

# Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2002/03

– nio utvalda examensrapporter

*Peter Westerholm (red)*

---

ARBETSLIVSRAPPORT NR 2004:7

ISSN 1401-2928

Enheten för arbetshälsa  
Enhetschef: Ewa Wigaeus Tornqvist



# Förord

Denna utgåva av Arbetslivsinstitutets skriftserie ”Arbetslivsrapport” innehåller nio utvalda examensarbeten framlagda som rapporter av de handledda projekt som ingår som obligatorisk del av institutets utbildning av företagsläkare. Rapporterna som ingår i skriften har redovisats vid den examensvecka som anordnades i december 2003 för den utbildning av företagsläkare som inleddes i september år 2002.

Kursdeltagarna har att i ett tidigt skede av utbildningen välja ut ett ämne för projektarbetet som sedan diskuteras och preciseras avseende frågeställning, urval av undersökt(a) grupp(er), val av metod(er) tillsammans med oftast en eller ibland två utvalda handledare. Ämnesvalet påverkas vanligen av dagsaktuell arbetssituation i företagshälsovården och av den allmänna samhällsdebatten i frågor om arbete, arbetsmiljö och hälsa.

I denna utgåva finns följande arbeten :

- Examensarbete av Ingemar Luttu (Handledare: Monica Mortimer, Arbetslivsinstitutet, Stockholm) med en tvärsnittsstudie inriktad mot arbetsmiljöförhållanden och hälsa hos sophämtare i en kommun (Norrköping).
- Examensarbete av Per-Olof Wiberg (Handledare: Tomas Hemmingsson, Arbetslivsinstitutet, Stockholm) inriktad mot att utvärdera om en arbetsorganisatorisk intervention, i form av samarbete mellan företagshälsovård, personalavdelning och arbetsledning, kan påverka sjukfrånvaron vid ett läkemedelsproducerande företag.
- Examensarbete av Peter Wall (Handledare: Hans-Erik Norbeck, Previa, Stockholm) som belyser frågan om en utbildningsinsats inriktad att lära trafikvakter hantera hot och våld i arbetet påverkar upplevd hälsa och förekomst av besvär från rörelseorganen.
- Examensarbete av Ulrika Nykvist (Handledare: Sven-Göran Servais, Arbets- och Miljömedicin, Stockholms läns landsting) med en undersökning av uppfattningarna hos berörda kommunala befattningshavare respektive hos skolelever om det förebyggande och hälsofrämjande arbetet i skolan .
- Examensarbete av Kristin Bergman (Handledare: Anne Göransson, Hälsouniversitetet, Linköpings Universitet och Gunnel Ahlberg, Arbetslivsinstitutet, Stockholm) innehållande en kvalitativ utvärdering av en vid en FHV-enhet (Östgötahälsan) framtagen modell för arbetsinriktad rehabilitering vid en FHV-central.
- Examensarbete av Karl-Erik Karlberg (Handledare: Åke Thörn, FoU-enheten, Norrbottens läns landsting, Luleå) med inriktning mot att kartlägga och beskriva förekomsten av kort tids sjukfrånvaro och analys av dess förklaringsfaktorer vid ett företag i tidningstryckeribranschen.
- Examensarbete av Jouni Liljefjord (Handledare: Nils-Ove Månsson, Universitetssjukhuset MAS, Malmö) inriktad mot en grupp av långtidssjukskriven anställd sjukhuspersonal med syftet att få fram information om sjukskrivningens orsaker och om lämpliga åtgärder att sättas in.

- Examensarbete av Kjell Björklund och Mats Fälth (Handledare: Per-Anders Hellström, Försvarsmaktens Högkvarter, Stockholm) inriktad mot hörselpåverkan hos bullerexponerade värnpliktiga under slutövning.
- Examensarbete av Rosmarie Gäcke-Herbst (Handledare: Rita Mårtensson, Handelshögskolan, Göteborgs Universitet) inriktad mot hälsofrämjande arbete på en byggarbetsplats med identifiering av viktiga hälsofrämjande faktorer utgående från Antonovsky's modell av arbetets betydelse i uppbyggnad av en känsla av sammanhang (KASAM) i den undersökta gruppen av byggnadsarbetare.

Arbetena spänner således över en betydande bredd av aktiviteter och inriktningar hos en FHV-enhet. Sjukfrånvaro, rehabilitering, hälsofrämjande arbete, kartläggning av arbetsmiljö- och hälsoförhållanden hos en utvald grupp där arbetet ställer höga krav på fysisk styrka och uthållighet, interventionsstudier, bullerexponering bland värnpliktiga, hot och våld i arbetet och skolmiljön som arbetsplats.

Examensarbetena ingår i denna samlade rapport som självständiga kapitel där respektive författare svarar för innehållet. Rapporten görs även tillgänglig via INTERNET på Arbetslivsinstitutets hemsida : < [www.arbetslivsinstitutet.se](http://www.arbetslivsinstitutet.se) >

Dessa nio rapporter avhandlar ämnen och frågeställningar som återfinns inom företagshälsovårdens breda arbetsfält och de är samtliga härvidlag av hög aktualitet. I slutet av skriften återfinns en lista över författarna innehållande uppgifter om kontaktadresser att användas av läsare vid behov av ytterligare information eller för att diskutera rapporternas innehåll.

Vi tackar författarna och deras handledare för att vi på detta sätt kan ge spridning åt dessa intressanta examensarbeten och vi hoppas att de skall utgöra inspirerande läsning för alla som aktivt verkar för eller intresserar sig för ett sunt och hållbart arbetsliv för alla. Vi tackar också Monica Söderholm och Gun Carlsson, Arbetslivsinstitutet för teknisk redigering av materialet.

Peter Westerholm  
Examinator och redaktör

Ingvar Lundberg  
Examinator

Margareta Torgén  
Examinator

# Innehållsförteckning

Kartläggning av sophämtarnas arbetsmiljö och hälsotillstånd i Norrköping <i>Ingemar Luttu</i>	1
Utvärdering om nya samarbetsrutiner inom företaget kan minska Sjukfrånvaron <i>Per-Olof Wiberg</i>	11
Kan utbildning i att hantera hot och hot om våld öka det psykosociala välbefinnande och minska muskuloskeletal besvär hos trafikvakter? <i>Peter Wall</i>	23
Förebyggande och hälsofrämjande faktorer bland elever, en intervjuundersökning <i>Ulrika Nykvist</i>	35
En kvalitativ utvärdering av en modell för arbetslivsinriktad rehabilitering – Rehbus <i>Kristin Bergman</i>	43
Kartläggning av korttidsfrånvaron på ett tidningstryckeri <i>Karl-Erik Karlberg</i>	61
Långtidssjukskriven personal på Helsingborgs Lasarett – En kartläggning <i>Jouni Liljeffjord</i>	73
Hörselpåverkan hos bullerexponerade värnpliktiga under slutövning <i>Kjell Björklund och Mats Fälth</i>	87
Hälsopromotivt arbete på en byggarbetsplats <i>Rosmarie Gäcke-Herbst</i>	99
Författaradresser	115



# Kartläggning av sophämtarnas arbetsmiljö och hälsotillstånd i Norrköping

Författare: Ingemar Luttu, företagsläkare, Östgötahälsan, Norrköping  
Handledare Monica Mortimer, Med. dr/ergonom, Arbetslivsinstitutet,  
Stockholm

Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2002/2003





## Sammanfattning

Sophämtning är ett yrke som är uttalat mansdominerat och som till stora delar ställer fysiskt tunga krav på dess utövare. Sophämtare är också en grupp som fått genomgå många strukturella och organisatoriska förändringar under de senaste decennierna, åtminstone i Norrköping,

Det är känt att många sophämtare inte klarar av att arbeta i yrket fram till normal ålderspensionsdag och att många efter sitt arbetsliv har så stora besvär från rörelseapparaten, så att de inte kan fortsätta vara fysiskt aktiva i högre grad efter pensioneringen utan upplever sig som handikappade.

I vår företagshälsovård har vi Norrköpings kommuns sophämtare som kunder. Jag har valt att studera den del som arbetar med att hämta hushållssopor. De utgör en skara på 24 personer. Syftet med undersökningen var att studera sophämtarnas fysiska såväl som psykosociala miljö samt i vilken utsträckning de hade besvär från rörelseorganen.

En enkät skickades ut till samtliga sophämtare. Enkäten innehöll frågor om arbetsförhållanden, besvärsförekomst i rörelseorganen, psykosomatiska besvär samt livsstilsfaktorer. Vidare intervjuades delar av arbetsledningen, arbetstagare och några förtidspensionerade sophämtare. För att få en uppfattning om graden av fysisk belastning registrerades hjärtfrekvensen under en arbetsdag hos fyra personer.

Sophämtarna i Norrköping trivs generellt med sitt arbete, med sina arbetstider och med sina arbetskamrater. Majoriteten av de undersökta personerna hade inte någon sjukskrivningsdag under det senaste halvåret. 35 procent har råkat ut för olycksfall i arbetet med skada och sjukskrivning som följd, 96 procent angav att de skadat sig på stickande föremål men trots detta fortsatt att arbeta. Majoriteten i undersökningsmaterialet, 65 procent, hade arbetat tio år eller mera i yrket.

Jämfört med friska manliga personer i befolkningen så angav sophämtarna i betydligt högre utsträckning besvär från skuldror (61 procent), nacke (50 procent) och höftleder (39 procent). 70 procent upplever att de känner sig så friska att de kroppsligt kan göra vad de vill på sin fritid.

Cirka 80 procent av sophämtarna angav att det ofta var dåligt skottat eller dåligt snöröjt vintertid. Andra orsaker till hinder i arbetet var framför allt dålig belysning och snubbelrisk i trappuppgången.

Slutsatsen blev att sophämtarna är en grupp som har mer kroppsliga besvär än genomsnittet men som ändå trivs bra med sina arbeten och sina arbetskamrater och inte har högre sjukskrivningsfrekvens än andra grupper i samhället.

## Introduktion

Ryggbesvär och andra besvär från rörelseorganen är ett stort hälsoproblem i västvärlden. I Sverige utgör besvär i rörelseorganen sedan många år den dominerande andelen av sjukdomar som anmäls till försäkringskassan som arbetsorsakade och som i många fall leder till sjukpension. År 2001 beviljades 14 591 personer förtidspension på grund av psykiska sjukdomar och syndrom och 22 698 personer på grund av muskuloskeletala sjukdomar (7).

Under de fyra åren 1995 till och med 1998 var antalet nybeviljade förtidspensioner för män i genomsnitt 18 221 årligen. Av dessa stod psykisk sjukdom för 21,9 procent och rörelseorganens sjukdomar för 35,9 procent (1).

Det är väl känt att sophämtarna är en yrkesgrupp som har ett fysiskt tungt arbete i kombination med obekväma arbetsställningar men även i övrigt en dålig fysisk arbetsmiljö. Belastande arbetsställningar under samtidig rotation av bålen förekommer ofta i samband med sophämtning och förekommer i än större utsträckning tidigare, innan dagens sopkärllssystem infördes och ilastningen av sopor i sopbilen började göras maskinellt. Flera tidigare undersökningar av sophämtare visar på detta (2, 3, 4). De vanligaste fysiska arbetsmiljöfaktorerna sophämtarna utsätts för är bland andra stora temperaturskillnader, smuts, buller, halkrisker, obehaglig lukt och svårigheter att ta sig fram i trafiken och till hämtningsställena. Misstankar om hälsorisker till följd av organiskt damm som bildas i samband med hantering av hushållsavfall har också studerats, dock utan att några säkra slutsatser kunnat dras (5, 6).

Många sophämtare klarar inte att arbeta i yrket fram till ålderspensionsdagen utan får sjukpension. Många av dessa fortsätter att vara handikappade på grund av muskuloskeletal besvär med följande svårigheter att leva ett aktivt pensionärs liv.

Till den företagshälsovård där jag arbetar är Norrköpings kommuns sophämtare anslutna. Trots ovan beskrivna erfarenheter är antalet sophämtare som söker oss lågt. De som sökt vård har i flera fall haft uttalad funktionsnedsättning men trots besvären ändå arbetat. Denna diskrepans mellan risk för ohälsa och sökt läkarvård var en anledning till denna studie. Dessutom fanns funderingar om de sju ägarstrukturomvandlingarna under de senaste tio åren hade påverkat hälsoläget för denna yrkesgrupp.

### **Arbetets natur i korthet**

Samtliga hanterade avfall från framförallt hushåll och restauranger. Gemensam samling sker klockan 06.30, då eventuell extraordinär information ges, varefter arbetet startar. Två personer handhar gemensamt en sopbil under arbetsdagen. Man kan själv besluta om uppdelningen av körandet om bägge har krävd körkortsbehörighet (tung lastbil). Sopbilen är en så kallad baklastare. Sedan en längre tid tillbaka finns sopkärll istället för tidigare sopsäckar. Dessa sopkärll hämtas genom dragning och rullning fram till sopbilen, där en mekanisk anordning tömmer sopkärlet i soputrymmet, varefter de tömda sopkärllarna forslas tillbaka. Avhängigt områdets fysiska natur, innerstad/småhusområde och antalet sopkärll vid varje avhämtningsställe, varierar det om bara en eller bägge ägnar sig åt själva tömningen. I genomsnitt två gånger per dag körs bilen till avfallsanläggning och töms på sitt innehåll. För att minska olycksfallsrisken för sophämtarna i Norrköping har sedan september 2003 förbud införts mot att under fordonets gång åka på fotsteget baktill. Där det är nära mellan hämtningsställena promenerar sophämtaren, medan det vid litet längre avstånd krävs att sophämtaren antror förarhytten. Risker som förekom tidigare då säckar användes, till exempel skador av stickande och skärande föremål och otymplig hantering, har i och med introduktionen av sopkärll betydligt reducerats.

Syftet med studien var att undersöka sophämtarnas fysiska och psykosociala arbetsmiljö med fokus på följande specifika frågor;

1. Har sophämtarna mer besvär i rörelseorganen än andra yrkesgrupper?
2. Uppfattas arbetet som tungt av sophämtarna själva?
3. Hur ofta förekommer olycksfall i arbetet?
4. Hur är arbetstrivseln?
5. Hur ser sjukfrånvaron ut i gruppen?

### **Studiepersoner**

Den undersökta gruppen bestod av 24 individer från det största sophämningsföretaget i Norrköping. En person kunde inte svara på enkäten på grund av sjukdom. Samtliga arbetade heltid, 06.30 – 15.30 måndag till och med torsdag och fredagar 06.30 – 13.00. Två dagar per år, juldagen och nyårsdagen, var alltid arbetsfria. I normalfallet var man ledig också varje lördag och söndag, såvida inte omständigheterna krävde arbete dessa dagar. Medelåldern för gruppen var 46 år. Den yngsta var 22 år och den äldsta 61 år. Gruppen var uttalat mansdominerad. Majoriteten, 65 procent, hade arbetat tio år eller mera som sophämtare. Ingen hade arbetat kortare tid än ett år.

### **Metoder**

Studien inleddes med att jag vid fyra tillfällen under våren 2003 samlade en fjärdedel av arbetsstyrkan per gång för att informera om uppläggningsen av densamma och samtidigt informera om eventuella åtgärder vid besvär från rörelseorganen.

Samtliga studiepersoner svarade under försommaren och sommaren 2003 på en enkät som innehöll frågor om bakgrundsfaktorer, fysiska och psykosociala arbetsmiljöförhållanden, besvärsförekomst i rörelseorganen samt hälsotillstånd.

Majoriteten av frågorna hade fasta svarsmöjligheter. Frågeformuläret besvarades anonymt på grund av det relativt låga antalet sophämtare, men arbetsgivaren tillsåg att enkätsvaren lämnades i en kartong och att de svarande blev avprickade.

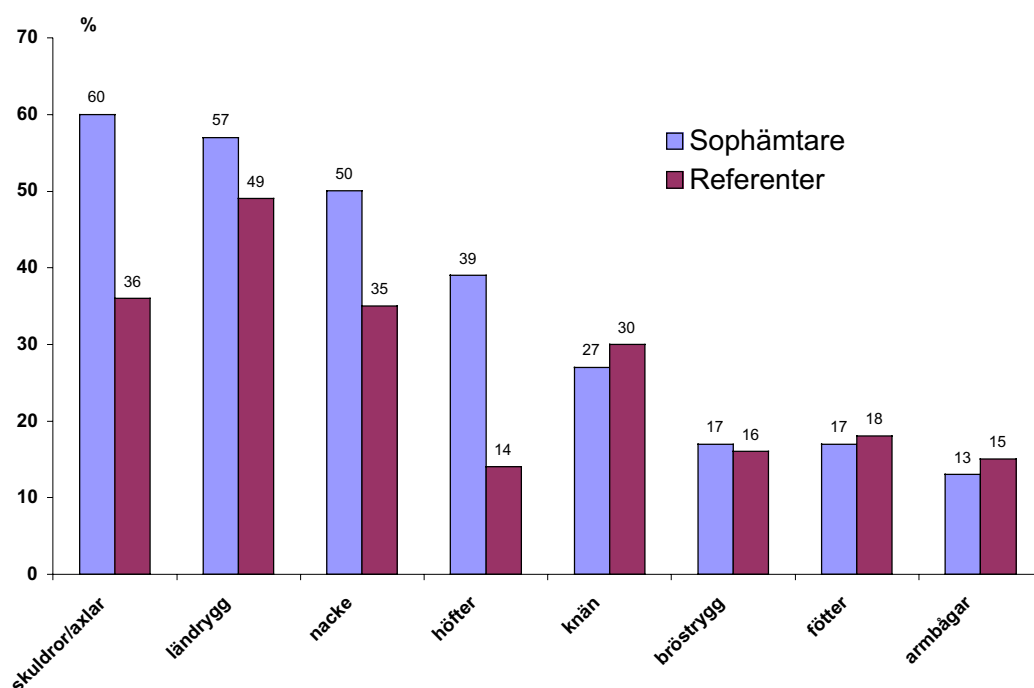
Under hösten 2003 besöktes arbetsplatserna för att få en vidare uppfattning om arbetets art. I oktober 2003 utrustades fyra sophämtare, två äldre och två yngre, med pulsklockor, Polar Sporttester, för att registrera pulsfrekvensen under en arbetsdag. Pulsklockorna applicerades på morgonen och testpersonerna instruerades i hur de skulle stänga av dessa vid arbetsdagens slut. Dessa fyra personer fick dessutom genomgå submaximal konditionstest vid företagshälsovården. Maximalpuls uträknades enligt Bruce  $HR_{max} = 210 - (0,662 \times \text{ålder})$ . Efter arbetsdagen bedömde personerna med hjälp av Borgskalan hur kroppsligt ansträngande arbetet varit under dagen.

### **Resultat**

#### **Besvär från rörelseorganen**

Det förelåg en högre besvärsförekomst i skuldror/axlar (60 %), nacke (50 %), ländrygg (57 %) samt höfter (39 %) jämfört med andra friska yrkesverksamma män ( $n=716$ ) i befolkningen (Figur 1).

70 procent ( $n=16$ ) ansåg dock att de kände sig så friska så att de kroppsligt kunde göra vad de ville på sin fritid. 3 personer hade genomgått någon operation i rörelseorganen.



Figur 1. Andelen av sophämtare samt friska män i olika yrkesgrupper med besvär i rörelseorganen.

### Arbetsstyngd

På frågan om arbetet kräver *hög kroppslig belastning* svarade 47 procent (n= 11), att det ofta krävde hög belastning, 52 procent, att det ibland krävdes. Dessutom ansåg 43 procent att arbetet krävde att man ofta arbetar *mycket fort*.

### Uppmätt pulsfrekvens under arbetsdagen

Registrering av hjärtfrekvens genomfördes sålunda på fyra personer och startades vid arbetsdagens början. Av tekniska skäl kom registreringstiden att variera mellan 1,5 och 8,4 timmar (1,5, 4,2, 8,4, 8,4).

Tabell 1. Uppmätt vilopuls, beräknad maxpuls, medelpuls under registreringstiden samt medelpuls i procent av maxpuls

#### Renhållningsarbetare

	Ålder	Vilopuls	Maxpuls	Medelpuls	% av maxpuls
Fp1	57	64	172	82	48%
Fp2	33	53	188	76	40%
Fp3	30	67	190	97	51%
Fp4	46	66	180	83	46%
Medel	42	63	183	85	46%

### Arbetsolycksfall

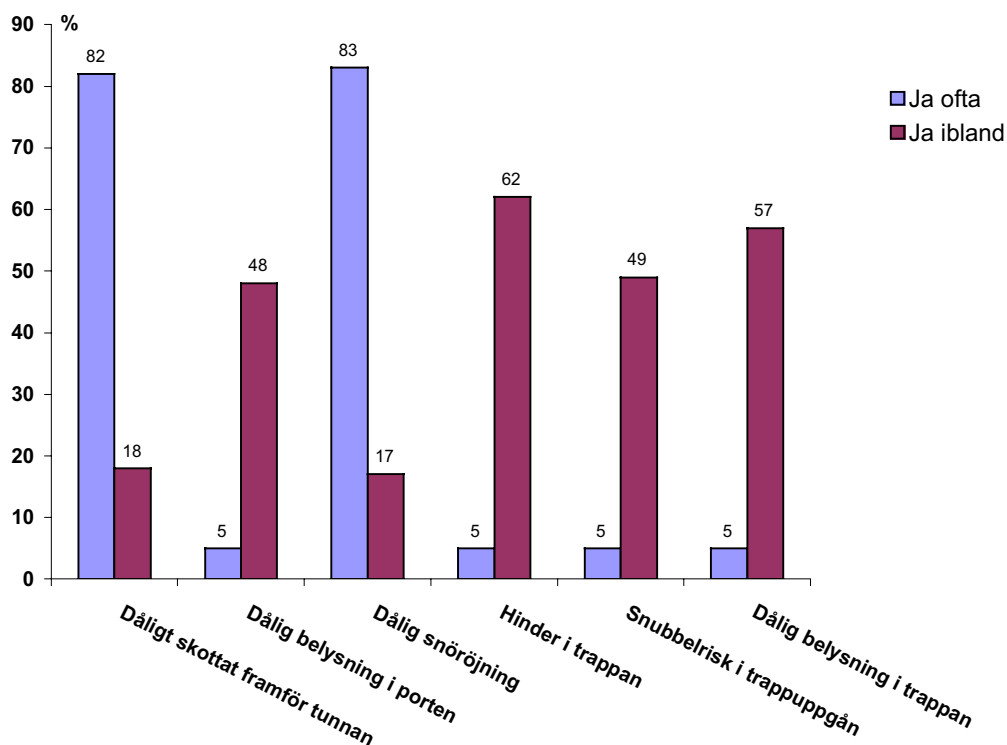
Olycksfall i arbetet med skada och sjukskrivning som följd hade 8 av 23 råkat ut för, 35 procent. 5 personer (22 procent) ansåg att de på grund av arbetet fått någon infektion. Nio personer (39 procent) hade aldrig lämnat in någon *arbetsskadeanmälan*, resterande personer hade rapporterat mellan 1 och 5 stycken.

### Trivseln på arbetsplatsen

Samtliga sophämtare svarade att de trivdes med sitt arbete. På frågan ”*Kommer du bra överens med dina arbetskamrater?*” svarade samtliga ja och så gott som samtliga (96 procent) trivdes mycket eller ganska bra med sina arbetstider. Tre personer, hade dock under det senaste året *funderat över att byta till annat arbete*. Majoriteten (87 procent) ansåg att de alltid eller för det mesta var med och beslutade om uppläggningsen av arbetet. Möjligheten att *bestämma arbetstakten* nästan hela tiden upplevde 70 procent att de hade och 74 procent svarade att uppgifterna var engagerande i det stora hela eller i någon mån. Att arbetet är mycket *betydelsefullt* ansåg 61 procent. Att *arbetet värderas* ”mycket positivt” av andra ansåg 30 procent och i ”det stora hela positivt” av ytterligare 48 procent.

### Fysisk arbetsmiljö

Dålig snöröjning och dåligt skottat framför tunnorna var de fysiska faktorer i arbetsmiljön som rapporterades som ofta förekommande (Figur2). 91 procent av sophämtarna hade aldrig/nästan aldrig blivit *hotade/överfallna* i sitt arbete.



Figur 2. Andelen av sophämtare med upplevda fysiska hinder i arbetsmiljön.

74 procent ansåg att de var utsatta för hälsovådliga faktorer i arbetsmiljön. 14 av dessa 17 personer trodde att kompost och mögel var skadligt för deras hälsa.

### **Förändringar av arbetsvillkoren under det senaste året**

39 procent ansåg att *arbetsbelastningen* hade ökat, 48 procent att den var oförändrad och 13 procent att den minskat.

*Tidspressen* ansåg 57 procent vara oförändrad, 39 procent ansåg den ökad. *Omväxling i arbetsuppgifterna* var enligt 96 procent oförändrad eller ökad. *Stöd och uppbackning* tyckte alla var oförändrad eller ökad. *Anställningstryggheten* tyckte 61 procent var oförändrad, 30 procent att den var minskad.

*Lön i förhållande till arbetsinsats* var oförändrad eller ökad enligt 65 procent, medan 35 procent ansåg att den hade minskat.

83 procent ansåg att de hade *möjligheten att förena yrkesarbete och privatliv*. Var fjärde person rapporterade att de under den senaste treårsperioden hade haft annat arbete vid sidan av sophämtningen.

### **Psykosomatiska symptom**

Vad beträffar psykosomatiska symptom så förekom de inte i någon större utsträckning. Endast få personer uppgav besvär.

### **Astma och allergi**

96 procent besvärades aldrig av astma. Allergisymptom förnekades helt av 78 procent, 13 procent hade det sällan (någon till några gånger per år) och 9 procent hade det ibland (någon till några gånger per månad). Några få personer uppgav att de ibland hade besvär med andningen.

### **Sjukfrånvaron**

Frågan ”*Under ungefär hur många dagar de senaste 6 månaderna har Du inte kunnat utföra Ditt yrke eller Ditt hemarbete på grund av dina besvär?*” rapporterade 65 procent (n= 13) ingen sjukdag alls, en var sjuk under hela tiden och de övriga hade mellan 8 och 25 sjukdagar.

### **Diskussion**

Den allmänna kartläggningen av sophämtarna och deras arbetsmiljö, som var avsikten med denna studie, har jag försökt fokusera på förekomsten av besvär i rörelseorganen, arbetstyngden, arbetsolycksfallförekomsten, trivseln och sjukfrånvaron.

Vad gäller besvär från rörelseorganen, så var dessa relativt vanligt förekommande med högre frekvens av besvär från nacke, skuldror/axlar, ländrygg och höfter jämfört med andra friska yrkesverksamma män i befolkningen. I och med att arbetet nu blivit mindre fysiskt ansträngande än tidigare, så kan man hoppas på att dessa besvär kommer att minska i frekvens. Tidigare var avhopp från och påhopp till fotsteget snarare regel än undantag, men sedan detta nu blivit förbjudet kommer ryckande och tryckande belastningar att minska och förhoppningsvis även de sena skadorna. Sopkärl istället för säckar och maskinell istället för manuell tömning kommer förmodligen också på sikt att ge ett positivt resultat vad gäller belastningsskador.

Arbetet uppfattas av sophämtarna själva som fysiskt tungt. Ingen ansåg det fysiskt lätt. Vid pulsregistreringen fann man dock att hjärtfrekvensen under arbetet inte var påtagligt hög. Man kan förmoda att upplevelsen av arbetstyngd endast till viss del beror på kardiovaskulär belastning och i stor utsträckning är beroende av tunga lyft och obekväma arbetsställningar. Vid jämförelse med en undersökning av tidningsbud (direkt information av civilingenjör Eva Bernmark) så kan man konstatera att medelpulsen under arbetstiden ligger betydligt lägre för

sophämtarna. En förklaring till detta kan vara att det i sophämtningen även ingår perioder, olika långa, då man sitter i bilen för att ta sig till nästa ställe, vilket innebär vila, medan tidningsbuderna i stort sett är aktiva hela tiden. Förmodligen är arbetet som tidningsbud även mer konditionskrävande till sin natur, medan sophämtning fordrar mer styrka. Av betydelse var förmodligen också att tre av de fyra sophämtarna som deltog i mätning av hjärtfrekvens under arbete också var elitmotionärer.

Arbetsolycksfall med följande sjukskrivning hade 35 procent upplevt. 96 procent hade skadats av skärande eller stickande föremål men trots detta fortsatt att arbeta. Uppenbarligen hade många fått arbetsskador men färre sjukskrivit sig för dessa. 39 procent hade aldrig lämnat in någon arbetsskadeanmälan, vilket visar att benägenheten att göra detta är ganska låg i denna yrkesgrupp. Om det betyder "litet måste man tåla" kan inte bedömas. Trots att 57 procent av sophämtarna trodde att komposthantering och hantering av möjligt avfall och damm var skadligt för deras hälsa, så uppgav majoriteten att de aldrig hade andningsbesvär, allergiska besvär eller astma.

Arbestrivseln och den psykosociala miljön uppfattades av alla som god. Vid mina arbetsplatsbesök var huvuddelen av arbetsstyrkan redan omklädd och samlad en halvtimme före arbetets början, det vill säga redan klockan 6, för att dricka morgonkaffe och prata. En sundsvallsundersökning av sophämtare 1989/90 (4) visade att endast 49 procent upplevde samarbetet och gemenskapen som oftast god, medan 24 procent ansåg att så sällan eller aldrig var fallet. Psykosomatiska symptom förekom i liten utsträckning trots de många omorganisationerna under de senaste åren.

Frågan om sjukfrånvaro under det senaste halvåret var den fråga med högst svarsbortfall. Endast 20 av 23 besvarade den. Huruvida de tre som inte svarade med det menat att de inte hade någon sjukdag alls, kan inte bedömas. Förvånande och glädjande är dock att hela 57 procent inte hade någon sjukdag alls. Frånsett en person som var sjukskriven helt och hållet under det senaste halvåret på grund av besvär i rörelseorganen, så stora att han förmodligen inte återkommer till arbetslivet, så hade de övriga sex som angett sjukdagar i genomsnitt varit borta från arbetet i 14 dagar. Någon säker slutsats om huruvida sjukfrånvaron är högre än genomsnittet eller inte kan således inte dras. Räknar man bort den man som varit sjukskriven under hela tidsperioden, så sjunker också det genomsnittliga antalet sjukdagar betydligt, till 9 dagar per sophämtare och år. Sjuktalet för män var 1999 strax under 13 dagar (1).

Av de 24 aktuella sophämtarna svarade 23 stycken på enkäten. Ett svarsbortfall, 4 procent, får anses lågt.

## Konklusion

De 24 sophämtare i Norrköping som jag haft med i denna undersökning upplever alla att de har ett tungt arbete. Förekomsten av besvär från rörelseorganen är hög. Psykosomatiska besvär är sällan förekommande. Olycksfall i arbetet förekommer relativt ofta medan arbetsskadeanmälningar mera sällan görs. Trivseln med arbetet och arbetskamraterna är god. De hade heller ingen högre sjukfrånvaro.

## Speciellt tack

Går till min handledare Med dr./ergonom Monica Mortimer vid Arbetslivsinstitutet för all lotsning genom detta arbete, civilingenjör Eva Bernmark, Arbets- och miljömedicin, SLL

som hjälpt till med pulsregistratorer och analyser av dessas data samt arbetsledare och anställda vid SITA Återvinning i Norrköping.

## Litteraturreferenser

1. Arbetsliv och hälsa 2000, Arbetarskyddsstyrelsen/Arbetslivsinstitutet, redaktör Staffan Marklund.
2. Eriksson K. Sophämtarnas nya arbetsmiljö i Falun. Projektarbete vid Arbetslivsinstitutet 1996/97.
3. Harrysson–Lindquist E. Fysisk belastning och förekomst av besvär i rörelseorganen hos renhållningsarbetare. Examensarbete vid Arbetsmiljöinstitutets kurs i företagshälsovård 1987/88.
4. Olsson–Wetzenstein H. Hur mår våra sophämtare? Examensarbete, företagsläkarutbildningen, AMI, 1989/90.
5. Rylander R. Och Petersson Y. Undersökning av renhållningsarbetare. Rapport 2/97, avdelningen för miljömedicin, Göteborgs universitet.
6. Thorn J. och medförfattare. Undersökning av renhållningsarbetare i Kristianstad. Rapport 4/97, avdelningen för miljömedicin, Göteborgs universitet.
7. Wallin G. Arbetsställningar i samband med manuell varuexpediering på lager. Projektarbete vid Arbetslivsinstitutet 2003.



# Utvärdering om nya samarbetsrutiner inom företaget kan minska sjukfrånvaron

Författare: Per-Olof Wiberg, Pfizer

Handledare: Tomas Hemmingsson, Arbetslivsinstitutet, Stockholm

Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2002/2003

## Sammanfattning

Sjukfrånvaron, dess orsaker och kostnader, är ett livligt debatterat ämne. Det engagerar enskilda personer, institutioner, myndigheter, anställda, företagsledare, massmedia, mm. Detta är naturligt, då kostnaderna för sjukfrånvaron har tagit sådana proportioner att hela samhällslivet, på ett högst påtagligt sätt, påverkas negativt.

Studien vill belysa att ett tidigt engagemang och ett närmare samarbete mellan företagshälsovård, personalorganisation och arbetsledning kan minska den höga sjukfrånvaron i företaget. Projektet var en longitudinell-experimentell studie. Studien sträckte sig över två år. Studiepopulationen var kollektivanställda på två produktionsenheter inom läkemedelsproduktion. På en produktionsenhet genomfördes intervention successivt över 13 månader. Den andra produktionsenheten fortsatte, enligt tidigare koncept. Statistik inhämtades från företagets löneredovisningssystem. Skillnader i anställningstid, ålder, kön och personalomsättning registrerades. Även antal anställda per arbetsledare, skiftarbete och övertid registrerades. Månatliga rapporter om sjukfrånvaro dag 1-14, dag 15-59, samt dag 60-, sammanställdes. Uppskattade produktionsvolymerna sammanställdes av produktionsledningen.

Efter mätperiodens slut jmf sjukfrånvaromönstret och en tydlig skillnad framkom. I interventionsgruppen hade den totala sjukfrånvaron minskat från 17,99-14,76 % (vilket innebar en procentuell minskning med 18 %). Medan en ökning av den totala sjukfrånvaron registrerades i kontrollgruppen, 7,23-9,97 % (vilket innebar en procentuell ökning med 38 %). Förändringarna framstod tydligast efter att intervention påbörjades.

## Inledning

Sjukfrånvaron, dess orsaker och kostnader, är ett livligt debatterat ämne. Det engagerar enskilda personer, institutioner, myndigheter, anställda, företagsledare, massmedia, mm. Detta är naturligt, då kostnaderna för sjukfrånvaron har tagit sådana proportioner att hela samhällslivet, på ett högst påtagligt sätt, påverkas negativt.

En kartläggning av sjukfrånvaromönster, samt analys av vänte- och omarbetningstider, mm, genomfördes av ekonomie doktor Paula Liukkonen under december 2001 på hela fabriken. Detta som ett led i arbetet att framställa ett hälsobokslut (1). Där framkom det att sjukfrånvaron, både kort och lång sjukfrånvaro, var hög i jämförelse med bl a branschstatistik (2).

Under april månad 2002 påbörjades en intervention inom produktionsenhet D. Olika företrädare för FHV, personalorganisation och arbetsledare träffades månatligen. Ett flertal insatser genomfördes under perioden 2002-4- -2003-05. En hälsoplan arbetades fram för perioden 2002/2003, där det långsiktiga målet för företaget var att; "bli det bäst skötta företaget inom läkemedelsbranschen". Öka medvetenheten kring hälsofrågor. På avdelningsnivå; "att vara ett föredöme för andra avdelningar i arbete kring hälsa". På individnivå; "att personalen ska må bra såväl fysiskt, psykiskt som socialt". Syftet med undersökningen var att utvärdera ev effekter av denna intervention på senare sjukskrivningsmönster inom produktionsenhet fabrik D, i jämförelse med sjukfrånvaromönstret på produktionsenhet fabrik M, där intervention ej genomfördes. Båda enheterna producerar läkemedel för injektionsbruk, där den färdiga produkten är en två-kammarspruta med läkemedlet som torrs substans, samt lösning. Produktion sker bl a i aseptisk miljö.

I en rapport från institutet för personal –och företagsutveckling nämns några faktorer på individ-, organisations- och nationell nivå som kan förklara (sjuk) frånvaro .

Individnivå: arbetstillfredsställelse, attityder till arbetet, engagemang och arbetsprestation, psykiska och medicinska faktorer, ålder och anställningstid, kön och hemförhållanden.

Organisationsnivå: företagets frånvaropolicy, interventioner för att få ned sjukfrånvaron, flexibla arbetstider och arbetstidens förläggning, bonussystem, gruppnormer och självstyrandegrupper, oklarhet om yrkesrollen och arbetets status.

Nationell nivå: generella ekonomiska förhållanden och villkor, arbetslöshet, kulturella skillnader mellan länder och regioner, sociala normer.

Tidigare studier har påvisat att processer på arbetsplatsen som omfattar både de anställda, arbetsledning och organisation ger bättre resultat än enbart individriktat perspektiv (3).

Andra frågor som jag ville ha belysta var:

1. Hur kön, ålder, personalomsättning, arbetsledning, påverkar eventuella skillnader i sjukfrånvaromönstret.
2. Om skillnader i arbetslagens storlek, övertidsarbete, skift gång etc påverkar mönstret.
3. Om andra faktorer, än ovan beskrivna, kunde förklara utfallet.

Flera tidigare undersökningar har påvisat att ovanstående faktorer har betydelse för skillnader i ohälsa och arbetsrelaterade besvär (5).

### **Undersökt grupp**

De undersökta grupperna bestod av kollektivanställda inom respektive produktionsenhet. Vid mätperiodens start, 2001-07-01, var det 59 st kollektivanställda inom produktionsenhet fabrik D (interventionsgrupp) och 84 st kollektivanställda inom produktionsenhet fabrik M (kontrollgrupp). På fabrik D arbetade 23 personer dagtid och 30 personer 2-skift vid mätperiodens slut, 2003-05-31. På fabrik M arbetade 1 person dagtid, 84 personer arbetade 2-skift samt 11 personer hade ständigt nattarbete, vid mätperiodens slut. På fabrik D var alla tillsvidareanställda och på fabrik M var 91 st tillsvidareanställda och 5 st hade visstidsanställning. Varje arbetsledare på fabrik D hade ansvar för 26 personer och motsvarande siffror för arbetsledarna vid fabrik M var 32 personer. Procentandel kvinnor på fabrik D var ca 75 % och motsvarande andel på fabrik M var ca 50 %. Ålders sammansättningen skiljer sig också mellan produktionsenheterna; på fabrik D var drygt 26 % av de kollektivanställda 50 år eller mer, motsvarande siffra på fabrik M var drygt 10 %.

