



UPPSALA
UNIVERSITET

Uppsala Universitet
Institutionen för medicinska vetenskaper
Arbets- och miljömedicin

Företagsläkarutbildningen 2006/07

En sammanställning av examensrapporter

Peter Westerholm (red)

ISBN 978-91-506-2049-8

Förord

Denna utgåva i innehåller projektrapporter framlagda som examensarbeten av deltagare i den utbildning av företagsläkare som anordnades vid Institutionen för medicinska vetenskaper, Uppsala Universitet under åren 2006 och 2007.

Rapporterna är resultat av de handledda projektarbeten som utgör en obligatorisk del av universitetets utbildning av företagsläkare.

Kursdeltagarna har att i ett tidigt skede av utbildningen välja ett ämne för projektarbetet som sedan diskuteras och preciseras avseende frågeställning, urval av undersökt(a) grupp(er), val av metoder m.m. tillsammans med en eller två utvalda handledare. Ämnesvalet bestäms vanligen av dagsaktuell arbetssituation och kursdeltagarens uppgifter i företagshälsovården. Den allmänna samhällsdebatten i frågor om arbetsförhållanden, arbetsmiljö och hälsa kan också utgöra inspirationskällor.

Det finns anledning att här nämna en särskild omständighet som kom att beröra Arbetslivsinstitutets utbildning av företagsläkare 2006-2007. Utbildningen var programmerad att bedrivas med nio kursveckor fördelade till tre terminer under tiden september 2006 till december 2007. Kort tid efter utbildningens början, omedelbart före kursvecka nr två med projektmetodik som huvudämne, informerades kursledningen om regeringens förestående beslut att stänga och helt lägga ned Arbetslivsinstitutet från den 1:a juli 2007. Detta fick till omedelbar följd ett institutsledningens beslut att avbryta den alldeles nyligen påbörjade utbildningen av företagsläkare, eftersom institutet som utbildningsproducent förutsågs inte kunna fullfölja sitt uppdrag. Detta beslut kom att återkallas efter överläggningar mellan institutsledningen och regeringskansliet. Avbrytandet av kursen hade dock till följd att kursvecka 2 "Projektmetodik" inte kom att bli genomförd enligt gällande kursplan.

Den bortfallna kursveckan kunde i viss utsträckning kompenseras med undervisningstimmar lämpligt inplacerade i senare kursveckor. Fyra av utbildningens sammanlagt nio kursveckor organiserades vid Uppsala Universitet (Arbets- och Miljömedicin). Slutlig examination ägde rum i Uppsala i december 2007.

Vi ser det som viktigt att upplysa läsaren om denna avvikande förutsättning för de handledda projektarbetena i utbildningen av företagsläkare 2006 – 2007 vid Arbetslivsinstitutet.

Det handledda projektarbete som utgör examensarbete vid fullgörandet av utbildningen för företagsläkare ser vi normalt som ett individuellt kunskaps- och färdighetsprov. Kravet är därför att arbetet skall utföras och rapporten skrivas av en examinand. I utbildningen 2006 – 2007 godtogs som examensarbete en projektredovisning som utförts av en grupp kursdeltagare. Det valda ämnet var "Arbetslivsinstitutets nedläggning – Erfarenheter för företagshälsovården" (Se innehållsförteckningen). I den muntliga examination som verkställdes framgick att alla som ingick i författargruppen hade bidragit med tydligt urskiljbara egna fältarbeten och författarskap.

Rapporten ges ut offentligt på grund av det allmänintresse som knyts till de ämnen och frågeställningar som behandlas i de enskilda examensarbetena. Erfarenheten har också visat att de kan med fördel användas i utbildning av företagsläkare och även andra företagshälsovårdens yrkesgrupper. Också i planering av enskilda projektarbeten inom arbetshälsoområdet kan de utgöra en användbar exempelsamling. I det redaktionella arbetet har inga förändringar i layout utförts i enskilda examensarbeten.

I denna utgåva finns följande arbeten:

- **Erik Allheim:** Läkarinformation gav minskad oro vid misstänkt arbetsmiljörelaterad cancer hos försäkringskassanställda. Arbetet beskriver hur upplevelser av oro orsakade av misstänkt cancerrisk som möjligen kunnat hänföras till miljöförhållanden kan utvecklas och hanteras vid ett företag där företagshälsovården engagerats i en konsultroll.
- **Ingemar Andersson:** Arbetsklimatet efter en företagsfusion. Arbetet berör ett högst vanligt förekommande problematik i vårt arbets- och näringsliv
- **Tord Arvidsson:** Mellancheferers stödbehov. Arbetet berör ett högst vanligt förekommande problematik i vårt arbets- och näringsliv. Arbetsledningens betydelse för en god och hälsofrämjande arbetsorganisation är väl känd. Mellanchefernas nära relation till de anställda gör dem till en strategiskt viktig kategori och bestämningsfaktor för en bra arbetsorganisation
- **Jonas Carlsson:** Arbetstagares självskattade risk för sjukskrivning relaterad till uppkommen sjukskrivning. Tar upp viktiga frågor om möjligheterna att förutsäga framtida sjukskrivning på basis av den enskilda arbetstagarens självskattning av det egna hälsoläget
- **Bengt Hultberg:** Vibrationsundersökning av allmäntandläkare inom Folk tandvården i Jönköpings kommun – En kartläggning. Detta arbete utgår från den materialinsamling om vibrationer på tandläkares arbetsplats som föreskrivs i Arbetsmiljöverkets författningssamling AFS 2005:6.
- **Alexander Kledzik:** Samband mellan Hälsoprofilbedömning och sjukfrånvaro. Arbetet inriktas mot den aktuella frågeställningen om möjlighet att genom definition av en Hälsoprofil förutsäga framtida sjukfrånvaro.
- **Hans Linderståhl:** Tunga brandmän – överviktiga eller muskulösa? Detta arbete belyser kroppsviktens betydelse för fysisk aktivitet och fysisk prestationsförmåga hos en kategori personal med höga arbetskrav vad gäller fysisk prestationsförmåga.
- **Ingrid Modéer:** Vilka är arbetsmiljöproblemen och vad jobbar företagshälsovården med? Kartläggning av samtliga företag anslutna till en företagshälsovårdscentral. Detta arbete utfört under företagsläkarkursen 2004/2005 och beskriver de arbetsmiljöproblem som företag anslutna till en FHV-central och de tjänster som samma företag anlitar FHV-centralen för.

- **Justyna Nilsson:** Sambanden mellan självskattad hälsa och arbetsfrånvaro bland anställda på SSAB division grovplåt. Tar upp viktiga frågor om möjligheterna att förutsäga framtida sjukskrivning på basis av den enskilde arbetstagarens självskattning av det egna hälsoläget
- **Annika Norrgård:** Chefer och rehabilitering. I arbetet belyses den betydelse som ligger i en chefs kännedom och engagemang i anställdas rehabilitering för återgång i arbetet.
- **Johan Rosengren:** Kan sjukfrånvaron minskas genom ett strukturerat omhändertagande? Arbetet inriktas mot värdering av en strukturerad bedömning av fysisk, psykisk och social funktionsförmåga hos främst långtidssjukskrivna anställda.
- **Peter Svensson:** Kan byte av entreprenör för företagshälsovården i en liten svensk kommun innebärande förändrade kostnader och kvalitet, och måste en förbättrad tillgänglighet för de anställda även innebära högre kostnader för arbetsgivaren? I arbetet redovisas den mångfasetterade intervention som anlitandet av en ny leverantör av företagshälsovårdstjänster kan innebära för ett kundföretag – i detta fall en kommuns förvaltningsorganisation.
- **Catharina Horn; Bo Jordin; Olle Sandelin; Anita Segal; Katarina Stenvinkel:** Arbetslivsinstitutets nedläggning – erfarenheter för företagshälsovården. I detta arbete har valts en bred ansats för att på tidsmässigt helt färskt och aktuellt material belysa olika aspekter på nedläggningen av arbetslivets sektororgan och utbildningsanstalt Arbetslivsinstitutet år 2007. Beskrivningen av problem och processer har ett generellt intresse så till vida att de kan på olika sätt aktualisera insatser från företagshälsovårdens sida.
- **Karin Wallberg:** Resultat av bearbetande samtal med ögonrörelser vid måttlig svår ångest – en kontrollerad studie.
En beskrivning av behandling av ångestsymtom med bearbetningssamtal där ögonrörelser utnyttjats integrerat i den terapeutiska ansatsen.

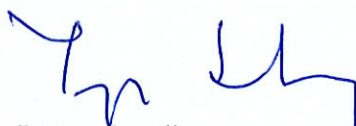
Arbetena spänner över en betydande bredd av aktiviteter och inriktningar hos FHV-enheter i deras aktuella vardagsarbete. Sjukfrånvaro, rehabilitering, hälsofrämjande arbete, kartläggningar av hälso- och miljöförhållanden och interventionsstudier hör till ämnesområden och problem som en företagsläkare kan ställas inför och förväntas bidra till att lösa.

Examensarbetena ingår i denna samlade rapport som självständiga kapitel där respektive författare svarar för innehållet. Rapporten görs även tillgänglig på Arbets- och Miljömedicins hemsida www.ammupsala.se och Uppsala Universitets publiceringsdatabas, DiVA.


I slutet av denna skrift återfinns en lista över författarna med 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 projektrapporter. Vi hoppas att de skall utgöra inspirerande läsning för alla som aktivt verkar för eller intresserar sig för att åstadkomma ett sunt arbetsliv åt alla. Vi hyser också en förhoppning att de skall kunna stimulera till fördjupningar och nya värdefulla undersökningar inom företagshälsovårdens stora arbetsfält.

Uppsala december 2008



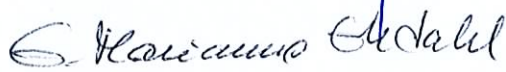
Ingvar Lundberg
Kursledare och examinator



Peter Westerholm
Examinator och redaktör



Margareta Torgén
Examinator



Marianne Ekdahl
Kursadministratör

Innehållsförteckning	Sida nr
Läkarinformation gav minskad oro vid misstänkt arbetsmiljörelaterad cancer hos försäkringskassanställda. Erik Allheim	7
Arbetsklimatet efter en företagsfusion. Ingemar Andersson	15
Mellanchefers stödbehov. Tord Arvidsson	25
Arbetstagares självskattade risk för sjukskrivning relaterad till uppkommen sjukskrivning. Jonas Carlsson	37
Vibrationsundersökning av allmäntandläkare inom Folktandvården i Jönköpings kommun – En kartläggning. Bengt Hultberg	47
Samband mellan Hälsoprofilbedömning och sjukfrånvaro. Alexander Kledzik	61
Tunga brandmän – överviktiga eller muskulösa? Hans Linderståhl	73
Vilka är arbetsmiljöproblemen och vad jobbar företagshälsovården med? Ingrid Modéer	85
Sambanden mellan självskattad hälsa och arbetsfrånvaro bland anställda på SSAB division grovplåt. Justyna Nilsson	103
Chefer och rehabilitering. Annika Norrgård	115
Kan sjukfrånvaron minskas genom ett strukturerat omhändertagande? Johan Rosengren	135
Kan byte av entreprenör för företagshälsovården i en liten svensk kommun innebärande förändrade kostnader och kvalitet, och måste en förbättrad tillgänglighet för de anställda även innebära högre kostnader för arbetsgivaren? Peter Svensson	145
Resultat av bearbetande samtal med ögonrörelser vid måttlig svår ångest – en kontrollerad studie Karin Wallberg	157
Arbetslivsinstitutets nedläggning – erfarenheter för företagshälsovården. Catharina Horn; Bo Jordin; Olle Sandelin; Anita Segal; Katarina Stenvinkel	167
Författaradresser	209

Projektarbete vid Företagsläkarutbildningen 2006-2007

Arbets – och miljömedicin
Uppsala universitet

Författare: Erik Allheim

Handledare: Thomas Wegener

Läkarinformation gav minskad oro vid misstänkt arbetsmiljörelaterad cancer
hos försäkringskasseanställda

Innehållsförteckning

Sammanfattning	sidan 3
Bakgrund	sidan 4
Syfte och frågeställning	sidan 5
Undersökt grupp	sidan 5
Metod	sidan 6
Resultat	sidan 6
Diskussion	sidan 7
Slutsatser	sidan 7
Referenser	sidan 7

Sammanfattning

I november år 2005 gav en enhetschef vid ett av Försäkringskassans lokalkontor söder om Stockholm en konsultläkare i uppdrag att tala med försäkringskassetjänstemännen då många av dem hade uttryckt oro över att vistelse på arbetsplatsen skulle kunna orsaka cancer. Det fanns totalt 52 anställda på kontoret, varav 80 % var kvinnor. Bakgrunden till oron för cancerrisker på arbetet visade sig ha uppkommit efter att 17 av deras arbetskamrater hade insjuknat i cancer under perioden 1980 - 2005. Samtliga drabbade kvinnor, i åldrarna 28-60 år, uppvisade nio olika cancerformer. Vid flera tillfällen under åren hade oro för arbetsmiljöbetingad cancer förekommit. Samband arbetsmiljö och cancer hade år 2001 uteslutits av läkare vid företagshälsovården och arbets – och miljömedicinsk klinik. Trots detta hade oron återkommit under år 2005, kanske på grund av ett misstänkt samband med ytterligare två cancerfall som tillkommit under detta år.

Konsultläkaren träffade 40 försäkringskassetjänstemän i november 2005 för att informera om cancer och dess orsaker. Några dagar efter mötet rapporterade enhetschefen att oron hade försvunnit i hela personalgruppen. 15 månader därefter genomfördes ett nytt möte där konsultläkaren intervjuade enhetschefen och tre medarbetare, där det framkom att oron för cancerrisker inte återkommit vad gällde alla 52 anställda. Som ett skäl till detta angavs, vid intervjun, de ökade kunskaper om cancerframkallande faktorer som förmedlats av konsultläkaren vid informationsmötet i november år 2005. Enhetschefen meddelade en tid efter intervjun att personalomsättningen vid kontoret endast varit två personer under perioden november 2005 – februari 2007. Sannolikt kan därför inte den minskade oron för arbetsmiljörelaterad cancer ha orsakats av att de oroliga individerna skulle ha lämnat arbetsplatsen. Detta talar för att läkarinformation i grupp är ett effektivt sätt att bemöta oro för cancerrisker på en arbetsplats.

Bakgrund

En enhetschef vid ett av Försäkringskassans lokalkontor¹ söder om Stockholm gav hösten 2005 en konsultläkare² i uppdrag att tala med personalen om deras oro för cancerrisker på arbetsplatsen vilken uppstått efter att 17 av deras arbetskamrater hade insjuknat i cancer under åren 1980-2005. Det hade rört sig om nio olika cancerformer hos kvinnor i åldrarna 28-60 år (tabell 1). Det var dock inte första gången oro för arbetsmiljöbetingad cancer hade förekommit; vid flera tillfällen under åren hade oron återkommit. År 2001 hade ett samband mellan arbetsmiljö och cancer uteslutits av både läkare hos företagshälsovården och läkare på arbets – och miljömedicinsk klinik. Lugnande besked om arbetsmiljön hade givits till personalen av den dåvarande områdeschefen för kontoret, som därefter kallat till stormöte, varpå oron upphörde. Trots denna information hade oron för cancerrisker återkommit under 2000. Detta kunde kanske ha samband med att ytterligare två cancerfall tillkommit under detta år?

Tabell 1 enhetschefens sammanställning
okt-05

Namn	Diagnos	År	Ålder
EB	Hjärntumör	1980	39
YC	Livmodercancer	1980	28
A	Hjärntumör	1988	57
GK	Bröstcancer	1993	57
G	Lungcancer	1993	57
BM	Njuncancer	1993	57
CL	Urinblåsecancer	1996	44
A	Bröstcancer	1997	46
GH	Bröstcancer	1997	48
ES	Bröstcancer	1998	49
EJ	Leukemi	1999	44
KS	Hjärntumör	2000	42
GS	Hjärntumör	2001	57
AC	Mjältcancer	2001	55
F	Bröstcancer	2002	?
M	Cancer i käkbenet	2005	51
IBM	Bröstcancer	2005	60

Enhetschefen presenterade först sin kartläggning som visade att det rörde sig om fyra hjärntumörfall, ett njuncancerfall, sex bröstcancerfall, ett mjältcancerfall, ett urinblåsecancerfall, ett leukemifall, ett livmodercancerfall, ett käkbenscancerfall och ett lungcancerfall (tabell 1). Materialet presenterades sammanfattningsvis på en A4-sid³ över av vad som hade förevarit under 2001. Det fanns ingen skriftlig rapport från företagshälsovården eller från arbets – och miljömedicin att tillgå, då båda dessa parter hade redovisat sina resultat i muntlig form till arbetsledningen vid kontoret. Enhetschefen meddelande även att utförda radonmätningar i lokalerna visat klart under de tillåtna gränsvärdena.

I november 2005 hölls ett informationsmöte, där 40 av 52 försäkringskassetjänstemän var närvarande. Konsultläkaren talade med de medverkande om tänkbara orsaker till de cancerformer som varit aktuella på kontoret (tabell 2), men framhöll samtidigt att arbetsmiljön i Sverige bara bidrar

med 2 % av alla cancerfall totalt (tabell 3), medan faktorer som livsstil, rökning och arv påverkar risken att utveckla cancer i mycket större utsträckning.(tabell 3).

Tabell 2 Cancerformer på kontoret och tänkbara bidragande orsaker ⁴⁵

Diagnos	Tänkbara orsaker
Bröstcancer	Arv, p-piller, östrogen, övervikt, joniserande strålning
Cancer i käkbenet	Tobaksrök, alkohol
Hjärntumör	Joniserande strålning
Leukemi	Joniserande strålning, bensen
Livmodercancer	Östrogen, virus
Lungcancer	Tobaksrök(även passiv rökning), radon, asbest, motoravgaser
Mjältcancer	Okänt
Njurcancer	Övervikt, fetma, tobaksrökning, tungmetaller(bly och kadmium)
Urinblåsecancer	Tobaksrökning(hälften av fallen)

Tabell 3 Dominerande orsaker till cancer

Livsstil	70 %
Rökning	15 %
Ärftlighet	10 %
Joniserande strålning	2 %
Arbetsmiljön	2 %
Övriga kemiska ämnen	1 %
Summa:	100 %

Här betonades speciellt rökningens negativa inverkan, och att livsstilsfaktorer bidrar till 70 % av alla cancerfall. Vidare betonades att det krävs exponering av en skadlig faktor i tillräckligt hög omfattning under mycket lång tid (10-20) år för att utveckla cancer, till exempel lungcancer på grund av motoravgaser. Det fanns inte en rimlig grund att anta att det förekom vare sig höga strålningsnivåer eller hantering av cancerframkallande kemikalier på kontoret. Radon som orsak hade tidigare uteslutits.

Några dagar efter mötet rapporterade enhetschefen till konsultläkaren att oron för cancerrisker i arbetsmiljön helt hade upphört.

Syfte och frågeställning

Kvalitetsuppföljning i avsikt att ta reda på i vilken omfattning läkarinformationen till försäkringskassetjänstemännen i november år 2005 hade påverkat oron för cancerrisker kort – och långsiktigt(mer än ett år).

Undersökt grupp

52 försäkringskassetjänstemän vid ett av Försäkringskassans lokalkontor söder om Stockholm, 80 % av dem kvinnor.

Metod

Den 9 februari 2007 genomförde konsultläkaren en intervju med enhetschefen vid lokalkontoret och tre medarbetare. Intervjun spelades in på band, därefter gjordes en utskrift som analyserades.

Resultat

Oro för cancerrisker i arbetsmiljön hade uppstått första gången 1980 då en arbetskamrat hade insjuknat i hjärntumör och sedan avlidit. I samband med att nya cancerfall dykt upp genom åren hade oron återkommit vid flera spridda tillfällen över tid. De personer som insjuknat i cancer uttryckte aldrig någon oro för arbetsmiljörelaterad cancer. De anställda som inte insjuknat i cancer diskuterade riskerna i kafferummet.

Misstankar hade rört sjuka hus, radon, avgaser utifrån, strålning. Den allmänna uppfattningen hade varit att det inte var normalt att så många av arbetskamraterna kunnat insjukna och sedan dö i cancer. Jämförelsen gjordes med systerkontoret en mil bort med 70 anställda där man hävdade att ingen drabbats av cancer under perioden 1980 -2005. Men ett undantag fanns och det gällde en 60-årig kvinna som insjuknat i bröstcancer 2005. Hon hade tidigare tjänstgjort på systerkontoret. Arbetsgivaren hade svarat på personalens oro genom att konsultera läkare vid företagshälsovården år 2001, och samtidigt hade en läkare vid arbets – och miljömedicinsk klinik gjort en bedömning. Lugnade besked hade därefter givits varvid oron hade lagt sig. Personalens uppfattning var att arbetsgivaren hade tagit deras oro på största allvar.

Man kunde även berätta en del om hur det hade gått för de 17 som fått cancer.

Åtta hade avlidit av cancersjukdomen, en gått bort av annan orsak, tre arbetade kvar på lokalkontoret och en hade flyttat till en tjänst vid länskontoret. Två var fortfarande sjukskrivna, och av dessa var en på bättringsvägen medan en hade blivit sämre(drabbats av metastaser). Om två individer saknades närmare kännedom på av flytt till annan ort. Sex av de 17 hade varit rökare. Tre av bröstcancerfallen, den som fått cancer i käkbenet, en av dem som drabbats av hjärntumör och den som insjuknat i njurtumör hade alla varit rökare.

Uppfattningen var sammantaget att man fått fördjupad kunskap om cancerrisker vid mötet med konsultläkaren i november år 2005. Då frågan ställdes om man kunde peka på några skillnader mellan vad som sagts på stormötet år 2001 och konsultläkarens information lyfte man fram att i november år 2005 hade: bilder visats, ”roten till det hela hade förklarats”, att konsultläkaren hade gått på djupet.

Oron för arbetsmiljörelaterad cancer hade därefter försvunnit i hela personalgruppen, det vill säga hos alla 52.

Enhetschefen kunde en tid efter intervjun meddela att personalomsättningen vid kontoret hade varit 5-10 individer under åren 2001-2005, tiden november 2005 – februari 2007 hade 2 personer slutat sin anställning.

Diskussion

Vilka åtgärder krävs för att effektivt bemöta cancerskräck på en arbetsplats? Erfarenheterna i det här beskrivna fallet talar för att intervention i form av läkarinformation i grupp kan ha mycket god effekt både på kort och på längre sikt. Detta påstående förstärks av en mycket låg personalomsättning under uppföljningstiden på 15 månader. Om en stor del av personalstyrkan hade bytts ut, under denna period, kan det tänkas att oron försvunnit med dem som lämnat arbetsplatsen. Här rörde det sig om två individer som avslutat sin anställning, och okänt om de tillhört de oroligas skara.

Vid cancerlarm på en arbetsplats är det viktigt att hålla sig till fakta, inte till hörsägen.

För det första bör man efterforska om antalet cancerfall är förhöjt jämfört med förväntat. Arbetsgivaren ombeds därför att, via personalavdelningen, ta fram uppgifter om vilka cancerformer som förekommit på arbetsplatsen, kön, ålder samt anställningstid för respektive individ innan insjuknandet. För epidemiologiska beräkningar krävs dessutom uppgift om totala antalet anställda genom åren och deras anställningstider. Erfarenheten säger att dessa uppgifter kan vara svåra att ta fram. Cancerincidensen på arbetsplatsen jämförs sedan mot den förväntade i en normalbefolkning med samma kön och åldersfördelning (Epidemiologiskt cancerregister hos Socialstyrelsen).

Är 17 cancerfall, nio olika diagnoser, under 25 år, på en kontorsarbetsplats högre än förväntat? Det kan vara det, men behöver inte vara det? Om man slår ut antalet fall på samtliga som arbetat vid kontoret genom åren kan incidensen göra att det blir betydligt lägre tal än om man endast ställer de 17 insjuknade mot nuvarande 52 anställda. En förhöjd cancerincidens på en arbetsplats säger inget om orsaken till cancer. Om antal insjuknanden visar sig förhöjt och informationen i övrigt begränsas torde detta snarast spå på cancerskräcken. Man måste också betänka att livsstilsfaktorer, ärftliga faktorer kan bidra. Cancer kan också bero på slumpen. Endast 2 % av alla cancerfall i Sverige uppskattas vara orsakade av arbetet. Tumörincidensen ökar även med hög medelålder. Flera olika cancerformer talar emot ett samband med arbetsmiljön, en enskild tumörform som uppträder i större antal talar mer för ett samband med arbetsmiljön. Tidsaspekten är viktig, efter inverkan av en skadlig faktor tar det minst 5 år, men snarare 10 -30 år att utveckla en cancertumör. Man måste alltså ha vistats tillräckligt länge på arbetsplatsen. Finns det skäl att misstänka någon eller några skadliga faktorer i arbetsmiljön, t ex radon, joniserande strålning, asbest, kemikalier? Inspektera därför arbetsplatsen. I det här beskrivna fallet rörde det sig om en ren kontorsarbetsmiljö, med låg sannolikhet för skadlig faktor. Radonmätningar hade varit utan anmärkning. Vid misstanke på skadlig faktor bör yrkeshygieniker konsulteras.

För det andra bör personalens oro närmare kartläggas med hjälp av enkäter, intervjuer med utvalda intervjupersoner eller vid diskussioner i fokusgrupper bestående av 5-6 personer. För att undvika att uppgifterna kan komma att basera sig på hörsägen bör de individer som skall ingå i kartläggningen väljas av utredande läkare. Utifall arbetsgivaren väljer deltagarna finns risk att trovärdigheten minskar.

Följande frågor bör få ett svar:

1. Vari består problemet?
2. Vad är man orolig för?
3. Finns misstankar om bakomliggande orsak?
4. Hur utbredd är oron?

Andra intressanta synpunkter som framkommer bör beaktas.

För det tredje görs en sammanställning av de fakta som framkommit under den inledande utredningen enligt ovan. Uppgifterna får ligga till grund för vad som sedan skall presenteras vid den kommande interventionen som utgörs av läkarinformation till och dialog med de anställda vid ett gruppmöte.

För det fjärde mäts effekten av interventionen genom enkät, intervju eller diskussion i fokusgrupp. Uppgifter om personalomsättningen under uppföljningstiden tas fram. Återkoppling sker därefter till arbetsgivare och personal.

Slutsatser

Läkarinformation om orsaker till cancer, som gavs till 40 av 52 försäkringskassetjänstemän i november 2005, bidrog omgående och långsiktigt (ännu upp till 15 månader efteråt), till att eliminera oron för arbetsmiljörelaterad cancer, sannolikt hos samtliga 52 försäkringskassetjänstemän, på ett av Försäkringskassans lokalkontor söder om Stockholm. Detta påstående stöds av det faktum att personalomsättningen varit mycket låg under perioden november 2005 – februari 2007. Att oron för arbetsmiljörelaterad cancer inte har återkommit kan därför troligen inte bero på att alla oroliga individer (eller en stor del av dem) skulle ha avslutat sin anställning på kontoret.

Läkarinformation i grupp för att bemöta oro för arbetsmiljörelaterad cancer kan därför sägas vara mycket effektiv och bör kunna vara till nytta och erbjudas även i framtiden vid likartade problem i arbetslivet.

Referenser

¹ Muntlig referens Mona Panagiotides Försäkringskassan Stockholm som har godkänt projektarbetets genomförande, men då alla inblandade inte haft möjlighet att ta del av materialet och godkänna publiceringen får namn på personer och kontor tillsvidare vara anonyma. Lokalkontorets adress är känd av författaren, handledaren och kursledningen för Företagsläkarutbildningen år 2006-2007 vid Arbets- och miljömedicin i Uppsala.

² Konsultläkaren och författaren är den samme.

³ Dokumentet finns hos författaren.

⁴ Arbetssjukdom – skadlig inverkan – samband med arbete, Arbete och hälsa nr 2002:15.

⁵ Cancer i siffror, Epidemiologiskt centrum Socialstyrelsen och Cancerfonden, 2003.

Arbetsklimatet efter en företagsfusion

Författare: Ingemar Andersson
Handledare: Malin Josephson
Projektarbete vid Företagsläkarutbildningen.
Arbets- och miljömedicin vid Uppsala Universitet

Innehållsförteckning

1. Sammanfattning	3
2. Inledning	4
3. Syfte	5
4. Presentation av det undersökta företaget	5
5. Undersökt grupp	5
6. Metod	5
7. Resultat	6
8. Diskussion	8
9. Slutsats	9
10. Litteraturreferenser	10

Sammanfattning

Projektets titel: Arbetsklimat efter en företagsfusion

Författare: Ingemar Andersson

Handledare: Malin Josephson

Projektarbete vid Arbets- och miljömedicin vid Uppsala Universitet 2007.

Det är känt att förändringar i en organisation påverkar de anställdas arbetsklimat och hälsa. Syftet med denna studie har varit att beskriva arbetsklimatet efter fusion av två företag inom postorderbranschen. Frågeställningarna handlade om, om man kunde se någon skillnad i hur anställda upplevde arbetsklimatet beroende på om man kom från det uppköpande eller uppköpta företaget. Dessa resultat jämfördes sedan med resultat från liknande studier på andra företag.

Studien innefattade ca 300 anställda. Medarbetarna fick besvara en webbaserad enkät vilken gav en bild över rådande arbetsorganisatoriska förhållanden och arbetsklimat. Resultatet av enkätundersökningen visade att det totala medelvärdet av skattningens av arbetsklimatet efter sammanslagningen hamnade något högre än medelvärdet för andra företag i liknande studier. Samtidigt visade studien ett genomgående sämre arbetsklimat för de anställda på det uppköpta företaget än inom det uppköpande företaget, inom områdena Delaktighet, Omväxling/Stimulans samt Utvecklingsmöjligheter.

Genom att arbeta proaktivt i samband med företagsfusioner kan en försämrad arbetsmiljö upptäckas i tidigt skede. Man kan då sätta in tidiga åtgärder för att förhindra sjuklighet, frånvaro och därmed produktionsbortfall.

Inledning

Det är sedan länge känt att förändringar i en organisation påverkar de anställdas hälsa.

Idag sker förändringarna allt snabbare och det är ofta svårt att dra skarpa gränser mellan organisationerna. Fusioner mellan företag blir ett allt vanligare fenomen och ofta är samgåendena förenade med nerdragningar, ibland hela eller delar av avdelningar. Man har i tidigare studier visat att dessa organisationsförändringar ofta leder till ökad sjuklighet (1) och personalomsättning i företaget. (2)

Arbetsorganisationen kan ses ur tre perspektiv;

1. *Yttre context*; dvs. ekonomiska, juridiska, politiska, tekniska och demografiska faktorer på nationell och internationell nivå.
2. *Organisations contex*; dvs. ledningsstruktur, management struktur, produktionsmetoder och personalpolitik.
3. *Arbetes contex*; dvs. arbetets karaktär såsom klimat och kultur, tempo, sociala relationer, komplexitet, självständighet, anatomisk och psykisk belastning. (3)

Det är ofta svårt att i varje enskilt fall peka på en specifik faktor, då förändringar tenderar att påverka den anställda på olika sätt. De anställda har med utgångspunkt i sin utbildning, personliga mognad och copingstrategier olika möjligheter och förutsättningar att hantera de problem som uppstår. Andra viktiga faktorer är ålder och hur länge man varit anställd. Vissa kan kanske se möjligheter i situationer där andra upplever hot beroende på ovannämnda faktorer.

Man har i tidigare studier uppmärksammat svårigheter med att sammanföra olika identiteter och kulturer vid sammanslagningar mellan företag. Det kan röra sig om olika syn på kunder och vilken kultur som då skall råda. En del anställda får förändrade arbetsroller och i vissa fall förändrade arbetsuppgifter. Ledningsstrukturen förändras ofta för delar av företaget och en del anställda kommer att behöva ompröva sina lojaliteter. Problem kan uppstå vid planering och inriktning av den framtida verksamheten. (4)

Jag har i denna studie valt att undersöka arbetsklimatet på ett postorderföretag, efter sammanslagning av två företag. Förhoppningen är att resultatet av undersökningen kan vara ett verktyg för personalchefen i företagets utvecklingsarbete och som stöd för ansvariga chefer. Undersökningen ger möjlighet att finna tidiga tecken på försämringar i arbetsmiljön, vilka kan behöva insatser på grupp- eller individnivå. Att påvisa problem efter sammanslagning är ett sätt att verka proaktivt för att förhindra försämrade arbetsmiljö och ökad frånvaro. (5)

Syfte

Syftet är att beskriva arbetsklimatet efter sammanslagning av två företag.

Frågeställningarna är: Finns det skillnader i hur man upplever arbetsklimatet utifrån vilket företag man tidigare var anställd på? Är denna skillnad mer uttalad på vissa avdelningar? Kan man se skillnader eller likheter med ett referensmaterial från liknande sammanslagningar av företag?

Presentation av det undersökta företaget

Företaget är ett ledande distanshandelsföretag med sitt säte i södra Sverige. Företaget har 300 anställda och en omsättning av 1,1 miljarder. Sortimentet består av mode, hemtextil, möbler och hemelektronik. En stor del av försäljningen sker via Internet.

År 2004 köpte man upp ett annat företag, även detta ett postorderföretag med 200 anställda, lokaliserad på samma ort. Sammantaget fick cirka 100 medarbetare gå i samband med fusionen. Man fattade beslut om outsourcing av kundcentret till externt callcenter, varvid ca fyrtio anställda sades upp under våren 2005. Under hösten 2006 lades företagsbutiken på det uppköpta företaget ner varvid sju fick gå. Kundcentret på hela företaget lades ner under 2006 varvid 32 stycken fick gå. Under våren 2007 fick ytterligare ca 10 personer gå.

Man har under året slutfört fusionen med sammanslagningar av de olika avdelningarna IT, Inköp, Katalog, Analys/Listning, Finans, Ekonomi samt Lager. Det uppköpta företaget har kvar ett lager i gamla lokaler med ca 50 anställda.

På företaget finns en företagssköterska på halvtid och en utlokaliserad företagsläkare från en halv till en dag i veckan. Genomsnittlig daglig frånvaro var ca. 6 %.

Undersökt grupp

De som deltog i studien var alla medarbetare på postorderföretaget, dvs. ca 300 stycken. Dels de som sedan tidigare var anställda på det ledande företaget (Företag A) och de som tidigare varit anställda på det uppköpta företaget (Företag B). De anställda arbetar på 7 olika avdelningar. Andelen kvinnor som arbetar på företaget är 69,7 %. Medelåldern är ca 40 år.

Datainsamling

Medarbetarna har fått fylla i en webbaserad enkät. Ansvariga för detta genomförande var Metodicum AB, vars enkäter är välanvända och validerade (6). Enkätens frågor grupperades i tio olika indexområden, vilka gav en översiktlig bild över de svarandes arbetsorganisatoriska

förhållanden. Områdena i enkäten täckte arbetsförhållanden som i aktuell forskning visas vara speciellt viktiga för individens hälsa, arbetstillfredsställelse, självkänsla och välbefinnande.

Enkätfrågorna delades in i index som täckte områdena; arbetstakt o jäkt, omväxling/stimulans, utvecklingsmöjligheter, delaktighet, maskinberoende/styrning, ledarskap/information, arbetsorganisation/byråkrati, osäkerhet i arbetsrollen, socialt klimat och förändringsoro. Svaren skattades på en skala från noll till sex, där noll är dåligt och sex är bra. Medelvärden räknades sedan ut för varje indexområde.

Resultatet från studien jämfördes sedan mot referensmaterial från liknande företag.

Referensmaterialet kommer från c. 4000 svar av undersökningar gjorda i företag inom samma bransch.

Resultat

217 av 303 (72,5 %) medarbetare svarade på enkäten, av dessa var 71 % kvinnor. Från Företag A svarade 140 av 151 anställda och på Företag B 77 av 152 anställda. Vid databearbetningen kunde uppdelning i Företag A och Företag B, också ske på lageravdelning och på inköpsavdelning. På övriga avdelningar var svarsfrekvensen från företag B för låg för att ge någon statistisk säkerhet.

Sammantagen ger enkätundersökningen en relativt positiv bild av arbetsklimatet på företaget. Enligt figur 1.

Det sammanlagda medelvärdet för Företag A+B ligger något över referensföretagens totala medelvärde. Det sammanlagda medelvärdet för Företag B är lägre än det för Företag A. På indexet "utvecklingsmöjligheter" visar Företag B lägre värde. Detta sänker i sig värde för hela företaget A+B (Figur 2). På "Delaktighet" ses även här ett lägre värde för Företag B, liksom för "Omväxling/stimulans" (Figur 3 och 4). På "Arbetstakt och jäkt", "Maskinberoende/styrning", "Arbetsorganisation/byråkrati" och "Osäkerhet i arbetsroll" ligger Företag B något över referensföretagen enligt figur 1. På "Förändring/oro" ses ett något lägre värde för både Företag A och B.

På avdelningsnivå kan man se en liknande bild för både Lager och Inköp (Figur 5). Dock finns något lägre värden för Lager A vad gäller Omväxling/stimulans, utvecklingsmöjligheter men ej för delaktighet. Man kan se en förändringsoro både på Lager A och B. På inköpsavdelningen kan man se lägre värden för utvecklingsmöjligheter och delaktighet på Inköp B jfr på Inköp A. Man kan notera negativa värden för ledarskap på Inköp B.

Figur 1.

Utvärderingsmatris

Företag A Index:	Företag A B		Företag A+B	Referens
Arbetstakt och jäkt	0,19	0,64	0,36	2,89
Omväxling/stimulans	0,19	-0,81	-0,18	3,92
Utvecklingsmöjligheter	0,08	-1,02	-0,32	2,78
Delaktigheter	0,40	-0,33	0,12	3,36
Maskinberoende/styrning	-0,09	0,65	0,18	3,65
Ledarskap/information	0,36	0,14	0,26	3,39
Arbetsorg./byråkrati	0,40	0,71	0,52	3,23
Osäkerhet i arbetsroll	0,47	0,62	0,54	4,51
Socialt klimat	0,30	0,03	0,20	4,52
Förändringsoro	-0,17	-0,28	-0,20	4,24
Medelvärde (kolumnvis)	0,21	0,04	0,15	3,64

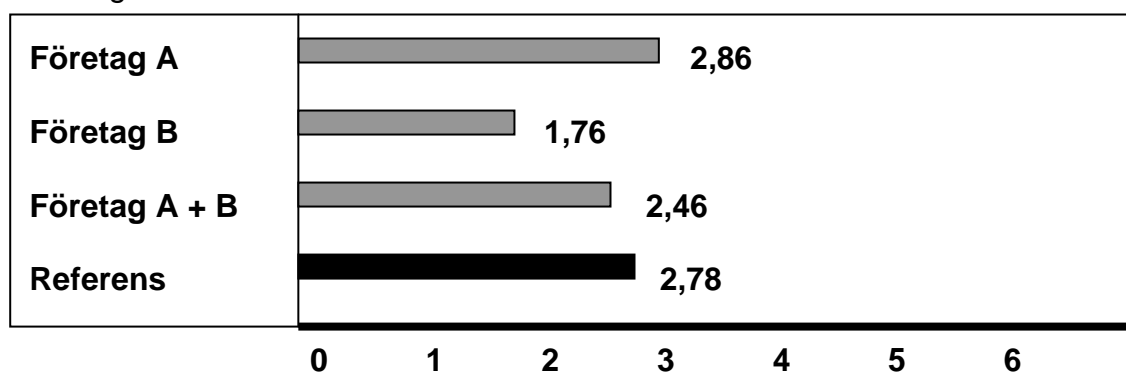
Avvikelse mot referens. D.v.s. skillnaden mellan gruppens resultat (medelvärde) och referensens motsvarande. Gröna siffror betyder att gruppen är bättre än referensen på motsvarande frågeområde. Små avvikelser (mindre än +/-0,3) är inte färgade.

