättas inom området (Schaufeli and Enzmann 1998), trots att utbränning som vetenskapligt begrepp är relativt nytt, drygt 25 år. Uttrycken "utbrändhet", "utbränd" och "självförbränning" har dock använts i vardagsspråk och skönlitteratur sedan århundraden.

Innebörden i begreppet utbränning har skiftat inom forskningslitteraturen. Medan de psykologiska perspektiven länge varit tongivande har utbränning också börjat användas i medicinska sammanhang under 1990-talets senare år, varvid en mer besvärande problembild framhållits med bl. a. starkt reducerad funktionsförmåga. Trots dessa skiftande innebörder har mätningar av utbränning genomförts på ett likartat sätt inom forskningen. Mätinstrumentet Maslach Burnout Inventory (MBI), som utformats i något olika versioner (Maslach, Jackson et al. 1996) har använts i mer än 90 procent av studierna. Maslach har inte givit någon teoretisk grund för sitt utbränningsbegrepp och sitt mätinstrument men hon hävdar (Maslach and Leiter 1997; Maslach 1998) 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). Dessa tre aspekter bör enligt Maslach behandlas var för sig och inte slås samman till ett sammanfattande mått. Inga kritiska gränser inom dimensionerna anges heller över vilka man kan säga att någon person är utbränd. Tolkningen av utfallen från MBI-skalorna har därmed varit förenad med vissa problem, och i många studier har man därför främst fäst avseende på graden av emotionell utmattning, som ofta uppfattats som den centrala komponenten i utbränningsbegreppet.

Ett brett och ett smalt utbränningsbegrepp

För att hantera ovanstående svårigheter kommer vi att tala om ett brett respektive smalt utbränningsbegrepp. Det breda utbränningsbegreppet motsvarar Maslachs burnoutbegrepp, medan det smala motsvaras av en operationalisering det utbränningsbegrepp som framförts av Hallsten. Här tillämpas ett striktare kriterium, med flera samtidiga krav för att en person ska anses befinna sig i en utbränningsprocess. Utbränning antas vara en av flera processer som kan medföra trötthet, emotionell utmattning, cynism, etc, och att det gäller att avgränsa denna process från dem av besläktad karaktär.

Det *breda* utbränningsbegreppet motsvaras således av höga värden på de tre dimensionerna emotionell utmattning, cynism och otillräcklighet. "Höga" värden används i relativ mening, och några absoluta gränser anges ej. Tyngdpunkten kommer dock som i andra studier att läggas på emotionell utmattning och cynism (d.v.s. ointresse och ifrågasättande av värdet av personens arbete), medan otillräcklighet ges mindre vikt. Otillräcklighet har i analyser av individuella data visat sig ha begränsade samband med de båda andra skalorna och tycks orsakas av andra förhållanden än de som påverkar emotionell utmattning och cynism.

Därtill nyttjas ett *smalt* utbränningsbegrepp, som har sin utgångspunkt i en processmodell snarare än i ett bestämt tillstånd eller symtomuppsättning. En avsikt med processmodellen har varit att avgränsa utbränning från andra processer med stress- och utmattningseffekter, som

utarbetning, (fysisk) nedslitning, uttröttnings eller kriser av akut karaktär. Här har eftersträövats att fånga ett handlingsmönster som kan förstås utifrån förändringar i samhälls- och arbetsliv under 1900-talets senare decennier, framför allt den tilltagande professionaliseringen. Ett mer avgränsat begrepp antas också kunna underlätta eventuella preventiva insatser. Det bör dock noteras att avgränsningen gäller själva processen, inte de sammanhang där utbränning kan uppstå. Utbränning i denna smala mening antas även kunna uppstå utanför arbetslivet, t. ex. till följd av långvariga kritiska förhållanden inom familj och frivilligarbete.

Utbränningsprocessen

Inom sistnämnda perspektiv betraktas utbränning som utveckling av en identitetskris, som kan beskrivas på följande sätt:

- "Utbränning" kan uppstå när en person av kroniska stressorer hotas eller hindras i sitt utförande av en roll, som är central för personens identitet. "Utbrändhet" är en särskild form av kris, som kan uppstå som ett led i denna utbränningsprocess och som medför sänkt funktionsförmåga och motivation.
- Utbränningsprocessen handlar om framväxten av, och anpassningsmönster till, stark frustration. Anpassningen präglas inledningsvis och under avsevärd tid av ansträngning och engagemang. Processen kan leda till både positiva och negativa konsekvenser för individen, som vid andra kriser.
- Utbränning har sin grund hos både omgivning och individ. Utbränning har troligtvis alltid förekommit, men en viktig bidragande faktor i nutida arbetsliv för professionell utbränning är "glappet mellan mål och medel". Individer med "prestationsbaserad självkänsla" antas i högre grad än andra riskera utbränning.

Någon specifik symtomuppsättning för utbränning och utbrändhet anges inte, eftersom uttrycken kan skifta betydligt från individ till individ. Det antas dock att i de senare delarna av processen framstår energilöshet, trötthet och utmattning som kardinalsymtom, men de är inte tillräckliga för att karaktärisera utbränning (trötthet kan t. ex. ibland vara förknippad med lättnad och glädje). Negativa attityder till omgivning och egen person, liksom nedstämdhet, oro, uppgivenhet är vanliga och därtill kan kognitiva och somatiska symptom även tillkomma.

Utmärkande för utbränningsprocessen är att yttre och inre krav inledningsvis möts med engagemang, ansträngning och satsningar. Personerna tänjer sig för att hitta lösningar på problemen de stöter på. Utbränningsprocessen innebär att personen anstränger sig för att hantera problemen på ett sätt som kan vara skadligt på lång sikt. Under den inledande delen av utbränningsprocessen uppfattar personen *inte* vila, ledighet eller sjukskrivning som en lösning på problemet. Det är en skillnad mot personer som blir utarbetade eller utslitna till följd av övervägande yttre krav.

En viktig drivkraft bakom utbränningsprocesser förmodas vara att personerna tenderar att identifiera sig och värdera sig själva efter sitt agerande och sina prestationer. Personerna visar vad som kallas en "prestationsbaserad självkänsla". Självkänslan tycks vara beroende av det egna handlandet och dess utfall, sannolikt orsakad av en oro för att inte duga. Om personerna själva eller viktiga referenspersoner anser att de presterar väl kan de bevara eller skapa sig självkänsla, annars inte. Det starka inledande engagemanget i utbränningsprocessen antas ha sin grund i benägenheten att identifiera sig med prestationen. Prestationsorienteringen har antagligen sin grund i tidigare socialisation inom familj och yrkesutbildning, men även i aktuella organisationskulturer och arbetsvillkor.

Denna initiala drivkraft bör således fångas för att man ska kunna skilja utbränning från andra utmattningsprocesser. Om vi ej kan spåra tecken på inre drivna anpassningsmönster eller prestationsorienterade motiv hos utmattade personer kan vi i stället med fördel nyttja benämningar som uttröttad, utarbetad, överansträngd eller utsliten vid beskrivningen.

Mätning av det smala och det breda utbränningsbegreppet

Det smala utbränningsbegreppet baserat på ovanstående processyn kommer att mätas med ett strikt kriterium, där hänsyn tas till samvariationen i fyra variabler:

- Prestationsbaserad självkänsla
- emotionell utmattning
- cynism
- reducerad funktionsförmåga.

En person som har höga värden i alla dessa variabler antas befinna sig i en tydlig, professionell utbränningsprocess med risk för utbrändhet. Till skillnad från det breda utbränningsbegreppet tillämpas således flera samtida kriterier, och en utbränningsprofil skapas. Därtill anges kritiska nivåer inom respektive dimensioner.

Prestationsbaserad självkänsla har mätts med en skala (alfa=0.86) bestående av fyra påståenden, som "Jag känner ibland att jag måste vara litet bättre än andra för att duga inför mig själv". Svaren har avgivits på en femgradig skala ((1) "Instämmer inte alls" till (5) "Instämmer helt"). Personer med ett genomsnittligt värde på 3.5 eller högre på denna skala antas ha en prestationsbaserad självkänsla. (Observera att prestationsbaserad självkänsla antas vara en nödvändig men ej tillräcklig förutsättning för utbränning. Prestationsorienteringen antas då vara av kompensatorisk art. Många personer med prestationsbaserad självkänsla av förstärkande eller kompletterande karaktär (\approx "tävlingsinriktning") visar ofta låga värden på andra utbränningsvariabler.)

Emotionell utmattning har mätts med motsvarande skala från MBI-General Survey (MBI-GS), bestående av fem påståenden, t ex. "Jag känner mig känslomässigt tömd av arbete" (alfa=0.87). Svaren har givits på en sexgradig skala (0 "Aldrig" till 6 "Varje dag"). Här har ett relativt kriterium nyttjats och de som hade genomsnittliga skalvärden \geq medianen för undersökningsgruppen har ansetts ha hög emotionell utmattning. MBI-GS översattes för första gången till svenska i samband med denna undersökning och några tidigare svenska normdata för skalan finns ej.

Cynism eller distansering har mätts motsvarande skala från MBI-GS (alfa=0,73), också bestående av fem påståenden, t. ex. "Jag har blivit mer tveksam om värdet av mitt arbete", med samma sex svarsalternativ som ovan. De med genomsnittliga skalvärden \geq medianen för undersökningsgruppen har ansetts ha hög cynism.

Reducerad arbetsförmåga har mätts med svaren på sju frågor om minskat arbete under de senaste fyra veckorna till följd av känslomässiga eller kroppsliga problem eller besvär (hindrad att utföra arbete, minskat tiden för arbete, varit mindre noggrann). De som svarat ja på någon av dessa frågor har ansetts ha reducerad arbetsförmåga.

Det kan påpekas att denna operationalisering av det smala utbränningsbegreppet naturligtvis har en viss godtycklighet. Andra aspekter kunde inkluderas, t. ex. nedstämdhet, psykosomatiska och kognitiva symptom, reducerad funktionsförmåga kunde ha mätts på annat sätt och

andra kritiska nivåer i de fyra skalorna kunde ha valts. Den föreslagna mätmetoden anses dock på ett rimligt sätt fånga in det utbränningsfenomen som skisserats. I framtiden kan mer empiriskt grundade kriterier nyttjas.

Det *breda* utbränningsbegreppet har mätts med skalvärdena från de tre MBI-GS-skalorna Emotionell utmattning, Cynism och Otillräcklighet. Den senare skalan består av sex påståenden (alfa=0.73), t. ex. ”Jag kan på ett effektivt sätt lösa de problem som uppstår i mitt arbete” (omvänd), med samma sex svarsalternativ som för de andra två skalorna. De tre skalorna behandlas var för sig.

Det bör understrykas att den form av utbränning som mäts i denna undersökning är av professionellt och ej av allmänt slag, eftersom mätningarna grundar sig på MBI-GS och på frågor om prestationbaserad självkänsla i relation till arbetet.

Resultaten kommer att redovisas i relation till bakgrundsvariablerna kön, ålder, utbildning, sjukskrivning, ort och yrke. Det kan erinras om att någon ingående bortfallsanalys ännu inte ägt rum, vilket kan vara kritiskt för studium av ett fenomen som utbränning, där det kan antas att vissa personer i utbränning kan ha svårt att svara på frågeformulär.

Professionell utbränning i undersökningsgruppen

Resultaten från den första frågeomgången redovisas i tabell 7:1 till 7:3. Där anges medelvärden, standardavvikelser liksom andelar över vissa kritiska värden. De fem variabler som nyttjats för att mäta utbränning redovisas, medan andelarna i tydlig, professionell utbränning enligt det strikta kriteriet anges i kolumnerna längst till höger i tabellerna.

Professionell utbränning för hela undersökningsgruppen

Först några ord om de professionella utbränningsnivåerna för hela undersökningsgruppen. Det genomsnittliga värdet för emotionell utmattning blev 2,40 (sd=1,41), vilket innebär att personerna kände sig emotionellt uttröttade omkring ett par gånger per månad. Känslor av cynism och distans till arbetet var mindre förekommande, ungefär nån gång varannan månad (M=1,50; sd=1,22), och detsamma gällde otillräcklighet eller låg yrkesmässig effektivitet (M=1,49; sd=1,01). Värdena för emotionell utmattning ligger något under de normdata som rapporterats från vård- och kontorsyrken i Kanada, men klart över dem för statliga tjänstemän i Holland (Maslach, Jackson et al. 1996). Nivåerna för cynism och otillräcklighet ligger på ungefär samma nivåer som för de holländska och kanadensiska grupperna.

Vidare framkom att 20,3% av gruppen gav uttryck för prestationsbaserad självkänsla, dvs hade $\geq 3,5$ på skalan, vilket är något lägre nivåer än för dem som erhållits från journalister (34%, N=239) och tandläkare (29%; N=90) i några nyligen genomförda men opublicerade studier. Hälften, eller 49,9 procent av gruppen angav reducerad funktionsförmåga i den meningen att de minskat sin arbetsinsats åtminstone i något avseende under de senaste fyra veckorna. Andelen som befann sig i en professionell utbränningsprocess enligt det strikta kriteriet med värden över de kritiska nivåer som angetts för prestationsbaserad självkänsla, emotionell utmattning, cynism och reducerad funktionsförmåga, uppgick till 6,6 procent (497 personer). Om detta är en hög eller låg andel kan inte besvaras eftersom det är första gången detta kriterium används (till hösten 2001 kommer motsvarande kriterier att tillämpas i en svensk populationsstudie).

Bakgrundsvariabler och professionell utbränning

Det framkom att kvinnor rapporterade signifikant mer av emotionell utmattning och reducerad funktionsförmåga än män, vilka dock rapporterade högre grad av cynism än kvinnorna (se tabell 7:1). För otillräcklighet och prestationsbaserad självkänsla var andelarna i stort sett lika stora för män och för kvinnor. Det medförde att ungefär lika stora andelar av kvinnor (6,7%) och män (6,1%) befann sig i utbränning enligt det strikta utbränningskriteriet.

Ålder hade svaga samband med utbränningsvariablerna och andelarna i professionell utbränning varierade inte så mycket mellan åldersgrupperna (4,0 – 7,7%). Det fanns en tendens till att den allra äldsta gruppen rapporterade minst av reducerad funktionsförmåga och emotionell utmattning, vilket eventuellt kan tolkas som ett selektionsfenomen. Notera dock att variabeln otillräcklighet pekar i motsatt riktning, där den äldsta gruppen anger otillräcklighet i störst utsträckning. Denna tendens att utbränningsvariablerna rangordnar de demografiska grupperna olikartat ges fler exempel på nedan.

Utbildning hade starka samband med utbränning. De med högskoleutbildning redovisade klart högre grad av emotionell utmattning och prestationsbaserad självkänsla samt en något högre grad av funktionsnedsättning än de utan högskoleutbildning, medan det omvända förhållandet gällde för otillräcklighet. För cynism var det ingen skillnad mellan grupperna. Dubbelt så många med högskoleutbildning visade ett professionellt utbränningsmönster (9,4%) jämfört med dem utan högskoleutbildning (4,7%).

Sjukskrivna hade högre värden på alla utbränningsvariabler än de som ej var sjukskrivna. Skillnaderna var tydliga framför allt för emotionell utmattning och nedsatt funktionsförmåga. Femton procent av de sjukskrivna visade tecken på professionell utbränning jämfört med 6,0 procent av dem som ej var sjukskrivna.

Tabell 7:1. Utbränning med hänsyn till kön, ålder, utbildning och sjukskrivning. Aritmetiska medelvärden (M), standardavvikelser (sd) för de olika skalorna. För emotionell utmattning, cynism och otillräcklighet motsvarar "p" andelar \geq medianvärdet för gruppen. "p" för prestationsbaserad självkänsla anger de andelar som har 3.5 eller högre på skalan medan "p" för reducerad funktionsförmåga anger de andelar som angivit ett eller flera arbetshinder. Andelar i professionell utbränning (proc) anges i procent. Testningar utförda med F- och χ^2 -test med angivande av frihetsgrader. *** p<.001; ** p<.01; * p<.05; ns = ej signifikant.