### **Metod**

Projektets mätperiod var från 2001-07-01 till 2003-05-31. Studien var upplagd som en longitudinell-experimentell studie. Månatlig sjukfrånvarostatistik inhämtades från företagets löneredovisningssystem. Sjukfrånvaron registrerades i procent av kontrakterad tid och grupperades i procent frånvaro 1-14 dagar, 15-59 dagar och dag 60-, samt total sjukfrånvaro. Även övrigt statistik underlag inhämtades från företagets redovisningsenhet.

Under april månad 2002 inleddes ett samarbete med produktionsenhet fabrik D. En hälsoplan arbetades fram för perioden 2002/2003, med målbeskrivning, aktivitetsinsatser. Detta presenterades för de anställda på arbetsplatsträffar. Samarbetet pågick till och med maj månad 2003. Det primära syftet var att försöka minska sjukfrånvaron. Arbetsledare, företagshälsovård och personalorganisation träffades och initierade interventionsinsatser:

- Återkommande genomgångar mellan arbetsledare och företagsläkare av anställda med rehabiliteringsbehov, enligt lagstadgade försäkringskassedirektiv. Samarbetet utvecklades senare till möten mellan anställd, personalman, arbetsledare och företagsläkare i syfte att förbättra den anställdes rehabilitering.
- Arbetsledningen introducerade en ny metod, för produktionsenheten, att följa upp och synliggöra den anställdes sjukfrånvaro och som rapporteringsunderlag för personalavdelningen och andra berörda med personalansvar att hålla kontakt med den sjukskrivne. Metoden innebar att blankett ”personlig sjukuppföljning” introducerades (bilaga 1).
- Ergonomisk genomgång av arbetsställningar, lyftteknik, hjälpmedel och personlig skyddsutrustning.
- Sjukgymnast informerade och introducerade de anställda om olika program att förebygga skador.
- Friskvårdenheten utbildade några anställda som hälsoinspiratörer (6 st) på enheten, som gruppleddare till pausgymnastik, avslappning, stavgång, etc. En enkät genomfördes av de anställda om hälsoläget. Möjligheten att delta i rökavvänjningsgrupp erbjöds de anställda.

## Resultat

Av nedanstående tabell 1 framkommer det att den totala sjukfrånvaron under första mätperioden 2001-06--2002-05 för män var 7,78 % och för kvinnor 20,77 % av kontrakterad tid på fabrik D (interventionsgrupp). Den totala sjukfrånvaron var 17,99 % av kontrakterad tid. Motsvarande siffror för fabrik M (kontrollgrupp) var; män 4,43 % och för kvinnor 9,57 % samt total sjukfrånvaro på 7,23 % av kontrakterad tid, under samma mätperiod.

Under andra mätperioden 2002-06--2003-05 var sjukfrånvaron för män 7,88 % (vilket innebär en procentuell ökning med 9 %) och för kvinnor 16,90 % (vilket innebär en procentuell minskning med 19 %) samt total sjukfrånvaro 14,76 %, (vilket innebär en procentuell minskning med 18 %) av kontrakterad tid på fabrik D. Motsvarande siffror för fabrik M under samma mätperiod var för män 7,15 % (vilket innebär en procentuell ökning med 61 %) och för kvinnor 12,81 % (vilket innebär en ökning med 34 %) samt total sjukfrånvaro på 9,97 %, r (vilket innebär en procentuell ökning med 38 %) av kontrakterad tid. Av tabellen framgår det vidare att minskningen av sjukfrånvaron inom fabrik D(intervention), under den totala mätperioden, registrerades inom alla tre segmenten (dag 1-14, dag 15-59, samt dag 60-), mest påtagligt D 15-59 (med en procentuell minskning med 50 %) Motsvarande siffror för fabrik M (kontroll) visar på en ökning inom alla tre segmenten under samma period, mest påtagligt D60- (med en procentuell ökning på 146 %). Tabell 1 är en sammanställning från lönekontoret utifrån månatligt statistikunderlag om sjukfrånvaro ( bilaga 2). En mindre diskrepans föreligger mellan dessa resultat. Enligt ansvarig statistiker beror denna diskrepans på viss eftersläpning av inkommande underlag. Det säkrast statistiska underlaget, att tolka sjukfrånvaron över dessa perioder, är presenterat i tabell 1.

**Tabell 1. Sjukfrånvaro 2001-06- - 2003-05****Sjukfrånvaro 2001-06--2002-05 av kontrakterad tid.**

FABR	KÖN	D 1-14 %	D 15-59 %	D 60- %	SJ TOT %
fabrik D	MÄN	7,78	0,00	0,00	7,78
fabrik D	KVINNOR	4,41	4,07	12,30	20,77
<b>TOTALT</b>		<b>5,13</b>	<b>3,19</b>	<b>9,66</b>	<b>17,99</b>

FABR	KÖN				
fabrik M	MÄN	4,00	0,43	0,00	4,43
fabrik M	KVINNOR	4,72	1,78	3,07	9,57
<b>TOTALT</b>		<b>4,39</b>	<b>1,16</b>	<b>1,67</b>	<b>7,23</b>

**Sjukfrånvaro 2002-06- -2003-05 av kontrakterad tid.**

FABR	KÖN	<u>D1-14 %</u>	<u>D 15-59 %</u>	<u>D 60- %</u>	<u>SJ TOT %</u>
fabrik D	MÄN	5,38	1,03	1,47	7,88
fabrik D	KVINNOR	4,28	1,8	10,83	16,9
<b>TOTALT</b>		<b>4,54</b>	<b>1,61</b>	<b>8,61</b>	<b>14,76</b>

FABR	KÖN				
fabrik M	MÄN	4,36	1,22	1,57	7,15
fabrik M	KVINNOR	4,53	1,62	6,66	12,81
<b>TOTALT</b>		<b>4,45</b>	<b>1,42</b>	<b>4,11</b>	<b>9,97</b>

Övertidsarbete mättes under senare period (2002-06—2003-05) i procent av kontrakterad tid. Resultatet för fabrik D var 2,28 % och för fabrik M 1,67 %. Under mätperioden första år (dvs 2001-06—2002-05) nyanställdes 7 personer (11,6 %) på fabrik D och 4 personer (6,6 %) slutade. Motsvarande siffror för fabrik M var; 21 nyanställdes (23 %) och 6 personer (5,6 %) slutade. Under mätperiodens andra fas (dvs 2002-06—2003-05) skedde inga nyanställningar på någon av enheterna. 8 personer (5,6 %) slutade på fabrik D (intervention) och 7 personer (6,2 %) slutade på fabrik M (kontroll).

Exakta månatliga produktionsvolymerna under mätperioden var svåra att få fram, men ansvariga på produktionsenheterna har gjort kvartalsvisa beräkningar från kvartal (Q) 4, år 2001—kvartal (Q) 2, år 2003. Tabell nedan uppskattade beräkningar, baserade på procent av maximal produktionskapacitet.

**Tabell 2. Uppskattade produktionsvolymerna fabrik D, fabrik M Q4 2001—Q2 2003.****fabrik D**

Q4 2001	Q1 2002	Q2 2002	Q3 2002	Q4 2002	Q1 2003	Q2 2003
80 %	60 %	40-60 %	60 %	60-80 %	60-80 %	100-80 %

**fabrik M**

Q4 2001	Q1 2002	Q2 2002	Q3 2002	Q4 2002	Q1 2003	Q2 2003
75 %	85 %	85 %	85 %	85 %	85-100 %	60 %

Den totala frånvaron (dvs sjukfrånvaro + lagstadgad frånvaro) mättes också under dessa två perioder, tabell 3.

**Tabell 3. Total frånvaro och arbetad tid fabrik D, fabrik M 2001-06—2003-05**

**FRÅNVARO 2001-06--2002-06**

KÖN	FRÅNVARO %
KVINNOR	44,33
MÄN	18,86
	FRÅNVARO %
<b>fabrik D</b>	<b>38,87</b>
KVINNOR	34,78
MÄN	19,02
	FRÅNVARO %
<b>fabrik M</b>	<b>27,60</b>

**FRÅNVARO 2002-06--2003-05**

KÖN	FRÅNVARO %
KVINNOR	44,47
MÄN	23,86
	FRÅNVARO %
<b>fabrik D</b>	<b>39,58</b>
KVINNOR	39,68
MÄN	23,18
	FRÅNVARO %
<b>fabrik M</b>	<b>31,42</b>

**Arbetad tid fabrik D 2001-06--2002-05 = 61 %**

**Arbetad tid fabrik D 2002-06--2003-05 = 60 %**

**Arbetad tid fabrik M 2001-06--2002-05= 72 %**

**Arbetad tid fabrik M 2002-06--2003-05= 69 %**

Statistik från svenskt näringsliv 2002, redovisar för allokemisk industri arbetad tid (exkl. övertid) på 71,55 %, sjukfrånvaro 9,77 %, övrig frånvaro på 18,68 %.

## Diskussion

Fynden i studien visar en 18-procentig minskning av total sjukfrånvaro, efter att aktiva insatser genomfördes på produktionsenhet fabrik D. Under motsvarande tid observerades en ökning med 38 % av totala sjukfrånvaron på produktionsenhet fabrik M, där inga extra åtgärder vidtogs. Förändringen framkom tydligast efter intervention påbörjades. Den totala frånvaron var också hög, i jmf med bransch statistik (2), framförallt inom fabrik D. Interventionen genomfördes successivt över en relativt kort period-13 månader. Inga externa insatser användes, utan endast personalinsatser från företagets befintliga stödfunktioner till produktion, dvs företagshälsovården, personalorganisation, arbetsledare och internt utbildade hälsoinspiratörer.

Vid mätperiodens början fanns det stora skillnader i sjukfrånvaro, könsfördelning, ålder, arbetad tid mellan de två enheterna. Skillnader kan till viss del förklaras med att produktionsenhet fabrik M bildades ur en gemensam produktionsenhet. Kvarvarande produktionsenhet fick namnet fabrik D. Enligt arbetsledare, som varit med under hela processen, så rekryterades personal till fabrik M från denna gemensamma enhet. En selektion kan ha skett redan då, så att enbart "frisk" personal togs över. Vidare har arbetsledningen på fabrik M varit mer stabil, till skillnaden från fabrik D, där omsättningen av arbetsledare varit mer frekvent, detta har sannolikt haft negativ inverkan, då arbetsmiljö förbättrande åtgärder och personalstödande insatser inte fått fortlöpande uppmärksamhet. Fabrik M:s ledningen har däremot, enligt egen utsago, tagit en mer aktiv roll i rekryteringsprocessen och även arbetat mer aktivt för att förbättra arbetsmiljön, t.ex. minimera tynga lyft. Dessa faktorer påverkar sjukfrånvaromönstret enligt tidigare studier och att arbetsledarna har en nyckel roll, i arbetet att påverka ohälsa i arbetsmiljön (1, 3, 4).

Projektet genomfördes under en period då hela företaget var inne i en stor förändringsprocess, olika verksamheter togs över av externa leverantörer av tjänster. Båda produktionsenheterna skulle på sikt flyttas till annan ort. Under sommaren 2002 lades ett bud på hela koncernen och affären blev klar april 2003, då hela verksamheten gick över i annan regi. Detta skapade oro i båda personalgrupperna, som kan ha ökat sjukfrånvaron. Tidigare studier visar att större omorganisationer ger högre sjukfrånvaro initialt (7). Anställningsstopp infördes under januari 2003 på båda enheterna. Höga kostnadsbesparingar har införts på alla produktionsenheter, detta har ställt högre krav på personalen, och det kan ha påverkat sjukfrånvaron negativt i båda grupperna. Då båda enheterna var utsatta går det dock inte att avläsa detta i någon statistisk skillnad. Kvarvarande personal, på båda enheterna, erbjöds extra ersättning, för att stanna kvar i produktion tills flytten av fabriken verkställs, s k "stanna kvar peng". Denna summa beräknas på antal arbetade timmar, och skiljer sig inte mellan de båda undersökta enheterna. Detta har förmodligen lett till en lägre personalomsättning än vad annars skulle kunna vara fallet. Å andra sidan har personalgrupperna varit mer homogena under mätperioderna. Högre andel kvinnor och äldre personal på fabrik D (intervention) är faktorer som ökar sjukfrånvaron (6), men under mätperioden uppvisades motsatt utveckling. Detta kan vara ett stöd för hypotesen att interventionen har brutit denna negativa tendens.

Produktionsvolymerna är generellt något högre på fabrik M (kontroll), förutom första och sista kvartalen under mätperioden, där fabrik D (intervention) har högre produktion. Detta kan till viss del förklara den ökande sjukfrånvaron på fabrik M, det som talar emot detta är att den korta sjukfrånvaron endast förändrats marginellt, den största förändringen av sjukfrånvaron på fabrik M berör sjukskriningar >60 dagar. Övertidsarbete kan vara en riskfaktor för sjukfrånvaro, det förekom mer på fabrik D (2,28 %), jmf med fabrik M (1,67 %). Dessa siffror är lägre än vad motsvarande allokemisk industri redovisar (2,75 %), enligt Sv. Näringslivs tidsanvändningsstatistik för 2002 (2). En genomgång av personer som slutat sin anställning gjordes via företagshälsovårdens journalarkiv, för att se om dessa var registrerade där, samt se om deras sjukfrånvaromönster har påverkat slutresultatet av interventionen. På fabrik D slutade 8 personer, under sista mätperioden (5 tillsvidareanställda och 3 vikariatsanställda). Endast 1 person hade varit föremål för utfärdande av sjukintyg, under mätperioden. Denna person hade varit lång tids sjukskriven. Vederbörande slutade sin tjänst 3 mån efter att interventionen påbörjades. På fabrik M slutade, under samma period 7 st (6 tillsvidareanställda och 1 vikarie). Tre st hade varit föremål för insatser pga. hög korttidsfrånvaro, varav 1 person där detta senare övergick i långtidssjukskrivning (2002-04-24). Denna genomgång kunde inte påvisa att personer som slutat sin anställning under mätperioden påverkat slutresultatet på något avgörande sätt.

Från november 2002 infördes på fabrik D (intervention) ett tydligare ansvarstagande av arbetsledare och 1:e män, när det gällde frånvaron. Blankett PSU (bil 1) infördes. En mer systematisk och snabbare uppföljning av alla sjukanmälda har sannolikt påverkat sjukfrånvaron positivt (3).

Friskvårdsinsatser med utbildning av hälsoinspiratörer kom igång under augusti 2002, dessa inspiratörer utbildades för att kunna leda enklare pausprogram och vara lyhörda för vilka aktiviteter som skiftlagen hade önskemål om. Ökad delaktighet och ökat antal avdelningsmöten, där personalen haft möjlighet att påverka, har positiv effekt enligt tidigare studier (4) En hälsoenkät genomfördes i september 2002, tyvärr har den planerade uppföljningen till hösten 2003 ej hunnit genomföras. Insatserna och den uppmärksamhet som personalgruppen på fabrik D, fick via dessa program, har rapporterats vara ett uppskattat nytt inslag.

Arbetet med att undanröja, dåliga arbetsmiljöer, genomfördes kontinuerligt under ledning av ergonom. Detta är en dominerande orsak till långtidssjukskrivningar och förtidspension, inte minst hos kvinnor (3) Dessa miljöer var kända sedan tidigare, men ej åtgärdade i den utsträckning det borde.

Personalsamtal med anställda som var föremål för rehabiliteringsinsatser genomfördes konsekvent. Dock fanns inte tidsutrymme att fånga in alla s k. Långtidssjukskrivna. Detta var ett problem, då FHV inte hade kännedom om orsakerna till sjukfrånvaron. Många av dessa personer hade externa kontakter, och rehabiliteringsinsatser från företaget utnyttjades inte till fullo. Pga svårigheter att etablera en bra kontakt med handläggare på de olika försäkringskassorna i länet, så hanterades rehabiliteringsinsatserna till övervägande del helt internt. Flera av de anställda som var långtidssjukskrivna, skulle med ett bättre samarbete med FK, kunna få en bättre och snabbare handläggning. Detta skulle förbättra möjligheten för den enskilde att få anpassade arbetsuppgifter eller kompletterande utbildning för att återgå i arbete på annat företag. En del av de anställda, som inte kunde rehabiliteras inom företaget fick via företagets centrala rehabiliteringsgrupp, möjlighet till personlig utvecklingsplan och ekonomiskt stöd till vidareutbildning för att förbättra möjligheterna till andra arbeten, utanför företaget.

Några säkra statistiska beräkningar på undersökningspopulationen i denna studie är inte meningsfullt att göra då antal personer i interventions- och kontrollgrupp är för små. Men minskningen av sjukfrånvaron i fabrik D, som blev föremål för intervention, kan sannolikt förklaras av att insatta åtgärder gav detta positiva resultat. Resultatet bekräftar ett mönster som flera tidigare studier av förändringar i sjukfrånvaro, med denna typ av intervention, kunnat påvisa (3).

### **Slutsatser**

- Arbetsledarna har en nyckelroll i arbetsmiljöarbetet, att genomdriva långsiktiga arbetsmiljöprogram och följa upp (sjuk) frånvaro snabbt och konsekvent, ger positiva resultat. Implementering av blankett PSU (personlig sjukfrånvarouppföljning), är ett bra hjälpmedel som tydliggör ansvar och ger stöd i rehabiliteringsprocessen.
- Ett närmare samarbete mellan FHV, personalorganisation och arbetsledning, ger möjlighet att följa upp tidiga signaler på ohälsa och möjlighet att arbeta mer hälsopromotivt. Att månatligen ta del av aktuell sjukfrånvarostatistik och analysera dessa data inom gruppen, ger ett gott underlag till arbetsmiljöarbetet.



- Involvera FHV resurser, inkl. friskvård som stöd till arbetsledning, i hälso- och miljöbefrämjande insatser.
- Öka de anställdas engagemang kring hälso- och arbetsmiljö frågor.

Interventionsprogrammet hade som målsättning att öka medvetenheten kring hälsofrågor och aktivt arbeta för att de anställda skulle må bra såväl fysiskt, psykiskt som socialt. Resultatet av ovanstående projektarbete kunde påvisa positiva effekter, som kan ge vägledning och inspiration, till berörda aktörer med personalansvar, att fortsätta utveckla samarbetsrutiner och utvärderingsinstrument för att nå dessa mål.

## Litteraturreferenser

1. Liukkonen P, Hälsobokslut Pharmacia Lindhagensgatan 2001 (Intern rapport). Svenskt Näringsliv, Tidsanvändning år 2002.
2. Ekberg K och Arnesson H, Kap 8 "Vad är arbetsinriktad rehabilitering" i Edling C et al, Hälsa och Miljö, Studentlitteratur 2000
3. Theorell T, Kap 10 "Psykosociala mekanismer i relation till hälsa och sjukdom" i C Edling C et al, Hälsa och Miljö, Studentlitteratur 2000.
4. Bäckman O och Edling C, Kap 7 "Arbetsmiljö och arbetsrelaterade besvär under 1990-talet" i Marklund S (ed), Arbetsliv och Hälsa 2000, Arbetslivsinstitutet 2000.
5. Alexandersson K och Östlin P, Kap 8 "Kvinnors och mäns arbete och hälsa" i Marklund S (ed), Arbetsliv och Hälsa 2000, Arbetslivsinstitutet 2000.
6. Bejerot E och Aronsson G, Kap 11 "Psykiskt och fysiskt tröttande arbete – tendenser under 1990-talet" i Marklund S (ed), Arbetsliv och Hälsa 2000, Arbetslivsinstitutet 2000.

Bilaga 1. Blankett personlig sjukfrånvaro uppföljning.

Bilaga 2. Månatlig sjukfrånvarostatistik 2001-07--2003-05.

## Rehabilitering - Att Bry sig om

Alla har vi varit sjuka. Alla har vi legat hemma och undrat hur det går på jobbet. Alla har vi också varit i den motsatta situationen, undrat hur sjukskrivna kollegor mår, när kommer det tillbaka, behöver de hjälp etc. Men när visar vi egentligen omtanke?

Många resonerar så här: Den som är sjuk, har rätt att få vara i fred. Därför vill vi inte verka påträngande och undviker kontakt. Men även om man är sjuk vill man vara delaktig. Veta att man är saknad och behövs. Att kontakt med sjuka kollegor är ett bevis på omtanke och ingår i våra arbetsuppgifter

Att visa omtanke vid kortare sjukskrivning är viktigt. Att bry sig om att hålla regelbunden kontakt med den som är långtidssjuk är avgörande för tillfrisknandet. Den som är borta från jobbet under lång tid tappar snabbt sugen. Självförtroendet får en allvarlig knäck. Som sjukskriven känner man sig överflödig, när man i verkligheten är, och ska känna sig som medarbetare.

Efter ca 3 månader faller den som gått sjukskriven utan att ha kontakt med sina kollegor in i passiviteten, in i en så kallad sjukroll. Det är inte ovanligt att det slutar med sjukpension. Den som är borta mer än 20 dagar i sträck utan kontakt med arbetsplatsen löper stor risk att bli långtidssjukskriven. Det är nu som vi all måste göra en insats.

En de åtgärder är lika enkla som självklara. En är att se till att personalinformation och annan arbetsplatsinfo skickas hem. En annan är att ta kontakt regelbundet. En tredje är att bjuda in den sjukskriven till avdelningsmöten och andra aktiviteter som rör jobbet.

Vidtar vi inte de här enkla åtgärderna är det stor risk att den som är borta längre tid aldrig kommer tillbaka till arbetet.

En upprepad korttidsfrånvaro leder i många fall till ökad frånvaro och långtidssjukskrivning. Det är därför viktigt att bryta ett sådant mönster. Det innebär att kontakt mellan medarbetare och chef i dessa fall skall ske tidigt och att en strukturerad rehabiliterings utredning måste genomföras. Upprepad korttidsfrånvaro är ofta symtomen på andra problem. Vidtas inte åtgärder är det därför stor risk att den som är frånvarande hamnar i en värre situation och längre frånvaro.

Första delen av denna blankett ifylles av 1:a man vid varje sjukfrånvarotillfälle. Den lämnas sedan direkt till ansvarig produktionsledare som beroende på antalet tidigare sjukfrånvarotillfällen avgör om rehabiliteringsutredning är nödvändig. Om så är fallet noteras det i blanketten och kontakt tas med medarbetaren. Föreslagna åtgärder ifylls i samband med genomförandet av rehabiliteringssamtalet. Den ifyllda blanketten sparas hos produktionsledaren tillsammans med kopia av den genomförda utredningen.

## Vad händer vid sjukdom

Detta händer vid sjukdom.	Sjuk medarbetare	1:man	Produktionsledare	Företagshälsovård	Lönekontoret	Försäkringskassan
DAG 1	Sjukanmälan till 1:man växeln	1:man informerar berörda medarbetare och fyller i Personlig Sjuk Uppföljning (sid 3) och lämnar den till produktionsledaren	Får PSU av 1:man Kontrollerar om denna frånvaro kräver Rehab utr (upprepad korttidsfrånvaro, sjuk mindre en vecka och mer än 5 ggr på 12 mån).	Vid behov insatser från FHV	Registrerar sjukanmälan	
DAG 2-5			Produktionsledaren kontakter vid behov medarbetaren för samtal och bokning av tid för rehab möte.			
DAG 8	Arbetsgivardelen av läkarintyget till lönekontoret Kontakt med närmaste chef/medarbetare		Medarbetaren kontaktas	Vid behov insatser från FHV	Upprättar sjuk och arbetsskadestatistik	
DAG 15	Läkarintyg i original till FK tillsammans med sjukförsäkringsblankett. Kopia på förlängning av läkarintyg till lönekontoret kontakt med chef + medarbetare		Kontakten upprätthålls	Vid behov insatser från FHV	Anmäler fortsatt sjukskrivning till FK. Skickar blankett, sjukanmälan AGS, till den sjukskrivne	Skickar sjukförsäkringsblankett till den sjukskrivne
DAG 21	Upprätthåller löpande kontakt med arbetet		Kontakten intensifieras. Inside, info inbjudan och medverkan vid arbetsplatsmöten, besök. Skriftlig info hemsänd	Ev konsultation/arbetsplatsutredning		
4 veckor	Rehabilitering i samråd med PC		Rehab-utredning i samråd med PC. Kopia skickas till FK och företagshälsovården	Ev stöd i Rehab-utredning		Gör Rehabplan är ibland med vid Rehabutredning
Upprepad korttidsfrånvaro (sjuk mindre en vecka och mer än 6 ggr /år	Sjukanmälan till närmaste chef och lönekontor		Samtal med medarbetaren, Rehabutredning			Gör Rehabplan

Ifylles av 1:man

Sign: \_\_\_\_\_

Lämnas sedan snarast till produktionsledare.

Medarbetarens namn: \_\_\_\_\_

Sjuk från och med: \_\_\_\_\_

Sjukdom/symtom/orsak: \_\_\_\_\_

**Ifylles av Produktionsledare**

Sign: \_\_\_\_\_

Tidigare PSU förvaras hos PL

Kontroll om rehabiliterings utredning är nödvändig:    **Ja**    **Nej**

Motivering: \_\_\_\_\_

Kontakt med medarbetaren:    **Nej**    **Ja**    Datum: \_\_\_\_\_

Noteringar: \_\_\_\_\_

Tid bokad för rehab.utredning/ny kontakt: \_\_\_\_\_

**Medarbetare åter:** \_\_\_\_\_

När medarbetaren är åter på arbetet skall rehabiliteringsutredning genomföras inom 5 arbetsdagar. Rehab utredningen genomförs enligt mall. Utöver detta skall någon åtgärd enligt tabell genomföras.

Rehab. Utredning genomförd: \_\_\_\_\_

Föreslagna åtgärder:

**Uppföljningsmöte inom 2 månader.**

Tid bokad \_\_\_\_\_

**Arbetsrotation**

**Förstagångsintyg (sker i samarbete med försäkringskassan)**

**Sjukanmälan direkt till produktionsledare**

**Ändrade arbetstider**

**Möte med företagsläkare/sköterska**

Tel bokning: 08-69 58803

**Möte med ergonom**

Kontakt person: Kerstin Hellgren, tfn 08-69 58346,

**Möte med personalkonsulent.**

Kontaktperson: Birgitta Ågeland, tfn 08-695 88 06

**Samtal med friskvårdskonsulent:**

Kontaktperson: Ingegerd Lejdström, tfn 08-69 59277

**Rådgivning – diet/alkohol/rökning mm.**

Kontaktperson: Birgitta Bjurström., 08-69 59270

**Mentor av kollegor**

**Kontakt och samtal med personalavdelningen**

Kontaktperson: Carl-Johan Segerström 0—8-69 54014

**Sjukgymnastik**

Kontaktperson: Åsa Malmberg 08-69 58808

**Styrketräningsintroduktion**

Kontaktperson: Susanne Haglund 08-69 5872

# Kan utbildning i att hantera hot och hot om våld öka det psykosociala välbefinnandet och minska muskuloskeletala besvär hos trafikvakter?

Författare: Peter Wall, Previa City Stockholm.

Handledare: Hans-Erik Norbeck Previa, Stockholm

Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2002/2003

## Sammanfattning

Arbetsskadestatistiken visar att hot och våld är ett ökande problem i arbetslivet.

Vissa yrken som t ex. trafikvaktens, innehåller moment som till sin karaktär är provocerande och kan utlösa hotfulla situationer.

Inom företagshälsovården Previa City har noterats en relativt hög förekomst av besvär av typen muskulära spänningstillstånd inom nacke, skuldror och rygg, hos trafikvakter.

Forskning har visat att mycket talar för att arbetsrelaterad psykosocial stress bidrar till utveckling av belastningsbesvär, särskilt värk i nacke och skuldror. Det var därför av intresse att närmare studera trafikvakter och kartlägga deras upplevelse av hot och våld i det dagliga arbetet. Vidare var syftet att studera effekterna av utbildning i att hantera hot och våld dvs. om muskuloskeletal besvär kunde minska samtidigt som det psykosociala välbefinnandet ökade och man kunde känna sig tryggare i sin yrkesroll.

Den undersökta gruppen omfattade 18 kvinnor och 2 män dvs. totalt 20 fast anställda trafikvakter vid ett innerstadsdistrikt. Medelanställningstiden var 17 år.

Av det totala antalet trafikvakter i distriktet utvaldes 20 slumpmässigt genom lottning till att delta i studien. Dessa intervjuades av mig i december 2002. Intervjun omfattade 12 st. frågor beträffande yrkesmässiga-, sociala- och medicinska förhållanden och för att utvärdera psykosociala faktorer fick de samtidigt besvara Previas enkät "Dagsläget individ". Den mäter individens uppfattning av förhållandet just nu och frågorna är inspirerade av professor Töres Theorells "krav-kontroll-stöd" modell. Enkäten kompletterades med fyra frågor angående hot och våld samt sex frågor om besvär från rörelseapparaten. Dessa frågor besvarades på en VAS-skala.

Av de 20 utvaldes slumpmässigt genom lottning 10 personer därefter till att delta i en utbildning hos Previa Citys beteendevetare. De övriga 10 personerna som ej deltog i utbildningen, utgjorde kontrollgrupp. För att utvärdera utbildningens effekt, fick samtliga 20 personer svara på samma enkät i maj 2003, efter utbildningen.

Resultatet visade att man möjligen kunde se en tendens, dock ej statistiskt signifikant, till effekt av utbildningen vad beträffar upplevelsen av stress och förbättrad förmåga att hantera stressen. Bedömningen av risken att utsättas för hot och våld eller kränkning tycks oförändrad i såväl experiment- som kontrollgrupp. Detsamma gäller oron. Man kunde inte notera någon positiv effekt vad gäller besvär från nacke, skuldror och axlar.

Denna studie har inte tydligt lyckats påvisa positiv effekt av utbildning i att hantera hot och våld för denna yrkeskategori. Det kan dock finnas flera förklaringar till detta, främst bör nämnas att studiegruppen var liten, man hade många års erfarenhet i yrket och att arbetsgivaren tidigare genomfört utbildning inom ämnet. Att använda denna utbildning som primärprevention torde vara mera värdefullt dvs utbildningsinsatsen bör sättas in innan man påbörjar arbetet som trafikvakt.

## Inledning

Av arbetsskadestatistiken framgår att hot och våld är ett ökande problem i arbetslivet.

De anmälda fysiska och psykiska skador som har föranlett sjukskrivning, har ökat med 50% för män och med 15% för kvinnor mellan åren 1997-2001.

Vård- och omsorgssektorn, socialtjänst, polis- och bevakning är högriskyrken (bilaga 1).

Samhället tycks alltså ha blivit mer våldspräglad och respekten för personer i uniform ha minskat. Vissa yrken som t ex. trafikvaktens innehåller moment som till sin karaktär är provocerande och kan utlösa hotfulla situationer.

Mycket talar för att arbetsrelaterad psykosocial stress bidrar till utveckling av belastningsbesvär, särskilt värk i nacke och skuldror. Experimentella studier visar att psykisk stress leder till ökad aktivitet i trapeziusmuskeln. Nyligen har visats att samma motoriska enheter påverkas av såväl psykisk stress som fysisk belastning, vilket innebär att psykisk stress kan hålla motoriska enheter aktiva även under pauser i arbetet och utanför arbetet (2). En alternativ förklaring till muskulära besvär är fysisk belastning.

Inom företagshälsovården Previa City har noterats en relativt hög förekomst av besvär av typen muskulära spänningstillstånd inom nacke, skuldror och rygg, hos trafikvakter. Det var därför av intresse att närmare studera denna grupp och kartlägga deras upplevelse av hot och våld i det dagliga arbetet. Vidare var syftet att studera effekterna av utbildning i att hantera hot och våld.

Trafikövervakningen sorterar under Gatu- och Fastighetskontoret som är en fackförvaltning inom Stockholms stad. Den är indelad i fyra trafikområden och totala antalet trafikvakter är ca. 160 (dec.2002).

Enligt policy för den kommunala trafikövervakningen i Stockholm skall den bedrivas i syfte att främja trafiksäkerhet, framkomlighet och tillgänglighet.

Den undersökta personalens arbetsplats omfattar de centrala och östra delarna av Stockholms innerstad. Trafiken i delar av området präglas av intensitet och ett hetsigt tempo, vilket kräver hög koncentration och vaksamhet av den som arbetar där. Övervakning sker via bil eller gående patrullering. Av säkerhetsskäl arbetar man alltid två och två.

Arbetsutrustningen består av uniform, handdator (4 hg), komradio (6 hg), mobil telefon, anteckningsblock och midjebälte. Utrustningen är förankrad i midjebältet för att minimera risken för belastningsbesvär från nacke-skuldror.

Utbildning till trafikvakt sker på polishögskolan och omfattar fem veckor. Yrkesetik, lagar, förordningar, konflikthantering och kommunikation är några av de ämnen som ingår (6). Det är dock i de flesta fall länge sedan de gick grundutbildningen och även om arbetsgivaren har repetitionsutbildningar, var det fem år sedan senaste tillfälle.

Syfte med denna undersökning är att utvärdera om utbildning i att hantera hot och hot om våld: minskar muskuloskeletala besvär, ökar psykosociala välbefinnandet och medverkar till en tryggare yrkesroll.

### **Undersökt grupp**

Den undersökta gruppen omfattar 20 fast anställda trafikvakter vid parkeringskvarteret Öster. Könsfördelning: 18 kvinnor och 2 män.

Medianålder: 55 år, (28-63 år).

Mediananställningstid: 17 år, (6-41 år).

Tjänstgöringsgrad: 17 personer arbetar heltid, 2 personer 75%, varav en har 25% förtidspension (pga. cervikalt diskbräck) och en person arbetar 50% (50% sjukbidrag pga fibromyalgi).

Utbildning och tidigare yrke: Ca. hälften har enbart grundskola och hälften dessutom tvåårigt gymnasium. Tidigare erfarenhet inom serviceyrken såsom vård och handel är vanligt.

Övriga fakta: Vad beträffar motion på fritiden är 12 personer aktiva med regelbunden motion och 8 har en mer stillasittande fritid.

7 personer röker.

16 personer är subjektivt friska. Bland de 4 icke friska noteras diagnoserna suspekt fibromyalgi, cervikalt diskbråck och gonartros.

### **Metod**

Av de totalt 28 arbetstagarna vid parkeringskvarteret utvaldes 20 slumpmässigt genom lottning, till att delta i studien. Dessa intervjuades av mig i december 2002. Intervjun omfattade 12 st. frågor beträffande yrkesmässiga, sociala och medicinska förhållanden. Dessa frågor var en egenkonstruktion och svaren som framkom skulle ej användas i själva utvärderingen av utbildningens effekt, utan mera som en allmän faktabas i projektarbetet.

För att utvärdera psykosociala faktorer användes Previas enkät ”Dagsläget individ”. Denna består av 20 st. frågor och besvaras på en sexgradig skala. Den mäter individens uppfattning av förhållandet just nu och frågorna är inspirerade av professor Töres Theorells ”krav-kontroll-stöd” modell. Formuläret mäter i vilken grad man upplever krav respektive kontroll i arbetet, i vilken mån man saknar socialt stöd och hur upplevd stress påverkar individen fysiskt, psykiskt och känslomässigt.

Studiegruppen delades genom lottning i två grupper med 10 personer i vardera. Den ena gruppen deltog i en utbildning och den andra utgjorde kontrollgrupp. Utbildningen gavs vid fem tillfällen om vardera två timmar och bestod av föreläsningar, diskussioner och övningar.

Kursdeltagarnas egna erfarenheter av hot och våld i arbetet var utgångspunkten. Självkännedom, kroppsspråket, mänskliga reaktioner-försvarsmekanismer vid hot, konfliktbeteenden hos våldsbenägna människor och tumregler vid hantering av konflikter, var några teman som behandlades. Som diskussionsunderlag användes även arbetarskyddsnämndens videofilm ”Hot och våld” samt AFS 1993:2 Våld och hot i arbetsmiljön (1).

För utvärdering av utbildningens effekt, fick samtliga 20 personer svara på samma enkät i maj 2003, efter utbildningen.

Enkäten kompletterades med fyra frågor angående hot och våld samt sex frågor om besvär från rörelseapparaten. Dessa frågor besvarades på en VAS-skala. Samtliga 20 personer fullföljde studieprogrammet och endast en person har underlåtit att svara på två av de 30 frågorna.



## Resultat

### Dagsläget individ

Eftersom 7 personer upplever mindre stress efter utbildningen kan man möjligen se en tendens, dock ej statistiskt signifikant, till effekt av utbildningen vad beträffar upplevelsen av stress och förbättrad förmåga att hantera stressen.

I övrigt noterades inga skillnader vad gäller krav, kontroll och stöd. Detta gäller således både experiment- och kontrollgruppen.

Vare sig för krav, kontroll, stöd eller stress, kan därför några säkra effekter av utbildningen konstateras.

Tabell 1: Förändringar uppfattning mellan första och andra enkättilfället, antal personer.

	<i>Förbättrade</i>	<i>Försämrade</i>	<i>Oförändrade</i>
<b>KRAV</b>			
Experimentgrupp	4	4	2
Kontrollgrupp	4	4	2
<b>KONTROLL</b>			
Experimentgrupp	3	5	2
Kontrollgrupp	3	6	1
<b>STÖD</b>			
Experimentgrupp	2	4	4
Kontrollgrupp	3	3	2
<b>STRESS</b>			
Experimentgrupp	7	2	1
Kontrollgrupp	4	5	1

### Hot och våld

Bedömningen av risken att utsättas för hot och våld eller kränkning tycks oförändrad i såväl experiment- som kontrollgrupp.

Detsamma gäller oron

Tabell 2: Förändringar i uppfattning mellan första och andra enkättillfället, antal personer.

	<i>Minskad</i>	<i>Ökad</i>	<i>Oförändrad</i>
<b><i>RISK FÖR HOT&amp;VÅLD</i></b>			
Experimentgrupp	5	2	3
Kontrollgrupp	5	4	1
<b><i>RISK FÖR KRÄNKNING</i></b>			
Experimentgrupp	6	4	0
Kontrollgrupp	3	6	1
<b><i>ORO FÖR HOT&amp;VÅLD</i></b>			
Experimentgrupp	5	5	0
Kontrollgrupp	4	5	1
<b><i>ORO FÖR KRÄNKNING</i></b>			
Experimentgrupp	4	6	0
Kontrollgrupp	2	5	3

### Besvär från rörelseapparaten

Flera personer i experimentgruppen uppger minskade besvär från nedre extremiteterna efter utbildningen än före. Det motsatta gäller kontrollgruppen. Däremot ser man ingen skillnad mellan grupperna vad gäller besvär från nacke, skuldror och axlar, övre extremiteterna eller ryggens nedre del.