Figur 2.

Index: Utvecklingsmöjligheter

0 = ingen

6 = stor

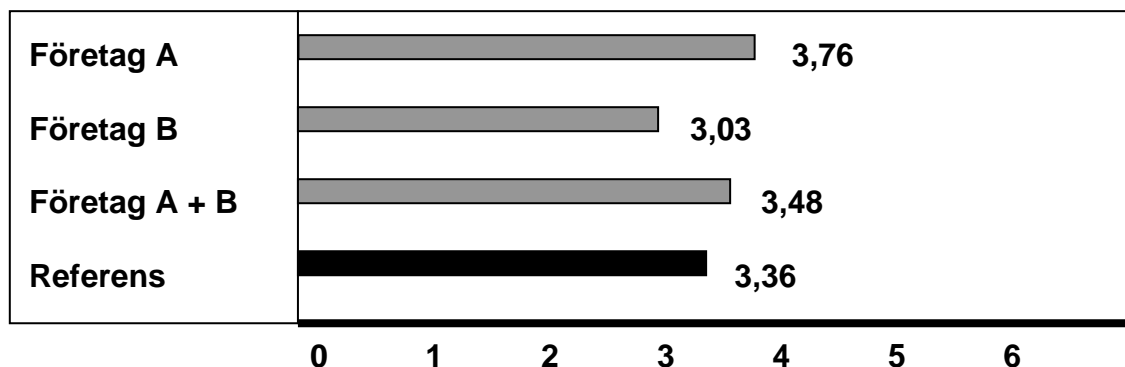


Figur 3

Index: Delaktighet

0 = ingen

6 = stor

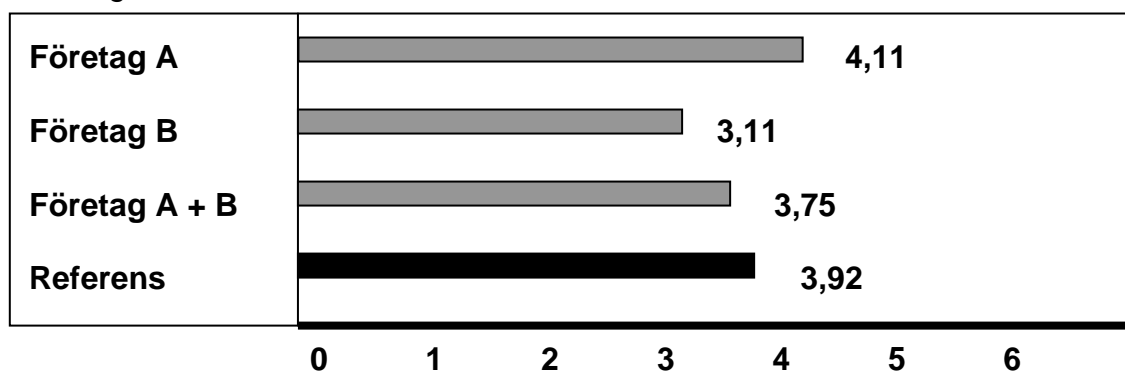


Figur 4.

Index: Omväxling/stimulans

0 = ingen

6 = stor



Figur 5.

Utvärderingsmatris

Företag A Index:	Lager A	Lager B	Inköp A	Inköp B	Företag A+B	Referens
Arbetstakt och jäkt	0,66	1,01	-0,25	-0,12	0,36	2,89
Omväxling/stimulans	-0,62	-1,62	0,86	0,59	-0,18	3,92
Utvecklingsmöjligheter	-0,89	-1,90	0,75	0,09	-0,32	2,78
Delaktigheter	-0,03	-0,80	0,72	0,03	0,12	3,36
Maskinberoende/styrning	0,28	0,70	-0,05	0,38	0,18	3,65
Ledarskap/information	0,16	0,11	0,33	-0,47	0,26	3,39
Arbetsorg./byråkrati	0,63	1,11	-0,01	-0,06	0,52	3,23
Osäkerhet i arbetsroll	1,14	0,82	0,16	0,17	0,54	4,51
Socialt klimat	0,28	0,05	0,35	-0,19	0,20	4,52
Förändringsoro	-0,40	-0,40	-0,21	-0,08	-0,20	4,24
Medelvärde (kolumnvis)	0,12	-0,09	0,27	0,03	0,15	3,64

Diskussion

Om vi går tillbaks till frågeställningen om det finns några skillnader i hur man upplever arbetsklimatet bland de olika medarbetarna så kan det fastslås följande; Man upplever genomgående ett bättre arbetsklimat på Företag A. Denna är mer uttalad på vissa avdelningar. Mest negativt för Företag B ses inom områdena omväxling/stimulans, utvecklingsmöjligheter och delaktighet. Detta kan ses som en naturlig följd efter ett uppköp då köpande företag tillsätter ny ledning. Detta företags identitet och kultur blir då oftast rådande.

Innan sammanslagningen har Företag B varit mycket framgångsrikt, gjort stora vinster och produkterna har varit efterfrågade. Dessa medarbetare skattar lite osäkerhet i arbetsroll och arbetstakt/jäkt. Detta kan visa att de känner säkerhet i sitt arbete och att de därmed inte upplever stor stress.

Oro för kommande förändringar är större på Företag B och det är lätt att förstå med tanke på att man nyligen har genomgått stora förändringar och inte säkert vet om man nått slutmålet. Att man upplevte ett sämre ledarskap som helhet på Företag B kan troligen förklaras med att man kände mindre delaktighet och en förlust av sin tidigare företagsidentitet och kultur.

Det sociala klimatet upplevdes sämre på Företag B vilket kan ses som en naturlig följd av ett allmänt försämrat arbetsklimat efter fusionen.

Ett normalt lagerarbete innebär ofta brist på omväxling/stimulans och även små utvecklingsmöjligheter men är i undersökningen ser vi stora negativa avvikelser både för Företag A och B vilket talar för att föregående förändringar inom företaget haft negativ inverkan.

Bortfallet i studien var ca. 28%. Bortfallet var betydligt större på företag B (ca. 50 %). Att bortfallet är större på företag B kan vara ett resultat av att man där känner mindre delaktighet och utvecklingsmöjligheter och har ett allmänt sämre arbetsklimat. Man väljer då möjligen medvetet att inte besvara studien. Man kan tänka att en högre svarsfrekvens skulle förstärka den rådande bilden om en allmänt försämrad arbetsmiljö på företag B.

Vad gäller felkällor är det naturligt att områden som omväxling/stimulans och utvecklingsmöjligheter är mer begränsade på ett lager. I studien kan man ju ändå se en klar skillnad på resultat till förmån för Lager A.

Den låga svarsfrekvensen på Företag B är en viktig felkälla, troligen skulle ett större deltagande tydligare visat enytterligare försämrad bild av arbetsklimatet på Företag B.

De flesta som svarat på enkäten är kvinnor med en medelålder på 40 år (71 %). Man arbetar nära varann i kontorslandskap eller på lager. Det uppstår ofta grupperingar vid förändringar med oro och försämrad arbetsmiljö. Gruppptrycket kan då orsaka att man svarar som den grupp man tillhör. Det kan också betyda att man väljer att inte besvara enkäten.

Slutsats

I en fusion mellan företag då ett köpande företag tar över ett annat uppstår ofta svårighet att sammanföra olika företagsidentiteter och kulturer. Köpande företaget sätter ofta sin prägel på den nya organisationen och tillsätter även ledningsstrukturen. Detta orsakar ofta en genomgående sämre arbetsmiljö för medarbetarna på det uppköpta företaget. Genom att arbeta proaktivt kan avdikelser vad gäller negativ arbetsmiljö upptäckas i tidigt skede. Vi vet att ökad sjuklighet och frånvaro grundläggs tidigt vid en försämrad arbetsmiljö. Detta kan åtgärdas med tidiga insatser. Försämrad hälsa hos medarbetarna betyder produktionsbortfall. Genom tidiga insatser för ett bättre arbetsklimat kan ett stort produktionsbortfall förhindras.

Litteraturreferenser

1. Vahtera J, Kivimäki M, Linna A, Virtanen M, Ferrie J. Organizational downsizing, sickness absence, and mortal prospective cohort study. BMJ, (2004).
2. Härenstam A, Marklund S, Berntsson E, Bolin M, Ylander J. Understanding the organisational impact on working conditions and health. Arbetslivsinstitutet. Arbete och Hälsa, Nr 2006:4.
3. Landsbergis P. The Changing organization of work and the safety and health of working people: A commentary. JOEM, Vol 45, (2003) 61-72.
4. Axelsson C, Holmberg D. Identitetsskapande processer vid integration – en fusion mellan två konsultbolag. Magisteruppsats, 2001.09.26.
5. Jürisoo M. Burnout Från stress och utbrändhet till den goda organisationen. Ekerlids förlag, Stockholm, 2001.
6. info.@metodicum.se

Mellanchefers stödbehov

Författare: Tord Arvidsson, HumanResurs AB

Handledare: Berndt Karlsson, Yrkes och Miljömedicin, Umeå

Projektarbete vid företagsläkarutbildning Arbets- och Miljömedicin Uppsala
Universitet 2006/07

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Inledning.....	2
Syfte och frågeställningar.....	3
Undersökt grupp.....	3
Metod	3
Resultat.....	4
Upplevda krav i arbetssituationen.....	4
Upplevd kontroll i arbetssituationen.....	5
Upplevelse av socialt stöd på arbetsplatsen	5
Acceptans för idéer.....	5
Uppskattning och uppmuntran.....	5
Möjligheten att dryfta problem och idéer	5
Möjligheten att få feedback	5
Möjligheten att få information.....	6
Möjligheten att få hjälp.....	6
Möjligheten att få resurser	6
Upplevd hälsa.....	6
Upplevda utvecklingsmöjligheter i arbetet	6
Diskussion	7
Metodbegränsningar	8

Bilagor

Bilaga 1. Intervjuguide

Sammanfattning

Mellanchefer arbetar ofta i en komplicerad arbetssituation där de många gånger hamnar i kläm mellan olika intressenter. Syftet med denna kvalitativa studie var att försöka kartlägga behovet av socialt stöd på arbetsplatsen, samt att i någon mån belysa arbetsmiljö och arbetsvillkor för mellanchefer i ett teknik och verkstadsföretag. Den undersökta gruppen bestod av sju personer, samtliga män i åldrarna 32 till 63 år. Undersökningen genomfördes i form av semistrukturerade intervjuer. Resultatet och tolkningen av intervjumaterialet ger en bild av att det finns ett upplevt behov av ett utökat socialt stöd främst i form av uppskattning/uppmuntran och feedback. Kraven i arbetet upplevs ha ökat för mellanchefer med underställda som är kollektivanslutna. Gruppen chefer med underställda tjänstemän upplever att kraven från företaget är otydliga. I båda grupperna anger majoriteten att de har god kontroll över sin arbetssituation.

Inledning

I större företag finns mellan verksamhetens ledning och dess operativa personal mellanchefer med en ofta komplicerad arbetssituation. Mellancheferna förutsätts fungera som budbärare av information uppåt och nedåt i organisationen. De har ansvar gentemot ledningen, operativ personal och kunder. Under- och överordnade vänder sig till mellanchefer när de är missnöjda. De riskerar många gånger att hamna i kläm mellan olika intressenter. Kraven kan ibland upplevas som motstridiga, och möjligheterna att påverka som små. Problematiken är troligen inte specifik för mellanchefer, utan finns i arbetslivet i stort.

Theorell och medarbetare (1) har i krav-kontroll modellen visat att obalans mellan krav och kontroll kan leda till ohälsa, som hjärt-kärlsjukdom och högt blodtryck. Johnson (2) undersökte socialt stöd i kombination med krav-kontroll modellen och fann att socialt stöd interagerade med kontrollvariabeln och gav skyddande effekt för hjärtsjukdom.

Hogstedt och medarbetare (3) visade att det finns ett samspel mellan bristande stöd och bristande kontrollmöjligheter hos långtidssjukskrivna. Stora överrisker för långtidssjukskrivning kunde påvisas hos både män och kvinnor som angav små kontrollmöjligheter, särskilt om stödet från arbetskamraterna var dåligt.

Theorell och medarbetare (4) har i en studie visat att ett utbildningsprogram för chefer gav effekt i form av sänkta cortisolnivåer hos underställda medarbetare.

Syftet med denna studie är att försöka kartlägga behovet av socialt stöd på arbetsplatsen samt att i någon mån belysa arbetsmiljö och arbetsvillkor för mellanchefer. En välmående och välfungerande chef ger troligen större förutsättning för välmående medarbetare och ekonomisk framgång för företaget.

Studien är genomförd på ett företag med cirka 1200 anställda. Arbetsplatsen är mansdominerad med 84 procent manliga medarbetare och 16 procent kvinnliga medarbetare. Företaget har senaste 10 åren förändrats från verkstadsföretag till teknikföretag. Detta har inneburit att antalet kollektivanställda har minskat samtidigt som antalet tjänstemän har ökat. Januari 2007 fanns 97 personer i chefsbefattning, 3 av dessa var kvinnor. Under innevarande år, efter att intervjuerna genomförts, har en omorganisation inletts vid företaget som bland annat syftar till ett tydligare ledarskap (personlig kommunikation med personalchef oktober 2007).

Syfte och frågeställningar

Projektets syfte är att försöka kartlägga behovet av stöd hos mellanchefer och att eventuellt hitta modeller för stöd. Tillika att i någon mån belysa mellancheferns rollen avseende arbetsmiljö och arbetsvillkor.

Frågeställningar:

- Vilket slags stöd upplever sig mellancheferna få?
- Vilket slags stöd anser sig mellancheferna behöva?
- Hur upplevs krav och kontroll i arbetssituationen?

Undersökt grupp

Deltagarna i studien bestod av sju mellanchefer, samtliga män. Med mellanchefer avses alla chefer förutom verkställande direktör. Fyra mellanchefer har kollektivanslutna underställda och tre har underställda tjänstemän. Ålderssammansättningen varierar mellan 32 och 63 år, medelvärde 45 år.

Metod

I undersökningen användes en kvalitativ metod då avsikten var att inhämta respondenternas subjektiva upplevelser av sin situation. En kvalitativ forskningsintervju har enligt Kvale (5) som syfte att få en bild av den intervjuades livsmiljö i avsikt att tolka de beskrivna fenomenens mening. I denna studie har avsikten varit att studera fenomen som mellancheferns upplevelse av kontroll, krav och stöd.

Undersökaren tog telefonkontakt med personalchef vid det berörda företaget och erhöll en chefslista (personlig kommunikation personalchef januari 2007). Ett stratifierat urval genomfördes vid val av intervjupersoner, detta för att få representation från både kollektiv och tjänstemannasidan. Endast verkställande direktör undantogs. Undersökaren tog därefter telefonkontakt med utvalda chefer och samtliga tillfrågade ställde sig positiva till deltagande. Av tidsskäl gjordes en begränsning till sju individer. Intervjuformuläret, se bilaga 1, testades i en pilotintervju.

Deltagarna informerades om det övergripande syftet med undersökningen samt om frivilligt deltagande och konfidentialitet. Semistrukturerade intervjuer genomfördes maj-juni 2007 på undersökarens arbetsplats. Intervjuerna som tog cirka en timme att genomföra, spelades in på band och skrevs därefter ut i sin helhet. Intervjumaterialet har därefter analyserats genom upprepade genomläsningar och meningskoncentrering som innebär att de meningar intervjupersonerna uttryckt formuleras mer koncist.

Resultat

Samtliga deltagare i studien arbetar heltid. Erfarenhet av ledningsarbete varierar mellan 1 och 27 år, i medeltal nio år. Antal underställda varierar mellan 7 och 39, i medeltal 23.

Respondenternas subjektiva beskrivningar redovisas under fem valda rubriker;

- Upplevda krav i arbetssituationen
- Upplevd kontroll i arbetssituationen
- Upplevelse av socialt stöd på arbetsplatsen
- Upplevd hälsa
- Upplevda utvecklingsmöjligheter i arbetet

Upplevda krav i arbetssituationen

Respondenterna beskriver sina egna krav på sig själva i termer av tillgänglighet, engagemang samt ett rättvist och tydligt förhållningssätt mot sina underställda. I bilden av sig själva framgår att de har stor tillit till sina medarbetare.

Mellanchefer på kollektivsidan uppfattar en tydlig ökning av kraven över tid. Överordnade chefer delegerar uppgifter i större omfattning än tidigare. Kraven på budget i balans hör ökat. De upplever vidare att administrativa rutiner tar en allt större del av arbetsdagen.

Mellanchefer på tjänstemannasidan upplever att kraven från företaget är otydliga. En individ efterfrågar en befattningsbeskrivning för sitt arbete som mellanchefer. En annan anser att tydliga övergripande mål och visioner bör brytas ned till begripliga mål för varje medarbetare. En ny chefspolicy ska implementeras i företaget och kommenteras av en respondent som tydlig och mera kravställande.

När det gäller underställdas krav på mellancheferna anses genomgående att närvaro och förmåga att fatta beslut är viktiga. De underställda uppfattas också ställa krav på ärlighet, lyhördhet och tydlighet.

Respondenterna menar att mellanchefsrollen innebär att de ibland hamnar i kläm mellan starka överordnades respektive underordnades viljor. De ser ett behov av att skapa förståelse i båda läger.

”Beslut har alltid fördelar och nackdelar. Ibland ser man bara nackdelarna.”

”Personalen på golvet har ibland inte hela bilden klar för sig.”

En respondent menar att lojalitet och ärlighet kan komma i konflikt ibland när beslut som han inte riktigt tror på ska förmedlas nedåt i organisationen. Om en konfliktsituation skulle uppstå mellan ledning och underställda anger alla intervjuade att lojaliteten ligger hos arbetsgivaren.

”Det lönar sig inte att motarbeta beslut man inte tror på. Det vore att skjuta sig själv i foten.”

Upplevd kontroll i arbetssituationen

En respondent anger att han inte har kontroll över arbetssituationen, och menar att med mer än 30 underställda blir arbetet svårt att planera. Oförutsägbara situationer kan snabbt uppstå. Övriga respondenter anger att de har kontroll över arbetet.

”Inte svårt, men ett hårt arbete. Ett hårt arbete kan man ha kontroll på”

Upplevelse av socialt stöd på arbetsplatsen

Acceptans för idéer

Respondenterna menar att de får stöd i form av acceptans för idéer och att detta är väl tillgodosett från överordnade och från mellanchefer/kollegor. Någon upplever dock att stödet är dåligt från underställd personal. En respondent menar att det vore önskvärt med ett forum för kollegialt utbyte på mellanchefernivå. Detta skulle ge möjlighet att diskutera gemensamma frågor som därefter skulle kunna föras till ledningsgruppen och där ges en större tyngd.

Uppskattning och uppmuntran

Endast två respondenter anger att de får uppskattning och uppmuntran i tillräcklig omfattning. Stödet ges då i regel av överordnad chef. Majoriteten uttrycker behov av uppskattning och uppmuntran även från underställd personal.

”Generellt är man dålig på att ge beröm. Det är lite skam över det”

”Det handlar inte om att skicka blommor och chokladask utan det handlar om små saker”

Möjligheten att dryfta problem och idéer

Stödet upplevs väl tillgodosett hos merparten. Två av respondenterna menar att det finns en begränsning i form av brist på tid. Problem och idéer diskuteras med mellanchefer/kollegor och med överordnad chef i första hand. När det gäller behov av detta stöd från annat håll nämns personalavdelning och företagshälsovård som tänkbar resurs.

Möjligheten att få feedback

En respondent anger att stödet är väl tillgodosett. Övriga anser att de inte får tillräckligt med feedback och önskar mer av detta stöd från överordnade chefer, mellanchefer/kollegor och underställd personal.

”Det enklaste sättet att få feedback det är att gå på personen och fråga, vad tyckte du? ”

Någon föreslår ett ökat användande av enkäter i syfte att få feedback på ledarskapsfrågor. Vidare framkommer önskemål om någon form av kontinuerlig utvärdering av chefer samt obligatoriskt mentorskap, åtminstone i början av karriären.

Möjligheten att få information

Samtliga upplever att de får stödet i tillräcklig omfattning. Informationen får de främst från intranätet och från chefer. Någon anser att han får för mycket information och att den är osorterad.

Möjligheten att få hjälp

Flertalet upplever att de får hjälp när de behöver det och i tillräcklig omfattning. Stödet kommer från olika håll; från chefer, kollegor, konsulter, företagshälsovård, personalavdelning med flera. En respondent upplever att han inte fått hjälp i tillräcklig omfattning då det inte varit tydligt vem han i så fall skulle vända sig till.

Möjligheten att få resurser

Samtliga upplever att de får resurser när de behöver. Några menar att det kan vara svårt att få rätt sorts resurs. Stödet får de intervjuade framför allt från överordnad chef.

Upplevd hälsa

De intervjuade anger att hälsan är bra eller i stort sett bra. Någon har en krånglande mage och ser stress som trolig orsak. Några anger nack- och ryggbesvär samt övervikt. De flesta menar att regelbunden motion behövs för att behålla hälsan. Fyra motionerar vid minst tre tillfällen per vecka. En intervjuad motionerar inte alls. Några pekar på behov av daglig avkoppling/avslappning.

Upplevda utvecklingsmöjligheter i arbetet

Samtliga trivs bra med sitt arbete och vill fortsätta arbeta i chefsposition. Genomgående ser de intervjuade möjligheter att utvecklas i chefsrollen. Flera ser arbetet som en pågående lärandeprocess. Några anser att det erbjuds för få fortbildningstillfällen.

”Som att spela match hela tiden utan att träna”

Några pekar på betydelsen av fortsatta utmaningar i arbetet.

”Om jag inte får en utmaning då går jag hem”

Diskussion

Undersökningen visar att mellancheferna upplever behov av socialt stöd särskilt när det gäller uppskattning/uppmuntran och feedback. När det gäller uppskattning/uppmuntran önskar de intervjuade mera stöd från framför allt underställd personal. När det gäller feedback önskar de mer av detta stöd från överordnade chefer, mellanchefskollegor och underställd personal. Bristande stöd och bristande kontrollmöjligheter har visats ge stora överrisker för långtidssjukskrivningar, särskilt om stödet från arbetskamraterna är dåligt (3). Ett sätt att få feedback i ledarskapsfrågor skulle kunna vara att, som tidigare nämnts, använda enkäter med frågor till över- och underställda. Spontan feedback i det dagliga arbetet, liksom uppskattning/uppmuntran, är önskvärt men hur detta ska komma till stånd är oklart. Efter att ha genomfört intervjuerna får undersökaren en känsla av att det finns en "anda" inom företaget som har en hämmande effekt på framför allt möjligheten att få uppskattning/uppmuntran. Andra modeller för stöd skulle kunna vara mentorsprogram, kollegiala grupper eller coachning. Företagshälsovården bör också kunna medverka som samtalspartner och rådgivare.

Socialt stöd i form av acceptans för idéer, möjligheten att dryfta problem och idéer, möjlighet att få information, hjälp och resurser är väl tillgodosett i den undersökta gruppen.

I undersökningen framkommer vidare att kraven i arbetet upplevs olika för de två grupperna; mellanchefer på kollektivsidan pekar på ökande krav från företaget, medan mellanchefer på tjänstemannasidan uppfattar kraven från företaget som otydliga. Studiegrupperna är dock för små för att resultatet ska vara representativt för mellanchefer i företaget. En omorganisation har inletts vid företaget som bland annat syftar till ett tydligare ledarskap.

Positionen som mellanchefer innebär ofrånkomligt att de ibland hamnar i kläm mellan över och underställda. De intervjuade uppfattas dock ha strategier för att hantera dessa situationer. I intervjuerna framkommer att de försöker skapa förståelse uppåt och nedåt i organisationen för de obekväma besluten.

En klar majoritet av de intervjuade upplever god kontroll över sin arbetssituation. Allt för stora grupper av underställda är exempel på hinder för att bibehålla kontrollen. Hos några av de intervjuade framkommer behov av fortbildningsinsatser. En studie har visat att utbildningsprogram för chefer får effekter även på underställda i form av sänkta kortisolnivåer (4). Ett utbildningsprogram för cheferna skulle med andra ord kunna leda till kompetenshöjning hos cheferna och eventuellt minskat stresspåslag för de underställda och bör på sikt leda till förbättrad arbetsmiljö för båda grupperna.

Hälsan hos de intervjuade får anses vara god. Alla har också strategier för att behålla hälsan. Trivseln med arbetet är bra och samtliga intervjupersoner ser en framtid i yrket.

Sammanfattningsvis uppfattas balansen mellan krav, kontroll och socialt stöd vara tillfredsställande i den undersökta gruppen. Ökad risk för ohälsa, som hjärt- kärlsjukdom och högt blodtryck kan uppstå vid obalans mellan krav, kontroll och stöd (1,2). Därför bör de brister som framkommer i denna studie, när det gäller socialt stöd, uppmärksammas och om möjligt åtgärdas eftersom det annars finns risk att hälsoläget försämras.

Metodbegränsningar

I intervjusituationen finns alltid en risk för ledande frågor, feltolkade svar och förhastade slutsatser. Förutfattade meningar hos intervjuaren kan påverka tolkningen av svaren och ge missvisande resultat. Tolkningen av intervju svaren har dessutom genomförts av endast en person. I den aktuella studien är deltagarna för få för att kunna dra några generella slutsatser om mellanchefer situation i det aktuella företaget. En enkätstudie till ett större antal mellanchefer i företaget skulle kunna visa om resultaten är allmängiltiga.

Litteraturreferenser

1. Theorell, T., & Karasek, R.A. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 9-26.
2. Johnson, J. V. (1986). *The impact of workplace social support, job demands and work control upon cardiovascular disease in Sweden*. Unpublished Monography, Johns Hopkins University and University of Stockholm, Baltimore and Stockholm.
3. Hogstedt, C., Bjurvald, M., Marklund, S., Palmer, E. , & Theorell, T. (red) (2004). *Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens*, s. 222-229. Statens Folkhälsoinstitut, Stockholm
4. Theorell, T., Emdad, R., Arnetz, B., & Weingarten, A-M. (2001). Employee Effects of an Educational Program for Managers at an Insurance Company. *Psychosomatic Medicine* 63:724-733
5. Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund. Studentlitteratur.

Bilaga 1. Intervjuguide

Inledande frågor

- Hur länge har du varit chef?
- Arbetar du heltid? Hur många timmar per vecka ägnas åt arbetet?
- Hur blev du rekryterad till din nuvarande position?
- Var ledningserfarenhet ett krav från företagets sida?

Mellanchefsrollen (arbetsmiljö och arbetsvillkor)

- Beskriv dina huvudsakliga arbetsuppgifter och ansvarsområden
- Hur skulle du beskriva dig själv som ledare?
- Vilka krav ställer du på dig själv som ledare?
- Vilka krav och förväntningar har företaget på dig som chef? Har kraven förändrats över tid?
- Vilka krav och förväntningar har dina medarbetare på dig som chef?
- Vilka svårigheter finns det i att vara mellancheff?
- Hur upplever du din kontroll över ditt arbete?
- Hur ser du på din framtid som mellancheff?
- Vilka möjligheter ser du i yrkesrollen?
- Hur upplever du din hälsa? Strategier för att hantera hälsan?

Socialt stöd

Upplever du att du

- Får acceptans för idéer när du behöver det?
- Får uppskattning, uppmuntran när du behöver det?
- Har möjlighet att prata/dryfta problem och idéer när du behöver det?
- Har möjlighet att få feedback när du behöver det?
- Har möjlighet att få information när du behöver det?
- Har möjlighet att få hjälp när du behöver det?
- Har möjlighet att få resurser när du behöver det?

Till varje delfråga: Är stödet tillräckligt eller skulle du vilja ha mer? Av vilka får du?
Skulle du behöva från någon annan?

Arbetstagares självskattade risk för sjukskrivning relaterad till uppkommen sjukskrivning

Jonas Carlsson, författare

Mari Thörn, handledare

Projektarbete vid Uppsala universitets företagsläkarutbildning 2006/20007

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	- 3 -
BAKGRUND	- 4 -
SYFTE.....	- 4 -
UNDERSÖKT GRUPP	- 4 -
METOD.....	- 4 -
RESULTAT	- 5 -
DISKUSSION	- 7 -
KONKLUSION	- 8 -
REFERENSER	- 8 -

Sammanfattning

Arbetstagares självskattade risk för sjukskrivning relaterad till uppkommen sjukskrivning

Jonas Carlsson, författare

Mari Thörn, handledare

Projektarbete vid Uppsala universitets företagsläkarutbildning 2006/20007

Bakgrund/syfte Tidig upptäckt av ohälsa är viktigt för att minska kostnader, sjukfrånvaro och lidande. Företagen använder alltmer olika verktyg för detta. Studien syftade till att undersöka om Hälsobokslut som marknadsförs av Hälsobokslut AB kan besvara frågan om en anställds egen uppfattning om risken för sjukskrivning inom en kommande 12 månaders period korrelerar med verkligt utfall. *Metod:* Man har undersökt en grupp om 202 medarbetare vid ett tillverkningsföretag i Stockholm. Denna grupp tillhör arbetarkollektivet. Hälsobokslut har genomförts vid två tillfällen, januari 2006 respektive januari 2007. Undersökningen skedde genom enkät, intervjuer, provtagning samt konditionstest, på arbetsplatsen. Hälsoboksluts frågeformulär består av 36 frågor. Svartalternativen är från 1 – 5 där 1 betyder ”Instämmer inte alls” och 5 betyder ”Instämmer helt”. Basen för frågeställningen var fråga 24, ”Jag har besvär som jag tror kommer att leda till frånvaro från arbetet”. Hälsobokslutformuläret kompletterades vid undersökningen 2007 med följande frågor: Deltog Du vid förra undersökningstillfället?, Hur besvarade Du fråga 24 vid föregående undersökning? Har Du sedan föregående undersökning varit sjukskriven? Om Du besvarade föregående fråga med JA, Var Du borta längre än 4v? Hälsobokslutet bearbetas hos SCB. Enkäterna är anonyma och det går inte att identifiera enskilda individer Statistik fås därför endast på gruppnivå.. Individen fick i samband med intervjun sina resultat summerade och en individuell handlingsplan utifrån svaren i enkäten och resultatet i mätningarna. *Resultat:* 157 medarbetare(77,7 %) svarade på mina extrafrågor. 6 % (9 personer) svarade 4-5, (dvs instämmer nästan helt eller instämmer helt), både 2006 och 2007 på frågan om risk för frånvaro pga besvär närmaste året. Samtliga av dessa har varit borta mer än 4 veckor. Totala utfallet var att 14,6 % uppger att de har varit sjukskrivna. *Slutsats:* Undersökningen visar att de 6 % som befarat att de skall bli sjuka också har blivit det. De har också varit borta mer än 4 veckor. De övriga som varit sjukskrivna har inte varit borta i 4 veckor. En tänkbar svaghet i resultatet är att uppgifter om hur man svarat tidigare baseras på medarbetarens minne. En annan svaghet är det relativt lilla materialet.

Bakgrund

Att upptäcka tidiga signaler på ohälsa är viktigt för att minska lidande, sjukfrånvaro och kostnader 1,5,7. Det har blivit allt mer vanligare att företag använder sig av olika verktyg för att hos kartlägga hälsoläget hos medarbetarna, både för att upptäcka hälsoproblem och för att kunna presentera resultaten i bland annat årsredovisning 3. Det är tidigare visat att individers självskattning av risken för sjukdom väl korrelerar med verkligt utfall. 6, 8, 9

Syfte

Undersöka om Hälsobokslut som marknadsförs av Hälsobokslut AB och levereras av bland andra Manpower Hälsopartner på licens kan besvara frågan om en anställds egen uppfattning om risken för sjukskrivning inom en kommande 12 månaders period korrelerar med verkligt utfall.

Undersökt grupp

202 medarbetare vid ett tillverkningsföretag i Västberga, Stockholm. Gruppen tillhör arbetarkollektivet. Andelen män är 63 %. Det finns ingen tillgänglig information angående åldersfördelning. Totala sjukfrånvaron hos arbetarkollektivet på detta företag var 5,3 % för 2006. För hela Svenska verksamheten i koncernen var frånvaron 4,3 %. Uppgifter om personalomsättning och exakt antal anställda vid föregående undersökningstillfälle har inte varit möjligt att få fram. Någon utökning av arbetsstyrkan har inte skett under 2006.

Metod

Hälsobokslut genomfördes Januari-mars 2006.. I denna undersökning ingick 202 medarbetare. I januari-mars 2007 gjordes undersökningen om, då deltog 201 medarbetare. Undersökningen sammanställs utan att individer kan identifieras vilket medför att det inte går att se vilka som deltagit tidigare och heller inte hur individer besvarat frågor vid föregående undersökning. Protokollen destrueras efter statistikbearbetning. Undersökningen skedde genom enkät, intervjuer, provtagning av triglycerider, kolesterol, blodsocker, blodtryck samt konditionstest som utfördes på arbetsplatsen.

Frågeformuläret för Hälsobokslut har varit oförändrat sedan 1998 när Hälsobokslut AB startades. Frågeformuläret består av 36 frågor indelade i områdena; Management (14 frågor) samt Livsstil och hälsa (22 frågor). Svarsalternativen är från 1 – 5 där 1 betyder ”Instämmer

inte alls” och 5 betyder ”Instämmer helt”. Fråga 24 är basen för min frågeställning. Den lyder: ”Jag har besvär som jag tror kommer att leda till frånvaro från arbetet”. Vid undersökningen 2007 kompletterades Hälsobokslut med mitt separata frågeformulär med frågor enligt nedan.

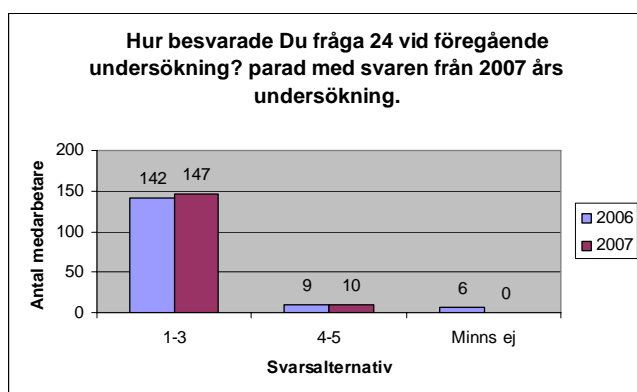
1. Deltog Du vid förra undersökningstillfället? Ja Nej
 2. Hur bevarade Du fråga 24 vid föregående undersökning? 1-3 4-5 Minns ej
 3. Har Du sedan föregående undersökning varit sjukskriven? Ja Nej Minns ej
- Om Du besvarade föregående fråga med JA,
4. Var Du borta längre än 4v? Ja Nej Minns ej

Man valde att tolka svarsalternativ 1-3 som att risken inte är stor för frånvaro medan svarsalternativen 4-5 speglade en hög självskattad risk för frånvaro närmaste året.

Resultatet från Hälsobokslut bearbetades av SCB och presenterades för företagsledningen på gruppnivå. Det går inte att identifiera enskilda individer, enkäterna är anonyma. Individen fick i samband med intervjun sina resultat summerade och en individuell handlingsplan utifrån svaren i enkäten och resultatet i mätningarna.

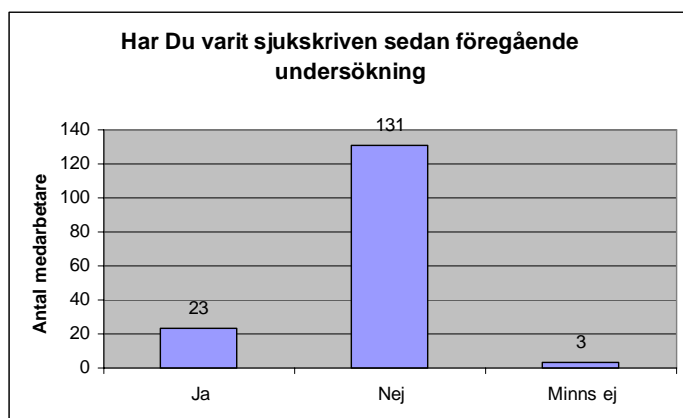
Resultat

202 medarbetare deltog i Hälsobokslut 2007. Av dessa besvarade 157 (77,7 %) medarbetare mina frågor. Samtliga av dessa svarade att de deltog i förra undersökningen. Antalet medarbetare som kunde utvärderas var således 157 st.



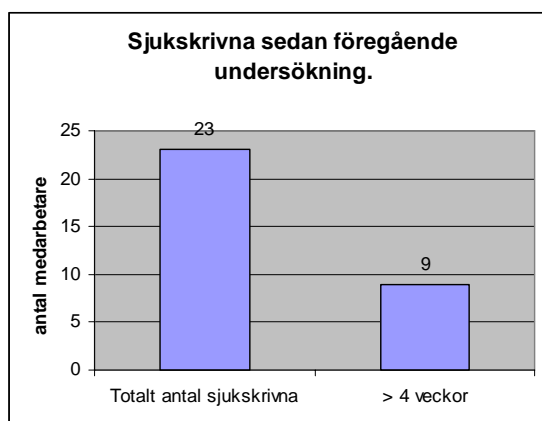
figur 1. Fördelning av svaren på min fråga ” Hur besvarade Du fråga 24 vid föregående undersökning”. Kombinerad med svaren på fråga 24 i 2007 års undersökning. (6 % i bägge undersökningarna svarade 4-5)

Antalet som svarat ja på frågan om man har besvär som kommer att leda till frånvaro från arbetet, dvs alternativ 4 eller 5 är 6 % både 2006 och 2007. 6 personer (4 %) mindes inte hur man besvarat fråga 24 vid 2006 års undersökning (figur 1).



Figur 2: Svartsfördelning för frågan ” Har Du sedan föregående undersökning varit sjukskriven?” 14,6 % (23 medarbetare) svarade Ja.

Antalet medarbetare som besvarat ja på frågan om man har varit sjukskriven sedan föregående undersökning är 23 (14,6 %) 3 medarbetare (2 %) mindes inte om man varit sjukfrånvarande sedan föregående undersökning (figur 2). Av de 23 sjukskrivna har 9 medarbetare (6 %) varit frånvarande mer än 4 veckor. (figur 3) Detta var samma medarbetare som i vår undersökning angett att de besvarat fråga 24 i 2006 år hälsobokslut med 4 eller 5.



Figur 3: Totalt antal som varit sjukskrivna sedan föregående undersökning samt hur många av dessa som varit borta mer än 4 veckor. Kolumnen > 4 veckor med 9 medarbetare är samma individer som i 2006 års hälsobokslut angett 4 eller 5 på fråga 24.

