

# HÅLLBAR ARBETSHÄLSA I KOMMUNER OCH LANDSTING

## HAKUL

---

Sammanfattande lägesrapport i december 2002



KAROLINSKA INSTITUTET  
INSTITUTIONEN FÖR KLINISK NEUROVETENSKAP  
SEKTIONEN FÖR PERSONSKADEPREVENTION

## HAKuL-PROJEKTET

### BAKGRUND

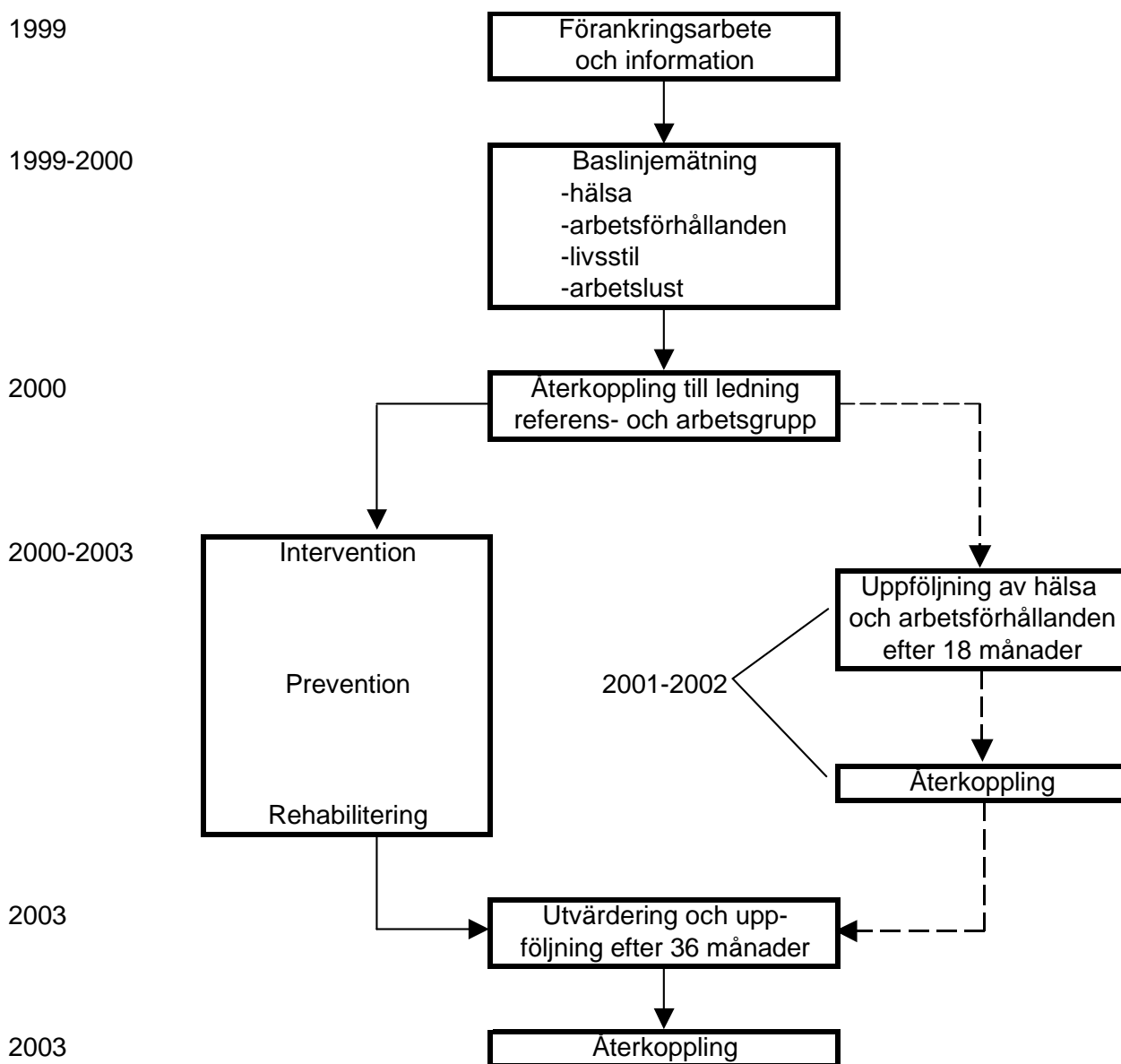
Den övergripande målsättningen med projektet Hållbar Arbetshälsa i Kommuner och Landsting (HAKuL-projektet) är att identifiera faktorer, som stärker den framtida hållbara arbetshälsan och det långsiktiga välbefinnandet för anställda inom kommuner och landsting samt att implementera och stödja tidig rehabilitering av de med sviktande arbetsförmåga. I projektet ingår delar av sex kommuner (Boden, Malung, Falun, Uppsala, Olofström och Lund) och fyra landsting (Norrbotten, Uppsala, Blekinge och Region Skåne). På detta sätt finns en bred representation av kommunernas och landstingens verksamheter liksom en god geografisk spridning. HAKuL startade 1999 och tanken är att följa gruppen på ca 9 000 anställda under minst tre år. För vidare information se flödesschema på sida 3. HAKuL utgår ifrån Sektionen för personskadeprevention på Karolinska Institutet och finansieras av försäkringsbolaget AFA.