Tabell 3: Skillnad i smärtupplevelse från respektive kroppsdel mellan första och andra enkätstillfället, antal personer.

	<i>Minskad</i>	<i>Ökad</i>	<i>Oförändrad</i>
<b><i>NACKE, SKULDROR, AXLAR</i></b>			
Experimentgrupp	4	3	3
Kontrollgrupp	2	7	1
<b><i>ARMAR, ARMBÅGAR</i></b>			
Experimentgrupp	4	5	1
Kontrollgrupp	5	5	0
<b><i>HANDLEDER, HÄNDER, FINGRAR</i></b>			
Experimentgrupp	6	4	0
Kontrollgrupp	3	5	2
<b><i>RYGGENS NEDRE DEL</i></b>			
Experimentgrupp	4	4	2
Kontrollgrupp	2	7	1
<b><i>HÖFTER, KNÄN, BEN</i></b>			
Experimentgrupp	7	2	1
Kontrollgrupp	2	6	2
<b><i>FOTLEDER, FÖTTER, TÅR</i></b>			
Experimentgrupp	8	2	0
Kontrollgrupp	2	8	0

### Diskussion

Effekten av en åtgärd kan teoretiskt sett gå åt två håll, som vi kan kalla + eller - .

I en grupp om 10 personer måste 9 stycken förändras åt + (eller - ) och 1 åt motsatt håll för att åtgärden skall ha en statistiskt säkerställd effekt ( $p < 0,05$ .)

I min studie blev förhållandet som mest 8:2, vilket alltså inte räcker till signifikans, men man kan se en tendens.

Denna studie har ej kunnat påvisa att utbildning i att hantera hot och hot om våld har någon positiv effekt vad gäller besvär från nacke, skuldror och rygg. Dock är studiegruppen liten vilket innebär en begränsning i möjlighet att av resultatet dra några säkra slutsatser.

Det finns ingen ergonomisk- eller annan förklaring till varför utbildning tycks ha haft positiv effekt på besvär från nedre extremiteterna. Den lilla studiegruppen kan även här utgöra en förklaring dvs. att det kan bero på slumpen.

Att kontrollgruppen uppger ökade besvär från nacke, skuldror, axlar, rygg och de nedre extremiteterna, kan möjligen vara uttryck för ökad stress eller allmänt missnöje med sin situation på arbetet eller privat.

Varför inte oron att utsättas hot, våld eller kränkning minskat kan möjligen förklaras av experimentgruppens olika erfarenhetsbakgrund vad beträffar hot och våld i arbetet. En del har varit förskonade eller mindre drabbade och andra har svårare erfarenheter. Följden kan bli att de förskonade eller mindre drabbade ev. blir mer medvetna om de risker som arbetet medför. Detta är enligt kursledarna ett av huvudsyftena med utbildningen dvs. att medvetandegöra risker istället för invagning i falsk säkerhet.

Därmed kan man ge individen förutsättningar för att skaffa sig strategier för hantering av konflikter och möjliggöra en bättre beredskap för hot och våldssituationer.

En alternativ förklaring till uteblivet resultat av utbildning i fråga om oro, är att man innan utbildningen redan hade låga poäng dvs. upplevde ingen större oro för att utsättas för hot eller våld. Detta i sin tur kan förklaras av att trafikvakter generellt är trygga, stabila personer som hanterar situationer med förnuft. Dessutom kan man konstatera en stark sammanhållning i kåren jämförbar med t ex. polis och brandkår, stor beredskap att stötta och hjälpa arbetskamrater som råkat illa ut och att medelanställningstiden är 17 år vilket betyder stor erfarenhet och rutin inom yrket. Att man med åren blir mer "hårdhudad" och att skäll och glåpord inte biter längre, förefaller vara en förutsättning för att klara av arbetet med bibehållen arbetstillfredsställelse.

Till tryggheten bidrar även uppfattningen av att arbetsgivaren har välfungerande rutiner för hantering av hot och våld.

Resultaten från enkäten Dagsläget individs frågor angående krav, kontroll, stöd och stress visar en möjlig förbättring endast vad gäller stress. Utbildningen har ev. medfört en minskad upplevelse av stress och förbättrad förmåga att hantera stressen. De övriga parametrarna påverkades ej av utbildningen. I vad mån privata förhållanden kan ha inverkat på resultatet, är omöjligt att uttala sig om pga. att formuläret Dagsläget individ ej är utformat att mäta dessa.

Interventionstudier av trafikvakter eller andra yrkeskategorier med avsikt att mäta effekter av åtgärder mot hot och våld, t ex. utbildning, saknas. Däremot finns ett antal kartläggande studier av framför allt vårdpersonal (4,7). En omfattande rikstäckande enkätundersökning 1999-2000, utfördes inom kommunal vård och omsorg. Av det totala antalet angav 51% motsvarande drygt 81000 personer att de blivit utsatta för hot eller våld under det senaste året. Av de som utsatts angav 67% att de har utsatts för hot eller våld "någon gång då och då eller någon gång per månad" under det senaste året.

Drygt 9%, motsvarande 7500 anställda, svarade att de drabbats av hot eller våld "i stort sett dagligen". Vårdare och undersköterskor var de mest utsatta yrkesgrupperna (3).

En annan utsatt grupp är biljettkontrollanter i Stockholms tunnelbana av vilka 24% drabbas av hot eller våld varje år (5).

I intervjuerna framkom en relativt hög arbetstillfredsställelse vilket framstod som speciellt intressant i kontrast till den utsatta arbetssituationen som trafikvakter faktiskt har. Även om

mängden aggressionsutbrott, hot och våldsyttningar som trafikvakter utsätts för inte alls är så stor som många tror, är yrket nästan unikt i det avseendet att man ständigt är utsatt för en hög risk att bli illa bemött.

När något inträffar är det väldigt individuellt hur man reagerar. Det framkommer dock klart att man valde att snabbt komma ut och börja arbeta igen. Detta trots att de erbjöds att stanna hemma eller åtminstone stanna inne på kontoret i ett par dagar.

Undersökningen ger en positiv bild av trafikvaktsyrket och att man upplever en relativt hög arbetstillfredsställelse. Det man uppskattar mest med sitt yrke är att arbetet är självständigt och fritt, ”frihet under ansvar”. Att man känner en yrkesstolthet och anser att arbetet är viktigt framkommer då många svarar att ”man är både åklagare och domare”. Det framkom få negativa åsikter om yrket, men många ansåg att utarbetet i dåligt väder och hot och våld hör till det negativa.

Sammanfattningsvis kan man säga att denna studie inte tydligt visat på positiv effekt av utbildning i att hantera hot och våld för denna yrkeskategori. Det kan dock finnas många förklaringar till detta, främst bör nämnas att studiegruppen var liten, man hade många års erfarenhet i yrket och att arbetsgivaren tidigare tillhandahållit utbildning inom ämnet.

### **Rekommendation**

Uppmuntra till fortsatt kollegialt stöd och regelmässigt använda debriefing när någon råkat illa ut. Trots arbetsgivarens nuvarande välfungerande rutiner, som bygger på föreskrifter och rekommendationer enl. AFS 1993:2,(1) behövs ibland företagshälsovårdens tjänster. Dessa innefattar bl a läkarbesök och stödsamtal hos beteendevetare/psykolog för uppföljning av den drabbades fysiska och psykiska reaktioner. Medverkan vid utbildning i krishantering och förebyggande åtgärder är andra typer av tjänster som kan behövas.

Avslutningsvis kan det givetvis vara av värde att inom andra distrikt erbjuda utbildningen i att hantera hot och våld. Att använda denna utbildning som primärprevention torde dock vara mest värdefullt dvs.utbildningsinsatsen bör sättas in innan man påbörjar arbetet som trafikvakt.

Ett stort tack till min handledare Hans-Erik Norbeck, Britt- Marie Carlgren Mannerberg och Tony Frisk beteendevetare, samtliga vid Previa City Stockholm, personal vid Parkeringsavdelningen Gatu och Fastighetskontoret Stockholms stad och Eija Viitasara Arbetslivsinstitutet, som alla bidragit till projektets genomförande.

### **Litteraturreferenser**

1. AFS 1993:2. Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling Våld och hot i arbetsmiljön.
2. Lundberg U. Psykisk stress och muskuloskeletala besvär: Psykobiologiska mekanismer. Läkartidningen 2003; 100: 1892-5
3. Menckel E, Viitasara E. Utsatthet för hot och våld i vård och omsorg. En undersökning bland kommunalt anställda. Arbetslivsinstitutet 2000.
4. Menckel E (red.) (2000). Hot och våld i vård och omsorg. Fakta- Forskning- Förebyggande. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
5. Personlig kommunikation Hans-Erik Norbeck fd. chefläkare, Storsthlm:s lokaltrafik -SL.
6. Rikspolisstyrelsens författningssamling 2002:1. Föreskrifter och allmänna råd om utbildning av parkeringsvakter.

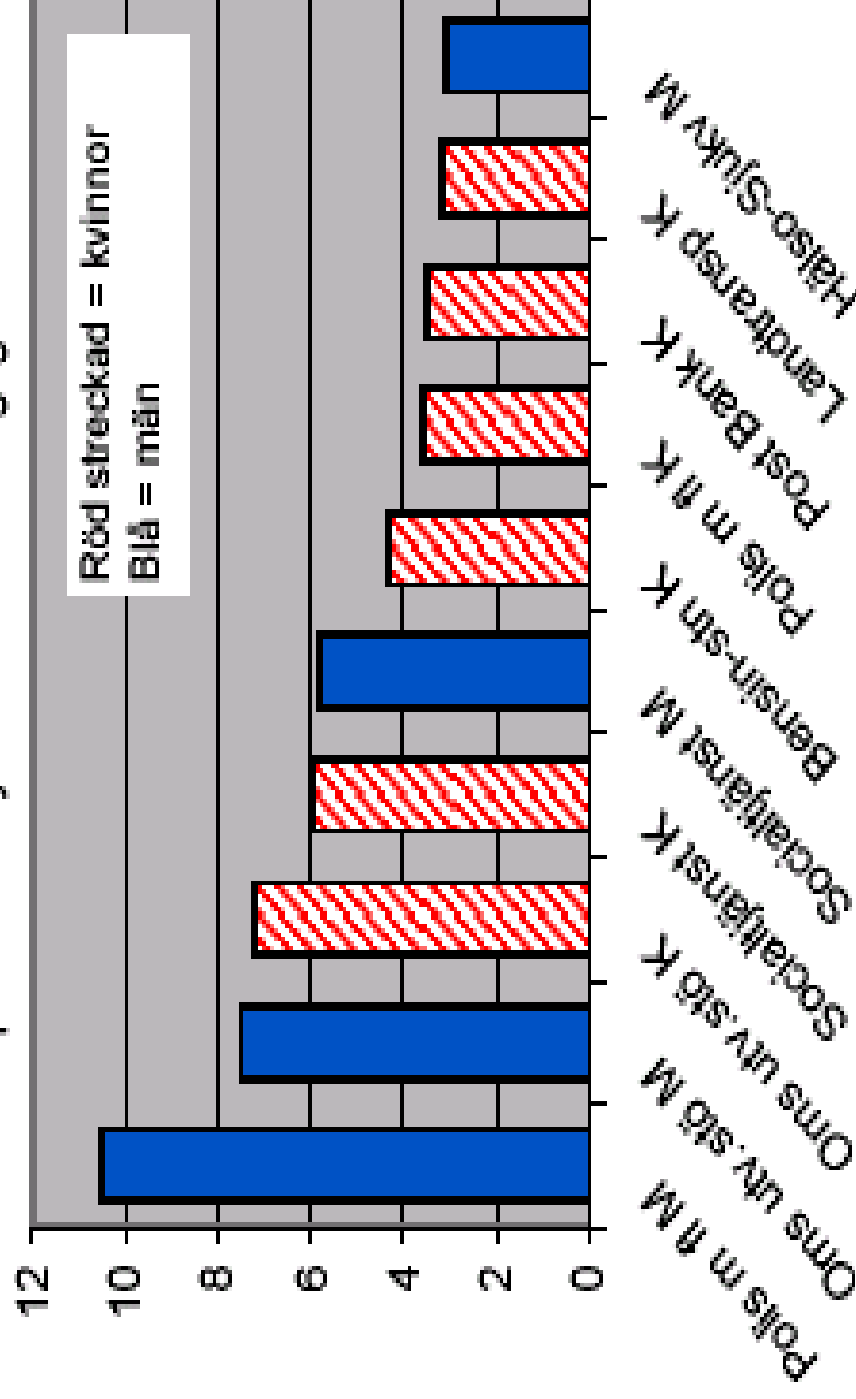
7. Viitasara E, Menckel E, Carter N (1997). Att dagligen möta hot och våld. Utveckling av metoder för kartläggning och analys av hot och våld i arbetet med vuxna utvecklingsstörda. Arbetslivsrapport nr 7, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

## Bilagor

1. Arbetsmiljöverket, källa ISA. Anmällda arbetsskador av våld och hot 2000-2001.

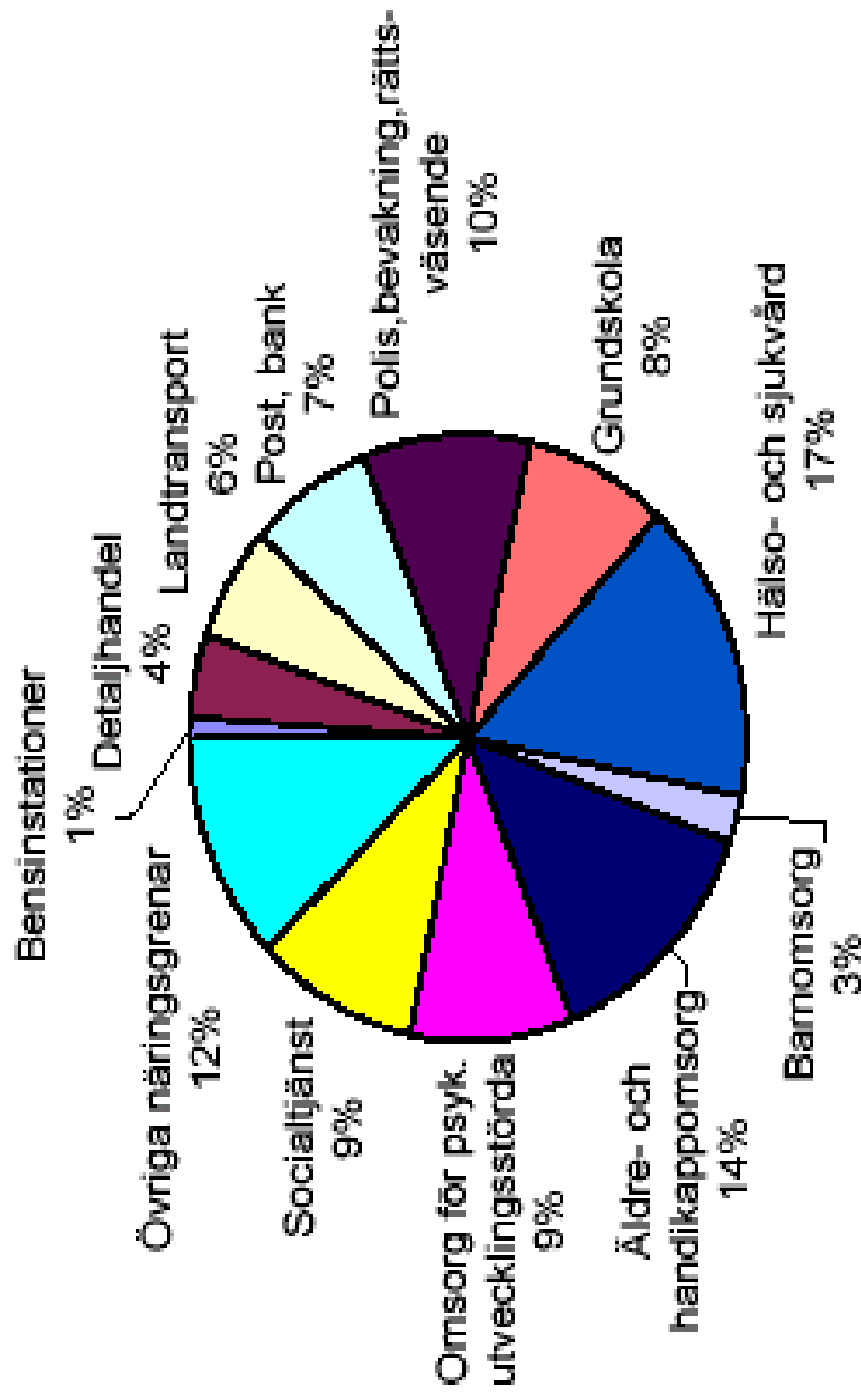
# Anmällda arbetsskador av våld eller hot 2001

Antal per 1000 sysselsatta. Näringsgren / Kön



Medelvärde för alla branscher: Kvinnor 1,0 och män 0,5 per 1000 sysselsatta

## Anmällda arbetsskador av våld eller hot 2000-2001





# FÖREBYGGANDE OCH HÄLSOFRÄMJANDE FAKTORER BLAND ELEVER. EN INTERVJUUNDERSÖKNING.

Författare: Ulrika Nykvist, skolläkare i Danderyds kommun.

Handledare: Sven-Göran Servais, Leg. psykolog, fil dr, Arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting.

Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2002/2003

## Sammanfattning

Syftet med studien är att erhålla ny kunskap avseende förebyggande och hälsofrämjande arbete för elever samt få en uppfattning om vad personer från olika grupper i Danderyds kommun anser. Dessutom ingick frågan; vad skolhälsovården/elevhälsan kan bidra med. Förhoppningen finns från skolhälsovården att inleda ett mer intensivt och fokuserat arbete i kommunen då det gäller elevernas hälsa. Detta på ett förebyggande och hälsofrämjande sätt, vilket enligt den senaste statliga elevvårdsutredningen är något som kommunerna försummat.

Teoretisk plattform för projektet har varit interaktionistisk teori som ser individen som en psykologisk, biologisk och social varelse i konstant samspel med omgivningen.

Datainsamlingen har utförts av skolläkaren med hjälp av intervjuer och enkäter. Tanken har varit att intervjua personer som har med elevernas hälsa i skolan att göra, samt eleverna själva. De som ingått i undersökningen är personer från bl a barn- och utbildningsnämnden, socialtjänsten, ungdomsmottagningen, barnläkarmottagningen, produktionsstyrelsen, produktionskontoret, skolledningen, elevhälsan samt lärare, föräldrar och elever.

Resultaten visar stor variation mellan vad personer tycker avseende hälsofrämjande och förebyggande arbete för skolelever. Svaren har överraskat då förväntan var att undersökta personer skulle ha mycket att säga och föreslå i dessa frågor. Så har inte varit fallet. Nya idéer för utvecklingen av skolhälsovården kommer främst från lärdomen att förstå detta och en sådan diskussion förs i rapporten. Däremot har själva undersökningen skapat många nya personliga kontakter, nya arbetsuppgifter och samarbete som i sig kan verka för ökad hälsa hos skolelever och personal.

Svaren som erhöles visar att de flesta vuxna diskuterar i termer av individinriktade insatser som kan anses hälsobringande samt i form av de stora, klassiska frågorna för elevers välbefinnande dvs idrott, kost och mobbningsförebyggande arbete. Elevernas svar har sin tyngdpunkt på relationerna i skolan, de mellan lärare-elev och mellan elev-elev samt på själv utformningen av skoldagen och dess innehåll och deras påverkan av detta.

En fråga för framtiden är hur skolhälsovården och elevhälsan i samarbete med andra skolintressenter kan utforma och konkretisera det hälsofrämjande arbetet. Elevhälsans organisation och uppdrag är avgörande för ett lyckat resultat av ett sådant arbete. Det är angeläget att elevhälsan inte är en liten isolerad enhet som blir inkallad då den övriga skolan givit upp. Elevhälsan måste ges förutsättningar att bidra till utvecklingen av skolans organisation, arbetsmiljö och klimat dvs bidra till att hela skolan blir hälsofrämjande.

## Inledning

Förebyggande och hälsofrämjande arbete för barn och ungdomar har länge betonats av stat, landsting och kommun. Vad det innefattar är betydligt svårare att förstå. Hälsofrämjande är inriktat på välbefinnande och livskvalitet, med friskfaktorer som bas. Det salutogena perspektivet t.ex. betonar hälsans ursprung där känslan av sammanhang, begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet är nyckelbegrepp. Inom folkhälsoarbetet talar man om att främja hälsa, promotion, samt att förebygga ohälsa, prevention. Öfverberg och Bremberg (1) har visat att skyddsfaktorer för elever bla utgör skolstorlek på mindre än 500 elever, uppfattning om att eleverna kunde påverka skolsituationen och tillgång till fritidsaktiviteter på skolan som eleverna deltar i. Goda sociala förhållanden är i sig en skyddsfaktor liksom att

skolledaren uppfattades som pedagogisk ledare samt att lärarna klargjorde sina förväntningar på eleverna. I Nationella folkhälsokommiténs delbetänkande (2) konstateras att social och ekonomisk jämlikhet är starkt hälsofrämjande faktorer.

Kommunerna har ansvar för att förebygga och åtgärda missbruk av alkohol, narkotika och andra droger samt en allt större uppgift att främja den psykiska hälsan samt att barn växer upp under trygga förhållanden och får tillgång till kunskaper och färdigheter som hjälper deras utveckling som individer och samhällsmedlemmar.

Skolan är landets största arbetsplats. Lärande och hälsa går hand i hand – den som inte lär sig mår inte heller bra – och vice versa. Skolans ansvar, enligt läroplan 94 (3), är att elever ska, då de genomgått grundskolan, ha grundläggande kunskaper om förutsättningar för en god hälsa samt ha förståelse för den egna livsstilens betydelse för hälsa och miljö.

## Historik

Hur elevvård fungerar idag har till viss del påverkats av de statliga utredningar och läroplaner där man slagit fast riktlinjer för elevhälsa. Redan i 1957 års skolberedning (4) använde man begreppet elevvård. I Lgr 62 (4) beskrevs följande: elevvården ska hjälpa till med den allmänna andan och arbetsformer på skolan, samt i mer avgränsad mening sträva att förebygga uppkomst av skolsvårigheter och personliga problem för den enskilde, samt åtgärda dessa vid uppkomst. Lgr 69 (4) har samma andemening som den förra, med tillägget att elevers medverkan betonas. Lgr 80 (4) benämner inte elevvård specifikt.

1978 års elevvårdskommitté (5) poängterar att elevvården ska underlätta för elever att kunna utveckla sina egenskaper samt hjälpa eleverna att klara ut personliga och gemensamma problem. Kommitténs ansats var att underlätta förverkligandet av det förebyggande synsättet. Detta ledde till motstånd från politiker och lärargrupper, kanske pga okunskap om organisationens betydelse för elevvården.

Den traditionella individsynen inom skolan och elevvården har ifrågasatts av förespråkare för ett interaktionistiskt perspektiv (6,7).

1985 utförde Skolöverstyrelsen (8) en undersökning då lärare, skolhälsovårdspersonal och skolledare intervjuades. Majoriteten trodde att elevers svårigheter främst berodde på familjeorsaker och inte på arbetssätt och synsätt i klassrummet. Forskare har funnit liknande resultat. I en sociologisk studie (9) visade man att "elevvården dominerades av lärarnas problem med eleverna snarare än elevernas problem med skolan". I Skolverkets nationella kvalitetsgranskning 1998 (4) visas samma sak; "Skolorna och framförallt lärarna har i liten utsträckning sett brister i den egna verksamheten som orsaker till elevers svårigheter i skolan".

Elevvårdsutredningens betänkande 2000 (10) förmedlar att elevvården brister då det gäller att påverka skolmiljön,

"Jag kan tyvärr konstatera att elevvårdens och skolhälsovårdens arbete ofta är en egen verksamhet inom skolan. Kuratorer, skolpsykologer och skolläkare är några man kallar in eller lämnar över till när det gäller enskilda ärenden. De erfarenheter och kunskaper elevvårdarna har förs inte på ett systematiskt sätt vidare till lärargrupper och skolledning och elevvården påverkar inte heller skolan som system. Detta trots att det ända sedan skolhälsovård och elevvård först nämns i skolförordningarna poängteras att verksamheten ska integreras i skolans arbete och att de, utifrån sin kunskap, kompetens och erfarenhet, ska stödja lärarna i dess arbete och påverka skolmiljön."

## Bakgrund

Studien är utförd i Danderyds kommun av dess ende skolläkare. Skolhälsovården ingår i skolans elevhälsa tillsammans med rektor, skolpsykolog, skolkurator, ibland syokonsulent och specialpedagog. Organisatoriskt sett är skolläkaren direkt underställd produktionsdirektören. Skolsköterskornas chefer är rektorerna som även de leds av produktionsdirektören. Medicinskt ansvarig är skolläkaren. Skolpsykologer och skolkuratorer är underställda utbildnings- och kulturkontorets chef och "placerade" på olika skolor. Syokonsulenter och specialpedagoger är underställda respektive rektor.

## Syfte

Syftet med undersökningen har varit att få information om hur personer i Danderyds Kommun ser på förebyggande och hälsofrämjande arbete för elever samt vad de anser att skolhälsovården kan göra för att i högre grad implementera ett förebyggande och hälsofrämjande synsätt. Vi inom elevhälsan kan tro oss veta vad som här fungerar och vilka områden som bör prioriteras, men det kanske inte alls är så. Genom att fråga individer ur olika grupper i kommunen, vilka alla har indirekt eller direkt med elevers psykiska och fysiska hälsa att göra, kan det hjälpa oss att prioritera rätt.

## Teori

Utifrån ett interaktionistiskt perspektiv (11, 12, 13, 14) fungerar individen enligt tre grundantaganden som man simultant måste ta hänsyn till:

1. Individen utvecklas och fungerar som en total, integrerad organism. Utveckling äger inte rum i enskilda delar skilt från helheten.
2. Individen utvecklas och fungerar i en dynamisk, kontinuerlig och ömsesidig interaktionsprocess med miljön.
3. Det karaktäristiska sätt som individen i samspel med omgivningen utvecklas på beror på kontinuerligt inflytande från ömsesidiga interaktionsprocesser mellan delsystem av psykologisk och biologisk natur.

Det interaktionistiska synsättet betonar således även miljön som viktig för mänsklig utveckling. Hansson (15) uttrycker detta på följande sätt:

"Mina terapeutiska kunskaper har jag mycket stor användning av, men jag har använt dem på annat sätt. Allt som framstår som problem i skolan är inte elevernas egna problem utan härrör från skolan som organisation och kulturen inom densamma."

## Undersökt grupp

Den undersökta gruppen på 58 personer har bestått av kommunpolitiker från produktionsstyrelsen (2), barn- och utbildningsnämnden (3) samt socialnämnden (1), produktionsdirektören, utbildnings- och kulturkontorets chef, utbildnings- och kulturförvaltningsmedarbetare (2), personalchefen, personalsekreterare, företagsläkare, skolutvecklaren, personal vid ungdomsmottagningen (5), barnläkaren, chefen för socialtjänstens barn- och familjeenhet, fältassistent, rektorer (7), lärare (5), skolläkare, skolsköterskor (12), skolkurator, skolpsykolog, föräldrar (6) samt elever (8).

## Metod

### Intervjuer

Vuxna och elever som ingår i den undersökta gruppen intervjuades av skolläkaren (barn – och ungdomspsykiater med terapeutisk utbildning). Två intervjuades per telefon. Vuxenintervjuns innehåll bestod av två frågor; “Vad anser Du förebyggande och hälsofrämjande arbete för elever är?” samt “Vad tycker Du att skolhälsovården, som en del av elevhälsan, ska göra åt detta?”.

Eleverna gavs följande fråga; “Vad tycker Du är viktigt i skolan för att Du och andra elever ska kunna må bra?”.

Samtliga personer som tillfrågats har låtit sig intervjuas.

Svaren lades i två högar, den ena gav skolläkaren ny information och kunskap, den andra tillförde inte skolläkaren något relevant nytt.

### Enkäter

Enligt eget önskemål svarade rektorerna på frågorna via en enkät. Frågorna var desamma som ovan med tilläggen; “Vilka nyckelpersoner finns på Din skola inom detta område”, “Vad finns redan i Din skolas verksamhet som främjar denna typ av arbete?”.

Enkäterna bearbetades på samma sätt som intervju svaren dvs fördelades på två högar, utifrån samma kriterier som användes för intervju svaren.

Tre av rektorerna har inte besvarat enkäten trots muntlig påminnelse.

## Resultat

Skolläkarens svar gäller främst den övergripande nivån, dvs vikten av att satsa mer på frågor på grupp/skolnivå men även att indirekt stötta elever på så sätt att lärare kan mötas konsultativt av elevvårdande personal. Skolhälsovården bör fortsätta vara med i planeringen av skolan i stort, ffa då det gäller den fysiska, organisatoriska och psykosociala arbetsmiljön. Att synliggöra de hälsofrämjande faktorer som finns och att utveckla dem på skolorna. Att sprida kunskap om dessa, men även om enskilda sjukdomar till både elever, föräldrar och personal. Att informera om stödinsatser utanför skolan t ex ungdomsmottagningen och barn- och ungdomspsykiatri, att vara en länk dit. Kanske kan det t ex även ske via en hemsida. Det är också viktigt att “lobba” för rörelse samt inslag av avspänning, paus och vila. Idrotten kan delas upp i en icke betygsatt rörelsedel och en som mer är kunskapsinriktad och som kan betygsättas. Att förmedla näringens och måltidens betydelse är angeläget och då i samarbete med skolmåltidspersonal och hemkunskapslärare. Inslag av kultur, dvs både att få se och höra, men framförallt att själv få utöva teater, dans, bild och musik för att stimulera lust, lärande, gruppgemenskap och självkänsla. Det är väsentligt att förmedla vad man vet inom forskning när det gäller arbetsmiljön. Någon form av livskunskap eller EQ (emotionell intelligens)-undervisning är också ett viktigt inslag som komplement till föräldrarnas viktiga och självklara roll. Egenvård, t ex att förstå när det är dags att “gå till doktorn”, när det är farligt att träna och när man ska ta en tablett eller inte, är också något som verkar vara eftersatt hos eleverna idag. Kanske kan detta förmedlas ännu bättre av skolhälsovården än vad som görs idag.

Som tidigare nämnts har samtliga svar bearbetats så att de är uppdelade i två delar. Den ena delens svar motsvarar de svar som inte har lett till ny information/kunskap, enligt min mening, för att utveckla elevhälsa. Cirka 80% av svaren finns i denna del. De kan sammanfattas i mer idrott och rörelse i skolan “Lär barnen att ta vara på rörelse och aktivitet i vardagen”, mobbningsarbetet mellan elever (ej mellan lärare och elever), kostens roll,

sömninformation, studieteknik, ergonomi, arbete mot alkohol, narkotika och tobak, kroppskännedom, livskunskap, allergisanerad miljö, massage, avspänning, övervikt/anorexi-arbete, tillräckligt med vuxna, bra lokaler, traditionell elevvård, lugn måltidsmiljö, konflikthantering, antistressarbete och föräldrainformation.

Den andra delens svar, cirka 20% av totala antalet, är svar som lett till ny information/kunskap, och blir till hjälp då det gäller att prioritera inom elevhälsan. Det som lyfts fram här är samverkan på flera nivåer; mellan hem och skola tex medinflytande för föräldrar i skolan och föräldramedverkan /föreläsningar av föräldrar. Mellan elevhälsa och lärare/personal/ledning, t ex elevhälsopersonalskonsultation till lärare och ledning. Mellan elev och lärare t ex hur lärare som är populära kan lyftas fram och vara förebilder; "vad är det de gör?". Mellan elevhälsa, övrig skola och samhälle t ex socialtjänst, polis och politiker för ömsesidigt samarbete och informationsutbyte. Mellan eleverna själva t ex samarbete, respekt och empati. Dessutom framförs elevinflytande både av eleverna själva, men också av de vuxna. Eleverna samtalar om en "snäll, men sträng fröken" då det blir lugnt och lättare att lära sig. "Man vill bli sedd och bekräftad av läraren". Några få har pekat på själva lärandeprocessen och här specifikt relationen elev-lärare, pedagogiken och lärarens ansvar i detta, "Det som är viktigt är själva undervisningsprocessen, nu är det svagt fokus på kärnprocessen". Någon lyfter fram elevernas egna kompetens inom olika ämnen, i viss mån även föräldrarnas och elevhälsans, som ett viktigt komplement till lärarnas. Någon önskar också en mer offensiv och föräldrainsriktad elevhälsa, i egenskap av hälsoupplysare och experter på både fysisk och psykisk hälsa. "Vänd dig till föräldrarna, var mer synlig på föräldramötena." En del anser också att elevhälsopersonal bör ingå i skolornas ledning och dess arbete med strukturen, arbetsmiljön och framtidsplanerna. Elever önskar mer information om egenvård och kroppskännedom, mer praktisk tillämpning av biologiämnet. Man lyfter också fram vikten av tillgänglighet. Mer samarbete med företagshälsovården för hela skolans hälsa efterfrågas. Kulturens roll framhävs "Den gemensamma upplevelsen i dans, musik, teater, samhörighet och diskussioner. Att våga vara sig själv vilket främjar inläring i samtliga ämnen."

## Diskussion

Elevhälsan är idag organiserad för arbete med framför allt individer och inte för att kunna arbeta med hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete för elever kan innefatta många olika aspekter. Genom att förstå vilka statliga intentioner som finns och sedan jämföra dessa med svaren som erhållits i denna intervjuundersökning anser jag att det framkommer att det finns vissa delar som stämmer överens men inte alla. Som det ser ut idag är elevhälsans organisation splittrad och underutnyttjad i fråga om de strukturella, arbetsmiljömässiga och elevgruppsliga nivåerna. På individplanet tillgodoses de flesta önskingar och idéer, som jag ser det, även om det kan vara så att elever och föräldrar tycker annorlunda, vilket skulle kunna visas i en ny undersökning.

De intervjuade har alla varit positivt inställda till att bli utfrågade i detta ämne. De har verkat intresserade och angelägna om att föra fram sina synpunkter. Det har varit ett utmärkt tillfälle att som skolläkare etablera nya kontakter inom kommunen samt kontakter på ett annat sätt än tidigare med redan kända personer.

Det är alltför många i denna undersökning som endast ser elevhälsan som hjälp på individplanet och inte lyfter fram denna kompetens att användas på den övergripande nivån. Redan idag har skolhälsovården del i påverkan av den fysiska arbetsmiljön, vid medverkan under skydds- och allergironder. När det gäller den psykosociala arbetsmiljön och att påverka minskningen av stress pågår försök med att utforma nya metoder. Det finns både en vilja hos skolledare och elever att skolhälsovården här är behjälplig. Problemet är dock att komma in på den mer övergripande nivån, så att alla elever gagnas, och inom dessa områden även personal. Vi i skolhälsovården arbetar redan med de mest stressutsatta eleverna, men då på individplanet. Idén med att t ex med hjälp av datorverktyg, mätningar av stress på både grupp- och individnivå hos eleverna samt att ge eleverna information och "hjälp till självhjälp" via datorn och länkar till oss och andra professionella, är under utarbetande i Danderyds kommun.

Det som är en av skolans kärnuppgifter, dvs att eleverna ska tillgodogöra sig vissa kunskaper, och att det i sin tur är mycket beroende av hur lärarna fungerar i sitt arbete och främst i relationen till eleverna, är det endast ett par personer som lyfter fram. Att stötta lärare i bemötande och förmedla förståelse om elevers beteenden utifrån elevhälsans specifika kunskap är synnerligen viktigt för elevers välmående och kunskapsinhämtning. Eleverna själva är väldigt måna om att föra fram vikten av lärares kontakt, lyssnande och förmågor, samt att de vill ha inflytande på planeringen av prov, läxor och sättet att lära sig. En ny undersökning från Stockholms universitet visar att höga krav i kombination med dåligt inflytande på skolarbetet fördubblar risken för magont och sömnsvårigheter (16).

Elever för också fram sin utsatthet då lärare kränker dem.

Läraryrollen är komplicerad och det ställs stora krav på lärarna idag. De ska kunna tolka och förverkliga statliga och kommunala mål. Lärare konfronteras med barn och ungdomar från uppväxtmiljöer som i många fall skiljer sig från lärarens egen uppväxtmiljö. Arbete med elever och framförallt elever med svårigheter innebär att den egna personligheten fokuseras. Konflikten mellan läraryroll och föräldraryroll aktualiseras lätt beroende på närheten till eleven. Lärare har enligt läroplansmålen ett fostran-ansvar men bristfällig utbildning för detta. Lärare arbetar ofta med stora grupper och måste kunna hantera kollektiva försvarsmekanismer. (17). Antal lärare har minskat från ca 9 till 7,5 per 100 elever mellan åren 1991/92 till 1997/98 (18).

Hur kan då ett förebyggande och hälsofrämjande team organiseras och stödjas i Danderyds kommun?

Det kan vara en naturlig del i varje skola i kommunen sammansatt av ledning, elevhälsa, lärare, annan personal, skyddsombud, elever (elevskyddsombud) och föräldrar. Det bör vara en kontinuerligt arbetande grupp på skolan som skiljer ut sitt arbete från elevvårdens individinriktade del. En vidgad krets som arbetar mer för möjligheter och hälsofrämjande faktorer, både vad som redan fungerar, men även det som behöver förstärkas –

kompetensutveckling kan ombesörjas genom informationsutbyte mellan skolorna, kanske en dag varje år med "workshops" och utbyte av idéer med någon föreläsare utifrån. FoU-cirkel (Forskning och utveckling) är ett annat sätt att organisera en fortbildning. Här möts forskare och team ett antal gånger för erfarenhetsutbyte och diskussioner.