Grupp	Emotionell Utmattning			Cynism			Otillräcklighet			Prest. bas. självkänsla			Reducerad funktionsförmåga			Professionell utbränning
	M	sd	%	M	sd	%	M	sd	%	M	sd	%	M	sd	%	%

Kön																
Kvinnor	2,5	1,4	54	1,5	1,2	46	1,5	1,0	48	2,5	1,0	21	1,7	2,2	51	6,7
Män	2,1	1,3	46	1,6	1,2	52	1,5	1,0	46	2,5	1,0	19	1,4	2,0	46	6,1
Totalt	2,4	1,4	53	1,5	1,2	47	1,5	1,0	48	2,5	1,0	20	1,6	2,2	50	6,6
Df	F(1/7448)			F(1/7427)			F(1/7444)			F(1/7464)			$\chi^2(1)$			
$\chi^2(1)$	62,71***			8,09**			0,82 ns			0,04 ns			27,00***			0,72 ns
F/chi-2																
Ålder																
-29	2,4	1,3	54	1,5	1,2	47	1,4	0,9	43	2,5	1,0	23	1,6	2,0	55	7,7
30-39	2,3	1,3	51	1,5	1,2	50	1,5	1,0	48	2,4	1,0	19	1,6	2,1	52	6,6
40-49	2,4	1,4	53	1,5	1,2	47	1,5	1,0	47	2,4	1,0	19	1,7	2,2	51	7,2
50-59	2,4	1,5	54	1,5	1,2	47	1,5	1,0	49	2,5	1,0	21	1,7	2,3	48	6,4
60 -	2,3	1,5	48	1,6	1,3	47	1,6	1,1	50	2,5	1,0	23	1,5	2,4	40	4,0
Df	F(4/7448)			F(4/7427)			F(4/7444)			F(4/7464)			$\chi^2(4)$			
$\chi^2(4)$	1,77 ns			0,22 ns			3,09*			2,45*			35,09***			8,32 ns
F/chi-2																
Utbildning																
Ej högskola	2,3	1,4	48	1,5	1,2	47	1,6	1,0	52	2,3	1,0	17	1,6	2,2	49	4,7
Högskola	2,6	1,4	58	1,5	1,2	47	1,3	1,0	41	2,6	1,0	25	1,6	2,1	52	9,4
Df	F(1/7348)			F(1/7327)			F(1/7344)			F(1/7362)			$\chi^2(1)$			
$\chi^2(1)$	81,11***			0,00 ns			116,54***			127,12***			9,91**			63,18***
F/chi-2																
Sjukskriven																
Nej	2,3	1,4	20	1,4	1,2	51	1,5	1,0	46	2,4	1,0	47	1,4	2,0	47	6,0
Ja	3,4	1,6	26	2,1	1,4	75	1,7	1,1	60	2,6	1,1	54	4,4	2,3	91	15,0
Df	F(1/7348)			F(1/7327)			F(1/7344)			F(1/7362)			$\chi^2(1)$			
$\chi^2(1)$	271,03***			114,59***			13,87***			13,08***			364,08***			61,20***
F/chi-2																

Professionell utbränning, yrke och ort/organisation

I tabell 7:2 anges sambanden mellan professionell utbränning och de största yrkesgrupperna medan sambanden med ort/organisation presenteras i tabell 7:3 . Signifikanta samband förelåg med alla utbränningsvariablerna.

Tabell 7:2. Utbränning i de största yrkes-/befattningsgrupperna. Aritmetiska medelvärden (M), standardavvikelser (sd) för de olika skalorna. För emotionell utmattning, cynism och otillräcklighet motsvarar "p" andelar \geq medianvärdet för gruppen. "p" för prestationsbaserad självkänsla anger de andelar som har 3.5 eller högre på skalan medan "p" för reducerad funktionsförmåga anger de andelar som angivit ett eller flera arbetshinder. Andelar i professionell utbränning (proc) anges i procent. Testningar utförda med F- och χ^2 -test med angivande av frihetsgrader. *** p<.001; ** p<.01; * p<.05; ns = ej signifikant.

Grupp	Emotionell Utmattning			Cynism			Otilräcklighet			Prest. bas. självkänsla			Reducerad funktionsförmåga			Professionell utbränning
	M	sd	%	M	sd	%	M	sd	%	M	sd	%	M	sd	%	%
	F(16/7436)			F(16/7415)			F(16/7432)			F(16/7452)			$\chi^2(16)$			$\chi^2(16)$
Chef	2,2	1,3	45	1,1	0,9	36	1,3	0,9	44	2,8	1,0	28	1,4	2,0	48	6,2
Läkare	2,9	1,4	69	1,6	1,3	46	1,2	0,9	37	2,9	1,1	38	1,5	2,0	49	12,6
Gr.skollär	2,8	1,4	69	1,5	1,1	53	1,3	0,9	39	2,7	1,0	26	1,7	2,1	54	10,3
Socialekr	2,7	1,4	60	1,5	1,2	47	1,5	1,0	46	2,6	1,0	22	1,6	2,0	53	9,7
Sjuksköt	2,5	1,4	55	1,4	1,2	43	1,4	1,0	45	2,5	1,0	20	1,6	2,1	49	7,9
Förskollär	2,5	1,3	58	1,5	1,1	47	1,1	0,8	31	2,5	1,0	19	1,8	2,2	55	6,7
Läkarsekr	2,4	1,3	55	1,6	1,2	51	1,6	0,9	57	2,4	1,0	19	1,4	1,9	47	6,9
Adm.ass.	2,2	1,5	45	1,4	1,3	45	1,7	1,2	53	2,7	1,1	22	1,7	2,3	49	9,9
Barnsköt	2,3	1,4	50	1,4	1,2	45	1,2	0,9	33	2,4	1,0	18	2,0	2,4	55	6,5
Undersköt	2,3	1,4	49	1,5	1,2	48	1,6	1,0	55	2,3	1,0	18	1,6	2,2	48	5,0
Pers.ass	2,1	1,5	41	1,6	1,4	42	1,4	0,9	45	2,5	1,1	24	1,5	2,1	47	5,2
Vårdbitr	2,4	1,4	51	1,5	1,2	48	1,6	1,1	52	2,2	1,0	16	1,8	2,3	51	4,2
Vårdare	2,3	1,3	51	1,4	1,2	44	1,8	1,0	60	2,3	1,0	14	1,7	2,2	51	4,0
Lokalvård	2,7	1,6	59	1,7	1,5	50	1,8	1,1	62	2,2	1,0	13	1,9	2,5	46	1,4
Ekon.bitr	2,4	1,5	51	1,8	1,5	55	1,8	1,1	60	2,6	1,0	23	1,6	2,4	39	6,8
Byggn.arb	1,8	1,2	36	1,7	1,4	53	1,7	1,1	53	2,3	0,9	16	1,3	2,0	41	5,4
Övriga	2,3	1,4	47	1,5	1,2	49	1,5	1,0	47	2,5	1,0	22	1,6	2,1	50	7,4
F/chi-2	10,74***			3,53***			16,43***			14,06***			31,42*			63,70***

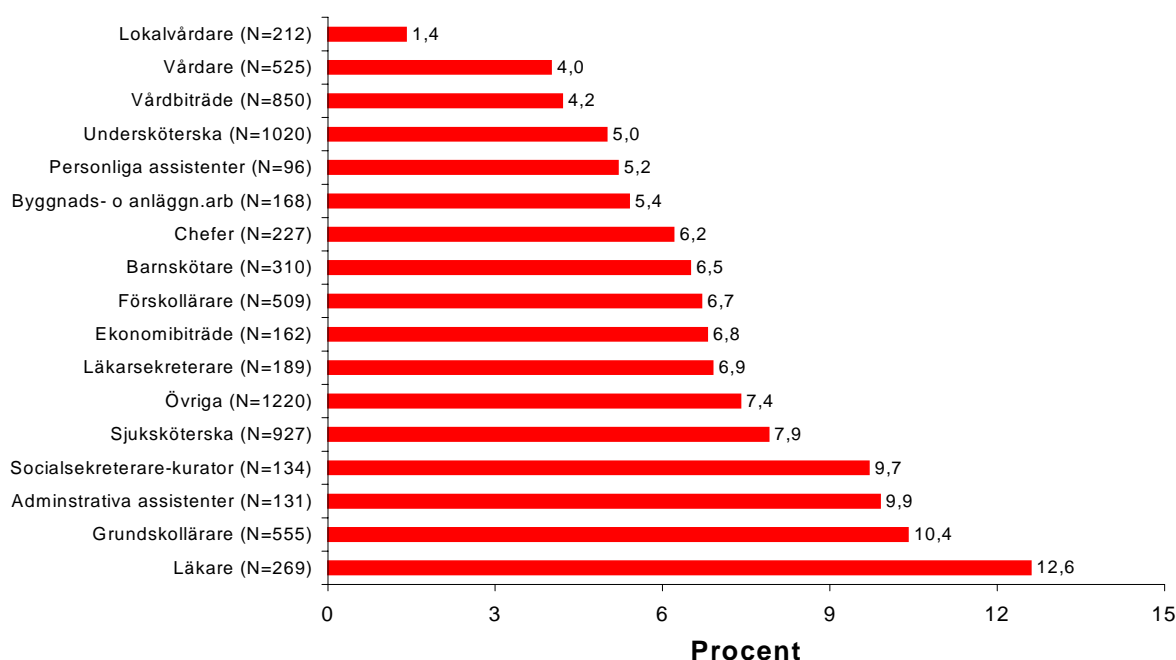
De enskilda utbränningsvariablerna rangordnade yrkena och orterna/delorganisationerna på något olika sätt. Läkare fick de högsta värdena för emotionell utmattning och för prestationsbaserad självkänsla medan bygg- och anläggningsarbetare samt lokalvårdare fick låga värden på dessa variabler. Rangordningen blev delvis den omvända för otillräcklighet där vårdare, lokalvårdare och ekonomibiträden fick de högsta värdena och förskollärare den lägsta.

Cynism eller distansering förekom mest bland ekonomibiträden, lokalvårdare och bygg- och anläggningsarbetare samt minst bland drifts- och verksamhetschefer. Reducerad arbetsförmåga under den senaste månaden till följd av kroppsliga eller känslomässiga orsaker angavs mest av barnskötare och minst bland ekonomibiträden.

En sammanvägning av de olika utbränningsvariablerna i enlighet med det strikta utbränningskriteriet visade att professionell utbränning förekom mest bland läkare (12,6%) och grundskollärare (10,4%), och minst bland lokalvårdare (1,4%), vårdare (4,0%) och vårdbiträden

(4,2%). I figur 7:1 visas rangordningen av professionell utbränning för de största yrkesgrupperna. Tilläggas kan att höga utbränningsnivåer iaktogs för något mindre yrkesgrupper med ca 40-100 svarande, t. ex. gymnasielärare (17,4%), psykologer (12,9%), sjukgymnaster (12,7%), arbetsterapeuter (10,3%), chefer inom utbildning (10,0%) och speciallärare (9,2%).

Figur 7:1. Andelar i professionell utbränning inom de största yrkesgrupperna enligt det strikta utbränningskriteriet.



Det var ingen större differens i utbränning mellan kommuner och landsting. Beträffande emotionell utmattning förekom en svag skillnad, som också resulterade i att andelen i professionell utbränning var en aning större inom landstingen (7,6%) än inom kommunerna (6,1%). (Se tabell 7:3).

En något skiftande bild erhöles beträffande orterna/delorganisationerna utifrån de enskilda utbränningsdimensionerna. Emotionell utmattning uttrycktes mest inom Lunds kommun och Lunds psykiatriska verksamhet, inom Karlskrona medicin och Karlskronas psykiatriska verksamhet samt minst inom Uppsala entreprenad. Cynism/distansering förekom mest inom Malugns kommun och minst inom Uppsala landsting. Otillräcklighet förekom också mest inom Malugns kommun och minst inom Blekinge tandvård. Sistnämnda organisation angav mest av prestationsbaserad självkänsla medan Faluns kommun rapporterade minst. Reducerad funktionsförmåga var mest frekvent inom Lunds kommun och minst inom Uppsala entreprenad.

Enligt det sammanvägda strikta utbränningskriteriet förekom mest utbränning i Blekinge (Blekinge tandvård 13,6% (gruppen tandläkare var liten (N=13) men hela 23% uppfyllde kriteriet), Karlskrona medicin 10,1% och Karlskrona psykiatriska verksamhet 9,3%) och

minst inom Uppsala entreprenad (3,3%). I figur 7:2 anges andelarna i professionell utbränning.

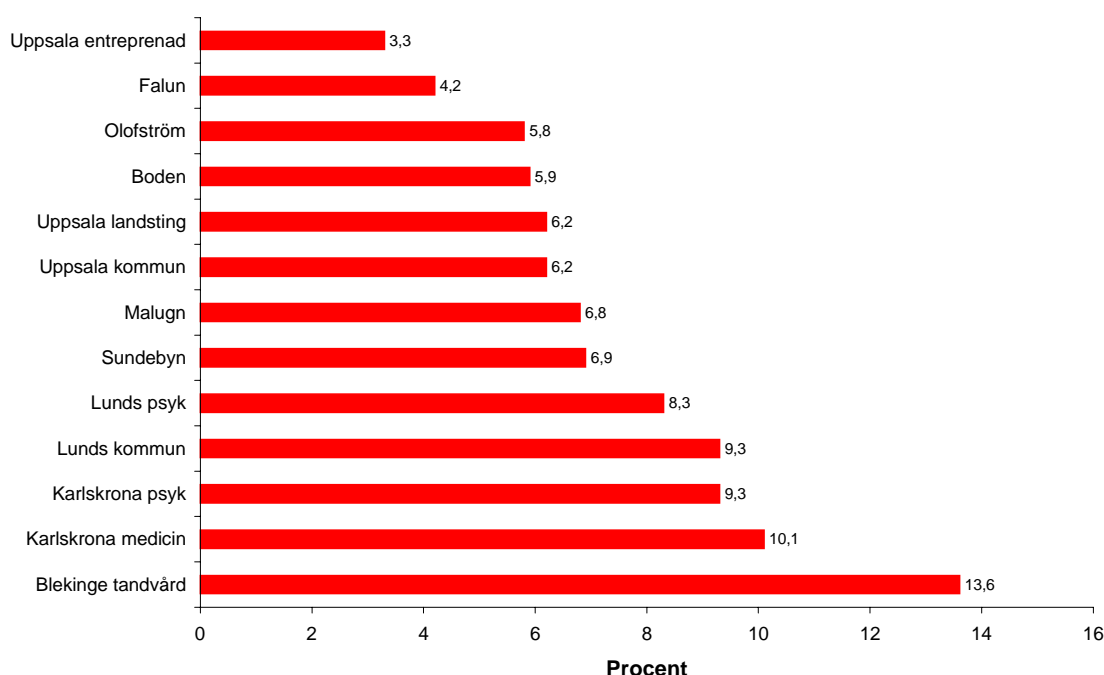
Tabell 7:3. Professionell utbränning för orter/delorganisationer. Aritmetiska medelvärden (M), standardavvikelser (sd) för de olika skalorna. För emotionell utmattning, cynism och otillräcklighet motsvarar "p" andelar \geq medianvärdet för gruppen. "p" för prestationsbaserad självkänsla anger de andelar som har 3.5 eller högre på skalan medan "p" för reducerad funktionsförmåga anger de andelar som angivit ett eller flera arbetshinder. Andelar i professionell utbränning (proc) anges i procent. Testningar utförda med F- och χ^2 -test med angivande av frihetsgrader. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; ns = ej signifikant.

Grupp	Emotionell Utmattning			Cynism			Otillräcklighet			Prest. bas. självkänsla			Reducerad funktionsförmåga			Professionell utbränning	
	M	sd	%	M	sd	%	M	sd	%	M	sd	%	M	sd	%	%	

Huvudorganisation																	
Kommuner	2,4	1,4		1,5	1,2		1,5	1,0		2,5	1,0		1,7	2,2	51	6,1	
Landsting	2,5	1,4		1,5	1,2		1,5	1,0		2,5	1,0		1,5	2,1	49	7,6	
	F(1/7451)			F(1/7430)			F(1/7447)			F(1/7467)			$\chi^2(1)$			$\chi^2(1)$	
F/chi-2	7,66**			0,06 ns			1,10 ns			0,30 ns			2,40 ns			6,27*	
Orter/organis.																	
Boden	2,4	1,4	51	1,5	1,2	45	1,6	1,1	54	2,4	1,0	20	1,8	2,3	52	5,9	
Falun	2,3	1,4	49	1,5	1,2	49	1,6	1,0	51	2,3	1,0	15	1,6	2,3	47	4,2	
Lund psyk	2,6	1,5	57	1,6	1,3	49	1,5	1,0	51	2,4	1,0	19	1,7	2,1	55	8,3	
Lund kom.	2,6	1,4	60	1,5	1,2	49	1,2	0,9	34	2,6	1,0	24	1,9	2,3	58	9,3	
Malugn	2,4	1,4	50	1,6	1,2	55	1,7	1,1	58	2,4	1,0	18	1,8	2,3	51	6,8	
Sundebyn	2,4	1,4	54	1,5	1,2	49	1,6	1,0	55	2,3	1,0	17	1,5	2,1	47	6,9	
Olofström	2,3	1,4	49	1,4	1,1	45	1,4	1,0	44	2,6	1,0	22	1,6	2,2	48	5,8	
U-sala kom	2,5	1,4	56	1,6	1,3	51	1,5	1,0	49	2,4	1,0	18	1,7	2,2	51	6,2	
U-sala entr	1,8	1,3	34	1,6	1,2	51	1,6	1,1	54	2,4	0,9	18	1,2	1,8	44	3,3	
U-sala lands	2,4	1,5	52	1,3	1,2	37	1,3	0,9	40	2,6	1,1	25	1,4	2,0	45	6,2	
Kkrona med	2,6	1,4	59	1,6	1,2	46	1,5	1,0	48	2,6	1,1	26	1,6	2,2	49	10,1	
Blek tandv	2,3	1,4	51	1,4	1,3	43	1,3	1,2	32	2,8	0,9	33	1,3	1,7	49	13,6	
Kkrona psy	2,6	1,4	57	1,4	1,3	39	1,5	1,0	48	2,3	1,1	19	1,5	2,1	49	9,3	
	F(12/7440)			F(12/7419)			F(12/7436)			F(12/7456)			$\chi^2(12/7440)$			$\chi^2(12/7440)$	
F/chi-2	7,98***			3,16***			13,30***			7,44***			48,87***			65,78***	

Några kommentarer

Resultaten visade enligt MBI-GS variablerna överlag samma grad av utbränning som framkommit i andra västländer som Kanada och Holland. Emotionell utmattning förefaller vara ett mer frekvent fenomen än cynism-distansering och otillräcklighet. Något lägre emotionell utmattning framkom jämfört med motsvarande grupper i Kanada, men det bör noteras i att det inte genomförts några undersökningar med representativa urval i något av länderna. Med det strikta kriteriet för professionell utbränning skulle drygt 6 procent av hela undersökningsgruppen befinna sig i tydlig utbränning med risk för utbrändhet.