Den första lägesrapporten från HAKuL-projektet år 2001 hade som syfte att ge en beskrivning av hälsa och arbetsvillkor hos de anställda i kommuner och landsting samt ge exempel på primärpreventiva åtgärder och rehabiliteringsinsatser som startats. Denna rapport är en sammanfattning av tre rapporter om förändringar i självrapporterad hälsa, arbetsvillkor och livsstil, förebyggande arbete för en hållbar arbetshälsa samt rehabilitering. Samtliga dessa rapporter finns tillgängliga på hemsidan [www.personskadeprevention.nu/hakul](http://www.personskadeprevention.nu/hakul).

Under projekttiden har sjukfrånvaron och då speciellt långtidssjukfrånvaron ökat på ett alarmerande sätt i Sverige. Orsakerna till detta har analyserats i ett flertal utredningar (Sjukförsäkringsutredningen, HPH, AHA). Förslag till åtgärder har lagts fram i dessa utredningar och även i regeringens 11-punktsprogram och de partsamtal som förts under 2002. Regeringen har som mål att halvera sjukfrånvaron till år 2008. För att uppnå detta krävs troligtvis mycket långtgående åtgärder med en intensiv samverkan mellan staten och arbetsmarknadens parter.

I detta arbete är det viktigt att skilja på orsaker till sjukdom, orsaker till ohälsa, orsaker till sjukskrivning och orsaker till *ökad* sjukskrivning. Dessa olika fenomen med olika förklaringsmodeller har på ett olyckligt sätt blandats ihop i debatten, vilket gjort reformarbetets förutsättningar luddiga.

## HAKuL:S FLÖDESSCHEMA



## **SJUKDOM – HÄLSA – SJUKSKRIVNING**

### **SJUKDOM**

Sjukdom definieras ofta utifrån ett medicinskt perspektiv. Sjukdomar har specifika diagnoser med specifika patologiskt anatomiska förändringar som går att mäta eller på annat sätt väl beskriva.

De mest framträdande orsakerna till sjukdom är:

- Genetiska.
- Biologiska.
- Sociala.
- Livsstilsberoende.
- Arbetsförhållanden.

### **Arvet**

Arvet, dvs. de genetiska anlag med svagheter och styrkor vi har i vår konstitution är en av de viktigaste orsakerna till vilka sjukdomar vi kommer att drabbas av. Denna orsak kan vi inte åtgärda och hur anlagen kommer att påverka vårt hälsotillstånd går inte att förutsäga även med de mest sofistikerade tester.

### **Biologiska faktorer**

Biologiska faktorer som kan leda till sjukdom är smitta av olika slag.

### **Sociala faktorer**

Sociala faktorer har en viktig påverkan på vårt hälsotillstånd. Socioekonomiska skillnader har, även i ett jämlikt samhälle som Sverige, betydelse för vilka sjukdomar vi drabbas av och vilka konsekvenser de får.

### **Livsstilen**

Livsstilen är en klar och väldefinierad orsak till sjukdom. Rökare löper mångdubbel risk att drabbas av åtskilliga sjukdomar där lung- och hjärt-/kärlsjuklighet toppar listan. Motionsvanor är också av vikt för att upprätthålla ett gott tillstånd vad gäller t.ex. hjärta och kärl. För alkohol är bilden troligtvis mer komplex där en mycket måttlig mängd alkohol kan vara skyddande för sjukdom medan en större konsumtion leder till en ökad sjuklighet i flera organ.

## Arbetsförhållanden

Arbetsförhållanden är av stor vikt för många sjukdomar. Kemiska och fysikaliska hälsorisker finns, och i ännu högre grad fanns, i arbetsmiljöerna och kunde orsaka specifik sjuklighet. I dagens arbetsliv är dessa arbetsbetingade risker mindre framträdande medan psykosociala förhållanden med monotoni, stress, uppskruvad arbetstakt och dåligt inflytande kan orsaka sjukdomar från både rörelseorgan, hjärta/kärl och nervsystem.