Ett stöd och komplement till skolteamen kan vara en kommunal stödfunktion för skolors arbetsmiljöarbete (19). Denna kan bestå av parter, elever och experter. Elevskyddsombuden kan här få en plattform för sitt arbete. Experttillgång kan erhållas i ett tidsbegränsat samarbete mellan elevhälsa, företagshälsovård och miljökontor. Parter, elever och experter skulle tillsammans kunna vara ett stöd för utvecklingsarbete inom arbetsmiljöområdet och det hälsofrämjande arbetet, exempelvis för det obligatoriska systematiska arbetsmiljöarbetet eller

annat organisationsutvecklande arbete som kräver att teamet har en från skolorna oberoende ställning i organisationen, t ex arbete med att utveckla ledningsfunktionen. Den bör vara en aktivt arbetande och stödjande grupp mot kommunens skolor.

## Litteraturreferenser

- 1.Öfverberg C., Bremberg S.(2000) Går det att förklara varför ungdomars psykiska hälsa är bättre i vissa skolor? En studie av skyddsfaktorer i olika skolmiljöer. Rapport från Samhällsmedicin. ISSN 1402-3423, 23-24.
- 2.SOU 1999:137 Hälsa på lika villkor- andra steget mot nationella folkhälsomål. Delbetänkande av Nationella folkhälsokommittén. Stockholm: Socialdepartementet, (1999).
- 3.Regeringskansliet. Läroplan för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet. Lpo 94. Stockholm: Utbildningsdepartementet, (1994) 5.
4. Servais, Sven-Göran.(2001) Psykologen som utvecklare av skolorganisationen- redskap för urval eller jämlikhet? Akademisk avhandling. Psykologiska institutionen, Stockholms universitet, Stockholm 96-97.
- 5.Elevvårdskommittén tillsatt 1978. Opublicerade anteckningar.
- 6.Liljegren,B.(1991) Elever i svårigheter. Familjer och skolan i samspel. Lund: Studentlitteratur.
- 7.Hansson, U.(1993) Konsultationsmetodik för psykologer i skolan. Hägersten; PsykologiFörlaget AB.
- 8.Rask,L., Svensson,G. & Wennbo,U. (1985) En skola för alla. Att arbeta förebyggande och stödjande. Stockholm:Skolöverstyrelsen och Liber Utbildningsförlaget.
- 9.Näsman,E och Lundén, A. (1980) Elevvård.Till vems bästa? En sociologisk närstudie av beslutsfattande i en grundskolas elevvård. Stockholm: Prisma.
- 10.SOU, 2000:19. Elevvårdsutredningens betänkande. Från dubbla spår till elevhälsa i en skola som främjar lust att lära, hälsa och utveckling.
- 11.Magnusson, D. (1988) Individual development from an interactional perspective: A longitudinal study. Paths through life. Volume 1. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- 12.Magnusson, D. (1981) Toward a psychology of situations: An interactional perspective. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- 13.Stattin, H. (1983) The psychological situation in an interactional perspective of personality. A theoretical background and some empirical studies. Reports from Department of Psychology, University of Stockholm, No 58.
- 14.Törestad, B. & Nystedt, L.,(red.) (1985) Människa- omvärld i samspel. En bok om interaktionistisk psykologi. Stockholm: Natur och Kultur.
- 15.Hansson, U (1993) Konsultationsmetodik för psykologer i skolan. Hägersten:Psykologiförlaget.
16. Sternudd, Katarina (2003) Höga krav stressar elever, artikel, Svenska Dagbladet.
- 17.Bion, W.R. (1974) Gruppterapi – teorier och erfarenheter. Stockholm: Prisma.
- 18.Skolverkets rapport nr 172. (1999) Barnomsorg och skola. Jämförelsetal för huvudmän. Stockholm: Skolverket.
19. Servais,Sven-Göran (2003) Satsning på arbetsmiljön i skolan., Psykologtidningen 11/03 14-15.



# En kvalitativ utvärdering av en modell för arbetslivsinriktad rehabilitering - Rehbus

Författare: Kristin Bergman

Handledare: Anne Göransson, Linköpings Universitet och Gunnel Ahlberg,  
Arbetslivsinstitutet, Stockholm

Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2002/2003

## Inledning

Rehabilitering bedrivs i många olika former och på ett mer eller mindre strukturerat sätt. Utvärdering av rehabiliteringsinsatser och av rehabiliteringsprogram är svårt att göra och resultaten är svåra att tolka och att dra slutsatser av. Alltför många faktorer inverkar vilket gör analysen av resultaten svår och komplex. En allmän uppfattning som också fått stöd i en del studier under senare år är att rehabiliteringsinsatser av multimodal karaktär ger goda resultat jämfört med enstaka insatser. Det vill säga då flera insatser erbjuds samtidigt och samordnat samt då ett team med aktörer med olika profession samverkar kring individen jämfört med en enstaka behandlingsåtgärd mer då som en isolerad företeelse. (3)

### Östgötahälsan

Behovet av arbetsmiljöinsatser utgör grunden för Östgötahälsans verksamhet. De ständiga förändringarna i samhället förstärker behovet ytterligare. Östgötahälsan spelar en viktig roll i landstingets folkhälsoarbete där förhållandena på arbetsplatserna är en väsentlig del i målet att nå en bättre folkhälsa. Verksamheten utvecklas ständigt med tonvikt på förebyggande arbetsmiljöutveckling och arbetslivsinriktad rehabilitering. Östgötahälsans arbetsområde är hela Östergötland. Lokaler med fast bemanning finns i Motala, Norrköping och Linköping. Vi har 52 anställda fördelade på länets tre distrikt. På våra enheter har vi konsulter med specialkunskaper inom arbetsmiljöfältet. Så gott som samtliga har också vidareutbildning från Arbetsmiljöinstitutet eller motsvarande samt mångårig erfarenhet av arbetsmiljöfrågor på individ, grupp och organisationsnivå.

Östgötahälsan är certifierad enligt ISO 9002 och är ansluten till Föreningen Svensk Företagshälsovård (FSF). Vi arbetar efter branschens definition av företagshälsovård och branschens etiska riktlinjer. Östgötahälsan är en företagshälsovård som med ett aktivt och konsultativt arbetssätt stimulerar sina kunder till utvecklande arbetsmiljöer och därmed effektiva verksamheter. Östgötahälsan ger företagshälsovård i första hand åt tjänste- och serviceverksamheter. Kunderna utgörs av statliga, kommunala och landstingskommunala verksamheter, privata tjänste-, service- och industriföretag. Östgötahälsan tjänster utgår helt ifrån varje kunds behov och varierar således både vad det gäller innehåll som omfattning. Insatserna återrapporteras regelbundet till varje kund. Strävan är att genom ett gott arbete bygga upp goda och långsiktiga kundrelationer. Nedan finns exempel på tjänster som Östgötahälsan utför.

### Hälsofrämjande arbetsplatser

Hälsofrämjande på arbetsplatser inkluderar alla de ansträngningar som sker i alla sammanhang där individer arbetar, och som syftar till att öka välbefinnande och hälsa. Hälsofrämjande på arbetsplatser befattar sig med orsaker till ohälsa, men fokuserar på möjligheter till god hälsa. Hälsofrämjande arbete syftar också till på att möjliggöra för arbetande människor att utveckla en god hälsa och goda hälsorelaterade vanor. En arbetsplats behöver personal som vill, kan och orkar. För en arbetsplats är kompetens, motivation och ett välbefinnande hos personalen tre viktiga faktorer för framgång i ett företag. Vi vet att välbefinnande är starkt kopplat till livsstil och levnadsvanor. Många individer skattar att vara frisk och må bra högst upp på listan av sådant som bidrar till livskvalitet och ett bra liv, att ha nära relationer, att ha ett givande arbete och en bra fritid är också betydelsefullt. Vi tillbringar en stor del av vår tid på arbetsplatsen och det är viktigt att personalens hälsa är en integrerad del av den övriga verksamhetsutvecklingen. Det hälsofrämjande arbetet gynnar såväl individer som organisationen. Hälsofrämjande arbete syftar också till på att möjliggöra för arbetande människor att utveckla en god hälsa och goda hälsorelaterade vanor.

## **Ökning av ohälsotal**

Antalet sjukskrivningar i Sverige ökar snabbt. Sjukdomar och skador i muskler och skelett kostar samhället närmare fem procent av BNP. Cirka en tredjedel av dessa kostnader rör belastningsskador, eller arbetsrelaterade skador och sjukdomar i rörelseorganen. Bland det totala antalet arbetssjukdomar uppskattas 70 procent vara belastningssjukdomar. Kvinnor drabbas nästan dubbelt så ofta som män. I november 2002 var antalet personer med förtidspension/sjukbidrag 483 000, varav 58 procent kvinnor. Utgifterna för sjukpenning under perioden januari-oktober 2002 var 34,1 miljarder kronor och för förtidspension/sjukbidrag 37 miljarder kronor. Kvinnorna har större sjukfrånvaro och står för en större andel av förtidspensionerna. Detta innebär att kvinnor har en överrisk för långvarig sjukdom oavsett vilket mått som används. Orsakerna är delvis okända, men viktiga faktorer är att arbetsmiljön i ergonomiskt och psykosocialt hänseende har försämrats eller inte förbättrats i samma takt inom kvinnodominerade yrken. Dessa faktorer interagerar också med omsorgsuppgifter i hemmet vilket troligen innebär att samma arbetsmiljö har olika effekt på kvinnor och män (2, 7).

## **Arbetslivsinriktad rehabilitering**

Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetslivsinriktad art. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen omfattar de åtgärder som förbättrar möjligheterna att återgå i arbete, t ex arbetsträning. Viktigt i sammanhanget är att betona samspelet mellan individ, arbete och livssituation.

## **Arbetsgivarens ansvar**

Möjligheterna för en lyckad rehabilitering är beroende av organisationens resurser och kompetens. Arbetsgivaren har huvudansvaret för att rehabiliteringsåtgärder vidtas, att den sjukskrivne får stöd och att det görs en rehabiliterings utredning till Försäkringskassan. Försäkringskassan har i sin tur ansvar för samordning av rehabiliteringen enligt sjukförsäkringslagen.

## **Rehabiliteringspolicy**

Arbetsförhållandena ska anpassas till arbetstagarens förutsättningar och arbetsgivarens kostnadsansvar gäller åtgärder på arbetsplatsen. Varje organisation måste ha en rehabiliteringspolicy som skall klargöra:

- \_ organisationens mål
- \_ organisationens ansvar
- \_ vilken kompetens som ska finnas
- \_ rutiner, uppföljning och vem som ansvarar för vad

## **Aktiv medverkan**

Kontakt från arbetsplatsen är betydelsefullt för den som är sjukskriven. Han eller hon skall ges möjlighet att aktivt medverka i sin rehabilitering och få tillgång till information. Varje människa har en potential för förändring och det är rehabiliteringsaktörernas uppgift att stötta individen och stärka de resurserna.

## **Struktur som förebygger**

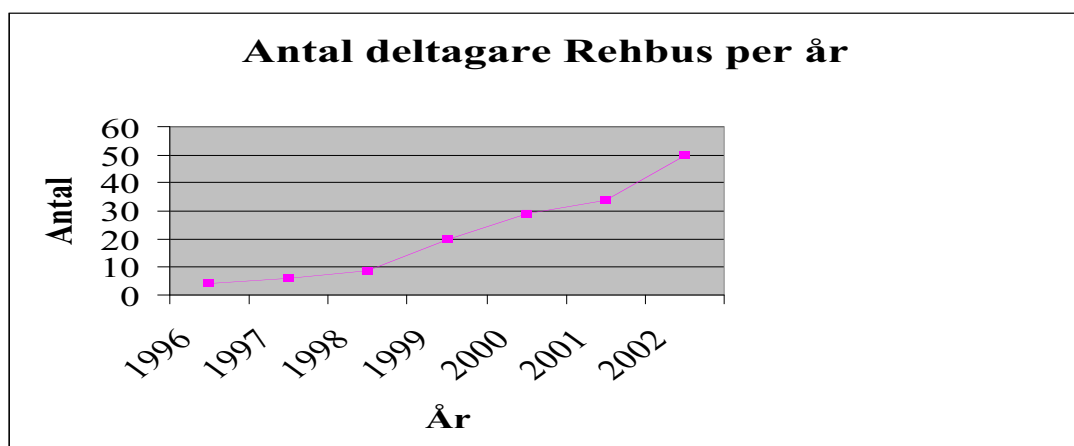
Ett sätt att förebygga sjukskrivningar är att ha ett strukturerat systematiskt arbetsmiljöarbete. Ledningen ska regelbundet kartlägga arbetsmiljön och göra upp strategier (handlingsplan) för åtgärder och förbättringar. Arbetsgivarens och arbetstagarens ansvar framgår av arbetsmiljöförordningen, samt av föreskrifter och allmänna råd.

## Rehbus

Rehbus som modell för arbetslivsinriktad rehabilitering startade som projekt 1996. Initiativet kom ifrån en facklig företrädare i kommunalarbetsareförbundet och ledde fram till ett samarbete mellan facklig part, arbetsgivare, företagshälsovård (Östgötahälsan) och Försäkringskassan. Samarbetet utvecklades till en strukturerad och samordnad rehabiliteringsmodell för anställda som varit sjukskrivna eller haft svårt att klara sitt ordinarie arbete på grund av ohälsoskäl. Då resultatet bedömdes som framgångsrikt permanentades verksamheten 1999 efter att först ha bedrivits med projektmedel, med centrala medel avsatta för dels en teamsamordnare och dels för extra personalresurser på arbetsträningsenheterna. Man har nu under året 2002-2003 startat en liknande verksamhet vid Vrinnevisjukhuset i Norrköping (RehViN) via projektmedel från Näringslivsdepartementet. Vidare planeras även liknande insatser vid tandvården Östergötland (Rehtand) med start under hösten 2003.

**Tabell . Resultat Rehbus**

Variabler	n	Variabler	%
- Deltagare /adepter 1996	4	Åter i arbete 1996	-
- Deltagare /adepter 1997	6	Åter i arbete 1997	75
- Deltagare /adepter 1998	9	Åter i arbete 1998	75
- Deltagare /adepter 1999	20	Åter i arbete 1999	55
- Deltagare /adepter 2000	29	Åter i arbete 2000	92
- Deltagare /adepter 2001	34	Åter i arbete 2001	65
- Deltagare /adepter 2002	50	Åter i arbete 2002	88
		(uppgifter från FK 2002)	
Yrkes kategorier 2001			
- Sjuksköterska	7	Diagnoser 2002	n
- Undersköterska	19		
- Barnsköterska	1	Belastningsrelaterade besvär	32
- Sjukgymnast	2	Stress/psykosociala besvär	15
- Läkarsekreterare	3	Övrigt	5
- Läkare	1		
- Vaktmästare	1		
- BMA	1		



## Teamarbete

Ett team bestående av sjukgymnast, beteendevetare och läkare vid Östgötahälsan samt teamsamordnare (anställd av sjukhuset) samt handläggare från Försäkringskassan utgör det

grundläggande teamet. Teamets samordnare hanterar en del praktiska uppgifter som remiss och information men också kontakter med arbetsplatser, värdenheter och arbetsgivare på olika nivåer (nätverk). När rehabiliteringen börjar för en anställd (adept) är denne centrum i teamet och dennes chef där hon eller han är anställd medverkar vid planering och vid rehabiliteringsmöten.

### **Teambedömning**

Innan rehabiliteringen påbörjas (när remiss inkommit) får adepten genomgå en bedömning i teamet. Han eller hon får träffa läkare, sjukgymnast och beteendevetare för en individuell bedömning med var och en. Dessa gör sedan en gemensam bedömning om medicinsk rehabilitering och utredning är har gjorts i tillräcklig omfattning för att individen skall kunna gå vidare i en arbetslivsinriktad rehabilitering. Om ytterligare utredning eller avgörande behandling planeras kan detta utgöra hinder för att gå vidare i en arbetsrehabilitering. Vidare bedöms den anställdes egen motivation för att gå tillbaka i arbete. Man tittar också på vilka förutsättningar (vilka resurser och hinder) som finns ur ett helhetsperspektiv för att individen skall kunna lyckas att komma tillbaka.

### **Arbetsträningsenheter**

Fem olika sjukhusavdelningar har fungerat som arbetsträningsenheter där man haft extra resurser avseende personal och kompetens (utbildning) för att kunna ta emot personer för arbetsträning. Avdelningarna har själva anmält intresse för att vara "värdenhet". Flera enheter har kommit till efter hand och andra har avslutat sitt uppdrag sett över tid. Enheterna är både avdelningar i slutenvård (har inlagda patienter) och mottagningar. Vårdtyngd och tempo varierar på enheterna och placering för dem som arbetstränas görs omsorgsfullt utifrån individens svårigheter och hinder. Syftet med att arbetsträna på en annan enhet än den egna arbetsplatsen är att man är ett oskrivet kort på arbetsplatsen och det finns inga förväntningar av vad man skall klara av eller prestera. På så sätt kan kraven bli låga och rimliga utifrån individens förutsättningar. Det är inte meningen att man skall lära sig den nya verksamhetens unika specialitet utan syftet är att börja göra vanliga sjuksköterske- eller undersköterskeuppgifter beroende på vilket yrke man har som är generella för alla arbetsplatser. Exempelvis blodprovstagning, medicindelning eller omvårdnad. Syftet är också att man skall ha tid att ta hand om den som arbetstränas och kunna ge det stöd som kan behövas för att komma tillbaka i arbete.

Det händer av och till att individer direkt börjar arbetsträna på sin egen arbetsplats och det har också hänt att individer arbetstränat på andra enheter än dem som är värdenheter allt utifrån den enskildes behov och ibland på grund av ett udda yrke som inte passar in i vilken verksamhet som helst. När det gäller kompetensutveckling se under fadderverksamhet.

### **Arbetsträning**

Arbetsträningen påbörjas oftast med en planering att denna skall pågå under en period av 12 veckor och där efter har det ibland skett förlängning efter behov. Man har en regelbunden uppföljning på tre olika sätt under pågående arbetsträning. Dels sker en uppföljning varje vecka i samtalsgruppen och dels på arbetsplatsen genom arbetsplatsbesök (vid behov). En annan uppföljning sker genom återkommande rehabiliteringsmöten med adept, arbetsgivare, Försäkringskassa och rehbusteamet vanligen med ett intervall på fyra till sex veckor. Man har också en uppföljning sex månader efter avslutad arbetsträning.

## **Fadderverksamhet**

Den som arbetstränar har tilldelats minst en fadder på arbetsträningsenheten som stöttar och handleder den som arbetstränar i arbetet. Det krävs i regel två personer för att det praktiskt skall fungera att följa någons schema (ledigheter och omöjliga pass inträffar alltid). Faddrarna har fått särskild utbildning i rehabilitering liksom cheferna på arbetsträningsenheterna. Man har träffar varje halvår i arbetsledar- och faddergruppen där man följer upp hur verksamheten fungerat och man tar också upp nya team som fördjupning och utveckling av kompetens. Värdenheterna har därutöver också erbjudits professionell handledning.

## **Gruppaktivitet**

Parallellt med arbetsträningen har ”adepterna” regelbundet 1 gång per vecka träffats i en gruppaktivitet som räknats in i tiden för arbetsträning. I gruppen har man dels följt upp hur det fungerat på arbetsträningen men också diskuterat olika tema som stress, sjukskrivning m.m. På så vis blir det en ”veckolig” uppföljning av adeptens uppfattning om hur arbetsträningen går. Gruppen har en handledare som styr med förhållningssättet ”möjligheter i stället för hinder”. Vad kan jag trots de besvär eller hinder jag har? Gruppen har letts dels av en sjukgymnast omväxlande med en beteendevetare. Gruppverksamhetens har också haft ett innehåll av fysisk träning. En stund då man har tränat efter eget träningsprogram utefter individuella förutsättningar. Man har också varvat med undervisning i ergonomi (t.ex. förflyttningsteknik), kroppskännedomövningar (BK), Qigong och avspänning.

### *Basal Kroppskännedom*

Basal kroppskännedom (BK) är en sjukgymnastisk behandlingsform som fokuserar på individens resurser, har en tydlig och medveten helhetssyn på individen och inriktar behandlingen på flera nivåer (fysiska, fysiologiska, psykologiska och existentiella). Metoden lämpar sig väl för många individer som har besvär från rörelseapparaten. BK består av enkla rörelser för hela kroppen, som upprepas många gånger. Syftet är att ge individen möjlighet till en fördjupad upplevelse av övningarna och dess påverkan vilket utvecklar och förstärker kroppsjaget. Övningarna syftar också till att individen ska känna glädje och lust att röra på sig, vilket kan leda till en ökning av andra aktiviteter och en ökad förmåga till kroppsbehärskning. Metoden är vanlig vid behandling av olika smärttillstånd, vid stressrelaterade besvär samt i förebyggande arbete (10, 11)

### *Avspänning*

En individ med stressrelaterade besvär behöver framför allt bli medveten om i vilka situationer som han/hon blir stressad, hur just deras kropp reagerar vid stress samt lära sig att hantera sin stress. Avspänning kan leda till bl. a. att blodtrycket sjunker, andningen blir långsam och djup, ämnesomsättningen blir lägre och muskelspänningen minskar. Spänning kan vara av både fysisk och psykisk karaktär. Beroende på var individen har sina spänningar finns olika avspänningstekniker att arbeta med. Det har utvecklats olika tekniker som syftar till muskulär avspänning. Målet med dessa tekniker är att få en ökad medvetenhet om det muskulära spänningstillståndet samt för att nå fysisk vila.

De mest använda avspänningsmetoderna är Progressiv Avspänning enligt E. Jacobson och Autogen Träning enligt J.H.Schultz. Vid en progressiv avspänning får man lära sig att slappna av i muskelgrupper i en bestämd ordning tills man uppnått en avspänning i hela kroppen. Autogen Träning är en mer suggestiv metod där man får lära sig att intala sig en upplevelse av olika känslor som tyngd, värme och lugn. (11, 12)

### *Qigong*

I Qigong utför deltagarna enkla mjuka rörelser, jobbar med hållning, balans, rörlighet och andning för att öka cirkulationen, öka den egna energin och minska stressymtom. Qigong är kinesernas hälsogymnastik och uttyds ”energiträning” ordagrant. Qigong ökar kroppsuppfattningen vilket är grunden för en god arbetsteknik. Den mentala delen i träningen är viktig. Vi har i dagens samhälle ofta en obalans mellan aktivitet och vila. Qigong kan vara ett sätt att återhämta sig. Tanken med gruppen är också att den ska vara en inspiration till fortsatta egna aktiviteter. Träningen sker i lugnt tempo och belastningen kan anpassas efter individens förut sättningar. (5)

### *Fysisk aktivitet*

Regelbunden fysisk aktivitet ökar den fysiska prestationsförmågan i alla åldrar. Fysisk aktivitet främjar hälsan generellt, motverkar uppkomst av övervikt och dess följsjukdomar och besvär, minskar risken för belastningssjukdomar och medför många andra positiva effekter för en god livskvalitet. Den vetenskapliga dokumentationen visar tydligt att regelbunden fysisk aktivitet motverkar uppkomst av ett mycket brett spektrum av sjukdomar. En inträffad sjukdom kan också få ett lindrigare förlopp om individen är fysiskt aktiv. Flera menar att fysisk inaktivitet är en av de viktigaste bakomliggande faktorerna för vuxnas och äldres sjuklighet och för tidig död i Sverige (1).

### **Försäkringskassan**

Försäkringskassan har medverkat med en handläggare som deltagit i de rehabiliteringsmöten som man haft under rehabiliteringsförloppet. En och samma handläggare har kunnat handlägga samtliga ärenden. Beslut om arbetsträning och de administrativa moment som Försäkringskassan måste göra har kunnat ske på plats utan att andra kontakter eller åtgärder har behövts göras. Om den som arbetstränar kommer från annan kommun (än Linköping och därmed annan Försäkringskassa) har handläggaren administrerat ärendet som vanligt vid mötena och denne har sedan överlämnat (och stått för överrapporteringen) till hemortens Försäkringskassa för beslutsfattande. Det har inte genererat några problem.

### **Rehabiliteringsmöten**

Sedan remiss (uppdrag) anlant tas en kontakt med berörd arbetsgivare och man initierar en samlad bedömning (se teambedömning) som görs av teamet. När detta genomförs kallas adept, arbetsgivare och Försäkringskassa till ett första rehabiliteringsmöte. Man planerar då för eventuell start av rehabiliteringen i form av arbetsträning (lämplig enhet väljs) samt deltagande i gruppverksamhet påbörjas. Tid för ett första möte med fadder och arbetsledare på arbetsträningsenheten bokas. Ett första upplägg av arbetsträningen görs med avvägd upptrappning under den första månaden. En rehabiliteringsplan för att få rehabiliteringspenning genom Försäkringskassan skrivs som både arbetstagare och arbetsgivare skriver på.

Nästa rehabiliterings möte bokas vid mötet. Tid för uppföljning på arbetsplatsen bokas också.

### **Uppföljning**

Förutom den uppföljning som sker genom rehabiliteringsmötena var fjärde vecka och genom träffarna i gruppaktiviteten har man en uppföljning med nytt rehabiliteringsmöte efter 6 månader. Detta för att se dels att det fungerar och dels för att göra en bedömning om det är läge för en upptrappning av arbetstiden om denna innebär deltidsarbete. Om det skulle vara problem på något sätt innan denna uppföljning tar adepten eller dess arbetsgivare kontakt med teamet och man kan då få göra en uppföljning tidigare än planerat och ta ställning till vilka åtgärder som kan behöva vidtas. På så sätt kan man förhindra ett större haveri längre fram.

## Syfte

Generellt sett är det svårt att utvärdera en rehabiliteringsinsats och till alla delar förstå dess effekter. Detta beror framför allt på att många faktorer inverkar och detta gör att uppgiften blir mycket komplex.

Vid sökning genom databasen Arblin med sökorden: utvärdering av rehabilitering, strukturerad rehabilitering, yrkesinriktad rehabilitering, arbetsträning har jag funnit flera rapporter som utvärderar liknande insatser. Ingen av de rapporter jag fann beskriver någon modell som är så heltäckande som denna. De modeller som beskrivs i rapporterna är mindre omfattande och mer av traditionell art med huvudinriktning på struktur kring planering och uppföljning.

Denna studie är en **empirisk** undersökning av arbetsledarens upplevelse av en modell för arbetsrehabilitering. Jag har valt att göra använda en kvalitativ metod för att värdera effekterna och nyttan av en yrkesmässig rehabilitering i den strukturerade modell som beskrivits nedan. Målet har varit att försöka beskriva och analysera de effekter och upplevelser som arbetsledaren uppfattar att insatsen medfört för individen samt vilka effekter och nytta arbetsledaren upplevt generellt.

Ett annat syfte med studien är att kunna använda resultaten till att utveckla och förbättra verksamheten vidare. Resultaten har tydliggjort effekter och frågeställningar som kan utvärderas mer systematiskt i senare skede.

Ett syfte har också varit att i detalj beskriva själva arbetsmetodiken som vi använder så att andra skall kunna dra nytta av denna.

## Studiegrupp/material

Jag har valt att intervjua 8 arbetsgivare som haft en eller flera adepter som deltagit i insatser genom rehbus. Brev skickades ut till 14 arbetsledare (utvalda strategiskt med så stor spridning som möjligt avseende verksamhet, kön samt yrkeserfarenhet). 8 arbetsledare svarade att man kunde tänka sig ställa upp på en intervju med syfte att utvärdera rehbus. Intervjun har genomförts utifrån en intervjuguide och har på så sätt varit halvstrukturerad. Adepterna som deltagit har innan rehabiliteringsinsatsen påbörjades varit helt eller delvis sjukskrivna under olika diagnoser, mestadels på grund av besvär i rörelseapparaten men också psykiska besvär såsom utmattningstillstånd/långvarig stressreaktion samt efter vaskulär eller traumatisk hjärnskada.

Åldern hos arbetsledarna var mellan 40-58 år. Samtliga har varit chefer i minst 5 år. Könsfördelning kvinnor/män: 7/1. Samtliga var till yrket sjuksköterskor.

## Metod

### Fenomenografi som metod

Syftet med en kvalitativ forskning är att nå en förståelse av ett fenomens natur eller beskaffenhet. En kvalitativ studie är skild från men komplementär till kvantitativa metoder, vilkas syfte är att beskriva i vilken utsträckning mänskliga fenomen existerar. Fenomenografi är ett val av forskningsansats där fokus är på den uppfattade världen. Fenomenografin kompletterar delvis traditionell psykologisk forskning, delvis är riktningarna på kollisionkurs.



Fenomenografi är ett val av forskningsmetod i den meningen att kvalitativ analys av faktiska utsagor eller berättelser, vanligtvis i form av intervjudata som leder till en beskrivning av kvalitativa skillnader i uppfattningar av aktualiserade begrepp.

Fenomenografi är ett val av beskrivningsnivå i den meningen att uppfattningarnas innehåll rörande ett speciellt fenomen bevaras i dataanalysen. Dessa uppfattningar är definierbara i de kategorier som utgör den kvalitativa analysens utfall. (6, 9, 13)

#### *Analys av intervjumaterialet*

Detta går till på så sätt att man ur intervjun identifierar ett antal påståenden eller yttranden som man då benämner som en kategori. Därefter tittar man på dessa kategorier och försöker samordna de kategorier som hör i hop till en underkategori. På så sätt komprimerar man (minskar antalet kategorier) till så få som möjligt. De huvudkategorier som sedan utkristalliseras utgör viktiga områden som arbetsledarna på så sätt har lyft fram och som de upplevt är väsentliga på något sätt. (8)

#### **Trovärdighet**

En grundläggande förutsättning för vetenskapliga studier är resultatens trovärdighet, vilka slutsatser kan man dra? Hur kan man veta att olika personer i en studie uppfattar samma företeelse när de ombeds beskriva hur de uppfattar något specifikt? Med andra ord hur är det validiteten beträffande uppfattning och utsaga. Inom den kvantitativa forskningen har begreppen validitet och reliabilitet bestämda innebörder, det gäller inte inom den kvalitativa metoden. Trots detta måste intervjuer och andra sätt att samla information om ett problem kunna mynna ut i ett adekvat resultat. Ett annat begrepp som beskrivs i detta sammanhang är "credibility" eller "trovärdighet" (14).

Inom fenomenografiska studier är ett kärnbegrepp de indelade kategorierna. Grundläggande blir därför hur beskrivningen av kategorierna kan förstås, annars är det omöjligt att bedöma forskarens slutsatser. "The reader must be able to see what the researcher saw, whether or not he agrees with it" (4, p.97).

Vid kvantitativa analyser av intervjudata tolkar man innebörden i uttalanden. Det är här problem kan uppstå: Är forskarens tolkning rimlig? Ett sätt att tolka rimligheten i tolkningen är att låta en oberoende bedömning göras. Den oberoende bedömarens uppgift blir att föra olika intervjusvar till olika kategorier. Forskaren har skapat ett kategorisystem och bedömarens uppgift blir att föra olika intervjusvar till olika kategorier.

Marton (9) tar upp frågan om en annan forskare skulle finna samma kategorier vid en analys av materialet och säger:

The original finding of the categories of description is a form of discovery, and discoveries do not have to be replicable. On the other hand once the categories have been found, it must be possible to reach a high degree of intersubjective agreement concerning their presence or absence if other researchers are able to use them (9, p.148).

## Intervjuguide arbetsledare

- \*Vad är dina intryck av rehbus?
- \* Vad har varit viktigast för dig i rehbus?
- \*Var det något du saknade eller skulle vilja förändra?
- \*Hur har samarbetet med teamet fungerat för din del som arbetsledare? (stöd/handledning)?
- \*Har rehbus som insats lett till någon förändring på arbetsplatsen (fysisk , organisatorisk eller på annat sätt)?
- \*Har erfarenheterna av rehbus förändrat ditt förhållningssätt eller syn på din personal?
- \*Tycker du att du vet när du skall skriva en remiss till rehbus och när det är läge för rehbus som insats?
- \*Var går gränsen för anpassning av arbetet och vad har du för förhållningssätt till anpassning?
- \*Vad tror du är anledningen till att så många kommer tillbaka i arbete efter rehbus som insats?

## Resultat

### Arbetsledarnas erfarenhet och synpunkter på rehbus som modell/metod

Resultaten redovisas först och främst i två huvudområden. Dels redovisas frågor som på olika sätt berör arbetsmodellen i sig . Som andra huvudområde redovisas frågor som handlar om processer, förändringsarbete och attityder. Till sist redovisas övriga synpunkter samt förslag till förändringar och förbättringar.

### Arbetsmodellen

#### *Multiprofessionellt teamarbete*

Samtliga arbetsledare betonar vikten av det multiprofessionella teamet som är ett viktigt stöd och en hjälp i rehabiliteringsarbetet. Man menar vidare att teamet är heltäckande genom att det finns sjukgymnast, läkare, beteendevetare samt en representant från Försäkringskassan. Genom teamets närvaro tillsammans med adept och arbetsgivare får man en möjlighet att bli beslutsmässiga och teamets aktörer kompletterar varandra i rehabiliteringsarbetet. Det vill säga man är heltäckande på något sätt och genom att hjälpa varandra klarar man ut de vanligaste frågor och problem som dyker upp under en yrkesrehabilitering.

***” för en del funkar det ju inte att komma tillbaka då måste man hitta en annan väg...”***

Man menar att teamet bidrar med sin erfarenhet och kunskap genom vägledning, stöttning och genom att hjälpa adepten att hitta rätt och ta ”kloka” beslut i valsituationer.

Man menar också att teamet med sin kompetens kan belysa medicinska och psykologiska samband vilket kan ge insikter som leder till ökad förståelse.

En funktion genom samarbetet som man understryker är att *alla* (som är berörda) har hört samma sak samtidigt vilket underlättar kommunikationen och minskar risk för missförstånd som annars lätt blir om besked och information skall gå genom flera händer.

***”arbetsgivaren behöver veta och få stöd”***

***”det viktiga är att man får vara med och vara delaktig som arbetsgivare”***

I vissa lägen kan annan expertis, beslutsfattare eller stödperson vara lämplig att ta med vid något möte vilket görs vid behov. Det kan exempelvis vara en person som adepten haft en långvarig behandlingskontakt med. Det kan vara en facklig representant eller en anhörig. Det kan också vara en personalchef i lägen när det kan handla om en omplacering till annan verksamhet.

Vidare påpekar flera att en styrka i verksamheten är att man har möjlighet som adept att under pågående rehabilitering få individuellt samtalsstöd med beteendevetare som då också är insatt och delaktig i planeringen av rehabiliteringen. Som exempel nämns att samtal kan innebära reflexion över egna reaktioner i samband med arbetsträningen vilket kan ha en stödjande effekt. Ibland kan det hjälpa att förebygga att problem uppstår och när så händer kan det ge det en möjlighet till att bearbeta detta och komma vidare.

*Teamets förhållningssätt och syn på helhetsperspektiv*

Ett förhållningssätt som genomsyrar arbetet i teamet är att man försöker fokusera på det friska istället för det sjuka. Det vill säga att man försöker ta fram de möjligheter som finns och vad man kan (förmåga) istället för att se på vad man inte kan (oförmåga). Ingen av arbetsledarna har varit inne på detta specifikt utan man har mer berört detta i allmänna ord som att man fokuserar på ”rätt saker”.

Efter lång tids sjukskrivning vänjer man sig vid ett liv hemma utan de krav som arbetslivet kan ställa med engagement och närvaro. Här beskrivs att teamet har ett förhållningssätt till detta genom att stötta adepten till att prioritera sin egen rehabilitering till förmån för nya vanor. En arbetsledare uttryckte också att teamet försöker att fokusera på ”rätt” saker genom att stödja och styra upp rehabiliteringen.

Vidare uttryckte någon att rehabiliteringskonceptet delvis beror på vilka personer som jobbar i teamet. Man menade att det finns ett stort engagement och hög kompetens hos några av teamets medlemmar.

Flera av arbetsledarna påpekade att man i teamet ser till individens helhetssituation. Detta påverkar då vilka insatser som vidtas utifrån individens behov. Man har också en större möjlighet att lyckas med rehabiliteringen när man tar hänsyn till alla olika aspekter som kan utgöra hinder och resurser för individen.

*Struktur som medför ett effektivt sätt att arbeta*

***”jättebra sätt att jobba”***

Strukturen innefattar regelbundna rehabiliteringsmöten med teamet, den anställde och arbetsgivaren. Det blir också en regelbunden uppföljning varje vecka av hur arbetsträningen går genom mötet i gruppverksamheten. Genom att strukturen finns så flyter också arbetet på

och alla vet vad som gäller. Det blir inga frågetecken kring vem som gör vad utan det är redan bestämt i och med första rehabiliteringsmötet. Man behöver inte lägga någon extra tid på att förhöra sig om hur det är eller följa upp vad som skall ske. Sedan rullar det på. Man samlar greppet kring den sjukskrivne och rehabiliteringsprocessen kommer igång.

Strukturen i arbetssättet (upplägget) avlastar arbetsledaren (planerings och tidsmässigt). Flera av arbetsledarna betonar att det aldrig är något krångel eller problem utan att det flyter på. Man uttrycker vidare att det är en trygg organisation som fungerar. Det fungerar bra praktiskt när det gäller anmälan till teamet, planering och bokning av tider.

Flera av arbetsledarna betonade att man alltid kom fram till ett resultat. Adepten kommer nästan alltid tillbaka i arbete någonstans eller så kommer man fram till att det handlar om ett avslut. Man kommer fram till att det inte går att klara något form arbete inom Landstinget eller inte något arbete över huvudtaget.

*Praktik/arbetsträning på annan arbetsplats än den egna*

***”jag har erfarenheten av att arbeta på den egna enheten  
inte alltid är det bästa- det är lätt att man ramlar tillbaka i  
de gamla spåren”***

Arbetsträningen sker i regel på en ”värdenhet” där mottagande personal fått utbildning för att ta emot adepter för arbetsträning. Utbildningen innefattar bland annat kunskaper om hur det är att vara sjukskriven och vilka svårigheter man kan ha när man deltar i rehabilitering, vilket stöd man kan behöva m.m. Man har lagt upp det så för att få bort förväntningar som oftast finns på den egna arbetsplatsen på den som arbetstränar. Ofta finns en spänd relation till arbetsledaren också i bakgrunden vilket kan göra att det blir svårare att börja arbetsträna på den egna arbetsplatsen. Det kan sedan gå lättare att komma tillbaka efter att ha arbetstränat på en annan enhet. Skälet till detta kan vara att man kommit tillbaka i sin yrkesroll vilket i sin tur kan stärka självkänsla och självbild.

*Bra former för rehabiliteringsmöten*

Det blir ett bra och *effektivt samarbete med Försäkringskassan* genom att dom alltid finns med vid rehabiliteringsmötena.