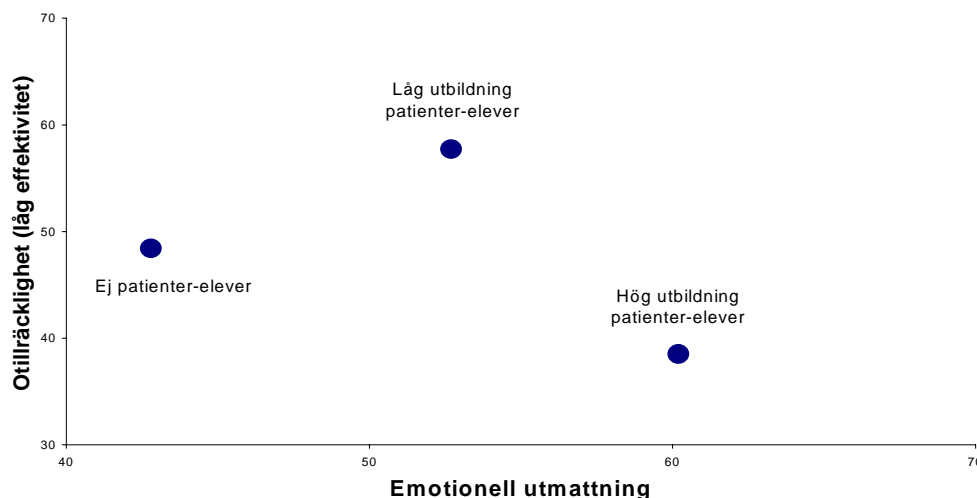
Figur 7:2. Andelar inom orterna/organisationerna i professionell utbränning enligt det strikta utbränningskriteriet.

Vissa av bakgrundsvariablerna hade starka samband med utbränningsvariablerna medan sambanden var svagare med andra, som med ålder och huvudorganisation (kommun eller landsting).

Det är notabelt att det framkom *skilda profiler* för bakgrundsvariablerna med hänsyn till de olika utbränningsvariablerna. Kvinnor rapporterade exempelvis högre emotionell utmattning än män, vilka dock angav mer av cynism/distansering än kvinnor. Personer med högskoleutbildning visade högre grad av emotionell utmattning och prestationsbaserad självkänsla än de utan högskoleutbildning, vilka emellertid angav mer av otillräcklighet.

Detta var särskilt tydligt för yrkena vilka kunde grupperas i skilda kluster. Det framkom exempelvis att yrken vilka kräver hög utbildning och har täta patient/elevkontakter ofta angav hög emotionell utmattning men låg grad av otillräcklighet. De yrken som har få patient-elevkontakter och/eller inte kräver hög utbildning visade ofta motsatt eller annorlunda mönster, se figur 7:3. Skillnader i cynism/distansering mellan dessa kluster var begränsad.

Bland de största yrkesgrupperna erhöll läkare, grundskolelärare och socialsekreterare de högsta andelarna i professionell utbränning enligt det strikta kriteriet. Det var väntat, men det fanns också grupper som administrativa assistenter, som kanske mindre väntat erhöll höga värden. Överlag tycks dock det sammanvägda, strikta kriteriet väl fånga de grupper som vanligen antas vara utsatta för professionell utbränning.



Figur 7:3. Resultat från klusteranalys av de största yrkesgrupperna i emotionell utmattning och otillräcklighet. Punkterna visar centroiderna för de genomsnittliga andelarna \geq medianerna för skalorna för tre kluster.

Det kan vidare observeras att sambanden med sjukskrivning var tydliga men av måttlig storlek, och professionell utbränning svarar antagligen enbart för en mindre del av den allmänna ohälsan och sjukskrivningarna inom gruppen. Många bland de sjukskrivna kan kanske snarare betraktas som uttröttade eller utarbetade än som utbrända. Det bör emellertid tilläggas att utbränning också kan uppkomma av icke-professionella skäl, exempelvis i samband med problem i försörjarrollen, varvid bl. a. osäkerhet om framtida anställning liksom dålig ekonomi kan vara viktiga bidragande faktorer. Detta har inte närmare analyserats i denna redovisning. Det gäller även utbränning som kan uppstå till följd av långvariga problem och svårigheter utanför arbetslivet.

Avsnitt 8

Livsstil

Våra vanor vad gäller tobak, mat och motion påverkar vår hälsa. Väsentliga folkhälsopolitiska mål är att den fysiska aktiviteten ökar, att övervikt förebyggs och att tobakskonsumtionen fortsätter att minska.

Fysisk aktivitet

Det finns ett flertal studier som visar att regelbunden fysisk aktivitet främjar hälsa och välbefinnande och att fysisk inaktivitet har visat sig öka risken för en rad olika sjukdomar. Fysisk aktivitet kan vara vardagliga aktiviteter såsom lättare hushållsarbete, trädgårdsarbete och aktivt motionerande. Det finns dock inte någon egentlig kunskap om hur människors totala fysiska aktivitet ser ut, hur länge vi i regel gör olika fysiska aktiviteter, hur ofta och hur intensivt. Det finns också alltför lite forskning om vilka typer av vardaglig fysisk aktivitet som skyddar mot olika typer av sjukdom och stärker hälsan. Forskningen har mer inriktats på motionsvanor och ren idrottsforskning. Det finns betydande forskning som visar att regelbunden motion, t ex lite längre raska promenader, har en god effekt på hälsan.

I undersökningen Liv-90-studien undersöktes motionsvanor bland svenska kvinnor och män. Regelbunden motion innebar att man tog åtminstone två promenader, på minst en halvtimme, två gånger per vecka. Andelen motionärer var cirka 50% i åldern 20-35 år, cirka 35% i åldern 36-50 år och cirka 25% i åldern 51-65 år. Undersökningen visar att motionsvanor, på samma sätt som kostvanor och rökning, har samband med social position i samhället och utbildningsnivå. Bland de med utbildningar från högskola och universitet är andelen motionärer cirka dubbelt så stor som bland de med enbart grundskoleutbildning. Tidigare undersökningar har gett i stort sett samma resultat.

Av deltagarna i HAKuL-projektet rapporterade 60% att de motionerade regelbundet, d v s att man tog åtminstone två promenader, på minst en halvtimme, två gånger per vecka. Ingen motion, d v s motion endast någon enstaka gång, rapporterades av 18%. Det fanns fler regelbundna motionärer bland kvinnorna än männen. För männen, men inte för kvinnorna fanns en tendens att andelen motionärer minskade med ökad ålder (tabell 8:1). Bland bygg- och anläggningsarbetare, som nästan bara var män, var motionsnivån relativt låg. Bland personliga assistenter fanns det däremot många regelbundna motionärer. Många yngre arbetade som personliga assistenter vilket delvis kan förklara resultatet.

Enligt tidigare studier skulle man ha förväntat sig ett klart samband mellan utbildningsnivå och motion, läkare visade sig dock sämre på att motionera regelbundet än undersköterskor och vårdbiträden (tabell 8:2). Av de manliga läkarna utövade endast 45% regelbunden motion. Mellan de olika orterna och verksamheterna fanns inga markanta skillnader.

Tabell 8:1. Andel som uppgav att man tog åtminstone två promenader, på minst en halvtimme, två gånger per vecka respektive de som uppgav avsaknad av motion uppdelat på kön och ålder.

Ålder	Regelbunden motion		Ingen regelbunden motion	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
-25 år	64%	64%	20%	24%
26-35 år	58%	56%	21%	17%
36-45 år	60%	53%	18%	23%
46-55 år	63%	51%	14%	24%
56 år -	63%	50%	13%	21%
Alla	63%	54%	17%	23%

Tabell 8:2. Andel som uppgav att man tog åtminstone två promenader, på minst en halvtimme, två gånger per vecka respektive de som uppgav avsaknad motion uppdelat på yrken representerade av minst 90 personer.

Yrken	Andel medel regelbunden motion	Andel med ingen regelbunden motion
Personlig assistent	71%	17%
Undersköterska	64%	15%
Barnskötare	63%	19%
Drift och verksamhetschefer	62%	15%
Grundskolelärare	62%	14%
Socialsekreterare/Kurator	62%	13%
Sjuksköterska	61%	15%
Vårdbiträde	60%	19%
Förskolelärare	60%	15%
Vårdare	57%	24%
Lokalvårdare	56%	23%
Ekonomibiträde	56%	22%
Läkarsekreterare	56%	16%
Administrativ assistent	52%	13%
Läkare	50%	22%
Bygg och anläggningsarbetare	47%	26%

Rökning

Vilka var det som rökte?

Andelen dagligrökare minskar stadigt i Sverige och uppgick 1999 till 19% för både män och kvinnor. Männen har i större utsträckning än kvinnorna slutat röka. Männen har minskat sin rökning med 17 procentenheter sedan 1980 och kvinnorna med 10 procentenheter. Bland dem som svarat på HAKuL-enkäten var andelen dagligrökande kvinnor 21%, 2% över riksgenomsnittet och andelen dagligrökande män 16%, 3% under riksgenomsnittet.

Hur fördelar sig dagligrökarna i olika åldersintervall?

Bland kvinnorna fanns den största andelen dagligrökare dels bland de unga, upp till 25 år och dels i åldersintervallet 46-55år, 24% av kvinnorna i dessa intervall var dagligrökare. Minsta andelen dagligrökare återfanns i åldersintervallet 26-35år.

Män under 46 år hade en låg andel dagligrökare, 8-12%. Män i åldersintervallet 46-55 år hade betydligt större andel dagligrökare, 22%, än övriga åldersintervall (tabell 8:3).

Tabell 8:3. Andelen dagligrökare i olika åldrar, uppdelat på ålder och kön

Åldersintervall	Andelen dagligrökare bland kvinnorna	Andelen dagligrökare bland männen
- 25 år	24%	12%
26 – 35 år	17%	8%
36 – 45 år	19%	12%
46 – 55 år	24%	22%
56 -	19%	15%

Det var stora skillnader i andelen dagligrökare i olika yrkesgrupper. Andelen dagligrökare bland läkare, grundskollärare och förskollärare var 6-9%, medan vårdbiträden, lokalvårdare, vårdare och personliga assistenter hade 30-34% dagligrökare (tabell 8:4). Denna bild överensstämmer väl med förhållandena i Sverige som helhet, där lågutbildade kvinnor är de som röker mest.

Tabell 8:4. Andelen dagligrökare i olika åldersgrupper

Yrke	Andelen dagligrökare
Läkare	6%
Grundskollärare; Förskollärare	9%
Barnskötare	14%
Sjuksköterska; Läkarsekreterare	15%
Socialsekr/kurator	16%
Drift- och verksamhetschef	18%
Bygg- och anläggningsarbetare	19%
Administrativa assistent	22%
Ekonomibitråde	25%
Undersköterska	25%
Vårdbitråde	30%
Lokalvårdare	34%
Vårdare; Personliga assistent	34%

Var det någon skillnad mellan kommuner och landsting?

Andelen dagligrökare skiljde sig inte nämnvärt inom en och samma yrkesgrupp avseende om man arbetade inom kommuner eller landsting (tabell 8:5). Största skillnaden fanns bland ekonomibiträden och administrativa assistenter, där skillnaden var 5 %.

Tabell 8:5. Skillnader mellan andelen dagligrökare i yrkesgrupper som återfanns inom både kommuner och landsting

Yrke	Skillnad i %-enheter	Andelen dagligrökare i kommuner	Andelen dagligrökare i landstingen
Ekonomibitråde	5%	24%	29%
Administrativa assistent	5%	23%	18%
Vårdare	3%	32%	35%
Sjuksköterska	2%	13%	15%
Lokalvårdare	1%	34%	33%
Socialsekreterare/kurator	1%	16%	15%
Undersköterska	0%	25%	25%

Hur såg det ut på de olika projektorterna?

I Sverige som helhet är det regionala skillnader i andelen dagligrökare, 1999 var den skillnaden 9% i åldrarna 19-81 år. Västerbotten hade lägst andel dagligrökare, 14% medan Gotland toppade listan med 23%.

Som framgår av tabell 8:6 var det större skillnader i HAKuL-materialet, som mest 20% än mellan läns-genomsnittet. Att skillnaderna är större beror på att materialet inte är ett representativt befolkningsgenomsnitt. I Uppsala Primärvård fanns en stor andel läkare och sköterskor, vilka hade låg andel dagligrökare. I Lunds kommun ingick Barn- och Utbildningsnämnden, där det ingick många förskollärare och grundskollärare, som också hade en låg andel dagligrökare.

Tabell 8:6. Andelen dagligrökare uppdelat på projektorter
Läns-genomsnittet 1999 för andelen dagligrökare (19-81år) anges som jämförelse.

Ort	Andel dagligrökare	Läns-genomsnitt
Uppsala – landsting	10%	18% - Uppsala
Lund – kommun	14%	20% - Skåne
Olofström	17%	18% - Blekinge
Falun	18%	17% - Dalarna
Blekinge	19%	18% - Blekinge
Sunderbyn	19%	17% - Norrbotten
Malugn	21%	17% - Dalarna
Uppsala – kommun	21%	18% - Uppsala
Lund – psykiatri	25%	20% - Skåne
Boden	30%	17% - Norrbotten

Vilka har slutat röka?

Andelen som aldrig varit rökare, var något större bland kvinnorna än bland männen, 47% jämfört med 45%. Däremot hade männen i större utsträckning än kvinnorna slutat att röka. 28% av männen och 23% av kvinnorna slutade röka för mer än ett år sedan. Under de senaste 12 månaderna slutade cirka 2 % av männen och kvinnorna att röka.

Vilka yrkeskategorier slutade? 36% av fastighetsskötarna slutade röka för mer än 1 år sedan, liksom 33% av socialsekreterare/kuratorerna, 32% av läkarsekreterarna och 30% av distriktssköterskorna.

Vilka snusade?

Medan lågavlönade kvinnor dominerar bland rökarna har snusandet spridit sig upp i samhällsskikten. Såväl kvinnor som män i tjänstemannayrken snusar. Många debuterar i unga år, andra slutar röka och går över till snus. Omkring 20% av männen och 2-3% av kvinnorna snusar. Snusets hälsorisker är fortfarande oklara men forskning pågår.

I HAKuL-studien snusade 555 personer, vilket motsvarade 7% av hela gruppen. 11% av snusarna rökte också. 26% av männen och 4% av kvinnorna var snusare. 52% av snusarna var under 45 år, medan 48% var 45 år och äldre.

Vilka yrkeskategorier snusade mest? Fastighetsskötarna hade störst andel snusare, 20%, följt av läkare, vårdare och personliga assistenter, där andelen snusare i vardera yrkesgruppen var 13%.

Vikt

I takt med minskat kroppligt arbete och ökad välfärd i den industrialiserade delen av världen har övervikt, men även undervikt, alltmer uppmärksammas som riskfaktorer för ohälsa. Vid kraftig övervikt eller fetma finns t.ex. överrisk för diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar och knäartros.

För att kunna jämföra vikt över tid och mellan individer eller grupper av individer behövs standardiserat mått. Ett ofta använt sådant är BMI¹-värdet (Body Mass Index) som grundar sig på förhållandet mellan individens vikt och längd. WHO har fastställt gränserna för de olika viktklasserna, se fotnoten. I ett flertal av nedanstående tabeller har för att göra framställningen tydligare endast tagits med andelen över- och underviktiga. I vissa fall har för jämförbarhetens skull även den mellanliggande gruppen, dvs. normal- och måttligt överviktiga, tagits med.

I Sverige steg andelen överviktiga personer mellan 1980 och 1997. Andelen överviktiga män ökade från 36% till 46%, andelen överviktiga kvinnor från 28% till 34%. Andelen med fetma ökade för både kvinnor och män från 5% till 7% under perioden.

Bland de som deltog i HAKuL-projektet hade 54% av männen och 40% av kvinnorna övervikt och nästan 10% fetma (tabell 8:7). Således låg man över riksgenomsnittet. Bland de som svarade var det en större andel kvinnor än män som var underviktiga.

Tabell 8:7. Vikt bland kvinnor och män.