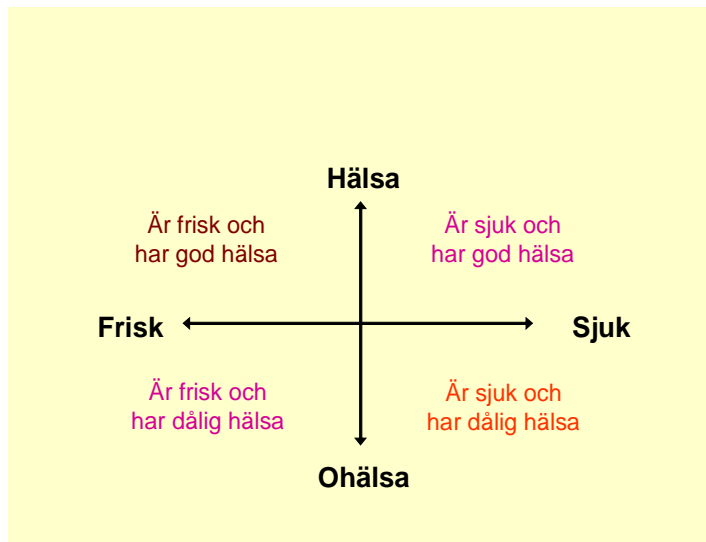
Alla dessa faktorer som kan leda till sjukdom verkar både separat och kopplade till varandra. Det är inte ovanligt att sämre sociala förhållanden är associerade med t.ex. en mer hälsovådlig livsstil och sämre arbetsförhållanden.

## HÄLSA

Hälsobegreppet är mer komplicerat än sjukdomsbegreppet. Begreppsmässigt anses hälsa inkludera olika element, såsom medicinska diagnoser, funktionsstatus, upplevelse av välbefinnande, copingkapacitet, personlig attityd och grad av optimism/pessimism samt avsikt att agera på ett hälsosamt sätt vilket allt sammansmälts hos individen. Upplevelsen av generell eller global hälsa är ett kärnbegrepp när man själv skattar sin hälsa.

Enligt en vanligt använd definition skapad av WHO för åtskilliga år sedan är hälsa "... ett tillstånd av totalt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte enbart en avsaknad av sjukdom och svaghet". Denna definition har dock alltmer kritiserats för att vara så långtgående att endast ett ytterst fåtal människor skulle kunna säga att de uppfyller den. Dessutom har det visat sig att en del människor upplever att de har god hälsa trots långvarig sjukdom, liksom det omvända. Det finns därför skäl att skilja på begreppen frisk-sjuk och hälsa-ohälsa. Sjukdom skulle då kunna beteckna en avvikelse från en normal kroppsfunktion medan hälsa skulle avse en upplevelse av välbefinnande och förmåga till handling trots eventuell sjuklighet.

För att illustrera skillnaden mellan frisk-sjuk och hälsa-ohälsa kan hälsokorset användas. Med detta sätt att resonera kan man som individ hamna i fyra olika kvadranter med olika konsekvenser för både självuppfattning och andras bedömning både socialt och försäkringsmässigt.



Det är viktigt att människor i arbetslivet kan känna välbefinnande och har möjlighet att uppnå sina vitala mål. Sker detta så kan man ofta arbeta även om man har en diagnosticerbar sjukdom.

## SJUKSKRIVNING

Sjukskrivning innebär att man antingen genom egen försäkran (de första sju dagarna) eller via läkarintyg prövas av Försäkringskassan för rätt till ersättning från försäkringen då man på grund av sjukdom inte kan arbeta.

Orsaker till sjukskrivning:

- Sjukdom.
- Ohälsa.
- Funktionsnedsättning som gör det svårt att fortsätta i aktuellt arbete.
- Försäkringssystemets utformning.
- Attityder och normer.
- Sjukskrivande instansens praxis.

Orsakerna till sjukskrivning är olika och skiljer sig internationellt. De vanligaste orsakerna till sjukskrivning är naturligtvis sjukdom eller ohälsa. Att i varje enskilt fall bedöma funktionsnedsättningen i förhållande till det aktuella yrket och de exponeringar som förekommer, borde vara obligatoriskt och skulle säkert minska sjukskrivningarna. Denna kompetens besitter dock få sjukskrivande läkare. Utbildningen i detta borde ökas och företagshälsovården mer tas i anspråk för denna funktionsbedömning. I ett mer flexibelt arbetsliv skulle säkert många fler kunna arbeta trots en viss funktionsnedsättning.

Attityder och normer i samhället liksom praxis för sjukskrivning hos sjukskrivande eller godkännande instans har diskuterats mycket, men få vetenskapliga studier på området finns som belägger de påståenden som framförts. Försäkringssystemets utformning har naturligtvis betydelse för hur människor resonerar runt en mildare sjuklighet. Lägre ersättningsgränser driver många till sjuknärvaro på arbetet i stället för sjukskrivning. Vilka konsekvenser detta får på lång sikt vet vi inte.