Man har en dialog med alla på en gång (inga mellanhänder). Det blir en kommunikation genom alla berörda samtidigt. Det finns inga behov av att jaga andra aktörer utan känner till vad som gäller och vad som beslutats.

I rehabiliteringsmötena är det tillåtet med en kommunikation mellan doktor och arbetsledare vilket annars kan vara lite svårt rent praktiskt genom att man kan ha svårt att nå varandra. Det kan också upplevas som om man går bakom ryggen på adepten om denne inte deltagit i samtalet Rehabiliteringsmötena minskar risken för missförstånd också genom att man får möjlighet att reda ut. Oklarheter och gnissel i relationer.

Ansvar i rehabiliteringen blir fördelat på flera huvuden. Det är tryggt att man tar viktiga beslut tillsammans med andra som kan och känner till vad det handlar om.

***”allmänt kan man känna sig utsatt genom egna skuld känslor och man  
kan känna sig som på den anklagades bänk”***

Två av de intervjuade arbetsledarna uttryckte att dom ibland kunde känna sig utsatta genom att fokus är lagt på den som arbetstränar och i det läget kommer arbetsledaren och egna arbetsplatsen i en position som motpart ibland. Det kan vara att det är där man blivit sjuk. Det kan också vara att man upplever att arbetet orsakat eller försämrat sjukdomen. Och i den positionen kan arbetsledaren känna sig ensam och utsatt där det kan vara lätt att vilja gå in i en försvarsställning.

#### *Individuellt anpassad rehabilitering*

Man har ett förhållningssätt där man uttrycker att rehabiliteringen skall få ta den tid som behövs (inom rimliga gränser) för att komma tillbaka i arbete. Samtidigt sätter man gränser och ser till att få ett avslut när det inte fungerar eller leder någonstans. Här underlättar det att ha ett direkt samarbete med Försäkringskassan. Försäkringskassan får det underlag dom behöver för att kunna förlänga arbetsträningen genom att delta i rehabiliteringsmötena som dokumenteras med en daganteckning.

I rehabiliteringsarbetet är man mån om att anpassa kraven och arbetsuppgifterna med hänsyn till individens förmåga och resurser. Den regelbundna uppföljningen med arbetsplastbesök av teamet, möten varje vecka i samtalsgruppen och de månatliga rehabiliteringsmötena medger en kontinuerlig ”temperaturmätning” på hur adepten mår och hur det fungerar i arbetsträningen.

Individualisering måste givetvis ha en gräns och rehabiliteringen får inte ta hur lång tid som helst men grundinställningen måste ändå vara att man är lyhörd för adeptens problem och reaktioner under rehabiliteringens gång och går in med extra stöttning när det behövs.

***–”Man ska vara uppmärksam på om något är fel men inte vara mamma utan också ställa krav”***

#### *Gruppaktivitet*

Samtliga arbetsledare betonar att den gruppaktivitet som ingår i rehabiliteringen har stor betydelse för individens utveckling.

Samtalsgruppen medger ett igenkännande (det finns andra i samma situation som jag) där man kan hämta förståelse, kraft och stöd. Deltagande i samtalsgruppen kan leda till att man känner mindre skuldkänslor (för att vara en dålig medarbetare) och får en bättre självkänsla.

Flera av arbetsledarna hade bara en diffus uppfattning om den fysiska delen i gruppverksamheten. I de flesta fallen hade man hört att det var bra men man hade inte så detaljerad uppfattning om vad som skedde i den. Man hade en allmän uppfattning om att den är ”bra för hälsan”. En del rapporterade att deras adepter fått hjälp med smärtlindring genom träningen med avspänning och kroppskännedomsovningar.

Man beskrev att ett rullande intag i gruppen (alla startar inte samtidigt utan en ny kommer in i en pågående grupp) är en fördel genom att deltagarna på så sätt är i olika faser och man kan dra nytta av varandras erfarenheter.

## **Processer som initieras och attityder och påverkas**

### *Rehabiliteringsprocessen*

Rehabiliteringsprocessen initieras och fortsätter så länge adepten deltar i rebus. Man bryter sjukskrivningen och kommer igång i en ny fas där arbetsträning tar vid. Många gånger löper sjukskrivningar utan att det händer något under lång tid.

### *Förändringsprocess hos adepten*

Gruppaktivitetens roll för förändringsprocessen

***”jag har varit med länge som arbetsledare och har varit med innan rebus fanns och arbetat med långtidssjukskrivna och jag kan ju se skillnad i det här med rebus då att det händer något positivt med adepten helt klart”***

Man uttrycker att det sker en förändring hos adepten under rehabiliteringens gång. Man menar att insatserna i rebus leder till en positiv förändring som stärker individen. Förhållningssättet i rebus är att förstärka individens resurser och tilltro till egen förmåga. Man försöker även påverka attityden till arbete och stötta individen att prioritera sin egen rehabilitering och arbetsträning till förmån för vanor man byggt upp under en lång sjukskrivning. En arbetsledare uttryckte att adeptens copingförmåga förändras (förmåga att ta till sig, hantera sin situation och förändra sitt beteende) av att delta i rebus.

### *Förändringsprocess hos arbetsledaren*

Arbetsmodellen påverkar arbetsgivarens attityd till adepten, Man får insikter under arbetsgång som påverkar denna. Även attityden till rehabilitering allmänt samt samhällsperspektiv, etik och roller påverkas av att samarbeta i ett team på detta sätt. Detta är frågor som hela tiden kommer upp under arbetets gång. Flera påpekar att arbetsledarens attityd är viktig och formar arbetsgruppens attityd och avgör hela arbetsplatsens förhållningssätt till dessa frågor.

***”för ibland är det hårda tider det är en sådan tid nu också när det är sparbeting som är att vi skall vara effektiva och så är det ju lätt att dom här fallen hamnar mellan stolarna för att det är produktionen som gäller och vi måste hålla våra ramar jag har en känsla hos mig- ingen av alla här på över 120 personal ungefär så har jag aldrig känt att ingen är välkommen eller att man tycker att det är fel att man försöker eller stöttar dom som har vissa svårigheter inom rimliga gränser självklart”***

***”en sådan öppenhet måste finnas på arbetsplatsen där man tolererar- det ska inte finnas det här att du blir utsatt för mobbing eller någonting sådant här, det kan man hålla borta om man har en sådan attityd som chef själv, då sprider det sig”***

Flera av arbetsledarna betonar också att dom som arbetsledare kan ha en svår roll och arbetet är kravfyllt och inte alltid så lätt. Man understryker också att man som arbetsledare har rollen

att ta en hel del initiativ när det gäller kontakt med sin personal och i synnerhet med dem som inte mår bra eller är sjukskrivna. Följande yttranden från arbetsledarna är kopplade till detta:

***-”så länge som möjligt få medarbetaren att känna att hon/han är behövd”***

***-”det är viktigt att ha en dialog med den som är inne i rehabiliteringen”***

***-”man skall som arbetsgivare se sina medarbetare”***

*Förändringsprocess hos arbetsgruppen*  
(både på värdenheten och på egna arbetsplatsen)

Personalen på värdenheterna påverkas av erfarenheterna från det aktiva rehabiliteringsarbetet. Man får en annan syn på sjukskrivna, en större kunskap om vilka konsekvenser ett funktionshinder leder till och också goda erfarenheter av att det kan gå bra. Adepterna ses i allmänhet som en kompetent resurs och en tillgång i arbetet inte bara en belastning. Man får en ökad tolerans och man tänker mer på frågor relaterade till sjukdom och oförmåga och hur man hanterar varandra i dessa fall.

***”är du inte välkommen funkar det ju inte och har du ett arbetshinder dessutom då fungerar det ju inte”***

Även arbetsgruppen på den egna arbetsplatsen påverkas av och förändras av att få mer kunskap och genom att problemen lyfts upp och diskuteras.

## **Övriga synpunkter**

*Det är dom svåra fallen som anmäls till rehbus*

***”långtidssjukskrivna är ofta ett dåligt samvete för arbetsledaren  
(att man inte gjort det man borde )***

Dom lättare rehabiliteringsfallen klarar man själva utan rehbus insatser. Flera av arbetsledarna betonar att man tar till rehbus i de fall där man har en känsla för att det är eller kommer att bli en komplex eller svår rehabilitering. När man behöver hjälp och när man känner att det finns en risk finns för en långtidssjukskrivning.

I svåra och komplexa ärenden behövs det ett samarbete av flera aktörer kring den långtidssjukskrivne för man skall uppnå resultat. Man uttrycker då att rehbus utgör en sådan resurs och bidrar med stödfunktion både för arbetsledaren och för arbetstagaren.

*Till vilken gräns skall man anpassa arbetet?*

Alla arbetsledare beskriver att detta är något man får arbeta med en hel del. Det handlar om arbetsledarens egen attityd till arbete och till begreppet arbetsförmåga. Det handlar om attityd och förhållningssätt till rehabilitering och till vilken människosyn man har. Det handlar också om att arbetsledaren genom att visa klart och tydligt sin egen inställning till dessa frågor så påverkar det arbetsgruppen i en riktning mot tolerans och förståelse för att man i vissa fall måste anpassa arbetsuppgifterna för att bana väg för återgång i arbete eller för att medarbetare överhuvudtaget skall klara att arbeta. Man måste också ha en förmåga att värdesätta även ett

arbete som utförs till en begränsad del. Allas insatser är värda att ta tillvara. Alla måste inte klara att gör allt på samma sätt eller i samma tempo. En del är också bra på vissa saker och andra är bra på annat. Det gäller att tillvarata de resurser som finns i arbetsgruppen. Samtidigt betonar flera av arbetsledarna att det finns gränser för möjligheterna till anpassning men om man tänker till så finns det ändå rätt så stora möjligheter.

***”jag tänker på en som inte har orkat så mycket hon har gjort mycket arbete i receptionen och då har jag sagt det att om hon skall kunna jobba så får ni andra stå tillbaka, då köper man ändå det”***

***”så försöker jag att jobba att många av dom gamla kanske jobbar 5,10,15,20,25% med någonting annat för att få kraft- det är jätteviktigt att orka”***

#### *Stort kontaktnät*

Genom ”teamsamordnaren” finns ett stort kontaktnät inom arbetsgivarorganisationen. Hon har kontakter med olika centrum och kliniker inom sjukhuset vilket öppnar möjligheterna för individuella val för arbetsträning utanför värdenheterna samt även för eventuell senare omplacering i de fall där en återgång till tidigare arbetsplats inte är genomförbar.

#### *Mer kontakt med Företagshälsovården*

Modellen medför en ökad och tätare kontakt med Företagshälsovården. Man uttrycker att tillgängligheten och samarbetet har förbättrats genom rehbus.

#### **Förslag till förändringar och förbättringar**

Det kan vara svårt att få till en bra schemaläggning med fadder. Det vill säga det kan vara svårt att följa en persons schema eftersom det alltid blir växlande tider (dag, kväll, helg) och inplanerade ledigheter. Det kan därför vara bra att ha minst två personer som faddrar till en adept då går det lättare att lösa.

Man skulle kunna förbättra kommunikationen mellan arbetsledare och teamet innan under pågående rehabilitering.

Modellen fångar inte upp tidigare rehabiliteringsinsatser alltid – förslag att man förbättrar detta.

#### *Kommentar*

Här har det redan skett en förändring genom att respektive personalchef kontaktas innan rehbus som insats initieras (här kan en del historik kan fångas)

#### **Diskussion**

##### **Metoden**

I detta fall har en kvalitativ metod använts där jag har gjort intervjuer av 8 arbetsledare. Initialt tillfrågades 14 arbetsledare per brev där 8 anmälde intresse av att delta i intervju. Vi stötte sedan på via mail och försökte också ringa runt men fick inte tag i mer än några få som inte ansåg sig ha tid att medverka. Vi började då intervjuerna och dessa 8 arbetsledare representerar en god spridning i olika Centrum och kliniker på Universitetssjukhuset. När jag sedan började sammanställa intervjuerna och analysera innehåller uppstod mycket snart en mättnad i antal kategorier vilket närmare kommenteras i nedanstående avsnitt kring resultaten.



Av det skälet bemödade vi oss inte om att försöka få fler arbetsledare att medverka utan nöjde oss med dessa.

Man kan alltid diskutera tolkningen av en intervju om denna är objektiv eller inte. I detta fall har intervjuerna gjorts av två personer. De har dels utförts av en person som inte arbetat i verksamheten och av mig person som har arbetat i teamet tidigare. Frågorna som ställts i intervjuerna har varit av typen öppna frågor för att samla in så många olika synpunkter som möjligt. Dessa öppna frågor har sedan följts av mer specifika frågor som mer ringat in frågeställningen precis. I analysarbetet har sedan ytterligare en person deltagit i syfte att bekräfta att en kategori jag uppfattat även uppfattas av henne såsom densamma (det vill säga att vi har varit överens om att vi uppfattat samma sak). En sådan medbedömning ökar trovärdigheten av analysen.

Denna medbedömare har också en erfarenhet av arbete i rehbusteamet. Att vi har arbetat i teamet kan givetvis färga vår uppfattning om saker och ting men också öka vår förståelse för vad arbetsledarna menar och bidrar menar jag också till att vi lätt förstår och uppfattar nyanser i det som kommer fram och kan se betydelsen av detta.

Min uppfattning är å andra sidan att den person som utöver mig genomförde intervjuerna och som inte i grunden var insatt i vårt arbete var mycket noggrann i sitt arbete och synnerligen intresserad av att försöka förstå det komplexa samarbete som metoden faktiskt utgör med sina olika moment och åtgärder. Hon har tydligt fått fram att det dels finns praktiska moment i metoden likväl som med processinriktade delar som påverkar flera olika gruppers attityder.

## **Resultatet**

Samtliga arbetsledare är till övervägande delen positiva till metoden som sådan. Samtliga uttrycker också att man har god hjälp och stöd i rehabiliteringsarbetet av rehbuss. Man betonar också att arbetssättet underlättar kommunikationen och att det är ett effektivt sätt att arbeta genom sin enkelhet och genom den tidsvinst det ger. Den kritik som framförs är till största delen inte riktad till metoden som sådan utan pekar mer på svårigheterna med att arbeta med rehabilitering. Vidare lyfts de svårigheter som arbetsledarna har i sin vardag. Det finns krav och svårigheter som trots hjälp ändå finns kvar.

Man kan säga att intervjuerna till viss del ger svar på frågan varför ”rehbuss är bra”. De synpunkter som samtliga arbetsledare understryker som viktiga faktorer är:

- \*ett multiprofessionellt omhändertagande,
- \*given och enkel struktur att arbeta efter,
- \*ett tydligt förhållningssätt i teamarbetet
- \*en möjlighet till individualisering sett utifrån adeptens behov.
- \*det löser sig alltid med att antingen kommer adepten tillbaka i arbete eller så kommer man till ett avslut...

Man har också en hel del synpunkter på att en förändringsprocess initieras både hos adept, arbetsgivare och hos arbetsgruppen genom de olika åtgärder och moment som rehabiliteringsmodellen medför.

Det framgår tydligt att arbetsledarna har olika erfarenhet och kompetens av rehabiliteringsarbete. Detta gör att dom har olika behov av stöd där modellen i sig inte förmår att tillgodose behoven alltid utan att extra insatser utöver det som modellen i sig erbjuder kan

behövas. En del uttrycker en frustration och ibland en maktlöshet över de svårigheter en del tunga rehabiliteringsfall kan utgöra. Flertalet har en stor kunskap och en gedigen erfarenhet av rehabiliteringsarbete.

Det framkommer det förvånansvärt lite kritik mot rehbus i intervjuerna vilket kan bero på dels att verksamheten faktiskt fungerar bra och är till så stor nytta som man säger. Det kan också vara så att just de som intervjuats är positiva medan andra kanske skulle kunna vara mindre positiva.

Två av arbetsledarna hade lite kritik vilket framgår i redovisningen av resultatet.

Vid analysen av intervjuerna framgick en mättnad av antalet kategorier redan efter två intervjuer. Efter två intervjuer framkom endast enstaka kategorier, ungefär en till två per intervju. Detta styrker också en samstämmighet i utfallet vilket tyder på att man är tämligen överens om vad man tycker.

Sammanfattningsvis utvisar resultatet att rehabiliteringsmodellen är väl utvecklad och fungerar mycket bra. Den är väl värd att kopiera och använda i yrkesmässig rehabilitering.

I intervjuerna framkommer att arbetsledarna har en oerhört stor kunskap och erfarenhet av rehabilitering och arbetsledning som det har varit mycket roligt och spännande att få förvalta och lyfta fram i den här undersökningen.

## Referenser

1. Ekblom, B, Nilsson, J, Aktivt liv , vetenskap & praktik SISU idrottsböcker 2000
2. Faktablad Socialdepartementet, För en jämlik hälsa nr.3 mars 2001
3. Floor H, Fydrich T, Turk D C. Efficacy of multidisciplinary pain treatment center: A Meta-analytic review. Pain 1992;49:221-230
4. Giorgi A, A application of phenomenological method in psychology. In A. Giorgi, C. Fisher & Murray (eds). Duquesne Studies in Phenomenological Psychology.
5. Granqvist, H, Hjelm, N, QIGONG i teori & praktik, Svenska förlaget 1997
6. Kroksmark T. Fenomenografisk didaktik , Göteborg, Studies in educational sciences 63, 1987
7. Lundgren R, Rylander O, Lapidus R, [www.rfv.se](http://www.rfv.se), [www.pension.nu](http://www.pension.nu),
8. Malterud K. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning, Studentlitteratur Lund 1998
9. Marton F , Phenomenography-describing conceptions of the world around us. Instructional Science, 10 177-200, 1981
10. Roxendal G. Wahlberg C. Vårdandets vardag –händer i möte , Studentlitteratur , Lund 1992
11. Roxendal G. Ett helhetsperspektiv- sjukgymnastik för framtiden, Studentlitteratur, Lund 1987
12. Rudberg, B, Avspänning, ett sätt att leva, Natur och Kultur, Stockholm, 1985
13. Strömdahl H. On mole and amount of substance A study of the dynamics of concept formation and concept attainment, Göteborg, Studies In educational sciences 106, 1996
14. Trost J, Kvalitativa intervjuer, Studentlitteratur Lund 1997

# KARTLÄGGNING AV KORTTIDSFRÅNVARON PÅ ETT TIDNINGSTRYCKERI

Författare: Karl-Erik Karlberg, Med Dr Doc, företagsläkare KvaLita/Mariefrisk  
och Susanne Söderström, företagssjuksköterska KvaLita/Mariefrisk\*  
Handledare: Åke Thörn Med Dr Doc, FOU enheten Norrbottens läns lansting

\*vid tiden för studiens genomförande

Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2002/2003

## Sammanfattning

### Bakgrund

Korttidsfrånvaron, definierad som sjukfrånvaro <28 dagar, var högre på nattskiten jämfört med dagskiten på distributionsavdelningen på ett tidningsstryckeri.

Dessutom hade frånvaron stigit från cirka 6 % till 9 % under en 12 månads period. Orsaken till detta var okänd.

### Frågeställning

Vilka orsaker kan ligga bakom den höga och ökande korttidssjukfrånvaron på nattskiten på distributionsavdelningen?

### Studerad population

Alla de som arbetade heltid nattetid på distributionsavdelningen.

### Metod

En processororienterad metod för fokusgruppsintervju användes. Metoden är kvalitativ, men medger ändå att en subjektiv rangordning av olika faktors betydelse kan göras av dem som intervjuas. Hela populationen delades in i sex intervjugrupper utifrån deras individuella arbetsscheman.

### Resultat

Sammanlagt 39 av 56 (cirka 70 %) personer kom till intervjuerna. Den viktigaste, enskilda faktorn till sjukfrånvaron var ändrat arbetsschema, som ledde till att man periodvis arbetade till klockan 07.00 i stället för 05.00. Andra viktiga orsaker var: möjlighet till ströledighet när man vill, stress/arbetsstrygghet och arbetsledningsproblem.

Först efter dessa faktorer värderades den fysiska arbetsmiljön som orsak. Arbetsskol i form av sjukskrivning framkom tydligt under intervjun.

### Slutsats

I likhet med flera andra undersökningar angående sjukfrånvaro visar resultatet på denna relativt lilla grupp att psykosociala arbetsmiljöfaktorer har en stor betydelse för sjukfrånvaron, även i en fysiskt måttligt tung arbetssituation.

Förutom möjligheten till en semikvantitativ bedömning av orsaker till sjukfrånvaro leder metoden till att åtgärder mot orsakerna tydliggörs pga de enskilda kommentarerna som dokumenteras och detta kan leda till att problemen/orsakerna lättare kan bearbetas.

## Inledning

Under många år har hög sjukfrånvaro varit ett stort problem i Sverige liksom i flera andra europeiska länder. Orsakerna till detta är flera. Förutom fysisk och psykisk sjukdom, diskuteras även flera "icke medicinska orsaker" som är relaterade till arbetsmiljö och psykosociala faktorer. Icke medicinska faktorer har i flera studier visats ha stor betydelse för långtidssjukfrånvaro men om det påverkar korttidsfrånvaro är sämre beskrivet (ref. 1; 2; 3). I en studie har även yngre arbetstagare en högre sjukfrånvaro än äldre vilket kan indikera att ändrade levnadsvillkor eller att en förändring i attityd kan spela roll för sjukfrånvaro (ref. 1).

Medan långtidssjukfrånvaron kostnadmässigt till största delen belastar sjukförsäkrings-systemet, belastar korttidsfrånvaron i huvudsak enskilda företag ekonomiskt. Detta torde

innebära att incitamentet för enskilda företag att minska korttidssjukfrånvaro är större än att minska långtidsfrånvaro.

Bland dem som arbetade nattsift på distributionsavdelningen på ett tidningstryckeri var korttidsfrånvaron, definierad som sjukfrånvaro <28 dagar, högre jämfört med dem som arbetade dagtid och jämfört med dem som arbetade nattsift på tryckeriet i övrigt. Dessutom var frånvaron i stigande (figur 1). Orsakerna till detta var svårt att kartlägga på grund av att huvuddelen av denna frånvaro var så kort att till exempel sjukintyg ej behövdes – men inte heller för de som hade sjukintyg fördes någon diagnosstatistik. Den enda statistiken som fanns var frånvaro -tid och -tillfällen för varje enskild arbetstagare. Några säkra orsaker till frånvaro kunde inte utläsas av detta.

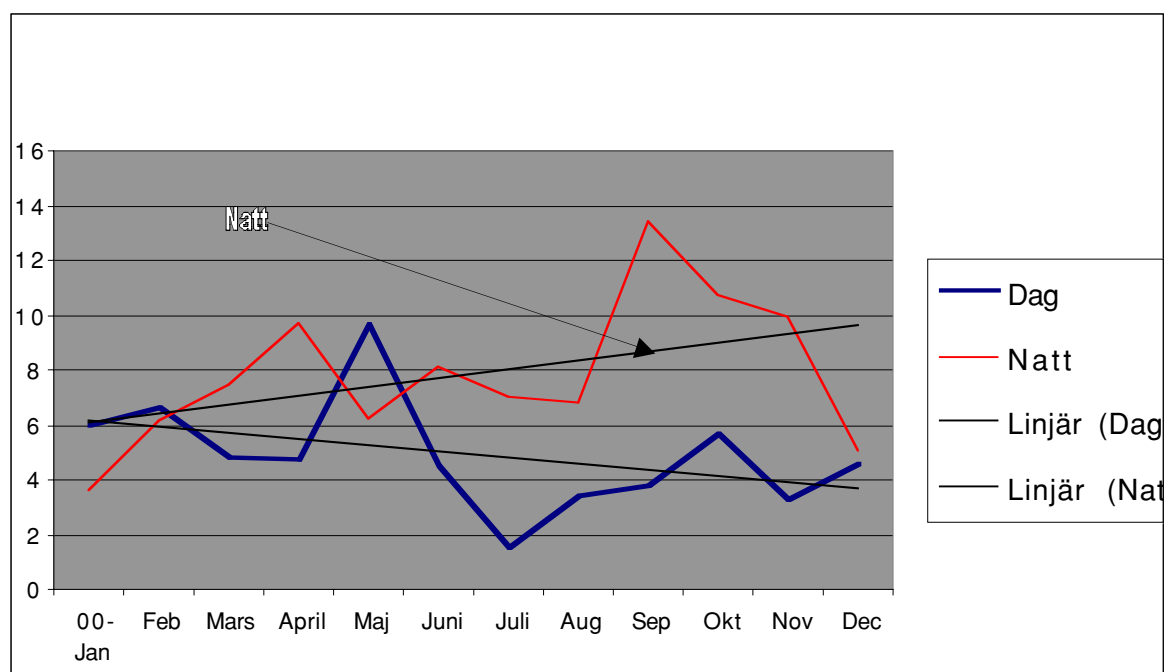


Fig. 1 Korttidssjukfrånvaro i packsal uttryckt i procent under år 2000.

För företaget innebär sjukfrånvaron en extra kostnad. Bara lönekostnaden, för sjukfrånvaro och för den vikarie som mot 150% ersättning arbetar i stället, blir hög. Beräknat utifrån Liukkonen (ref. 4) belastar denna sjukfrånvaro företaget med ca. 150kr första natten och ca. 1700kr för den 2:a natten till den 14:e natten. För vikarien blir lönekostnaden ca. 2500kr för varje natt. Extrapolerat till om sjuk-frånvaron stiger från 6% till 9% (fig. 1) betyder det, för företaget, en kostnadsökning i storleksordningen 450.000 kr/år till 700.000 kr/år beroende på bland annat hur många som kommer tillbaka efter 1:a frånvaronatten och hur många som är sjukskrivna längre tid.

### Tryckeriets organisation

Tryckeriet är organiserat med olika avdelningar för administration, varu-/material-mottagning, tryckeri, packning/distribution och slutligen underhåll/reparation. På packnings/distributionsavdelningen är arbetet relativt okvalificerat och utbildningsnivån är generellt sett låg. I förhållande till utbildning och ansvar är dock lönen hög. På distributionsavdelningen arbetar man dagtid två skift, "tidigt" respektive "sent", medan de som arbetar nattetid bara arbetar nattetid, men även de är uppdelade på olika arbetstider. Arbetet är upplagt så att man arbetar i perioder om fem nätter, är ledig fem nätter och arbetar

fem nätter och så vidare. Under tre arbetsperioder arbetar man mellan kl. 20.30 och 05.00 två av perioderna och under den tredje arbetar man i stället mellan kl. 22.30 och 07.00. Dag- och nattarbetet skiljer sig åt något, eftersom produktionen och distributionen av tidningar till stor del sker nattetid medan maskinservicearbeten sker främst dagtid då produktionen är lägre.

### **Frågeställning**

Vilka orsaker kan ligga bakom den relativt sätt höga och ökande sjukfrånvaron på nattskiften i distributionsavdelningen?

### **Studerad grupp**

Den studerade gruppen var de som arbetade heltid nattetid på distributions-avdelningen.

### **Metod**

En modifierad, processororienterad metod har använts (ref. 5; 6). Metoden är kvalitativ men medger ändå att en subjektiv semikvantitativ värdering av de olika faktorernas betydelse kan göras.

Alla heltidsarbetande i de sex olika nattarbetslagen på avdelningen inbjöds till en gruppintervju. Vi avsåg att skapa grupper om ca. 6-8 personer genom att inbjuda ett arbetslag i taget för intervju. Vid sex olika kvällar, en för varje arbetslag, erbjöds således de som skulle börja arbeta kl. 22.30, att mot ersättning, i stället komma kl 21.00 för 1,5 timmes intervju. Inbjudan var dels muntlig, dels skriftlig och den skriftliga inbjudan beskrev hela intervjuförfarandet, men också den plan för uppföljning som vi som företagshälsovård gjort upp med arbetsledningen redan vid upphandlingen (bil. 1).

Den personliga integriteten garanterades genom att undersökningen utfördes av en extern vårdgivare, företagshälsovården, där företaget köper tjänster. Det framgick också i inbjudan att resultatet skulle presenteras i sin helhet både till arbetsledning och till arbetstagare.

Intervjuerna genomfördes av en företagsläkare (Karl-Erik Karlberg) tillsammans med en företagssköterska (Susanne Söderström). Som framgår av bil. 1, inleddes varje intervju med en presentation av syftet till intervjun, det vill säga den höga korttidsfrånvaron, integriteten poängterades ånyo samt hur själva intervjun var upplagd. Vidare beskrevs kortfattat hur resultatet skulle bearbetas och att det skulle offentliggöras på tryckeriet samt slutligen att resultatet skulle användas för att försöka skapa förbättringsåtgärder. Redan innan intervjun började var det alltså klart för alla deltagare att resultatet skulle användas för att försöka skapa förbättringsåtgärder i en grupp sammansatt av arbetsledning och arbetstagare.

Efter denna genomgång hade vi en cirka 5-10 minuter lång öppen diskussion i gruppen över vilka orsaker som kunde tänkas ligga bakom den höga korttidsfrånvaron. I denna diskussion deltog även undersökningsledarna. Efter detta fick varje gruppdeltagare individuellt och under tystnad, på "post-it"-lappar, skriva ned de orsaker till korttidsfrånvaro som han eller hon trodde kunde ha betydelse. Endast en orsak fick skrivas på varje lapp, men i stället fick hur många lappar som helst skrivas. Alla lappar som skrevs samlades in av undersökningsledarna och klistrades upp på en vägg. När inga ytterligare lappar skrevs avslutades orsaksinsamlingen. Om det som skrivits på lapparna var otydligt förtydligades dessa med ny text av gruppen gemensamt.

Gruppen fick därefter samlas framför väggen med lappar, för att under tystnad sortera lappar med likartad innebörd i kolumner. Kolumnerna kommer då att innehålla orsaker som beskriver samma fenomen. Under handledning och under öppen diskussion satte därefter gruppen rubriker på de olika kolumnerna. Samtidigt diskuterades om rubrikerna stämde överens med innebörden av de olika lapparna i kolumnerna. Om de inte gjorde det skapades nya kolumner med ny rubrik. Vidare kunde kolumner med liknande innebörd slås ihop. Varje rubrik kommer då att sammanfatta en orsak till korttidsfrånvaro.

Därefter skedde en värdering av de olika orsakernas (rubrikernas) betydelse. Varje gruppdeltagare fick då under tystnad efter sitt tyckande rangordna orsakerna, så att den viktigaste fick tre poäng, den näst viktigaste två och den tredje viktigaste en poäng samt övriga noll poäng. Rangordningen skedde under tystnad och individuellt på så vis att varje person fick skriva ner sin egen värdering på ett papper vilket samlades in av undersökningsledarna, som sedan sammanräknade gruppens bedömning.

Innan mötet avslutades valde gruppen också en representant för att, tillsammans med arbetsledningen, delta i diskussioner om förbättringsåtgärder.

Efter varje möte sparades alla ”post-it”-lappar i alla kolumner och dessutom lapparna för rangordning och arkiverades för den slutliga sammanställningen. Denna gjordes av undertecknade efter det att alla grupper var intervjuade.

## Resultat

Sammanlagt kom 39 personer av totalt 56 (cirka 70 %) att delta. Vid ett tillfälle bestod gruppen endast av 3 personer. Vid ett tillfälle utgjordes gruppen av åtta personer då pga. överlappning av 2 personer från ett annat nattskift. Inte vid något tillfälle var en hela gruppen närvarande. Resultatet och några av de enskilda kommentarerna framgår av tabell 1.

**Tabell 1.**

De olika orsakerna samt deras värdering. Vidare ges exempel på de individuella kommentarer som utgör grunden för rubrikerna

1.	<b><i>Sena mornar</i></b> (det vill säga arbete fram till kl 07.00) ”oregelbundna nattscheman” ”sena mornar leder till lång restid hem” ”sena mornar leder till sömnproblem” ”sena mornar knäcker oss totalt” ”hot om arbetsschema sex – fyra” ”morot att få gå när produktionen är klar”	92 poäng
2.	<b><i>Möjlighet till ledighet när man vill</i></b> ”för svårt att få ledigt när man vill” ”tight (tajt) bemanning leder till svårt att få ledigt” ”ingen tilltagen sjukreserv leder till svårt att få ledigt” ”svårt att få ledigt röda dagar med mera” ”ej ledigt = sjukskrivning” ”tvivelaktig moral från arbetstagare” ”en sjuknatt kompenseras lätt med en extranatt”	28 poäng
3.	<b><i>Stress/arbetsstrygghet</i></b> ”prestationsångest pga höga prestationskrav” ”förtäckt hot från arbetsledningen” ”ingen arbetsro pga ständiga omorganisationer leder till sämre arbetsstrygghet” ”oro för framtiden, nedskärningar och ändrade arbetstider” ”stress leder till sömnproblem och psykisk ohälsa”	28 poäng
4.	<b><i>Arbetsledningsproblem</i></b> ”dålig lyhördhet från arbetsledningen” ”ingen delaktighet” ”beröm – finns det?” ”förtroendeklyfta mellan chef – personal” ”chefen på avdelningen närvarar för sällan nattetid” ”dålig information, chefer bemödar sig inte att komma och informera på natten” ”på vissa positioner saknas utbildning och kunskap hos tillräckligt många i arbetslaget”	23 poäng
5.	<b><i>Fysisk arbetsmiljö</i></b> ”ensidiga, tunga lyft (under stress)” ”problem med maskinparken, sliten utrustning” ”buller och hög ljudnivå” ”dålig luft, dammig” ”läckage (regnar in)”	20 poäng
6.	<b><i>Dålig bemanning</i></b> ”tyngre nattproduktion (jämfört med dagen) ger ökad stress” ”kort med personal, speciellt lördagskvällar” ”korta raser, speciellt helger” ”olika arbetsvillkor jämfört med dag” ”för långa arbetspass” ”dåligt att bara personer över 40 år får extra semesterdagar”	10 poäng
7.	<b><i>Dålig mat på natten</i></b> ”äcklig mat” ”stängd matsal på natten”	10 poäng
8.	<b><i>Hälsoproblem pga nattarbete</i></b> ”sömnproblem” ”familjeproblem (dagis, föräldraledighet, vårdnad av barn)” ”lever osocialt med familj/vänner”	8 poäng
9.	<b><i>Yttre faktorer</i></b> ”ohälsosamt leverne (alkohol ev. annat missbruk)” ”diverse olika sjukdomar”	6 poäng
10.	<b><i>Nattarbete premieras e</i></b> ”inga förmåner för nattarbete” ”dåliga löner på natten” ”möten på dagtid för nattpersonal”	5 poäng
11.	<b><i>Lika arbetsvillkor jämfört med dag</i></b>	4 poäng



## Diskussion

Resultatet att arbetsmiljöfaktorer och psykosociala faktorer värderades som så mycket viktigare orsaker, till korttidssjukfrånvaro, i förhållande till olika "fysiska sjukdomar inklusive sömnstörningar" var förvånande och oväntat för oss. Redan i den inledande diskussionerna framstod de psykosociala faktorerna som viktiga, pga. detta fick undersökningsledarna under diskussionen ofta framföra att det också borde finnas fysiska sjukdomar som en viktig orsak till sjukfrånvaro. En förklaring till detta kan vara att en intervju metod i högre omfattning "tar fram" sådana faktorer än andra metoder som tex. diagnosstatistik. Men även om dessa faktorer, pga. valet av metod, värderades högre har de sannolikt ändå en stor betydelse. I flera andra studier har visats att arbetsmiljö och psykosociala förhållanden har en stor betydelse för sjukfrånvaron (ref. 1; 2; 3). Motivet att gå till arbetet vid lindrig sjukdom kan tänkas minska liksom motivet att sjukskriva sig till exempel på grund av att man känner sig stressad, om man är missnöjd med sin arbetssituation. När faktorer, som i andra studier visat sig bidra till hög sjukfrånvaro, som låg delaktighet, låg möjlighet att påverka sin arbetssituation samt oro för omorganisation och nedskärningar beskrivs så tydligt även i denna undersökning, måste detta ändå tolkas som att dessa faktorer kan ha en stor betydelse även för korttidsfrånvaron i denna grupp.

I denna studie framkommer också ett uppenbart arbetsskolk i protest mot till exempel sena mornar eller att man inte kan få ledigt när man vill. Detta tydliggörs i flera kommentarer som tex. "ej ledig = sjukskrivning", "svårt att få ledigt röda dagar med mera" och "tvivelaktig moral från arbetstagare".

Att "sena mornar" får så stor betydelse beror på att missnöjet med detta är mycket stort. Detta har flera skäl. För det första har man historiskt kunnat gå hem från arbetet då morgontidningarna var distribuerade, dvs. ofta före kl. 05, men sedan kvällstidningarna börjat säljas på förmiddagen trycks och distribueras även dessa nattetid varför arbetet fortgår även efter kl. 05. Vidare är trafiksituationen sådan att resan hem går mycket fortare kl. 05 än kl. 07. Slutligen har de som åker kommunalt förmånen att på tryckeriets bekostnad få åka taxi hem kl. 05 men ej 07 pga. de dåliga möjligheterna att färdas kommunalt kl. 05. För att schematekniskt kunna ta bort "sena mornar" krävs ett schema där man minskar arbetstiden varje arbetspass men i stället arbetar 6 dagar är ledig 4 dagar och så vidare. Att denna faktor värderas så högt kan bero på en svaghet i metoden där de enskilda arbetstagarnas stora missnöje över detta leder till att de också skyller en stor del av sjukfrånvaron på detta utan att det kanske är fallet.

I stället utgör alkohol- eller annat drog- missbruk en relativt lågt värderad orsak. Detta kan synas förvånande inte minst ur ett historiskt perspektiv. Orsaken kan vara undervärderad men under många år har missbruk i olika former mycket kraftigt motarbetats av arbetsgivaren med dels behandlande insatser och dels, då inte detta lyckats, med avskedanden.

Att de som arbetar enbart nattetid känner sig missgynnade i förhållande till dem som arbetar dagtid är välkänt t ex. bland sjuksköterskor. I denna undersökning har detta fenomen en förhållandevis underordnad betydelse. Trots detta kan det naturligtvis bidra till ett mera allmänt missnöje med arbetsgivaren.

En faktor som värderats förvånansvärt högt som orsak är dålig mat, detta torde dock ha en underordnad betydelse. Åtta av de 10 poängen kom från 3 lätt överviktiga män i samma grupp sannolikt pga. att de ville skapa en opinion för att matsalen skulle vara öppen nattetid. Detta

kan återigen synas som en begränsning av metoden men detta kan kompenseras av observationer av undersökningsledarna.