	Män	Kvinnor
Underviktiga	2 %	7 %
Normalviktiga	44 %	54 %
Överviktiga	45 %	30 %
Kraftigt överviktiga	9 %	10 %

Yngre personer hade högre representation av underviktiga, i synnerhet bland kvinnor. Kvinnors lägre andel muskulatur i kroppsmassan jämfört med männen kan här ha betydelse för att fler kvinnor har för lågt BMI (tabell 8:8).

¹ Vikt / (Längd i meter * Längd i meter)=BMI

Viktgränser

Underviktig: - 19,9

Normalviktig: 20,0 - 25,0

Överviktig: 25,1 - 30,0

Fetma: 30,1-

Tabell 8:8. Vikt och ålder.

Åldersgrupp	Undervikt		Fetma	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
-25	-	19%	4%	7%
26 – 35	2%	10%	9%	9%
36 – 45	3%	7%	7%	9%
46 – 55	2%	6%	10%	10%
56 – 65	2%	4%	12%	13%

Med några få undantag finns i denna liksom i andra undersökningar ett relativt tydligt förhållande mellan vikt och socioekonomisk status, baserad på utbildningsnivå (tabell 8:9). De med lägre utbildningsnivå tenderar att i högre grad vara överviktiga än de med högre. I denna undersökning placerar sig dock drift- och verksamhetschefer liksom sjuksköterskorna relativt högt och personliga assistenter relativt lågt. En orsak till detta kan vara åldersmässiga, de med högre ålder tenderar ju att i högre grad vara överviktiga. Personliga assistenter är den yrkesgrupp som i den här undersökningen är ”yngst”, endast 26% är över 45 år.

Tabell 8:9. Vikt och yrke i stigande skala med avseende på fetma.

Yrkesgrupp	Underviktiga	Fetma
Socialsekreterare/Kurator	6%	2%
Läkare	7%	5%
Grundskolelärare	9%	5%
Förskolelärare	8%	6%
Personlig assistent	9%	5%
Läkarsekreterare	5%	9%
Barnskötare	5%	9%
Sjuksköterska	7%	9%
Lokalvårdare	7%	11%
Ekonomibiträde	5%	12%
Undersköterska	6%	12%
Administrativ assistent	8%	12%
Vårdare	6%	13%
Drift- o verksamhetschef	2%	14%
Vårdbiträde	6%	16%
Bygg-och anläggningsarbetare	1%	16%

Finns det geografiska skillnader vad gäller över eller undervikt? En tendens kan möjligen iakttas att det bland de undersökta i södra Sverige fanns en lägre andel med fetma jämfört med mellan och norra Sverige. Eventuellt speglas här geografiskt olika kulturella mönster vad gäller matvanor och motion, men den undersökta populationen är inget representativt urval och några slutsatser kan därför knappast dras. Bland underviktiga är skillnaderna små och något mönster kan inte urskiljas (tabell 8:10).

Tabell 8:10. Vikt och arbetsort i fallande skala med avseende på fetma.

Tjänstgöringsort	Underviktiga	Fetma
Blekinge	6%	6%
Lunds kommun	8%	7%
Uppsala Primärvård	7%	8%
Lund Psyk.	7%	9%
Falun	6%	10%
Sunderbyn	4%	10%
Olofström	5%	11%
Uppsala kommun	5%	12%
Boden	7%	12%
Malugn	4%	15%

Hälsorelaterade faktorer

En samling av flera negativa faktorer, både rökning, fetma och inget motionerande var vanligare i de yrkesgrupper där andelen med en dålig arbetshälsa var relativt hög. Skillnaden mellan könen var inte påtaglig och inte heller mellan olika åldrar. Ett undantag var de yngre männen av vilka en hög andel hade positiva hälsovanor. I HAKuL-projektet var endast 25 män med som var 25 år eller yngre, vilket gör att skillnaden inte var statistiskt säker (tabell 8:11 och 8:12).

Tabell 8:11. Den negativa hälsfaktorerna var daglig rökning, ingen motion och kraftig övervikt. Indelat efter yrke. n=7094

Yrken	Andel med 0 negativa hälsfaktorer	Andel med 1 negativ hälsfaktor	Andel med 2 negativa hälsfaktorer	Andel med 3 negativa hälsfaktorer
Grundskolelärare	56%	37%	6%	-
Barnskötare	55%	33%	11%	-
Förskolelärare	55%	37%	8%	-
Socialsekreterare/Kurator	53%	39%	9%	-
Sjuksköterska	51%	38%	10%	1%
Läkare	49%	43%	7%	1%
Drift och verksamhetschefer	49%	36%	12%	4%
Personlig assistent	47%	39%	14%	-
Undersköterska	46%	38%	13%	3%
Läkarsekreterare	45%	42%	13%	1%
Ekonomibiträde	42%	41%	10%	7%
Administrativ assistent	40%	41%	19%	-
Lokalvårdare	39%	37%	20%	4%
Vårdbiträde	39%	39%	17%	5%
Vårdare	38%	39%	20%	3%
Bygg och anläggningsarbetare	35%	45%	18%	3%
Samtliga	48%	38%	12%	2%

Tabell 8:12. Den negativa hälsofaktorerna var daglig rökning, ingen regelbunden motion och kraftig övervikt. Indelat efter ålder och kön. n=7094

Ålder	0 negativa hälsofaktorer		Andel med 1 negativ Hälsofaktorer		Andel med 2 negativ hälsofaktorer		Andel med 3 negativ Hälsofaktorer	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
-25 år	47%	64%	34%	20%	11%	16%	1%	-
26-35 år	45%	47%	38%	38%	11%	7%	2%	1%
36-45 år	46%	44%	35%	43%	12%	8%	2%	2%
46-55 år	45%	38%	34%	39%	13%	14%	2%	2%
56 år -	45%	40%	36%	42%	11%	13%	2%	1%

Om effekten av en negativ faktor, t ex rökning, adderas med en annan negativ faktor, t ex fysisk inaktivitet, är det sannolikt att risken för sjukdom ökar. I linje med ovanstående resonemang minskar sannolikheten att ha en mycket god arbetshälsa vid negativa hälso-vanor. Resultatet visar att sannolikheten för att ha en mycket god arbetshälsa var en och en halv gång så stor för de med inga negativa hälsofaktorer jämfört med de med en negativa faktor (Prevalenskvot 1.5 95% KI 1.4-1.7). I en jämförelse av de med inga negativa hälsofak-torer med de med två negativa faktorer var chansen till en mycket god arbetshälsa dubblerad. (Prevalenskvot 2.0 95% KI 1.6-2.4). Sannolikheten till en mycket god arbetshälsa ökade inte ytterligare vid en jämförelse mellan ingen negativ faktor och tre negativa faktorer.

Vid analys av de enskilda yrkesgrupperna fanns det ett liknade samband inom de flesta yrkesgrupper, hälsovanor samvarierade med arbetshälsa. Detta visar att sambandet mellan hälsofaktorer och arbetshälsa inte berodde på att man fanns i olika yrken.

Sammanfattning och kommentar

Resultatet i HAKuL-studien stärker till stor del tidigare studiers resultat vad gäller livsstilsfaktorer. Hälsobefrämjande vanor följs ofta åt, i yrkesgrupper med få rökare fanns också fler motionärer och en mindre andel kraftigt överviktiga. Negativa hälsofaktorer är vanligare i yrken med kortare utbildningstid än i yrken med större utbildningskrav.

Flertalet av de som deltar i HAKuL-projektet hade en god arbetshälsa trots stora belastningar i arbetet. Flera faktorer skyddar individen mot påfrestningar, både individuella faktorer, förhållanden på arbetet och levnadsvillkor. Den ojämlika fördelningen av positiva hälsovanor bidrar till ojämlikheten i arbetshälsa mellan de olika yrkesgrupperna.

Avsnitt 9

Ansvar och skyldigheter i relationen mellan anställda och arbetsgivare

Utgångspunkten för detta kapitel är hur relationerna mellan arbetsgivare och anställda medarbetare påverkats av de förändringar som skett inom offentlig sektor under det senaste decenniet. Det verkar mycket vanligt i dagens arbetsliv att anställda är besvikna och upplever att organisationen/företaget eller arbetsledningen bryter löften och inte lever upp till de anställdas förväntningar. Speciellt vanligt har det blivit under de senaste decenniernas föränderliga arbetsliv. Personalneddragningar och omorganisationer har i många fall lett till att anställda känt sig desillusionerade och besvikna. Förändringarna i arbetslivet har lett till en upplevelse av generella försämringar, t ex när det gäller anställningstryggheten. Det här tycks vara generella förändringar som gäller inom både privat och offentlig sektor och i de flesta industrialiserade länder.

Det traditionella anställningssystem som länge varit dominerande i Sverige kan sägas ha haft innebörden att *lön, anställningstrygghet* (fast anställning) och vissa möjligheter till utveckling i arbetet erbjuds som motprestation för *hårt arbete och lojalitet*. När anställningsförhållanden förändras utifrån frekventa omställningar i arbetslivet kan man även förvänta sig en förändring av det förväntningar som rör arbetstagares och arbetsgivares rättigheter och skyldigheter. En förskjutning har skett under senare decennier i riktning mot att fler moment omfattas av individuella avtal och därmed blir förhandlingsbara. Detta medför att de s k psykologiska kontrakten, som baseras på de enskilda parternas tolkningar, får en ökad betydelse. Rättigheter och skyldigheter regleras då inte i bara av kollektivavtal eller lagar utan kan göras upp vid anställningsintervjuer och utvecklingssamtal och påverkas av vad som händer i det dagliga samspelet på arbetsplatsen.

Med begreppet psykologiska kontrakt försöker forskare beskriva hur arbetsgivare och anställda upplever och tolkar de villkor som gäller och vilka förväntningar de har på utbytet i relationen. Begreppet lanserades på 1960-talet och kan ses som en oskriven överenskommelse mellan individen och organisationen. I Sverige diskuterar Zetterberg och medarbetare *det osynliga kontraktet* som oskrivna band och överenskommelser rörande icke-materiella aspekter mellan den anställde och arbetsgivaren. Begreppet psykologiska kontrakt fick en mer utbredd användning i slutet av 1980-talet. Oftast utgår man från de anställdas perspektiv och deras upplevelser av vilka förväntningar arbetsgivaren har på dem och vilka förväntningar de själva har på arbetsgivaren. Definitionen baseras på amerikansk forskning av bl a Denise Rousseau och medarbetare. I detta avsnitt används begreppet för att sammanfatta hur anställda i kommuner och landsting ser på ansvar och skyldigheter i relation till arbetsgivaren.

Känslor av otrygghet i anställningen, låg lojalitet och bristande tilltro till ledningen är vanliga reaktioner hos dem som upplever att organisationen svikit givna löften. Brutna psykologiska kontrakt har visat sig påverka arbetstillfredsställelse, lojalitet med företaget och leda till högre personalomsättning. I USA rapporteras en högre grad av kriminalitet som stölder och bedrägerier som inte helt ovanliga när anställda känner sig lurade och kränkta på grund av brutna löften. Vår avsikt är att undersöka vilken betydelse de psykologiska kontraktet har för de anställdas upplevelser av arbetsmiljön och för deras hälsa under en treårsperiod som HAKuL projektet pågår.

Hur ser de anställda i kommuner och landsting på ansvar och skyldigheter?

Samtliga deltagare har fyllt i svar på ett antal frågor som avser att beskriva de anställdas syn på de psykologiska kontraktet d v s ansvar och skyldigheter i anställningsrelationen. Svaren ger en bild av vad anställda ser som viktigt och mindre viktigt. Följande frågor besvarades på en 5-gradig skala (ingen skyldighet, viss skyldighet, något däremellan, stor skyldighet, absolut skyldighet).

Vilket ansvar och vilka skyldigheter anser Du att Du har som anställd

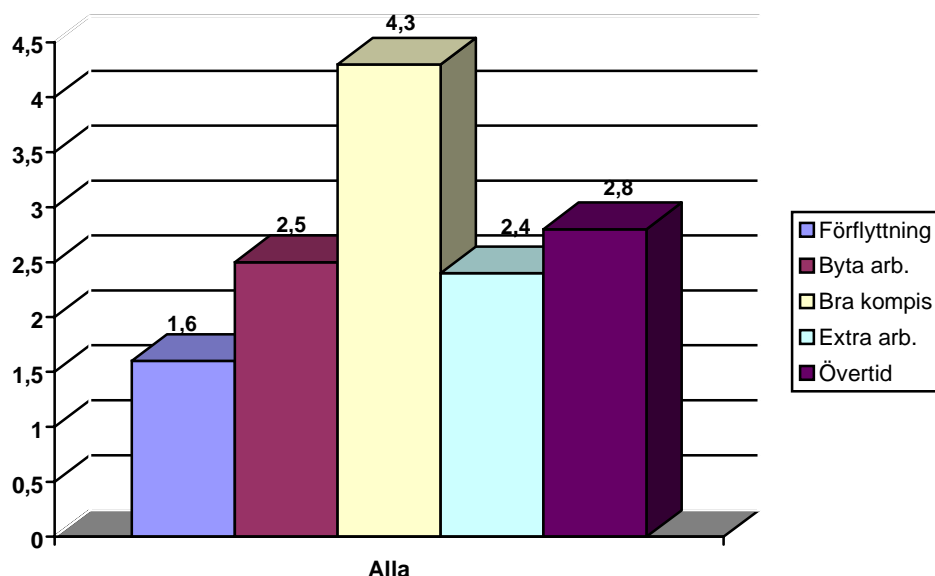
Anställdas skyldigheter:

1. Att acceptera förflyttning till annan ort om arbetsgivaren ser det som nödvändigt
2. Att acceptera ett byte av arbete inom arbetsplatsen
3. Att vara en bra medlem i arbetsgruppen
4. Att frivilligt åta sig extraarbete, utöver ordinarie arbetsuppgifter
5. Att arbeta extra timmar om det krävs för att klara arbetet

Arbetsgivares skyldigheter:

- 1 Att erbjuda stimulerande arbetsuppgifter
- 2 Att ge möjligheter till fortbildning
- 3 Att skapa ett bra arbetsklimat
- 4 Att ge uppskattning för mitt arbete
- 5 Att ha öppna, klara och direkta kommunikationskanaler
- 6 Att ge anställningstrygghet

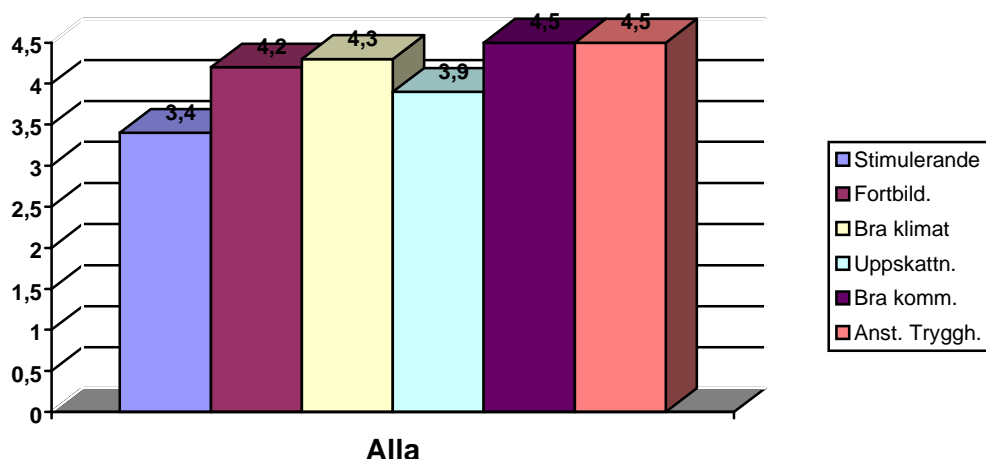
Resultaten redovisas inledningsvis för samtliga deltagare som ej har arbetsledande position eller uppgifter (n = 5152). Därefter undersöks skillnader mellan att ha en kommun eller ett landsting som arbetsgivare och mellan olika orter i landet samt effekter av några individuella skillnader (köns-, ålders- och utbildningsskillnader). Slutligen redovisas skillnader mellan anställda med olika anställningsform och arbetstid.



Figur 9:1 Anställdas skyldigheter (n = 7115) medelvärden.

Störst skyldighet upplever anställda att de har när det gäller att *vara en bra medlem i arbetsgruppen*. Det har man stor eller absolut skyldighet till. När det gäller övriga skyldigheter varierar svaren mer och majoriteten svarar att man har en viss skyldighet att *arbeta extratimmar, åta sig extraarbete utöver ordinarie arbetsuppgifter och att byta arbete inom arbetsplatsen*. Lägst skyldighet anser man sig ha att *acceptera förflyttning till annan ort*.

Medelvärdena är generellt högre när det gäller hur man uppfattar arbetsgivarens skyldigheter. Viktigast verkar det vara att arbetsgivaren ger *anställningstrygghet* och har *öppna, klara och direkta kommunikationskanaler*. Nästan lika viktigt tycks det vara att få *möjligheter till vidareutbildning och uppskattn* samt att arbetsgivaren skapar *ett bra arbetsklimat*. Lägsta värdet, som dock ligger relativt högt är att ha *stimulerande arbetsuppgifter*.