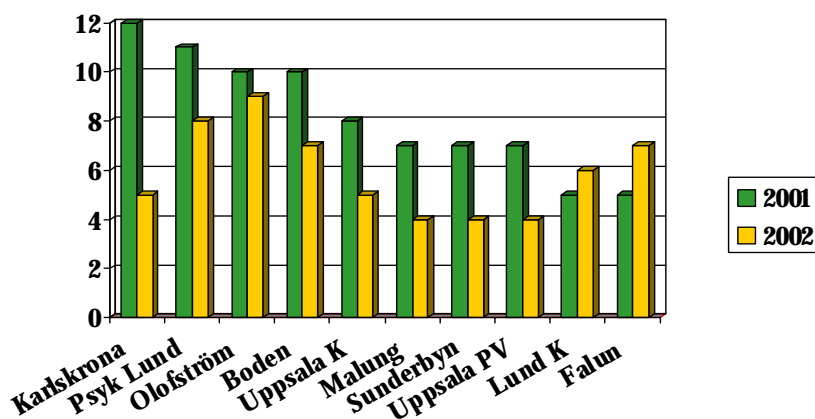
Orsakerna till den kraftigt ökande sjukskrivningen de senaste åren har diskuterats och analyserats bl.a. i det delbetänkande som kom under hösten 2002 från utredningen AHA (ensamutredare Anna Hedborg). Det påpekas i denna utredning att sjukligheten i Sverige inte har ökat utan snarare att de diagnosticerbara folksjukdomarna har minskat. Hälsan har blivit något sämre då allt fler anger att det psykiska välbefinnandet har minskat. En ökad anspänning på arbetsplatserna talar för en viss försämring av den psykosociala arbetsmiljön. En förskjutning i norm, attityd och praxis kan tänkas men har i så fall gått väldigt fort, vilket vanligtvis inte brukar vara fallet med sådana förändringar i samhället. Den förändrade ålderssammansättningen i befolkningen där arbetskraften blir allt äldre spelar en viss roll för sjukskrivningsgraden. Marginell betydelse anses fördelningen mellan sjukskrivna och arbetslösa ha liksom de ekonomiska drivkrafterna. Administrativa tillkortakommanden hos Försäkringskassorna på grund av ökad arbetsbelastning och nedskärning av personalstyrkan har en viss betydelse för att långtidssjukskrivna ökar.

## **FÖREBYGGANDE ARBETE FÖR EN HÅLLBAR ARBETSHÄLSA**

På de flesta orter har ett seriöst och långsiktigt förebyggande arbete, både vad gäller arbetsförhållanden och livsstilsfrågor, startat efter baslinjemätningen i HAKuL. Några av åtgärderna har direkt koppling till projektet och har initierats från HAKuL, andra åtgärder är förvaltningarnas och arbetsplatsernas egna idéer efter diskussioner och vissa insatser är del av det ständigt pågående förbättrings- och förändringsarbetet i en arbetsorganisation.

För både negativa och positiva förändringar finns en latenstid innan de slår igenom som mätbara hälsoförändringar. I HAKuL följs hela tiden antalet personer som blir sjukskrivna 28 dagar eller längre. Rapporteringen av detta har inte varit en naturlig del av kommunernas och landstingens interna verksamhet, men har under åren blivit allt bättre. På vissa ställen får projektledningen i HAKuL in information direkt från datalistor, vilket gör siffrorna säkra. En viss underrapportering förekommer fortfarande på andra ställen. Dock är det så att rapporteringen blivit bättre under 2002 än vad den var 2001. Siffrorna från 2000 är så pass osäkra att vi valt att inte redovisa dessa. I ett förebyggande arbete som syftar till att sänka sjukfrånvaron anser vi att nya 28-dagarsfall är ett bra sätt att mäta en eventuell framgång. Andra sjukfrånvaromått är svåra att värdera då långdragna fall av sjukskrivning påverkar statistiken negativt, i synnerhet på mindre arbetsställen. Under 2001-2002 har antalet nyinsjuknade 28-dagarsfall minskat på nästan alla ställen. Enligt dessa preliminära siffror är minskningen cirka 28 procent.

### Antal nya 28-dagarsfall per månad och 1000 anställda för varje projektort



Det förändrings- och utvecklingsarbete som har startat har till stor del grundat sig på de problem som identifierades i baslinjemätningen. Det har inneburit att det insatser som gjorts är olika för de olika verksamheterna och att vissa verksamheter har engagerat sig med större kraft än andra. De satsningar som beskrivs nedan är exempel på hur ett förebyggande arbete för en hållbar arbetshälsa kan utformas.

## KOMANCO

I HAKuL-projektet har delar av det förebyggande arbetet bedrivits av utvecklingsföretaget Komanco AB.

Komanco gjorde i samband med baslinjemätningen en nulägesanalys med syftet att beskriva de anställdas upplevelse av arbetslust, samarbetet i arbetsgruppen och hur arbetsuppgifterna upplevs. Utifrån denna nulägesanalys har sedan Komanco tillsammans med de anställda arbetat med resultaten och lärt ut metoder för systematisk problemlösning i grupp.