Diskussion

Det är tidigare visat att individers självskattning av risken för sjukdom väl korrelerar med verkligt utfall. 6,8,9 Det är också visat att individer minns huruvida man haft sjukfrånvaro eller inte tillbaka i tiden 2. I undersökningen skiljer det sig markant mellan andelen som uppger att de varit frånvarande pga sjukdom sedan föregående undersökning (14,6 %) *figur 2* och andelen som 2006 uppgav att de hade besvär som skulle kunna leda till frånvaro (6 %) *figur 1*. Skillnaden förklaras av att den mesta frånvaron genereras av infektioner och andra tillfälliga besvär och att långvarig sjukskrivning många gånger föregås av kortare sjukskrivningar. Andelen individer som har haft en sjukfrånvaro över 4 veckor utgör 6 % av gruppen. Dessa 6 % utgörs av samma individer som svarat att det 2006 angett 4-5 på fråga 24 i hälsobokslutsenkäten. Totala sjukfrånvaron under 2006 var 5,3 % vilket var en uppgift från personalavdelningen, jämfört med Svenska delen av koncernens sjukfrånvaron på 4,3 % enligt årsredovisningen. Skillnaden kan bero på att det undersökta företaget domineras av kollektivanställda till skillnad från resten av koncernen. Andelen som uppgav att de haft frånvaro under året var 14,6 % vilket är lågt jämfört med privat sektor i allmänhet där motsvarande siffra, enligt Statistiska Centralbyrån (SCB) är 25 % för 2006. Skillnaden kan eventuellt bero på att det faktiskt är på detta vis men också på att de i bortfallsgruppen finns en hel del sjukskrivna. Att enbart 4 % av de undersökta angett att det inte minns om de var sjukskrivna eller ej är mycket lågt. Förklaringen kan vara att de som inte minns detta inte har besvarat mina frågor och således ingår i bortfallsgruppen. Vilken andel som borde ha svarat att de inte minns kan jag inte ange men det borde ligga betydligt högre. Resultaten pekar på att man med Hälsobokslut kan uppskatta risken för långvarig sjukskrivning men inte för sjukskrivning i allmänhet. Tidigare undersökningar har kunnat visa att individer kan uppskatta risken för sjukskrivning och även längden på sjukskrivningen vilket stärker resultaten 4. En svaghet i undersökningen är att man kan få ett metodfel genom att resultaten bygger på att personen minns hur man svarat vid undersökningen 2006 och att det saknas möjlighet att identifiera individerna vid bägge undersökningstillfällena för att verifiera svaren. Det kan vara så att en sjukskriven medarbetare "tar för givet" att svaret på fråga 24 2006 var 4 eller 5. 22,3 % (44 medarbetare) av de 202 undersökta i Hälsobokslut har inte besvarat mina frågor alls. Orsaken till detta är inte känd, kan bero på att man inte vill besvara frågorna eller att intervjuaren som genomfört Hälsobokslut missat att ta med mina frågor. Sammansättningen, med avseende på sjukskrivning i gruppen är okänd.

Om man på detta sätt kan fånga upp individer som riskerar långtidsfrånvaro (>4 veckor) , kartlägga problemen hos medarbetaren och sätta in tidig rehabilitering så kan man kanske minska sjukfrånvaron /

Konklusion

Undersökningen visar att Hälsoboksluts fråga om risk för framtida sjukskrivning korresponderar med verkligt utfall. Dessutom förefaller det som att medarbetarna som tror att de kommer att bli sjukskrivna dessutom hamnar i långvarig sjukskrivning. För att kunna undersöka denna fråga med större säkerhet skulle man behöva göra om undersökningen och använda ett större material, spara Hälsobokslutsenkäterna med identitet kopplad för att kunna jämföra resultaten mellan olika undersökningar. En närmare studie skulle också kunna ge svar på om medarbetarens förmåga att förutse sin kommande frånvaro korrelerar bättre eller sämre relaterat till vissa diagnostyper, ex hjärta/kärl, psykiska åkommor eller sjukdomar i rörelseapparaten vilket kan bidra till att rätt rehabilitering och förebyggande åtgärder sätts in tidigt.

Referenser

1. Duijts SF, Kant I, Swaen GM.
Advantages and disadvantages of an objective selection process for early intervention in employees at risk for sickness absence.
BMC Public Health. 2007 May 2;7:67.
2. Voss M, Stark S, Alfredsson L, Vingard E and Josephson M
Comparisons of self-reported and register data on sickness absence among public employees in Sweden
Occup. Environ. Med. published online 17 Aug 2007;
doi:10.1136/oem.2006.031427
3. "Hälsa och företagsekonomi", en forskningsöversikt från IPF,
Institutet för personal- och företagsutveckling.
"Hälsobokslut synliggör vinst med frisk personal",

artikel på <http://www.docco.com/>, Pressmeddelande från Stockholms universitet, företagsekonomiska institutionen

4. Fleten N, Johnsen R, Forde OH.
Length of sick leave - why not ask the sick-listed? Sick-listed individuals predict their length of sick leave more accurately than professionals.
BMC Public Health. 2004 Oct 12;4:46.
5. Thomas Aronsson, Claes Malmquis
"Rehabiliteringens ekonomi"
Stockholm : Bilda, 2002
6. Burdorf A, Post W, Bruggeling T.
Reliability of a questionnaire on sickness absence with specific attention to absence due to back pain and respiratory complaints.
Occup Environ Med 1996; 53:58-62.
7. Jones DL, Tanigawa T, Weiss SM.
Stress management and workplace disability in the US, Europe and Japan.
J Occup Health. 2003 Jan;45(1):1-7. Review.
8. Revicki D, Irwin D, Reblando J, Simon G.
The accuracy of self-reported disability days.
Med Care 1994;32:401-4.
9. Fredriksson K, Toomingas A, Torgen M, Thorbjornsson CB, Kilbom Å.
Validity and reliability of self-reported retrospectively collected data on sick leave related to musculoskeletal diseases.
Scand J of Occup Ther 1998;24:425-31.

**Vibrationsundersökning av allmäntandläkare inom Folktandvården i
Jönköpings kommun – En kartläggning
2007-12-14**

Författare: Bengt Hultberg, AME Jönköping
Handledare: Ulf Flodin Yrkes- och miljömedicinska kliniken Linköping

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	3
INLEDNING	4
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	5
UNDERSÖKT GRUPP	5
METOD	5
RESULTAT	6
DISKUSSION	9
SLUTSATS	10
LITTERATURREFERENSER	11

SAMMANFATTNING

Sedan 2005 ingår medicinska kontroller enligt Arbetsmiljöverkets författningssamling AFS 2005:6 för arbetstagare som arbetar med vibrerande instrument och maskiner. Arbetsgivaren har en skyldighet att erbjuda arbetstagarna denna möjlighet - däremot är undersökningen ej obligatorisk. Inom vår företagshälsovård (Arbetsmiljöenheten) ansvaras för all landstingsanställd personal. Inom tandvården ingår mycket arbete med vibrerande hand/vinkelstycken främst för tandläkare men även för yrkesgrupperna tandhygienister samt vissa tandsköterskor. Denna studie har kartlagt allmäntandläkare på nio folktandvårder inom Jönköpings kommun. Syftet har varit att ta reda på om tandläkare har symtom på eller begynnande skador som är orsakade av vibrationer. Finns könsskillnader?

Alla 42 i tjänst varande tandläkare har deltagit i studien, fördelat på 21 kvinnor och 21 män. Medelåldern för de kvinnliga tandläkarna i gruppen var 41,9 år och för männen 47,6 år. Samtliga tandläkare har fått fylla i en minienkät. De tandläkare som upplevt besvär, som kan vara orsakade av vibrerande instrument har därefter fått fylla i en mer omfattande webbenkät följt av en klinisk undersökning. För några har komplettering skett med remiss för neurografi. Klassificering enligt Stockholmsskalan har skett för individer som uppvisar symptom vita fingrar och känselpåverkan (sensorineurala besvär). För nedsatt handkraft finns i dag ingen bra klassificering.

9/21 (43%) av de kvinnliga tandläkarna hade något eller några besvär i form av känselpåverkan, vita fingrar, nedsatt kraft eller ökad köldkänslighet. Av de manliga tandläkarna hade 5/21 (24%) besvär. Endast en tandläkare upplevde dock besvär som påverkat arbetet. Kvinnliga tandläkare har fått besvär tidigare än männen. Även andra studier med kartläggning av tandläkare visar detta. Medel exponeringstiden för kvinnor med besvär var 21 år medan motsvarande siffra för männen var 31,8 år. De kvinnliga tandläkarna med känselpåverkan har exponerats för vibrerande instrument i genomsnitt nio år innan besvären debuterade. Motsvarande tid för männen var 25 år. De vibrerande instrumenten som används inom tandvården har vibrationsnivåer som ligger långt under gränsvärdena.

Undersökningen visade att var tredje tandläkare hade besvär. 13 av 14 tandläkare hade besvär som debuterat efter exponeringsdebuten för vibrerande handinstrument. Ingen av tandläkarna hade vid klinisk undersökning tecken på cervikal ritzipati. Det är dock svårt att uttala sig om det enbart är exponeringen för vibrerande instrument som var orsaken utifrån de genomförda undersökningarna i denna studie. Diagnostiken skulle kunna skärpas ytterligare genom att använda VibroSense Meter®, ett instrument som undersöker vibrationskänsligheten och där jämförelse sker med åldersrelaterade normalvärden. Har ej haft tillgång till detta instrument vid genomförandet av studien.

Eftersom en relativt stor grupp av tandläkare uppvisar besvär i form av känselpåverkan, vita fingrar, nedsatt handkraft och ökad köldkänslighet har en kontrollgrupp på 1700 anställda inom primärvården fått svara på samma minienkät. Svarsfrekvensen har varit 63%. I kontrollgruppen hade 29,3% besvär att jämföra med tandläkarnas 33,4%. Således förelåg ingen större skillnad mellan tandläkarna och kontrollgruppen. Frågan man kan ställa sig utifrån denna undersökning när man jämför med kontrollgruppen är om besvären kommit för att man exponerats för vibrerande instrument eller hade besvären kommit ändå.

Rekommendationen är ändå att fortsätta kontroller regelbundet bör ske med återkommande vibrationskontroller utifrån Arbetsmiljöverkets författningssamling AFS 2005:6. – ”Medicinska kontroller”.

INLEDNING

Arbetsmiljöenheten (AME), som är Jönköpings läns landstings företagshälsovård, är en inbyggd företagshälsovård för all landstingsanställd personal. Huvuduppgifterna är att arbeta med rehabilitering, medicinska kontroller, hälsoundersökningar, konsultinsatser samt arbetsmiljöutbildningar. Inom landstinget finns det en stor grupp arbetstagare som genomgår medicinska kontroller regelbundet enligt Arbetsmiljöverket författningssamling AFS 2005:6 (1). Från 2005 ingår även kontroll för arbete med vibrationsexponering. I arbetsuppgifterna som företagsläkare på AME ingår inte ren sjukvård.

Ordet vibration betyder mekanisk svängningsrörelse hos fasta föremål. Frekvensen anger antalet svängningar per sekund och uttrycks i Hertz (Hz) (2). Vibrationens storlek anges vanligen som vibrationsrörelsens accelerationsamplitud, uttryckt i enheten m/s^2 (3). Gränsvärdet som inte får överskridas ligger för hand- och armvibrationer på $5,0 \text{ m/s}^2$ (3). Insatsvärdet är det värde för daglig vibrationsexponering, som innebär krav på insatser från arbetsgivaren om det överskrids. För hand- och armvibrationer ligger detta värde på $2,5 \text{ m/s}^2$ (3).

Det är känt att omfattande exponering från handhållna verktyg kan ge symtom till följd av skador på nerver, blodkärl, muskler och skelett. Nervpåverkan ger dels akuta besvär med att handen känns bortdomnad, stel, pirrande, stickande känsla med försämrad känsel (2). Vid bestående besvär från nerverna får man symtom i form av domningar, nedsatt känsel, nedsatt kraft och smärta (1). Studier visar även att vibrationsexponering kan ge carpaltunnelsyndrom (1,4,5,6). Dessa besvär uppträder ofta nattetid. Blodkärlet som skadas ger tendens till kärlsammandragning. Besvären man får p.g.a. kärlskadan innebär avblekning i huden (vita fingrar) när man utsätts för nedkylning (1). Hos friska individer ser man vid exponering för vibrationer akuta effekter i form av att hudtemperaturen sjunker - detta utgör ett mått på blodflödet. Även den hand som inte exponeras påverkas på liknande sätt. Detta kan vara en reflex (2). Nerv- och blodkärlsskadorna medför besvär i form av ökad köldintolerans (1).

Det finns även studier som visar att vibrationer i sällsynta fall kan ge upphov till artros i handled och armbågsled (7). Vibrationsskador kan även ge försämrad muskelkraft som ger besvär i form av sämre gripstyrka i handen (8). Arbete i fordon innebär exponering för helkroppsvibrationer. Forskningsresultat visar att denna exponering innebär ökad risk för ryggbesvär (9). Inom landstinget finns en rad olika yrkesgrupper som utsätts för vibrationer. Inom transport, trädgårdsarbete, vaktmästeri, lantbruksgymnasierna finns personal som utsätts för helkroppsvibrationer.

Yrkesgrupper som omfattande exponeras för vibrationer från handhållna verktyg är framför allt inom tandvården, landstingsfastigheter men även inom vissa opererande specialiteter.

Inom AME har diskussionen pågått hur och vilka yrkesgrupper som ska följas upp med anledningen av AFS 2005:6 "Medicinska kontroller vid exponering för vibrationer". En fråga som kommit upp är om risker finns att drabbas av besvär när man utsätts för högfrekventa vibrationer som finns i de handverktyg som används inom tandvården. Kontakt har tagits med Yrkes- och miljömedicinskt centrum i Linköping. Beskedet därifrån var att det finns personal inom tandvården som kan få besvär av exponeringen för de vibrerande handverktyg som används. Detta ligger till grund för den kartläggning av allmäntandläkare inom folktandvården i Jönköpings kommun. Denna yrkesgrupp är den första som genomgått medicinsk kontroll för arbete med vibrationsexponering.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet har varit att kartlägga allmäntandläkare för att bedöma om arbetet med handhållna instrument som alstrar vibrationer kan ge besvär och skador. Den primära frågeställningen har varit om tandläkare har symtom på eller begynnande skador som är orsakade av vibrationer.

- Finns det någon skillnad mellan manliga och kvinnliga tandläkare?
- Har exponeringstiden någon betydelse för att utveckla besvär ?
- Vilka exponeringsnivåer har förelegat för de som drabbats?
- Har allmäntandläkare mer besvär från händer än en kontrollgrupp från primärvården i Jönköpings läns landsting?

De vibrerande handinstrument som i huvudsak används inom tandvården är hand/vinkelstycken med vibrationsnivåer på 0,1-0,9 m/s² (10) samt ultraljudsinstrument. De senare används i mycket liten omfattning. Instrumenten inom tandvården ger högfrekventa vibrationer med varvtal över 20000 varv/minut upp till 400000 varv/min (10). Greppförstorare har sedan många år tillbaka funnits på vinkelstycken. Dessa innebär att greppet förbättras med bättre ergonomi för fingrar och hand. Möjligen kan även greppförstoraren reducera vibrationerna. Problemet med dessa är att de är svåra att hålla rena och uppfylla kravet på god aseptik.

UNDERSÖKT GRUPP

De landstingsanställda tandläkarna arbetar antingen som allmäntandläkare inom folktandvården eller som specialisttandläkare på odontologen. Den undersökta gruppen har varit allmäntandläkare inom Jönköpings kommun. Inom kommunen finns nio folktandvårdskliniker. Storleken på klinikerna varierar mellan två tandläkare till nio tandläkare.

Könsfördelningen på de tandläkare som varit med i undersökningen har varit exakt lika med 50 procent kvinnor och 50 procent män. Vid undersökningstillfället fanns 42 tjänstgörande tandläkare. Medelåldern för de kvinnliga tandläkarna i gruppen var 41,9 år med spridning 25 till 62 år. För manliga tandläkare var medelåldern 47,6 år med spridning 25 till 64 år. Redan under tandläkarutbildningen börjar man arbeta med instrument i huvudsak vinkelstycken. Kvinnliga tandläkare har exponerats för vibrerande instrument i medeltal 19 år. Motsvarande siffra för manliga tandläkare är 24,5 år. Tre långtidssjukskrivna tandläkare och en föräldralelig tandläkare har ej varit med i undersökningen.

Kontrollgrupp har varit personal inom primärvården i Jönköpings läns landsting.

METOD

Har med anledning av studien personligen besökt samtliga nio folktandvårder inom Jönköpings kommun. Vid besöket har alla i tjänst varande tandläkare informerats om Arbetsmiljöverkets föreskrift, AFS 2005:6 "Medicinska kontroller för personer som arbetar med vibrationer". Vid besöket har utlämnats en minienkät med 12 frågor (bilaga 1). Tandläkare med symtom på begynnande skada som kan vara orsakade av vibrationsexponering har därefter fått fylla i en mer omfattande webbenkät, Vibrisks (11). Viss omarbetning har skett för att anpassa till yrkesgruppen tandläkare. Webbenkäten har skapats och distribuerats med hjälp av programmet esMaker NX. Klinisk undersökning med anamnesupptagning har därefter erbjudits gruppen med besvär. Undersökningsformuläret (12) har tagits fram av samma enheter som Vibrisksformuläret. Klassificering har därefter skett utifrån Stockholmsskalan med uppdelning på vita fingrar och sensorineurala besvär. För den senare gruppen som hamnar på minst klassificering 2 har dessutom erbjudits neurografi med kontroll av nervus medianus samt nervus ulnaris. Denna undersökning har utförts på Klinisk fysiologiska kliniken, Länssjukhuset Ryhov. Till all personal i primärvården, som är landstingsanställda, har samma minienkät (bilaga 1) skickats. Statistisk bearbetning av webbenkäten har skett med programmet SPSS 15.0. Den beskrivande statistiken har skett i frekvenser och procentsatser. Mann-Whitney test har används vid jämförelse mellan manliga och kvinnliga tandläkare när symtomvariablerna har sammanslagits. Chi-square test har används för att jämföra de enskilda symtomen.

RESULTAT

Minienkäten (bilaga 1) besvarades av samtliga 42 tandläkare, 21 män och 21 kvinnor när undersökningen genomfördes.

Besvärsfria tandläkare

I tabell 1 framgår att 28 av 42 tandläkare inte har uppvisat besvär i form av vita fingrar, känselpåverkan, nedsatt kraft eller onaturlig köldkänslighet. Av manliga tandläkare var 16/21 (76%) besvärsfria, motsvarande siffra för kvinnliga tandläkare var 12/21 (57%). Medelåldern för männen var 45,7 år med 22,2 års exponeringstid. Medan besvärsfria kvinnliga tandläkares medelålder var 41,8 år med i genomsnitt 17,4 års exponeringstid.

Tabell 1. *Besvärsfria tandläkare antal, medelålder och exponeringsår*

	Antal	Medelålder	Exponeringsår
Män	16/21	45,7	22,2
Kvinnor	12/21	41,8	17,4

Tandläkare med besvär

Tabell 2 visar att 14 av 42 tandläkare uppvisade besvär som kan vara orsakade av exponering för vibrerande instrument. Av de manliga tandläkarna hade 5/21 (24%) besvär, motsvarande siffra för kvinnliga tandläkare var 9/21 (43%). De manliga tandläkarnas medelålder var 53,6 år med i genomsnitt 31,8 års exponeringstid. Medan för de kvinnliga tandläkarna var medelåldern 42 år med i genomsnitt 21 års exponeringstid.

Tabell 2. *Tandläkare med besvär antal, medelålder och exponeringsår*

	Antal	Medelålder	Exponeringsår
Män	5/21	53,6	31,8
Kvinnor	9/21	42	21

I tabell 3 redovisas en sammanställning av de symtom som de 14 tandläkarna med besvär uppvisade. Symtomen utgörs av känselpåverkan, vita fingrar, nedsatt kraft och ökad köldkänslighet. Sex av tandläkarna uppvisade ett av dessa symtom, sju tandläkare två symtom samt en tandläkare tre symtom.

Tabell 3. *Sammanställning av symtom för de 14 tandläkare som har besvär*

	Antal	Känselpåverkan	Nedsatt kraft	Vita fingrar	Köldkänslighet
Män	5	4	1	2	
Kvinnor	9	4	4	3	5

De 14 tandläkare med besvär har sedan fått fylla i en mer omfattande webbaserad enkät på 41 frågor (11). 1 manlig tandläkare har ej besvarat denna enkät trots påminnelser.

Tabell 4 visar hur många års exponeringstid för vibrerande instrument tandläkarna haft innan man fått symtom i form av vita fingrar samt känselpåverkan. En manlig tandläkare har besvär av primär Raynaud med besvär som debuterade före påbörjad tandläkarutbildning (internt bortfall). I övrigt fanns det en manlig tandläkare där symtomet debuterade efter sju års exponering. För de tre kvinnliga tandläkarna med symtom hade besvären kommit efter i genomsnitt 19,7 års exponering (kortaste exponeringstid före symtomdebut var 11 år, längsta exponeringstid före symtomdebut var 30 år).

För känselpåverkan hade tre manliga tandläkare exponerats i snitt 25 år innan symtomdebut (kortaste exponeringstid före symtomdebut var 15 år, längsta exponeringstid före symtomdebut var 32 år). För en manlig tandläkare med symtom fanns ingen uppgift. För 4 kvinnliga tandläkare hade symtomdebut skett i genomsnitt efter nio års exponering (kortaste exponeringstid före symtomdebut var två år, längsta exponeringstid före symtomdebut var 23 år).

Tabell 4. *Genomsnittlig exponeringstid i år för manliga och kvinnliga tandläkare innan debut av symtom i form av vita fingrar och känselpåverkan.*

	Antal	Exponeringsår vita fingrar	Exponeringsår känselpåverkan
Män	1	7	
	3		25
Kvinnor	3	19,7	
	4		9

Tabell 5 visar hur den dagliga exponeringstiden för vibrerande handinstrument fördelade sig mellan män och kvinnor. Männen arbetade i genomsnitt 44 minuter med vibrerande handinstrument att jämföra med kvinnornas 21 minuter. En kvinnlig tandläkare hade ej fyllt i någon exponeringstid och en manlig tandläkare har ej fyllt i webbenkäten.

Tabell 5. *Genomsnittlig daglig exponeringstid (minuter) för manliga (fyra personer) och kvinnliga tandläkare (åtta personer). Internt bortfall en man och en kvinna.*

Män	44 minuter
Kvinnor	21 minuter

Samtliga tandläkare med besvär har genomgått klinisk läkarundersökning på landstingets företagshälsovård (Arbetsmiljöenheten). Ingen av de undersökta tandläkarna hade nackutlösta besvär i form av cervikal ritzopati. Undersökningen av de perifera symtomen från händerna har resulterat i en klassifikation av besvären och symtomen enligt "Stockholmskalan". Klassifikationen har delats upp beroende på om man har besvär med vita fingrar eller sensorineurala symtom.

Klassifikationen sker i fem stadier för vita fingrar och fyra stadier för sensorineurala symtom. Tre tandläkare hade besvär av vita fingrar, sex personer sensorineurala besvär, två personer kombinerade besvär med både vita fingrar och sensorineurala besvär. Tabell 6 visar sammanställning med klassificering enligt "Stockholmskalan" med uppdelning kvinnor och män.

Tabell 6. Klassifikation enligt Stockholmsskalan för vita fingrar och sensorineurala besvär för individer > stadium 0.

	Antal	Vita fingrar, stadie	Sensorineurala symtom, stadie
Män	1	1	
	3		1
Kvinnor	1	1	
	1	2	
	3		2
Kombinerade besvär			
Man	1	1	1
Kvinna	1	1	1

- En kvinnlig tandläkare uppvisade för vita fingrar stadium 2.
- En tandläkare upplevde att besvärerna med vita fingrar påverkade fritidsaktiviteter - däremot upplevde ingen att besvärerna inverkade på arbetet.
- För tre kvinnliga tandläkare har de sensorineurala besvärerna klassats i stadium 2. Dessa tre har remitterats för neurografi med kontroll av nervledningshastighet för nervus medianus samt nervus ulnaris. Två av dessa tandläkare uppvisade kliniskt symtom som kan stämma med carpaltunnelsyndrom. Resultatet av neurografen visade att en kvinnlig tandläkare har tecken på carpaltunnelsyndrom. För de två övriga som genomfört denna undersökning var resultatet normalt utan tecken på nervpåverkan.
- Av de tandläkare som uppvisade sensorineurala besvär beskrev två individer besvär som påverkade fritidsaktiviteter medan endast en individ uppgav att besvärerna inverkade på arbetsuppgifterna.

Fem tandläkare hade besvär av vita fingrar. Av dessa hade fyra besvär från båda händernas fingrar medan en tandläkare hade besvär från den dominant högra handens fingrar.

Av de åtta tandläkare som hade sensorineurala besvär hade fyra besvär från den dominant högra handen, två från vänster hand samt två från båda händerna.

Sammanlagt fem kvinnliga tandläkare hade besvär av ökad köldkänslighet. Tre kvinnor hade besvär från höger hand och två kvinnor från båda händerna. Har vid denna undersökning ej haft tillgång till kliniska undersökningsmetoder vad gäller vasospasm.

Idag finns inga skalor för klassificering av muskelkomponenten i vibrationssyndromet. Fem tandläkare beskrev besvär med nedsatt handkraft, fyra kvinnor och en man. Undersökningen som gjorts i denna studie var mätning av handkraft med Baselines® hydriska handdynamometer. Fyra av tandläkarna hade normal handkraft i båda händerna, medan en tandläkare hade en lätt nedsatt kraft i höger hand. I en avhandling från Malmö har man visat på att kraften i pekfingret kan användas som markör för vibrationsorsakad kraftnedsättning i handens muskler (13). Denna undersökning har ej utförts på gruppen i denna studie.

Greppförstoring

I minienkäten har frågan ställts om greppförstoring används till vinkelstycken och ultraljudsinstrumenten. Greppförstoraren kan eventuellt i sig reducera en del av vibrationerna men ger framförallt ett bättre grepp och mindre tryck (2). Vibrationsmätningar bör göras före och efter montering av greppförstorare.

Inom hela tandläkargruppen använde endast nio tandläkare regelbundet greppförstorare. Sex män använde greppförstorare medan endast tre kvinnor. Bland de besvärsfria männen använde 5/16 greppförstorare och 1/12 av kvinnorna. Inom gruppen med besvär använde 1/5 av männen greppförstorare, siffran för kvinnor var 2/9. Se tabell 7.

Tabell 7. Sammanställning av tandläkare som använder greppförstorare.

	Besvärsfri	Besvär
	Antal	Antal
Män	5/16	1/5
Kvinna	1/12	2/9
Totalt	6/28	3/14

DISKUSSION

Resultatsammanställningen visade att 13 av 14 tandläkare har besvär där exponeringen för vibrerande instrument kan ha en betydelse. För dessa 13 tandläkare hade besvären debuterat efter exponering för vibrerande instrument. Ingen av tandläkarna vid klinisk undersökning hade några tecken på cervikal ritzopati. Den 14:e tandläkaren hade tecken på primär Raynaud, där försämring ej skett efter inträde i yrket. Genomsnittlig prevalenssiffran för primär Raynaud bland svenska kvinnor ligger på omkring 16% (14). För svenska män finns inga säkra siffror däremot på Japanska män finns prevalenssiffror som ligger mellan 10-20% (15). En tandläkare med vita fingrar upplevde en klar förbättring av besvären med vita fingrar sedan snusstopp dock debuterade besvären för denna tandläkare efter debut av vibrationsexponering. Den enda signifikanta skillnaden mellan manliga och kvinnliga tandläkare var att kvinnliga tandläkare är mer köldkänsliga ($p=0,017$).

Resultatet från denna undersökning visade att tandläkarna har drabbats av besvär, men ingen hade så svåra besvär att man i nuläget bör avråda ifrån exponering. För symtomet vita fingrar upplevde ingen tandläkare att detta påverkade arbetet endast fritidsaktiviteter. Känslpåverkan hade åtta tandläkare. Av dessa hade 1 tandläkare besvär som påverkade arbetet till viss del. För denna grupp av tandläkare med besvär är det viktigt med fortsatt regelbunden kontroll minst vart tredje år, tidigare om besvären skulle förvärras.

I en studie av 30 tandläkare i Lund uppvisade sex tandläkare kärlsymtom och åtta tandläkare sensorineurala symtom (16). I min studie hade tandläkarna i snitt exponerats 44 min/dag för männen, respektive 21 min/dag för kvinnorna. Detta att jämföra med studien från Lund där den dagliga exponeringstiden i snitt var 12 minuter (17). Skillnaden i exponeringstid mellan könen kan bero på att de kvinnliga tandläkarna arbetar i större omfattning deltid samt att man i sina ordinarie arbetsuppgifter även arbetar mer administrativt. En annan felkälla är att tiden är självskattande, tidsregistrering har ej skett. Antalet individer är också få.

Vid en direkt fråga till tandläkarna om den dagliga exponeringstiden för vibrerande instrument ökat de sista 10-15 åren var bedömningen att exponeringstiden ökat något. Detta beror dels på fler patienter/tidsenhet men också på att fokus har flyttats från färre undersökningar, som övertagits av andra yrkesgrupper, till mer behandling av karies där vibrerande instrument används i större utsträckning.

En kvinnlig tandläkare uppvisade tecken på carpaltunnelsyndrom. Det beskrivs även i Lundstudien att tandläkare kan drabbas av detta. Vibrationer som överförs till handens vävnader är en komplicerad process. Faktorer som har betydelse är handens gripkraft kring instrumentet. Om handleden hålls böjd innebär detta en kraftig belastning på handens bøjmskulatur. Detta kan också bidra till att man utvecklar ett carpaltunnelsyndrom (4).

I tidigare studier, där man jämfört kvinnors och mäns exponering för vibrerande instrument, har kvinnor fått skador efter en kortare exponeringstid (18). Denna studie visar på samma resultat. Kvinnliga tandläkare drabbas i större utsträckning än män och efter kortare exponeringstid. De kvinnliga tandläkarnas neurologiska besvär debuterade efter i genomsnitt nio års exponering, för männen med besvär kommer symtomen först efter i genomsnitt 25 år. Besvären med vita fingrar debuterade senare, för kvinnorna efter 19,7 års exponering. Samma resultat visar andra studier. I en enkätstudie bland 374 kvinnor (19) som 1988-1997 anmält vibrationsskada anger 91% av dessa att de besväras av domningar i fingrar och händer. 88% beskriver dålig kraft i händerna samt drygt hälften besvär med bleknande fingrar. Besvären debuterade efter knappt 7 års vibrationsexponering. De neurologiska besvären debuterade före symtomen med vita fingrar. I denna enkätstudie hade 61% av kvinnorna slutat arbeta med vibrerande maskiner, däremot var en stor del av de kvinnliga tandläkarna kvar i arbete.

Fortfarande präglas arbetslivet av en manlig syn (18). De flesta verktyg och maskiner är utformade med mannen som förebild vilket ökar skaderisken. Ergonomiska aspekter är viktigt att beakta vid inköp där man tar hänsyn till grepp och tryck (2).

De vibrerande hand/vinkelstycken som används inom tandvården har vibrationsnivåer på 0,1-0,9 m/s² (10). Dessa nivåer ligger långt under gränsvärdet för hand- och armvibrationer på 5,0 m/s² och insatsvärdet på 2,5 m/s² (3). Trots låga vibrationsnivåer finns vibrationsskador rapporterade från andra studier av tandläkare, exempelvis studien gjord i Lund (16). Även internationella artiklar visar att vibrationsskador kan uppstå trots låga exponeringsnivåer (20,21). I en finsk artikel beskriver man vibrationsnivåer så låga som 0,01-0,9 m/s² och att dessa nivåer ändå innebär risk för ett flertal symtom från fingrarna (22).

Samma minienkät som tandläkarna fyllt i har skickats via webb till alla landstingsanställda i primärvården inom Landstinget i Jönköpings län som utgör kontrollgrupp. Totalt har 1700 individer fått enkäten. 1073 personer (63%) har besvarat enkäten. 86 % av dessa var kvinnor (962 individer). 314 personer (29,3 %) i kontrollgruppen hade något eller några av de fyra symtomen (känslpåverkan, nedsatt kraft, vita fingrar och ökad köldkänslighet). Denna siffra avviker faktiskt inte i någon större utsträckning från tandläkargruppen där 14 individer (33,4%) hade besvär. Den enda signifikanta skillnaden som fanns är mellan kvinnliga tandläkare och den kvinnliga delen av kontrollgruppen för symtomet ökad köldkänslighet ($p=0,018$).

Frågan man kan ställa sig utifrån denna undersökning när man jämför med kontrollgruppen är om besvären kommit för att man exponerats för vibrerande instrument eller hade besvären kommit ändå.

SLUTSATS

Allmäntandläkare är den första yrkesgruppen som undersökts inom vår företagshälsovård med anledning av medicinska kontroller för individer, som arbetar med vibrerande instrument och maskiner. Besvär förekommer både hos manliga - men framförallt hos kvinnliga tandläkare. Att entydigt säga att besvären orsakas av vibrerande handinstrument går ej utifrån de genomförda undersökningarna i denna studie. En kontrollgrupp av primärvårdsanställda var lika drabbade med symtom perifert i händerna och därför kan man inte dra några säkra slutsatser. För ytterligare diagnostisk hjälp finns idag ett nyframtaget instrument, VibroSense Meter® som är ett avancerat instrument för att undersöka handens vibrationskänsl. De olika mekanoreceptorerna i fingret stimuleras av en vibrerande probe för att fastställa patientens vibrations-trösklar vid sju olika frekvenser. Dessa jämförs med ett normalmaterial och ger tidig indikation på begynnande neuropati hos t ex vibrationsexponerade av handhållna verktyg. Resultatet presenteras som ett vibrogram och ett Sensibility Index.

Kartläggningen innebär ändå att fortsatta regelbundna kontroller finns behov av för denna yrkesgrupp. Vår företagshälsovård får gå vidare på uppdrag av arbetsgivaren och inventera behovet av medicinska kontroller, dels för ytterligare personal inom tandvården, men även andra yrkesgrupper inom landstinget som exponeras i stor utsträckning för vibrationer.

LITTERATURREFERENSER

1. Arbetsmiljöverkets författningssamling AFS 2005:6, Medicinska kontroller i arbetslivet.
2. Ekenvall L, Hagberg M, Lundborg G, Lundström R: Att förebygga vibrationsskador.
3. Arbetsmiljöverkets författningssamling AFS 2005:15, Vibrationer.
4. Silverstein BA, Fine LJ, Armstrong TJ: Occupational factors and carpal tunnel syndrome. *Am J Ind Med* 11, 1987; 343-358.
5. Åkesson I: Arbetsmiljörisker inom tandvården, *Tandläkartidningen* årgång 92, 2000; Nr 8
6. Åkesson I: Occupational health risks in dentistry – musculoskeletal disorders and neuropathy in relation to exposure to physical workload, vibrations and mercury, 2000.
7. Gemne G, Saraste H: Bone and joint pathology in workers using hand-held vibrating tools. *Scand J Work Environ Health* 13, 1987; 290-300.
8. Färkkilä M, Pyykkö I, Korhonen O, Starck J: Vibration-induced decrease in muscle force in lumberjacks. *Eur J Appl Physiol* 43 1980; 1-9.
9. Hagberg M: Kan helkroppsvibrationer ge ländryggsbesvär, *Arbets- och miljömedicinska Jorunalen* 2006; Nr 1
10. Balogh I: Riskbedömning av vibrationsexponering, *Bulletin Årgång 25, 2007; Nr 1-Yrkes- och miljömedicin: 6.*
11. Vibrisks frågeformulär Hand-arm: Medicinsk Teknik & Informatik, Yrkesmedicinska kliniken Norrlands Universitetssjukhus, Umeå, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Yrkes- och miljömedicin, Umeå universitet, Yrkes- och miljömedicinska kliniken Sundsvalls sjukhus, Arbetet och den fysiska miljön Arbetslivsinstitutet Norr, Umeå samt Arbets- och miljömedicin, Sahlgrenska akademien och universitetssjukhus, Göteborg.
12. Vibrisks checklista för läkarundersökning: Medicinsk Teknik & Informatik, Yrkesmedicinska kliniken Norrlands Universitetssjukhus, Umeå, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Yrkes- och miljömedicin, Umeå universitet, Yrkes- och miljömedicinska kliniken Sundsvalls sjukhus, Arbetet och den fysiska miljön Arbetslivsinstitutet Norr, Umeå samt Arbets- och miljömedicin, Sahlgrenska akademien och universitetssjukhus, Göteborg.
13. Necking LE: Vibration-induced muscle injury in the hand, 2003; 54-56.
14. Leppert J Primary Raynaud's phenomenon in women. Epidemiological, clinical and therapeutic aspects. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine, 1989; 223.
15. Iwata H, Makimo S) Prevalence of Raynaud's phenomenon in individuals not using vibration tools. *Sangyo Igaku*, 1987; 29: 500-5003.

16. Åkesson I, Lundborg G, Horstmann V, Skerfving S: Neuropathy in female dental personal exposed to high frequency vibration. *Occup Environ Med* 1995; 52: 116-23.
17. Åkesson I, Balogh I, Skerfving S: Self-reported and measured time of vibration exposure at ultrasonic scaling in dental hygienists. *Appl Ergon.* 2001; 32: 47-51.
18. Zeidler K: Arbetsliv 2004; Artikel nr: 2175.
19. Bylund H, Burström L, Knutsson A: En deskriptiv studie av vibrationsskadade kvinnor. Arbetslivsrapport nr 2000:11
20. Mansfield NJ: The European vibration directive – how will it affect the dental profession? *British Dental Journal* 2005; 199: 575-577.
21. Szamanska J: Dentist's hand symptoms and high-frequency vibration. *Ann Agric Eenviron Med* 2001; 8: 7-10.
22. Rytkönen E, Sorainen E, Leino-Arjas P, Solovieva S: Hand-arm vibration exposure of dentists. *Int Arch Occup Environ Health* 2006; 79: 521-527.

Samband mellan

Hälsoprofilbedömning och sjukfrånvaro

Författare: Alexander Kledzik, Leg. Läkare
Specialist Rehabiliteringsmedicin
Avonova Hälsa, Kungsholmen, Stockholm

Handledare: Inga-Lill Pettersson, Med. dr, Leg. psykolog
Arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting

Projektarbete vid företagsläkarutbildningen 2006/07
Arbets- och miljömedicin, Uppsala Universitet

Innehållsförteckning.....	1
Sammanfattning	2
Inledning.....	3
Syfte och frågeställning.....	5
Undersökt grupp.....	5
Metod	5
Resultat.....	6
Diskussion	10
Slutsats	12
Referenser.....	13

Samband mellan

Hälsoprofilbedömning och sjukfrånvaro

Författare: Alexander Kledzik, Leg. Läkare
Specialist Rehabiliteringsmedicin
Avonova Hälsa, Kungsholmen, Stockholm

Handledare: Inga-Lill Petterson, Med. dr, Leg. psykolog
Arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting

Projektarbete vid företagsläkarutbildningen 2006/07
Arbets- och miljömedicin, Uppsala Universitet

Sammanfattning

Bakgrund: Hälsoprofiler och strukturerade hälsoundersökningar är viktiga tjänster som företagshälsovården erbjuder arbetsgivarna. Syftet är bl.a. att stödja ett hälsosamt beteende och uppmärksamma hälsorisker innan dessa orsakar ohälsa. Med Hälsoprofilbedömningar kan man erbjuda en individuell rådgivning samtidigt som man kan erbjuda arbetsplatsen en sammanställning på gruppnivå. I dagsläget är resultaten från Hälsoprofilbedömningar inte kopplade till något ekonomiskt effektmått som t.ex. produktivitet eller lönsamhet inom företagen.

Syfte och frågeställning: Finns det något samband mellan den klassning man får vid en Hälsoprofilbedömning och sjukfrånvaro? Om livsstilen förändras enligt den andra hälsoprofilmätningen ett år senare speglas detta även i sjukfrånvaron?