Figur 9:2. Arbetsgivarens skyldigheter medelvärden

Skillnader mellan kommun/landstingsanställda samt orter i landet

Skillnaderna mellan hur anställda vid kommuner (n = 3486) och landsting (n=1666) ser sina rättigheter och skyldigheter är ganska små. Svaren på de anställdas skyldigheter ligger mestadels på samma nivå och skiljer sig bara signifikant på en enda delfråga. Landstingsanställda tycker i något större utsträckning än kommunalanställda att man har skyldighet att acceptera förflyttning till annan ort. Beträffande arbetsgivarens skyldigheter tycks landstingsanställda generellt ha högre förväntningar. De har högre förväntningar på att arbetsgivaren ska erbjuda stimulerande arbetsuppgifter, möjlighet till fortbildning respektive öppna kommunikationskanaler jämfört med de kommunalanställda.

Skillnader mellan orter i landet är något större. Tabellen nedan visar medelvärden för samtliga frågor sammantaget d v s ett värde för anställdas skyldigheter och ett för arbetsgivarens skyldigheter. Återigen är endast personer som inte har chefsbefattning eller arbetsledande funktion medräknade.

Tabell 9:1. Anställdas och arbetsgivarens skyldigheter på olika orter samt skillnaden mellan dem (medelvärde och standardavvikelse)

	Anställda skyldigheter	Arbetsgivarens skyldigheter	Differens (b-a)
Bodens kommun	2,6	4,1	1,5
Sunderbyns sjukhus	2,7	4,3	1,6
Malungs kommun	2,5	4,0	1,5
Falun	2,7	4,1	1,4
Uppsala kommun	2,6	4,1	1,5
Uppsala landsting	2,7	4,1	1,4
Uppsala entreprenad	2,7	3,9	1,2
Blekinge landsting	2,7	4,2	1,5
Olofströms kommun	2,7	4,1	1,4
Lunds kommun	2,7	4,3	1,5
Lunds psykiatri	2,7	4,1	1,4

Medelvärdet för anställdas skyldigheter varierar mellan 2,5 och 2,7. Malungs kommun har lägst värde (2,5) och skiljer sig signifikant från en rad orter med högsta värde 2,7.

Medelvärdena för synen på arbetsgivarens skyldigheter varierar mera (3,9 – 4,3). Uppsala Entreprenad har lägsta värdet här (3,9) och Lunds kommun och Sunderby sjukhus i Norrbotten har högsta värden (4,3).

Skillnaden mellan hur anställda ser sina egna skyldigheter och arbetsgivarens kan vara en indikator på hur nöjda eller missnöjda personalen är med balansen i de psykologiska kontrakten. Gemensamt för alla är att ha ett högre värde på arbetsgivarens skyldigheter än på anställdas, men stora avvikelser kan vara en indikator på obalans eller missnöje. Sunderbyns sjukhus i Norrbotten, Lunds kommun redovisar största skillnader medan Uppsala Entreprenad har minst skillnad mellan synen på arbetsgivarens respektive anställdas ansvar.

Köns-, ålders- och utbildningsskillnader

Variationerna i värden påverkas sannolikt också av individskillnader. Nedan redovisas därför skillnader mellan män och kvinnor, mellan yngre och äldre och mellan personer med olika utbildningsnivå när det gäller hur man ser på anställdas och arbetsgivarens ansvar och skyldigheter.

Tabell 9:2 Köns- ålders och utbildnings skillnader i synen på anställdas och arbetsgivares rättigheter

	Anställdas skyldigheter	Arbetsgivarens skyldigheter	
Kön			
Kvinnor	2,7	4,2	
Män	2,7	4,0	F=26,0***
Ålder			
- 44	2,6	4,2	
45-	2,7	4,1	F=16,6
Utbildning			
Grundskola	2,7	4,0	
Gymnasium	2,7	4,1	
Högskola/univ.	2,7	4,2	F=52,6

Tabellen visar att kvinnor har ett högre medelvärde i synen på arbetsgivarens skyldigheter. Det betyder att offentligt anställda kvinnor i allmänhet har högre förväntningar på utbyte av arbetet än männen. De har högre värden på samtliga delfrågor men värdesätter framförallt klara och direkta kommunikationskanaler och anställningstrygghet. Resultaten när det gäller synen på anställdas skyldigheter är mer blandade. Männen tycker det är viktigare än kvinnorna att ställa upp och jobba extra timmar. Kvinnorna har högre värden när det gällde betydelsen av att vara en bra medlem i arbetsgruppen.

De åldersskillnader som avspeglas i tabellen är att äldre personer har ett högre genomsnittsvärde för anställdas skyldigheter och ett lägre för arbetsgivarens skyldigheter. Det innebär att äldre anställda känner större ansvar för arbetet. Framförallt när det gäller att acceptera förflyttning, göra extra uppgifter och arbeta övertid är skillnaderna relativt stora. Samtidigt har de äldre i något mindre utsträckning förväntningar på att arbetsgivaren ska erbjuda vidareutbildning, ge uppskattning för arbetet och ha klara och direkta kommunikationskanaler.

Utbildningsnivå slutligen tycks ha betydelse framförallt i synen på arbetsgivarens skyldigheter. Högre utbildning tycks sammanhålla med större förväntningar beträffande fortbildning, uppskattning och kommunikationer.

Anställningstid och anställningstrygghet

Teorier om psykologiska kontrakt antar att anställningstid och anställningskontrakt har betydelse för de ansvarigas förväntningar. Ju längre man varit anställd och ju högre grad av anställningstrygghet desto högre värden kan man förvänta sig både beträffande hur anställda ser sina egna skyldigheter och vad man förväntar sig i utbyte. En analys av de anställda i HAKuL-studien där ålder, kön och utbildning hölls konstanta visade att det framförallt var veckoarbetstiden som hade betydelse för att förklara variationen i synen på anställdas skyldigheter. Heltidsanställda kände större ansvar framförallt när det gällde att acceptera byte av arbete eller arbetsuppgifter och att arbeta extra timmar.

Beträffande synen på arbetsgivarens skyldigheter var resultaten helt i enlighet med våra förväntningar. Det innebär att både längre anställningstid, tillsvidareanställning och heltidsarbete hade ett samband med högre förväntningar på arbetsgivaren. Fast anställda och vikarier var lika men skilde sig från andra anställningsformer

Samband med andra arbetsförhållanden

Det är rimligt att anta att synen på anställdas och arbetsgivare rättigheter och skyldigheter borde avspeglas också i svaren på frågor om andra upplevelser av den psykosociala arbetsmiljön. Tidigare forskning har inte redovisat några tydliga resultat utan här finns många obesvarade frågor.

Om vi tittar närmare på samband mellan de anställdas syn på arbetsgivarens och anställdas skyldigheter och andra faktorer visar det sig att mönstret ser något olika ut beroende på om det är anställdas eller arbetsgivarens skyldigheter man värderar. Hur anställdas skyldigheter bedöms visar sig exempelvis ha ett samband med hur man uppfattar stämningen på arbetsplatsen. Det innebär att ett bra klimat på arbetsplatsen gör de anställda mer benägna att ta ansvar i arbetet. De som trivs med arbetskamrater och överordnade tycker alltså generellt att de har större skyldigheter som anställda. Frågorna om fungerande ledarskap visar sig också viktiga i detta sammanhang. Om man upplever ledarskapet från chefer och politiker som väl fungerande tycks man också benägen att ta större ansvar. Högsta sambandet finns med förtroende för den närmaste chefen.

När det gäller synen på arbetsgivarens skyldigheter så finns positiva samband med upplevelse av stimulans, kontroll och skicklighet i arbetet. Beträffande synen på ledningen så är sambandet negativt vilket innebär att ett lågt förtroende för ledningen sammanhänger med högre krav på ansvar och skyldigheter från arbetsgivarsidan. I Olofström är det framförallt frågan om politikernas ledarskap som har betydelse. Det innebär att anställda som upplever att politikernas ledarskap fungerar sämre har högre förväntningar på arbetsgivarens skyldigheter.

Exemplet Olofström

Förväntningar och rättigheter och skyldigheter har man dels i förhållande till organisationen eller företaget som helhet. Det kan då gälla generella löften och utfästelser som mer eller mindre tydligt uppfattas av den anställda t ex om rutiner för löneförhandlingar, hur ofta man får högre lön och varför. Men framförallt kanske den anställdes förväntningar riktas mot den närmaste arbetsledaren som kan förväntas ha en klarare bild av varje anställd och hans eller hennes kunskaper och behov. På den lokala nivån kan därför skillnaderna förväntas bli större och spridningen i svaren likaså.

Vi har valt en kommun som exempel och visar dels de anställdas syn på arbetsgivarens och den anställdas skyldigheter för *hela kommunen* och vidare uppdelat på *förvaltningar* och slutligen på några *arbetsplatser*. I samtliga tabeller har vi tagit bort chefer och arbetsledare för att ge de anställdas perspektiv ($n = 742$). I Olofströms kommun har personalen liknande åsikter om rättigheter och skyldigheter som andra offentliganställda. Överlägset viktigast bland anställdas skyldigheter är att vara en bra medlem i arbetsgruppen och rangordningen bland de övriga rättigheterna är likadan som i andra kommuner och landsting. Små skillnader visar att anställda i Olofströms kommun ser det som en skyldighet att acceptera förflyttning och byte av arbete och att arbeta extra timmar men skillnaderna är små. Beträffande arbetsgivarens skyldigheter är likheterna ännu större.

Tabell 9:3 nedan visar resultaten uppdelat på fyra olika förvaltningar inom Olofströms kommun: administration och kommunledning, teknisk- och miljöförvaltningen, utbildningsförvaltningen och slutligen omsorgsförvaltningen (äldre och handikappade). Sammanslagningarna har gjorts för att reducera antalet grupper.

Tabellen visar relativt små skillnader beträffande anställdas skyldigheter. Här skiljer sig medelvärdena signifikant endast på en delfråga. Det är frågan om skyldigheten att acceptera förflyttning till annan ort där administrativ personal och personal inom omsorgerna i högre utsträckning än övriga förvaltningar anser att detta är rimligt. I nedre delen av tabellen framgår att skillnaderna är större mellan förvaltningarna när det gäller synen på arbetsgivarens skyldigheter. Det generella mönstret är att tekniska och miljöförvaltningarna har lägre förväntningar än övriga förvaltningar både beträffande stimulerande arbetsuppgifter, möjligheter till fortbildning, uppskattning i arbetet, öppen kommunikation och anställningstrygghet. Personal inom äldre och handikappomsorg har lägre förväntningar än utbildningsförvaltningen beträffande stimulerande arbetsuppgifter och fortbildning. Eftersom det finns relativt stora köns- och utbildningsskillnader mellan de anställda i olika förvaltningar så kontrollerades dessa i en separat analys för att undersöka om skillnaderna mellan förvaltningar enbart kunde förklaras av könsskillnader. Resultatet visade att förvaltningstillhörighet hade en svag effekt på hur anställdas skyldigheter värderades även när övriga faktorer kontrollerades. För värderingen av arbetsgivarens skyldigheter var det ett samspel mellan förvaltning och utbildning respektive förvaltning och kön som var avgörande.

Tabell 9:3 Skyldigheter uppdelat på förvaltningar inom Olofströms kommun

	Adm N=19	Tekn + miljö N=79	Utbildning N=390	Omsorg N=252	Totalt
Anställdas skyldigheter Index	3,1	2,8	2,7	2,7	2,7
Att acceptera förflyttning till annan ort om arbetsgivaren ser det som nödvändigt	1,9	1,7	1,6	1,8	1,7
Att acceptera ett byte av arbete inom arbetsplatsen	2,7	2,7	2,6	2,6	2,6
Att vara en bra medlem i arbetsgruppen	4,2	4,1	4,3	4,2	4,2
Att frivilligt åta sig extraarbete utöver ordinarie arbetsuppgifter	2,8	2,4	2,3	2,4	2,3
Att arbeta extra timmar om det krävs för att klara arbetet	3,6	3,1	2,9	2,8	2,9
Arbetsgivarens skyldigheter: Index	4,1	3,8	4,2	4,1	4,1
Att erbjuda stimulerande arbetsuppgifter	3,8	3,1	3,5	3,3	3,4
Att ge möjligheter till fortbildning	4,2	3,5	4,4	4,0	4,2
Att skapa ett bra arbetsklimat	4,3	4,1	4,3	4,3	4,3
Att ge uppskattning för mitt arbete	3,8	3,6	4,1	3,9	3,9
Att ha öppna, klara och direkta kommunikationskanaler	4,4	4,1	4,5	4,5	4,5
Att ge anställningstrygghet	4,3	4,2	4,5	4,5	4,4

Siffror i fet stil anger statistiskt signifikanta skillnader (F-värde) mellan förvaltningarna

Eftersom förvaltningsindelningen ger en relativt grov indelning som i sig omfattar många olika arbetsplatser och chefer på olika nivåer så gjordes slutligen ett försök att undersöka skillnader mellan arbetsplatser för att få fram om de psykologiska kontrakten skiljer sig åt och om de varierar mera på denna nivå. Här delades utbildningsförvaltningens personal in i förskollärare (n= 134) respektive grundskollärare (n=217) och jämfördes med personalen på servicehuset (n=93). Resultaten framgår av tabellen nedan.

Tabell 9:4 Skyldigheter uppdelat på några arbetsplatser inom Olofströms kommun

	Medelvärde				
	Förskola	Grundskola	Servicehus	Totalt	
Anställdas skyldigheter Index	2,8	2,7	2,8	2,8	
Att acceptera förflyttning till annan ort om arbetsgivaren ser det som nödvändigt	1,7	1,6	1,9	1,7	
Att acceptera ett byte av arbete inom arbetsplatsen	2,9	2,4	2,6	2,6	
Att vara en bra medlem i arbetsgruppen	4,5	4,1	4,2	4,3	
Att frivilligt åta sig extraarbete utöver ordinarie arbetsuppgifter	2,2	2,4	2,4	2,3	
Att arbeta extra timmar för att klara arbetet	2,7	3,0	3,0	2,9	
Arbetsgivarens skyldigheter: Index	4,2	4,2	4,0	4,2	
Att erbjuda stimulerande arbetsuppgifter	3,6	3,4	3,2	3,4	
Att ge möjligheter till fortbildning	4,3	4,4	3,8	4,3	
Att skapa ett bra arbetsklimat	4,3	4,3	4,2	4,3	e s
Att ge uppskattning för mitt arbete	4,1	4,1	3,9	4,1	e s
Att ha öppna, klara och direkta kom. kanaler	4,5	4,5	4,4	4,5	e s
Att ge anställningstrygghet	4,6	4,4	4,4	4,5	e s

Siffror i fet stil anger statistiskt signifikanta skillnader (F-värde)

Av tabellen framgår att det framförallt finns signifikanta skillnader som rör synen på arbetsgivarens skyldigheter. Ett genomgående mönster är att personalen på servicehuset har de lägsta värdena, lägre än såväl förskolans som grundskolans personal. Beträffande synen på anställdas skyldigheter är emellertid tendenserna inte lika samstämmiga och variationen mellan delfrågorna är större. På servicehuset kan man lättare acceptera förflyttning till annan ort om det är nödvändigt medan personalen på förskolan har högsta värdena när det gäller att acceptera ett byte av arbete inom arbetsplatsen och att vara en bra medlem i arbetsgruppen. Både på grundskolorna och på servicehuset ser man det som viktigare än i förskolan att ställa upp och arbeta extra om det är nödvändigt.

Sammanfattning och slutsatser

Begreppet psykologiska kontrakt handlar om ansvar och skyldigheter i relationen mellan anställda och ledning på arbetsplatsen. Syftet med att fråga om detta i HAKuL är att försöka fånga upp vilken betydelse det har för personalens trivsel och på längre sikt också om det har någon betydelse för personalens hälsa. Detta avsnitt ger en introduktion om begreppet och prövar hur frågorna fungerar bland personal i kommuner och landsting. Slutsatsen är att skillnaderna inte är så stora om man jämför på en hög nivå, d v s på kommun och landstingsnivå men att skillnaderna blir större och mer betydelsefulla när man tittar på arbetsplatser i en enskild kommun. En annan viktig slutsats är att personalens förtroende och tillit till chefer och politiker hänger nära samman med hur man ser sitt eget och ledningens ansvar och skyldigheter. Likaså finns ett samband med trivsel och klimat på arbetsplatsen.

Avsnitt 10

Närande och tärande – en kvalitativ intervjustudie om krav, stimulans och individens förhållande till organisation

Detta kapitel skiljer sig från de övriga i denna rapport eftersom det inte är baserat på enkätundersökningen i HAKuL-projektet utan på ett mindre antal intervjuer med anställda inom kommun och landsting. Det kan ses som ett åskådliggörande av och exempel på vad de enkätdata som presenteras avspeglar, hur det kan se ut i det individuella fallet ”i verkligheten”. Syftet med intervjuerna var att försöka visa vad som uppfattas som belastande respektive motiverande faktorer i vårdarbete och även att sätta detta i relation till organisation och ledning.