Mest omfattande har Komancos satsning varit i Bodens Socialförvaltning. Under de tre år HAKuL har pågått i Boden har cirka 250 personer av 1 200 anställda deltagit i 19 dagars utbildning på betald arbetstid. Dessutom har särskilda utbildningar ordnats för chefer. De flesta arbetsgrupper har genomfört diskussioner om vilka möjligheter till bättre arbetsvillkor som finns och hur nödvändiga förändringar kan genomföras. Utbildningarna har gett personalen verktyg som de kan använda för att dialogen och utvecklingsmöjligheterna i arbetsgrupperna ska förbättras. "Möjlighetsområden" har blivit ett använt begrepp i förvaltningen.



För att förändringsarbetet skall fungera krävs en lokal samordnare och motor i det förebyggande arbetet, gärna rekryterad från den egna organisationen. I Bodens Socialförvaltning har under projektiden anställts en undersköterska i denna funktion. Samordnarens viktigaste uppgift har varit att sammanställa de handlingsplaner som upprättats och följa och stödja utvecklingen. Det har också varit viktigt att få alla anställda och beslutsfattare att förstå att utvecklingsarbete tillhör det dagliga arbetet. Att hitta möjligheter till förbättringar, arbeta fram nya rutiner och ett positivt klimat ska alltid pågå i en organisation även om ett tidsbegränsat projekt avslutas.

På de andra orterna har Komancos insatser varit något mindre till sin omfattning men har för alla orter innefattat en genomgång av de resultat som framkommit i nulägesanalysen.

## **FRISKVÅRD I MALUNGS SOCIALFÖRVALTNING**

I Malungs Socialförvaltning beslutades om en bred friskvårdssatsning efter baslinjeundersökningen. Målsättningen var en obligatorisk friskvårdstimme i veckan, att minska antalet rökare och att minska antalet överviktiga och feta.

För detta arbete engagerades en erfaren projektledare, knuten till Företagshälsovården och finansierad av HAKuL-projektet. Inom verksamheterna har friskvårdsinspiratörer utbildats. Därefter har det slutits avtal med lokala träningsleverantörer med målsättningen att utbudet av motionsaktiviteter skulle vara så brett som möjligt. Alla anställda har ett aktivitetskort som är entrébiljetten till respektive träningsställe och det som används och uppskattas mest är att, utan kostnad, få träna där även på fritiden. Motionsaktiviteterna anpassas till deltagarnas arbetstider samt att det finns aktiviteter på både arbetsplatsen och de träningsställen som finns i närområdet.

Flera utbildningar har hållits under 2001 och 2002 med syfte att öka kunskaperna och medvetenheten om vad som påverkar hälsan och vad man själv kan göra för att öka kontrollen över dessa faktorer och också vad man själv kan göra för att förbättra hälsan. Utbildningarna har vänt sig till personalgrupper, friskvårdsinspiratörerna och dessutom har de anställda inbjudits till utbildningar via ett lokalt HAKuL-blad. Alla dagligrökare inom socialförvaltningen har fått erbjudande om deltagande i en rökslutargrupp.

## **FÖREBYGGANDE ARBETE INOM PRIMÄRVÅRDEN I UPPSALA**

Under den tid som HAKuL pågått inom Primärvården i Uppsala Län har lokala initiativ tagits till ett utvecklingsarbete för bättre arbetsförhållanden. HAKuL:s forskargrupp har följt utvecklingsarbetet och en representant från forskargruppen har deltagit vid seminarier dels som resursperson och dels som observatör. Genom utvecklingsarbetet har man fått bättre kontroll över sin arbetssituation, stressen har minskat, tryggheten i yrkesrollen har ökat liksom samarbetet över yrkesgränserna och tillgängligheten till vårdgivarna för patienterna har ökat. Från den splittrade situation som rådde när förändringsarbetet inleddes för 1,5 år sedan märks en tydlig förbättring för arbetsgruppen.

## **HAKuL-MODELLEN FÖR FÖREBYGGANDE ARBETE**

HAKuL-modellen för förebyggande arbete lyfter fram vikten av att arbetet skall utgå från de problem som finns, att arbetet måste förankras och verksamheterna måste ta till vara den kraft och kompetens som finns hos de anställda. Modellen är tänkt att fungera som ett stöd till arbetsplatser där det inte fungerar optimalt och där man har svårt att komma igång med ett systematiskt preventivt arbete. Frågeformulär till de anställda har ofta använts i verksamheten för att beskriva arbetsförhållanden, men man har inte tagit till vara den information som erhållits. Även statistiska data om sjukskrivningar brukar finnas, men tillgängligheten och användbarheten av de siffror som lagts in i systemet är ofta dålig. Ett ofta förekommande problem är att organisationen är oklar och att en del av de anställda inte har klart för sig vilken som är den närmaste chefen och vad chefens arbetsuppgifter och befogenheter är.