Arbetet är okvalificerat och de flesta arbetstagarna har en relativt lågt utbildningsnivå. Dessa faktorer har i andra studier också påverkan på sjukfrånvaron (ref. 1; 7). Anledningen till att detta inte framkommer i denna studie beror på metoden som inte belyser detta problem..

Ett 70-procentigt deltagande i en studie som denna med frivilligt deltagande är att förvänta. Sannolikt är urvalet representativt och acceptabelt men det är mycket svårt att utesluta att bortfallet utgör en systematisk bias vars riktning i så fall är svår att avgöra.

Valet av metod kan diskuteras. Vi hade ingen diagnosstatistik att stödja oss på och ej heller några klara indicier om orsaker. Det syntes därför naturligt att fråga de berörda arbetstagarna vilka orsaker de anser viktiga. Detta kan göras med en intervju enligt ovan, men också via en enkät. I det senare fallet binder man sig dock vid vissa orsaker redan vid själv utformandet av enkäten. Vår metod med en öppen fråga minskar denna begränsning. Vi, liksom andra, tycker också att en kvalitativ metod är att föredra för denna typ frågeställningar (ref. 8; 9). Den intervjueteknik vi använde är också tidseffektiv i förhållande till andra intervjumetoder. Den ger, trots att det är en kvalitativ metod, ändå möjlighet till en semikvantitativ bedömning av de olika faktorernas betydelse, även om bedömningen utifrån denna värdering måste vara mycket försiktig. Eftersom de olika faktorerna som fördes fram, noggrant dokumenterades leder resultatet också på ett naturligt sätt till att orsakerna systematiskt kunde bearbetas och åtgärdas.

Nackdelar är att metoden inte är validerad, i våra händer, och att det finns risk för till exempel en systematisk övervärdering av psykosociala och arbetsmiljöfaktorer på det sätt som antytts tidigare. Andra metoder som till exempel diagnosstatistik, om vi hade haft en sådan, tror vi i stället övervärderar fysisk och psykisk sjukdom. Därför kan det vara svårt att hitta en idealisk metod, utan sannolikt skall flera olika metoder användas för en allsidig belysning. Man kan endast spekulera i om någon annan metod än denna till exempel kunnat påvisa det skolk som uppenbarligen också förekommer. Trots en hög grad av individuellt arbete och hög integritet gentemot resten av gruppen, både vid framtagande av orsaker och vid röstning om betydelser, är det svårt att avgöra om det föreligger bias i form av medvetet eller omedvetet grupstryck.

## Slutsatser

En relativt liten grupp arbetstagare har undersökts med en kvalitativ metod. Resultatet som kan ha påverkas av metodvalet antyder att arbetsmiljö och psykosociala faktorer kan ha en stor betydelse för korttidssjukfrånvaro.

Den viktigaste orsaken syntes vara irritationen över ändrade arbetsscheman som på flera punkter förändrade förutsättningarna speciellt för hemresan från arbetet. Andra psykosociala faktorer rangordnades också som viktigare än t ex. fysisk arbetsmiljö.

Ett annat viktigt fynd var att frånvaron till viss del även betingas av sjukanmälan av andra skäl än sjukdom, det vill säga arbetsskolk. För att ytterligare belysa just denna sista faktors betydelse i ett större perspektiv, krävs betydligt större studier och då också med en eller flera kontrollgrupper från liknande arbetsplatser med låg frånvaro.

Förutom en "semikvantitativ" bedömning av olika orsakers betydelse, är en fördel med den använda metoden att den relativt enkla och tids effektiva dokumentationen på ett naturligt sätt underlättar framtagandet av åtgärder.

### **Epilog**

De framtagna orsakerna har i enlighet med den uppgjorda planen bearbetats och åtgärder har framtagits i den grupp som skapades. Detta har lett till organisatoriska förändringar. Korttidsfrånvaron har minskat. Huruvida detta beror på genomförda åtgärder, känsla av ökad delaktighet eller helt andra faktorer kan man inte uttala sig om.

### **Referenser**

1. Vogel J, Kindlund H, Didrichsen F. Arbetsförhållanden, ohälsa och sjukfrånvaro 1975-89. Stockholm: Statistics Sweden (SCB) 1992. (Rapport nr 78.)
2. Voss M, Floderus B, Didrichsen F. Physical, psykosocial, and organisational factors relative to sickness absence: a study based on Sweden Post. *Occup Environ Med* 2001; 58: 178-84.
3. Blank N, Didrichsen F. Short term and long term sick leave in Sweden: relationships with social circumstances, working conditions and gender. *Scand J Soc Med* 1995; 23: 265-72.
4. Liukkonen P. Hälsobokslut – förslag till mätning, analys och diskussionsfrågor. 61. 2002 OskarMedia ISBN 91-631-2049-6.
5. Caldwell C. The Handbook for Managing Change in Health Care. 185-94 och 522-29. 1998 ASQ Quality Press books ISBN 0-87389-403-0.
6. Aspgård B. I. Intervention med problembaserad metod. Ett redskap vid aktivt utvecklingsarbete. Rikscentrum för Arbetslivsinriktad Rehabilitering 1900; sept, 1-5.
7. Nilsson K, Palmblad J, Rosén M, Sundelin G, Undén G. Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. *SBU nov* 2003: 114-115.
8. Thörn Å, Bunne M, Hallberg H. Kvalitativa forskningsmetoder i klinisk medicinsk praxis. *Läkartidningen* 2001; 12: 1358-63.
9. Harding G, Gantley M. Qualitative methods: beyond the cookbook. *Family Practice* 1998; 15: 76-79.

## Inbjudan till orsaksanalys av korttidsfrånvaro

**Problem** Varför ökar sjukfrånvaron i Packsalen nattetid?  
Sedan 15 månader tillbaka har sjukfrånvaron ökat från i medeltal 6,5% till 9,5% för dem som arbetar natt heltid. Under samma tid har korttidsfrånvaron för dem som arbetar heltid dag varit oförändrad.  
Företagsledningen genom Kjell Windahl har av den anledningen ombett företagshälsovården/Mariefrisk att utreda olika orsaker till detta.

Syftet med utredningen är att utreda orsaker till detta för att i förlängningen vidtaga förbättringsåtgärder för att kunna minska sjukfrånvaron.

Tillsammans med Kjell Windahl har vi diskuterat möjliga sätt att genomföra detta och kommit fram till följande utrednings-/åtgärdsplan.

### 1. Problemanalys

Alla som arbetar heltid nattetid inbjuds att delta.  
De viktigaste problemen identifieras.

### 2. Analys av de utvalda problemen samt utarbetande av åtgärdsförslag

Mindre grupp med både arbetsgivare/chef och arbetstagare representerade.

### 3. Genomförande av åtgärder efter godkännande från arbetsgivare

## 1 Problemanalys

- Alla som arbetar nattskift inbjuds att delta.
- Sex grupper med cirka åtta personer i varje bildas.
- Varje grupp träffas vid ett tillfälle kl 21.00 – 22.30 innan ett arbetspass.  
Lön utgår för denna tid. Föreslagna kvällar: måndag och onsdag.
- Två handledare från Mariefrisk deltar vid varje gruppmöte.
- Gruppmöten – innehåll:
 

Kort presentation av hela projektet	(5 min)
Introduktion av tillvägagångssätt att lyfta fram problem	(5 min)
Kort öppen diskussion om problem	(5 min)
Enskilda personer skriver ned det som de upplever som problem på "post it"-lappar	(15 min)
Sortering av skrivna lappar i grupper med liknande problem	(30 min)
Huvudrubriker skapas för dessa problem i grupper	(10 min)
Röstning/rangordning av grupperna	(5 min)

Val av en representant att representera gruppen vid analys- och åtgärdsförslagsdiskussionen enligt punkt 2.

Resultaten av alla gruppgenomgångar sammanställs av "handledarna" och problemen rangordnas sammanräkning av samtliga gruppers röstningsresultat.  
Resultaten anslås offentligt på tryckeriet.

Problemanalysen för alla grupperna beräknas pågå i september, så att resultaten kan anslås i slutet av månaden.

## **2. Analys- och åtgärdsförslag för de tre viktigaste problemen**

- En grupp med avdelningens chef samt en arbetstagare från varje grupp bildas.
- Ett problem utreds i taget.
- Analys av orsaker till problemet utifrån tidigare ”post it”-lappar.
- Diskussion om eventuella realistiska åtgärder, som skulle kunna minska problemet
- Åtgärdsförslag att lämnas till arbetsgivaren

## **3. Genomförande efter beslut av arbetsledning**

## **4. Uppföljning efter ett år**



# Långtidssjukskriven personal på Helsingborgs Lasarett - En kartläggning

Författare Jouni Liljefjord, Företagsläkare, Previa Helsingborg,  
Handledare Nils-Ove Månsson, Samhällsmedicinska institutionen, UMAS,  
Malmö

Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2002/2003

## Sammanfattning

Detta projektarbete är en kartläggning av långtidssjukskriven personal på lasarettet i Helsingborg. Med anledning av att sjukskrivningarna kraftigt ökat de senaste åren känns det angeläget att som företagsläkare försöka få en uppfattning om orsaker till detta. Kartläggningen är gjord med hjälp av en enkät som skickades ut i juli. Urvalet, bestående av 138 personer, är gjord genom register hos arbetsgivaren på personer som vid en given tidpunkt, mars 2003, hade varit sjukskrivna mer än 28 dagar. Nittionio personer besvarade enkäten, vilket ger en svarsfrekvens på 71 %. Av dem som besvarade enkäten hade 18% tillfrisknat under perioden mars-juli.

Syftet är att göra en kartläggning avseende långtidssjukfrånvarons fördelning på en arbetsplats, beträffande ålder, diagnoser och kön samt hur de sjukskrivna uppfattar sin arbetssituation och om orsakerna till att de insjuknat. Vidare att försöka få klarhet i, vilka åtgärder som kan underlätta återgången i arbete, såväl från den sjukskrivna själv och om det finns andra aktörer som kan påverka rehabiliteringen. Det är också av intresse att veta vilken vårdinrättning som är sjukskrivande.

Sjukskrivningstiden är i 71% av fallen mer än tolv månader lång och 24% har en sjukskrivningstid på mellan sju till tolv månader. Hälften är heltids sjukskrivna, en fjärdedel är halvtids sjukskrivna. Andelen som inte blivit kallade till rehabmöte under sjukskrivningstiden är 60%. Majoriteten tycker att de har för mycket att göra på sin arbetsplats och att det är arbetssituationen som anses den viktigaste förändringen för återgång i arbetet. Diagnosfördelningen följer i stort mönstret bland långtidssjukskrivna i samhället i övrigt. Vanligast är diagnoser från rörelseapparaten vilket utgör 40% och därefter utmattning, 23%. Fördelningen mellan sjukskrivande vårdinrättning var jämnt fördelat mellan FHV, primärvård, privatläkare och sjukhus.

Föreliggande projekt är början till ett samarbete mellan FHV och lasarettet för att försöka rehabilitera eller avsluta pågående långa sjukskrivningsfall. Dessutom att tillsammans försöka finna strategier till att snabbt komma igång med rehabilitering av nya sjukfall samt att aktivt arbeta förebyggande på alla nivåer i organisationen.

## Inledning

Sjukfrånvaron har fördubblats från 1997 till 2003. Orsakerna till detta är flera. Under hela 90-talet förändrades arbetsmiljön och den arbetsrelaterade ohälsan kraftigt i flera olika avseenden. Under 90-talets början rådde det stor arbetslöshet och lågkonjunktur. Det fick till följd att fler blev utslagna från arbetsmarknaden i form av pensionsavgångar, sjukpensionering och ökad sjukfrånvaro. Trots att arbetslösheten sjönk under senare delen av 90-talet så började sjukfrånvaron öka. Företagen gjorde en omorientering med stora förändringar. Nya företagslanseringar, såväl inom privat som offentlig verksamhet, genomfördes med besparingar och budgetsanering. Allt fler fick en påtaglig osäkerhet i sin anställning då man ökade andelen projektanställda, behovsanställda, objektsanställda eller kontraktsanställda. Förändringarna innebar en ökad stress, högre krav och mindre frihet för de anställda. De senaste åren har förändringarna märkts i form av att allt fler upplever svårigheter av psykosocial karaktär i arbetet och ökad sjukfrånvaro.

Förändringarna i sjukskrivningarnas omfattning under de senaste decennierna kan emellertid även förklaras av regelförändringar inom sjukförsäkringen och av konjunkturen. Expansiva



regelförändringar genomfördes i högkonjunktur och de restriktiva under lågkonjunktur vilket förstärkte sjukskrivningarnas upp- eller nedåtgående trend. 1992 infördes sjuklöneperiod, vilket kan ha minskat sjukfrånvaron. År 1993 infördes karensdag vilket ytterligare minskade sjukfrånvaron. År 1993 gjordes också en ordentlig skärpning av arbetsskadeförsäkringen. Då gällde fortfarande två steg i bevisföringen, men med hög grad av sannolikhet för skadlig inverkan och övervägande skäl skall tala för ett samband. Den kraftiga ökningen av sjuktalet under perioden 1997-1998 kan förklaras av den minskande arbetslösheten men även 1998 års höjda ersättningsnivå. För att pröva olika samband mellan sjuktalet och ett antal förklarande faktorer kan man göra en s k linjär regressionsanalys. Man kan därigenom tolka exempelvis eventuella nivåförändringar i sjuktalet i förhållande till regeländringar. Under 90-talet gjorde dock regeländringars antal och omfattning det svårare att dra några säkra slutsatser om vad varje enskild regelförändring hade för betydelse för sjuktalet.

Med anledning av att sjukfrånvaron ökat senaste åren kraftigt känns det viktigt att försöka undersöka och kartlägga orsaken till detta, samt försöka minska lidande och med hjälp av rehabiliteringsinsatser och öka livskvaliteten hos de långtidssjukskrivna. Att göra en kartläggning avseende långtidssjukfrånvarons fördelning på en arbetsplats, beträffande ålder, diagnoser och kön samt hur de sjukskrivna uppfattar sin arbetssituation och om orsakerna till att de insjuknat. Vidare att försöka få klarhet i vilka åtgärder som kan underlätta återgången i arbete, såväl från den sjukskrivna själv som från andra aktörer som kan påverka rehabiliteringen. Till sist är det intressant att veta vilken vårdinrättning som är sjukskrivande. Med anledning av ovanstående har jag initierat en kartläggning av de långtidssjukskrivna på Helsingborgs Lasarett. Syftet är att med utgångspunkt från dessa uppgifter försöka skapa ett instrument för att i förlängningen förebygga sjuklighet, förbättra arbetsmiljön och öka trivselen på arbetsplatsen.

## Metod

Data har samlats in med hjälp av en enkät som är utsänd till personer, som enligt en lista från personaladministrationen hos arbetsgivaren i, mars 2003 varit sjukskrivna mer än 28 dagar vid en given tidpunkt. (se bilaga) Enkäten skickades ut i juli 2003. Om det vid utskickandet av enkäten fanns personer som var friskskrivna, ombads de endast fylla i ett kryss i en ruta på försättsbladet och skicka tillbaka enkäten. Bearbetning av enkäten är gjort i Excel. Chi2-test användes för att testa skillnader mellan grupper.

## Undersökt grupp

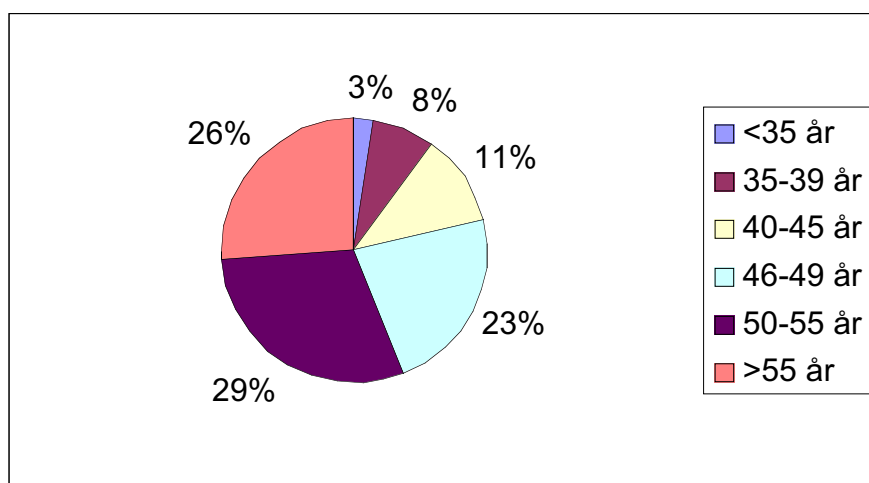
Gruppen består av personal anställda på Helsingborgs lasarett. Urvalet är gjort genom register hos arbetsgivaren på personer som vid en given tidpunkt, mars 2003, hade varit sjukskrivna mer än 28 dagar. Det totala antalet anställda är 2400 personer. Vid tidpunkten för inkludering i projektet var det 138 personer som var aktuella.

## Resultat

Enkäten skickades ut till 138 personer vilket motsvarar 5,8% långtidssjukskrivna av personalen. Nittionio personer besvarade enkäten, vilket ger en svarsfrekvens på 71%. Ingen påminnelse har skickats ut. Arton personer svarade att de nu var friskskrivna och var helt åter i arbete. Av dem som besvarade enkäten hade 18,2% tillfrisknat under perioden mars-juli. Åttio personer kvarstår och det är de som besvarat alla frågor i enkäten. Av dessa är 91% kvinnor och 9 % män. Det var ingen skillnad i svarsfrekvens mellan kvinnor och män, 72% respektive 70%.

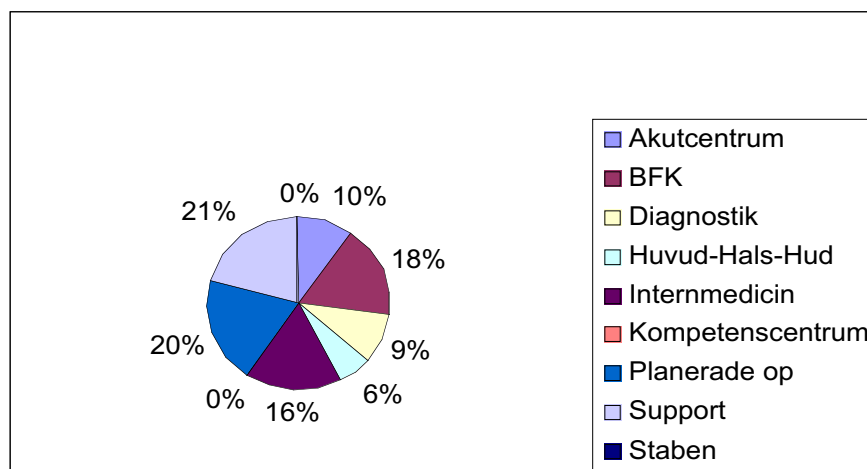
Anställningstid är i genomsnitt nitton år i nuvarande tjänst med en spridning från två till fyrtio år.

Åldersfördelningen framgår av figur 1.



Figur 1. Fördelning i åldersklasser av de långtidssjukskrivna indelat i procent.

De sjukskrivna representerar olika verksamhetsområden, se figur 2.



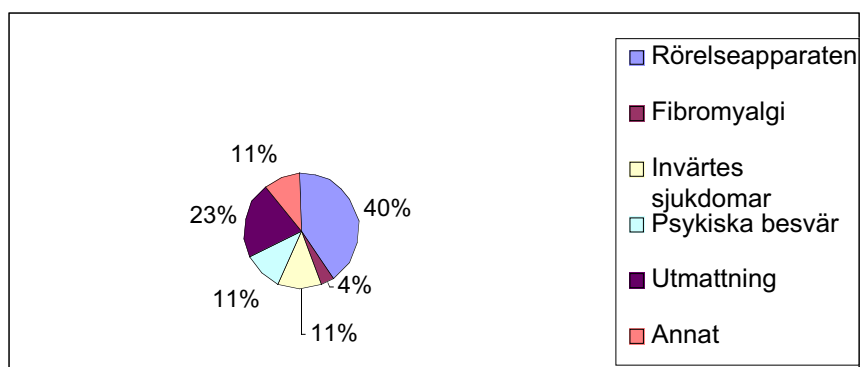
Figur 2. Fördelning av de sjukskrivna inom olika verksamhetsområden indelat i procent.

I relation till antalet anställda per verksamhetsområde ser fördelningen emellertid annorlunda ut. Det är jämnt fördelat över verksamhetsområdena med undantag av support som är dubbelt så många medan kompetenscentrum och stab har 0%.

Akutcentrum	2,8%
Barn Förälder Kvinnosjukdomar	2,8%
Diagnostik	2,7%
Huvud Hals Hud	3,6%
Internmedicin	2,9%
Kompetenscentrum	0 %
Planerade operationer	2,6%
Support	5,8%
Staben	0 %

Sjukskrivningstiden är i 71% av fallen mer än tolv månader lång medan 24% har en sjukskrivningstid på mellan sju till tolv månader. Vanligast är heltids sjukskrivna, 49%, därefter följer halvtids, 24%, en fjärdedels 22% och 5% är sjukskrivna till 75%.

Diagnoser är fördelade i sex olika grupper där rörelseapparaters sjukdomar omfattar alla rygg-, extremitets- och ledbesvär. Invärtes sjukdomar inkluderar hjärtsjukdom, lung- och mag-tarmbesvär samt överkänslighet. Utmattningsbesvär omfattar även kronisk trötthet. Ett flertal har angett två diagnoser eller fler. Samtliga diagnoser är beaktade och fördelade procentuellt, se figur 3.



Figur 3. Diagnoser för långtidssjukskrivna fördelat i procent.

På frågan om det året innan sjukskrivningen hände att de borde sjukskrivit sig men arbetade ändå var det 46% som svarade att de hände ganska ofta eller mycket ofta. 26% svarade någon enstaka gång och 28% svarade aldrig.

Om man delar in gruppen med diagnos utbränd och icke-utbränd avseende sjukskrivningsbehov året innan förhåller det sig på följande sätt: För personer med diagnosen utbränd var det lika vanligt att svara, att de ofta borde stannat hemma, året innan de blev sjukskrivna, som i gruppen som svarade sällan eller aldrig. I gruppen med diagnos icke-utbränd var det däremot vanligare att man svarade sällan eller aldrig på frågan. Dock är det inte statistiskt säkerställt. ( $p=0,34$ ) (tabell 1)

Tabell 1. *Fördelning i antal över diagnos utbränd och icke utbränd, avseende om de borde sjukskrivit sig eller inte året innan de blev sjukskrivna.*

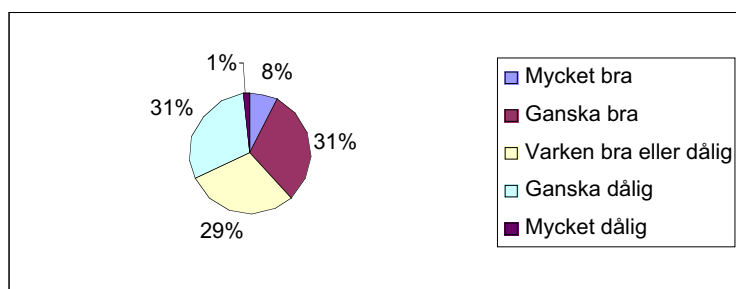
Diagnos/SS-behov året innan	Sällan SS behov året innan	Borde SS sig ofta året innan	Summa
Utbränd	13	14	<b>27</b>
Ej Utbränd	31	22	<b>53</b>
<b>Summa</b>	<b>44</b>	<b>36</b>	<b>80</b>

På frågan ”Anser Du att besvärerna är orsakade av faktorer och åtagande i hemmet eller familjen” svarade 67% nej och 4% ja. Till en viss del svarade 23% medan 6% inte visste.

Att besvärerna var orsakade av arbetet ansåg 44% medan 16% tyckte att så inte var fallet, och 30% tyckte att det stämde till en viss del. Följdfrågan ”Har Du för mycket att göra på arbetet” svarade 28% alldeles för mycket och 49% tyckte något för mycket, alltså sammanlagt 77%. Lagom mycket tyckte 21% medan 2 % ansåg sig ha något eller alldeles för lite att göra. Om man därtill lägger frågan ”Är det svårt att hinna med arbetsuppgifterna” svarade en tredjedel att det nästan alltid eller ofta är svårt att hinna med. Hälften tyckte att det ibland är svårt att hinna med.

När det gäller frågor som berör vad som skall förändras för att kunna återgå till arbete igen är de främst arbetsuppgifterna som anges, därefter den psykosociala arbetsmiljön. Stöd från arbetsgivaren är det svar som är vanligast, 42%, följt av stöd och hjälp från Företagshälsovården, 14% och arbetskamraterna, 8%. En tredjedel anser att inget av alternativen är viktigt.

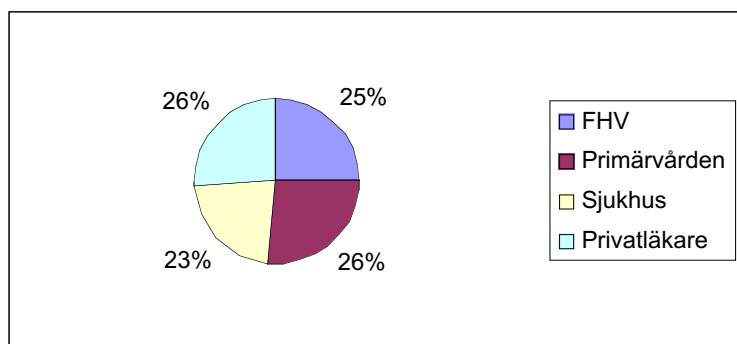
Hur hälsotillståndet är idag framgår av figur 4.



Figur 4. *Hälsotillståndet idag för de sjukskrivna angivet i procent.*

Om man jämför hälsotillståndet idag med den senaste 12 månaders perioden är det 45% som är bättre, 35% oförändrade och 20% sämre.

Sjukskrivande vårdinrättning fördelar sig jämnt mellan de fyra olika alternativen, se figur 5



Figur 5. Vårdinrättning som har utfärdat sjukskrivningen indelat i procent.

På frågan ”Har Du blivit kallad till ett rehabmöte under den aktuella sjukskrivningsperioden” svarade 60% nej. Delar man in grupper efter längd på sjukskrivningen där man sätter en gräns på sex månader ser det ut enligt tabell 2.

Tabell 2. Antal som blivit kallade till rehabmöte.

SS-tid/ Rehabmöte	JA	NEJ	Summa
SS < 6 månader	1	3	4
SS > 6 månader	31	45	76
Summa	32	48	80

Av de sju männen har 71% inte blivit kallade medan motsvarande siffra för de 73 kvinnorna är 59%. Åldersfördelningen i gruppen som inte blivit kallad till rehabmöte skiljer sig inte från hela gruppen.

Av tabell 3 framgår att det är de som sjukskrivits av FHV har i större utsträckning blivit kallade till rehabmöte.

Tabell 3. Fördelning antal som blivit kallade till rehabmöte avseende olika vårdinstanser.

Vårdinrättning	Antal SS av alla	Antal ej rehab	Antal rehab
FHV	20	8	12
Primärvård	21	12	9
Privatläkare	18	13	5
Sjukhus	21	15	6
<b>SUMMA</b>	<b>80</b>	<b>48</b>	<b>32</b>

På frågan om de ville börja arbeta igen var det 22% som svarade nej. Av de svar som angivits framgår att dessa anser sig så svårt sjuka att de inte kan återgå till arbetet p g a sina besvär. I denna gruppen har 70% varit sjukskrivna längre än tolv månader hel- eller deltid. En tredjedel

har besvär från rörelseapparaten, en tredjedel har diagnos utbrändhet medan den sista tredjedelen fördelar sig på övriga diagnoser. Majoriteten har blivit kallade till rehabmöte. Fördelningen på svaren av enkätfrågor med svarsalternativ redovisas, i bilaga enkät, efter svarsalternativen angivet i procent.

## Diskussion

Sjukskrivningarna har senaste åren stigit kraftigt och det känns angeläget att som företagsläkare försöka att dels hjälpa till att rehabilitera de som redan är sjukskrivna. Men också att försöka få klarhet i orsakerna till att människor blir sjuka i sitt arbete. Föreliggande projektarbete är en kartläggning om långtidssjuka på ett medelstort lasarett som en start i ett mer långtgående arbete tillsammans med personaladministrationen. Avsikten är att i framtiden kunna arbeta mer pro-aktivt för att, om möjligt, förhindra nya långa sjukfall. Det sparar lidande hos den enskilda som drabbas, samtidigt som det finns stora ekonomiska vinster både för arbetsgivaren och för samhället i stort. (3)

Kartläggningen omfattar de som långtidssjukskrivna vid en given tidpunkt. Andelen är inte speciellt hög men resultatet visar att 85% av de långtidssjukskrivna varit sjukskrivna mer än sex månader, varav hälften på heltid. En fjärdedel har halv sjukskrivning. Trots att så många av de sjukskrivna varit borta avsevärd tid från sin arbetsplats är det så stor del som 60% som aldrig blivit kallade till ett rehabmöte. Det är av stor vikt att arbetsgivaren så snart som möjligt, när någon befaras att bli sjukskriven under längre tid, kallar till ett rehabmöte. Det är arbetsgivaren, som i samråd med den anställda, ska svara för att dennes behov av rehabilitering klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering (22 kap. 3§ AFL). FHV kan, om arbetsgivaren så önskar, vara behjälplig med ifyllandet av en rehabiliteringsplanering. I denna kartläggning har inte efterfrågats huruvida en rehabiliteringsutredning är gjord. Det finns dock statistik på RFV som visar att rehabiliteringsutredningar görs i alltför liten utsträckning. (2, 5)

Fördelningen av sjukskrivande vårdinrättning är det jämnt fördelat mellan FHV, primärvård, privatläkare och sjukhus. Tittar man däremot på antalet i de olika grupperna så skiljer sig fördelningen när det gäller att ha blivit kallad till rehabmöte markant. De som är sjukskrivna av FHV har oftast blivit kallade till rehabmöte. De andra grupperna är det tvärtom så att de flesta inte blivit kallade till något rehabmöte. Det säger dock ingenting om utgången i fråga om rehabilitering. Det kan ju vara så att de som är mest sjuka söker en specialist på sjukhuset, eller privat och att det inte finns någon rehabiliteringspotential kvar. En annan möjlig och kanske mer realistisk förklaring är att de privata vårdgivarna, sjukhuset eller primärvården helt enkelt inte har tid avsatt för möten med arbetsgivaren, försäkringskassan och patienten. I princip är det dock inget som hindrar att FHV, som är experter på rehabilitering, deltar i rehabiliteringsarbetet och att vårdgivaren är sjukskrivande. Det förutsätter emellertid att FHV och arbetsgivaren har en utarbetad strategi för detta. Det går i denna studie inte få fram orsaken till varför det inte förelegat något rehabmöte. Ej heller om det finns någon rehabiliteringspotential kvar. De frågeställningarna ingick inte i kartläggningen.

Den allra största gruppen sjukskrivna har diagnoser som har med rörelseapparaten att göra, 40%. Därefter kommer utbrändhet som utgör en fjärdedel av gruppen vilket överensstämmer ganska väl med sjukstatistiken i hela samhället.(5) Man ser skillnad mellan de som har diagnos utbränd och övriga, genom att de utbrända oftare svarar att de borde sjukskrivit sig året innan de blev sjukskrivna. Detta talar för att de som har diagnos utbrändhet ofta känner på ett tidigt stadium att de är sjuka men fortsätter ändå att arbeta. Är det lojalitet mot

arbetskamrater och eller arbetsgivare, eller orsakat av stress som man blundar för? Det kan också tala för att de som håller på att bli utbrända inte förstår eller blundar för sin symtom, de lyssnar inte på kroppens signaler. De kämpar vidare för att de inte vill visa sin egen svaghet. Det är mycket skuld och skam i att inte orka med sitt arbete, ofta även om det är för mycket att göra på jobbet, vilket tydligt framkommer på frågan om arbetsbelastning där nästan 80% tycker att de har för mycket att göra på arbetet. Därtill är det nästan 30% som tycker att de oftast har svårt att hinna med arbetet. Det framkommer också att de flesta tycker att det är arbetsuppgifterna som är viktigast att förändra och nästan tre gånger vanligare att man anger detta före den psykosociala arbetsmiljön. Det är lite förvånande med hänsyn till att arbetsplatsen är en markant övervägande del kvinnor och det är särskilt kvinnorna som de senaste åren har ökat i sjukskrivningarna där bland de vanligaste orsakerna till frånvaro från arbetet är utbrändhetssymtom och depression, men även besvär från rörelseorganen. Många undersökningar tyder på att såsom stress och bristande arbetstillfredsställelse i samspel med vissa fysiska förhållanden och individuella faktorer bidrar till att öka risken för att drabbas av besvär. (1, 3, 4)

Med hänsyn till vad resultatet i kartläggningen visar är det viktigt att samarbete mellan FHV, arbetsgivaren och de anställda fortgår kontinuerligt kring frågor som rör arbetsmiljön. Arbetsbelastningen är hög och det är svårt att hinna med arbetsuppgifterna. Vi får emellertid inte glömma bort att dessa svar är angivna av personal som redan är sjuka hel- eller på deltid. Det hade kanske varit bra med en enkät till friska personer på lasarettet rörande arbetsmiljön, såväl fysiskt som psykosocialt. Man kan också försöka kartlägga antalet långtidsfriska. För att förhindra eller försöka bringa ned antalet långtidssjuka är det viktigt med strategier för hur man handlägger nya sjukfall, t ex någon form av rapportering till närmaste chef eller eventuellt FHV så fort någon är borta från arbetet. Man måste vara aktiv från början vid ett sjukfall och så snart som möjligt få igång en dialog mellan arbetsgivaren, den som är sjuk och FHV om det handlar om arbetsrelaterad sjukdom. Det är mycket viktigt att arbetsgivaren initierar ifyllandet av rehabiliteringsutredning om någon som är anställd är frånvarande, hel eller deltid, från arbetet mer än fyra veckor. Men även arbeta pro-aktivt och ta kontakt med FHV om det befaras att någon riskerar att insjukna pga arbetet. Man bör också se över behovet av utbildningar av chefer för att de lättare ska kunna lära sig att hantera sjukdomsfall och arbeta förebyggande.

## Referenser

1. Arbetsliv och hälsa 2000, Staffan Marklund
2. Sjukförsäkring och rehabilitering RFV, vägledning 2000:8
3. Stress, molekylen – individen – organisationen - samhället, Bengt Arnetz, Rolf Ekman, Liber 2002
4. Utbränning och mental utmattning - en motbok, Kjell Ekstam, Liber 2001  
RFV Statistikinformation, Is-1 2003-3, Pågående sjukfall längre än fyra veckor efter falllängd, 1998-2003.

### 1. Löpnummer

---

### 2. Din ålder

Under 35 år	<input type="checkbox"/> 1	8%
35-39 år	<input type="checkbox"/> 2	11%
40-45 år	<input type="checkbox"/> 3	23%
46-49 år	<input type="checkbox"/> 4	29%
50-55 år	<input type="checkbox"/> 5	26%
över 55 år	<input type="checkbox"/> 6	3%

### 3. Kön

Man	<input type="checkbox"/> 1	9%
Kvinna	<input type="checkbox"/> 2	91%

### 4. Vilken är Din yrkesbefattning? (ex v undersköterska, lokalvårdare, sjuksköterska, läkare)

---

### 5. Vilket verksamhetsområde arbetar

Du på?

Akutcentrum	<input type="checkbox"/> 1	10%
BFK(Barn, familj, kvinnosjd)	<input type="checkbox"/> 2	18%
Diagnostik	<input type="checkbox"/> 3	9%
HHH (Huvud, hals, hud)	<input type="checkbox"/> 4	6%
Internmedicin	<input type="checkbox"/> 5	16%
Kompetenscentrum	<input type="checkbox"/> 6	0%
Planerade op	<input type="checkbox"/> 7	20%
Support	<input type="checkbox"/> 8	21%
Sjukhuschefens stab	<input type="checkbox"/> 9	0%

### 6. Hur länge har Du varit anställd i nuvarande befattning?(avrunda till närmast liggande år)

---

### 7. Vilken anställningsgrad har Du?

Heltid (100%)	<input type="checkbox"/> 1	66%
Deltid	<input type="checkbox"/> 2	34%

### 8. Hur lång tid har Du varit sjukskriven innevarande sjukskrivningsperiod?

1-3 månader	<input type="checkbox"/> 1	1%
4-6 månader	<input type="checkbox"/> 2	4%
7-12 månader	<input type="checkbox"/> 3	24%
mer än 12 månader	<input type="checkbox"/> 4	71%



**9. Till vilken grad är Du sjukskriven idag?**

25%	<input type="checkbox"/> 1	22%
50%	<input type="checkbox"/> 2	24%
75%	<input type="checkbox"/> 3	5%
100%	<input type="checkbox"/> 4	49%

**10. Vilken är den huvudsakliga orsaken till Din sjukskrivning?**

Nacke/skulder/armbesvär	<input type="checkbox"/> 1	15%
Ländryggsbesvär	<input type="checkbox"/> 2	11%
Ledbesvär eller liknande	<input type="checkbox"/> 3	13%
Fibromyalgi	<input type="checkbox"/> 4	4%
Mage/tarmbesvär	<input type="checkbox"/> 5	4%
Hjärtbesvär	<input type="checkbox"/> 6	4%
Astma/allergi	<input type="checkbox"/> 7	1%
Andra lungbesvär	<input type="checkbox"/> 8	1%
Överkänslighet av något slag	<input type="checkbox"/> 9	2%
Psykiska besvär	<input type="checkbox"/> 10	11%
Utbrändhet	<input type="checkbox"/> 11	18%
Kronisk trötthet	<input type="checkbox"/> 12	4%
Annat	<input type="checkbox"/> 13	10%

<b>11. Har Du anmält Dina besvär som</b> Ja	<input type="checkbox"/> 1	31%
<b>antingen arbetsskada eller som</b> Nej	<input type="checkbox"/> 2	69%
återfall till tidigare godkänd arbetsskada?		