Flera studier har under senare tid visat att arbetsbelastningen i förhållande till möjlighet till inflytande ökat under senare delen av 1990-talet, i synnerhet inom kommun och landsting. Detta tillsammans med det ökande antalet långtidssjukskrivna har lett till ett ökat behov av och intresse för att studera arbetsmiljön inom vården. Den teoretiska utgångspunkten för denna del av projektet utgår från tre centrala begrepp inom arbetsmiljöforskningen, krav, stimulans och det psykologiska kontraktet. Det senare beskrivs mer ingående i föregående avsnitt.

Krav och stimulans i kombination med inflytande i arbetet har i termer av den s.k. krav-kontroll modellen haft mycket stor genomslagskraft inom forskning kring arbetsmiljö och hälsa. Höga krav och lågt beslutsutrymme har i en lång rad studier visat sig ha negativa effekter på hälsa, framförallt när det gäller hjärt- och kärl-sjukdomar men också symptom från rygg / nacke och psykisk ohälsa. Modellen som genererat omfattande empirisk forskning har också blivit ifrågasatt, bl.a. för att inte vara lika relevant för kvinnor som för män eller yrkeskategorier som arbetar med människor. I MOA-projektet kunde man visa att modellen är lika giltig för män som för kvinnor men också att de tre dimensionerna krav, stimulans och påverkansmöjligheter i hög grad interagerar med varandra, i synnerhet gäller detta för vårdpersonal eftersom kraven i arbetet ökat särskilt mycket för denna kategori. Den ökade tidspressen gör att de aspekter av arbetet som tidigare upplevdes som kognitivt och emotionellt stimulerande i stället kan upplevas som en belastning. Detta bör ses som en allvarlig signal eftersom en givande kontakt med patienter/boende och möjligheter att få använda sin yrkeserfarenhet och göra ett bra arbete är en mycket stor del av motivationen i vårdarbete.

Det flertal varningssignaler som höjts angående vårdens arbetsmiljö gör att det finns anledning att fråga sig om det är svårare att få till stånd en god psykosociala arbetsmiljö inom den offentliga sektorn. Förhållandet mellan individens arbetssituation och det organisatoriska sammanhanget är ett område som hittills är förhållandevis lite undersökt. Forskning som anknyter till det psykologiska kontraktet mellan arbetsgivare och den anställde tangerar detta område. Tidigare forskning kring ämnet tenderade att fokusera på individens benägenhet till lojalitet med organisationen, alltså vilka åtaganden och förpliktelser individen var beredd till. Under senare år har också organisationens roll och ömsesidigheten i relationen betonats. En stödande organisation påverkar i hög grad individens vilja till insatser och identifikation med

organisationens övergripande mål. En organisation som å andra sidan inte lever upp till de anställdas förväntningar kan ge upphov till minskad arbetslust och känsla av maktlöshet.

Utmärkande för modernt arbetsliv är att stabiliteten i de psykologiska kontrakten har minskat, delvis på grund av organisationsförändringar och en högre andel icke fast anställda. Detta gäller i hög grad den offentliga sektorn där 1990-talets ekonomiska nedskärningar och omorganisationer skapat en ökad otrygghet och misstro gentemot organisationens ”goda vilja”. Den offentliga sektorns relativt försvagade ställning kan också minska de anställdas tilltro till organisationens förmåga att både bedriva en bra verksamhet och vara en bra arbetsgivare. Offentliga organisationer är ju dessutom politiskt styrda vilket gör att de offentliga arbetsgivarna faktiskt har ett reducerat inflytande.

Individens känsla av tillhörighet och bindning kan hänföras till olika nivåer i organisationen, vara olika stark och ha olika räckvidd över tid. Det gemensamma och delvis utmärkande för vårdpersonal är också förekomsten av en tredje part, patienter eller boende, med vilka också finns ett ”psykologiskt kontrakt”. Lojaliteten med patienter eller boende kan medföra ett accepterande av en alltför belastande arbetssituation.

Syfte, metod och urval

I syfte att belysa vilka faktorer som ”gör det roliga tråkigt”, vilka delar av arbetet som upplevs som motiverande och till vilka nivåer i organisationer det finns lojalitet respektive misstro, fann vi det mest lämpligt att genomföra en kvalitativ studie. Fördelen med en sådan är att det i intervjuens form är möjligt att utforska mer okända företeelser och förhållanden som det mer trubbiga enkätverktyget inte kan fånga. Nackdelen är svårigheten att generalisera till hela grupper. I en kvalitativ studie är det emellertid inte så viktigt hur många i urvalet som säger det ena eller det andra, där kan en enkätundersökning av ett större urval ge bättre svar. Vad som i stället är väsentligt är *vad* som sägs och *hur*. Verksamhet i såväl kommun som landsting är olika organiserad i olika delar av Sverige. Syftet med denna studie var inte att identifiera samband med olika organisationstypers effekter på den psykosociala arbetsmiljön. Det är emellertid möjligt att vissa kännetecknande drag i dessa organisationer är gemensamma trots lokala särdrag.

Intervjun var förhållandevis ostrukturerad och öppen och intervjupersonen kunde själv prata och associera relativt fritt. Strukturen bestod av de tre huvudtemana; krav, stimulans och förhållande till organisation och ledning. Det var intervjuarens uppgift att se till att de olika områdena täcktes men mängden information kunde naturligtvis variera från person till person.

Sammanlagt genomfördes 17 intervjuer av en erfaren beteendevetare under våren, sommaren och hösten år 2000. 10 av dessa intervjuer gjordes med anställda inom primärvården inom landstinget och 7 intervjuer med anställda inom kommunen, 14 kvinnor och 3 män. Av dessa 17 hade fem ledande befattningar med personalansvar. Fördelningen mellan de med kortare utbildning, vårdbiträden och undersköterskor och de med medellång eller längre utbildning, framförallt sköterskor, paramedicinsk personal och läkare var jämn. Medelåldern var 48 år och varierade mellan 38 till 56 år.

För att det inte ska vara möjligt att identifiera enskilda intervjupersoner har beskrivningen av yrkes- och sektortillhörighet och arbetsplats modifierats eller utelämnats, dock utan att själva betydelsen i utsagan påverkats. Urvalet styrdes av att intervjupersonerna skulle ha förhållandevis lång erfarenhet av sitt arbete så att de skulle kunna göra jämförelser bakåt i tiden. Av praktiska skäl var det arbetsledaren på den aktuella platsen som föreslog tänkbara

intervjupersoner. Innan detta skedde blev de uttryckligen uppmanade att välja personer som kunde tänkas trivas både bra och dåligt med sin arbetssituation. Verksamheten på de olika arbetsplatserna skiljer sig åt avsevärt, allt från att i huvudsak ägna sig åt barnavård i öppenvården till att vårda äldre i eget boende. Bortsett från de personer som har chefsansvar är det gemensamma för intervjupersonerna att själva arbetsobjektet utgörs av antingen patienter eller boende.

Krav

Eftersom de personer som intervjuats har olika yrken och förutsättningar i sina arbeten är naturligtvis också kraven i arbetet varierande. Ett gemensamt drag är emellertid att praktiskt taget alla tar upp det påfrestande i att under en relativt lång tid behövt anpassa sig till organisatoriska förändringar. Detta innebär inte att alla har en genomgående negativ inställning till de förändringar som skett även om en märkbar förändringströtthet råder.

En faktor som definitivt inverkar negativt på arbetsmiljön är att arbetsgruppen ofta inte är fulltalig. Bristen kan antingen vara förorsakad av att det finns vakanser eller att flera i personalgruppen är sjuka. Erfarenheterna av den ökade sjukfrånvaron varierade mellan de olika arbetsställena men på de ställen där det förekom ställde det tveklöst ökade krav på de som var friska. I första hand för att de var tvungna att utföra mer arbete men flera vittnade också om sjukfrånvaron som en potentiell konflikthärd. Även om man förstår att en arbetskamrat gång efter annan eller under längre period faktiskt är sjuk kan det vara svårt att inte bli irriterad och att spänningen ökar i personalgruppen. Detta förstärks naturligtvis av bristen på vikarier men även att återkommande sätta in nya personer i arbetet ökar arbetsbördan. En undersköterska uttrycker hur påfrestande detta kan kännas;

”Det är det som har varit jobbigt, att vi har haft så mycket folk som har varit sjuka och som har slutat. .../... man skulle vilja få det hela lite mer stabilt. För vi har nödlösningar precis hela tiden, det är det som är så jobbigt. Nu har vi en undersköterska som har varit sjukskriven ett drygt halvår och då är det en annan som går för henne. Hon ska bara jobba till sommaren, sen ska inte hon komma tillbaka något mer. Då är vi där igen. Kommer hon som är sjukskriven tillbaka eller kommer det nån ny igen. Så är det hela tiden, obesvarade frågor..... Då känns det för mig som undersköterska extra tungt, jag har ingen arbetskompis att bolla mina saker emot. Det är samma sak med sekreterargruppen och sjuksköterskegruppen. Sjuksköterskorna har det också så att folk kommer och går...../.....då blir det här, då ska man leta efter nån ny igen och det blir tillfälliga lösningar hela tiden. Det är sånt som tär på en, när man inte är en fungerande arbetsstab. För då är det alltid det här att det kommer nån ny och innan det har satt sig är det dags för den att sluta, och så håller man på så där. Det har varit tråkigt tycker jag, att det varit så. Då får man dra ett extra tungt lass eftersom då är det bara en som kan och vet allting, fast man egentligen inte vill det. Ingen annan kan hjälpa mig i den rollen.”

Å den andra sidan kan sjukfrånvaron också leda till en ökad medvetenhet om hur man ska ta vara på sig själv och undvika kommande sjukskrivningar;

”Vi har ju haft utbrända kollegor omkring oss och vi har haft, förra våren, en utbränd kollega som har arbetstränat och som nu jobbar halvtid här och det har varit nyttigt att lära sig och se hur svårt det är att komma tillbaka och hur onödigt det var att man överhuvudtaget blev så totalt nedgången när det egentligen inte fanns någon anledning till det. Då bestämde vi oss att det är mycket bättre att vi jobbar 80% och orkar än att vi skall jobba 150% och falla bort sedan, för det finns ju inga vikarier eller ersättare att få tag i princip. Vi har haft mycket diskussioner sista året eftersom det har varit nära till hands, det tycker jag har varit

jätteviktiga diskussioner för att vi måste rädda vårt eget skinn. Vi kan inte begära att någon annan skall komma hit och förlösa oss.”

Bägge ovanstående citat tar upp svårigheten att rekrytera personal. Det är ett tema som återkommer i flera av intervjuerna och som kan väcka ganska starka känslor. Bristen på attraktionskraft hos flertalet vårdyrken kan göra att de som är kvar kan känna sig utelämnade, både för att de inte kan få undsättning och för att de själva arbetar kvar inom ett område som många andra ratar. Den på många håll svåra personalsituationen innebär alltså ökade krav i det vardagliga arbetet men anknyter också i hög grad till vilken status man har i samhället. På detta sätt förmedlas faktorer som är beroende av arbetsmarknad och vårdens position i samhället till den konkreta arbetsmiljön.

Stimulans

Utan tvekan är patienter och boende den största källan till vad som uppfattas som stimulerande i arbetet. Listan av exemplifierande citat skulle kunna göras mycket lång men här presenteras ett litet urval;

”Jag tycker att mina patienter är väldigt fina att ha och göra med och jag trivs ju jättebra med dem. Det känns ju, ja det är ju där man hämtar sin energi och kraft mycket.”

”Det är ge och ta. De litar på mig och jag litar på dem och man känner att de hör av sig när de verkligen behöver stöd och hjälp och de har förtroende för en. .../.... Folk är glada och tacksamma och berättar – ”tänk som tur att du har hjälp mig för annars hade jag aldrig klarat av det jag har gjort”. Man känner sig ju inte onödig utan man känner ju att man gör en viktig grej, eller ja, varenda dag gör man viktiga grejer som betyder något för människor. Det var väl det jag ville från början./..... Jag kan vara lite, inte skådespelare, men jag kan få leva ut väldigt mycket av mig själv. Det tror jag också har gett mig kraft under årens lopp. Det har gett också feed-back och positivt tillbaka.”

” Vi gör nog väldigt mycket för kvinnornas skull, det är en lång tid man ses, en relation får man till alla, ofta en djup..../....det betyder; oerhört mycket, det är ju det som är vår lön, landstinget får vi inte så mycket av.”

”Jag trivs jättebra! Det är bra sammanhållning med arbetskamrater, vi samarbetar och arbetar på samma sätt och trivs med pensionärerna. Det är ett roligt jobb!”

Stimulans och krav

Som framgår av inledningen pekar resultat från bl.a. MOA-projektet att stimulansen och kraven i arbetet kan gå hand i hand så att det blir svårt att särskilja det ena från det andra. Framförallt var det tidspressen som gjorde att användande av viss positiv och viktig kompetens upplevdes som en påfrestning. Följande citat åskådliggör detta tydligt;

”Det är det som tjusningen här då, att det är allt från väldigt enkelt till att det är det svåraste som man kan ha hand om. Det är den första och sista vårdinstans brukar jag säga. När ingen kan någonting då är det vi som får ta över. Det kräver ju rätt mycket, det är oerhört, ja det är en utmaning. Då kan man bli lite trött ibland när man inte har tid, vilket väl har fallet nu de sista åren. Man känner sig så fruktansvärt inklämd mellan minuterna och mer och mer skall göras på den där kvarten eller halvtimmen som jag satt upp”.

”Bristen på tid och resurser skapar en ny relation mellan den kompetens man har och vad man får använda i sitt arbete. För att få drägligare villkor måste man sätta ett tak, på sätt och vis göra ett sämre jobb än vad man egentligen kan göra vilket kräver nya anpassningsstrategier.

Det är då den här klämningen och särskilt sista åren där när det har varit liksom extra trångt överallt. Det har ju då har det ju varit alldeles bedrövligt kan man ju säga, för att dels att vi har inte hunnit inrätta oss efter att vi måste säga nej. Vi vet att vi kan men vi tycker att vi borde göra det men det har inte riktigt blivit en jämnvikt mellan möjligheter och tillgängliga resurser. Det är väl där vi finns just nu att vi har insett att man måste liksom få de som bestämmer att ta någon slags ställning, hur mycket skall en husläkare i det här landstinget ha hand om. Får vi resurser för nivå A, då kan vi ju sköta nivå A men då kan man inte begära att vi skall göra nivå D. Det är vi själva också som sätter för mycket krav på oss. Då är det också jobbigt att de människorna de känner jag ju. De ringer och säger ”hej, kan du hjälpa mig” och jag vet ju precis att det kan jag ju. Då är det väldigt svårt att säga ”nej, ursäkta men nu kan inte jag ge dig någon tid”. .../.... Ja, vi kan inte göra ett bättre jobb. Jag tror att det är det som är problemet. Sjukvården har inte råd att göra allt vad som kan göras. Alla doktorer måste göra ett sämre jobb. ja vi försöker att ta vara på resurserna bra men det är ju i alla fall svåra frågor att man måste göra sämre. Men det kanske inte är sämre om man inte alltid skall göra det bästa. Jag tror inte att vi känner oss att vi gör ett dåligt jobb, det tror jag ändå inte, men man måste kunna släppa det här att man skall göra allting liksom perfekt enligt något protokoll, den världen existerar inte hos oss”.

Ovanstående citat är hämtat från en intervju med en läkare inom landstinget men motsvarande återkommer också i intervjuer med personal inom äldreomsorgen. Den kunskap och erfarenhet om vad som är viktigt för de äldre man skaffat under många år kan plötsligt på grund av organisatoriska förhållanden vara irrelevant.

”Det som var jättebra för 5 år sedan är inte det idag. Det har alltid sagts att kontinuitet för de gamla, det är det viktigaste som finns. Vi fick inte ta ledigt från den 15 december till den 15 januari, för att över julen var det extremt viktigt att det skulle vara samma gamla vana ansikten. Numera är det inte det längre för nu bryr sig inte de gamla sig så mycket om det, nu kan de träffa hur mycket folk som helst utan att det bekommer. Det fick vi höra på en studiedag vi hade i våras någon gång..../...De sade väl inte det direkt, men det kunde inte tolkas på något annat sätt tyckte jag.”

Flera som arbetar i äldreomsorgen tog upp hur kvalitén på vården var beroende av denna kontinuitet har för de äldre. I detta fall var möjligheten att använda sin kompetens på ett bra sätt ett ämne som direkt kunde kopplas till organisationen och ledningen.