HAKuL-modellen för förebyggande arbete:

- Definiera varje arbetsgrupp på en arbetsplats och vem som är dess chef.
- Tag reda på, med relevanta och anpassade instrument (enkät, intervju, statistik), vad arbetsgrupperna och ledningen uppfattar som hinder för att verksamheten ska fungera optimalt.
- Återför informationen till arbetsgrupperna.
- Ge möjlighet och tid för arbetsgrupperna att analysera situationen, att finna förändrings- och förbättringsområden.
- Tag vara på den gemensamma kraften som finns hos de anställda.
- Följ systematiskt upp och utvärdera det som görs.

## **REHABILITERING**

Modellen för rehabilitering i HAKuL-projektet utgår från befintliga befattningshavare och organisationer. Syftet är att genom en tidig och bred multidisciplinär teambedömning få ett underlag till en gemensam målsättning och en konkret handlingsplan för rehabiliteringen.

## HAKuL-MODELLEN FÖR REHABILITERING

- Arbetsledaren anmäler personer som varit sjukskrivna 28 dagar i följd till Företagshälsovården.
- Sjuksköterskan på Företagshälsovården ringer upp den sjukskrivne och kallar till teambedömning, såvida det inte finns starka skäl emot.
- Multidisciplinär teambedömning oftast av både läkare, sjukgymnast och beteendevetare.
- Rehabiliteringsmöte med den sjukskrivne, företrädare från Företagshälsovården, arbetsledaren och representant från Försäkringskassan.
- En åtgärdsplan/rehabiliteringsplan formuleras. Målsättningen och planen dokumenteras.
- Sjukskrivna som behöver en intensifierad extern rehabilitering identifieras.
- Rehabilitering genomförs.
- Uppföljning sker efter rehabiliteringens genomförande samt under minst ett år därefter.

### REHABILITERINGSPROCESSEN

I oktober 2002 hade 1 738 personer rapporterats till HAKuL-projektet med sjukskrivningsperioder på minst 28 dagar i följd. Detta motsvarade 1 989 sjukskrivningsperioder på minst 28 dagar. Tretton procent hade mer än en 28-dagarsperiod.

Rehabilitering erbjuds i HAKuL-projektet till patienter med diagnoser från rörelseorganen, psykiska/stressrelaterade besvär, hjärt-/kärlbesvär samt rökrelaterade besvär från lungor och luftrör samt astma. 1 253 av perioderna som rapporterades hade någon av dessa diagnoser. 57 procent av fallen blev anmälda till företagshälsovården, 40 procent har fått HAKuL-rehab och 63 procent har blivit helt eller delvis friskskrivna.

Det tar i genomsnitt 111 dagar (3,7 månader) från första sjukskrivningsdagen innan personerna blir teambedömda hos Företagshälsovården. Väntetiderna kan på grund av snåla resurser ibland vara ett år för bedömning hos Företagshälsovården (sic). Fjorton procent av de sjukskrivna får tillgång till en samlad multidisciplinär rehabilitering på någon extern rehabiliteringsenhet. Det tar i genomsnitt 258 dagar (8,6 månader) från första sjukskrivningsdagen tills dess att rehabiliteringen påbörjas.

Rutinerna och strukturen börjar sakta förändras på våra orter men mycket återstår ännu innan arbetet löper friktionsfritt. Många sjukskrivna hinner fastna i sin sjukskrivning innan några åtgärder vidtas. För att förbättra arbetet har en modell tagits fram.

## **HAKuL-MODELLEN FÖR ETT STRUKTURERAT ARBETE MED SJUKFRÅNVARON**

Som ett led i att bättre strukturera arbetet med sjukfrånvaron har ett förslag till en modell tagits fram till hjälp för arbetsledningen. Modellens personalmått bör uppdateras månatligen.

- Definiera varje arbetsgrupp på en arbetsplats och vem som är dess chef.
- Hur många sjukdagar finns i respektive arbetsgrupp/månad.
- Hur många är sjukskrivna.
- Hur länge har de varit sjukskrivna.
- Hur många har upprepade korttidssjukfrånvaro.
- Hur många har gått över 28-dagarsgränsen.
- Tag in dessa 28-dagarsfall i rehabutredningen enligt HAKuL:s rehabmodell (se sida 9) oavsett hur och varför de är sjukskrivna (undantagna är de med graviditetskomplikationer och de som är svårt cancersjuka).
- Skapa rutiner som verkligen fungerar för kontakt mellan arbetsplats och sjukskriven under sjukskrivning och vid återgång i arbete.
- Öppna enkla kontaktvägar mellan rehabansvariga på personalsidan och lönekontoret för statistikrapportering.
- Involvera högre chefer.
- Skapa tydliga rapportvägar.