<b>12. Händet det, året innan detta sjukskrivningstillfälle, att Du med tanke på Dina nuvarande besvär egentligen borde sjukskrivit Dig?</b>	Aldrig	<input type="checkbox"/>	28%
	Någon enstaka gång	<input type="checkbox"/>	26%
	Ganska ofta	<input type="checkbox"/>	21%
	Mycket ofta	<input type="checkbox"/>	25%

<b>13. Anser Du att Dina nuvarande besvär är orsakade av, eller försämrade av faktorer och åtaganden i hemmet och familjen?</b>	Ja	<input type="checkbox"/>	67%
	Nej	<input type="checkbox"/>	23%
	Till viss del	<input type="checkbox"/>	6%
	Vet ej	<input type="checkbox"/>	4%

<b>14. Anser Du att Dina nuvarande besvär är orsakade av arbetet?</b>	Ja	<input type="checkbox"/>	44%
	Nej	<input type="checkbox"/>	30%
	Till viss del	<input type="checkbox"/>	16%
	Vet ej	<input type="checkbox"/>	10%

<b>15. Hur mycket har Du att göra i ditt arbete?</b>	Alldeles för mycket	<input type="checkbox"/>	28%
	Något för mycket	<input type="checkbox"/>	49%

	Varken för mycket eller för lite	<input type="checkbox"/>	21%
	Något för lite	<input type="checkbox"/>	1%
	Alldeles för lite	<input type="checkbox"/>	1%
<b>16. Har Du så mycket att göra att Du har svårt att hinna med Dina arbetsuppgifter?</b>	Aldrig	<input type="checkbox"/>	6%
	Sällan	<input type="checkbox"/>	16%
	Ibland	<input type="checkbox"/>	49%
	Ofta	<input type="checkbox"/>	23%
	Nästan alltid	<input type="checkbox"/>	6%
<b>17. Får Du någon behandling just nu?</b>	Ja	<input type="checkbox"/>	79%
	Nej	<input type="checkbox"/>	21%

**Om ja**, i så fall vilken form eller sorts behandling/ar är det Du får?

---



---



---

**18. Bedriver Du egen träning eller fysisk aktivitet?**(Cykling, promenader, simning eller annan aktivitet)

Ja	<input type="checkbox"/>	92%
Nej	<input type="checkbox"/>	8%

**19. Skulle Du vilja börja arbeta igen?**

Ja	<input type="checkbox"/>	79%
Nej	<input type="checkbox"/>	21%

**Om Ja**; vad tycker Du är viktigt att Du själv gör för att underlätta återgången i arbete?

---



---



---

**Om Nej**; orsak?

---



---

**20. Vilken faktor och/eller förändring anser Du vara viktigast för att Du ska kunna börja arbeta?**

**Förändringar i: (Ett kryss)**

Mina arbetsuppgifter	<input type="checkbox"/>	41%
Den fysiska arbetsmiljön	<input type="checkbox"/>	11%
Den psykosociala arbetsmiljön	<input type="checkbox"/>	16%
Inget av alternativen	<input type="checkbox"/>	32%

**Hjälp och stöd av: (Ett kryss)**

Arbetsgivaren	<input type="checkbox"/>	42%
Arbetskamrater	<input type="checkbox"/>	8%
Företagshälsovården	<input type="checkbox"/>	14%
Försäkringskassan	<input type="checkbox"/>	0%
Facket	<input type="checkbox"/>	1%
Inget av alternativen	<input type="checkbox"/>	35%

**21. Vad tycker Du är viktigt att din arbetsgivare gör för att Du ska kunna börja arbeta igen?**

---

---

---

---

---

**22. I allmänhet hur skulle Du vilja säga att Din hälsa är?**

Mycket bra	<input type="checkbox"/> 8%
Ganska bra	<input type="checkbox"/> 31%
Varken bra eller dålig	<input type="checkbox"/> 29%
Ganska dålig	<input type="checkbox"/> 31%
Mycket dålig	<input type="checkbox"/> 1%

**23. Jämfört med Ditt allmänna hälsotillstånd de senaste tolv månaderna är Ditt hälsotillstånd idag.**

Bättre	<input type="checkbox"/> 45%
Oförändrat	<input type="checkbox"/> 35%
Sämre	<input type="checkbox"/> 20%

**24. Vilken typ av vårdinrättning är det Du är sjukskriven av?**

Företagshälsovården	<input type="checkbox"/> 27%
Primärvården	<input type="checkbox"/> 25%
Sjukhus	<input type="checkbox"/> 25%
Privatläkare	<input type="checkbox"/> 23%

**25. Har Du blivit kallad till något rehabmöte under Din nuvarande sjukskrivningsperiod?**

Ja	<input type="checkbox"/> 43%
Nej	<input type="checkbox"/> 57%

Plats för eventuella kommentarer och/eller synpunkter på projektet.

---

---

---

---

**Tack för Din medverkan.**

**Dina uppgifter kommer *enbart* att handhas av undertecknad projektledare och behandlas helt konfidentiellt. En statistisk analys och sammanställning kommer att göras av hela gruppen sjukskrivna utan namn och personuppgifter. Du kommer så småningom att få ta del av resultatet.**

**Jouni Liljefjord  
Företagsläkare  
AB Previa**

# Hörselpåverkan hos bullerexponerade värnpliktiga under slutövning

Författare: Kjell Björklund, garnisonsläkare, Skövde-Kvarn Garnison  
och Mats Fälth, företagsläkare, Slottsmöllehälsan Halmstad

Handledare: Per-Anders Hellström, med. dr., Förvarsmaktens Högkvarter,  
Stockholm

Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2002/2003



## Sammanfattning

Värnpliktiga exponeras under sin utbildning för mycket buller. Ett stort antal skadeanmälningar avseende hörselnedsättningar görs varje utbildningsår. Förvarsmakten har därför infört stränga krav avseende hörselskydd och hörselkontroller. I samband med slutövningen exponeras de särskilt intensivt för buller samt att tjänstgöringen innebär oregelbundna arbetstider. Under en slutövning tjänstgör den värnpliktige oavbrutet i cirka 10 dygn och har alltså ingen fritid. Vi ville i vår studie undersöka om det uppträder hörselskador hos en grupp kraftigt bullerexponerade värnpliktiga under slutövning.

Ett särskilt bullerexponerat kompani utvaldes för undersökningen. 154 stycken värnpliktiga ingick i studien.

De i studien ingående individerna undersöktes med audiometri omedelbart före och omedelbart efter slutövningen. Resultatet av mätningarna bearbetades statistiskt. Audiogrammen bedömdes även kliniskt av specialist inom ämnesområdet öron- näs och halssjukdomar. Dessutom svarade de värnpliktiga på en enkät för att vi skulle få veta om de upplevde några subjektiva besvär avseende hörseln.

Undersökningen visade att ingen hörselskada med hörselnedsättning inträffade under slutövningen.

Vår studie tyder på att miljön under en slutövning, där det förekommer starkt buller, är en säker miljö avseende hörseln. Som sidofynd i vår undersökning finner vi också att värnplikts-tjänstgöringen i sin helhet är en säker miljö. Vi fann ingen försämring av hörseln under värnpliktstjänstgöringen men däremot en tendens till försämrad hörsel mellan mönstring och intryckning.

## Inledning

För att få fullgöra värnpliktstjänstgöring krävs det bl.a. att vissa kriterier avseende hörsel uppfylls. Dessa hörselkrav finns reglerade (1). Därför utförs hörseltest vid mönstringen. Förnyade hörseltest utförs vid intryckning samt vid uttryckning. Varje år anmäls ett antal hörselskador av värnpliktiga. Dessa skadeanmälningar finns redovisade i en sammanställning (2). År 2002

anmäldes 426 hörselskador jämfört med det totala antalet anmälda skador för samma tid som var 1725. Hörselskador är den vanligaste skadetyper som förorsakar skadeanmälan. Det är viktigt att observera att antalet anmälda hörselskador inte överensstämmer med antalet konstaterade skador. Hörselskadorna registreras antingen som "hörselskada akut" eller "hörselskada uttryckning" (2). Vid "hörselskada akut" är det en plötslig händelse som orsakat skadan och ett klart samband med en yttre påverkan som framgår av anmälan. Oftast rör det sig om olyckstillbud där hörselskydd ej har använts (30 %) eller bringats ur läge (60 %) (2). När det gäller de hörselförsämringar som konstateras i samband med uttryckningsundersökningen är den värnpliktige i regel ovetande om att en eventuell hörselförsämring har inträffat. Någon specifik händelse som kan ha orsakat skadan kan alltså oftast inte anges. Det är alltså oklart om den eventuella skadan har inträffat under tjänstgöring eller fritid. De audiologiska kraven för att en hörselförsämring vid uttryckning ska anmälas finns reglerade (1).

Det saknas idag statistik över hur många av de anmälda hörselskadorna som är verkliga hörselskador. Den enda möjligheten som finns idag att få en uppfattning om svårighetsgraden av samtliga hörselskador är att kontrollera vilka som erhållit ersättning från Statens trygghetsnämnd. Genom lagen om statligt personskydd (LSP) kan värnpliktiga erhålla ersättning vid skada. Kammarkollegiet svarar fr.o.m. år 2000 för administrationen av dessa ärenden. En förutsättning för att Kammarkollegiet skall betala ut ersättning är att skadan har godkänts som arbetsskada av Försäkringskassan. Kammarkollegiet kan för närvarande inte redovisa någon statistik över dessa ärenden (2).

Skaraborgs Regemente, P4, i Skövde är ett pansarregemente som utbildningsåret 2002 – 2003 utbildade cirka 700 värnpliktiga. De värnpliktiga var uppdelade i fem kompanier. Under utbildningen exponerades de värnpliktiga för buller av olika intensitet. För genomförande av studien valdes det kompani som enligt regementets Utbildningssäkerhetsofficer (UtbSäköff) exponerades för mest buller. Under slutövningen exponerades de värnpliktiga för buller från band- och hjulfordon samt handeldvapen.

De värnpliktiga färdades under slutövningen i två typer av bandfordon nämligen stridsfordon 9040 eller pansarbandvagn 401 samt följande typer av terrängbilar: terrängbil 111 C, terrängbil 21, terrängbil 131 samt radioterrängbil 1112 B. Bullermätningar av samtliga fordon har gjorts dels invändigt dels utvändigt vid förbifartskörning, stillastående samt med motor på tomgång. Resultatet av mätningarna visar att ljudnivån i bandfordonen är i stort sett densamma var man än vistas och varierar mellan 102 och 107 dB (A) (3). Mätningarna visar också att om man använder Telehjälms 9A är detta tillräckligt för att ljudnivån skall hamna under gränsvärdet 85 dB (A). Vid tjänstgöring i hjulfordon är ljudnivån lägre och varierar mellan 79 och 86 dB (A) (4). Hörselskydd som enligt order skall användas under slutövningen är Peltor Comtac i kombination med eller utan hörselproppar samt Telehjälms 9A med dämpkloss.

Uppmätta bullernivåer med automatkarbin 5 (AK5) vid skarpskjutning i liggande, knästående och stående ställningar visar att om reglementsenliga hörselskydd används finns det ingen risk för bullerskada (5). Under värnpliktstjänstgöringen utbildas de värnpliktiga i bullerskydd enligt ett särskilt utbildningspaket. I Försvarsmaktens säkerhetsföreskrifter regleras användningen av hörselskydd. Enligt dessa föreskrifter betraktas det som ett tjänstebrott att inte använda hörselskydd vid tjänstgöring i bullrig miljö. Det är befälets skyldighet att övervaka att detta följs. Säkerhetsinspektionen inom Försvaret har regelbundet inspektioner på förbanden för att se till att föreskrifterna följs. Med anledning av detta måste användningsfrekvensen av hörselskydd vara i det närmaste 100 procent.

Under en slutövning tjänstgör den värnpliktige oavbrutet i ca 10 dygn och har under denna tid ingen fritid. Vi vill i denna studie undersöka om det uppträder hörselskador under en slutövning hos en grupp kraftigt bullerexponerade värnpliktiga.

- Hur många hörselskador inträffar?
- Varför inträffar dessa hörselskador?
- Kan man förebygga så att dessa hörselskador inte inträffar?
- Om inga eller få hörselskador inträffar:
- Finns det då andra förklaringar till det stora antalet anmälda hörselskador?
- Kan Försvarsmaktens hörselkrav för värnpliktstjänstgöring förändras?
- Kan utryckningsaudiogrammet utföras före slutövningen?

### **Undersökt grupp**

Samtliga värnpliktiga på kompaniet, 154 stycken, var tänkta att ingå i studien. 141 stycken genomgick audiogramkontroll före och 145 stycken efter slutövningen. Vid audiogramkontrollen före slutövningen uteblev 13 stycken på grund av att de befann sig på annan ort, var sjuka eller av annan orsak inte infann sig. Vid undersökningen efter slutövningen uteblev 8 stycken trots upprepade påstötningar. En individ ströks från studien på grund av felaktigt personnummer. De värnpliktiga som inte infann sig för undersökning före slutövningen men däremot efter har tagits med i undersökningen om samtliga audiogram inklusive slutaudiogrammet var utan avvikelser.

Den undersökta gruppen består av personer födda 1980 – 1983.

### **Metod**

Hörselmätningarna utfördes av personal på Hälso- och sjukvårdsdetaljen som är väl förtrogen med utförandet av undersökningarna och apparaturen. Undersökningarna utfördes med en helautomatisk tonaudiometer, Entomed GSI 66. Service av apparaturen genomfördes i februari 2003. Hörselmätningarna har gjorts från 10 dB (HL) omfattande frekvenserna 500, 1000, 2000, 3000, 4000, 6000 och 8000 Hz. Detta utförande är enligt de rutiner som gäller inom Försvarsmakten (1). Mätningarna har i möjligaste mån genomförts under de tidiga morgontimmarna för att undvika eventuell bullerpåverkan under tjänstgöringen. Om audiogrammet före slutövningen uppvisade en sänkning på någon av frekvenserna på mer än 30 dB (HL) skulle ett nytt audiogram tas på en annan audiometer. Skulle hörselnedsättningen kvarstå hänvisades individen till läkare för bedömning. Vid audiometriundersökningen efter slutövningen togs ett nytt audiogram på en annan audiometer om det första audiogrammet uppvisade en sänkning på 5 dB (HL) eller mer på en eller flera av frekvenserna 2000 Hz och uppåt. Om kvarstående försämring, utfördes öronundersökning med mikroskop för att utesluta annan orsak till hörselnedsättningen. Resultaten beräknades som medelvärdet av tontrösklarna vid 3 kHz, 4 kHz och 6 kHz för höger och vänster öra eftersom bullernedsättningar efter vistelse i starkt buller är mest uttalat i detta frekvensområde (6). Dessutom har den genomsnittliga avvikelsen beräknats (s.d).

För att studera om de värnpliktiga hade blivit utsatt för någon form av bullertrauma under slutövningen och vad detta i så fall berodde på, fick de i samband med mätningen efter slutövningen besvara en enkät (Bilaga A). Svarsfrekvensen var 100 %.



## Resultat

Huvudsyftet med studien var att jämföra hörseln före och efter slutövningen. Detta har gjorts med audiogramjämförelse och genom frågeformulär. Även hörsel vid mönstring och inryckning har studerats genom audiogramgenomgång. I normalfallet har de värnpliktiga i vår studie genomgått fyra stycken audiogramkontroller (omkontroller ej inräknade).

Audiogrammen benämns:

1. Mönstringsaudiogram
2. Inryckningsaudiogram
3. Audiogram före slutövning
4. Audiogram efter slutövning (utryckningsaudiogram)

Av de 154 värnpliktiga som deltog i studien genomförde 145 stycken slutaudiogram. Bortfallet var 5,2 %. Trots upprepade påminnelser infann sig inte 8 stycken som därmed togs bort ifrån studien. Ytterligare en har tagits bort ifrån studien p.g.a. felaktig personnummerangivelse.

Följande audiogram har studerats:

Audiogram nr:	Antal studerade audiogram	Bortfall
1	153	1
2	152	2
3	141	13
4	145	9
Sa:	592	24

Det totala bortfallet av audiogram var 3,9 %.

Av de 13 där audiogram 3 saknades togs 12 stycken med i studien eftersom audiogram 1, 2 samt 4 fanns och samtliga dessa audiogram var helt invändningsfria. En av dessa 13 ströks ifrån studien p.g.a. felaktig personnummeruppgift (samma individ som ovan).

Samtliga audiogram har granskats manuellt av specialist. Någon hörselnedsättning har ej kunnat påvisas i något fall.

Samtliga 145 värnpliktiga som genomförde utryckningsaudiogram har besvarat en enkät. Ingen har uppgivit att hörselnedsättning föreligger subjektivt. En har uppgivit att tinnitus har debuterat under slutövningen. Ytterligare en har uppgivit tinnitus men ej debut under slutövningen.

Samtliga audiogram har bearbetats statistiskt. Medelvärde och standardavvikelse (s.d.) för varje individ, öra och frekvens har beräknats. Dessutom har flera sammanfattningar och jämförelser gjorts. Sammanfattningarna för de ur bullerskadesynpunkt intressanta frekvensområdena redovisas i tabell 1. Som framgår av tabellen visar perioden mellan mönstring och inryckning på en försämring av hörseln medan det under värnpliktstiden sker en förbättring. Vid separat analys av frekvenserna (tabell 2) ser man att 6 kHz vänster öra är mest påverkad, även här i perioden mellan mönstring och inryckning, till en försämring. För samma frekvens och öra har en förbättring skett under värnpliktstiden.

<b>Mv 3,4,6 kHz V</b>	<b>Aud 1</b>	<b>Aud 2</b>	<b>Aud 3</b>	<b>Aud 4</b>	<b>Aud 4-1</b>	<b>Aud 4-3</b>	<b>Aud 2-1</b>	<b>Aud 3-2</b>	<b>Aud 4-2</b>
<b>Mv</b>	11,11	11,85	11,29	11,18	0,01	-0,11	0,71	-0,57	-0,68
<b>s.d</b>	1,90	2,47	2,08	1,86	2,17	2,05	1,97	2,09	2,14
<b>Mv 3,4,6 kHz H</b>	<b>Aud 1</b>	<b>Aud 2</b>	<b>Aud 3</b>	<b>Aud 4</b>	<b>Aud 4-1</b>	<b>Aud 4-3</b>	<b>Aud 2-1</b>	<b>Aud 3-2</b>	<b>Aud 4-2</b>
<b>Mv</b>	10,85	10,99	11,13	10,78	-0,13	-0,45	0,12	0,15	-0,24
<b>s.d</b>	1,72	1,50	2,29	1,55	1,84	2,06	1,77	1,91	1,43

Tabell 1. Medelvärde av hörtrösklarna vid 3,4 och 6 kHz (uttryckt i dB HL) för samtliga audiogram och mätningstillfällen samt medelvärde av skillnaderna mellan mätningstillfällena. Standardavvikelser för respektive medelvärdesbildning anges även.

			<b>Aud 4-1</b>	<b>Aud 4-3</b>	<b>Aud 2-1</b>	<b>Aud 3-2</b>	<b>Aud 4-2</b>
<b>Mv</b>	<b>3 kHz Vänster öra</b>		0,10	-0,07	0,66	-0,46	-0,59
<b>s.d.</b>			2,32	2,67	2,35	2,38	2,67
<b>Mv</b>	<b>4 kHz Vänster öra</b>		-0,28	-0,3	0,13	-0,07	-0,31
<b>s.d.</b>			2,42	2,1	2,56	2,59	2,38
<b>Mv</b>	<b>6 kHz Vänster öra</b>		0,28	-0,04	1,57	-1,18	-1,22
<b>s.d.</b>			4,74	3,79	4,42	4,22	4,06
<b>Mv</b>	<b>3 kHz Höger öra</b>		-0,14	-0,26	0	0,14	-0,14
<b>s.d.</b>			1,44	1,77	1,52	1,68	1,17
<b>Mv</b>	<b>4 kHz Höger öra</b>		-0,24	-0,56	-0,2	0,46	0
<b>s.d.</b>			2,86	2,36	2,72	2,31	1,56
<b>Mv</b>	<b>6 kHz Höger öra</b>		0	-0,45	0,59	-0,21	-0,59
<b>s.d.</b>			3,45	3,7	3,68	3,76	3,52

Tabell 2. Separat analys av medelvärdena av skillnaderna för hörtrösklarna för frekvenserna 3,4 och 6 kHz.

Någon hörselnedsättning under slutövningen har inte kunnat påvisas kliniskt, genom frågeformulär eller genom statistisk beräkning.

En individ har under slutövningen ådragit sig tinnitus.

Det finns en tendens till försämrad hörsel mellan mönstring och inryckning.

Det finns även en tendens till att hörseln förbättrats under slutövningen.

## Diskussion

Av 154 värnpliktiga som deltagit i militär slutövning och varit högt bullerbelastade vet vi med säkerhet att 145 inte har ådragit sig någon hörselskada som medfört hörselnedsättning enligt audiogram. Nio värnpliktiga deltog inte i uttryckningsundersökningen. Sannolikheten för att någon av dessa skulle ha ådragit sig en hörselskada av dignitet under slutövningen måste an-

ses som mycket liten eftersom ingen av dessa har anmält hörselskada. Undersökning med audiogram har genomförts omedelbart före och efter slutövning. Samtliga audiogram har granskats av specialist samt bearbetats statistiskt. Vidare har samtliga värnpliktiga som har genomfört uttryckningsaudiogrammet besvarat en enkät. Ingen har uppgivit subjektiv hörselnedsättning. En värnpliktig har uppgivit att tinnitus har debuterat i samband med slutövningen. Det rörde sig om ett olycksfall med ett vådaskott. Den värnpliktige har undersökts och utretts av specialist. Normalt öronstatus och bevarad hörsel konstaterades. Besvären har bedömts som ringa och kontroll kommer att göras om ett år.

Liknande resultat finner man i en studie avseende orsakssamband mellan helikopteryrke och hörselnedsättning (7). Där fann man visserligen nedsatt hörsel hos helikopterpersonalen men inget orsakssamband. I en annan studie avseende hörselpåverkan hos bullerexponerade JAS-39 Gripen tekniker fann man hörselnedsättning över tiden men ej heller här något säkert orsakssamband (8).

Vår studie tyder på att miljön under en slutövning, där det förekommer starkt buller, är en säker miljö avseende hörseln. Detta förutsatt att inga olyckor inträffar och att hörselskydd används på ett adekvat sätt enligt Förvarsmaktens säkerhetsföreskrifter (Säkl G) (9). Även om statistiska skillnader mellan audiogram tagna före respektive efter slutövning saknar signifikans finns det en tendens till att hörseln, tvärt emot hypotesen, förbättras under slutövningen. Detta kan delvis förklaras med den s.k. träningseffekten, som syns mellan audiogram tagna med kort mellanrum (5).

Som ett sidofynd till denna studie finns en tendens till försämrad hörsel mellan mönstring och inryckning. Detta kan med stor sannolikhet förklaras av den hörselskadliga miljö ungdomar i Sverige ofta vistas i (freestyle, bilstereo, diskotek, konserter mm).

Sannolikt är en stor andel av de anmälda hörselskadorna inte verkliga skador. Det kan finnas flera förklaringar till detta. En sannolik förklaring är den stress och tidsbrist som präglar situationen då uttryckningsaudiogram ska genomföras. Detta hörselprov ska genomföras mellan slutövningen och uttryckningen då det ofta är stor tidsbrist. Dessutom är den värnpliktige ofta uttröttad av slutövningen samt av andra orsaker i samband med militär uttryckning. Dessa orsaker skulle kunna innebära att noggrannheten i mätningarna blir mindre samt att skadeanmälan ibland skrivs efter endast ett audiogram. En annan förklaring skulle kunna vara de stränga hörselkrav som gör att endast en mycket liten försämring av hörseln föranleder skadeanmälan. Subjektiva besvär som ej är mätbara, till exempel tinnitus och lockkänsla, skulle kunna vara ytterligare en förklaring.

Det skulle vara mycket intressant att följa upp de som anmält hörselskada, till exempel genom en enkät, cirka ett år efter avslutad värnpliktstjänstgöring. En sådan studie kommer att bli lättare att genomföra från och med våren 2004. Försvarets sjukvårdscentrum kommer då att få statistik från Kammarkollegiet angående anmälda hörselskador som har ersatts. Vidare är det angeläget att redan på förbandet öka noggrannheten avseende anmälda hörselskador och på så sätt kunna minska dessa.

Förvarsmaktens hörselkrav för att få genomföra värnpliktstjänstgöring är mycket höga. Vi känner inte till någon annan yrkeskategori där kraven avseende hörsel är så höga. Ytterligare studier med större material bör göras. Skulle dessa studier visa samma resultat som vår kan förmodligen hörselkraven sänkas. Detta skulle i hög grad underlätta för Pliktverket vid uttag-

ning av värnpliktiga samt att fler som önskar att fullfölja värnpliktstjänst skulle få möjligheten.

Det har länge inom Förvarsmakten diskuterats möjligheterna av att genomföra uttryckningsaudiogram före slutövningen då detta skulle medföra stora administrativa vinster. Vår studie visar att det ur medicinsk synvinkel skulle gå att genomföra. Detta är dock mer en försäkringsteknisk fråga som dock med denna studies resultat som bakgrund bör belysas och diskuteras.

Vidare visar vår studie att det är möjligt att flera av de hörselskador som anmäls i samband med uttryckning har uppkommit på fritid då ingen hörselskada med hörselnedsättning uppstod under slutövningen. Förnyade studier med större material bör därför genomföras och då lämpligen inom olika försvarsgrenar och förband. För att föra resonemanget ännu längre kan frågan ställas om några andra hörselprov än vid mönstring och intryckning är nödvändiga. Detta är återigen en försäkringsteknisk fråga, men som bör diskuteras. Mycket stora besparingar skulle kunna göras.

## Litteraturreferenser

1. Tjänstemeddelande för Förvarsmakten Nr 010005.
2. Sammanställning över arbetsskador inom Förvarsmakten år 2002 (HKV 16530:70224).
3. Sammanställning av bullermätningar utförda på bandfordon. Rapport FMV MS/Ao Nr 15742.
4. Bullermätningar på hjulfordon i den svenska försvarsorganisationen. Beteckning 24230-PP-341.
5. Hellström P-A. Personligt meddelande. (2003).
6. Lidén Gunnar (red). Audiologi. Almqvist & Wiksell, Stockholm, 2:a omarbetade upplagan (1985) 227.
7. Hök Lars Gunnar. Helikopter- Riskmiljö för hörseln? Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2000/2001.
8. Månsson Bertil. Hörselpåverkan hos bullerexponerade JAS-39 Gripen tekniker. Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2001/2002.
9. Förvarsmakten. Säkerhetsinstruktion för vapen och ammunition med mera. Gemensam del. SäkI G U2 M7749-753012. (2000) 161-169.

## Enkät angående eventuella hörselskador under slutövningen Våreld 2003.

Denna enkät delas ut till alla vpl tillhörande 2: a komp som deltagit i slutövningen 2003-03-17—2003-03-28. Syftet med enkäten är att ta reda på om några hörselskador har inträffat under slutövningen och i så fall vad det beror på.

### Fråga 1.

Upplever du att din hörsel på något sätt har förändrats under slutövningen eller att du på något annat sätt har fått problem/symptom ifrån öronen. Sätt ett kryss i en ruta.

☐ Ja

☐ Nej

Om du svarar nej på denna frågan ska du **inte** svara vidare.

Om du svarat ja på frågan vill vi att du ska fortsätta med resten av frågorna. Vi vill också att du ska uppge ditt personnummer och namn. Detta för att vi ska kunna jämföra dina svar med de hörselprov som är tagna eller kommer att tagas. Även för att vi ska kunna följa upp dina eventuella öronproblem.

Namn.....

Personnummer.....

### Fråga 2.

Om du har svarat ja på fråga 1. Beskriv dina problem/symtom.

.....

.....

.....

.....

### Fråga 3.

Kan du sätta dina problem/symtom i samband med en speciell händelse? Om ja, beskriv händelsen. Försök att beskriva detaljerat. Använde du hörselskydd? Ange tidpunkt, typ av händelse, typ av vapen mm.

.....

.....

.....

.....

Använd gärna baksidan om du behöver mer utrymme att skriva på.

**Fråga 4**

Om du inte kan ange någon känd orsak till dina problem/symptom, vad tror du då att problemen/symptomen beror på?

.....  
.....  
.....  
.....

**Fråga 5.**

Har du varit förkyld eller sjuk på annat sätt under slutövningen?

☐ Ja☐ Nej

Om du svarar ja, beskriv

.....  
.....  
.....  
.....

**Fråga 6.**

Har du skadat dig på något annat sätt under slutövningen, t ex slagit i huvudet?

☐ Ja☐ Nej

Om du svara ja, beskriv

.....  
.....  
.....  
.....

**Fråga 7.**

Vad har du haft för befattning under slutövningen.

.....

**Fråga 8.**

Beskriv vilken typ av buller/höga ljud du har blivit utsatt för under slutövningen t ex vapen, fordon, kommunikationssystem mm. Använde du vid dessa tillfällen hörselskydd?

.....  
.....  
.....  
.....

**Fråga 9.**

Har du tidigare haft hörselnedsättning eller några andra problem eller symtom avseende din hörsel eller dina öron? Beskriv i så fall.

.....  
.....  
.....  
.....

**Fråga 10.**

Utsattes du för höga ljud eller buller (t ex diskotek) helgen mellan senaste hörselprovet 030314 och slutövningen 030317?

.....  
.....  
.....  
.....

Använd gärna baksidan om du behöver mer utrymme att skriva på.

**Tack för din medverkan.**

Har du frågor eller funderingar kring denna enkät eller kring eventuella problem med din hörsel så är du välkommen med dina frågor till din förbandsläkare. Om du har drabbats av en hörselnedsättning under slutövningen kommer du att kallas till förbandsläkaren för en undersökning.





# Hälsopromotivt arbete på en byggarbetsplats

Författare: Rosmarie Gäcke-Herbst, AB Previa, Göteborg

Handledare: Rita Mårtenson, professor, Handelshögskolan, Göteborgs universitet

Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2002/2003

## Sammanfattning

Denna studie belyser ett sätt att arbeta hälsopromotivt. En utgångspunkt för hälsofrämjande arbete är den Salutogena teorin. Denna teori innebär att man söker efter orsakerna till varför människor, trots olika påfrestningar, håller sig friska istället för att fråga sig varför de blir sjuka. Det gäller att i lika hög grad söka friskfaktorer, som att fokusera på riskfaktorer.

Mitt huvudsyfte är att formalisera ett arbetssätt för hälsa på arbetsplatsen med ett salutogent synsätt- hur vi inom vår företagshälsovårdsenhet skall arbeta hälsopromotivt gentemot våra kunder. Jag vill börja med att ta reda på 1 Vilka de hälsobefrämjande faktorerna på en arbetsplats är och 2 i vilken utsträckning dessa faktorer är tillgodosedda. I studien har ett befintligt mätinstrument, Healthscore, använts på en byggarbetsplats i Västsverige. Healthscore är en hälsoenkät som besvaras av de anställda och som sedan följs upp med diskussioner och ytterligare kommentarer. Resultatet kan sedan användas för en konkret handlingsplan för hur arbetet med specifika hälsofrämjande faktorer på den undersökta arbetsplatsen kan främjas. Man påbörjar en process över tid, från nuläge till önskat läge, där målet är ökad hälsa på arbetsplatsen.

*"Redaktörens anmärkning: I denna rapport har som bilaga inte närslutits de frågeformulär som använts i fältundersökningen. Utelämnandet grundas på upphovsrättsliga överväganden och följande önskemål av företaget Svenska Hälsopromotionsgruppen AB, Alingsås, som konstruerat formulären. I bilagan har däremot förtecknats de frågeområden (HealthSCORE ) som formulärens frågor inriktas mot."*

## Inledning

Jag har haft förmånen att få arbeta som läkare inom allmänmedicinen och den palliativa vården, samt sedan 3 år inom företagshälsovården. Jag ser det som en utmaning att fokusera och utveckla det friska, som ett komplement till gängse vård och forskning, som fokuserar det sjuka. Ohälsan håller på att bli ett hot mot det svenska välbefinnandet. Kostnaderna för att människor mår dåligt är enorma. Den totala direkta kostnaden för ohälsan lär överstiga 300 miljarder kronor per år. Ökningstakten är 20 miljarder kronor om dagen (9). Den här utvecklingen måste brytas. Enligt min mening är det naturligt att utgå ifrån det friska och se möjligheter i stället för att utgå ifrån det sjuka och känslan att ”nu är det kört”.

## Bakgrund

Förebyggande arbete har hittills utgått från att man skall förhindra och åtgärda ohälsa och sjukdom, dvs *disease prevention*. Nyare tankar om förebyggande arbete lyfter istället fram förmågan att befrämja hälsa, dvs *health promotion*. Det första synsättet framställer människan som ett objekt, föremål för vård och konsumtion av sjukvård. Det andra synsättet beskriver människan som ett subjekt, självständig och fri att handla på egen hand, samt att ta ansvar för sin egen hälsa och välbefinnande. 'Empowerment'<sup>(1)</sup>, en individs möjligheter att utvecklas i sitt sammanhang, är beroende av följande påståenden: Människor är viktiga resurser och olikhet är en tillgång. Människor utvecklas i samspel med andra människor och omvärlden samt tar sitt ansvar och känner delaktighet när de får reellt inflytande. På individuell nivå kan det handla om vad man vill arbeta med, engagera sig i och vilka möjligheter man ser. På organisatorisk nivå handlar det om vilka spelregler som råder t ex. ifråga om att komma till

---

<sup>1</sup> Enligt Saltman betyder Empowerment kontroll och inflytande över skeenden samt mobilisering av resurser för att förändra i önskvärd riktning.

tals och att ha inflytande. På samhällsnivå handlar det om hur olika styrdokument möjliggör inflytande över skeenden. Den salutogena modellen som beskrivs av Antonovsky, står i ett motsatsförhållande till den patogena modellen och det synsätt som dominerar inom hälso- och sjukvården idag<sup>(ii)</sup>. Antonovsky menar att kaos och stress är naturliga tillstånd och den intressanta frågan är inte varför vi blir sjuka utan hur vi kan hålla oss friska. Salutogenesen<sup>2</sup> fokuserar på hälsans ursprung, och hälsa ses som en resurs, en positiv skyddsfaktor. Antonovsky ser hälsa som ett kontinuum mellan ytterligheterna 'Total ohälsa' ('dis-ease') och 'Total hälsa' ('ease'). Han anser att vi rör oss kontinuerligt mellan dessa två poler under vår levnad. Det innebär att vi alltid har någon grad av hälsa, även vid svår sjukdom. Individens sociala, historiska och kulturella sammanhang, barndom och genetiska förutsättningar utgör grunden för salutogenesen. Antonovsky betonar också de generella resurser som individen har i form av motståndskraft mot stress och förståelsen av genomgångna livserfarenheter som tillsammans bygger upp en känsla av sammanhang. KASAM (sense of coherence = soc) antas avgöra en individs förmåga att hantera sina stressorer, s k coping<sup>(iii)</sup>. KASAM innehåller tre begrepp: begriplighet, hanterbarhet, samt meningsfullhet.

1. Begriplighet är den kognitiva komponenten, förmåga att bedöma verkligheten.
2. Hanterbarhet är handlingskomponenten, förmågan att möta krav, "resurser finns till hands".
3. Meningsfullhet är den emotionella, motiverande komponenten. Känsla av att kunna påverka.

"Människan måste förstå sin tillvaro, bli förstådd, bemästra sin situation och djupast se en mening att vara motiverad för en fortsättning"<sup>(iv)</sup>. Motsatsen till KASAM, "Anti-KASAM" är vanmakt, t ex vår reaktion i samband med att en stor olycka som Estonia inträffar. Individer med hög KASAM har lättare att ta till sig information och använda den i vardagen.

Hälsosamma människor i hälsosamma organisationer. Genom att befrämja hälsa på arbetsplatsen kommer organisationen att kunna se en minskning i sjukdomsrelaterade kostnader och en ökning av produktivitet. Detta resultat erhålls av en hälsosammare arbetsstyrka med ökad motivation, högre moral och förbättrade relationer. Arbetet bör ses som ett komplement till det traditionella arbetsmiljöarbetet och ledarskapet<sup>(v)</sup>.

Hälsopromotion som idé kan beskrivas som "den process som möjliggör för individer, organisationer och samhällen att öka kontrollen över de faktorer som påverkar hälsan och därigenom förbättra den"<sup>(vi)</sup>. "Centralt i detta blir frågan om handlingsutrymme och handlingsförmåga". Ovanstående definition är hämtad från en nordisk forskningskonferens kring "Health Promotion" i Hässelby 1998. Definitionen ligger i linje med Ottawa Charter 1986, ett manifest om hälsofrämjande arbete, där inledningen lyder "Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health".

Inom Företagshälsovården på Previa har jag möjlighet att arbeta tillsammans med en hälsopedagog. Vi har tillsammans initierat en hälsopromotiv satsning som har genomförts vid byggföretaget Skanska. Arbetsmiljöchef och samordnare har valt en lämplig arbetsplats och deltagit vid introduktionen. På den byggarbetsplats som valts för projektet, Skanska Div-Hus Odin2, uppför man lägenhetshotell och kontor. Det dagliga arbetet leds av produktionschefen, som tillika är kontaktperson för vårt projekt. Det finns sammanlagt 7 TA (TjänsteArbetare) och 16 YA (YrkesArbetare) på denna arbetsplats. Antalet YA varierar, då 4 produktionschefer

---

2 Salutogenes kommer från latinets Salus som betyder hälsa och genes ursprung.

inom företaget ”delar på” personalen som vandrar mellan olika arbetsplatser. Det finns också inhyrd personal. Inhyrd personal samt ev. arbete med underentreprenörer, gör det möjligen lättare för företaget, att möta konjunktorens svängningar. Skanska vill satsa på sina medarbetare och har flera projekt för att utveckla samarbetet med sina YA. Byggbranschen i Göteborg präglas av förändrad ägarstruktur, företag har köpts upp och nya företag har startats. Några YA har följt med till det nya företaget, andra har ”hamnat” hos den nye ägaren. Detta har skapat en viss oro samt bristande identitet. Det tar tid att skapa en vi-känsla och lojalitet! Byggtiderna är korta. Sjukfrånvaro är ca 3% korttidsfrånvaro och ca 4%, långtidsfrånvaro.

### **Undersökt grupp**

Den undersökta gruppen i denna studie består av 7 TA och 8 YA vid den beskrivna byggarbetsplatsen. Av 16 anställda YA var endast 8 kvar på arbetsplatsen vid undersökningstillfället. De deltagande består av 2 kvinnor samt 13 män i varierande åldrar.