Förhållande till organisation och ledning (och samhället)

Ett allmänt intryck från intervjuerna är att det inte råder någon stark positiv känsla av stolthet över att arbeta i vare sig kommun eller landsting. Om man talar i termer av ”psykologiskt kontrakt” förefaller det som om förhållandet till organisation och arbetsgivare ofta är ganska svagt och diffust. Många gånger råder tveksamheter om vilken roll politikerna egentligen spelar. De frekventa organisationsförändringarna och neddragningarna har skapat en återhållsamhet och brist på tilltro oavsett om man känner sig neutral eller besviken. De stora förändringar som skett har i första hand varit betingade av ett behov av att spara pengar. I andra hand har en mängd smärre förändringar genomförts i syfte att åtgärda mer lokala problem. Expeditioner kan exempelvis flyttas till olika delar av byggnader och vissa persongrupper byta organisatorisk hemvist. Dessa förändringar har många gånger varit dåligt förankrade hos alla personalkategorier och ger med tiden som perspektiv intryck av att vara s.k. akutstyrda. Tyvärr förefaller de förändringar som utgått från själva verksamhetens behov mindre vanliga.

”Det fanns ingen faktiskt som brydde sig om det, det kunde ha gått precis hur som helst. Tack vare att de var väldigt ambitiösa, alla som jobbade här ville ändå göra det bra, vi såg ju liksom uppgiften. Vi skulle sköta det här men sedan kanske det omkring, det kanske inte var det viktigaste..../. Bara tanken att man inte frågar en enda människa utan bara gjorde det, det fullständigt obegripligt för mig. Jag skiter i det, det är så länge sedan, det är helt ointressant. Sedan blev det också chefsöverläkarreformen efter ett tag. Då skulle det vara en chefsöverläkare på varje enhet och förut var det en distriktsöverläkare hade hand om 4 vårdcentraler varav vi var en, det var då det inte var någon ordning. Vi fick sköta allt medan distriktsöverläkaren satt där någonstans och tog åt sig äran för att det var så bra, men som aldrig någonsin var här och brydde sig, det var väl det som var felet kan man säga.

Inom såväl kommun som landsting kan sägas att det ofta finns ett betydande avstånd mellan de anställda och ledningen. Också mellan olika yrkeskategorier kan det finnas avstånd och bristande kunskap och inlevelse i hur andra har det. Det ofta rent fysiska avståndet skapar i sin tur problem med kommunikationen.

”chefen är på ett annat ställe, vi ser inte till henne, aldrig. Det är meningen att det ska vara nån gång per år men det har inte blivit så, det är ett stort område”
i samma andetag uttrycks också en förståelse för varför det är så;
”nästan ogörligt för en stackars människa, det är en rätt så omöjlig tjänst”.

Avstånden skapar en känsla av att inte vara sedd. Detta är speciellt tydligt inom äldreomsorgen där de gamlas undangömda position i samhället återspeglas i personalens upplevelse av sin arbetssituation. Man har till uppgift att värna om en kategori som i allt mindre utsträckning får möjlighet att komma utanför hemmets väggar med mycket begränsade möjligheter att själva komma till tals. Trots hindren tycker flertalet att de gör ett bra jobb och en stor insats. Äldrevårdens ibland dåliga rykte gör att man vill visa vad man gör. En undersköterska uttryckte;

”Många gånger skulle jag vilja sätta upp en videokamera här och spela in vad vi gör och visa dom där ute. Jag skulle vilja berätta hur det är här, men ingen är ju intresserad!”

Känslan av att inte vara sedd hänger också i många fall ihop med att inte vara tillräckligt betald, i synnerhet bland dem med de lägsta lönerna. I flera fall jämför man sin egen lönenivå med andra grupper. En undersköterska uttryckte en känsla av skam över att alla i hennes släkt och bland hennes vänner tjänar mer än hon. En annan i samma yrkeskategori jämför med sin man och tror också att lönen är lösningen på personalbristen, vilket flera andra också tar upp;

”Under dom 25 år jag har jobbat så har jag ju ungefär samma lön som när jag började. Om jag tänker på min man, och när jag träffade honom. Hans löneutveckling är ju helt annorlunda. Och är det så att man nån gång ber om något extra för att man går här och sliter, man är ju alltid slut när man kommer hem. När man ber om en löneförhöjning så rör det sig om nån hundralapp och det kan jag lika gärna vara utan. Då blir man trött för man känner sig inte uppskattad lönemässigt, skulle inte jag vara gift skulle det inte gå. Har man inte en komplett familj så är det soc som få gå in och det är ju uruselt. Andra som hoppar rakt in på arbetsmarknaden kan tjäna tre gånger så mycket som jag i ingångslön. Men det har jag förstått på de undersköterskor som gått härifrån att det är där skon klämmer, att man inte får lön för det man gör. Dom skulle höja upp det där med sjukvården så kanske dom skulle få folk, för det är ju ett kul jobb.”

Förhållandet till politikerna, både landstings- och kommunpolitiker varierar. För en del intervjupersoner är de praktiskt taget icke existerande och helt fränskilda från verksamheten. Andra ser politikerna som sina reella arbetsgivare och de som faktiskt bestämmer ramarna och

delvis innehållet i verksamheten, även om avståndet ofta betonas. Det är få som tror att politikerna egentligen förstår hur verksamheten går till. Ett vårdbiträde som ser kommunpolitikerna som sin arbetsgivare uttrycker på fråga om sitt förhållande till dem;

Till kommungubbarna? Ja, de står inte högt i kurs hos mig, det gör de inte. Vi har ju kommunaldelsnämnden här också, det är ju de jag menar. Nej, de står inte högt i kurs det gör de inte...../..... Det sades ju från början att det skulle bli så bra med kommunaldelsnämnder därför att man kom ju så nära folket och vi skulle bli som en stor familj. I och för sig i början så kommer jag ihåg när jag bodde häruppe i backen då kunde man se dem utanför affären här och man kunde gå och prata med dem, men det var många år sedan. Nu ser man de aldrig, aldrig. Enda gången det är politiker här, det hände inför det sista valet faktiskt. Men aldrig förut så kom de aldrig upp här.../... Det presenterades av våra föreståndare här att, idag vid kaffet kl 2 kommer det upp två kommunpolitiker till varje avdelning och då har ni alla möjligheter att ställa frågor. Men de kan bara stanna i 20 minuter, brukar det heta jämt. Men vi ser till dem då intill valet alltså. 20 minuter vart 3:e år, och nu blir det vart 4:e år. Jag tycker inte att de bryr sig så mycket om det här överhuvudtaget.

Hur tycker Du att de ser på er som personal?

Hur de ser? Ja, det vet jag inte riktigt. Jag vet inte om de ser oss överhuvudtaget. Det är jag tveksam till. De är alltid så på studiedagar, som vi har 1 gång om året .../... Första gången vi hade det var 1984, det pratas en hel dag, personal och alla är med liksom. Vid varje sådant tillfälle så säger man att, det är så viktigt att vi för fram våra åsikter, vad vi tycker och vad vi tänker, hur vi vill ha det, hur vi ser på det. Det är ju i alla fall vi som är proffsen, det är vi som vet hur det är, de liksom vet ingenting, det är vi som skall bestämma. Men sedan 1984 har det inte hänt något, det liksom händer ingenting för sedan när vi kommer tillbaka hit igen, när det börjar rulla på, då är det som vanligt.

Ledarskap

De chefer på mellannivå som intervjuats (4 av 5) beskriver en på många sätt orimlig arbetssituation. Orimligheten kan bestå i att man har personalansvar för ett alltför stort personer eller att det inte finns tid avsatt för "chefsuppgifterna".

"Det är alltså ett bedrägeri att tro att man kan göra det på ingen tid, för det kan man inte. Det tycker jag var lite dåligt faktiskt, den där gången då för ett par år sedan. Det är dåligt ledarskap uppifrån. Man skall inte utsätta en människa för en sådan situation. Jag var väl för dum också och smickrad av att få ett sådant förtroende och så ställde jag upp..../...Det är absolut nödvändigt att man lägger in det här i schemat, att vara chef, annars går det inte. Men det har varit en så otroligt konstig inställning från landstinget från början i husläkeriet. Det skulle inte finnas någon chef alls på husläkarmottagningen, för varje husläkare skulle vara sin egen chef och ha ansvar för ½ sekreterare och ½ sköterska. Det var ju fullständigt en horribel idé. Det var ju så det började och i den andan fick vi liksom börja att vara chefer, utan att vi skulle ha någon tid för det .../...Det är en så naiv inställning så det är inte klokt. Tvärtom har det behövts mer och mer."

En annan mellanchefer bekymrar sig för hur hon ska kunna ha kontakt med det ca hundratalet utspridda personer hon har personalansvar för;

"Du har inte en chans att ha koll. Om du hade 10 som du ansvarar för så kan du ha mycket bättre pejl på hur de mår, du kan ha utvecklingssamtal, du kan hinna följa upp dem, du kan ha koll. Men på 100 personer har du inte koll. Du har inte koll på 50 personer heller hur de mår.

För vi försöker, vi har alldeles nyligen kommit igång, vi kom igång och sedan avstannade vi med utvecklingssamtal, för vi har inte hittat på hur i helsicke vi skall hinna med 100 st.”

”Så visst har det med en organisationsfråga att göra att man har så stora personalgrupper och det är ju nerskuret, personalgrupperna har ju blivit större, det är inte bara här, det är ju på alla ställen i hela landet tror jag. Man gjorde ju allting väldigt platt, men det är på väg att bli lite hierarkiskt igen bara för att det blir för stort, det blir för mycket.”

De personer med personalansvar som intervjuats uttrycker att de har stöd uppifrån från den högre ledningen men att arbetsuppgiften på många sätt inte riktigt är möjlig att utföra. Detta för med sig övertidsarbete, i vissa fall i mycket stor omfattning, och en gnagande känsla av otillräcklighet. Detta utgör naturligtvis en stor del av förklaringen till varför personalen inte riktigt känner sig bekräftade.

Hållbar arbetshälsa – en lång integrerad process

Samtliga intervjupersoner har lång erfarenhet av att arbeta i vården. Berättelserna om erfarenheterna i yrkeslivet skulle många gånger kunna heta ”höga berg och djupa dalar” eller ”mellan hopp och förtvivlan”. Ett långt lärande av erfarenheter där perioder av frustration och motgångar följs av en strävan efter att finna kraft och lösningar.

”Jag kan väl ändå känna att jag är rätt så tillfredsställd med livet så här långt. Det har varit jättejobbigt, du anar inte hur mycket ångest och hjärtklappning, verkligen bekymmer. Jag minns det var en period i början på 90-talet man tyckte varenda dag när man gick hem att nu är det sista dagen, nu går jag inte hit något mer. Så gick man hem och så har man sin familj och så vaknar man på morgon och känner att ok jag går väl dit en dag till. Så gick man hit igen. Så där har man hållit på. Jag vill inte på något sätt påstå att jag har haft det lätt.”

”.....men jag tycker att jag har lärt mig mer och mer, jag har i alla fall lärt mig av en del misstag som jag gjorde när jag var yngre. Då hade man inte riktigt lärt sig den professionella hållningen. Det är ju också viktigt att man känner att man går framåt och både utvecklas kunskapsmässigt, eller åtminstone att man känner att man vet hur man skall hjälpa folk på ett vettigt sätt och håller sig ajour med det som gäller.../...Jag minns det var en kollega som började på ett sådant här vidareutbildningsblock ganska samtidigt med mig och hon avbröt efter 3-4 månader, för hon var fullständigt förstörd av att liksom, hon klarade inte av att sätta gränser. Hon kände att det hennes uppgift att göra alla friska. Det är ju patientens sak att bli frisk, höll jag på att säga, jag ger ju vissa råd. För mig var det en sådan underbar upplevelse under tiden jag gick vidareutbildningen på psykiatrin, att det var ju inte jag som skulle göra det, de kom ju dit med alla möjliga bekymmer i sina liv och fruar och barn och mammor och pappor och alla som hade problem. Jag tänkte men gud vad kan man göra åt det. Då fick man ju stöd och handledning att du skall ju inte göra ett dugg, det är ju patienten som måste ändra på det här, du kan ju bara liksom stödja. Jag minns nästan känslan att oh, vilken tung ryggsäck som jag kunde ställa bort”.

Flera berättar om vilka strategier de hittat för att klara sig. Kollektivt i arbetsgruppen eller individuellt genom att ha lärt sig sätta gränser, säga ifrån eller modifiera de egna kraven. Återkommande är att jobbet egentligen är både stimulerande och meningsfullt men att det utförs i ganska stark motvind. Arbetets meningsfullhet bär ett tungt lass skulle man kunna säga.

Sammanfattning och kommentarer

Kapitlet är baserat på ett antal intervjuer med personal från olika yrkeskategorier inom kommun och landsting. Både personer med och utan personalansvar ingår i urvalet och samtliga har lång yrkeserfarenhet. Intervjuerna behandlade vad som uppfattas som stimulerande och krävande i arbetet och hur individen förhåller sig till olika delar av organisationen. Med vissa undantag kan man säga att de närande krafterna i regel ligger just ”nära”. Patienter och boende, men också goda relationer med arbetskamrater gör det dagliga arbetet meningsfullt och att man orkar med det som är påfrestande i arbetet. Naturligtvis kan det också vara så att det patienter/boende och arbetskamrater i vissa fall uppfattas som krävande men då oftast på grund av mer övergripande strukturella faktorer.

En stor källa till frustration är den brist på personal som uppstår både på grund av svårigheten att rekrytera nya och sjukfrånvaro bland befintlig personal. De frekventa ekonomiska nerdragningarna och organisationsförändringarna har bidragit till en stor förändringströtthet bland de anställda. Många har också en skeptisk inställning till att arbetssituationen går att förbättra. Förhållandet till organisation och ledning blir många gånger präglad av en känsla av avstånd och att inte vara sedd. Arbetsförhållandena för de mellanchefer som intervjuats bidrar till att brister i kommunikationen kan uppstå. Känslan av att inte vara sedd kan också knytas till samhälleliga faktorer och vårdens och omsorgens mer övergripande position och anseende. Trots påtagliga problem är det ändå så att de allra flesta som intervjuats trivs mycket bra med arbetet som sådant och gruppen som intervjuats hör ju också till de som orkat vara kvar under lång tid. Även om urvalet av de intervjuade därmed är lite speciellt, och inte heller representativt för all vård och omsorgspersonal går resultaten väl i linje med vad som visats i enkätstudien i HAKUL-projektet och också med vad andra studier visat.

Avsnitt 11

Primärprevention - Exemplet Boden

Bodens socialförvaltning har i dagsläget cirka 1200 personer anställda. 1997 genomfördes besparingar och 110 personer fick sluta sina anställningar. Under år 2000 genomfördes ytterligare besparingar, drygt 40 årsarbeten drogs in. Under 1997 var den genomsnittliga sjukfrånvaron 10 dagar, under 1998, 18 dagar och under 1999, 25 dagar.

Den rådande situationen avspeglade sig också i dagspressen.

”Bodens äldreboenden kan bli som fängelser” NSD 21/12 1999

”Vård av gamla och sjuka blir vanvård - Många protesterar mot sparförslag inom äldre- och handikappomsorg” NSD 10/1 2000

”Botten är nådd – Personalen ryter till mot politikerna” NSD 10/1 2000

”Socialförvaltningen i Boden fick hela 160 svar från personal och anhöriga på sitt hårt kritiserade sparförslag för socialnämnden” NSD 13/1 00

”Vi är överkörda” Sparförslag inom socialtjänsten kvarstår- kommunals medlemmar rasar” NSD 16/2 2000

”Anhöriga protesterar – Våra gamlingar skulle verkligen behöva fallskärmar” NSD 20/1 2000

För att bryta den dystra utvecklingen startade Bodens socialförvaltning ett offensivt utvecklingsarbete. Samtliga anställda i Socialförvaltningen i Boden deltar och syftet är att öka arbetslusten och stärka den hållbara arbetshälsan. Utvecklingsarbetet drivs av KOMANCO.

HAKuL-projektet i Boden

Utvecklingsarbetet kan delas in i två faser: en utbildningsfas och en genomförandefas. I avtalet mellan socialförvaltningen och KOMANCO står inskrivet att socialförvaltningen kommer att få en ekonomi i balans genom färre sjukskrivningsdagar. KOMANCO satsar tre miljoner i projektet och vid utebliven sänkt sjuklönekostnad står KOMANCO för hela kostnaden för utvecklingsarbetet. Socialförvaltningen har bildat en lokal projektledningen bestående av socialchefen, personalchef, företrädare för de fackliga organisationerna och representanter för företagshälsovården och försäkringskassan.

Nulägesanalys

Utvecklingsarbetet startade med att de anställda besvarade Karolinska Institutets enkät och att en nulägesanalys av arbetsförhållandena genomfördes.

Nulägesanalysen är en metod för att analysera behoven och förutsättningarna för organisations- och individutveckling. Metoden tar sin utgångspunkt i individernas subjektivitet genom att mäta de faktorer och värderingar som styr individens tolkning och upplevelse av en viss given situation och därmed ytterst individens handlingsförmåga.

Analysen undersöker tre områden:

1. Individens arbetssituation - enskilt och i grupp
2. Arbetslagets samarbetsförmåga och mognad
3. Arbetsuppgifterna i förhållande till krav och möjligheter

Analysen leder fram till en rapport där varje område redovisas. Rapporterna innehåller både övergripande sammanfattningar och fördjupande information om konkreta delar. Informationen sammanställs till en åskådlig bild som dels visar hur varje individ påverkas och dels visar hur gruppen uppfattar ett antal viktiga faktorer.