## **ARBETSVILLKOR**

Under de senaste åren har kraven i arbetslivet ökat med ett högre arbetstempo, mer komplexa och komplicerade arbetsuppgifter och slimmade organisationer som minskar möjligheten till pauser och återhämtning. Inom vård, omsorg och skola har dessutom ständigt genomförts politiskt initierade förändringar. Syftena med förändringarna har varierat, men förändringar i sig, oberoende om förändringen ger positiva eller negativa konsekvenser, kräver att individen anpassar sig till nya förhållanden. Detta innebär en påfrestning som bör mötas med utvecklingsmöjligheter och stöd från omgivningen.

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

## LEDARSKAP

I en verksamhet där förutsättningarna, både ekonomiska och organisatoriska, ständigt förändras är det av avgörande betydelse att ledningen kan skapa möjligheter för de anställda att hantera de nya krav som ställs i arbetet. På många orter har ledarskapets förutsättningar uppmärksamrats och utbildning av ledare ökat efter resultaten från baslinjemätningen. Andelen som rapporterade ett i hög grad fungerande ledarskap från sin närmaste chef hade ökat och andelen som rapporterade ett ledarskap som inte alls eller i liten grad fungerade hade minskat, när svaren vid 1,5-årsuppföljningen jämfördes med resultaten från baslinjemätningen. För de flesta yrkesgrupper var det fler som vid 1,5-årsuppföljningen upplevde ett i hög grad fungerande ledarskap än vid baslinjemätningen.

Andelen som rapporterade att de kände att deras arbetsinsatser i hög grad uppskattades av överordnade hade ökat mellan baslinjemätningen och 1,5-årsuppföljningen. Störst ökning av andelen som uppgav att arbetsinsatserna uppskattades i hög grad återfanns bland grundskollärarna. En upplevelse av ett fungerande ledarskap visade ett starkt samband med om man kände uppskattning av ledningen för sina arbetsinsatser.

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

Ledarskapet har alltså blivit bättre för deltagarna i HAKuL och vi hoppas att denna positiva utveckling fortsätter.

## FÖRÄNDRINGAR SENASTE ÅRET

En ökad arbetsbelastning senaste året rapporterades av knappt hälften av de anställda. Betydligt färre rapporterade en ökning av stöd och uppbackning, inflytande och delaktighet i arbetet.

Läkare var den yrkesgrupp som rapporterade sämst utveckling. Många angav en ökad arbetsbelastning samt minskat inflytande och kontroll i arbetet och få rapporterade ökat stöd och uppbackning.

En spänd arbetssituation, med krav på en hög arbetsinsats i kombination med lite inflytande över hur arbetet skall läggas upp och utföras och med lite stimulans i arbetet, rapporterades av 10 procent i baslinjemätningen. Att rapportera minskat inflytande över arbetet senaste året vid 1,5-årsuppföljningen var vanligare bland dem som vid baslinjemätningen hade en spänd arbetssituation. Detta innebär att de som arbetade under stora krav men med lite inflytande, en situation som kan ge upphov till stress och ohälsa, hade en fortsatt mer negativ utveckling än de övriga. Mönstret var detsamma i alla yrkesgrupper och för så gott som alla orter.

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

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

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

## **ARBETSHÄLSA**

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

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

I den enkät som deltagarna besvarade fanns en rad olika frågor som mätte hälsa och livskvalité. Begreppet arbetshälsa utgick ifrån variablerna generell hälsa och en skattning av sina möjligheter att vara kvar i sitt arbete om två år. En mycket god arbetshälsa innebar att den egna skattningen av hälsotillståndet var närmast utmärkt och att man på grund av hälsan inte hade några problem att arbeta kvar i sitt yrke de kommande två åren. Dålig arbetshälsa innebar en låg skattning av hälsotillståndet och att man dessutom uppgav en osäkerhet om att kunna vara kvar i arbetet om två år. De övriga, som inte tillhörde de med mycket god respektive dålig arbetshälsa tillhörde en mellangrupp, där arbetshälsan var något så när god men där det fanns stort utrymme till förbättringar.

## ARBETSHÄLSA VID 1,5-ÅRSUPPFÖLJNINGEN

Var femte person uppgav vid 1,5-årsuppföljningen att de hade en mycket god arbetshälsa, vilket överensstämde väl med baslinjemätningen. Dålig arbetshälsa rapporterades av var sjunde person vilket var något fler jämfört med baslinjemätningen. Andelen med mycket god arbetshälsa var störst i den yngsta åldersgruppen, under 35 år, och lägst i åldersgruppen över 54 år. Störst andel med dålig arbetshälsa rapporterades från gruppen över 54 år och lägst andel från grupperna under 45 år vid 1,5-årsuppföljningen.