Undersökt grupp: En grupp av 28 anställda vid ett företag som genomgått två Hälsoprofilbedömningar med ett år emellan.

Metod: Data har hämtats ur företagshälsovårdens databas som innehåller data från individuella Hälsoprofilbedömningar gjorda vid två tillfällen med ett år emellan (2005 och 2006). Detta har sedan jämförts med sjukskrivningsdata från företaget från två år (2005 och 2006).

Resultat: Det var svårt att se ett samband mellan klassificering enligt hälsoprofilen och sjukfrånvaro. Den självskattade parametern ”upplevd hälsa” var ett mått som inte ändrade sig mellan mättillfällena. Detta var förvånande eftersom sjukfrånvaron samtidigt ändrades dramatiskt.

Slutsats: Studien gav inga tydliga resultat. Kan bero på det stora bortfallet, selektion av urval eller att arbetsvillkor var mer betydelsefulla än livsstilsfaktorer för sjukskrivningen. Arbetsvillkor ingår inte i Hälsoprofilen och har därför inte studerats. Gruppen var liten och resultaten därför statistiskt osäkra.

Inledning

Att arbeta förebyggande med hälsa anses vara viktigt även om effekterna av de preventiva åtgärderna när det gäller livsstilförändring inte alltid är klart evidensbaserade. Finns en hel del skrivet om detta där bl.a. följande tabell kan illustrera den vetenskapliga grunden för olika åtgärder.

I en Hälso- och sjukvårdsrapport (2001) sammanfattas i vilka avseenden olika studier av förändrad livsstil förebygger hjärt- kärlsjukdom. Primärpreventiva åtgärder har visat följande effekter (modifierat efter Clinical Evidence. A compendium of the best available evidence for effective health care. 4th edition. BMJ Publishing Group. London, 2000).¹

Primär prevention a)		
Troligen effektiva åtgärder	Effekter	Typ av studier
mer grönsaker och frukt	förebygger kranskärlssjukdom och stroke	observationsstudier
fysisk aktivitet	förebygger kranskärlssjukdom och stroke	observationsstudier
rökstopp	förebygger stroke och kranskärlssjukdom	observationsstudier
rökstopp hos diabetiker	förebygger dödsfall i kranskärlssjukdom	observationsstudier
fysisk aktivitet	sänker högt blodtryck	randomiserade kontrollerade studier
fettfattig kost rik på fiber och grönsaker	sänker högt blodtryck	en randomiserad kontrollerad studie
minskat saltintag	sänker högt blodtryck	randomiserade kontrollerade studier
viktneidgång	sänker högt blodtryck	randomiserade kontrollerade studier
låg fettintag med låg andel mättat fett	sänker blodets kolesterolhalt	randomiserade kontrollerade studier
minskat alkoholintag	sänker högt blodtryck	huvudsakligen observationsstudier

a) Primär prevention = att förebygga uppkomst av sjukdom, i detta fall hjärt-kärlsjukdom.

I följande text uttrycker Nationella folkhälsokommittén (SOU 2000:91) sin bedömning över samband och prioriteringar för att bidra till en bättre folkhälsa:

”Det finns också starka samband mellan psykisk ohälsa och ohälsosamma levnadsvanor, som rökning, alkoholmissbruk, narkotikamissbruk, att utsätta sig för sexuella risker, att äta mindre hälsosam mat och att röra sig mindre fysiskt. Att bli stärkt i sin självkänsla och i viljan att överleva inte bara för stunden, utan också på sikt, är avgörande för människors val av levnadsvanor. Den psykiska hälsan är därmed en viktig faktor för att kunna påverka individuella levnadsvanor. Dessutom påverkar levnadsvanorna den psykiska hälsan. Människors fysiska ohälsa och sjukdomar är möjliga att påverka i varierande utsträckning genom bestämningsfaktorer som avser miljön, människors livsvillkor och deras levnadsvanor. Hjärt-kärlsjukdomar kan delvis påverkas av levnadsvanor och olika stressande faktorer i individens miljö. Vissa personer är mer genetiskt disponerade än andra för dessa sjukdomar. Än viktigare blir det då för individen att se vilka levnadsvanor som är särskilt angelägna att förändra för att förebygga hjärt-kärlsjukdomar. Värk och belastningsskador i rörelseorganen är ett stort folkhälsoproblem som i mycket hög grad är påverkbart genom arbetsmiljöer som är bättre anpassade till individens förutsättningar. De förorsakas också av spänningar och negativ stress. Individens egen fysiska aktivitet påverkar dessutom den fysiska sårbarheten för påfrestningar.”²

Även om livsstil kan påverka hälsan, har det visat sig att livsstilsmonster är svåra att förändra. År 2002 var sjuktalet, dvs. det genomsnittliga antalet ersatta sjukdagar per år och försäkrad individ, i Stockholms län 24 dagar för kvinnor och 13 dagar för män.³

Det kan vara svårt att jämföra statistik där sjukdagar räknas då underlaget är uppbyggt på olika sätt. T.ex. bygger Försäkringskassans statistik på totala antalet ersatta dagar. Dagar ersatta av arbetsgivaren ingår ej. Då gränsen för när ersättning börjar betalas ut skiljer sig mellan olika år förändrar sig antalet dagar. Detta framgår av följande citat från SCB 2004:

”I ohälsotalet ingår antal utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning, förtidspension och sjukbidrag från socialförsäkringen per registrerad försäkrad i åldrarna 16–64. Sjukpenning har betalats från den 15:de dagen i sjukperioden för anställda under större delen av den period vi redovisar här. Andra regler gällde år 1990 och 1991 då sjukpenning utbetalades från första sjukdagen. Från 1 januari 1997 till sista mars 1998 utbetalades sjukpenning från 29:de sjukdagen.”⁴

För närvarande betalas de 14 första dagarna av arbetsgivaren.

I ett tidigare arbete med en liknande frågeställning⁵ hämtades data från Försäkringskassan. I detta projekt hämtas data direkt från arbetsgivare och man får då med alla kortare frånvaroperioder som saknas hos FK.

I detta projekt har resultat från Hälsoprofilbedömning bedömts i relation till antal sjukdagar. Hälsoprofiler och strukturerade hälsoundersökningar är viktiga tjänster som företagshälsovården erbjuder arbetsgivarna. Syftet är bl.a. att stödja ett hälsosamt beteende och uppmärksamma hälsorisker innan dessa orsakar ohälsa. Frågorna i en Hälsoprofilbedömning (HPB) tar upp flera av de ovan beskrivna områden som bedöms vara viktiga vid förebyggande arbete för förbättrad hälsa. För att förebygga ohälsa kan företagshälsovården kan därutöver erbjuda utbildningar, medverka vid arbetsmiljöarbete mm. I samband med Hälsoprofilbedömningar kan företagshälsovården erbjuda en individuell rådgivning samtidigt som man kan erbjuda arbetsplatsen en sammanställning på gruppnivå. I dagsläget är resultaten från Hälsoprofilbedömningar inte kopplade till något ekonomiskt effektmått som t.ex. produktivitet eller lönsamhet inom företagen.

Begreppet ”Hälsoprofil” skapades enligt Sture Malmgren och Gunnar Andersson i en uppsats i sociologi 1976 vid Linköpings Universitet. Sedan dess har Hälsoprofilbedömning (HPB) och programvara utvecklats. Enligt företaget genomförs nu 125000 Hälsoprofilbedömningar per år i Sverige. Idag finns 9000 utbildade hälsoprofilbedömare. HPB-kurser genomförs på mer än 30 platser i landet. Ett antal böcker o skrifter har publicerats bl.a. ”Lönsam friskvård – effektivare företag”⁶

Hälsoprofilen består av fyra delar:

1. En allmän del med personuppgifter, civilstånd, kön, företag, avdelning och yrke.
2. Ett frågeformulär som tar upp elva områden: färdväg till och från arbetet, fritid, motion, kost, tobak, alkohol, mediciner, symtom, upplevd stress, upplevd ensamhet och upplevd hälsa. Dessa områden täcks med hjälp av 33 frågor som besvaras enligt en femgradig skala.
3. Avsnittet kroppsmätningar tar upp: längd, vikt, önskad vikt och vissa mått som används för att beräkna skelettvikt/fettfri vikt. Vidare noteras blodtryck, puls, förekomst av diabetes, astma och läkemedel (som kan påverka konditionstest).
4. Slutligen används cykelergometertest som beräknar syreupptagningsförmåga (VO2), testvärde och konditionstal.

Vanligtvis är det en företagssjuksköterska eller en ergonom med genomgången Hälsoprofilbedömningsutbildning som gör Hälsoprofilen. Data sammanställs i ett datorprogram och den undersökte får återkoppling på sin aktuella riskprofil och vilka

områden som kan förbättras. Datorprogrammet värderar olika data enligt en formel och delar in de undersökta i fyra olika grupper: A, B, C eller D. A innebär en sämre hälsoprofil och D en bättre profil. Denna gruppindelning har använts i detta projektarbete.

Dessutom har frågan om ”upplevd hälsa” lyfts fram och undersökts då den i flera sammanhang visat sig spegla det aktuella hälsoläget på ett bra sätt.

Hälsoprofilbedömningen är i huvudsak inriktad på livsstilsfrågor. I Hälsoprofilbedömningen ingår endast två frågor som direkt adresserar arbetsvillkor. Den ena frågan tar upp upplevd stress och den andra upplevd ensamhet på arbetsplatsen.

Syfte och frågeställning

Syftet med projektarbetet är att undersöka om det finns något samband mellan den samlade poäng man får vid en hälsoprofil och sjukfrånvaro? I en hälsoprofilbedömning delas personerna in i fyra olika grupper beroende på hälsa. Kan man se att sjuktagen följer samma mönster?

Om hälsan förändras enligt den andra hälsoprofilmätningen ett år senare, speglas detta då också i sjukfrånvaron? Om en person går från en grupp till en annan kan man då också se att det sker en förändring i sjukdagar?

Undersökt grupp

Den undersökta gruppen tillhör samma arbetsplats. Vid företaget som valdes ut hanteras ett stort antal produkter med maskiner som sorterar och packar dessa produkter. Vid företaget finns flera olika personalkategorier. Dessa skiljer sig åt avseende utbildning och arbetsuppgifter. Ungefär hälften vid företaget har en längre akademisk utbildning. Gruppen som hanterar maskinerna har en kortare intern utbildning. Några andra mindre personalkategorier finns också, t.ex. kontorspersonal och chefer.

Vid det utvalda företaget arbetar ca 90 personer. Att göra hälsoprofil var frivilligt. 89 individer hade gjort hälsoprofil nummer 1, år 2005. Vid uppföljningen 2006 valde 36 individer att göra även hälsoprofil nummer 2. Totalt hade därför endast 36 personer deltagit vid bägge testtillfällena. I ett brev som gick ut till de anställda förklarades bakgrunden till detta projekt. De som så önskade kunde avstå från att delta i projektet. Sju personer valde då att avstå. Ytterligare en person uteslöts ur studien på grund av en jämförelsevis hög sjukfrånvaro vilket kraftigt skulle snedvrider resultatet och försvåra bedömningen. Har valt att inte redovisa ålder och kön för bortfall då de som avstod inte önskade vara med alls och den person som uteslöts annars enkelt kan identifieras. I den återstående gruppen om 28 personer var 68% kvinnor och 32% män. Medelåldern var 44 år (24-67 år).

Metod

Den första hälsoprofilbedömningen (HPB) gjordes under perioden 25 jan - 11 feb 2005. Den andra hälsoprofilbedömningen gjordes under perioden 1 juni - 22 augusti 2006.

Hälsoprofilbedömning sker på ett strukturerat sätt och data bearbetades av ett datorprogram. I denna studie valdes några enstaka parametrar ut.

Några begrepp:

En central del i Hälsoprofilbedömningen (HPB) är att genom ett poängsystem klassificera individerna i fyra olika åtgärdsgrupper där grupp A har stor potential att utveckla sin hälsa medan grupp D redan har höga värden på de flesta hälsoparametrar. Detta innebär att grupp D motionerar regelbundet, röker ej och lever i övrigt ett sunt liv och upplever sig själva som hälsosamma.

Eftersom den slutliga gruppen bestod av endast 28 personer beslutades att slå ihop åtgärdsgrupp A och B respektive C och D till två grupper för att få tydligare skillnader i resultat. Dessa benämns ”gruppen med låg poäng enligt hälsoprofilbedömning” (dvs sämre hälsoprofil med fler riskfaktorer) och ”gruppen med hög poäng (dvs bättre hälsoprofil med färre riskfaktorer) enligt hälsoprofilbedömning”. I diagram förkortas detta till ”**låg poäng HPB**” och ”**hög poäng HPB**”. Vissa data finns för hela gruppen vilket i diagram benämns ”totalt”.

”**Upplevd hälsa**” anses vara en viktig parameter för utfall och prognos. Det är en självskattad parameter bedömd enligt en svarsskala 1-5. Ingick inte i den ursprungliga frågeställningen men bedömdes kunna vara en intressant faktor att jämföra med.

Enhetens chef kontaktades och informerades om projektet. Sjukskrivningsdata inhämtades genom företagets systemadministratör. Dock kunde inte data från 2004 hämtas då företaget hade bytt administrativt system och dessa data endast svårligen kunde hämtas från ett arkiv.

Individuella data hämtades ur Hälsoprofilbedömningsdatabasen avseende ”upplevd hälsa” (bedömd enligt en svarsskala 1-5) och åtgärdsgrupp (skala A-D). Av data framgick ålder och kön. I den vidare bearbetningen oidentifierades personerna helt.

Statistisk bearbetning har skett på gruppnivå och endast frekvenser, medelvärden och procent har redovisats.

I detta projekt uppstod ett problem hur man bäst skulle lägga upp studien för att studera på gruppnivå. Individerna är visserligen individuellt identifierbara men individerna byter grupper från 2005 till 2006.

I denna studie valdes att göra två diagram med likartat upplägg för varje fråga, en för 2005 och en för 2006. Diagram 3 och 5 visar resultat på samma fråga 2005 respektive 2006. På samma sätt diagram 4 och 6 samma fråga för respektive år. Diagram 7 visar antal sjukdagar för grupper som förändras i livsstil enligt HPB över tid i positiv eller negativ riktning.

Resultat

Resultaten visas i diagramform. Diagram 1 visar antal personer i olika delgrupper utifrån hälsoprofilen för män och kvinnor vid två olika tidpunkter.

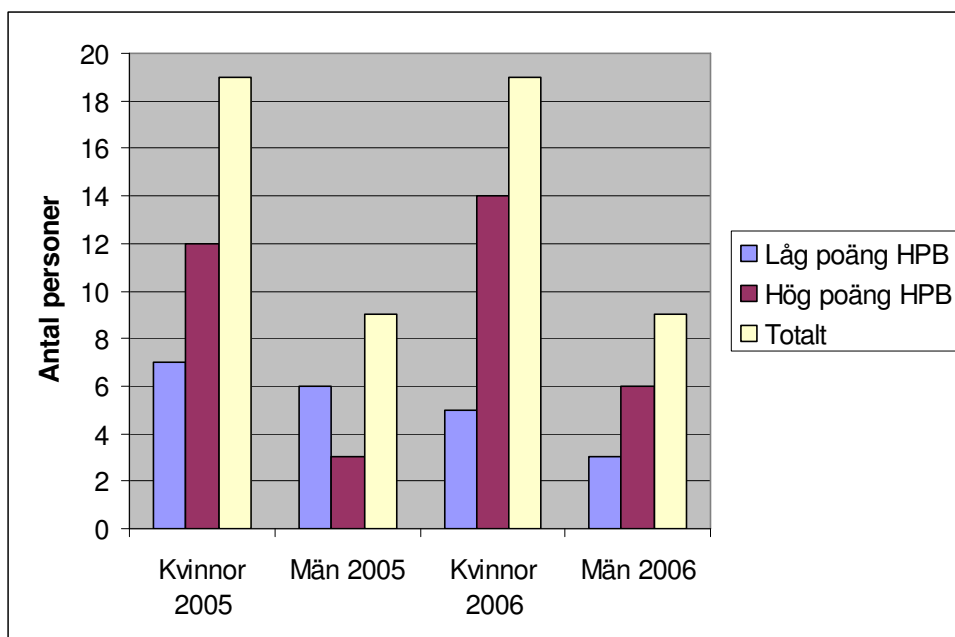


Diagram 1. Antal kvinnor och män med avseende på grupptillhörighet visat för 2005 och 2006

Man ser i diagram 1 att det totalt sett är fler kvinnor än män i studien. Man ser att både män och kvinnor förbättrat sin livsstil mellan 2005 och 2006. Man ser att fler personer bland både kvinnor och män tillhör gruppen med hög poäng än med låg poäng 2006 jämfört med 2005.

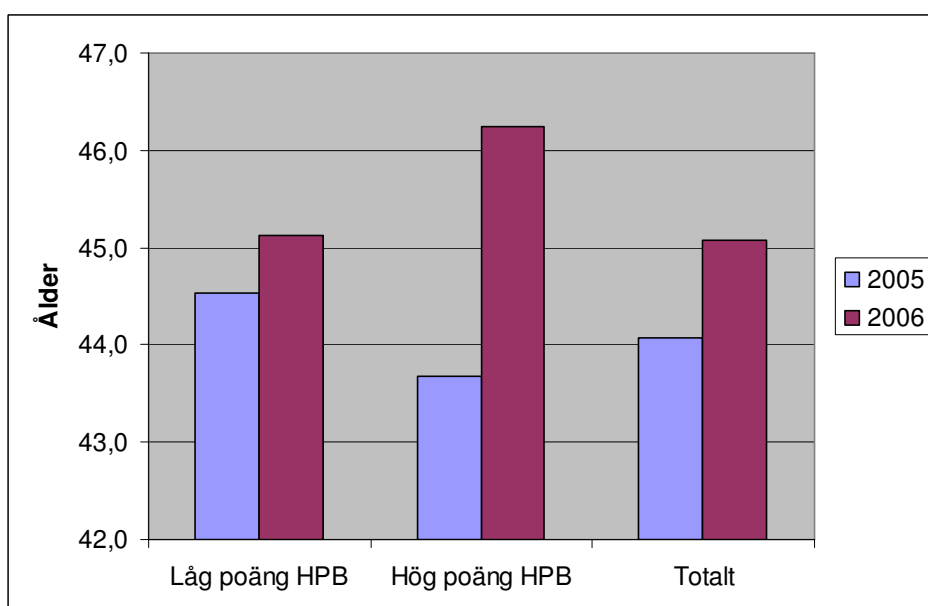


Diagram 2. Genomsnittlig ålder i grupper med låg respektive hög poäng samt totalt på hälsoprofilbedömning för åren 2005 och 2006

I diagram 2 ser man genomsnittlig ålder i de olika grupperna. Bland de med låg poäng ändrades inte genomsnittsåldern märkbart. I andra stapelparet ser man en liten omsvängning där de med hög poäng var något yngre 2005 men 2006 är en något äldre grupp. Tredje stapelparet visar medelvärden för ålder på hela gruppen. Observera att personerna har blivit ett år äldre 2006.

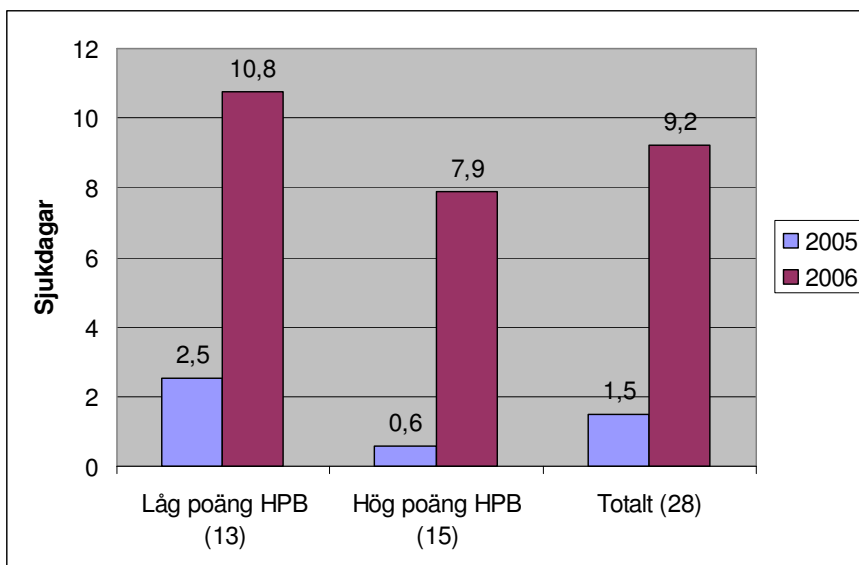


Diagram 3. Antal sjukdagar i gruppen med låg poäng, hög poäng och totalt 2005, mätt 2005 respektive 2006.

Det framgår av diagram 3 att antalet sjukdagar ökade dramatiskt i bägge grupperna 2006. Tredje stapelparet visar medelvärden i sjukdagar för hela gruppen. Diagram 3 visar sjukdagar 2005 och 2006 med utgångspunkt från grupptillhörighet 2005. Här har personerna 2005 delats in avseende hög eller låg poäng. För respektive grupp redovisas sjukdagar 2005 och 2006. Man ser att det är en skillnad i hur många dagars sjukfrånvaro man har i gruppen med hög poäng jämfört med gruppen med låg poäng på hälsoprofilen. Personer med bra hälsoprofil hade alltså lägst antal sjukdagar båda åren.

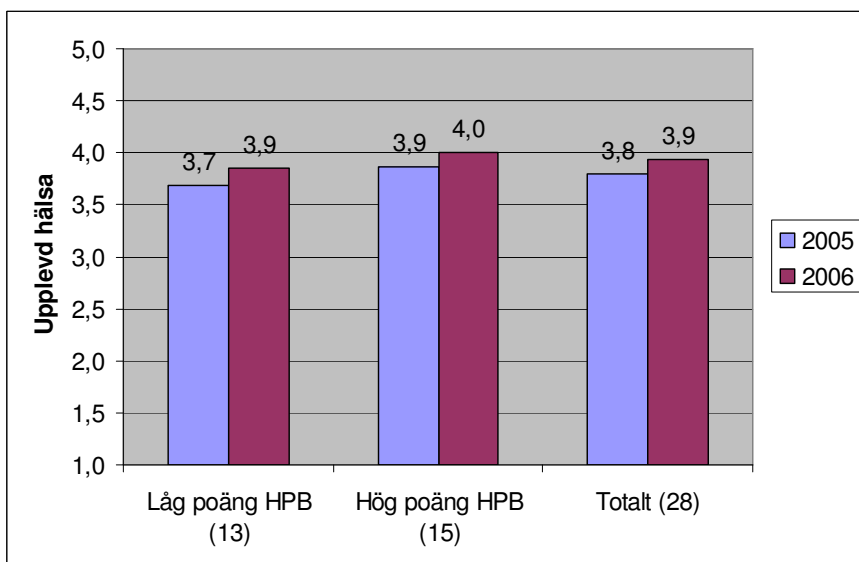


Diagram 4. Självskattad hälsa i gruppen med låg poäng, hög poäng och totalt 2005, mätt 2005 respektive 2006.

Diagram 4 visar medelvärden för "upplevd hälsa" i de två grupperna (låg och hög poäng HPB) 2005. "Upplevd hälsa" skattas på en skala 1-5. Man ser hur "upplevd hälsa" på gruppnivå utvecklat sig 2006 (även om enstaka personer 2006 då haft annan grupptillhörighet). Den antydda skillnaden är sannolikt inte statistiskt signifikant.

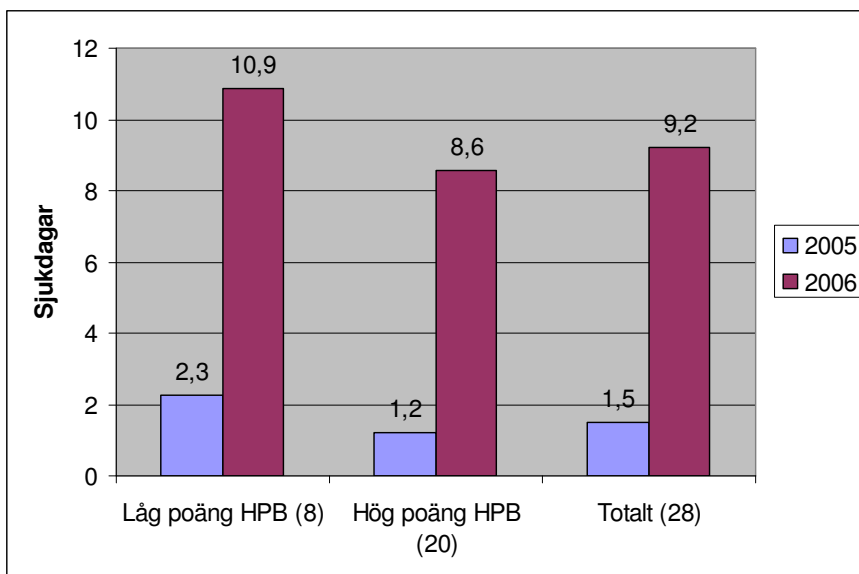


Diagram 5. Diagrammet utgår från Hälsoprofilbedömning 2006.

Antal sjukdagar i gruppen med låg respektive hög poäng på hälsoprofilen och totalt 2006, mätt 2005 respektive 2006.

Diagram 5 visar hur personer 2006 delats in avseende låg eller hög poäng enligt HPB. Har sedan räknat sjukdagar 2005 och 2006 (även om enstaka personer 2005 haft annan gruppstillhörighet). Man ser att det är en skillnad i antal dagars sjukfrånvaro i gruppen med låg poäng jämfört med gruppen med hög poäng. Personer med bra hälsoprofil (hög poäng) har lägre antal sjukdagar bägge åren. Liksom i diagram 3 ser man också att antalet sjukdagar ökade dramatiskt i bägge grupperna mellan 2005 och 2006. Tredje stapelparet visar medelvärden i antal sjukdagar för hela gruppen.

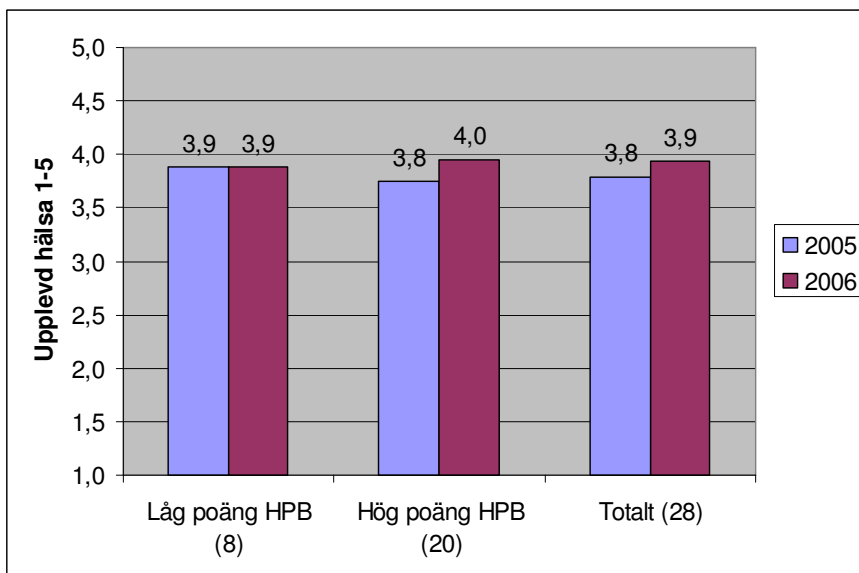


Diagram 6. Diagrammet utgår från Hälsoprofilbedömning 2006. Upplevd hälsa i gruppen med låg respektive hög poäng på hälsoprofilen och totalt 2006 för 2005 och 2006

Diagram 6 visar medelvärden för "upplevd hälsa" i gruppen med låg och hög poäng 2006 mätt med hälsoprofil. Man ser också samma personers skattning året innan (oberoende av

dåvarande grupptillhörighet). Man ser en antydd skillnad men den är sannolikt inte statistiskt signifikant. "Upplevd hälsa" skattas på en skala 1-5.

Den som uppnått en låg poäng på HPB 2005 får råd från företagshälsovården om hur hälsan kan förbättras. I vilken mån dessa råd har medfört förbättring av hälsoläget följs upp i en ny hälsoprofilbedömning 2006. I nedanstående diagram görs jämförelser på gruppnivå i vilken mån dessa åtgärder påverkat sjukfrånvaron år 2006.

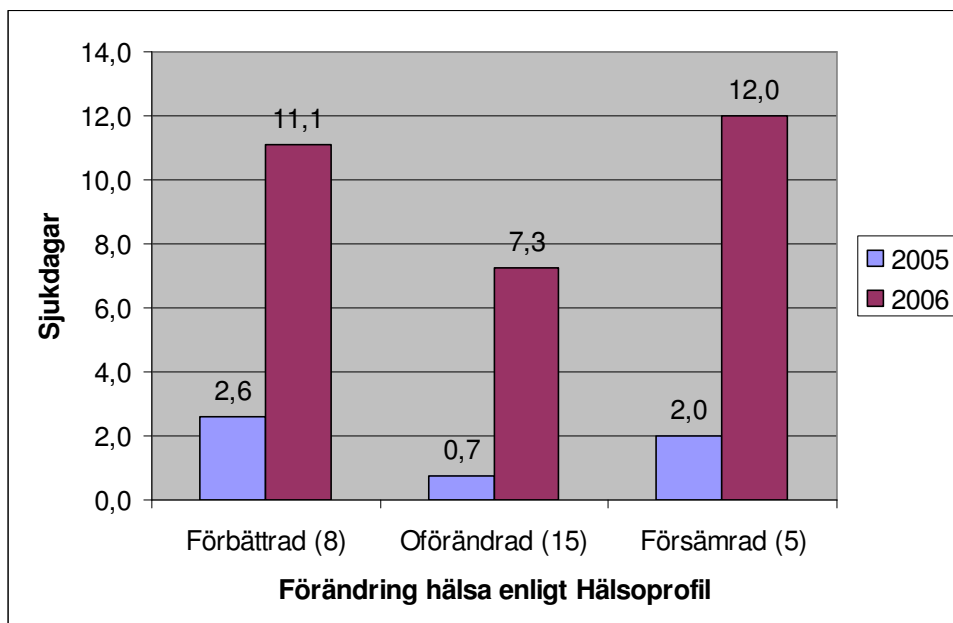


Diagram 7. Antal sjukdagar i grupper med förbättrad hälsa, oförändrad hälsa respektive försämrad hälsa, från 2005 till 2006.

Byte mellan grupperna A-D enligt HPB eller oförändrat.

Diagram 7 visar i andra stapelparet hur många sjukdagar de personer som behöll sin gruppindelning A-D oförändrad mellan 2005-2006 hade. Det första stapelparet visar antalet sjukdagar för de som förbättrade sin hälsoprofil, t.ex gick från A till B-D eller från B till C-D eller från C till D. Det tredje stapelparet visar antalet sjukdagar för de som försämrade sin hälsoprofil, t.ex gick från D till A-C etc. De personer som inte förändrat sin hälsa under året har minst antal sjukdagar både 2005 och 2006. Den grupp som förbättrat sin livsstil enligt HPB har en sjukdag mindre år 2006 än den grupp, som försämrats enligt HPB.

Diskussion

Hälsoprofilbedömning är en standardiserad och vanlig metod inom FHV. Den mäter framförallt livsstilsfaktorer. Livsstilsfrågor kan visserligen ha viss betydelse för hälsan (bl.a. har man visat att fysisk aktivitet har betydelse) men arbetsvillkoren har kanske större betydelse. Då arbetsvillkor har en stor betydelse för ohälsa i arbetslivet och sjukskrivning är det synd att inte fler frågor ingår i HPB om arbetsvillkor. Det vore rimligt med tanke på att allt som görs inom FHV bör ha en nära relation till arbetsförhållanden och arbetsliv. Man skulle ha kunnat komplettera HPB med sådana frågor men då hade inte denna studie kunnat genomföras inom given tidsram eftersom det hade krävt en ny datainsamling. Insamlade HPB-data fanns redan att tillgå i en befintlig databas. Det fanns i studien inte heller något uttalat syfte att studera arbetsvillkor utan syftet var att titta på eventuella samband mellan HPB såsom den faktiskt är utformad och sjukfrånvaro vid företaget.

Önskvärt var att hitta ett homogent och över tiden stabilt företag med tillräckligt antal anställda som gjort en hälsoprofil vid två tillfällen. Att hitta ett sådant företag misslyckades.

Det var också svårt att hitta ett över tid homogent och stabilt företag. Vid det valda företaget har det varit en omorganisation. Man kan förmoda att det finns personer i denna organisation som påverkats av detta hälsomässigt. Ur projektsynpunkt var detta inte gynnsamt då det varit enklare att dra slutsatser i ett homogent och över tiden stabilt företag. Att det ändå valdes berodde på att det inte gick att hitta ett så stort företag som gjort en hälsoprofil vid två tillfällen där de som gjort bägge två översteg ett trettiotal individer.

Vid företaget arbetar ca 90 personer, varav 89 hade gjort hälsoprofil 1, 2005 och 36 hälsoprofil nummer 2, 2006. Av dessa hade endast 36 personer deltagit vid bägge testtillfällena. Man kan spekulera kring om detta bortfall påverkat resultatet. Var det friskare eller mindre friska i bortfallet? Chefen kontaktades för att kommentera det ökande antalet sjukdagar 2006. Enligt honom såg man ingen förändring i sjukdagar på hela arbetslaget mellan dessa år. Han kunde inte förklara skillnaden som påvisats i studien. Enligt detta blir slutsatsen att det skedde en selektion av personer med många sjukdagar 2006 till studiegruppen.

Det var frivilligt att delta både 2005 och 2006. Kanske var man mer nyfiken första gången. Kanske var en del nöjda med att ha gjort en testning. Kanske får inte en anställd tid avsatt för att göra testningen utan måste arbeta ikapp efteråt, detta skulle då minska benägenheten att delta. Kanske uppmuntringen från chef var mindre den andra gången. Kanske ansåg man i de fall man inte förändrat sin livsstil att en ny mätning inte skulle tillföra något nytt. Om HPB hade innehållit fler frågor om arbetsvillkor, hade då fler varit intresserade att genomgå undersökningen? Är det lättare att svara på frågor om arbetsförhållande än om livsstil som kanske är mer privat? Man kunde ha frågat ut de personer som inte deltog om motiv till detta men det är inte gjort.

Sannolikt har hälsoprofilbedömningarna genomförts på personer som befunnit sig på arbetsplatsen. Personer som vid bedömningstillfällena varit sjukfrånvarande längre tid kommer då inte med i studien.

Fanns skillnad i ålder och könsfördelning mellan deltagare och bortfall, som kan ha haft betydelse för utfallet? Detta är frågor man kan studera vidare i studier av hälsoprofilen.

Inför insamlandet av sjukskrivningsdata mars/april 2007 tillfrågades personalen med ett brev om de önskade delta. En påminnelse gick ut. Ändå var det 7 personer som aktivt valde att avstå från studien. Var dessa mer eller mindre sjukskrivna än andra eller handlade det om andra skäl? T.ex. att inte vilja förekomma i register om än avidentifierad. Alla blev erbjudna att kontakta författaren för att diskutera studiens syfte men ingen gjorde så. Hade man haft fler deltagare om alla hade tillfrågats personligen?

Hälsoprofil 1 gjordes 25 jan 2005 till 11 feb 2005. Hälsoprofil 2 gjordes 1 juni 2006 till 22 aug 2006. Hade denna skillnad av tidval någon betydelse? Under vilken årstid motionerar man mest? Finns en variation psykiskt välbefinnande över årstider? Förändrar sig kroppsvikten över året? Varierar tempot på arbetsplatsen mellan vinter och sommar/semestertid? Man kan inte utesluta en variation och därför vore det rimligt att i den mån det är möjligt mäta under samma period.

Härnäst tittar vi på studiens resultat.

Det ser ut att finnas ett samband mellan gruppindelning i låg och hög poäng på hälsoprofilen och antal sjukdagar (diagram 3 och 5). Är svårare att dra några slutsatser alls av "upplevd hälsa" mätt som genomsnitt på grupp (diagram 4 och 6). Man skulle kunna titta närmare på detta genom att exempelvis göra en annan indelning av gruppen. Delar man in gruppen efter de personer som har en låg "upplevd hälsa" och hög "upplevd hälsa" kan man kanske göra nya upptäckter. En begränsning i sammanhanget kan vara att "Upplevd hälsa" finns inbakat i den totala poäng man får vid HPB, finns alltså ett beroende mellan variablerna. Diagram 5 och 6 tillför inte så mycket ny kunskap. De liknar i resultat 3 och 4. Skulle kunna bero på att flertalet (21 stycken) inte byter grupp.

I diagram 7 görs ett försök att se vad som händer om en person går från en grupp till en annan under året. Kan man då också se att det sker en förändring i sjukdagar? Det visade sig att de som inte förändrade sin hälsa (mätt med Hälsoprofilbedömning) hade lägst sjuktal. De som hade försämrat sin hälsa hade som förväntat höga sjuktal. Anmärkningsvärt var att de som hade förbättrat sin hälsa också hade höga sjuktal, dock en dag mindre. Tittar man närmare på dessa 8 personer visar det sig att 7 stycken tillhörde A och en B d.v.s. var personer 2005 med låg poäng men som sedan gjorde en klar förbättring mätt med Hälsoprofilbedömning men som ändå inte fick genomslag i sjukfrånvaron. Kanske måste man följa sjuktal under en längre tid (flera år) för att se effekt?

Kan skillnader i kön eller ålder påverka resultat? Beträffande kön noteras att något fler kvinnor än män levde hälsosamt 2005 och 2006 procentuellt sett. (Diagram 1).

Beträffande ålder var de hälsosamma något yngre än genomsnittet 2005 men sedan något äldre 2006 (Diagram 2). Noteras att gruppen med mer hälsosam profil ökade i antal mellan 2005 och 2006 från 15 till 20 personer vilket i sig måste vara ett positivt resultat.

Ytterligare funderingar att ta upp i framtida studie är vad syftet är med att på gruppnivå göra HPB. Finns olika syften? Ur FHV perspektiv vore det egentligen önskvärt som tidigare diskuterat att ha med flera relevanta frågor om arbetsvillkor. Men är alla arbetsgivare som beställer HPB också intresserade? Att HPB nästan enbart fokuserar på individens livsstil gör ju att eventuella osunda vanor som framkommer måste individen främst ta tag i själv. Om hälften av frågorna handlar om arbetsvillkor finns ju alltid en risk att det tydligt kommer fram behov av förändring i arbetsmiljö mm. Då måste det finnas en beredskap och kanske också ekonomi för det hos företagsledning.

Slutsats

Studien blev svår att genomföra i första hand p.g.a. stort bortfall som medförde ett kraftigt selekterat urval. Den kvarstående gruppen var egentligen för liten för att kunna delas upp i mindre grupper. Eventuella skillnader i diagram som här visats blev därför statistiskt osäkra av flera skäl och går inte att dra några säkra slutsatser av. Möjligen hade ett annat val av metod underlättat tolkning.

Det var inte något primärt syfte att titta på arbetsvillkor. Drar ändå slutsatsen att det varit enklare att tolka eventuella samband mellan HPB och sjukskrivning om Hälsoprofilbedömningen innehållit något avsnitt med specifika frågor riktade mot individens arbetsvillkor. Det man kan diskutera är om omorganisationen som genomförts på den aktuella arbetsplatsen kan ha bidragit till sämre arbetsvillkor, som i sin tur ökat risken för sjukfrånvaro. Det finns stöd för att stora och omfattande omorganisationer har ett negativt samband med arbetsrelaterad psykisk ohälsa.