Uppgifterna i nulägesanalysen har kopplats till svaren i Karolinska Institutets enkät. Tillsammans ger det en bild av både arbetsgruppen och individen. Överensstämmelsen mellan nulägesanalysen och Karolinska Institutets enkät var god. Arbetslust visade ett samband med en balans mellan krav i arbetet, utvecklingsmöjligheter och inflytande. De som rapporterade en arbetssituation med inte alltför stora krav och med möjligheter till utveckling och inflytande hade en jämförelsevis stor arbetslust. Arbetsgrupper med stor arbetslust visade också en bättre arbetshälsa.

Utgångspunkten i utvecklingsarbetet är att utifrån den beskrivning av verkligheten som man får i nulägesanalysen och Karolinska Institutets enkät göra förändringar som stärker den hållbara arbetshälsan.

Återkoppling av resultatet

Över 90 olika arbetsgrupper deltog i nulägesanalysen. Saknaden av att känna tillhörighet i en arbetsgrupp bland arbetsledarna och bland de personliga assistenterna blev tydlig när nulägesanalysen skulle genomföras.

Varje arbetsgrupp fick sin egen rapport av resultatet från analysen.

Nulägesanalysen för en arbetsgruppen kunde t ex visa på

- att många uppfattade arbetsuppgifterna som tråkiga
- man upplevde att man inte hann med att ge vårdtagarna den omsorg de hade rätt att få
- det fanns en arbetsglädje hos personalen
- trivseln var god
- att personalen trodde att de kan ha ett inflytande på sin arbetsplats

Representanter från Sektionen för personskadeprevention rapporterade resultatet från Karolinska Institutets enkät om hälsa, livsstil och arbetsvillkor inför den lokala projektledningsgruppen. En folder med de viktigaste resultaten från enkätsvaren delades ut till alla anställda och användes dessutom under utbildningsdagarna. En mer omfattande sammanställning av enkätsvaren delades ut till projektledningsgrupp, arbetsledarna och intresserade.

Utbildningar

Sammantaget genomförde Komanco 29 utbildningsdagar under våren. Representanter för arbetsgrupperna samt arbetsledare, cirka 190 personer, deltog vardera i 4 ½ dags utbildning.

Vägledarutbildningen var 2 ½ dag lång. Syftet med vägledarutbildningen var att arbetsgruppen ska få möjlighet att föra konstruktiva diskussioner utifrån vad som kommer fram i nulägesanalysen. Att vara vägledare innebar till att börja med att

- att tillsammans med arbetsledarna analysera och tolka nulägesanalysen
- att leda diskussioner i sin arbetsgrupp om vad som behövde förbättras, vilka hindren är för att lösa problemen och hur man kan gå tillväga. Vägledare som representerade 92 olika arbetsgrupper deltog i vägledarutbildningen. Dessutom hade arbetsledarna, uppdelade i två grupper om knappt 40 personer, separata utbildningsdagar för att lära sig tolka och återkoppla nulägesanalysen. Utbildningsdagarna var förlagda med cirka en månads mellanrum.

Första utbildningsdagen inleddes med att deltagarna fick tala om vilka förväntningar de hade på HAKuL-projektet.

Förväntningar på HAKuL-projektet

- Bättre samarbete med arbetsledningen
- Kunna påverka våran arbetsmiljö
- Bättre rapportering
- Positivare inställning till jobbet
- Öppnare, bättre kommunikation
- Ökad tolerans
- Mer delaktighet, ansvar
- Arbeta mot samma mål
- Arbetsglädje
- Bättre sammanhållning
- Högre status
- Lyhördhet, kommunikation

Syftet med första utbildningsdagen var att lära sig tolka nulägesanalysen och målet för dagen var att komma igång med projektet. Den andra utbildningsdagen hade som tema "Vad hindrar oss från att ha en arbetsmiljö som ger en hållbar arbetshälsa?" Ett delmål i utvecklingsarbetet är att arbetsgrupperna ska formulera handlingsplaner för de förändringar som behövs för att förväntningarna ska kunna uppfyllas. Arbetsgrupperna uppmuntras att finna "möjlighetsområden" d.v.s. att se inom vilka områden man kan åstadkomma förbättrade arbetsförhållanden och hur man kan gå tillväga för att lösa de problem som finns.

Samma personer, representanter för arbetsgrupperna och arbetsledarna, deltog också i Human Dynamics utbildning under två dagar. Human Dynamicsutbildningen syftade till att motivera och inspirera individen till att se sin egen inneboende potential och att öka möjligheterna till en bra kommunikation i arbetsgruppen. Human Dynamics är baserat på kunskap om olikheter i människors sätt att fungera och bygger på att det finns olika personliga grundmönster. Dessa grundmönster har djupgående skillnader i sättet att hantera information, kommunicera, lära sig, utvecklas samt samverka med andra i grupper. Varje grundmönster har speciella färdigheter och förkärlek för vissa uppgifter, liksom speciella behov för att fungera bra. När man förstår, uppskattar och lär sig att på ett bra sätt använda dessa skillnader, kan både individens och gruppens resultat avsevärt förbättras.

Avstämning våren 2000

Inför sommaren 2000 gjordes en avstämning för att få en bild av hur det gått och hur det vidare arbetet skulle se ut. Valet av dagar medförde att alla vägledare inte kunde delta. Av de som deltog var det oftast två vägledare från varje arbetsgrupp.

- 46 vägledare hade tillsammans med arbetsgruppen hittat möjlighetsområden och hade kontinuerliga träffar med arbetsgruppen. 44 av vägledarna upplevde att arbetsgruppen var positiva till projektet.
- En vägledare hade haft två träffar med arbetsgruppen, men upplevt att gruppen var negativ till projektet
- 61 av vägledarna hade haft någon enstaka träff med arbetsgruppen, 51 av dessa upplevde att arbetsgruppen var tveksam till projektet.
- Två vägledare har inte haft någon träff med arbetsgruppen

De allra flesta vägledarna tyckte att de hade stöd av sina arbetsledare. Två av vägledarna kände inget stöd från arbetsledaren men hade ändå lyckats ha kontinuerliga träffar med arbetsgruppen och hade hittat möjlighetsområden.

Exempel på möjlighetsområden

- Vi arbetar med vårdplanerna som vi inte tyckte fungerade. Ingen jobbade utifrån dess utan ifrån eget tycke. Vi har kommit fram till att vi ska diskutera vårdplanerna innan vi har träff med anhöriga. Då skulle alla få ha åsikter och tillsammans komma fram till vettiga lösningar som funkar för alla.
- Vi har jobbat mycket med arbetslaget, pratat om mål, konfliktlösningar och förståelse av varandras olikheter.
- Idén vi arbetar med är att få ta hand om budgeten.
- Vi arbetar med ändamålsenliga bilar. Bilen är en stor del av vår arbetsmiljö.
- Vi arbetar med grundschema.
- Vad hindrar oss från att nyttja friskvården?
- Vi har gjort en rapport och informationspärm där vi skriver om det är något speciellt.
- Arbetsrutiner.
- Bättre struktur på det dagliga mötet där all personal träffas. Hur ska alla bli sedda och hörda och komma till sin rätt?

En representant för Komanco träffade över femtio arbetsgrupper för att stödja grupperna i arbetet med återkoppling av analys och utarbetandet av handlingsplaner. Samma person anställdes efter sommarsemestern på halvtid som samordnare av HAKuL-projektet i Boden.

Hösten 2000

Vid uppstarten för vägledarna diskuterades hur arbetet med handlingsplaner gick i de olika arbetsgrupperna och hur man skulle gå vidare i arbetsgruppen. Förvaltningens chef inledde varje uppstartsdag för att betona hur viktigt detta utvecklingsarbete är.

En fyra dagars dialogutbildning genomfördes vid nio olika tillfällen. Sammantaget deltog cirka 195 personer i utbildningen. Dialogutbildning innefattade praktiska övningar där deltagarna fick möjlighet att genom egna upplevelser och reflektioner se hur deras tänkande, sätt att kommunicera och samarbeta med andra fungerade. Utbildningsdagarna syftade till att stärka dialogen och utvecklingsprocessen i arbetsgruppen. Fokus för utbildningen var hur vi som individer, hur arbetsgruppen och hur organisationen fungerar i tänkande och kommunikation. Deltagarna fick kunskaper om och fick arbete med frågeställningar om

- hur vi kan förändra system och organisationer
- motverkande krafter och strukturfällor i ett förändringsarbete
- hur vi kan starta dialoggrupp på arbetsplatsen

KOMANCOS lokala samordnare hade kontinuerlig kontakt med arbetsgrupperna för att kunna stötta de grupper där diskussionerna inte leder framåt eller har runnit ut i sanden.

Inför julen samlades ännu en gång alla vägledare för att för att få ge en bild av hur det gått och hur det vidare arbetet skulle se ut.

- 59 arbetsgrupper hade kontinuerliga träffar och hade hittat möjlighetsområden att jobba med. Gruppernas attityd var övervägande positiv.
- 32 arbetsgrupper hade haft någon träff. De flesta hade hittat möjlighetsområden, men några arbetsgrupper hade haft svårigheter att hitta något att förändra och förbättra.
- 5 arbetsgrupper hade inte haft någon träff. Några var negativa till projektet.

De flesta, men inte alla arbetsgrupper, kände stöd av arbetsledaren.

Exempel på möjlighetsområden

- Ökat samarbete med varandra, andra arbetsgrupper och mellan yrkesgrupper
- Jobbar med teorier och verktyg vi lärt oss på utbildningarna.
- Delegering av ansvarsområden, nya ansvarsområden
- Utbildning i förflyttningsteknik.
- Förbättra arbetsrutiner, veckoplanering.
- Förbättra rapporteringen.
- Arbetsgruppen har börjat träffas som grupp.
- Jobbar med målsättningen.
- Är vi på rätt ställe i organisationen?
- Förenkla tidsredovisningen?
- Rutiner vid vikarieanskaffning.
- Fredagsfika, där vi bara får berätta positiva saker för varandra.

Hittills har cirka 200 handlingsplaner formulerats och dokumenterats. De flesta är planer för att ändra rutinerna i arbetsgruppen, t ex schemaförändringar och förändrade mötesrutiner. Dessutom behandlar handlingsplanerna den yttre verksamheten (t ex ombyggnader), budget- och ekonomifrågor, införskaffande av skydds- och arbetskläder, förslag på friskvårdsaktiviteter. Projektledningen har regelbundna möten och tar ställning till de handlingsplaner som arbetsgrupperna inte på egen hand kan genomföra.

Sammanfattning och kommentar

Socialförvaltningen i Boden satsar offensivt för att bryta mönstret med en allt mer tyngd personal och ökade sjukskrivningar. Under ett års tid har av 1200 anställda cirka 200 personer deltagit i tio dagars utbildning på betald arbetstid.

De flesta arbetsgrupper har genomfört diskussioner om var möjligheterna till bättre arbetsvillkor finns och hur nödvändiga förändringar kan genomföras. Utbildningarna har gett personalen verktyg de kan använda för att dialogen och utvecklingsmöjligheterna i arbetsgrupperna ska förbättras. "Möjlighetsområden" har blivit ett använt begrepp i förvaltningen.

Vilka handlingsplaner som kan genomföras och vad som leder till varaktiga förändringar är för tidigt att uttala sig om. Om 1.5 år ska en uppföljning genomföras för att få veta om arbetslusten ökat, om arbetshälsan har förbättrats och vilka förändringar som har genomförts.

Ett delresultat är att under år 2000 har sjukskrivningsdagarna inte ökat i socialförvaltningen i Boden, en negativ utveckling har brutits. På orter som satsat mindre på det primärpreventiva utvecklingsarbetet har detta inte inträffat utan sjuktalen har stigit.

Referenser

Avsnitt 1 och 2

Dallner M, Elo A-L, Gamberale F, Hottinen V, Knardahl S, Lindström K. Validation of the general nordic questionnaire (QPS Nordic) for psychological and social factors at work. Copenhagen: Nordic council of ministers, 2000:171.

Härenstam A, Ahlberg G, Bodin L, et al. Slutrapport från MOA-projektet. Beskrivning och utvärdering av variabler om arbets- och livsvillkor. Stockholm: Yrkesmedicinska enheten, 1999:1-142.

Karasek RA, Theorell T. Healthy Work. New York: Basic Books, 1990.

Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom Å, et al. Standardized Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Applied Ergonomics 1987; 18:233-37.

Marklund S ed. Arbetsliv och hälsa 2000. In: Marklund S, ed. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, 2000:424.

Sullivan M, Karlsson J, Ware J. SF-36 Hälsoenkät Manual och tolkningsguide. Göteborg: Sektionen för vårdforskning, Sahlgrenska sjukhuset, 1994.

Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. AFM-indexet En metod att bedöma och uppfölja arbetsförmågan. Helsingfors: Institutet för arbetshygien, 1994

Yrkesmedicin SLL. Vården arbetshälsorapport. Stockholm: Yrkesmedicinska enheten, Sthlm Läns Landsting, 2000.

Yrkesmedicin SLL. Arbetshälsorapport om samband mellan arbetsvillkor och ohälsa i Stockholms län. Stockholm: Stockholms läns landsting, 1999.

Webb-hemsidor för KOMANCO och SCB

Avsnitt 4

Sjukfrånvaro och sjukskrivning – fakta och förslag. Slutbetänkande av sjukförsäkringsutredningen. SOU 2000:121.

Rehabilitering till arbete. En reform med individen i centrum. Utredning om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen SOU 2000:78.

Avsnitt 5

Snel J., Cremer R. Work and aging. Taylor and Francis 1994 (UK).

Marklund S., Toomingas A. Åldersskillnader i arbete, arbetsmiljö och ohälsa. I "Arbetsliv och Hälsa 2000", Arbetslivsinstitutet 2000 (Helsingborg, Sverige)

Avsnitt 6

Arbetslivsfakta nr 3, 2000, Arbetarskyddsstyrelsen, Arbetsmarknadsstyrelsen, Riksförsäkringsverket och Socialstyrelsen (**eller ASS, AMS, RFV och SocS?**)

Arbetshälsorapport 1999, Stockholms Läns Landsting

Aronsson, G et al, Sjuk och på jobbet, Arbetsmarknad & Arbetsliv, årg. 5, nr 1, 1999

Avsnitt 7

Hallsten, L. (1993). Burning out: A framework. Professional burnout: Recent developments in theory and research. W. Schaufeli, C. Maslach and T. Marek. Washington, Taylor & Francis: 95-113.

Hallsten, L. (2000). Utbränning - en processmodell. Opublicerat manus, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Maslach, C. (1998). A multidimensional theory of burnout. Theories of organizational stress. C. L. Cooper. Oxford, Oxford University Press: 68-85.

Maslach, C., S. E. Jackson, et al. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*, 3rd ed. Palo Alto, Consulting Psychologists Press.

Maslach, C. and M. Leiter (1997). *The truth about burnout*. San Francisco, Jossey-Bass.

Schaufeli, W. and D. Enzmann (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London, Taylor & Francis.

Söderfeldt, M. (1997). *Burnout?* Doktorsavhandling Socialhögskolan, Lunds universitet.

Avsnitt 8

Folkhälsoinstitutet. Fysisk aktivitet. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1999.

Webb-hemsidor för Folkhälsoinstitutet, SCB

Avsnitt 9

Anderson, Neil & René Schalk (1998): "The Psychological Contract in Retrospect and Prospect" *Journal of Organizational Behavior*, vol. 19 (Specialnummer), nr S1.

Isaksson, K. (2001) Tillit och psykologiska kontrakt i arbetslivet. I G. Aronsson & J. Ch. Karlsson (Red.) *Tillitens ansikten*. Lund: Studentlitteratur (under tryckning).

Millward, Lynne J. & Paul Brewerton (2000): "Psychological contracts: Employee relations for the twenty-first century", I C

Cooper & I Robertson (Red.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. New York: John Wiley & Sons.

Robinson, Sandra L, Matthew S. Kraatz & Denise M. Rousseau (1994): "Changing Obligations and the Psychological Contract: A Longitudinal Study", *Academy of Management Journal*, 37, nr 1.

Rousseau, Denise M. (1995): *Psychological contracts in organizations*, Thousand Oaks, CA: Sage.

Schalk, René & Charissa Freese (2000): "The impact of organizational changes on the psychological contract and attitudes towards work in four health care organizations", I K. Isaksson, C. Hogstedt, C. Eriksson, & T. Theorell (Red), *Health effects of the new labour market*. London: Kluwer/Plenum.

Turnley, William & Daniel Feldman (2000): "Re-examining the effects of psychological contract violations: unmet expectations and job dissatisfaction as mediators", *Journal of Organizational Behavior*, 21, nr 1.

Zetterberg, Hans m. fl. (1983): *Det osynliga kontraktet*. Stockholm: SIFO.

Avsnitt 10

Karasek, 1979, Karasek & Theorell, 1990

Schnall & Landsbergis, 1994, Kristensen, 1995, Bernard, 1997, Niedhammer, 1998

Ahlberg-Hultén, 1999, Härenstam, 1996, 1999 a-c