Arbetshälsan skiljde sig åt mellan olika yrkesgrupper. En mycket god arbetshälsa rapporterades främst från chefer, arbetsterapeuter/sjukgymnaster och administrativa assistenter. Bland vårdbiträden, hantverkare och beteendevetare var det betydligt färre som angav en mycket god arbetshälsa. Störst andel med dålig arbetshälsa rapporterades från lokalvårdare, vårdbiträden och ekonomibiträden, grupper med hög fysisk belastning i arbetet. En låg andel bland läkarsekreterare, beteendevetare, sjukgymnaster och administrativa assistenter angav en dålig arbetshälsa. För yrkeskategorierna chefer, läkare, grundskollärare samt mentalskötare gjordes separata analyser för kvinnor och män – men några skillnader framkom inte.

En mycket god arbetshälsa var ungefär lika vanligt förekommande oavsett boendeort medan andelen med dålig arbetshälsa varierade något mellan orterna.

## BIBEHÅLLEN OCH FÖRÄNDRAD ARBETSHÄLSA

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

Arbetshälsan försämrades något vid 1,5-årsuppföljningen i förhållande till baslinjemätningen. Andelen med en mycket god arbetshälsa minskade och samtidigt var det fler som angav en dålig arbetshälsa. Skillnaden som fanns mellan kvinnor och män vid baslinjemätningen - en lägre andel kvinnor med mycket god arbetshälsa samt med en högre andel kvinnor med dålig arbetshälsa - kvarstod vid 1,5-årsuppföljningen.

Ingen av de undersökta yrkesgrupperna rapporterade en ökad andel med mycket god arbetshälsa. Däremot minskade andelen med mycket god arbetshälsa bland läkare och undersköterskor.

De flesta orterna redovisade en oförändrad andel med mycket god arbetshälsa vid 1,5-årsuppföljningen jämfört med baslinjemätningen. För vissa orter var det dock färre som rapporterade en mycket god arbetshälsa vid 1,5-årsuppföljningen i förhållande till baslinjemätningen.

## SMÄRTA

Värk och smärta förekommer med olika intensitet, mer eller mindre regelbundet och kan i olika grad påverka förmågan både i och utanför arbetet. Av alla som deltog i 1,5-årsuppföljningen var en tredjedel helt fria från värk och smärta, vilket i stort överensstämmer med tidigare undersökningar av den vuxna befolkningen. Störst andel värk- och smärtfria rapporterades från arbetsterapeuter/sjukgymnaster, chefer, läkare, beteendevetare, grundskollärare och förskollärare. Undersköterskor, barnskötare, vårdbiträden, hantverkare och lokalvårdare var yrkesgrupper där andelen besvärsfria var mindre.

## LIVSSTIL

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

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

## FORTSATTA AKTIVITETER

HAKuL-projektet har väckt mycket uppmärksamhet även utanför projektorterna. En del av HAKuL:s modeller används också i de stora AFA-programmen för en bättre hälsa i både offentlig och privat sektor.

HAKuL fortsätter med sitt interventiva arbete samt hjälp till rehabilitering på projektorterna. Under 2003 kommer alla orter att genomgå 3-årsuppföljningen. En slutrapport från HAKuL beräknas komma under första halvåret 2004.

För mer information se hemsidan [www.personskadeprevention.nu/hakul](http://www.personskadeprevention.nu/hakul) där mer fylliga rapporter finns.



## **HAKUL-GRUPPEN PÅ KAROLINSKA INSTITUTET, SEKTIONEN FÖR PERSONSKADEPREVENTION**

Eva Vingård  
Projektledare, Docent, Leg läkare

Bodil Heijbel, Rehabiliteringsläkare  
Malin Josephson, Med Dr, Beteendevetare  
Svante Larsson, Rehabiliteringsläkare  
Per Lindberg, Doktorand, Ergonom  
Stefan Stark, Statistiker  
Margaretha Voss, Med Dr, Epidemiolog

Kristina Andersson, Projektassistent  
Marianne Ekdahl, Projektsamordnare  
Christian Garheden, Datoransvarig  
Lena Hurtig, Projektassistent  
Riitta Hölttä, Sekreterare  
Tove Kongsvold, Projektassistent  
Anna Lundgren-Kvist, Läkarsekreterare  
Ann-Katrin Olsson, Ekonomiadministratör

## **CENTRAL REFERENSGRUPP FÖR HAKUL**

Lars-Åke Almqvist

Lena Busck  
Lars Fischer  
Margareta Karlsson  
Ragnar Kristensson  
Staffan Linell  
Ylva Nordling-Kroon  
Åke Nygren  
Jan Svensson  
Ulf Åhlstedt

Svenska Kommunalarbetsförbundet och  
Komanco  
SACO  
Svenska Kommunalarbetsförbundet  
Försäkringskasseförbundet  
Läkarförbundet  
AFA  
Kommunförbundet  
Karolinska Institutet  
Landstingsförbundet  
OFR