Vill man göra om denna studie bör man säkerställa före studien startar att alla deltagare ställer upp på bägge undersökningarna och att de ställer upp på att sjukskrivningsdata samlas in för bearbetning. Den hälsoundersökningsmetod som väljs ut bör vara standardiserad, validerad och innehålla frågor om arbetsvillkor. Ett alternativ är att använda HPB med tillägg av lämpliga frågor. Det kan vara klokt att beakta all frånvaro under året (t.ex. föräldraledighet, VAB mm), och inte bara sjukskrivning. Om det samtidigt skett någon annan intervention mellan de bägge mättillfällena bör detta redovisas.

En annan metod att dela in gruppen är att dela in dem i fyra grupper som nedan. Sedan redovisas grupp 1-4 med avseende på antal sjukdagar 2006. Detta är möjligen en bättre metod.

	2005	2006	Antal sjukskrivningsdagar 2006
Grupp 1	Hög poäng HPB	Hög poäng HPB	
Grupp 2	Hög poäng HPB	Låg poäng HPB	
Grupp 3	Låg poäng HPB	Hög poäng HPB	
Grupp 4	Låg poäng HPB	Låg poäng HPB	

Referenser

¹ Hälsö och sjukvårdsrapport 2001. Kap 4. Speciella förhållanden i hälso- och sjukvården (2001)

² Margareta Persson mfl. Nationella folkhälsokommittén.

SOU 2000:91 Sid 77-78. Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan.

³ Wiktorin, Christina mfl. Stockholms läns Arbetshälsorapport 2004. Om samband mellan arbetsvillkor och ohälsa i Stockholms län (2004)

⁴ Statistiska centralbyrån, Avdelningen för arbetsmarknads- och utbildningsstatistik. 2004:3 Sjukfrånvaro och ohälsa i Sverige – en belysning utifrån SCB:s statistik

⁵ Söderberg A. Finns det ett samband mellan hälsoprofil och sjukskrivningstiden.

Projektarbete ALI 1990/91. XT 91 1498

⁶ Gunnar Andersson, Anders Johrén. Lönsam friskvård, effektivare företag. Prevent 2000-07

TUNGA BRANDMÄN – ÖVERVIKTIGA ELLER MUSKULÖSA?

Hans Linderståhl, Företagsläkare, Previa AB

Handledare Anders Thelin, Företagsläkare, MD,

Projektarbete vid Uppsala universitets företagsläkarutbildning 2006/2007

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	3
Inledning	4
Syfte och frågeställning.....	4
Undersökt grupp	5
Metoder	6
Resultat	7
Diskussion	9
Slutsats.....	10
Formler.....	11
Referenser	11

Sammanfattning,

Bakgrund: För all räddningspersonal gäller att vissa minimikrav på fysisk prestationsförmåga måste uppfyllas. Dessa är fastställda av Arbetsmiljöverket. Varje brandman måste godkännas vid en årlig läkarundersökning och dessutom klara ett arbetsprov på rullband. År 2005 sammanställdes resultatet av det årets undersökningar vid Prometa företagshälsovård. Body Mass Index (BMI) befanns ligga över normalvärdet ($18\text{--}25\text{ kg/m}^2$) för 50 % av brandmännen, dessutom över fetmagränsen (30 kg/m^2) för ytterligare 9 %.

Frågeställning: I regel är högt BMI orsakat av ökad mängd fettväv men kan möjligen tänkas vara betingat av ökad mängd muskelmassa till följd av fysisk träning. Nu uppkommer frågan om vilketdera som gäller för just den här gruppen undersökta brandmän.

Material: Undersökningarna 2006-2007 har omfattat 187 brandmän av vilka 162 lämnat användbara undersökningsdata. En undergrupp omfattande 63 rökdykare har förutom rullbandstestet också genomfört maximalt arbetsprov i form av arbets-EKG.

Metoder: Mätning av mängd muskelmassa går inte att göra i praktisk verksamhet, däremot finns flera metoder för bestämning av den procentuella andelen fettväv. Kroppsfettprocent har mätts med tre olika metoder: 1) direktvisande fettprocentmätare (Omron BF 306®) 2) beräkning efter bestämning av FettFriVikt genom skelettmåttbestämning med kaliper enligt v. Döbeln, och 3) beräkning ur en formel angiven av Lean et al utgående huvudsakligen från bukomfångsmåttet. Dessa mätresultat har relaterats till BMI. För rökdykarna har också jämförts det arbete som minst krävs vid tröskeltestet på rullbandet med den maximala arbetsförmåga som presteras vid det arbets-EKG som ingår i underlaget för läkarens tjänstbarhetsintyg. Problemet med arbetets olika biomekanik vid gång på rullband och arbete på ergometercykel diskuteras.

Resultat: Korrelationsanalyser visar så hög korrelation mellan BMI och procentandel kroppsfett enligt samtliga använda metoder att hypotesen att högt BMI betingas av stor muskelmassa måste förkastas. Brandmännens genomsnittliga BMI-värde ligger på samma nivå som andra svenska män. Korrelationen mellan högt BMI-värde och liten eller obefintlig skillnad mellan tröskelnivå (rullbandstest) och maximal arbetsförmåga (arbets-EKG) var statistiskt signifikant ($p < 0,001$).

Konklusion: Brandmännens förhöjda BMI-värden beror inte på ökad mängd muskelmassa. Ökad mängd fettväv är relaterad till liten fysisk prestationsreserv utöver tröskelnivån.

Inledning.

Räddningstjänsten Östra Kronoberg, (RÖK) organiserar brandförsvar och räddningstjänst i kommunerna Lessebo, Uppvidinge och Tingsryd i östra Kronobergs län. Området är 15 mil som längst mellan yttergränserna, har en sammanlagd yta av 2 800 km² och bebos av 21 000 invånare.

Personalen, som är fördelad på 15 brandstationer, utgörs av 187 deltidсанställda rökdykare och räddningsvärnsmän som parallellt med sina ordinarie arbeten har beredskap för att träda i tjänst vid larm. Man har då att inom 6 min vara omklädd och på plats i utryckningsfordonen. Organisationen leds av 6 heltidsanställda brandmästare som ansvarar för organisation och materiel och för att personalens kunnande vidmakthålls med återkommande utbildningar och regelbundna övningar.

Sedan många år finns en lagstadgad skyldighet för räddningstjänsterna i Sverige att årligen låta genomföra medicinsk undersökning och konditionstest av all operativ personal. Detta är reglerat i Arbetsmiljöverkets Författningssamling; AFS 2005:6. I denna anges detaljerat de fysiska prestationskrav som skall uppfyllas för att få tjänstbarhetsintyg som rökdykare. Denne skall, iklädd skyddsutrustning (inklusive trycklufttuber en sammanlagd vikt på 24 kg) klara 6 min gång i "steady state" på ett rullband med lutningen 8° och hastigheten 4,5 km/tim. Detta kräver en effektutveckling av 200 W av en person på 72 kg. och motsvarar ungefär den effektutveckling som krävs för att kunna släpa en vuxen man över ett strävt betonggolv. Den personal som inte rökdyker går i RÖK på rullbandet med samma lutning, 5,2 km/tim och med skyddsutrustning vägande 7 kg men utan luftpaket. Även detta kräver 200 W av en person på 72 kg. Att gå med en extra börda på 17 kg är emellertid betydligt mer ansträngande även om rullbandets hastighet är lägre. Många klarar därför inte tröskeltestet för rökdykning men väl för annan räddningstjänst.

Förutom att den fysiska prestationsförmågan testas läkarundersöks personalen. Efter godkännande utfärdas tjänstbarhetsintyg som gäller i ett år. Med vissa års intervall inkluderas även arbets-EKG i det medicinska underlaget. Sedan mer än 10 år genomförs dessa undersökningar av personalen i RÖK av företagshälsovården Prometa, vilken sedan 2006 uppgått i Previa AB.

Syfte och frågeställning

År 2005 sammanställdes data efter årets undersökning av 177 brandmän inom Räddningstjänsten Östra Kronoberg. (1). Samtliga uppmätta medelvärden låg inom normalområdet, förutom BMI som genomsnittligt uppgick till 26,2 kg/m² (normalvärde 18-25kg/m²). Hälften av personalen var överviktig (BMI 25-29,9 kg/m²) och ytterligare 9 % låg över fetmagränsen (30 kg/m²). I regel är ett högt BMI liktydigt med ökad andel kroppsfett men en mycket vältränad person kan kanske komma över gränsvärdet 25 kg/m² pga. ökad muskelmassa.

Frågan uppkom nu om personalen i RÖK, som ju i sitt uppdrag har högt ställda krav på bra kondition och god muskelstyrka, har en högre muskelvikt än genomsnittspersonen eller om det högre BMI-värdet betingades av ökad fettansättning. För att klarlägga detta beräknades procentandelen kroppsfett med 3 olika metoder vid 2006 års brandmansundersökning.

Fråga uppkom även om hur stor andel av den maximala fysiska prestationsförmågan som åtgick för att klara minimikraven för tjänstgöring som rökdykare och om detta var relaterat till eventuell övervikt.

Vid rullbandstestet krävs större effektutveckling ju tyngre personen är, och, om då övervikten utgörs av inaktiv fettväv, kan avståndet mellan miniminivån och den maximala prestationsförmågan ligga farligt nära varandra. Med vissa års mellanrum genomförs arbets-EKG som del i underlaget för bedömningen av det medicinska hälsotillståndet. Detta utförs på ergometercykel som maximaltest. I en undergrupp på 63 rökdykare jämfördes därför effektåtgången för att klara tröskeltestet på rullband med samma individs maximala prestationsförmåga mätt på ergometercykel vid arbets-EKG.

Undersökt grupp

All operativ personal inom RÖK som genomgick årlig undersökning under tiden oktober 2006 t.o.m. maj 2007, sammanlagt 171 personer inkluderades i undersökningen. Åldern varierade mellan 23 – 63 år, i medeltal 41 år (SD 9,4 år). Samtliga var deltidsbrandmän, anslutna till någon av de 15 räddningsenheterna. Tre rökdykare var kvinnor. Alla brandmän hade tidigare genomgått årskontroll åtminstone en gång och var således inte nyanställda. 9 personer bortföll ur undersökningen: 4 pga. infektioner eller muskulära besvär och 2 pga. Vätskebrist. De 3 kvinnorna uteslöts pga. svårigheter att jämföra normalvärden. Återstod 162 personer. Samtliga hade innan läkarundersökningen klarat tröskeltestet på rullbandet enligt AFS 2005:6

Som jämförelsegrupp användes männen i ett material redovisat av Deurenberg et al (2) bestående av 182 män (och 234 kvinnor) där man år 2001 studerade antropometriska data vid 5 olika europeiska centra (tabell 1). Man mätte procentandelen kroppsfett med bioimpedansmätaren Omron BF 306®. Som referens användes standardmetoderna hydrostatisk vägning och/eller DXA (dual energy x-ray absorptiometry). Man fann god överensstämmelse mellan mätmetoderna.

Tabell 1: Jämförelsegrupp 182 europeiska män (Deurenberg et al)

	Medelvärde	Minimum	Maximum	Standarddeviation
Ålder (år)	36	18	70	14
Längd (cm)	179,7	157,9	200,8	7,4
Vikt (kg)	77,4	54,4	125,8	10,1
BMI (kg/m ²)	24,0	17,3	34,9	3,0
BF% referens %	20,1	5,3	36,4	7,6
BF% 306® %	19,1	6,1	33,7	6,3

BF% referens: procentandel kroppsfett mätt med hydrostatisk vägning och/eller DXA.

BF% 306: procentandel kroppsfett mätt med bioimpedansmätare (Omron BF 306®)

63 rökdykare hade genomgått arbets-EKG i anslutning (+/-3 mån) till läkarundersökningen. Hos dessa jämfördes effektutvecklingen vid tröskeltest på rullband med den maximala effekt samma individ utvecklade vid arbets-EKG. Åldersspannet var här 27-61 år, medelvärdet 44 år (SD= 7,2 år). Den något högre medelåldern i den här gruppen betingades av att arbets-EKG utförs med kortare tidsintervall i högre åldersgrupper

Metoder

De flesta undersökningarna utfördes på brandstationerna under ganska enkla förhållanden av två sköterskor och en läkare. När så var möjligt utfördes undersökningarna i stället på företagshälsovårdcentralerna i Lenhovda eller Lessebo.

Det saknas praktiskt användbara metoder för att mäta aktuell mängd muskelmassa. Därför beräknades i stället procentandelen kroppsfett med 3 olika metoder. Korrelationen mellan kroppsfett och BMI räknades härefter fram. Grundtanken var, att om BMI kunde visas ha en hög korrelation till procentandelen kroppsfett måste korrelationen till samma persons muskelmassa vara låg. Mätmetoderna valdes så att de grundade sig på sinsemellan oberoende uppmätta parametrar.

Kroppslängden mättes med mätsticka, vikten med elektronisk våg (Certell SBFW004). BMI beräknades som $\text{vikt}/\text{längd}^2$. Bukomfånget mättes med fjäderbelastat måttband mitt mellan arcus och crista efter en normal utandning.

Procentandelen kroppsfett beräknades med följande 3 metoder:

1) Skelettmåtten femurkondylbredd och radioulnarbredd mättes med en kaliper och fettfri vikt (FFV) kunde sedan beräknas med von Döbelns metod. (2). Denne skapade 1963 en formel för beräkning av FFV och skelettvikt utgående från antropometriska data (handledsbredd, knäledsbredd och kroppslängd, se formelsamling). Härefter kunde procentandelen kroppsfett räknas fram genom att subtrahera fettfri vikt från kroppsvikt och dividera med kroppsvikten.) Referensmetoden var som oftast i antropometriska sammanhang hydrostatisk vägning.

2) Fettprocent mättes även med en direktvisande handhållen bioimpedansmätare (Omron Body Fat Monitor BF 306) Denna mätare är validerad av Duerenberg et al (3) år 2001. I en europeisk multicenterstudie undersöktes en population av 416 personer, varav 182 män. Man fann att värdena för procentandelen kroppsfett mätt med denna bioimpedansmätare (BF306) inte var signifikant skilda från mätvärden man erhöll med referensmetoderna hydrostatisk vägning respektive röntgenabsorptionsmetoden DXA.

3) Ytterligare en metod att bestämma kroppsfett utifrån antropometriska data har anvisats av Lean, et al (4), som 1996 med stegvis multipel regressionsanalys testade olika formler utgående från kroppsmått som vikt, längd, hudveckstjocklek och bukomfång. Även här relaterades till referensdata från hydrostatisk vägning. I ett brittiskt material om 63 män (och 84 kvinnor) formulerade han en formel utgående från bukomfångsmåttet och åldern (se formelsamling). Formeln kunde förklara 80 % av variansen i procentandelen kroppsfett hos männen. För kvinnorna var osäkerheten större.

För att belysa frågeställningen hur stor andel av den maximala prestationsförmågan som åtgick för att klara konditionstest på rullband tillämpades följande tillvägagångssätt:

Vid det årliga testet av fysisk prestationsförmåga användes ett rullband av typ Spectra Elite 2300 LL En särskilt utbildad brandman ledde mätningen. Arbetsmiljöverkets anvisningar AFS 2 005:6 stadgar att bandhastigheten skall vara 4,5 km/tim och bandets lutning 8°. Rökdykaren måste klara gång i "steady state" 6 minuter med stabil puls och skall vara iförd skyddskläder med tryckluftpaket, sammanlagd vikt 24 kg. Detta kräver en effektutveckling av 200 W av en person på 72 kg. Eftersom den individuella kroppsvikten påverkar den verkliga effektåtgången räknades denna fram med en formel hämtad ur manualen för rullbandet (5).

Det erhållna värdet inkluderade effektåtgången både för förflyttningen i höjdlid och energikostnaden för steget.

Arbets-EKG utfördes som ramptest. Detta innebar stegvis belastningsökning med i detta fall 20 W varje minut (från utgångsbelastningen 100 W) tills undersökningsspersonen inte orkade längre. Provet utfördes antingen på fysiologavdelningen Växjö lasarett med testcykeln Rodby 380B/RE990 eller på brandstationen. Upptagen effekt beräknades och den tyngsta belastningen personen klarade i minst 30 sekunder användes som mått på den aktuella maximala arbetsförmågan. För att kunna relatera ramptestet till belastningen under ”steady state” justerades resultatet enligt en formel angiven av Lars Brudin (6). Slutligen korregerades för olika biomekanisk verkningsgrad vid cykling jämfört med gång på rullband enligt Gavhed et al. 1998 (7). Åldersrelaterade normalvärden för prestationsförmåga vid arbets-EKG hämtades från normalvärdestabell enligt Nordenfeldt (8). Formler redovisas i bilaga.

Statistisk bearbetning utfördes med SPSS[®] programvara. Beräknade medelvärden jämfördes med resultat i andra studier eller förväntade värden med hjälp av t-test. Korrelationen mellan olika parametrar beräknades med hjälp av Pearson korrelationstest. Korrelationsfaktorn r^2 genererades av SPSS[®] grafiska program.

Resultat

Bakgrundsdata framgår av tabell 2. BMI, Procentandel kroppsfett, och Vikt/FFV räknades fram med angivna metoder (tabell 3)

Tabell 2: Uppmätta mått och parametrar för 162 brandmän

	Ålder	Längd	Vikt	Bukomfång	Fett%306	Skelettmått
Max	63	1,95	127,5	120 cm	36,9	293
Medel	41	1,80	84,4	94 cm	21,6	241
Min	23	1,65	61,8	74 cm	9,6	186
SD	9,4	0,07	11,8	9,2 cm	5,5	20

Bukomfång: omkrets i cm. Fett%306: värde erhållet med direktvisande impedansmätare Omron BF306. Skelettmått: summan av bredden över båda handlederna multiplicerad med summan av bredden över båda knälederna.

Tabell 3: BMI, Procentandel kroppsfett och Vikt/FFV

	BMI	Fett% BF306	Fett%vDöbeln	Fett% Lean	Vikt/FFV
Max	37,7	36,9	45,2	40,5	1,83
Medel	26,0	21,6	22,0	25,6	1,30
Min	20,1	9,6	1,0	14,1	1,01
SD	3,2	5,5	8,5	8,5	0,15

BMI: BodyMassIndex kg/m^2 . Fett%BF306: procentandel kroppsfett erhållet med direktvisande impedansmätare Omron BF 306. Fett%vDöbeln: procentandel kroppsfett beräknat enligt v Döbeln. Fett% Lean: procentandel kroppsfett beräknad med Leans formel. Vikt/FFV: relationen mellan vikt och FettFriVikt.

Korrelationen mellan BMI och procentandelen fett beräknat med olika metoder framgår av tabell 4. BMI var signifikant korrelerat ($p < 0,001$) till fettandelen med samtliga metoder för beräkning av procentandelen fett. De olika metoderna gav dessutom resultat med signifikant bivariat korrelation.

Tabell 4: Pearsons korrelation mellan BMI och procentandel kroppsfett beräknat med tre olika metoder.

	Fett% BF 306	Fett% v.Döbeln	Fett% Lean	BMI
Fett% BF 306	X	0,7943	0,7709	0,8106
Fett% v. Döbeln		X	0,7146	0,8714
Fett% Lean			X	0,8316

BMI: BodyMassIndex kg/m^2 . Fett%BF306: procentandel kroppsfett mätt med direktvisande impedansmätare Omron BF 306. Fett% v.Döbeln: procentandel kroppsfett beräknad enligt v Döbeln. Fett% Lean: procentandel kroppsfett beräknad med Leans formel.

Den maximala prestationsförmågan på ergometercykel vid arbets-EKG jämfördes med samma individs effektutveckling på rullbandet (tabell 6). Genomsnittligt låg den maximala prestationsförmågan på 121 % av ett ålderskorrigerat normalvärde hämtat från Nordenfelts normalvärdestabell (8).

Beroende på att den genomsnittlige rökdykarens kroppsvikt var högre än 72 kg (84,4 kg) låg effekten på rullbandet på 226 W i genomsnitt i stället för nominellt 200 W. Efter korrigering (se formlerna 3 och 4 i formelsamling) för några kända olikheter mellan arbete på rullband och ergometercykel framräknades en differens mellan miniminivån och den maximala prestationsförmågan på i genomsnitt endast 26 W.

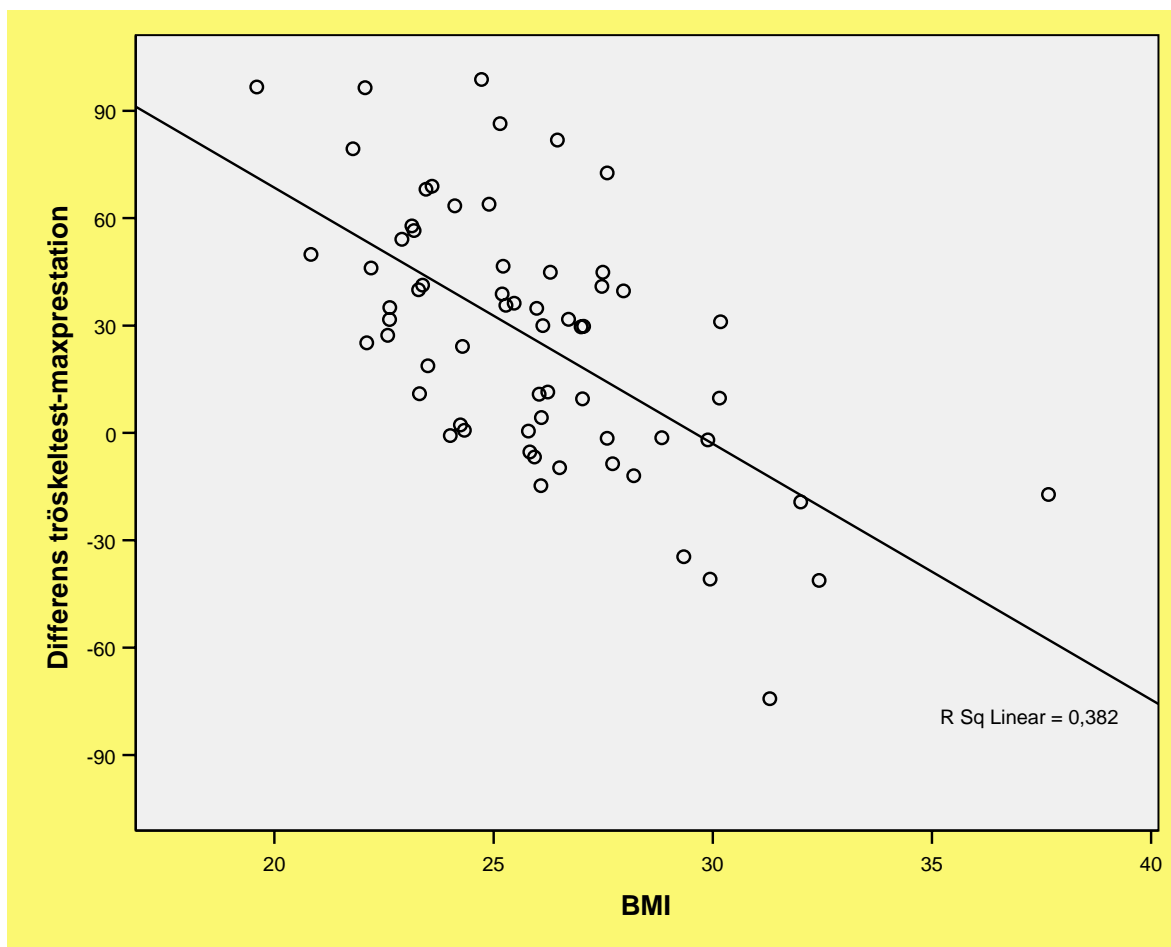
Tabell 5: Uppmätt/omräknad effektåtgång på rullband och ergometercykel

	Effekt rullband	Effekt a-EKG	Normalt a-EKG	% Normalt a-EKG	Korr Effekt a-EKG	diff. Effekt rullband - effekt a-EKG
Max	317	340	255	156	322	99
Medel	226	277	229	121	252	26
Min	183	220	179	96	191	-74
SD	27	29	16	12	31	36

Effekt rullband: effektåtgång för att klara minimikravet på fysisk prestationsförmåga.

Effekt a-EKG: uppmätt max värde på ergometercykel. Normalt a-EKG: ålderskorrigerade värden ur gällande normalvärdestabell. % Normalt a-EKG: aktuell prestation som procent av förväntat värde för åldern. Korr Effekt a-EKG: Effekt vid arbets-EKG korrigerat för den biomekaniska skillnaden mellan mätning på ergometercykel och på rullband. Diff Effekt rullband - effekt a-EKG: antal W skillnad mellan effektåtgången på rullband och på ergometercykel för samma individ

Differensen mellan tröskeltest (gång på rullband 200 W enligt AFS 2005:6) och maximalt presterad effekt var starkt negativt korrelerad till BMI (Pearsons korrelation = -0,618 $p < 0,001$), figur 1 .



Figur 1. Differens (maximalprestation – tröskeltest) relaterat till BMI

Diskussion

Brandmännen i Räddningstjänsten Östra Kronoberg hade således en genomsnittligt en högre procentandel kroppsfett än jämförelsegruppens (3) 19,1 % mätt med bioimpedansmätaren. Fettprocentbestämning utgående från FFV och direktmätning med bioimpedansmätaren gav närmast identiskt resultat (22,0 % respektive 21,6 %). Mätmetoden enligt Lean et al, som baseras på ålder och bukomfångsmåttet, ligger något högre (25,6 %) vilket talar för ökad bukfetma. Alla 3 metoderna korrelerade väl både till BMI och till varandra

Vikt/FFV föreslogs redan 1963 av v Döbeln (2) som ett lämpligt och lättmätt mått på övervikt. Hans undersökningsgrupp, studenter på dåvarande G. C. I i Stockholm, låg på 1,10 i genomsnitt. v. Döbeln föreslog att 1,20 skulle anses vara övre gräns för normalvikt, och inkluderade då lite marginal för felmätning av skelettmått. Kvoten Vikt/FFV används fortfarande, parallellt med BMI, i arbete med hälsoprofiler. Vid de hälsoprofilbedömningar (HPB) som görs enligt den s.k. Stråkenshusmodellen (9) används 1,30 som övre normalvärdesgräns. Brandmännens genomsnittsvärde uppmättes till just 1,30. (tabell 3).

BMI för svenska män i motsvarande ålder som brandmännen ligger på 26,0 kg/m² enligt SCB: s statistik för 2004 (10) Detta är 2,0 kg/m² högre än i det europeiska material som presenterats av Deurenberg och medarbetare (3); (tabell 5). Genomsnittsvärdet för brandmännens procentandel kroppsfett låg 2,5 procentenheter högre.

Tabell 6. BMI och procentandel kroppsfett brandmännen och ett europeiskt material.

	Ålder	Längd	Vikt	BMI	Fett%BF306	Fett%Referens
Brandmännen	41	1,80	84,4	26,0	21,6	----
Deurenberg män	36	1,79	77,4	24,0	19,1	20,1

Fett%BF 306: värde erhållet med impedansmätare. Fett%Referens: värde erhållet med hydrostatisk vägning och/eller DXA.

Gavhed och Holmér (7) vid dåvarande Arbetslivsinstitutet presenterade i en rapport 1998 en omfattande litteraturgenomgång av brandmäns prestationsförmåga och olika lämpliga sätt att mäta denna i praktisk verksamhet. Man konkluderade att tröskeltest på rullband i steady state 6 min bäst testade den grundkondition som krävdes för att klara arbetet.

Biomekaniken vid arbete på rullband och ergometercykel är emellertid inte direkt jämförbar, skillnaden är cirka 10 % för genomsnittspersonen men för en tränad cyklist kan skillnaden vara mindre. Inte heller kan man direkt jämföra belastningsökning som ramptest med arbete i steady state, skillnaden är i allmänhet cirka 20 % men kan som i denna studie mer exakt beräknas med Brudins formel (3 i formelsamling). Dessutom är det skillnad på arbete i träningskläder som vid arbets-EKG och i den tunga, täta skyddsklädsel som används vid rullbandstestet. Trots detta ger ändå differensen mellan prestationsmått en antydning om den marginal för ytterligare påfrestningar utöver minimikravet som den enskilde rökdykaren har.

Jämförelsen kan göras mer precis genom att beräkna syrgasförbrukning under arbete, detta medför ett ytterligare moment och tillför inte någon väsentlig ytterligare information.

Tröskeltestet på rullband 200W i 6 min motsvarar ungefär $VO_2\text{max}$ 40ml/kg x min. Detta anses i Räddningsverkets rapport "Hälsokrav vid rök- och kemdykning" (11) 1997 som en väl låg nivå jämfört med vad som krävs vid de tyngsta momenten vid praktisk rökdykning. En rimligare nivå anses vara 200 W i 8 min, motsvarande $VO_2\text{max}$ 45 ml/kg x minut.

Den negativa korrelationen mellan BMI och differensen mellan maximal prestationsförmåga på ergometercykel och effektåtgång vid tröskeltest på rullband (figur 1) är slående. Delvis betingas förstås detta av, att en överviktig rökdykare måste prestera mer på rullbandet men visar ändå vilken liten prestationsmarginal en del rökdykare har.

Under våren 2007 beställde RÖK en föreläsningsserie med information om kost och motion. Denna har nu påbörjats av två av våra företagssköterskor. Tid för fysisk träning inom uppdraget efterfrågas av rökdykarna och skulle sannolikt också förbättra kondition och styrka. Genom att lägga in vikt, bukmått och procentandel kroppsfett i en enkel datamodell kan man grafiskt illustrera tidigare och aktuella värden på BMI, fettprocent och prestationsmått. Detta kan göras vid de årligen återkommande kontrollerna. Man får då ett nytt instrument i det fortsatta hälsofrämjande arbetet bland brandmännen. Kanske kan det bidra till att öka träningsmotivationen, förbättra kondition och minska den tilltagande övervikten.

Slutsats

BMI och procentandel kroppsfett mättes i en grupp deltidsbrandmän med 3 oberoende metoder, som alla utgick från olika uppmätta parametrar. Man fann genomsnittligt värden något över normalområdet. Den höga korrelationen mellan BMI och kroppsfettprocent indikerar att högt BMI speglar hög fettansättning (övervikt) och inte stor mängd muskelmassa. Marginalen mellan grundkrav och maximalvärde för prestationsförmåga var också i många fall påtagligt liten. Differensens storlek visades vara starkt negativt korrelerad till BMI-värdet.

Formler

1. Fettfri kroppsvikt beräknad ur värden för skelettmått och kroppslängd enligt v Döbeln (2)

$$FFV = 15,1 \times k(L^{2 \times R \times F \times 100})^{0,712} \text{ där}$$

FFV: FettFriVikt. L: kroppslängd. R: summan av bredden över båda handlederna. F: summan av bredden över båda femurkondylerna,

2. Procentandel kroppsfett enligt Lean, ME (3)

$$(\text{Bukomfång} \times 0,567) + (\text{ålder} \times 0,101) - 31,8$$

3. Konvertera arbete enligt rampmodell till steady state enligt Lars Brudin (6)

$$W_{\max 6''} = ((W_{a,b})^6 / (36b))^{1/5} \text{ där}$$

$W_{\max 6''}$: effekten vid steady state 6 minuter. a: startbelastning, b: belastningsökning varje minut

4. Korrigera för den biomekaniska skillnaden mellan arbete vid cykling och gång, enligt Gavhed (7)

$$W_{\text{Cykling}} = W_{\text{Gång}} \times 1,10$$

5. Effektåtgång vid gång på rullband med 24 kg börda, bandhastighet 4,5 km/t och bandlutning 8°

$$0,0275 \times (\text{kroppsvikt} + 24\text{kg}) \times 4,5 \times 13,9 + 0,082 \times (\text{kroppsvikt} + 24\text{kg}) \times 4,5$$

Referenser.

1. Thelin A. Hälsoundersökning av brandmän i Östra Kronobergs Läns Räddningstjänst 2005. Rapport efter årskontroll, Prometa företagshälsovård, Lenhovda
2. v. Döbeln W, et al. Kroppsstorlek, cykelergometertest och fysisk arbetsförmåga. Läkartidningen nr 12, 1963
3. Deurenberg et al. The validity of predicted body fat percentage from body mass Index and from impedance in samples of five European populations. European Journal Of Clinical Nutrition (2001) **55**, 973-979
4. Lean ME et al. Predicting body composition by densitometry from simple Anthropometric measurements. Am J Clin Nutr. 1996 Jan; 63(1):4-14
5. Cardionics®. Belastning vid gång och cykling, Manual till rullband
6. Brudin LH, Samband mellan maximalt presterad effekt vid olika belastningsmönster Brauer K. och medf. Det kliniska arbetsprovet. 6.3; Studentlitteratur. Lund 2003
7. Gavhed Desirée, Holmér Ingvar Fysisk arbetsförmåga hos brandmän. Arbetslivs-rapport ISSN 140-2928 1998:29.
8. Nordenfelt I. Observationer och fynd vid arbetsprov. Brauer K. och medförf. Det kliniska arbetsprovet 6.2; 126-134. Studentlitteratur. Lund 2003
9. Andersson G, Masens W: Hälsoprofilbedömning, Stråkenshus, Kursmaterial 1988
10. Statistiska Centralbyrån, www.scb.se/
11. Arbetsmiljöverket, Författningssamling, Medicinska kontroller i Arbetslivet 2 005:6,

VILKA ÄR ARBETSMILJÖPROBLEMEN OCH VAD JOBBAR FÖRETAGSHÄLSOVÅRDEN MED?

Kartläggning av samtliga företag anslutna till en företagshälsovårdscentral.

Ingrid Modéer, företagsläkare, Växjö Hälsoforum AB, Växjö
Handledare Prof. em. Peter Westerholm, Arbetslivsinstitutet, Stockholm
Projektarbete Företagsläkarutbildningen 2003/2004
Arbetslivsinstitutet, Stockholm

Innehållsförteckning

	Sid.
Inledning	1
Syfte	1
Undersökt grupp.....	1
Metod.....	2
Resultat.....	3
Stora företag.....	3
Små företag.....	6
Mikroföretag	7
Diskussion.....	9
Slutsats	10
Litteratur	10
 Bilaga 1	

Sammanfattning

Inledning.

Gör företagshälsovården rätt saker? Det finns många åsikter om detta och företagshälsovården har blivit föremål för ett flertal utredningar men ännu är det långt till samsyn.

Syfte. Studiens syfte var att utifrån den egna FHV-centralens horisont kartlägga vilka arbetsmiljöproblem som kundföretagen hade samt vilken prioritering som de gjorde mellan dessa problem. Dessutom avsåg studien att kartlägga vilka tjänster som man köpte från FHV-centralen och om man ville ha någon ytterligare hjälp i arbetsmiljöfrågor.

Metod. Ett frågeformulär skickades hösten 2003 till verkställande direktör/chef (VD/chef) och till skyddsombud/ huvudskyddsombud (SO/HSO) på samtliga 228 företag som då var anslutna till FHV-centralen. Företagen indelas i 38 "stora företag" med minst 50 anställda, 97 "små företag" med 10-49 anställda, 93 "mikroföretag" med mindre än 10 anställda.

Resultat. Svarsfrekvensen var lägst i mikroföretagen, VD/chef 39% och SO/HSO 13%. I de stora företagen var svarsfrekvensen för VD/chef 84 % och SO/HSO 29 % och i de små företagen, VD/chef 64 % och SO/HSO 47 %.

Den arbetsmiljöfråga som man oftast hade problem med i de stora företagen var totalt sett ,dvs alla svar från VD/chef och SO/HSO, - rehabilitering.

I de små kundföretagen svarade man stress på grund av arbetsorganisationen och ventilationen som de två vanligaste arbetsmiljöproblemen.

1:a prioritering av arbetsmiljöfrågorna av VD/chef i de stora företagen var ergonomi ,livsstilsfrågor och den psykiska arbetsmiljön, och av SO/HSO var det stress på grund av arbetsorganisationen.

I de små kundföretagen hade VD/chef 1:a prioritet på stress till följd av arbetsorganisationen och SO/HSO hade ergonomi . I både stora och små företag har man konsulterat företagshälsovården mest i frågor om ergonomi .

I enkäten har framkommit att man i stora företag vill ha mer hjälp från företagshälsovården med framför allt rehabiliteringsfrågor, medan i små företag önskar man hjälp med ergonomifrågor.

Slutsats. Sammanfattningsvis kan man se att de arbetsmiljöfrågor som man mest tar upp är stress till följd av arbetsorganisationen, rehabilitering och brister i inomhusluftens kvalitet medan ergonomi är det som man vill ha mer hjälp med från företagshälsovården liksom med livsstilsfrågor.

Inledning

Gör företagshälsovården rätt saker? Det finns många åsikter om detta och företagshälsovården har blivit föremål för ett flertal utredningar. En ström av utredningar har avlöst varandra och den nu aktuella utredningen kom december 2004 men har nu 2 år senare ännu inte resulterat i något slutgiltigt förslag (1).

Gör vi på vår företagshälsa rätt saker? Frågan är lika viktig för vår företagshälsovårdscentral som för våra kundföretag som i kvalitetssäkringssammanhang. Frågan har varit ursprungsfrågan till denna kartläggning och uppsats. Vilka arbetsmiljöproblem har företagen ofta problem med? Vad prioriterar man bland dessa? För vad har man kontaktat företagshälsovårdscentralen? Vill man nyttja företagshälsovårdens kompetens mer? Hur ser det ut i stora respektive små företag? Skiljer sig svaren mellan industri- och verkstadsföretag (I & V) jämfört med övriga företag (Övriga)? Är svaren från verkställande direktörer och chefer (VD /chef) annorlunda än dem från skyddsombud och huvudskyddsombud (SO/HSO)?

Vår företagshälsovårdscentral drivs i privat regi. Det är en förening vars dotterbolag är vår verksamhet. Vår kundkrets är medlemsföretagen och företag som är kontraktsanslutna direkt till vår verksamhet samt leveranser till företag enligt underleverantörsavtal.

Vid tidpunkten för undersökningen var 228 företag anslutna till vår verksamhet varav 49 var I & V- företag, och 179 var "Övriga". Exempel på typ av företag som betecknades som "Övriga" var: handelsföretag, transportföretag, IT-företag, callcenterföretag och olika kyrkliga samfund och pastorat.

Syfte

Studiens huvudsyfte var att kartlägga våra kunders problem med arbetsmiljön, och att få en bild av vad man prioriterar samt om/ hur man använder FHVC's tjänster och ifall man önskar nyttja företagshälsovården på annat sätt.

Undersökt grupp

När kartläggningen gjordes i januari 2004 fanns 228 anslutna företag. Industri- och verkstadsföretag, utgjorde 21 % av företagen och hade totalt ca 3000 anställda d v s nästan hälften av alla anställda i våra anslutna kundföretag (Tabell 1).

Indelning gjordes även med avseende på företagens storlek i 3 grupper:

Stora företag: Minst 50 anställda – 38 företag (17 %) med totalt 4 220 anställda,
13 företag var inom I & V och 25 var "Övriga" företag.

Små företag: 10 – 49 anställda – 97 företag (42 %) med totalt 2 271 anställda,
30 företag var inom I & V och 67 var inom "Övriga" företag.

Mikroföretag: Mindre än 10 anställda – 93 företag (41 %) med totalt 457 anställda,
6 företag var inom I & V och 87 inom gruppen "Övriga" företag.