### **Metod**

Den arbetsprocess som vi använt i studien kan beskrivas på följande sätt. Vi börjar arbetet med diskussioner med arbetsgivaren och lägger upp en lämplig planering. Därefter informeras deltagarna om hur, när och varför datainsamlingen skall göras. De insamlade svaren analyseras och en resultatrapport skrivs. Resultatet redovisas sedan på arbetsplatsen. Först får produktionschefen ta del av det och därefter hela gruppen. Deltagarna får möjlighet att ställa frågor och diskutera det resultat som framkommit. Varje enskild fråga diskuteras och rangordnas. För detta ändamål delades gruppen in i fem arbetsgrupper. Varje delgrupp valde tre frågor som de ville arbeta vidare med, från respektive nivå, individ, grupp och organisation. Grupperna arbetade fram en handlingsplan för intervention, dvs vilka förändringar de ser behov av på arbetsplatsen. Utifrån resultatet från Healthscore samt deltagarnas egna förslag kan man sedan ta fram en handlingsplan för det fortsatta arbetet med hälsobefrämjande åtgärder och efter intervention göra ny mätning. Datainsamlingen gjordes med Healthscore<sup>3</sup>, vilket är en hälsoenkät för arbetsplatser omfattande 54 frågor, se Bilaga 1. Healthscore utgår från två teorifält:

1. Hälsoteori om hur hälsa kan bevaras och utvecklas. Antonovskys teori om att graden av KASAM samvarierar med människors hälsa, samt hans idé om att känslan av sammanhang kan tjäna som en modell eller vägledning för hälsopromotivt arbete.

2. Organisationsteori och arbetspsykologi<sup>(vii)</sup>.

Dessa två teorier, inkl. de tre delbegreppen (begriplighet, hanterbarhet, samt meningsfullhet), ligger till grund för hur frågeställningarna har valts och hur frågorna har formulerats. Varje delbegrepp representeras av ett antal frågeställningar. Frågorna representerar tre viktiga områden: arbetsplatsen, arbetssituationen och individens relation till dessa. Utöver dessa frågor omfattar frågeformuläret 5 frågor som utgör basen för det s k hälsoindexet. Hälsoindexet omfattar fem frågor i formuläret som tillsammans ger en beskrivning av personens 'upplevda hälsa'. Två frågor behandlar de stödjande delarna och tre frågor behandlar de belastande delarna, se sid.5.

I diagram nedan redovisas hälsoindex för undersökta den undersökta gruppen.

---

<sup>3</sup> [www.Healthscore.nu](http://www.Healthscore.nu) Svenska Hälsopromotionsgruppen tel 0322-637000

## Hälsoindex Skanska 2003. Svartsfördelning och medelvärden för de enskilda indexfrågorna

### A/ Stödjande delar

#### 1. Arbetsglädje

Medel: 4,7

Det känns roligt att gå till jobbet.  
Så känns det...

	1	2	3	4	5	6	7
Svarsalternativ	aldrig	nästan aldrig	oftast inte	det varierar	Ganska ofta	nästan varje dag	varje dag
Antal svar	1	1	0	5	2	4	2

#### 47. Arbetsstillfredsställelse

Medel: 4,8

I det stora hela trivs jag med mitt arbete.  
Så känner jag...

	1	2	3	4	5	6	7
Svarsalternativ	aldrig	nästan aldrig	enstaka tillfällen	det varierar	Ganska ofta	för det mesta	hela tiden
Antal svar	0	0	4	2	4	3	2

### B/ Belastande delar

#### 49. Trötthet

Medel: 3,6

Jag känner mig allmänt trött och sliten av mitt arbete.  
Så är det i genomsnitt...

	1	2	3	4	5	6	7
Svarsalternativ	nästan aldrig	någon dag då och då	en dag per vecka	2 dagar per vecka	3 dagar per vecka	4-5 dagar per vecka	I stort sett hela tiden
antal svar	0	5	5	1	1	1	2

#### 50. Stressbelastning

Medel: 3,1

Mitt arbetstempo är så pass högt att jag besvärar mig av någon form av stressproblem.  
Det kan vara: Problem med sömnen, svårt att koncentrera mig eller att jag blir lätt irriterad.  
Det händer i genomsnitt...

	1	2	3	4	5	6	7
Svarsalternativ	nästan aldrig	någon dag varannan vecka	en dag per vecka	2 dagar per vecka	3 dagar per vecka	4-5 dagar per vecka	I stort sett hela tiden
antal svar	4	1	4	2	3	1	0

#### 51. Besvär

Medel: 3,4

Jag känner av någon form av kroppsliga besvär som kan bero på att jag 'kört för hårt' med mig själv.  
(Kan vara till exempel: huvudvärk, magont, tarmbesvär, värk i axlar och nacke, 'ont i hjärtat').  
Det händer i genomsnitt...

	1	2	3	4	5	6	7
Svarsalternativ	nästan aldrig	någon dag då och då	en dag per vecka	2 dagar per vecka	3 dagar per vecka	4-5 dagar per vecka	I stort sett hela tiden
antal svar	3	3	3	3	0	0	3

Validitet avser mätinstrumentets förmåga att mäta just det som det avser att mäta. När det gäller Healthscore kan man t ex undra över i vilken utsträckning som den enskilda frågan i Healthscore handlar om t ex meningsfullhet. Detta har undersökts genom att samma personer vid samma tillfälle har besvarat både Healthscore och Antonovsky's originalformulär om 29 frågor. Genom att mäta korrelationen mellan resultaten från de två instrumenten får man ett mått på begreppsvaliditeten i Healthscore gentemot de tre Kasambegreppen. Den viktigaste validitetsaspekten, den sk innehållsvaliditeten, bestäms av hur rimliga och begripliga frågorna är för den som skall besvara dem.

Reliabilitet avser mätinstrumentets tillförlitlighet vid upprepade mätning, och frihet från slumpmässigt inflytande (ej aktuellt i detta arbete). I jämförelse med KASAM-formuläret har Healthscore som instrument en likvärdig nivå på Cronbachs alfa. Detta är ett värde på formulärets homogenitet. Ett värde över 0,8 brukar betraktas som acceptabelt. Se tabellen nedan.

<b>Huvudbegrepp</b>	<b>H-score</b>	<b>Kasam</b>
Begriplighet	0,74	0,66
Hanterbarhet	0,76	0,79
Meningsfullhet	0,84	0,85
Hela instrumentet	0,91	0,90

Den enda redovisning av svarsfördelning som görs i Healthscore är för de fem frågorna i hälsoindexet. När man studerar mindre grupper (<10 personer) riskerar denna redovisning att bli i hög grad utlämnande för den enskilde individen och bör därför inte göras av integritetsskäl. Ett annat skäl är det faktum att alla grupper består av individer med olika förutsättningar för hälsa/ohälsa. Gruppen kan med andra ord ha ett bra medelvärde, som emellertid kan grunda sig på några som mår utmärkt medan andra mår mycket dåligt.

## Resultat

### Del 1

Redovisning av datautfrågningen med Healthscore. De 54 enskilda frågorna i enkätformuläret redovisas i tre stapeldiagram på tre nivåer; Individ, Grupp Organisationsnivå. Frågorna är rangordnade så att HÖGST UPP i varje diagram ligger de frågor som har uppvisat STARKAST SAMBAND med den UPPLEVDA HÄLSAN på den aktuella arbetsplatsen, dvs viktiga ur hälsofrämjande synpunkt. Denna rangordning påverkas dock av tillfälligheter, vilket gör att gruppens tolkning och värdering bör vara avgörande för vilka områden som det är viktigast att arbeta med. STAPLARNAS LÄNGD visar svarsmedelvärdet omräknat till procent. Detta är alltså svaret på frågan: Hur lyckas vi tillgodose de olika faktorer som frågorna avser.

Staplarna i diagram 1-3 redovisar medelvärden av hela gruppens svar på respektive fråga. Detta ger en bild av hur medarbetaren i genomsnitt ser på eller upplever varje fråga eller påstående. Man får då ett värde mellan 1,0 och 7,0 på de frågor som har 7 svarsalternativ. Av "pedagogiska" skäl redovisas inte det aritmetiska medelvärdet, det räknas om till procent. Ett medelvärde på 7 blir alltså 100% och ett medelvärde på 3,5 blir 50% osv. Tanken är att det är lättare att tänka sig nivån på det egna resultatet i relation till ett maxvärde på 100 än ett maxvärde på 7.

Varje frågas svar jämförs med Hälsoindex. Detta visar sambandet (korrelationen) mellan de olika aspekterna i arbetssituationen och hur människorna på den aktuella arbetsplatsen upplever sin hälsa.

## Individnivå

Diagram 1

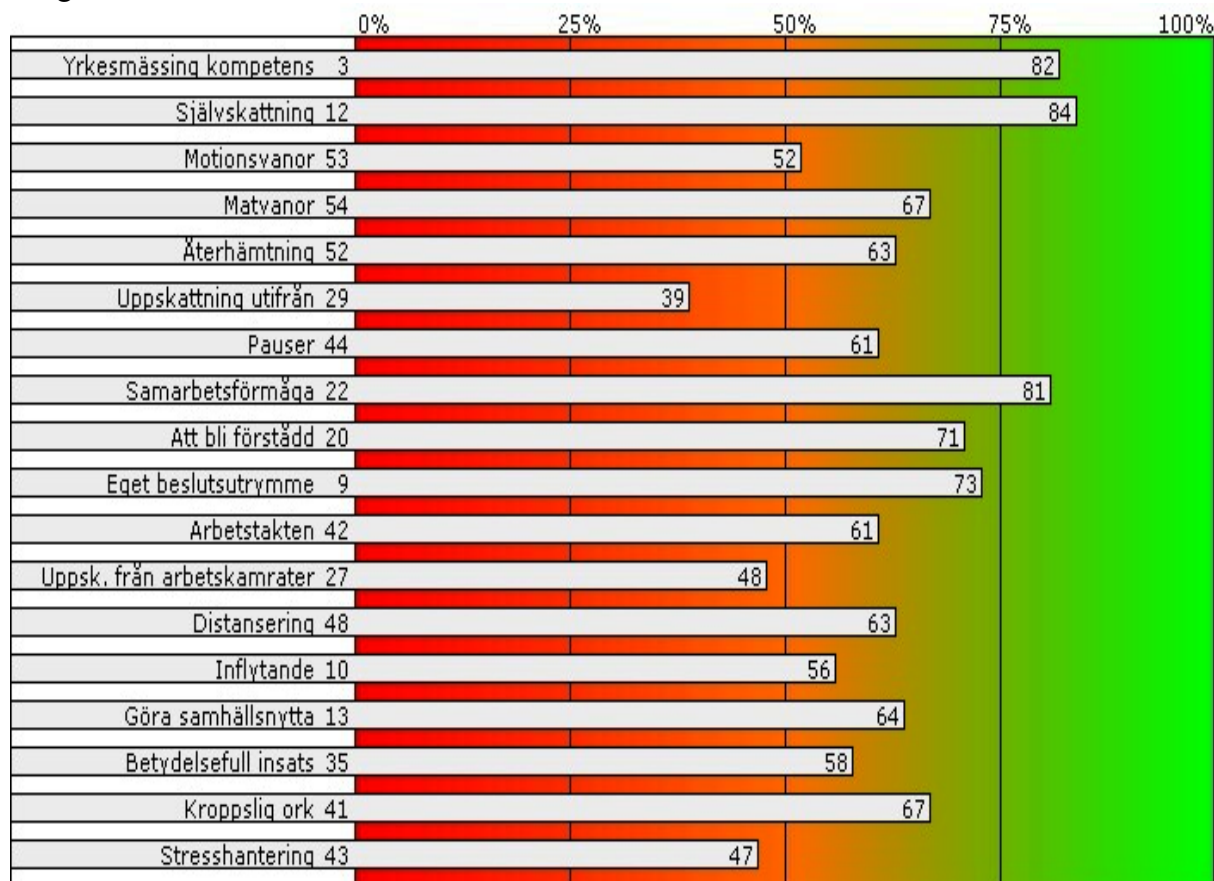


Diagram 1 innehåller frågor som handlar om individens egna förutsättningar. Medelvärdet visar hur de ser på sin personliga arbetssituation och vissa andra aspekter av deras sätt att leva i övrigt. En viktig del är upplevelsen av egen ork och förmåga i relation till de krav som ställs i arbetet.

Så här kan diagrammet läsas: Yrkesmässig kompetens är en viktig hälsofrämjande faktor för byggnadsarbetaren, den är också väl tillgodosedd. Frågorna ang Uppskattning utifrån och från arbetskamrater samt Stresshantering är dåligt tillgodosedda, dessa bör man arbeta mycket med på denna arbetsplats.

## Gruppnivå

Diagram 2

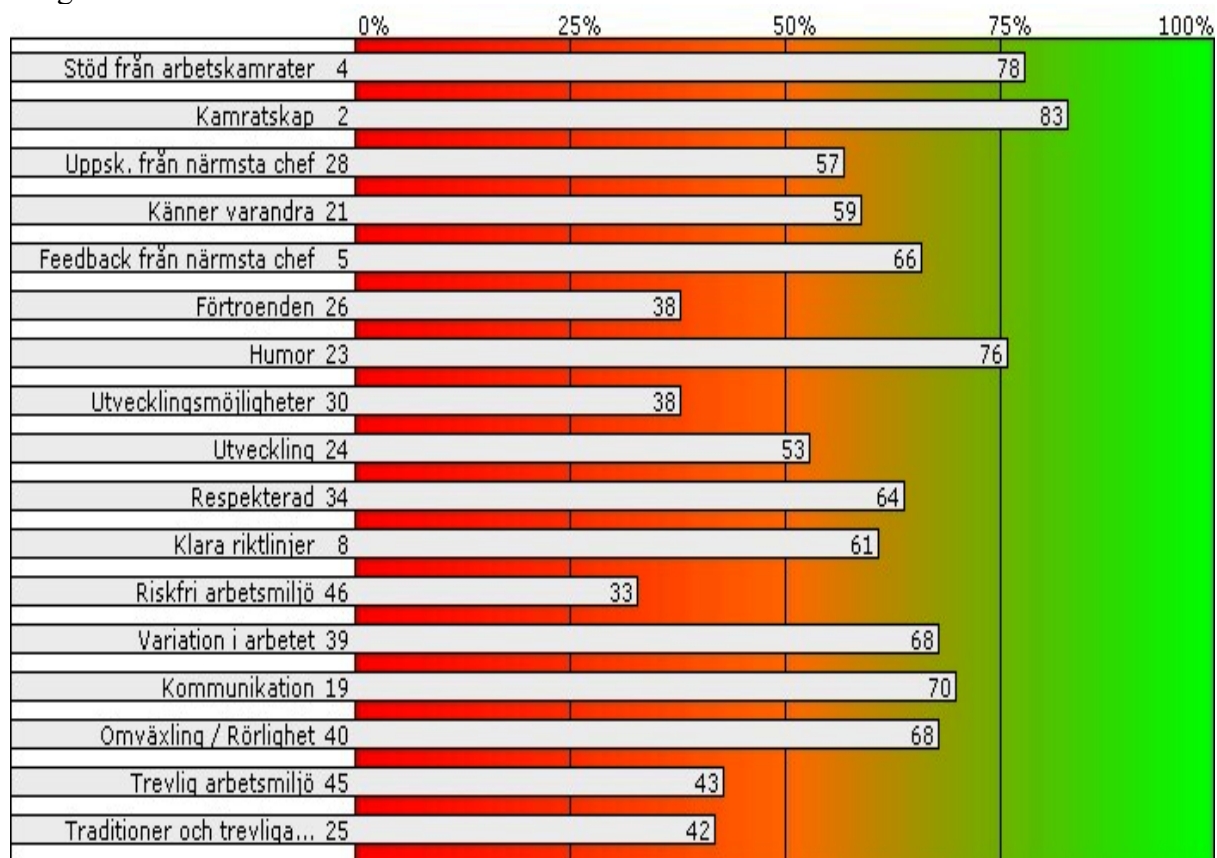


Diagram 2 innehåller frågor som mest handlar om hur arbetsgruppen och arbetsplatsen fungerar. Staplarna redovisar även här medelvärden av alla deltagarnas svar. Staplarnas längd och läge i diagrammet kan användas som stöd för en diskussion om vad som är bra och vad som behöver utvecklas och förbättras på den undersökta arbetsplatsen. Den här delen av resultatredovisningen är central när vi talar om hälsan på arbetsplatsen.



## Organisationsnivå

Diagram 3

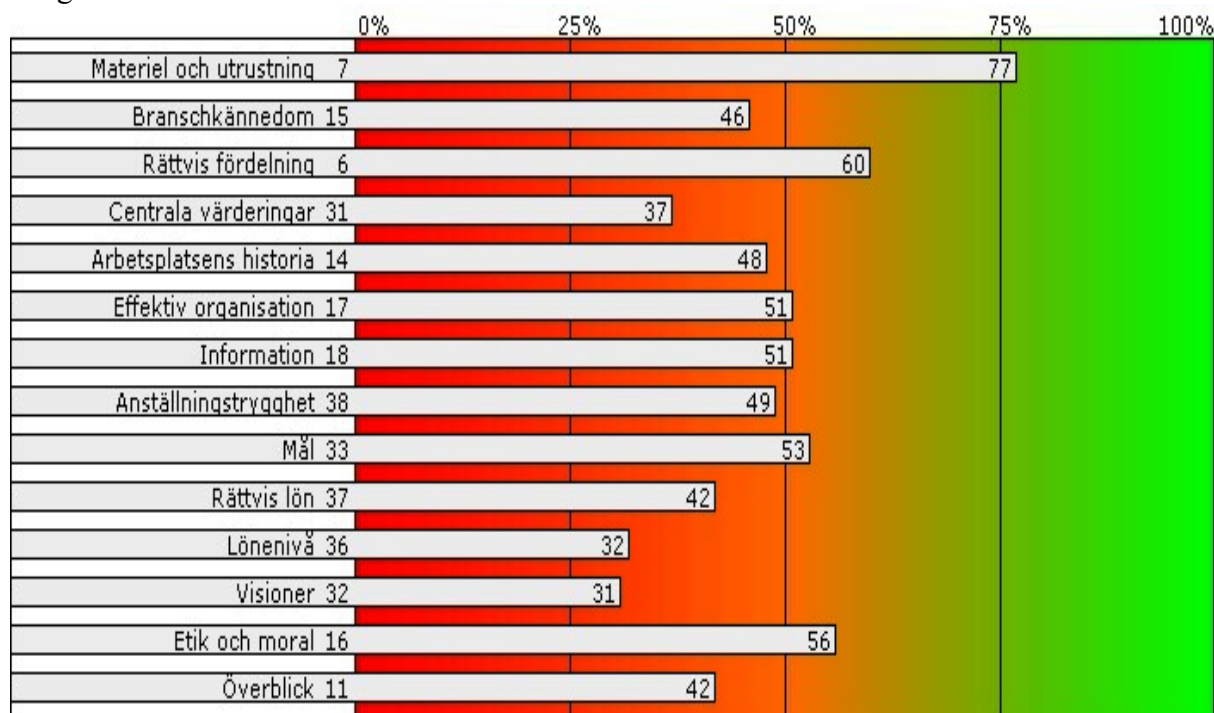


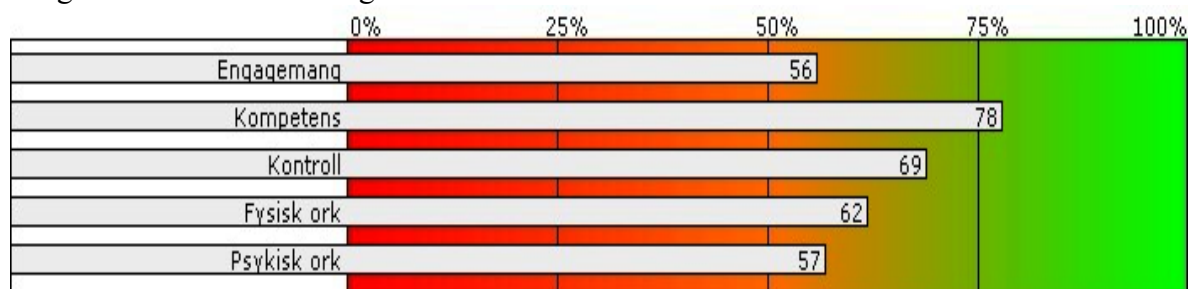
Diagram 3 visar upplevelsen av det som i huvudsak är organisatoriska frågor. Detta är de grundläggande förutsättningarna som varken arbetsgruppen eller individen direkt kan påverka. Vissa organisatoriska förutsättningar hänger samman med den verksamhet och den bransch de verkar inom. Det kan vara olika förutsättningar för den som arbetar inom det offentliga jämfört med hur man har det inom privata företag. Ledningens policy och strategi, samverkansavtal och fackligt arbete påverkar dessa förutsättningar inom organisationen.

## Del 2

### Övergripande sammanställning av resultatet

De tre diagrammen som följer nedan är till för att ge läsaren en möjlighet att snabbt få en sammanfattande bild av resultaten. De enskilda frågornas Healthscore-värden sammanfattas i fem faktorgrupper för respektive systemnivå (individ, grupp, organisation). Diagrammen ger en överblick och lämpar sig för jämförelser mellan undergrupper och hela gruppen eller vid en för- och eftermätning. Siffrorna anger ordningsföljd i frågeformuläret.

Diagram 1: Sammanfattning - individnivå



*Engagemang:* 1. Arbetsglädje, 13. Göra samhällsnytta, 29. Uppskattning utifrån, samt 35. Betydelsefull insats.

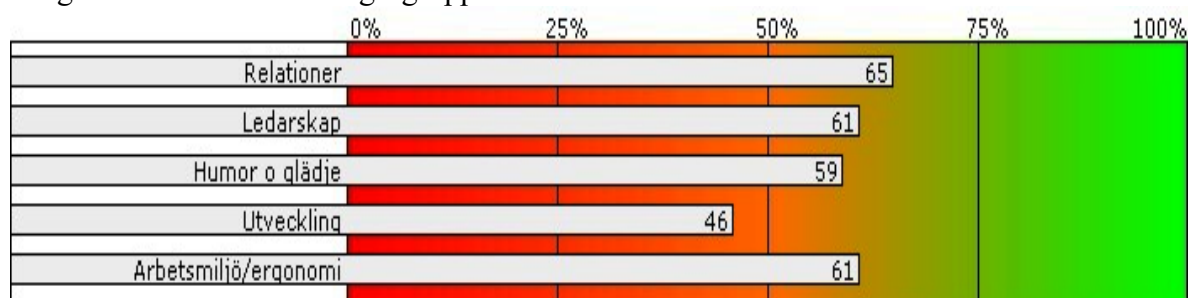
*Kompetens:* 3. Yrkesmässigt, 20. Att bli förstådd, samt 22. Samarbetsförmåga.

*Kontroll:* 9. Eget beslutsutrymme, 10. Inflytande, 12. Självsfattning, samt 42. Arbetstakten.

*Fysisk ork:* 41. Kroppslig ork, 52. Återhämtning, 53. Motionsvanor, samt 54. Matvanor.

*Psykisk ork:* 43. Stresshantering, 44. Pauser, samt 48. Distansering.

Diagram 2: Sammanfattning - gruppnivå



*Relationer:* 2. Kamratskap, 4. Stöd från arbetskamrater, 19. Kommunikation, 21. Känner varandra, 26. Förtroenden, samt 34. Respekterad.

*Ledarskap:* 5. Feedback från chef, 8. Klara riktlinjer, samt 28. Uppskattning från chef.

*Humor och glädje:* 23. Humor, 25. Traditioner och trevliga aktiviteter.

*Utveckling:* 24. Utvecklingsvilja, samt 30. Utvecklingsmöjligheter.

*Arbetsmiljö/ergonomi:* 39. Variation i arbetet, 40. Omväxling/rörlighet, 45. Trevlig arbetsmiljö samt 46. Riskfri arbetsmiljö.

Diagram 3: Sammanfattning - organisationsnivå



*Mål och visioner:* 32. Visioner, samt 33. Mål.

*Information:* 11. Överblick, 14. Arbetsplatsens historia, 15. Branschkännedom, 18. Information, samt 38. Anställningstrygghet.

*Operativt stöd:* 7. Material o utrustning, samt 17. Effektiv organisation.

*Etik och värderingar:* 6. Rättvis fördelning, 16. Etik och moral, samt 31. Centrala värderingar.

*Belöningssystem:* 36. Lönenivå, samt 37. Rättvis lön.

## Arbetsgruppernas förslag på hälsobefrämjande förändringar på arbetsplatsen

### Individnivå

#### *Yrkesmässig kompetens*

- Tillsammans med leverantörer gå igenom montageanvisningar.
- Att gå kurser i bl a fukt, betong, kranutbildning m.m.
- Litteratur med olika produktionsmetoder för både tjänstemän och yrkesarbetare.
- Möjlighet att gå på olika fackmässor

#### *Stresshantering*

- För korta byggtider
- Planering och information tillsammans med arbetsledare och produktionschef
- Realistiska mål från arbetsledare.
- Konstruktiva invändningar från yrkesarbetare och ev lösningar i tidigt stadium.

#### *Uppskattning utifrån samt feedback från närmsta chef*

- Årsvis skall produktionschefen hålla ett kortare samtal med varje yrkesarbetare för att de ska få reda på bra och dåliga egenskaper
- PC skall kontinuerligt prata med yrkesarbetare och ge dem både positiv och negativ kritik.
- Högre chefer, t ex DC och RC, skall visa sig ute på bygget och prata med YA

### Gruppenivå

#### *Riskfri arbetsmiljö*

- Rullande schema bland YA för att åtgärda brister i skyddsroundsprotokoll
- Alla maskiner som kommer till bygget skall vara bra ur miljö- och arbetsmiljösynpunkt

#### *Trevlig arbetsmiljö*

- Skanska skall sträva efter att ha 6-mannabodar

- Omklädning och dusch åtskiljt från matplats
- Fruktkorg
- Köp ryggbänkar till arbetsplatsen
- Inflytande från yrkesarbetare vid trivselarrangemang.

#### *Inflytande*

- Yrkesarbetarna skall vara med mer vid planering och vid vissa inköp
- Arbetsberedningar skall i 1:a hand göras av de som skall utföra jobbet
- Fredagsmöten

### **Organisationsnivå**

#### *Visioner*

- Visionerna måste längre ut i organisationen.

#### *Centrala värderingar*

- De centrala värderingarna måste längre ut i organisationen
- I ovanstående punkter kan Skanska se till att alla yrkesarbetare har tillgång till Forum Sverige och där ha en speciell avdelning för yrkesarbetare.
- Man vill också ha informationsmöten kvartalsvis där någon från ledningen informerar YA, ej MB-gruppen

#### *Lönenivå*

- Skanska skall ligga på snittet. Inte högst och inte lägst.
- YA vill ha högre lön. "Tjänar man bra, mår man bra"

#### *Information*

- Möten med PC samt även DC ibland.
- Tillgång till Forum Sverige

### **Diskussion**

Intresse för den Salutogena teorin och Kasam gav idén till detta arbete. Vi fick möjlighet att pröva en metod utifrån dessa Hälsteoretiska utgångspunkter. Min uppfattning är att mätinstrumentet är mycket praktiskt att arbeta med. Jag tycker vi valde rätt metod för vårt syfte, en pilotstudie inför en hälsopromotiv process på en arbetsplats.

Man får en kvantitativ redovisning av kvalitativa data. Upplevelser och känslor blir till staplar och diagram. Detta innehåller ett mått av osäkerhet som man måste vara medveten om. Fördelen är att datainsamlingen är snabb och kostnadseffektiv. Man kan välja mellan web- och pappersenkät. Deltagarna hade inga större svårigheter att förstå frågeställningarna. En deltagare hade svårt att hinna med på utsatt tid. Mätinstrumentet ger indikationer om vissa områden som man borde arbeta med på arbetsplatsen. Vilka faktorer som främjar hälsa på just den här arbetsplatsen. I hög grad sammanfaller dessa med deltagarnas egna val av viktiga områden. Man får också en uppfattning om hur väl de hälsofrämjande faktorerna är tillgodosedda. Några exempel följer nedan:

En viktig hälsofrämjande faktor visade sig vara engagemang. I gruppen fanns ett stort engagemang, ett sug efter inflytande och delaktighet. Att vara med och påverka arbetets utformning samt att "vara någon" känna sig betydelsefull samt att det arbete man utför är till nytta.

En fråga som var dåligt tillgodosedd var Psykisk ork. Stresshantering behöver man bli bättre på. Den yrkesmässiga kompetensen är central för byggnadsarbetaren, den är väl tillgodosedd, men bra kan bli ännu bättre. Man föreslår t ex vidareutbildning, tillgång till litteratur angående produktionsmetoder. YA vill delta vid genomgång av montageanvisningar med leverantören.

Det förekommer sällan att man får uppskattning för det man gjort i arbetet, varken från kunder, från sin egen chef eller från sina arbetskamrater. Privat kan man berömma varandra men inte på arbetsplatsen. Man efterlyser feedback. Man vill gärna att DC och RC någon gång visar sig på arbetsplatsen, ett tecken på att man vill känna delaktighet, kunna identifiera sig i organisationen.. Mål och Visioner samt Centrala värderingar måste man arbeta mycket med, frågorna skall föras längre ut i organisationen.

Frågan om riskfri arbetsmiljö är lågt tillgodosedd. YA föreslår själva ett rullande schema bland YA att följa upp och åtgärda brister i skyddsrondsprotokoll.

Man vill gärna ha högre lön framför allt en rättvis lön ”Tjänar man bra –mår man bra”, tyckte en deltagare.

Det känns aktuellt att dra paralleller till Stora Ensos projekt om Långtidsfriska<sup>(viii)</sup> där man gjort iakttagelsen: ”Hälsan är smittsam, mår kompisen bra börjar man själv må bra.”. Målsättningen med vårt och deras arbete överensstämmer, nämligen att främja hälsa på arbetsplatsen. Vi valde att skilja på TA och YA denna gång, då vi hade så få deltagare. Vi var angelägna att få pröva instrumentet. Vi har heller inte djupare analyserat sjukskrivningstalen, eftersom vi ville fokusera på vad som gör människor friska.

Stora Enso använder sig av SLOT<sup>4</sup> för sin nulägesanalys, med fokus på gruppens och organisationsprocess samt på skillnad i upplevt och önskat läge. Healthscore kan användas på samma sätt. Det vi är ute efter är kopplingen till Salutogenesen och Kasam, hälsa och sammanhang. Hälsa bör ses som en dynamisk process, till skillnad från den rådande synen i vilken människan ofta betraktas som antingen sjuk eller frisk. Att må bra trots belastning och funktionshinder är fullt möjligt, liksom att må dåligt trots att man är frisk.

Hälsa på arbetsplatsen är en strategisk fråga i kampen mot de höga ohälsotalen. Debatten handlar om stressrelaterade psykiska och sociala arbetsmiljöproblem. Intresset riktas mot Individens ork o resurser, arbetsorganisationen och ekonomiska styrmedel.

Många organisationer har i sina dokument formulerat sig kring hälsoutveckling, hälsofrämjande eller hälsopromotion. Däremot saknas ofta nästa steg där man fördjupar sig i begreppen och för en diskussion som kan bidra till en gemensam förståelse och tolkning.

Hälsopromotion ska ses som ett processinriktat förändringsarbete där Nuläget utgör avstampet för ett Önskat läge. I ett processinriktat arbete utgår man ifrån de tre tidsdimensionerna: historia-nutid-framtid och relationen mellan dessa.

Det måste tydliggöras hur roll- och ansvarsfördelning ser ut för att skapa förutsättningar för genomförandet av processen, det behövs någon form av organisatorisk struktur. Den kanske

---

<sup>4</sup> SLOT( Sandberg Lindell Organisations Test)

allra viktigaste frågan i detta sammanhang är: Vem har ansvar för att frågorna drivs och finns på dagordningen.

Vi planerar för att integrera hälsofrågorna i det systematiska arbetsmiljöarbetet, för att frågorna skall bli synliga och hamna på dagordningen på arbetsplatserna.

För företagshälsovården handlar det om att de olika professionerna inom de medicinska och beteendevetenskapliga yrkesområdena ska pröva de hälsopromotiva idéerna mot sina egna synsätt och sitt eget sätt att arbeta. Det egna perspektivet skall vägas in i en helhet där man inte känner sig vilsen eller ifrågasatt, utan ser vilken nytta den egna professionen kan bidra med. Det behövs kanske att man klargör roller och ansvarsfördelning för de olika delarna i det hälsopromotiva arbetet. Förutom Läkare och hälsoplanerare blir organisationskonsult, arbetsmiljöingenjör och ergonom givna medarbetare. Syftet är att skapa ett samverkande team som hjälper uppdragsgivare att utveckla hälsan på arbetsplatsen.

---

## Referenser

1. Winroth, J , Rydqvist,L-G *Idrott,friskvård och hälsa*.HHV i Vänersborg1999
2. Antonovsky, A *Hälsans mysterium*, Stockholm Natur o Kultur 1991
3. Antonovsky A *Health,stress and coping* San Fransisco Jossey-Bass 1979
4. Antonovsky A *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Fransisco Jossey-Bass 1987
5. Menckel ,E Luxemburg *Deklarationen för hälsofrämjande på arbetsplatser i EU* ALI Sthlm1977
6. Mården, B *De nya hälsomissionärerna-rörelser i korsvägen mellan pedagogik o hälsopromotion* Acta universitatis Gothenburgensis 1999
7. *Action for health at work* European Foundation for the Improvment of Living and Working Conditions 1993,Bolman&Deal *Nya perspektiv på organisation och ledarskap* 1997
8. Johnsson, J *Projekt –Långtidsfriska* Stora Enso Fors AB 1991
9. Lugn Anders, *Hälsa eller Ohälsa* Företagsläkaren nr 3 , Svenska Företagsläkarföreningen

---

## Bilagor

Frågeområden HealthSCORE (Begriplighet, Meningsfullhet I-II, Hanterbarhet)

### HealthSCORE® Frågeområde -Begriplighet

Omvärldskunskap	<ul style="list-style-type: none"><li>* Samhällsnytta/framtid.</li><li>* Bransch/konkurrenssituation.</li></ul>
Arbetsplatskunskap	<ul style="list-style-type: none"><li>* Historia</li><li>* Produkt och flöde.</li><li>* Egen roll i organisationen.</li><li>* Egen uppgift.</li><li>* Förändringar.</li></ul>
Feedback	<ul style="list-style-type: none"><li>* från överordnad.</li><li>* från arbetsgrupp.</li><li>* från kunder/klienter.</li><li>* möjlighet till självvärdering.</li></ul>
Egenkunskap	<ul style="list-style-type: none"><li>* om hälsa</li><li>* om stresshantering</li><li>* om livsstil</li><li>* självbilden</li></ul>

### HealthSCORE® Frågeområde – Meningsfullhet I

Drivkraft	<ul style="list-style-type: none"><li>* ideal/centrala värden.</li><li>* visioner</li><li>* mål</li></ul>
Belöning	<ul style="list-style-type: none"><li>* lönenivå</li><li>* rättvis lön</li></ul>
Relationer	<ul style="list-style-type: none"><li>* arbetskamrater.</li><li>* till ledning</li><li>* förtroenden</li></ul>

---

## HealthSCORE® Frågeområde - Hanterbarhet

Kompetens	<ul style="list-style-type: none"><li>* yrkeskunnande</li><li>* social kompetens</li><li>* kommunikation</li></ul>
Resurser i arbetet	<ul style="list-style-type: none"><li>* produktionsresurser</li><li>* kollegialt stöd.</li><li>* organisatoriskt stöd</li><li>* struktur</li></ul>
Handlingsutrymme	<ul style="list-style-type: none"><li>* delegation</li><li>* arbetstakt</li><li>* autonomi</li><li>* kontroll</li><li>* inflytande</li></ul>
Ork	<ul style="list-style-type: none"><li>* mental avkoppling</li><li>* distansering</li><li>* fysisk belastning</li><li>* fysisk rörlighet</li></ul>

## HealthSCORE® Frågeområde - Meningsfullhet II

Positiva upplevelser	<ul style="list-style-type: none"><li>* arbetets betydelse</li><li>* humor och glädje</li><li>* fysisk miljö</li><li>* ritualer/ceremonier.</li><li>* variation i arbetet</li></ul>
Självkänsla	<ul style="list-style-type: none"><li>* respekt</li><li>* betydelse</li><li>* självförtroende</li><li>* utvecklingsmöjligheter</li><li>* anställningstrygghet</li></ul>
Etik/rättvisa	<ul style="list-style-type: none"><li>* ärlighet</li><li>* solidaritet</li><li>* moral</li></ul>



---

## Författaradresser

Kristin Bergman

Brinkbacken 1 C, 587 21 Linköping, Tel: 013-13 05 13

E-post: [kristin.bergman@lio.se](mailto:kristin.bergman@lio.se)

Kjell Björklund

Odengatan 28 B, 521 42 Falköping, Tel 0515-120 24

E-post: [kjell.bjorklund@mil.se](mailto:kjell.bjorklund@mil.se)

Mats Fälth

Brantebogränd 4, 352 43 Växjö, Tel: 0470-253 33

E-post: [mats.falth@slottsmollehalsan.se](mailto:mats.falth@slottsmollehalsan.se)

Rosmarie Gäcke-Herbst

Sankt Pauli Trappor 6 C, 416 60 Göteborg, Tel: 031-338 86 90

E-post: [rosmarie.gacke-herbst@previa.se](mailto:rosmarie.gacke-herbst@previa.se)

Karl-Erik Karlberg

Odengatan 45, 113 51 Stockholm, Tel: 08-612 16 23

E-post: [karl-erik.karlberg@kvalita.se](mailto:karl-erik.karlberg@kvalita.se)

Jouni Liljefjord

Mossvägen 4, 262 61 Ängelholm, Tel: 0431-41 07 67

E-post: [jouni.liljefjord@previa.se](mailto:jouni.liljefjord@previa.se)

Ingemar Luttu

Dalsgatan 8 A, 602 32 Norrköping, Tel: 011-13 31 23

E-post: [ingemar.luttu@lio.se](mailto:ingemar.luttu@lio.se)

Ulrika Nykvist

Genvägen 22, 182 34 Danderyd, Tel: 08-85 99 96

E-post: [ulrika.nykvist@danderyd.se](mailto:ulrika.nykvist@danderyd.se)

Peter Wall

Pallgränd 5, 187 62 Täby, Tel: 08-756 08 57

E-post: [peter.wall@previa.se](mailto:peter.wall@previa.se)

Per-Olof Wiberg

Svankärsvägen 6 P, 756 53 Uppsala, Tel: 018-32 11 90

E-post: [per-olof.wiberg@pfizer.com](mailto:per-olof.wiberg@pfizer.com)