Tabell 1. Samtliga företag anslutna till företagshälsovårdscentralen januari 2004, avseende typ av företag och företagets storlek.

	Stora företag		Små företag		Mikroföretag		totalt
	antal företag	antal anställda	antal företag	antal anställda	antal företag	antal anställda	antal anställda
I&V företag	13	2065	30	778	6	67	2910
”Övriga” företag	25	2155	67	1493	87	390	4038
Samtliga företag	38	4220	97	2271	93	457	6948

Metod

Drygt en månad innan enkäten skickades ut, fick företagen förhandsinformation om att enkäten skulle komma och varför. Varje företag fick i ett brev två enkäter och två frankerade svarskuvert – den ena var avsedd för VD/chef och den andra för SO/HSO. Svar inom 14 dagar anmodades. Om svar ej inkommit då, gjordes telefonpåminnelse. Enkäten skickades ut i mitten av januari månad 2004. Svar som kom fem veckor eller senare efter anmodad tid togs inte med i sammanställningen av resultaten. Distributionen av enkäterna gjordes via företagens ordinarie postutdelning.

En enkät togs fram som innehöll frågor som hade använts i en tidigare studie av företagshälsovårdsenheter från hela landet (2). Därtill infogades ytterligare några frågor av lokalt intresse för den aktuella företagshälsovårdscentralen vilka ej redovisas i denna rapport. Enkäten finns i sin helhet som bilaga (Bilaga 1).

De frågor i enkäten som redovisas i föreliggande rapport är:

Fråga 1: Hur ofta tycker Du att Ert företag har problem med följande inslag i arbetsmiljön?

Fråga 2: Inför den nära framtiden, vilka frågor anser Du vara de väsentligaste för Ert företag. Ange i prioriteringsordning 3 av ovanstående arbetsmiljöfrågor.

Fråga 6: Hur ofta utnyttjar Du inom Ert företag företagshälsovårdens tjänster för att få hjälp med följande arbetsmiljöfrågor?

Fråga 7: Vilken eller vilka av följande frågor anser Du att det finns anledning att inom Ert företag använda Er mer av företagshälsovårdens tjänster?

På fråga 1, 6 och 7 uppmanades den svarande reflektera över 11 olika arbetsmiljöfrågor (A-K) med svarsalternativen ”aldrig”, ”någon gång”, ”ofta”, ”mycket ofta” och ”vet ej”. Antal svar med alternativen ’ofta’ eller ’mycket ofta’ räknades samman och redovisas.

På fråga 2 uppmanades den svarande rangordna de 3 främsta arbetsmiljöfrågorna för framtiden, för det egna företaget. Arbetsmiljöfrågor som angavs som 1:a prioritet räknades samman och redovisas.

Svaren från inkomna enkäter redovisas deskriptivt med uppdelning utifrån typ av företag (I & V och ”Övriga”), företagets storlek (stora, små, mikro) och den svarandes befattning (VD/chef och SO/HSO).

Resultat

Enkäten besvarades i större utsträckning av de stora företagen jämfört av de små och i större utsträckning av gruppen VD/chef jämfört med gruppen SO/HSO. I mikroföretagen hade VD/chef också hög svarsfrekvens (Tabell 2).

Tabell 2. Företag som besvarat enkäten, avseende typ av företag och företagets storlek och typ av svarande

	Stora företag		Små företag		Mikroföretag	
	antal företag	andel svarande	antal företag	andel svarande	antal företag	andel svarande
I&V företag						
VD/chef	12 av 13	92 %	21 av 30	70 %	5 av 6	83 %
SO/HSO	9 av 13	69 %	17 av 30	57 %	2 av 6	33 %
"Övriga" företag						
VD/chef	20 av 25	80 %	41 av 67	61 %	33 av 87	38 %
SO/HSO	12 av 25	48 %	29 av 67	43 %	12 av 87	14 %

Stora företag

Fråga 1:

VD/chef i stora företag hade frågor om rehabilitering som det oftast förekommande problemet därefter inom ergonomi- och belastningsskadeområdet. Inom industri- och verkstadsföretag var svaren lika fördelade på ergonomi och frågor om rehabilitering. Inom "övriga" företag var frågor om rehabilitering det oftast förekommande problemet och därefter inomhusluftens kvalitet och stress till följd av arbetsorganisationen (Tabell 3).

SO/HSO i stora företag svarade att det oftast förekommande problemet var stress till följd av arbetsorganisationen och därefter frågor om rehabilitering och om den psykiska arbetsmiljön. Inom industri- och verkstadsföretagen var det frågor om rehabilitering och stress till följd av arbetsorganisationen som var oftast förekommande och i "övriga" företag var det stress till följd av arbetsorganisationen och problem i psykiska arbetsmiljön (Tabell 4).

Fråga 2:

VD/chef i stora företag prioriterade i första hand ergonomi, livsstilsfrågor och psykisk arbetsmiljö – lika fördelat på de tre alternativen.. Inom industri och verkstadsföretagen var ergonomin högst prioriterad av VD/chef. VD/chef i "övriga" företag satte svarsalternativen livsstilsfrågor, rehabilitering och psykiska arbetsmiljön på högsta prioritet (Tabell 3).

SO/HSO i stora företag hade stress till följd av arbetsorganisationen som högst prioriterad fråga liksom SO/HSO inom industri- och verkstadsföretagen. Inom "övriga" företag var prioriteringen mer jämnt fördelad på stress till följd av arbetsorganisationen, psykisk arbetsmiljö och frågor om rehabilitering (Tabell 4).

Fråga 6:

VD/chef i stora företag satte frågor om rehabilitering som det man oftast anlidade företagshälsovården för. För VD/chef inom I&V företagen var det inom ergonomiområdet och i "övriga" företag var det frågor om rehabilitering som man oftast hade kontaktat företagshälsovården (Tabell 3).

SO/HSO i stora företag hade ergonomi som oftast förekommande kontaktorsak med företagshälsovården. Inom industri och verkstadsföretagen var det lika fördelat mellan ergonomi och frågor om rehabilitering. SO/HSO i "övriga" företag hade oftast haft ergonomifrågor som är kontaktorsak till företagshälsovården (Tabell 4).

Fråga 7:

VD/chef i stora företag ville ha mer hjälp från företagshälsovården i frågor om rehabilitering de gällde både industri och verkstadsföretag och "övriga" företag (Tabell 3).

SO/HSO i stora företag tillsammans och var för sig I&V och "övriga" företag önskade mer hjälp i ergonomi/belastningsskade frågor (Tabell 4).

Tabell 3. Stora företag. Verkställande direktörer och chefers (VD/chef) syn på det egna företagets huvudsakliga arbetsmiljöproblem (fråga 1 och 2) och nyttjande av FHV-centralens tjänster (fråga 6 och 7), redovisat för industri- och verkstads- företag (I&V) samt för övriga företag (Övriga). Antal svarande var för I&V =12 personer och för Övriga= 20 personer.

Stora f.tag	Typ av arbetsmiljöproblem											
VD/chef	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	
Fråga 1												A. Ergonomiska problem och belastningsskador
I&V	5	2	2	1	4	5	1	0	0	1	0	B. Belysning, buller och vibrationer
Övriga	3	1	4	0	3	5	1	4	0	0	1	C. Inomhusluftens kvalitet, ventilation och liknande
Alla stora	8	3	6	1	7	10	2	4	0	1	1	
Fråga 2												D. Kemiska hälsorisker, överkänslighet och allergi
I&V	4	0	0	0	3	1	3	1	0	0	0	E. Livsstilsfrågor som kost, motion, rökavvänjning
Övriga	2	0	1	0	3	3	3	2	0	0	2	F. Frågor om rehabilitering
Alla stora	6	0	1	0	6	4	6	3	0	0	2	
Fråga 6												G. Psykisk arbetsmiljö som tex trivsel, samarbetsfrågor, hot om våld, mm
I&V	6	2	0	1	5	5	2	0	2	0	0	H. Frågor som rör stress till följd av arbetsorganisationen
Övriga	7	2	2	0	3	9	1	3	3	2	0	
Alla stora	13	4	2	1	8	14	3	3	5	2	0	
Fråga 7												I. Missbruksfrågor
I&V	5	1	0	1	6	8	3	0	3	1	0	J. Frågor om förebyggande och omhändertagande vid olycksfall
Övriga	5	3	2	2	7	10	5	6	4	3	1	K. Andra arbetsmiljöproblem
Alla stora	10	4	2	3	13	18	8	6	7	4	1	

Tabell 4. Stora företag. Skyddsombud och huvudskyddsombudens (SO/HSO) syn på det egna företagets huvudsakliga arbetsmiljöproblem (fråga 1 och 2) och nyttjande av FHV-centralens tjänster (fråga 6 och 7), redovisat för industri- och verkstadsföretag (I&V) samt för "övriga" företag (Övriga). Antal svarande var för I&V = 9 personer och för Övriga = 12 personer.

Stora f.tag	Typ av arbetsmiljöproblem											
SO/HSO	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	
Fråga 1												A. Ergonomiska problem och belastningsskador
I&V	3	3	3	0	2	4	2	4	1	1	0	B. Belysning, buller och vibrationer
Övriga	1	1	3	0	3	3	5	5	0	0	0	C. Inomhusluftens kvalitet, ventilation och liknande
Alla stora	4	4	6	0	5	7	7	9	1	1	0	
Fråga 2												D. Kemiska hälsorisker, överkänslighet och allergi
I&V	1	0	1	0	0	0	2	3	0	0	2	E. Livsstilsfrågor som kost, motion, rökavvänjning mm
Övriga	1	0	1	0	0	2	2	2	0	0	1	F. Frågor om rehabilitering
Alla stora	2	0	2	0	0	2	4	5	0	0	3	
Fråga 6												G. Psykisk arbetsmiljö som tex trivsel, samarbetsfrågor, hot om våld, mm
I&V	3	1	0	1	2	3	1	0	2	2	0	H. Frågor som rör stress till följd av arbetsorganisationen
Övriga	7	2	0	0	1	5	1	4	1	1	0	
Alla stora	10	3	0	1	3	8	2	4	3	3	0	
Fråga 7												I. Missbruksfrågor
I&V	7	4	4	2	4	5	4	3	4	3	0	J. Frågor om förebyggande och omhändertagande av olycksfall
Övriga	8	4	5	1	2	3	2	3	2	1	0	K. Andra arbetsmiljöproblem
Alla stora	15	8	9	3	6	8	6	6	6	4	0	

Små företag

Fråga 1:

VD/chef i små företag hade frågor om stress till följd av arbetsorganisationen som ett ofta förekommande problem i arbetsmiljön, det var fallet också i "övriga" företag. Inom industri- och verkstadsföretag uppgav man frågor om belysning, buller och vibrationer som vanligt arbetsmiljöproblem (Tabell 5).

SO/HSO i alla små företag hade svarat att inomhusluftens kvalitet var den arbetsmiljöfråga man oftast hade problem med, det gällde även industri- och verkstadsföretag respektive "övriga" företag vart för sig (Tabell 6).

Fråga 2:

VD/chef i alla och "övriga" små företag prioriterade i första hand stress till följd av arbetsorganisationen. I industri- och verkstadsföretagen prioriterades ergonomin mest (Tabell 5).

SO/HSO i alla små företag prioriterade ergonomin i första hand, så även inom industri- och verkstadsföretagen. SO/HSO inom "övriga" företag prioriterade den psykiska arbetsmiljön högst (Tabell 6).

Fråga 6:

VD/chef i alla små företag uppgav ergonomifrågor som oftast förekommande kontaktorsak med företagshälsovården, så även inom industri och verkstadsföretagen. VD/chef i "övriga" företag uppgav både frågor om ergonomi och om rehabilitering som oftast förekommande kontakt med företagshälsovården (Tabell 5).

SO/HSO i alla små företag, i små industri- och verkstadsföretag och i "övriga" små företag uppgavs frågor om ergonomi/belastningsskador som vanligaste kontaktorsaken med företagshälsovården (Tabell 6).

Fråga 7:

VD/chef i alla små företag menade att det var inom ergonomiområdet som man önskade mer från företagshälsovården framöver. Det gällde både I&V företag och "övriga" företag.

"Övriga" företag önskade i lika stor utsträckning mer hjälp i livsstilsfrågor (Tabell 5).

SO/HSO i alla små företag, I&V företag och "övriga" företag hade flest svar på ergonomiska problem och ville anlita företagshälsovården mer i dessa frågor (Tabell 6).

Tabell 5. Små företag. Verkställande direktörer och chefers (VD/chef) syn på det egna företagets huvudsakliga arbetsmiljöproblem (fråga 1 och 2) och nyttjande av FHV-centralens tjänster (fråga 6 och 7), redovisat för industri- och verkstads- företag (I&V) samt för "övriga" företag (Övriga). Antal svarande var för I&V = 21 personer och för Övriga = 41 personer.

Små f.tag	Typ av arbetsmiljöproblem											
VD/chef	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	
Fråga 1												A. Ergonomiska problem och belastningsskador
I&V	2	5	3	0	0	1	0	4	0	0	0	B. Belysning, buller och vibrationer
Övriga	4	1	4	0	1	1	1	12	0	1	1	C. Inomhusluftens kvalitet, ventilation och liknande
Alla små	6	6	7	0	1	2	1	16	0	1	1	
Fråga 2												D. Kemiska hälsorisker, överkänslighet och allergi
I&V	5	2	2	1	2	2	1	2	0	1	1	E. Livsstilsfrågor som kost, motion, rökavvänjning
Övriga	8	0	1	0	2	0	4	13	0	3	3	F. Frågor om rehabilitering
Alla små	13	2	3	1	4	2	5	15	0	4	4	
Fråga 6												G. Psykisk arbetsmiljö som tex trivsel, samarbetsfrågor, hot om våld, mm
I&V	4	1	2	1	0	3	1	1	2	1	0	H. Frågor som rör stress till följd av arbetsorganisationen
Övriga	5	1	1	0	3	5	1	3	0	1	0	
Alla små	9	2	3	1	3	8	2	4	2	2	0	
Fråga 7												I. Missbruksfrågor
I&V	8	3	4	1	4	4	3	4	2	3	1	J. Frågor om förebyggande och omhändertagande vid olycksfall
Övriga	8	1	2	0	8	4	3	7	2	1	0	K. Andra arbetsmiljöproblem
Alla små	16	4	6	1	12	8	6	11	4	4	1	

Tabell 6. Små företag. Skyddsombud och huvudskyddsombudens (SO/HSO) syn på det egna företagets huvudsakliga arbetsmiljöproblem (fråga 1 och 2) och nyttjande av FHV-centralens tjänster (fråga 6 och 7), redovisat för industri- och verkstads- företag (I&V) samt för ”övriga” företag (Övriga). Antal svarande var för I&V = 17 personer och för Övriga = 29 personer.

Små f.tag	Typ av arbetsmiljöproblem											
SO/HSO	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	
Fråga 1												A. Ergonomiska problem och belastningsskador
I&V	5	1	11	1	0	0	2	5	1	1	0	B. Belysning, buller och vibrationer
Övriga	8	6	11	3	1	3	6	8	0	1	0	C. Inomhusluftens kvalitet, ventilation och liknande
Alla små	13	7	22	4	1	3	8	13	1	2	0	
Fråga 2												D. Kemiska hälsorisker, överkänslighet och allergi
I&V	4	1	3	0	0	0	1	3	0	0	1	E. Livsstilsfrågor som kost, motion, rökavvänjning mm
Övriga	5	0	4	0	1	0	7	2	0	1	6	F. Frågor om rehabilitering
Alla små	9	1	7	0	1	0	8	5	0	1	7	
Fråga 6												G. Psykisk arbetsmiljö som tex trivsel, samarbetsfrågor, hot om våld, mm
I&V	4	1	0	0	1	1	2	1	0	2	0	H. Frågor som rör stress till följd av arbetsorganisationen
Övriga	3	2	1	0	1	2	2	0	0	0	0	
Alla små	7	3	1	0	2	3	4	1	0	2	0	
Fråga 7												I. Missbruksfrågor
I&V	8	4	5	1	2	3	2	3	2	1	0	J. Frågor om förebyggande och omhändertagande av olycksfall
Övriga	12	4	5	4	6	3	6	8	1	3	1	K. Andra arbetsmiljöproblem
Alla små	20	8	10	5	8	6	8	11	3	4	1	

Mikroföretag

Fråga 1:

VD/chef i mikroföretagen hade inomhusluftens kvalitet som det vanligast förekommande arbetsmiljöfrågeproblemet – det gäller även i ”övriga” företag. Inom I&V var det mer spridning på vad som var det vanligaste arbetsmiljöproblemet (Tabell 7).

SO/HSO i mikroföretagen hade sammantaget satt stress till följd av arbetsorganisationen som det vanligaste arbetsmiljöproblemet. Inom I&V företagen fanns två svar på denna frågan och de fördelade sig på belysning, buller och vibrationer och stress till följd av arbetsorganisationen (Tabell 8).

Fråga 2:

VD/chef prioriterade lika vad gäller stress till följd av arbetsorganisationen, problem med inomhusluftens kvalitet och ergonomifrågor. VD/chef i ”övriga” företag satte inomhusluftens kvalitet som högst prioriterad arbetsmiljöfråga. I de minsta I&V företagen var prioriteringen olika i de fyra svar som inkommit (Tabell 7).

SO/HSO inom I&V hade ett svar och det gällde kemiska hälsorisker, som var det högst prioriterade arbetsmiljöfrågeproblemet. SO/HSO i ”övriga” företag hade stress till följd av arbetsorganisationen som mest prioriterad arbetsmiljöfråga (Tabell 8).

Fråga 6:

De arbetsmiljöfrågor VD/chef sökt företagshälsovården för har gällt stress till följd av arbetsorganisationen och ergonomifrågor (Tabell 7).

Skyddsombuden har någon gång kontaktat företagshälsovården i vad gällde en psykiska arbetsmiljön och på grund av stress till följd av arbetsorganisationen (Tabell 8)

Fråga 7:

VD/chef i mikroföretagen ville ha mer av ergonomirelaterade insatser och hjälp med stress till följd av arbetsorganisationen från företagshälsovården (Tabell 7).

Skyddsombuden inom I&V hade inte satt upp något som man ville ha hjälp med från företagshälsovården, men inom "övriga" företag var det mest i frågor om stress till följd av arbetsorganisationen (Tabell 8).

Tabell 7. Mikroföretag. Verkställande direktörer och chefers (VD/chef) syn på det egna företagets huvudsakliga arbetsmiljöproblem (fråga 1 och 2) och nyttjande av FHV-centralens tjänster (fråga 6 och 7), redovisat för industri- och verkstads- företag (I&V) samt för "övriga" företag (Övriga). Antal svarande var för I&V = 5 personer och för Övriga = 33 personer.

Mikro f.tag	Typ av arbetsmiljöproblem											
VD/chef	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	
Fråga 1												A. Ergonomiska problem och belastningsskador
I&V	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	B. Belysning, buller och vibrationer
Övriga	5	3	8	0	2	1	3	7	0	1	3	C. Inomhusluftens kvalitet, ventilation och liknande
Alla mikrof	6	4	9	0	2	1	3	7	0	1	4	
Fråga 2												D. Kemiska hälsorisker, överkänslighet och allergi
I&V	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	E. Livsstilsfrågor som kost, motion, rökavvänjning
Övriga	4	0	5	1	1	0	3	4	0	1	3	F. Frågor om rehabilitering
Alla mikrof	5	0	5	2	1	0	3	5	0	1	4	
Fråga 6												G. Psykisk arbetsmiljö som tex trivsel, samarbetsfrågor, hot om våld, mm
I&V	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	H. Frågor som rör stress till följd av arbetsorganisationen
Övriga	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
Alla mikrof	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
Fråga 7												I. Missbruksfrågor
I&V	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	J. Frågor om förebyggande och omhändertagande vid olycksfall
Övriga	5	1	1	0	3	1	2	3	0	0	0	K. Andra arbetsmiljöproblem
Alla mikrof	5	1	1	0	3	1	2	3	0	0	0	

Tabell 8. Mikroföretag. Skyddsombudens syn på det egna företagets huvudsakliga arbetsmiljöproblem (fråga 1 och 2) och nyttjande av FHV-centralens tjänster (fråga 6 och 7), redovisat för industri- och verkstads- företag (I&V) samt för ”övriga” företag (Övriga). Antal svarande var för I&V = 2 personer och för Övriga = 12 personer.

Mikro f.tag	Typ av arbetsmiljöproblem											
VD/chef	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	
Fråga 1												A. Ergonomiska problem och belastningsskador
I&V	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	B. Belysning, buller och vibrationer
Övriga	1	0	5	0	0	0	2	4	0	0	1	C. Inomhusluftens kvalitet, ventilation och liknande
Alla mikrof	1	1	5	0	0	0	2	5	0	0	1	
Fråga 2												D. Kemiska hälsorisker, överkänslighet och allergi
I&V	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	E. Livsstilsfrågor som kost, motion, rökavvänjning
Övriga	2	0	0	0	0	0	3	1	0	0	1	F. Frågor om rehabilitering
Alla mikrof	2	0	0	1	0	0	3	1	0	0	1	
Fråga 6												G. Psykisk arbetsmiljö som tex trivsel, samarbetsfrågor, hot om våld, mm
I&V	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	H. Frågor som rör stress till följd av arbetsorganisationen
Övriga	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	
Alla mikrof	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	
Fråga 7												I. Missbruksfrågor
I&V	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	J. Frågor om förebyggande och omhändertagande vid olycksfall
Övriga	1	0	0	1	2	1	1	3	0	0	0	K. Andra arbetsmiljöproblem
Alla mikrof	1	0	0	1	2	1	1	3	0	0	0	

Diskussion

Resultaten i de olika frågeställningarna har fallit ut olika beroende på vilken grupp man granskat. Sett till alla svar från alla företag och från VD/chef och SO/HSO sammantagna så dominerade arbetsmiljöproblemen, och rörande inomhusluftens kvalitet och stress till följd av arbetsorganisationen – därefter kom ergonomiska problem och belastningsskador och belysning, buller och vibrationsfrågorna. Sett till alla företag och alla svar både från VD/chef och SO/HSO sammantagna så hade ergonomiska problem/belastningsskador en dominerande plats i frågorna om prioritering, vad man har sökt företagshälsovården för och vad man ville ha mer av från företagshälsovården.

Ergonomifrågor var vanliga enligt VD/chefer i stora företag och man har också givit det hög prioritet, man har nyttjat vår kompetens i detta område och ville också ha mer inom det området. Generellt kan man säga att alla företagen har haft många ergonomiska insatser från företagshälsovården och ville ha än mer av dem.

Rehabiliteringsproblematiken är stor i de stora företagen, men har inte samma dominans i de små företagen och i mikroföretagen. Ansvar för rehabilitering har ju legat hos arbetsgivare och försäkringskassan, men företagshälsovården har haft en unik roll under rehabiliteringen. Vi har en samlad kompetens som kan vara mycket värdefull både för den försäkrade och för arbetsgivaren.

Det VD/chef i stora företag önskade mer hjälp med från företagshälsovården var med rehabiliteringsfrågor. För VD/chef i de små och minsta företagen var det med ergonomi, livsstilsfrågor och med stress på grund av arbetsorganisationen.

Det finns samstämmighet i resultaten i denna studie jämfört med resultatet av den undersökning som redovisas i Westerholms och Bostedts artikel (2) på flera punkter. I nämnda artikel var det inomhusluftens kvalitet och därefter ergonomiska frågor som var de vanligaste arbetsmiljöproblemen. Att inomhusluftens kvalitet var det vanligaste problemet framkom både i nämnda artikel och även i denna studie. Både i Westerholms och Bostedts undersökning och i denna framkom att det man ville ha mer hjälp med från företagshälsovårdscentralen var framför allt i ergonomi och i belastningsskadefrågor. Våra kundföretag hade hög prioritering på stress till följd av arbetsorganisationen och det framkom i denna undersökning att man inte vänt sig till företagshälsovården i den frågan tidigare, men nu ville man ha mer av den insatsen framöver. En förklaring till detta kunde vara att vi vid tiden för denna undersökning inte hade någon beteendevetare eller annan kompetens i de frågorna inom vår verksamhet utan endast i vårt nätverk. I enkäten har alla frågor om sjukvård uteslutits då jag velat lägga fokus på själva arbetsmiljöfrågorna. Vi vet att företagen vill ha mer sjukvård – det är en fråga om fördelning av tid och vad vårt uppdrag är.

Mikroföretagens skyddsombud hade låg svarsfrekvens. De allra minsta företagen – de med mindre än fem anställda – har ju enligt arbetsmiljölagen ej skyldighet att ha skyddsombud, såvida inte verksamheten kräver vilket delvis kan förklara den låga svarsfrekvensen i den gruppen. Men även i de stora företagen var svarsfrekvensen för SO/HSO betydligt lägre jämfört med VD/chefsgruppens. En möjlig anledning kunde vara att enkäten ej nått fram till skyddsombudet. Ett säkrare sätt att nå ut hade varit att skicka dem i två enskilda kuvert.

Hur kan vi komma till i företagen för att kunna påverka förebyggandearbetet?

Karaktären på avtalet mellan företaget och företagshälsovården ger möjligheter men också begränsningar i vårt arbete. Att kunna vara med där besluten fattas i ett företag är mest aktuellt för den inbyggda företagshälsovården. Det man inte vet kan det vara svårt att se och fråga om. Därför är det viktigt för oss att vid planeringsmöten lyfta fram vad vi på vår företagshälsovårdcentral kan erbjuda och förhoppningsvis på så sätt bidra till en än bättre arbetsmiljö.

Slutsats

Med denna kartläggning har vi ringat in var företagen oftast har sina arbetsmiljöproblem och vad man önskar av företagshälsovården. Kundföretagen har mest problem med stress till följd av arbetsorganisationen, rehabilitering och inomhusluftens kvalitet. Det man vill ha mer hjälp med från företagshälsovården är ergonomi och livsstilsfrågor. Vetskapen om denna kontrast mellan upplevda problem i arbetsmiljön och vad man vill ha ut av oss inom företagsvården är värdefull våra framtida kundkontakter och manar till fortsatt analys.

Litteratur

1. SOU 2004:113 (2004) Utveckling av god företagshälsovård - ny lagstiftning och andra åtgärder. Betänkande av 2003 års företagshälsovårdsutredning, Fritzes, Stockholm.
2. Prof. P. Westerholm och doc. G. Bostedt (2004) kapitel om Företagshälsovård i förändring s.348-366 i Framtidens Arbetsmiljö- och Tillsynsarbete, Studentlitteratur, Lund

Enkät till Växjö HälsoForums kunder

Växjö 2004-01-14

Besvarad enkät emottas inom 14 dagar. Var god använd bifogat svarskuvert.

Hur många anställda finns i Ert företag? personer

Vilken är Er funktion i företaget?

VD/Chef/Personal-
ansvarig

Skyddsombud: LO/SACO/TCO

Huvudskyddsombud

☐☐☐**Frågor om hur Ni ser på arbetsmiljön i Ert företag:****Fråga 1. Hur ofta tycker Du att Ert företag har problem med följande inslag i arbetsmiljön?**

	Aldrig	Någon gång	Ofta	Mycket ofta	Vet ej
A. Ergonomiska problem och belastningsskador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Belysning, buller och vibrationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Inomhusluftens kvalitet, ventilation och liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Kemiska hälsorisker, överkänslighet och allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Livsstilsfrågor som kost, motion, rökavvänjning mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Frågor om rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Psykisk arbetsmiljö som t ex trivsel, samarbetsfrågor, hot om våld mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Frågor som rör stress till följd av arbetsorganisationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Missbruksfrågor (alkohol- eller droger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Frågor om förebyggande och omhändertagande av olycksfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Andra arbetsmiljöproblem (ge exempel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

.....

.....

Fråga 2. Inför den nära framtiden, vilka arbetsmiljöfrågor anser Du vara de väsentligaste för Ert företag. Ange i prioriteringsordning tre av arbetsmiljöfrågorna ovan.

1. _____

2. _____

3. _____

Fråga 3. När en arbetsmiljöfråga aktualiseras vid Ditt företag, med vem/vilka har Du kontakt, och hur ofta?

	Regelbundet	Sporadiskt	Aldrig
Arbetstagare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skyddsombud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huvudskyddsombud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fackligt kontaktombud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fackklubb/avdelning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsledare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VD/Produktionschef	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skyddskommitté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Företagshälsovård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fråga 4. Nedan ges fyra påståenden om arbetsmiljöarbete. Instämmer Du helt, delvis eller inte alls i att man i Ert arbetsmiljöarbete behöver:

	Helt	Delvis	Inte alls	Vet ej
A. Se över arbetsformerna för arbetsmiljöarbetet, d v s arbetssätt, deltagande, organisation och ledning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Se över de ekonomiska och personella resurserna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Ägna mera uppmärksamhet åt gällande lagar och avtal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Ändra inställningen till arbetsmiljöarbetet och dess betydelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fråga 5. Har chefer/arbetsledare på Ditt företag genomgått ledarskapsprogram?

☐ Ja% av dem

☐ Nej

Frågor om kontakter med företagshälsovården d v s Växjö HälsoForum AB

Fråga 6. Hur ofta utnyttjar Ni inom Ert företag företagshälsovårdens tjänster för att få hjälp med följande:

	Aldrig	Någon gång	Ofta	Mycket ofta	Vet ej
A. Ergonomiska problem och belastningsskador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Belysning, buller och vibrationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Inomhusluftens kvalitet, ventilation och liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Kemiska hälsorisker, överkänslighet och allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Livsstilsfrågor som kost, motion, rökavvänjning mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Frågor om rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Psykisk arbetsmiljö som t ex trivsel, samarbetsfrågor, hot om våld mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Frågor som rör stress till följd av arbetsorganisationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Missbruksfrågor (alkohol- eller droger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Frågor om förebyggande och omhändertagande av olycksfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Andra arbetsmiljöproblem (ge exempel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....					
.....					
.....					

Fråga 7. Vilken eller vilka av följande frågor anser Du det finns anledning att inom Ert företag använda Er mer av företagshälsovårdens d v s Växjö HälsoForums tjänster?

	Aldrig	Någon gång	Ofta	Mycket ofta	Vet ej
A. Ergonomiska problem och belastningsskador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Belysning, buller och vibrationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Inomhusluftens kvalitet, ventilation och liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aldrig	Någon gång	Ofta	Mycket ofta	Vet ej
D. Kemiska hälsorisker, överkänslighet och allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Livsstilsfrågor som kost, motion, rökavvänjning mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Frågor om rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Psykisk arbetsmiljö som t ex trivsel, samarbetsfrågor, hot om våld mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Frågor som rör stress till följd av arbetsorganisationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Missbruksfrågor (alkohol- eller droger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Frågor om förebyggande och omhändertagande av olycksfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Andra arbetsmiljöproblem (ge exempel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....					
.....					
.....					

Fråga 8. Hur värderar Ni företagshälsovårdens kompetens att medverka i att åtgärda följande arbetsmiljöfrågor?

	Mycket låg	Ganska låg	Ganska hög	Mycket hög	Vet ej
A. Ergonomiska problem och belastningsskador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Belysning, buller och vibrationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Inomhusluftens kvalitet, ventilation och liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Kemiska hälsorisker, överkänslighet och allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Livsstilsfrågor som kost, motion, rökavvänjning mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Frågor om rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Psykisk arbetsmiljö som t ex trivsel, samarbetsfrågor, hot om våld mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Frågor som rör stress till följd av arbetsorganisationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Missbruksfrågor (alkohol- eller droger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Mycket låg	Ganska låg	Ganska hög	Mycket hög	Vet ej
J. Frågor om förebyggande och omhändertagande av olycksfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Andra arbetsmiljöproblem (ge exempel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				
				
				

Fråga 9. Vilket av följande fyra påståenden överensstämmer bäst med hur Ditt företags kontakter med företagshälsovården fungerar?

- A.** Företagshälsovården utgör en viktig och ofta använd resurs för företaget ☐
- B.** Företagshälsovården utgör en viktig men outnyttjad resurs för företaget ☐
- C.** Företagshälsovården har lite att erbjuda som bidrar till arbetsmiljön i företaget ☐
- D.** Företagshälsovården utgör ekonomiskt sett en belastning för företaget ☐

Fråga 10. Vad saknar Ni i Växjö HälsoForums tjänsteutbud?

.....

.....

Fråga 11. Angående våra kontakter med Er i fortsättningen:

Är det OK med Nyhetsbrev/Aktuellt från oss via E-post? ☐ Ja ☐ Nej

Om Ja, v g skriv Er E-post-adress.....

Slutligen en udda fråga:

Fråga 12. Inför vår planering av kommande verksamhet undrar vi:

Har Du hört begreppet ”Människokunskap” i arbetsmiljösammanhang tidigare?

☐ Ja ☐ Nej

Hjärtligt tack för Din medverkan!

Ingrid Modéer, företagsläkare

Sambanden mellan självskattad hälsa och arbetsfrånvaro bland anställda på SSAB division grovplåt.

Författare: Justyna Nilsson SSAB
Handledare: Roma Runeson

Uppsala Universitet

Projektarbete vid Uppsala Universitet
Företagsläkarutbildning 2006/2007

Innehåll	Sidan
Innehåll	2
Sammanfattning	3
Inledning	5
Syfte	5
Metod	5
Resultat	6
Diskussion	9
Slutsatser	10
Referenser	11

SAMMANFATTNING

Sambandet mellan självskattad hälsa och arbetsfrånvaro bland anställda på SSAB division grovplåt.

Projektarbete vid Uppsala Universitet Företagsläkarutbildning 2006/2007

Författare: Justyna Nilsson, företagsläkare, SSAB

Handledare: Roma Runeson, PhD, Uppsala Universitet.

Egen hälsa skattad av individen – den anställde påverkar hela företagets produktivitet. Den anställdes arbetsfrånvaro verkar bli mindre ju bättre självskattning på hälsa.

Denna studie är en del av större undersökning Aktivt Val (SSAB, 2007) gjort bland 2457 anställda på SSAB division grovplåt under våren 2007. Totalt har 1856 personer deltagit och besvarat bland annat frågan hur man bedömde sin hälsa. Fem svarsalternativ användes: mycket dålig, dålig, ingadera, god, mycket god hälsa. Individernas arbetstid (frånvaro kunde därefter följas med hjälp av tidsredovisningssystem Time Key under september månad). Man kunde följa 1796 anställda. Detta ger bortfall på 60 personer beroende på avslutad anställning. Utfallsvariabel är arbetsfrånvaro. Arbetsfrånvaro inkluderar sjukfrånvaro, arbetsskada och övrig frånvaro.

Vid statistisk analys (linjär regressionsmodell, variabler beskrivna med medelvärde) av samband mellan arbetsfrånvaro och självskattad hälsa ser man samband mellan dessa variabler, även efter korrektion mot förväntad arbetstid och kön, ålder och BMI. Ålder spelar roll för arbetsfrånvaro, äldre saknar dock linjärt samband mellan arbetsfrånvaro och självskattad hälsa. BMI har inte visat sig ha samband med arbetsfrånvaro.

Den studerade populationen som är ganska stor, kunde följas upp med exakt tidmätning under en månads arbete (september 2007). Det vore intressant att se hur resultaten skulle se ut om denna tid kunde sträckas till längre period. Stora studien Aktivt Val kommer att upprepas ytterligare 2 gånger under kommande åren, detta kan ge ytterligare möjlighet att följa gruppen med flera mätningar; möjligen ser man då annan korrelation för BMI-variabeln.

Bland anställda på SSAB division grovplåt har äldre män med självskattad mycket god hälsa ser man lägre arbetsfrånvaro än övriga och därmed antas bidra bäst till produktiviteten. Arbetsfrånvaro leder till ökade kostnader för ersättare och därmed bortfall av produktiviteten.

Tack till alla de personer som har bidragit till mitt arbete. Stort tack är till min handledare.
Särskilt vill jag tacka Sonja Andersson, SSAB, för hjälp med insamling av data, förberedelser,
samt uppmuntrande och vänlig inställning.
Mycket tack till Tobias Nordqvist för hjälp med statistisk bearbetning.
Och till sist min kära familj som orkade med mig under utbildningens gång.

INLEDNING

Produktivitet är ett centralt begrepp i dagens samhälle. Det läggs fokus på variabler som kan gynna produktiviteten. Fler faktorer främjar produktivitet: personalens kompetens (Sandberg, 1998), arbetsmoral (Hall, 1990), kloka rutiner (Liukkonen, 2002), organisatoriska aspekter (Goetzel, 2007), och hälsa (Liukkonen, 2002). Medvetenheten om hälsans betydelse är växande.

Hälsa är komplex koncept och hälsan i arbetet kan definieras på många sätt. Enligt WHO är hälsan ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom. Grossman (2000) definierar hälsa i form av ett långt liv och dagar fria från sjukdom under ett givet år. I arbetsmiljöforskningen kopplas hälsa till arbetsförmågan (Ilmarinen, 1999). (Nordenfeldt 1986) har karakteriserat personens hälsa ”som (dennes) förmåga att uppnå vitala mål”. I organisatoriska sammanhang betecknas hälsa som ”den kraft som ger organisationen kapacitet att handla genom människors arbetsinsatser” (Liukkonen, 2006).

På senare tid har hälsa kopplats till produktivitet. Hälsan ses som en produktionsprocess där varan som produceras är antal friska dagar (Grossman, 1999). Undersökning av hälsa genomförs ofta med användning av globalt mått som är självskattad hälsa från frågeformulär. Det finns studier som visar att självskattad hälsa kan bättre förutsäga framtida utfall av kliniskt diagnostiserad hälsa (de Croom 2002, Mossey 1982).

Undersökning av produktivitet kan göras genom att studera arbetsfrånvaro (Brouwer et al, 2002, Godet-Cayré et al, 2006, Kleinman et al, 2007), sjukfrånvaro (Niemelä et al, 2006), den faktiska arbetstiden under en tid (Mills PR et al, 2007). I denna uppsats används arbetsfrånvaro som mått. Förlorad arbetstid leder till ökade kostnader för ersättare och därmed bortfall av produktivitet.

SYFTE

Syftet med studien är att belysa sambanden mellan självskattad hälsa och arbetsfrånvaro bland anställda vid SSAB division grovplåt.

METOD

Studiepopulation

Denna studie är en del av en större undersökning, Aktivt Val (SSAB, 2007), gjord bland 2457 anställda på divisionen grovplåt i Oxelösund. Totalt har 1856 personer deltagit i Aktivt val vilket motsvarar 75,5% av alla anställda. Deltagare var industriarbetare (81% män och 19% kvinnor) och tjänstemän och tjänstemän (72 % män och 28% kvinnor). I denna studie har 1796 deltagit, 60 fallit bort på grund av att de har slutat sin anställning under den undersökta perioden maj-september 2007.

Utfallsvariabel är *arbetsfrånvaro* som är mellanskillnaden av *faktiska arbetstiden* (timmar per anställd/månad) minus den *förväntade arbetstiden* (timmar per anställd/månad). I arbetsfrånvaron ingick arbetsskada, sjukdom och övrig frånvaro. Däremot ingick inte semester, planerat tjänstledighet och tid för utbildning.

Förväntad arbetstid är den tid som varje anställd har förväntats att ha just den studerade månaden. Total *förväntad arbetstid* för hela gruppen var 261 437, 8 timmar (medelvärde 146,6 timmar/person/månad. Den *faktiska tiden* var 228 834 timmar (medelvärde 127,4

timmar /person/månad. Arbetsfrånvaron var 32 604 timmar (medelvärde 18 timmar/person/månad).

Självskattning av hälsan gjordes i maj 2007 med hjälp av en fråga: *Jag upplever mitt allmänna hälsotillstånd på en femgradig skala som: Mycket dåligt - 1 (Jag är ofta sjuk eller känner mig svag att jag inte orkar göra det jag vill), Mycket bra - 5 (Jag är nästan aldrig sjuk, trött eller så svag att jag inte orkar göra det jag vill)* och hälsan var kategoriserad i fyra kategorier (1+2 mycket dålig/dålig, 3 ingadera, 4 god, 5 mycket god).

Sambanden mellan arbetsfrånvaro och självskattad hälsa korregerades för kön, ålder, och BMI.

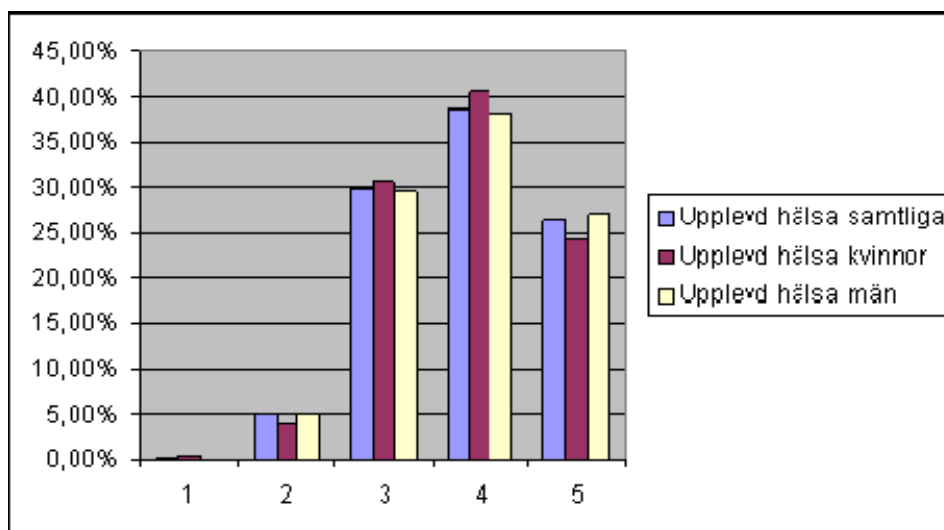
STATISTISKA ANALYSER

Sambanden mellan arbetsfrånvaro och självskattad hälsa beskrivs med medelvärden och testas med linjära modeller korregerade för förväntad arbetstid, kön, ålder och BMI i SPSS programmet.

RESULTAT

Majoriteten (ca 40%) har rapporterat att dem har bra hälsa. De med dålig och mycket dålig hälsa var få (under 5%).

Figur 1. Fördelning av självskattad hälsa fördelat för samtliga, kvinnor och män; 1-mycket dålig, 2-dålig, 3 varken bra eller dålig, 4-bra, 5-mycket bra.



Antalet anställda som skattade sig må mycket dålig var få därför har dessa slagits ihop med dem som mådde dåligt i vidare analyser.

Tabell 1. Samband mellan arbetsfrånvaro och självskattad hälsa.

Arbetsfrånvaro			
Självskattad hälsa	N	Medelvärde	Std. Deviation
Mycket dålig + dålig (1 +2)	90	22,75	25,560
Ingadera (3)	532	18,18	29,083
Bra (4)	696	19,85	32,136
Mycket bra (5)	477	14,83	26,161
Total	1795	18,17	29,488

Arbetsfrånvaro verkar minska med bättre självskattad hälsa. Medelvärde i arbetsfrånvaro för mycket dålig/dålig hälsa är 22.75, vilket är högre än de med bättre självskattad hälsa, (18.18, 19.85 och 14.83). Vidare har dessa resultat testats i en linjär regressionsmodell med hänsyn till förväntad arbetstid (Tabell 2).

Tabell 2. Linjär regressionsmodell mellan arbetsfrånvaro och självskattad hälsa korregerat för förväntad arbetstid.

Självskattad hälsa	Arbetsfrånvaro p
Ingadera	,200
Ganska bra	,341
Mycket bra	,022
<i>Förväntad arbetstid</i>	,000

När man korregerar för den förväntade arbetstiden finns kvar samband mellan mycket bra självskattad hälsa mot dålig självskattad hälsa och arbetsfrånvaro ($p=0.022$). Som nästa steg läggs kön in i modellen (Tabell 3).

Tabell 3. Linjär regressionsmodell mellan arbetsfrånvaro och självskattad hälsa korregerat för förväntad arbetstid och kön.

Självskattad hälsa	Arbetsfrånvaro p
Ingadera	,192
Ganska bra	,318
Mycket bra	,023
<i>Förväntad arbetstid</i>	,000
<i>Kön</i>	,002

När man lägger in kön får män en bättre anpassad modell och sambandet mellan arbetsfrånvaro och självskattad hälsa är oförändrad. Medelvärden av arbetsfrånvaro uppdelad på kön och självskattad hälsa presenteras i tabell 4.

Tabell 4. Beskrivande statistiska mått för arbetsfrånvaro, självskattad hälsa uppdelade på kön.

Arbetsfrånvaro				
Kön	Självskattad Hälsa	Medelvärde	N	Std. Deviation
Kvinna	1,00	51,90	2	40,022
	2,00	28,20	15	33,951
	3,00	26,34	115	36,564
	4,00	22,16	152	36,099
	5,00	16,81	90	31,324
	Total	22,56	374	35,159
Man	1,00	64,00	1	.
	2,00	20,23	72	22,550
	3,00	15,99	415	26,304
	4,00	19,24	543	30,961
	5,00	14,38	386	24,864
	Total	17,05	1417	27,730
Total	1,00	55,93	3	29,149
	2,00	21,61	87	24,832
	3,00	18,18	532	29,083
	4,00	19,85	696	32,136
	5,00	14,83	477	26,161
	Total	18,17	1795	29,488

Kvinnor har högre arbetsfrånvaro än män inom alla nivåer av självskattad hälsa (Tabell 4). I vidare analyser sker korrigering för ålder (ålderskategorier 30-49, 50+) (Tabell 5).

Tabell 5. Linjär regressionsmodell mellan arbetsfrånvaro och självskattad hälsa korigerat för förväntad arbetstid, kön och ålder.

Självskattad hälsa	Arbetsfrånvaro p
Ingadera	,198
Ganska bra	,255
Mycket bra	,019
Förväntad arbetstid	,000
Kön	,003
Ålder	,000

Ålder spelar roll för arbetsfrånvaro ($p < .001$) men påverkar inte sambandet mellan arbetsfrånvaro och självskattad hälsa. För att undersöka hur ålder påverkar arbetsfrånvaro visas Tabell 6.

Tabell 6. Beskrivande statistiska mått för arbetsfrånvaro, självskattad hälsa uppdelad på ålderskategorier.

Arbetsfrånvaro				
Ålder	Självskattad Hälsa	Medelvärde	N	Std. Deviation
30-49	1,00	55,93	3	29,149
	2,00	5,34	51	28,276
	3,00	7,98	253	25,764
	4,00	9,66	358	30,218
	5,00	4,54	213	24,838
	Total	8,39	878	27,768
50-	2,00	2,68	28	15,256
	3,00	6,62	222	30,393
	4,00	6,77	227	28,338
	5,00	3,17	192	24,435
	Total	5,51	669	27,573
Total	1,00	5,93	3	29,149
	2,00	1,61	87	24,832
	3,00	8,18	532	29,083
	4,00	9,85	696	32,136
	5,00	14,83	477	26,161
	Total	18,17	1795	29,488

Äldre saknar linjärt samband mellan arbetsfrånvaro och självskattad hälsa. De yngre har ett samband, de som skattat sin hälsa som mycket dålig/dålig har högre arbetsfrånvaro än de som har skattat sig ha mycket bra hälsa. Sist korrigeras modellen för BMI (Tabell 7).

Tabell 7. Linjär regressionsmodell mellan arbetsfrånvaro självskattad hälsa och korrigerat för förväntad arbetstid, kön, ålder och BMI.

	Arbetsfrånvaro
Variabler	p
Hälsa -Ingadera	,342
Hälsa -Ganska bra	,500
Hälsa -Mycket bra	,053
Kön	,005
Ålder	,001
BMI	,392
Förväntad arbetstid	,000

BMI påverkar inte arbetsfrånvaro och inte heller sambandet mellan arbetsfrånvaro och självskattad hälsa.

SLUTSATSER/DISKUSSION:

Arbetsfrånvaro är lägre ju bättre självskattad hälsa och resultaten håller efter korrigering för förväntad arbetstid, kön och ålder. Däremot påverkar inte BMI arbetsfrånvaro. Grossman (1999) ser hälsan som hälsokapital och individens friska dagar ökar hälsokapitalet och därmed produktiviteten. Arbetsnärvaro av kompetent personal gynnar stabiliteten och produktiviteten. Arbetsnärvaro kan vara mått på produktiviteten endast som en aspekt och som är totalt beroende av vad den närvarande personalen gör i sitt arbete. SSAB är en verksamhet som är unik på så sätt att arbetsnärvaro kan gemställas med produktivitet eftersom det genom närvaron och bevakningen av maskiner som produkten framställs. Däremot kan inte arbetsnärvaro användas som mått på produktivitet generellt. Varje arbetsplats bör använda de mått som bäst fångar produktiviteten.

Kvinnor har högre arbetsfrånvaro än männen inom alla nivåer av självskattad hälsa. Orsaken till detta kan ligga i den ojämna balansen mellan arbete och fritid om man jämför män och kvinnor (Abrahamsson, 2003). Strävan att skapa likvärdiga villkor i arbetslivet för kvinnor och män har funnits länge, problemet uppmärksammades redan tidigt i industrialismens utveckling: *”Industriarbete i allmänhet länder icke kvinnan till någon vidare fördel. Den påstådda självständighet som hon skall vinna genom övergivandet av hemmet för att istället uppträda tävlande på arbetsfält där arbetsfördelning föredrager den manliga arbetskraften är ett av dem många irrskenen i det moderna förvärvslivet”* (Magnusson G 1912). Även om villkoren på arbetsmarknaden har förändrats under följande kvarts sekel efteråt ser man fortfarande större sjuktal hos kvinnor jämfört med män (SoU 2002:5).

Äldre saknar linjärt samband mellan arbetsfrånvaro och självskattad hälsa. De yngre har ett samband, de som skattat sin hälsa som mycket dålig/dålig har högre arbetsfrånvaro än de som har skattat sig ha mycket god hälsa. Varför äldre har mindre arbetsfrånvaro kan inte besvaras i denna undersökning. Andra har hittat samband mellan ålder och hälsa och påvisat att med stigande ålder måste individen göra större investeringar för att behålla samma hälsa. Den optimala mängden av hälsokapital minskar med åldern (Kronogård, 2005). Med ökad ålder tycks människors förmåga försämrats att utföra sitt arbete. Svårigheter som uppstår i arbete för äldre kan lösas genom hälsokontroller, anpassning av arbete och vidareutbildning (Hallsten et al 1996) något som kanske har gjort på SSAB och därför dessa positiva resultat för äldre.

Svagheten med denna studie är att undersökningstiden har varit kort och därmed är sämre generaliserbarhet. Man kunde ha studerat andra faktorer som saknas i enkäten men är av betydelse för arbetsfrånvaro. Arbetsfrånvaro minskar och produktiviteten förbättras om man arbetar med förebyggande och rehabilitering (Larson, 2005). Flera andra faktorer kan ha samband med produktivitet så som till exempel kompetens, familj förhållanden, allvarliga sjukdomar, livshändelser (Lukkonen, 2006). Som mätare av känslor som man likställer med hälsa och positiv arbetsattityd hos dem anställda nämner man: delaktighet, tillfredsställelse, ansvarskänsla, engagemang, frustration och stolthet (Hall, 1990).

Slutsats

Bland anställda på SSAB division grovplåt har äldre män med självskattad mycket god hälsa lägre arbetsfrånvaro än övriga och därmed bidrar bäst till produktiviteten. Arbetsfrånvaro däremot leder till ökade kostnader för ersättare och därmed bortfall av produktivitet.

REFERENSER

1. Abrahamsson K, Bradley G, Brytting T, Eriksson T, Forslin J, Miller M Söderlund B och Trollestad C. *Friskfaktorer i arbetslivet*. Prevent (2003) 228-231.
2. Berntson E, Hemingsson T, Härenstam A, Marklund S, Torgen M och Wikman A. Arbetslivsrapport nr:8 Arbetslivskohorten 2005.
3. Brouwer WB, van Exel NJ, Koopmanschap MA, och Rutten FF. *Productivity costs before and after absence from work: as important as common?* Health Policy Aug; 61(2) (2002) 173-87.
4. de Croom EM, Sluiter JK, och Frings-Dresen MHW. *Need for recovery after work predicts sickness absence: a 2-year prospective cohort study in truck drivers*. Journal Psychosom res; 55(2003) 331-9.
5. Godet-Cayré V, Pelletier-Fleury N, Le Vaillant M, Dinét J, Massuel MA, och Léger D. *Insomnia and absenteeism at work. Who pays the cost?* Sleep. Feb 1;29(2) (2006) 179-84. Comment in: Sleep.
6. Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Pelletier KR, Metz RD, och Chapman LS. *Emerging trends in health and productivity management*. Am J Health Promot. (2007) Sep-Oct;22(1):suppl 1-7.
7. Grossman M. *"The Human capital model of the demand for health"*. National Bureau of Economic research, INC, Working paper series. Cambridge 1999.
8. Grossman M. *The human capital model*. I Handbook of Health Economics. Vol 1 (2000) 348-405.
9. Hall, Jay. *Kompetens i organisationen* The Woodlands TX, Studentlitteratur, Lund (1998) 144-145.
10. Hallsten L och Solem PR. *Ålder och arbetsprestation*. I Aronsson G och Kilbom Å. Arbete efter 45. Arbetslivsinstitutet 1996.
11. Kleinman NL, Brook RA, Patel PA, Melkonian AK, Brizee TJ, Smeeding JE, och Joseph-Ridge N. *The impact of gout on work absence and productivity*. Value Health. 2 Jul-Aug;10(4) (2007) 231-7. Organisationer Studentlitteratur, Lund.
12. Kronogård M. *Utbildningens betydelse för individens produktion av hälsa*. Kandidatuppsats, Nationalekonomiska institutionen, Ekonomi Högskolan. Lund Universitet 2005.
13. Larson A. *Från ledarskap till vinst. Med förbättrat humankapital*. KFS i Lund AB 2005.
14. Liukkonen P. *Hälsobokslut*. Oskarmedia (2006) 12-14.
15. Magnusson G Gerhard red Illustrerad Konversationslexikon. Handbok i kunskapens olika delar Stockholm Weijmers Bokförlag (1912) 97.
16. Mills PR, Kessler RC, Cooper J, och Sullivan S. *Impact of a health promotion program on employee health risks and work productivity*. Am J Health Promot. Sep-Oct;22(1) (2007) 45-53.
17. Mossey JM, och Shapiro E. *"Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly"*. Am J Public Health;72: (8) (1982) 800-8.
18. Niemelä R, Seppänen O, Korhonen P, och Reijula K. *Prevalence of building-related symptoms as an indicator of health and productivity*. Am J Ind Med. Oct;49(10) (2006) 819-25.
19. Nordenfelt L. *Health and disease: two philosophical perspectives*. J Epidemiol Community Health;41: (1986)281-4.
20. Sandberg J, och Targama A. *Ledning och förståelse - kompetensperspektiv på organisationer* (1998) Studentlitteratur, Lund.

21. Westerholm P. *Psykosocial belastning och riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom*. Minisymposium i Wolfprojektet (2001) 8 februari.
22. SSAB *Ett friskare SSAB 2010*. (2007) Oxelösund.
23. WHO. *WHO definition of health*. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (official Records of the World Health Organisation, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948, 1946.

Chefer och rehabilitering

Enhetschefers kännedom om och agerande avseende arbetslivsinriktad rehabilitering i kommunal verksamhet.

Författare: Annika Norrgård, företagsläkare, Länshälsan Uppsala AB

Handledare: Margareta Torgén, överläkare, Arbets- och Miljömedicin,
Akademiska sjukhuset, Uppsala

Projektarbete vid företagsläkarutbildningen 2006/07, Arbets- och
Miljömedicin, Uppsala Universitet

Innehållsförteckning

Sammanfattning	
Inledning	1
Arbetslivsinriktad rehabilitering	1
Regelverk	1
Problem och möjligheter i rehabiliteringsarbetet	1
Studiebakgrund	2
Syfte och frågeställningar	3
Kommunens organisation och företagshälsovård	3
Länshälsan Uppsala AB:s arbete med kommunens rehabiliteringsärenden	4
Undersökt grupp	5
Metod	6
Resultat	6
Enhetschefernas utförande av sina rehabiliteringsuppgifter	6
Enhetschefernas kunskap om Försäkringskassans arbetssätt avseende rehabilitering	9
Enhetschefernas samarbete med företagshälsovården i rehabiliteringsärenden	10
Diskussion	11
Utförandet av rehabiliteringsuppgiften	11
Kunskapen om Försäkringskassans arbetssätt avseende rehabilitering	12
Samarbetet med företagshälsovården i rehabiliteringsärenden	12
Metodfrågor	13
Rekommendationer	14
Litteraturreferenser	14
Bilaga	

Sammanfattning

Arbetslivsinriktad rehabilitering syftar till att hjälpa den sjukskrivne åter till arbete och innefattar flera olika aktörer där individen, arbetsgivaren, Försäkringskassan, sjukvården, företagshälsovården och facket är de viktigaste. För att rehabiliteringen ska fungera optimalt krävs att varje aktör utför det som åligger denne, att samarbetet mellan aktörerna fungerar samt att nödvändiga åtgärder vidtas utan fördröjning. Ofta kan och bör flera åtgärder utföras parallellt, till exempel medicinsk rehabilitering och åtgärder på arbetsplatsen. Arbetsgivaren har en lagstadgad rehabiliteringsskyldighet och rehabiliteringsansvarig chef blir därigenom en nyckelperson i rehabiliteringsarbetet.

Detta projektarbete fokuserade på rehabiliteringsansvariga enhetschefer inom kommunal verksamhet som aktörer i rehabiliteringsarbetet. Tio av totalt 26 enhetschefer inom "Vård och Omsorg" i X kommun ingick i studien.

Syftet var att studera hur enhetscheferna utförde sina rehabiliteringsuppgifter, vilken kunskap de hade om Försäkringskassans arbetssätt avseende rehabilitering samt hur de samarbetade med företagshälsovården i rehabiliteringsärenden.

Data insamlades genom individuella strukturerade intervjuer, som innehöll frågor om:

- chefernas bakgrund och antal anställda
- deras utförande av rehabiliteringsuppgiften
- deras kunskap om Försäkringskassans arbetssätt avseende rehabilitering
- samarbetet med företagshälsovården i rehabiliteringsärenden.

Huvudresultatet i studien var att det fanns en betydande förbättringspotential i flera avseenden rörande enhetschefernas rehabiliteringsarbete. Det brast i följsamheten gentemot kommunens program för rehabiliteringsutredning trots att programmet var väl känt. Kunskapen om när arbetsgivarens rehabiliteringsskyldighet inträder var ofullständig eller hade i vart fall inte hållits aktuell.

Företagshälsovården inkopplades ofta sent i sjukfallen. Det rådde dessutom en osäkerhet om i vilka sjukfall företagshälsovården borde inkopplas samt huruvida man som enhetschef hade befogenhet att ta den kontakten.

Försäkringskassans roll i rehabilitering och dess arbetsmetod med "steg för steg-modellen" var i stort sett okänd av enhetscheferna. Samarbete med Försäkringskassan saknades nästan helt på grund av sen eller utebliven återkoppling därifrån.

Kunskaperna om vilka rehabiliteringsåtgärder som kan vidtas på arbetsplatsen var goda men i praktiken var anpassning av arbetsuppgifter ofta omöjlig. Arbetsträning användes ofta och med gott resultat.

Tydligare riktlinjer för när enhetscheferna bör eller ska kontakta företagshälsovården i rehabiliteringsärenden är önskvärda. Företagshälsovården bör göra en presentation av sin verksamhet för enhetscheferna inom "Vård och Omsorg". En regelbunden sjukfrånvarostatistik från personalkontoret skulle underlätta enhetschefernas arbete och bland annat vara till hjälp i bevakandet av när rehabiliteringsskyldigheten inträder. Flera enhetschefer efterfrågade mer utbildning om rehabilitering, och om en sådan blir aktuell kan en interaktiv utbildning med gemensamt deltagande av kommunens rehabiliteringssamordnare, företagshälsovården och Försäkringskassan rekommenderas.

Inledning

Arbetslivsinriktad rehabilitering

Arbetslivsinriktad rehabilitering innebär i sjukförsäkringsrättslig mening att en person i yrkesverksam ålder får hjälp att återvinna arbetsförmågan och möjligheten att genom förvärvsarbete försörja sig själv, alltså ”rehabilitering till arbete” (1). Rehabiliteringsarbetet ses som en process som har flera aktörer, framförallt den sjukskrivne, dennes arbetsgivare om sådan finns, Försäkringskassan, sjukvården, företagshälsovården, facket och i vissa fall Arbetsförmedlingen. Arbetsgivaren ska klargöra behovet av arbetsrehabilitering och vidta de rehabiliteringsåtgärder som behövs på arbetsplatsen. Företagshälsovården bistår arbetsgivaren med sina kompetensområden. Facket är den anställdes stöd i arbetsrättsliga frågor. Försäkringskassan ska se till att behoven och åtgärderna blir klarlagda, samordna rehabiliteringsinsatserna, och stödja den enskilde individen. Sjukvården svarar för den medicinska rehabiliteringen.

För en effektiv rehabilitering krävs att varje aktör fullgör sin uppgift och att samarbetet dem emellan är optimalt.

Regelverk

Den sjukskrivne är skyldig att aktivt medverka i sin rehabilitering (2). Arbetsgivaren är skyldig att dels organisera anpassnings- och rehabiliteringsverksamheten på ett lämpligt sätt med hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet, och dels att vidta de rehabiliteringsåtgärder som behövs på arbetsplatsen (3, 4, 5). Arbetsgivaren ska påbörja en rehabiliteringsutredning:

- när den anställda har varit helt eller delvis sjukskriven 28 dagar i följd
- vid upprepade korttidsfrånvaro, minst sex gånger på ett år
- när den anställda själv begär det

Rehabiliteringsutredningen ska inlämnas till Försäkringskassan inom åtta veckor. (6). Från och med 1 juli 2007 har lagtexten ändrats och arbetsgivaren behöver inte längre sända in någon rehabiliteringsutredning men ska till Försäkringskassan lämna de upplysningar för rehabiliteringen som Försäkringskassan begär (7).

Försäkringskassan ska tillsammans med individen klargöra dennes behov av rehabiliteringsinsatser, och samordna insatserna enligt lagen om allmän försäkring 22 kap 5 § (7). Sedan tidigare gäller att alla som är sjukskrivna mer än 60 dagar i följd ska ha en egen kontaktperson på Försäkringskassan (8). I rehabiliteringsarbetet och bedömningen av sjukpenningrätten använder Försäkringskassan en ”steg för steg-modell” som innehåller 7 steg. De 4 första stegen omfattar arbetsgivarens rehabiliteringsansvar.

Problem och möjligheter i rehabiliteringsarbetet

Sedan många år är det känt från utredningar att möjligheterna till ett lyckat resultat av rehabilitering ökar ju tidigare rehabiliteringen påbörjas. Det största hindret för en fungerande återrehabilitering till arbete, är att aktörerna väntar för länge med att vidta nödvändiga åtgärder. Redan efter några veckors hel frånvaro från arbetet sätter utslagningsprocessen för den sjukskrivne igång. (9,10). Åtgärderna för den sjukskrivne bör dock anpassas till den fas i

sjukskrivningen där individen befinner sig. Exempelvis har det för sjukdom i rörelseorganen i den akuta fasen visats, att ett omhändertagande med information, smärtreduktion och aktivitet kan ge lika gott resultat som mer omfattande rehabiliteringsinsatser (11).

Trots kunskapen om behovet av tidiga insatser har rehabiliteringsarbetet i praktiken inte fungerat bra. I stället har processen fördröjts både hos enskilda aktörer och genom att samarbetet inte har fungerat. Rehabiliteringsutredningens slutbetänkande "Fokus på åtgärder – En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet" (12), presenterades i december 2006. Den påvisade brister både i arbetsgivarnas och Försäkringskassans arbete. Knappt 10 % av dem som uppfyllde kriterierna för att få en rehabiliteringsutredning hade fått en sådan av sin arbetsgivare inom föreskriven tid, cirka 60 % hade fått en inom det första året. Cirka hälften av de rehabiliteringsutredningar arbetsgivarna upprättade innehöll ingen annan information än att man avvaktade medicinsk läkning/behandling, och gav ingen information som Försäkringskassan ansåg sig ha nytta av i den fortsatta handläggningen. Försäkringskassans handläggare dröjde i genomsnitt närmare ett år innan de reagerade på en rehabiliteringsutredning genom att kalla till ett avstämningsmöte; mindre än 1 % av dem som hade rätt till ett avstämningsmöte hade fått ett sådant och ungefär lika liten andel hade fått en rehabiliteringsplan i rätt tid.

Det var sådana fördröjningar i rehabiliteringsprocessen som låg bakom lagändringen 1 juli 2007 innebärande att arbetsgivaren ska bistå Försäkringskassan med rehabiliteringsupplysningar vid ett avstämningsmöte istället för att insända en rehabiliteringsutredning (7). Någon tidsgräns för genomförande av ett sådant möte finns inte längre reglerad i lagen. Tidpunkten ska istället avgöras från fall till fall utifrån sjukdomsdiagnos och de kommande riktlinjerna för hur lång sjukskrivningstid som anses motiverad vid olika diagnoser (7).

Såväl anpassning av arbetet i innehåll och tid som ergonomisk anpassning av arbetsplatsen med förändrad utrustning och arbetshjälpmiddel, är viktiga åtgärder för att möjliggöra återgång i arbete. Sådana åtgärder har visats kunna fördubbla möjligheten att återgå i arbete jämfört med om inga åtgärder vidtas på arbetsplatsen (11). Många sjukskrivna anser själva att de skulle kunna arbeta åtminstone till någon del om arbetsuppgifterna anpassades, visade en undersökning som gjordes 2005 (13). Bland dem som väntade på vård och behandling uppgav 40 % att de skulle kunna arbeta helt eller delvis under väntetiden om arbetet anpassades efter deras förmåga.

Flera studier har poängterat betydelsen av att den sjuke aktivt får medverka i sin rehabiliteringsprocess, till exempel att få värdera vilka rehabiliteringsinsatser som kan vara till bäst nytta (14). Att byta yrke och eller arbetsplats har varit avgörande för att återkomma i arbete, enligt vad många långtidssjukskrivna som återgått i arbete berättat (15).

Av Försäkringskassans åtgärder är arbetsträning vanligast. Återgången i arbete ökade med i genomsnitt 30 % efter arbetsträning visade en nyligen publicerad analys (16). Det är därmed en av de åtgärder som har störst möjlighet att bidra till återställd arbetsförmåga.

Studiebakgrund

Lyckad återgång i arbete från en sjukskrivning förutsätter ofta en kombination av olika åtgärder, till exempel medicinsk rehabilitering och åtgärder på arbetsplatsen, såsom anpassning, ergonomisk översyn och arbetsträning. Många av åtgärderna kan och bör vidtas parallellt för att man inte ska tappa tempo i rehabiliteringen. Redan efter några veckors hel frånvaro från arbetsplatsen startar processen mot utanförskap, och psykologiska hinder för arbetsåtergång kan tillkomma. Eftersom kontakten med arbetsplatsen och tidig rehabilitering är viktig, kommer chefens förhållningssätt och agerande att spela en avgörande roll. Edlund

m.fl visade i en studie, att det som utmärkte de arbetsgivare som hade ett välfungerande förhållningssätt till sjukfrånvaro och rehabilitering var att de hade ett aktivt förhållningssätt i rehabiliteringsfrågorna, samt att de förankrade och tillämpade policy, mål och strategier inom sin organisation och utnyttjade andra aktörer som en resurs i rehabiliteringsprocessen (17). Mot bakgrund av ovan beskrivna kunskaper om problem och möjligheter i rehabiliteringsarbetet, samt om chefers viktiga roll, var det av intresse av att studera hur cheferna hos en av företagshälsovårdens kunder arbetade med rehabilitering. Studien har begränsats till att omfatta enhetschefer inom sektorn Vård och Omsorg i X kommun. När intervjuerna i studien gjordes, våren 2007, gällde fortfarande skyldigheten för arbetsgivaren att insända rehabiliteringsutredningen till Försäkringskassan inom 8 veckor.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien var att undersöka enhetschefernas

- utförande av sina rehabiliteringsuppgifter
- kunskap om Försäkringskassans arbetssätt avseende rehabilitering
- samarbete med företagshälsovården i rehabiliteringsärenden

Följande huvudfrågeställningar uppställdes:

- Är innebörden av arbetsgivarens rehabiliteringsskyldighet känd?
- Är kommunens program för rehabiliteringsutredning känt, och följs det?
- Är Försäkringskassans roll och arbetsmodell avseende rehabilitering känd?
- Vilka sjukfrånvarande hänvisas till företagshälsovården för bedömning?

Kommunens organisation och företagshälsovård

X kommun är en landsortskommun med drygt 21000 invånare. Största arbetsgivare är kommunen med drygt 1700 anställda. De största förvaltningarna inom kommunen är barn- och utbildningsförvaltningen och socialförvaltningen.

”Vård och Omsorg” inom socialförvaltningen i X kommun är organiserad med en övergripande Vård och Omsorgschef som under sig har två verksamhetschefer med ansvar för vardera ett geografiskt område av kommunen. Dessa har sammanlagt under sig 26 enhetschefer fördelade på 5 stationeringsorter.

Av enhetscheferna har

- 6 stycken ansvar för äldreboenden
- 2 för gruppboheter
- 5 för HSL-enheter (kallas så eftersom personalen omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, ”kommunal sjukvård”)
- 8 för hemtjänst/ personliga assistenter / ledsagare / kontaktpersoner / kontaktfamiljer
- 3 för kök
- 1 för ett korttidshem
- 1 för en rehabiliteringsavdelning.

Enhetscheferna har rehabiliteringsansvaret för sina anställda. Totalt finns cirka 530 anställda inom ”Vård och omsorg”.

Till stöd i rehabiliteringsarbetet hade cheferna vid tiden för intervjuerna de interna dokumenten

- ”X kommuns policy med anpassnings- och rehabiliteringsarbetet”
- ”Program för rehabiliteringsutredning i X kommun” (version juli 2005).

Bägge finns i kommunens personalhandbok på intranätet. I komplicerade ärenden kan chefen rådfråga rehabiliteringssamordnaren på kommunens personalavdelning (fram till början av 2007 kallades tjänsten personalkonsulent).

Kommunens program för rehabiliteringsutredning startar från dag 1 i sjukskrivningen. Bland annat anges följande i programmet:

- dag 1: chefen ringer den sjukskrivne.
- dag 7-28: ring den sjukskrivne igen för en avstämning. Det är oerhört viktigt att upprätthålla kontakten mellan arbetstagaren och arbetsplatsen.
- dag 28: bedöm om rehabiliteringsskyldighet föreligger (de 3 kriterierna enligt lagen om allmän försäkring finns uppräknade). Om rehabiliteringsskyldighet finns ska arbetsgivarens rehabiliteringsutredning påbörjas och Försäkringskassans blankett ’Rehabiliteringsutredning’ insändas efter 8 veckor.

Programmet anger vidare att om det i arbetsgivarens och arbetstagarens rehabiliteringssamtal framkommer att rehabiliteringsinsatser behövs, ska beslut tas huruvida den anställda ska överflyttas till företagshälsovården. Detta ska ske i samråd med företagshälsovården eller annan behandlande läkare. Ansvarig chef ska därefter kalla till ett rehabiliteringsmöte där arbetstagaren, chefen, företagshälsovården eller annan läkare, facket samt Försäkringskassan är närvarande. Utifrån den medicinska diagnosen och de närvarandes kompetensområde, bestämmer man vilka rehabiliteringsåtgärder som ska vidtas för återgång till arbete. Om det på rehabiliteringsmötet framkommer att det finns behov av rehabiliteringsåtgärder, ska en handlingsplan göras som bör innehålla: mål, åtgärder, ansvarsfördelning, tidsplan och uppföljningstillfällen. Planen ska undertecknas av arbetsgivaren och arbetstagaren och är därigenom överenskommen. (18)

Länshälsan Uppsala AB:s arbete med kommunens rehabiliteringsärenden

Kommunen har Länshälsan Uppsala AB som företagshälsovård. Länshälsans personal består bland annat av företagsläkare inklusive specialister i psykiatri, företagssköterskor, sjukgymnaster/ergonomer, beteendevetare inklusive psykologer, samt arbetsmiljöingenjör. Ortopedkonsult finns att tillgå.

För att få komma till företagshälsovården behöver den anställda i kommunen godkännande från chefen. Godkännande krävs även vid remiss från husläkare eller internremiss från annan vårdgivare vid företagshälsovården.

Företagsläkarens uppgift är att bistå arbetsgivaren med medicinsk kompetens. I rehabiliteringsärenden innebär det bedömning av arbetsförmåga och behovet av rehabiliteringsåtgärder, och i detta samarbetar företagsläkaren vid behov med andra personalkategorier inom Länshälsan.

Sjukvårdande behandling sköts av den offentliga sjukvården, men i vissa fall bistår företagshälsovården under rehabiliteringsfasen om arbetsgivaren så önskar. Det kan till exempel gälla sjukgymnastik eller uppföljning av insatt medicinering.

Som ett stöd för kommunens chefer har företagshälsovården utarbetat ett flödesschema för hur företagshälsovårdens personal återkopplar till chefen i enskilda personärenden. Där framgår bland annat att företagsläkaren, om det inte är uppenbart onödigt, ska sammankalla till ett rehabiliteringsmöte med den anställda, arbetsgivaren och vanligtvis även Försäkringskassan efter den initiala bedömningen hos företagsläkaren.

Undersökt grupp

Av de 26 enhetscheferna inom "Vård och Omsorg" ingick 10 i denna studie. Vid urvalet uteslöts kökscheferna på grund av planerad omorganisation 2007/08, chefen för korttidshemmet på grund av planerad tjänstledighet under studietiden samt chefen för rehabiliteringsavdelningen på grund av att verksamheten var alldeles nystartad.

Av de resterande 21 enhetscheferna valdes 10 ut att ingå i studien. Samtliga utvalda tackade ja till medverkan. Urvalet gjordes slumpmässigt, men med beaktande av att alla stationeringsorter skulle vara representerade, samt att sammansättningen av den studerade gruppen i största möjliga mån skulle motsvara sammansättningen av den totala gruppen enhetschefer.

Studiens 10 enhetschefer kom alltså att omfatta:

- 4 inom äldreboenden
- 1 inom gruppboendestäder
- 2 inom HSL-enheter (enheter med personal som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, "kommunal sjukvård")
- 3 inom hemtjänst/ personliga assistenter/ ledsagare/ kontaktpersoner/ kontaktfamiljer

Antal år som chef varierade från 5 till 16 år. En hade arbetat som chef i 16 år, övriga mellan 5 och 8 år. Antal anställda per enhet varierade från 7 till 65 personer. En av enheterna hade mindre än 10 anställda, fem enheter mellan 18 och 27 och fyra mellan 35 och 65 personer. (Tabell 1)

Tabell 1 Antal år som chef i kommunal verksamhet och antal anställda.

Chef										
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Antal år som chef	5	16	5	7	7	8	6	7	5	7
Antal anställda	50	65	39	35	20	20	25	18	7	27

Majoriteten av de anställda hade tjänst som vårdbiträden eller undersköterskor. Ett fåtal var sjuksköterskor, arbetsterapeuter eller sjukgymnaster. De personliga assistenterna hade varierande utbildning, bland annat som vårdbiträde.

Enhetschefernas utbildningsbakgrund varierade, en var undersköterska, två sjuksköterskor, en hade gått yrkesskola, en ålderdomshemsföreståndarutbildning och resterande fem hade gymnasieutbildning på varierande linjer. Fyra enhetschefer hade därtill KY (kvalificerad yrkesutbildning) eller studier vid universitet eller högskola. Samtliga enhetschefer hade deltagit i en eller flera utbildningar för sin position via arbetsgivarens personalavdelning, men en chef hade som rehabiliteringsutbildning enbart en nyligen genomförd arbetsmiljöutbildning.

Metod

Deltagarna i studien intervjuades utifrån ett frågeformulär framtaget specifikt för denna studie. Samtliga enhetschefer och överordnade chefer hade före studiestart informerats om projektet. De utvalda telefonkontaktades, och tid bestämdes för intervju som ägde rum på vederbörandes arbetsrum under cirka 1½ timme. Deltagarna hade ej sett frågorna i förväg. Frågeformuläret innehöll 22 frågor varav:

- 4 om chefernas bakgrund och antal anställda
- 10 om utförandet av rehabiliteringsuppgifterna
- 5 om kunskapen om Försäkringskassans roll och arbetssätt i rehabilitering
- 3 om samarbetet med företagshälsovården i rehabilitering

En del av frågorna var öppna och en del var bundna med svarsalternativ ja/nej eller ja/nej/delvis. Muntliga kommentarer kunde lämnas efter varje fråga. Svaren och kommentarerna antecknades av intervjuaren. Intervjuerna genomfördes våren 2007, innan regelverket för arbetsgivarnas rehabiliteringsansvar ändrades 1 juli 2007 (7).

Bearbetningen av intervjuerna skedde genom att fördelningen av svaren på de bundna alternativen räknades ihop utifrån antal ja respektive nej, eller antal ja respektive delvis respektive nej. På de öppna frågorna sammanställdes svaren och bearbetades kvalitativt, och så gjordes även med kommentarerna.

Resultat

Enhetschefernas utförande av sina rehabiliteringsuppgifter

Tycker du att du har den tid som behövs för att arbeta med rehabiliteringsfrågor?

Cheferna vid de fyra minsta enheterna tyckte tiden räckte till. Övriga enhetschefer hade svårt att få tiden räcka till, men flera påpekade att rehabiliteringsarbetet prioriterades av omsorg om personalen.

Får du enhetens sjukfrånvarostatistik?

Rutinen är att enhetscheferna får en årsstatistik över sjukfrånvaron angiven dels för hela kommunen och dels nedbruten per förvaltning. De får alltså ingen statistik för "Vård och Omsorg" inom socialförvaltningen och ingen för den egna enheten. Samtliga enhetschefer förde egen statistik över enhetens sjukfrånvaro. Tre av enhetscheferna var nöjda med detta. Det gällde dels en chef vid en stor enhet som utarbetat ett välfungerande datorbaserat rapportsystem, dels en chef vid en mellanstor enhet, dels chefen vid den minsta enheten som på grund av det lilla antalet anställda inte hade någon svårighet att hålla kontroll över sjukfrånvaron. De övriga sju enhetscheferna angav att regelbunden statistik från personalkontoret skulle innebära mindre manuellt arbete, underlätta kontrollen över framför allt korttidsfrånvaron, möjliggöra jämförelser av sjukfrånvaron över tid samt möjliggöra jämförelser med andra enheter.

Känner du till i vilka 3 situationer arbetsgivaren har skyldighet att göra en rehabiliteringsutredning?

Endast 3 av 10 enhetschefer hade full kännedom om när denna skyldighet gäller. Dessa var chefer vid stora arbetsplatser. Tre kunde inte ange 28-dagarsregeln (tiden som angavs var 2 månader, 3 månader, ingen kännedom alls) och lika många kunde inte ange regeln om upprepad korttidsfrånvaro (flera kände till att regeln fanns men kunde inte ange antal gånger). Sex kände inte till regeln om att den anställda själv kan begära en utredning. Två enhetschefer kunde inte ange någon regel. Den ena av dessa chefer hade bara gjort en enda rehabiliteringsutredning under sin chefstid, den andra hade inte deltagit i någon annan rehabiliteringsutbildning än en nylig arbetsmiljöutbildning.

Känner du till kommunens program för rehabiliteringsutredning?

Alla enhetschefer kände till att kommunen har ett program för rehabiliteringsutredning och att det finns att hämta på intranätet i personalhandboken. Nio enhetschefer sade sig ha fått utbildning i programmet. Utbildningen låg några år bakåt i tiden. Några enhetschefer önskade att utbildningen hade innehållit fallbeskrivningar att träna på.

”Vi borde ha fått fall att träna på i utbildningen om programmet.”

Har du synpunkter på programmet, exempelvis hur det går att förstå och om det går att följa de angivna rutinerna?

Två enhetschefer, vid medelstora enheter (18-27 anställda), kom inte ihåg programmet så väl att de tyckte sig kunna svara.

Åtta svarade att det gick lätt att förstå. Sex svarade att det gick bra att följa. Det framkom osäkerhet om var utredningen skulle förvaras, samt om och när den skulle insändas till personalkontoret.

”Programmet är bra med tydlighet vad man ska göra vid de olika tidpunkterna. Jag har inte märkt att det fattas något men jag har aldrig behövt följa det till slutet.”

”Programmet går bra att följa vid fysisk sjukdom, det är svårare vid psykisk.”

Brukar du följa programmet?

Sex enhetschefer svarade ja. En chef svarade nej och tre svarade delvis. De senare fyra var chefer över stora och mellanstora enheter. Två enhetschefer svarade att de inte dokumenterade enligt programmets anvisningar utan förde noteringar ”vid sidan om” eftersom skriftlig dokumentation upplevdes som svår.

”Programmet har varit bra att kunna visa mina arbetstagare hur jag kommer att följa upp ett sjukfall, att jag ringer första dagen och det blir fastslaget att det ska vara ett rehabiliteringssamtal trots att den sjuka kan tycka att det är onödigt.”

”Det beror på åkomman och hur lång sjukskrivningen är.”

”Jag följer programmet för vecka 1, att ringa upp, sedan agerar jag utifrån muntliga råd från personalkonsulenten.”

Känner du till några rehabiliteringsåtgärder du som chef kan vidta på arbetsplatsen?

De flesta enhetscheferna, 8 av 10, kunde ange dessa åtgärder:

- anpassa arbetstiden
- anpassa arbetsuppgifterna
- anpassa arbetsplatsen
- omplacera

Omplacering efter viss utbildning var okänt för alla utom för en.

En erfaren chef uppgav sig inte känna till möjligheten att anpassa arbetsplatsen, och en chef på en liten arbetsplats kände inte till möjligheten att anpassa arbetstiden.

Hälften av de intervjuade kommenterade att det nu för tiden är mycket svårt att anpassa arbetsuppgifterna i vårdarbete. Anpassning av arbetstiden är lättare att ordna.

En chef hade för vana att i rehabiliteringssamtalet med den sjukskrivne ta reda på tidigare anställningar, utbildning och intresse för eventuellt annat arbete ifall arbetsbyte skulle bli aktuellt.

"Allt vårdarbete är lika tungt idag, gör man anpassningar för en person drabbar det övrig personal som får det ännu tyngre."

Vet du vad arbetshjälpmedel innebär?

Hälften, 5 av 10 enhetschefer, hade en relativt god kännedom om vad arbetshjälpmedel innebär. De övriga hade viss kunskap. Försäkringskassans roll gällande arbetshjälpmedel var känd av ett fåtal. Flera önskade få exempel på vad arbetshjälpmedel kan vara.

Vem rådfrågar du i rehabiliteringsfrågor om behov finns?

Alla enhetschefer brukade vända sig till personalkonsulenten (numer rehabiliteringssamordnaren på personalkontoret) vid behov av hjälp. En enhetschef skulle dock i första hand rådfråga en kollega i närheten eller verksamhetschefen. Tidigare fanns en rehabiliteringssamordnare även inom "Vård och Omsorg", som då rådfrågades. I arbetsrättsliga frågor namngavs ytterligare en person på personalkontoret som rådfrågades. Personalkonsulenten fick genomgående mycket beröm för god vägledning, råd, stöd och för att alltid ställa upp.

"Personalkonsulenten har varit suverän."

Har du behov av ytterligare utbildning om rehabilitering?

Ett antal av enhetscheferna, 6 av 10, önskade ytterligare utbildning om rehabilitering, och detta oberoende av hur lång chefserfarenhet man hade eller hur stor enhet man var chef över. De önskemål som framkom var regelbundna uppdateringar om nyheter, mer utbildning om psykisk ohälsa, mer kunskap om Försäkringskassans arbete samt att enhetschefer för mindre enheter önskade en regelbundet återkommande allmän uppfräschning av rehabiliteringskunskaperna.

"Nej, jag vet vart jag kan vända mig för hjälp."

"Ja, man behöver en uppdatering med jämna mellanrum både om vad man ska göra själv och i samarbetet med andra och få fortlöpande utbildning om nyheter. Särskilt om man är en liten enhet och inte har så många ärenden."

"Jag vill veta mer om Försäkringskassans roll och om hur andra enhetschefer

arbetar med rehabilitering av sina långtidssjukskrivna, få tips och råd av varandra.”

”Jag önskar mer utbildning om rehabilitering vid psykisk ohälsa. Hur ska man till exempel nå de med misstanke om begynnande utmattning och komma vidare?”

Enhetschefernas kunskap om Försäkringskassans arbetssätt avseende rehabilitering

Känner du till vilken som är Försäkringskassans roll i arbetslivsinriktad rehabilitering?

Nära hälften av enhetscheferna, 4 av 10, svarade att de inte kände till Försäkringskassans roll. De resterandes kännedom inskränkte sig till att man gav exempel som: Försäkringskassan får rehabiliteringsutredningen, kan godkänna arbetsträning, ska utse en kontaktperson till den sjukskrivne. Kunskapen varierade inte med storleken på personalansvar.

Alla kommenterade spontant samarbetet med Försäkringskassan och missnöjet var stort. Endast en chef var nöjd. Försäkringskassan upplevdes som osynlig och frånvarande, att den dröjde oerhört länge innan den kontaktade arbetsgivaren eller att den inte hörde av sig alls. Man saknade namn och ansikte på handläggare. Numera deltar Försäkringskassan relativt regelbundet i rehabiliteringsmöten/avstämningarna vid företagshälsovården och det upplevdes som en stor förbättring i samarbetet. Vanliga kommentarer var:

”Försäkringskassan är osynlig och frånvarande. Inte i något fall har de kontaktat mig efter insänd rehabiliteringsutredning, inte ens om jag haft svårighet att fylla i den och den varit knäpphändig. Varför vill dom inte veta mer?”

”Den enda gång Försäkringskassan hör av sig är när jag inte har sänt in rehabiliteringsutredningen.”

”Det dröjde över ett år innan Försäkringskassan hörde av sig i mitt rehabiliteringsärende.”

”Det är mycket bättre nu när Försäkringskassan är med på rehabmötena på företagshälsovården.”

Vet du vad Försäkringskassans ”Steg för steg-modell” i arbetsrehabilitering innebär?

Steg för steg- modellen var okänd för nästan alla enhetschefer, 9 av 10. Den demonstrerades efter intervjun och uppfattades allmänt som tydlig och klar, och bra för förståelsen av rehabiliteringsprocessens gång. Den bedömdes bra att ha även för chefen för att veta på vilket steg den sjukskrivne befinner sig och bra att ha att visa den anställda i rehabiliteringssamtalen.

”Den borde man få information om från Försäkringskassan”

Vet du vad arbetsträning innebär?

Samtliga enhetschefer hade kunskap om arbetsträningens syfte. Nästan alla hade också erfarenhet av arbetsträning för egen personal. Kommentarer var att arbetsträning varit till mycket god hjälp för att få den sjukskrivne åter i arbete. En chef kände inte till att arbetsträning kan göras på den ordinarie arbetsplatsen. En chef hade haft personal i ”arbetsträning” utan inblandning och godkännande av Försäkringskassan. Det hade skett då sjukskrivande läkare rekommenderat arbetsträning på sjukintyget, Försäkringskassan inte hört av sig och chefen inte heller kontaktat Försäkringskassan.

Vet du vad särskilt högriskskydd för arbetstagare innebär?

Att det finns möjlighet för en anställd att i vissa sjukdomsfall slippa karensdag hade många chefer en viss kännedom om men inte detaljkunskap. Migrän nämndes ofta som exempel. Tre av 10 enhetschefer kände inte alls till det. Resterande sju hade en viss kännedom.

”Det var bra att få kännedom om den möjligheten. Upprepad frånvaro kan ju bli dyrt för personalen.”

Känner du till Försäkringskassans guide på nätet för arbetsgivare?

Flera chefer använde Försäkringskassans hemsida på nätet för att hämta olika blanketter, bland annat blanketten för rehabiliteringsutredning. Att där även publiceras nyheter och informationsblad riktade till arbetsgivare var okänt och ovanligt av alla utom av 1 chef.

”Den kände jag inte till, den verkar väldigt bra.”

Enhetschefernas samarbete med företagshälsovården i rehabiliteringsärenden

Känner du till det flödesschema som finns för hur företagshälsovården samarbetar med den anställdes chef i individärenden?

Samarbetsschemat som funnits sedan våren 2005 var fortfarande okänt för nära hälften, 4 av 10, av cheferna och det oavsett storlek på enhet. Kunskapen är inte nödvändig för samarbetet men ger för chefen en tydligare bild av hur det är upplagt.

”Det är bra, tydligt och klart. Det är bra med den inplanerade återkopplingen.”

I vilka sjukfall kontaktar du företagshälsovården eller ber den anställda göra det?:

- **I någon särskild typ av ärenden (ange vilka)?**
- **Vid någon särskild tidpunkt i sjukfallet (när)?**
- **Rådfrågar du någon innan (vem)?**

Anledningar till att enhetscheferna brukade kontakta företagshälsovården i ett sjukfall var:

- önskan om det enhetscheferna betecknade som ”helhetssyn” på ett sjukfallsärende, innebärande en fördjupad belysning för att bedöma om andra faktorer än sjukdomsdiagnosen bidrar till arbetsoförmåga – 4 chefer
- ”långdragna sjukskrivningar” (några - flera månader) – 3 chefer
- stressrelaterad sjukdom / ”utbrändhet” / utmattningsdepression – 3 chefer
- behov av samtalsstöd – 3 chefer
- då det framkommit att sjukdomen är arbetsrelaterad – 2 chefer
- akuta kriser – 1 chef
- upprepade korttidsfrånvaro – 1 chef
- anpassningsbehov av arbetsplatsen – 1 chef
- misstanke om arbetsskada – 1 chef
- när personalkontoret tycker det – 1 chef

Två av enhetscheferna vid större enheter hade ingen särskild strategi, och kände sig osäkra på i vilka fall företagshälsovården skulle inkopplas. De var också osäkra på om de hade befogenhet att kontakta företagshälsovården eller om detta måste ske via personalsamordnaren.

På frågan när i sjukskrivningsförloppet företagshälsovården kontaktades svarade 6 chefer att ingen tidpunkt kunde anges, det skedde inte efter någon bestämd sjukskrivningstid. De resterande cheferna svarade

- efter ett par månaders sjukskrivning - 1 chef
- efter cirka 3 månader - 1 chef
- efter cirka ½ års sjukskrivning - 1 chef
- ”när det står och stampar” - 1 chef

Hälften, 5 enhetschefer, rådfrågade personalkonsulenten innan företagshälsovården kontaktades. Tre av cheferna rådfrågade aldrig eller sällan någon annan person. En brukade rådfråga en kollega och en rådfrågade ibland någon annan och i så fall personalkonsulenten. Flera enhetschefer efterlyste tydligare riktlinjer för när företagshälsovården ska kontaktas i ett sjukfall.

Har du informerats om vad företagshälsovården kan bidra med i rehabiliteringsärenden?

Drygt hälften, 6 av 10, tyckte sig ha någorlunda kunskap. Två uppgav sig sakna information om verksamhetsinnehållet hos alla personalkategorier vid företagshälsovården, en om ergonomens arbete och en om arbetsmiljöingenjörens. Flera enhetschefer önskade få mer information, framför allt de vid stora och mellanstora enheter.

Diskussion

Huvudresultatet i denna studie var att det finns en betydande förbättringspotential i flera avseenden rörande enhetschefernas arbete med arbetslivsinriktad rehabilitering. Det brast i följsamheten gentemot kommunens program för rehabiliteringsutredning trots att programmet var väl känt. Kunskapen om när arbetsgivarens rehabiliteringsskyldighet inträder var ofullständig eller hade i vart fall inte hållits aktuell.

Företagshälsovården inkopplades ofta sent i sjukfallen. Det rådde dessutom en osäkerhet om i vilka sjukfall företagshälsovården bör inkopplas samt om man som enhetschef har befogenhet att ta den kontakten. Företagshälsovården behöver också bredare presentera sitt verksamhetsinnehåll för enhetscheferna.

Försäkringskassans roll i rehabilitering och dess arbetsmetod med ”steg för steg modellen” var i stort sett okänd av enhetscheferna. Samarbete med Försäkringskassan saknades nästan helt på grund av sen eller utebliven återkoppling därifrån.

Utförandet av rehabiliteringsuppgiften

I X kommun saknade flera av enhetscheferna full kunskap om när arbetsgivarens rehabiliteringsansvar inträder eller i vart fall hade de inte kunskapen aktuell. Bäst kunskap hade cheferna vid några stora enheter, vilket inte var oväntat. Ju oftare man får anledning att använda ett regelverk desto större är förutsättningarna att hålla det aktuellt. Regelbunden sjukfrånvarostatistik från personalkontoret saknades vilket försvårade kontrollen över sjukfrånvaron, framför allt korttidsfrånvaron.

Kommunen har ett strukturerat program för rehabiliteringsutredning, vilket också betonar vikten av kontakten med arbetsplatsen. Programmet var känt av cheferna men flera följde det inte.

Rehabiliteringsutredningen till Försäkringskassan insändes inte heller av alla inom stipulerad tid, vilket är samma erfarenhet som finns från landet i övrigt (12). I och med lagändringen 1 juli 2007 behöver inte längre rehabiliteringsutredningen insändas (7). Själva utredningen måste dock göras även i fortsättningen, både på grund av arbetsgivarens rehabiliteringsskyldighet samt för att arbetsgivaren vid avstämningsmötet ska kunna lämna Försäkringskassan de uppgifter som efterfrågas (7). Kunskapen om vilka rehabiliteringsåtgärder som teoretiskt kan vidtas på arbetsplatsen var överlag god hos enhetscheferna och flera hade erfarenhet av olika åtgärder. Särskilt framhölls den goda effekten av arbetsträning, vilket överensstämmer med vad tidigare studier i landet har visat (16). Svårigheterna att anpassa arbetet inom vården, vilket tydligt framkom i kommentarerna, är också välkänt.

Det skulle stämma överens med delar av kriterierna för gott chefskap i Edlunds studie (17) om enhetscheferna hos de anställda förankrade kommunens utredningsprogram inklusive att rehabiliteringsutredning utan undantag alltid görs enligt programmet. Görs utredningen utnyttjas också den positiva effekten av att den sjuke aktivt får medverka i rehabiliteringsprocessen (14).

Kunskapen om Försäkringskassans arbetssätt avseende rehabilitering

För att smidigt kunna samarbeta i rehabiliteringsprocessen borde det vara en fördel för aktörerna att känna till varandras arbetssätt och skyldigheter. För en enhetschef, kan kännedom om hur Försäkringskassan arbetar med rehabilitering av sjukskrivna enligt ”steg för steg-modellen”, till exempel öka förståelsen av varför Försäkringskassan efterfrågar en rehabiliteringsutredning.

Kunskapen hos enhetscheferna om Försäkringskassans roll i rehabiliteringsarbetet var bristfällig, och att den arbetar efter ”steg för steg-modellen” var nästan okänt. De flesta enhetscheferna hade haft mycket ringa kontakt med Försäkringskassan på grund av sen eller utebliven återkoppling på insända rehabiliteringsutredningar. Bristerna i kontakten från Försäkringskassans sida stämmer väl överens med vad som visats i landet i stort (12). Den bristande kontakten kan förklara varför Försäkringskassans roll och arbetssätt var så föga känd. Att Försäkringskassan har information till arbetsgivare, bland annat om ”steg för steg-modellen”, via sin hemsida på nätet, hade inte nått ut till dessa enhetschefer.

Samarbetet med företagshälsovården i rehabiliteringsärenden

Utan att ha en klar bild av vilka hinder som finns för att den anställda ska kunna återgå i arbete är det svårt att planera. En kompetent företagshälsovård bör ha avsevärt bättre möjligheter än primär- eller sjukhusvården att bedöma den enskildes arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov.

I X kommuns program för rehabiliteringsutredning finns också inskrivet att chefen med företagshälsovården eller annan behandlande läkare ska diskutera överflyttning till företagshälsovården, om det efter rehabiliteringssamtalet med den anställda vid 28 dagars sjukskrivning/upprepade korttidsfrånvaro framkommit behov av rehabiliteringsinsatser (18). Även i de fall den anställda väntar på en medicinsk åtgärd är rehabiliteringsutredning och samarbete med företagshälsovården viktigt. Tidigare studier har visat att många sjukskrivna skulle kunna arbeta hel- eller deltid i väntan på medicinska åtgärder om arbetet anpassades med mer flexibla arbetstider, anpassade arbetsuppgifter eller ett lägre arbetstempo (13).

När kommunens företagsläkare inkopplas för bedömning i ett rehabiliteringsärende leder det alltid till ett efterföljande rehabiliteringsmöte hos företagsläkaren dit individen, chefen, Försäkringskassan och vid behov facket kallas. Försäkringskassan deltar nästan alltid i dessa

möten. Alla aktörer i rehabiliteringsprocessen träffas därigenom samtidigt och kan planera rehabiliteringen. Att utnyttja andra aktörer i rehabiliteringsarbetet var också ett av kriterierna för gott chefskap i rehabiliteringsarbete enligt Edlunds studie (17).

Bland enhetscheferna i X kommun rådde, trots kommunens riktlinjer, en osäkerhet om vilka som bör hänvisas till företagshälsovården, och detta trots att enhetscheferna hade lång chefstid och stor arbetsenhet, vilket bör ha inneburit en förhållandevis stor erfarenhet av rehabiliteringsfall. Tydligare riktlinjer efterlystes. Det fanns även en osäkerhet om huruvida enhetschefen har befogenhet att anmäla ett personärende till företagshälsovården.

Hittills hade företagshälsovården framförallt inkopplats vid "långdragna sjukskrivningar", stressrelaterad sjuklighet, personer med behov av samtalsstöd, samt där behov fanns av en helhetssyn för bedömning om det fanns annan orsak till arbetsoförmågan än den medicinska diagnosen. Nästan hälften av enhetscheferna väntade dock lång tid, ett par månader upp till ett halvår, innan kontakt togs med företagshälsovården. Orsaken till detta dröjsmål är inte undersökt i denna studie men skulle bland annat kunna bero på att man inväntade resultat av utredning och/eller behandling inom sjukvården. Denna väntan ska jämföras mot det aktiva förhållningssätt i chefens agerande som var ett positivt kriterium i Edlunds studie (17).

Det finns rehabiliteringsprojekt som uppvisat positiva resultat på sjukfrånvaron genom ett tydligt planerat samarbete med företagshälsovården. Ett av dessa är HaKul-projektet där alla (med undantag av de svårt cancersjuka och de med graviditetskomplikation) vid 28 dagars sjukskrivning bedömdes vid företagshälsovården (19). En variant därav har med god erfarenhet används i en grannkommun till X med Länshälsan Uppsala AB som företagshälsovård.

Endast en enhetschef brukade koppla in företagshälsovården vid upprepad korttidsfrånvaro. Upprepade korta sjukfall kan vara en förvarning om hotande allvarliga hälsoproblem, och hur chefen hanterar upprepad korttidsfrånvaro är därför en viktig del i det förebyggande arbetet. Flera enhetschefer i studien rapporterade behov av mer information om vad olika kompetenser inom företagshälsovården kan bistå med. Där behöver företagshälsovården göra en presentation av sin verksamhet. Flera enhetschefer önskade också mer utbildning om rehabilitering.

Om tid och resurser funnits skulle det vara intressant att komplettera denna studie med en analys av sjuktagen inom "Vård och omsorg" i X kommun och även analysera rehabiliteringsresultat ur ett rehabiliteringsekonomiskt perspektiv på dem som hänvisats till företagshälsovården.

Metodfrågor

Den undersökta gruppen bedömdes vara representativ för arbetsplatsernas storlek och verksamhetsinnehåll. Det är inte undersökt om den var representativ gällande antal år som chef inom kommunal verksamhet eller avseende utbildning inom rehabilitering. Inget bortfall fanns i studien.

Eftersom metoden var intervjuer utan bandinspelning fanns risken att intervjuaren gjorde en egen tolkning av svaren innan de nedtecknades. Intervjuaren försökte motverka detta genom att läsa upp vad som nedskrivits och fråga om det var rätt uppfattat. Enhetscheferna hade inte sett intervjufrågorna i förväg. Nackdelen med detta och en möjlig felkälla kan ha varit att den intervjuade just i intervjustunden inte erinrade sig exakt hur den vanligtvis brukade agera, till exempel vilka typer av sjukfall som brukade hänvisas till företagshälsovården. Fördelen var att ingen kunde läsa på och fräscha upp sina kunskaper före intervjun.

En bias förelåg i och med att jag som intervjuare samtidigt var den företagsläkare som enhetscheferna samarbetade med. Det skulle ha kunnat påverka svaren i riktningen att cheferna underskattade problemen. I så fall skulle sanningen ha blivit mer svåråtkomlig och problemen i verkligheten troligen större än vad som framkom i studien. Min känsla är dock att svaren var mycket uppriktiga.

Rekommendationer

En regelbunden sjukfrånvarostatistik från personalkontoret skulle underlätta enhetschefernas arbete och vara till hjälp i bevakandet av när rehabiliteringsskyldigheten inträder. Tydligare riktlinjer för när enhetscheferna bör eller ska kontakta företagshälsovården i rehabiliteringsärenden är önskvärda. Företagshälsovården bör göra en presentation av sin verksamhet för de enskilda enhetscheferna. Enhetscheferna efterfrågade mer utbildning om rehabilitering, och om sådan blir aktuell kan en interaktiv utbildning utgående från typfall, och med gemensamt deltagande av kommunens rehabiliteringssamordnare, företagshälsovården och Försäkringskassan rekommenderas.

Jag tackar deltagande enhetschefer, som på ett så positivt sätt ställt upp och gjort detta projektarbete möjligt. Det är min förhoppning att resultatet ska leda till ett fortsatt gott samarbete med en optimering av rehabiliteringsarbetet med vinster för både den enskilde, kommunen och samhället.

Litteraturreferenser

1. Slutbetänkande av Utredningen om Den Arbetslivsinriktade rehabiliteringen, SOU 2000:78 s.231
2. Lag om allmän försäkring, AFL, (1962:381), 22 kap 4 §
3. Arbetsmiljölagen (1977: 1160), 3 kap
4. Arbetsmiljöverkets författningssamling: Arbetsanpassning och rehabilitering, AFS 1994: 1
5. Arbetarskyddsstyrelsens allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna om arbetsanpassning och rehabilitering, se (4)
6. Lag om allmän försäkring, AFL, 22 kap 3 §
7. Vissa sjukförsäkringsfrågor m.m., Prop. 2006/07:59
8. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet – slutbetänkande av Utredningen om En handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, SOU 2002:5
9. Löwgren M. Rehabilitering i arbete, Arbetsmiljöfonden (1990)
10. RFV, Vägledning Riksförsäkringsverket 2004:2 (2004) s.117-122
11. Andersson A. mfl. Vad är en god arbetslivsinriktad rehabilitering? Slutsatser baserade på en litteratursammanställning, IHS rapport 2003:1, Linköpings universitet
12. Focus på åtgärder – En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet. Slutbetänkande av Rehabiliteringsutredningen, SOU 2006:107

13. Analyserar 2005:5, Försäkringskassan
14. AGRA- utredningen om Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar, SOU 1998:104
15. Göransson S mfl. Vilja och villkor – en studie om långtidssjukskrivnas situation, Bilaga 2:3 SOU 2005: 5 (2002) s.101-168
16. Analyserar 2006:10, Försäkringskassan
17. Edlund C mfl. Arbetsgivaren i rehabiliteringsprocessen, Intervjuer med 21 arbetsgivare i Västerbotten , Rapportserie 1996:14, Umeå universitet
18. Program för rehabiliteringsutredning i Östhammars kommun, version juli 2005, sid.1- 3
19. Eva Vingård mfl. Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting, slutrapport okt 2004, www.ammuppsala.se/hakul

Bilaga

Frågeformulär

Frågeformulär, komprimerat

Namn:

Enhet:

Datum:

1. Hur länge har du varit enhetschef?

2. Vilken utbildning har du?

3. Hur många anställda har du rehabiliteringsansvar för?

Vilka personalkategorier?

4. Tycker du att du har den tid som behövs för att arbeta med rehabiliteringsfrågor?

Ja Nej

5. Har du fått utbildning om rehabilitering? Ja Nej

6. Vem rådfrågar du i rehabiliteringsfrågor om behov finns?

7. Får du enhetens sjukfrånvarostatistik? Ja Nej

Hur? Hur ofta? Diskuteras den med dej i förhållande till hela kommunens sjuktal?

8. Känner du till i vilka 3 situationer arbetsgivaren har skyldighet göra en rehabiliteringsutredning enl AFL (lagen om allmän försäkring). Ja Delvis Nej

SS minst 28 sammanhängande dagar Ja Nej

Upprepad korttidsfrånvaro, minst 6 ggr på ett år. Ja Nej

Egen begäran Ja Nej

9. Känner du till några rehabiliteringsåtgärder vid nedsatt arbetsförmåga du som chef kan vidta på arbetsplatsen? Ja Nej

Anpassning av arbetet: Ändrade arbetstider Ja Nej

Andra arbetsuppgifter Ja Nej

Anpassning av arbetsplatsen Ja Nej

Omplacering Ja Nej

Omplacering efter utbildning Ja Nej

10. Vet du vad arbetshjälpmedel innebär? Ja Delvis Nej

11. Känner du till kommunens program för rehabiliteringsutredning? Ja Nej

Vet du var det finns att hämta? Ja Nej

Har du fått utbildning i programmet? Ja Nej

12. Har du synpunkter på hur programmet, t.ex. hur det går att förstå och att följa?

Är det lättförståeligt? Ja Nej

Går det bra att följa? Ja Nej

13. Brukar du följa programmet? Ja Delvis Nej

14. Har du informerats om vad Länshälsan kan bidra med i rehabiliteringsärenden?

Ja Delvis Nej

Läkare Ja Nej

Sköterska Ja Nej

Beteendevetare Ja Nej

Sjukgymnast Ja Nej

Ergonom Ja Nej

Arbetsmiljöingenjör Ja Nej

15. I vilka sjukfall kontaktar du Länshälsan eller ber den anställde själv göra det?

Är det i någon särskild typ av ärenden? (Vilka?)

Är det vid någon särskild tidpunkt i sjukfallet? (När?)

Rådgör du med någon innan du kontaktar Länshälsan?

16. Känner du till flödesschemat (planen) för hur Länshälsan samarbetar med chefen i individärenden? Ja Nej

17. Känner du till vilken som är Försäkringskassans roll i arbetslivsinriktad rehabilitering? Ja Delvis Nej

18. Vet du vad Försäkringskassans ”steg för steg-modell” i arbetsrehabilitering innebär? Ja Delvis nej

19. Vet du vad arbetsträning innebär? Ja Delvis Nej

Syfte, upplägg

Har du haft någon personal i arbetsträning? Ja Nej

20. Vet du vad särskilt högriskskydd för arbetstagare innebär? Ja Delvis Nej

När, hur betar man sig.

21. Känner du till Försäkringskassans guide för arbetsgivare på nätet? Ja Nej

22. Har du behov av ytterligare utbildning i rehabilitering? Ja Nej

Motivera gärna. Vilket ämne/område?

Kan sjukfrånvaron minskas genom ett strukturerat omhändertagande?

Författare: Johan Rosengren
Projektarbete vid Uppsala universitets företagsläkarutbildning 2006/07

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Sammanfattning	3
Inledning	4
Syfte och frågeställning	4
Undersökt grupp	4
Bortfall	4
Metod	5
Resultat	6
Diskussion	7
Slutsats	8
Litteraturreferenser	9

Sammanfattning

Kan sjukfrånvaron minskas genom ett strukturerat omhändertagande?

Författare: Johan Rosengren. Projektarbete vid Uppsala universitets företagsläkarutbildning 2006/07:

Sjukfrånvaron är ett av vår tids stora problem. Sjukfrånvaron medför utförskap och kostnader för den enskilda individen samt stora kostnader både för arbetsgivare och samhälle. Kan ett strukturerat omhändertagande med arbetsförmågebedömning och rehabiliteringssamordning minska sjukfrånvaron?

Ett svenskt företag har tillsammans med Aktiv Arbetsmedicin och försäkringskassan arbetat strukturerat för att minska sjukfrånvaron hos sina anställda. Under projektiden på arton månader sjönk den totala sjukfrånvaron i företaget från 9 % till 7,5 %. Detta är betydlig mer än nedgången i sjukfrånvaro i Sverige i stort under motsvarande tid varför mycket talar för att detta kan vara ett sätt att få ner sjukfrånvaron.

Inledning

Sjukfrånvaron är ett av vår tids stora problem. Sjukfrånvaron medför utförskap och kostnader för den enskilda individen samt stora kostnader både för arbetsgivare och samhälle (Järvholm 2005). Trots sjukfrånvarons omfattning och dess stora konsekvenser för samhället, liksom för individen, är kunskap om dess orsaker och konsekvenser samt om hur dessa kan påverkas starkt begränsad (SBU 2003). Forskningsområdet är vidare teoretiskt, metodologiskt och begreppsmässigt outvecklat (SBU 2003). Kan ett strukturerat omhändertagande med arbetsförmågebedömning och rehabiliteringssamordning minska sjukfrånvaron? Ett svenskt företag startade i september 2005 ett projekt för att minska sjukfrånvaron. Målet var att under projekttiden på 18 månader halvera sjukfrånvaron. Projektet har skett i samarbete med Försäkringskassan och Aktiv Arbetsmedicin.

Syfte och frågeställning

Syftet är att ta reda på om ett strukturerat omhändertagande med arbetsförmågebedömning och rehabiliteringssamordning kan minska sjukfrånvaron.

Kan ett strukturerat omhändertagande med arbetsförmågebedömning och rehabiliteringssamordning minska sjukfrånvaron?

Undersökt grupp

Den totala sjukfrånvaron i hela det studerade företaget har studerats dels vid projektstart september 2005 och dels vid projektavslut april 2007.

De personer med en sjukfrånvaroperiod på minst fjorton dagar har genomgått arbetsförmågebedömning och har hunnit avslutas när projektiden var över har också följts upp avseende grad av sjukfrånvaro vid inklusion och grad av sjukfrånvaro vid avslut av rehabiliteringssamordning. Avslut av rehabiliteringssamordningen skedde när de planerade rehabiliteringsåtgärderna hade avslutats och behov av ytterligare uppföljning inte längre förelåg.

Bortfall

Av de 208 personer som hade en sjukfrånvaroperiod på minst fjorton dagar som genomgick arbetsförmågebedömning var det 45 ärenden som inte hade avslutats vid projektavslut, 34 av dessa hade en pågående rehabilitering och 11 väntade på beslut om sjukersättning.

Metod

Företaget har tillsammans med Aktiv Arbetsmedicin och försäkringskassan arbetat strukturerat för att minska sjukfrånvaron hos de anställda i företaget. Samtliga 208 arbetstagare som under projekttiden har haft en sjukfrånvaroperiod på mer än fjorton dagar har genomgått en arbetsförmågebedömning där de har fått träffa sjuksköterska, sjukgymnast, psykolog och läkare. Därefter har man vid ett gemensamt teammöte gått igenom och bedömt arbetsförmågan och eventuellt behov av åtgärder. Detta har sedan återkopplats till den enskilde individen i ett möte, fysiskt eller per telefon, med en läkare. Ett utlåtande har sedan gått ut till den enskilde arbetstagaren, arbetsledaren och vid pågående sjukfrånvaro även till försäkringskassan. Därefter har ett avstämningsmöte hållits med arbetstagaren, arbetsledaren, läkaren, rehabiliteringssamordnaren och en handläggare från försäkringskassan. Vid avstämningsmötet så har en plan för arbetsåtergång fastställts. Rehabiliteringssamordnarna har sett till att planen har följts.

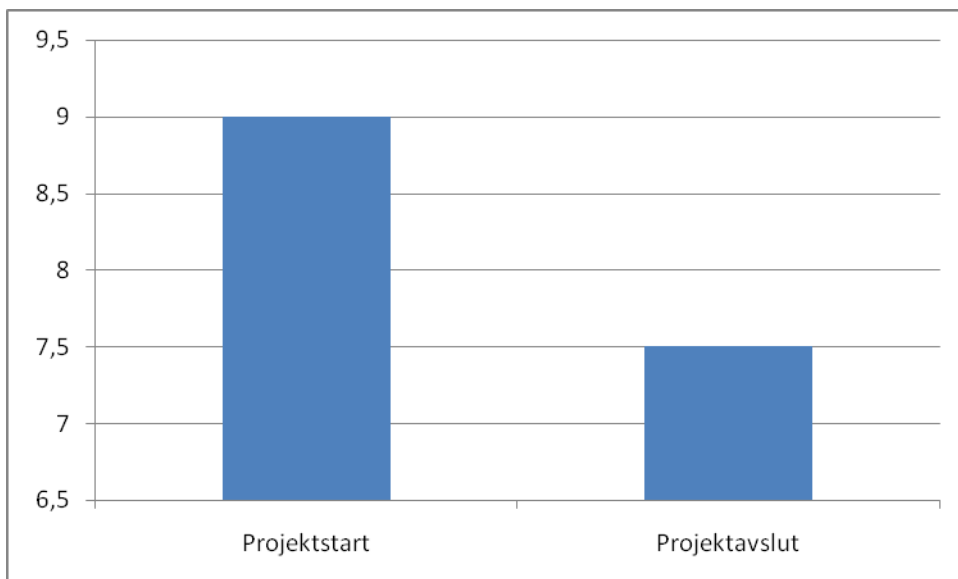
De 246 personer som under projekttiden har haft upprepad korttidsfrånvaro vid minst sex tillfällen har i stället genomgått en kort arbetsförmågebedömning och då enbart träffat sjuksköterska och läkare. Därefter har man även hos dessa haft ett gemensamt teammöte där man har gått igenom och bedömt arbetsförmågan och eventuellt behov av åtgärder. Detta har sedan återkopplats till den enskilde i ett möte, fysiskt eller per telefon, med läkare. Ett utlåtande har sedan gått ut till den enskilde arbetstagaren och arbetsledaren. Slutligen så har ett avstämningsmöte hållits med arbetstagaren, arbetsledaren, läkaren och rehabiliteringssamordnaren.

Sjukfrånvaron har mätts genom företagets datasystem. Data som sedan har utvärderats är sjukfrånvaro i företaget i stort dels vid projektstart september 2005 och dels vid projektavslut april 2007. Dessutom har sjukfrånvaron studerats för de långtidssjukskrivna vid inklusionen och när den enskilda individens plan avslutades.

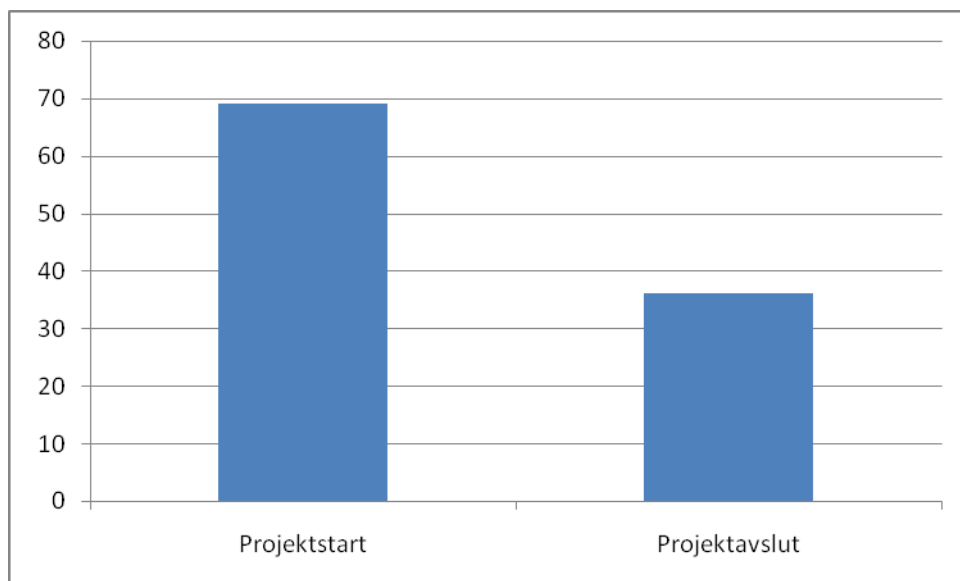
Resultat

För hela företaget har sjukfrånvaron minskat från 9 % till 7,5 % (fig 1).

Långtidssjukfrånvaron har minskat från 6 % till 4,5 % medan korttidssjukfrånvaron har varit oförändrad på 3 %. Den totala minskningen i sjukfrånvaro innebär alltså en minskning med 1,5 procentenheter eller 17 %. Det har rört sig om en arbetstid motsvarande cirka femtio heltidstjänster. Sjukfrånvaron hos de långtidssjukskrivna som har varit med i projektet och har avslutats under projekttiden har minskat från 69 % till 34 % (fig 2).



Figur 1. Stapeldiagram över den totala sjukfrånvaron i procent i hela företaget från projektstart till projektavslut.



Figur 2. Stapeldiagram över sjukfrånvaron i procent hos de studerade långtidssjukskrivna från projektstart till projektavslut.

Diskussion

Mycket talar för att det är projektet och det strukturerade arbetssättet med arbetsförmågebedömning och rehabiliteringssamordning som har lett till nedgången i sjukfrånvaro. Nedgången bör dock korreleras till nedgången i sjukfrånvaro på arbetsmarknaden i stort för att sälla bort faktorer som ligger utanför företaget. Vi kan titta på försäkringskassans beräkningar av ohälsotalet och förändringen mellan september 2005 och april 2007. Ohälsotalet är antalet utbetalda nettodagar under en tolv månaders period med sjukpenning, rehabiliteringspenning samt sjuk- och aktivitetsersättning per person mellan 16 och 64 år (Försäkringskassan 2007). Vi ser då en nedgång från 41,7 dagar per år till 39,5 dagar per år (Försäkringskassan 2007). Det innebär en minskning med cirka 5,3 % under arton månaders perioden. Den nedgång som man kan se här är dock betydligt större än så. Nedgången i sjukfrånvaro var från 9 % till 7,5 % den nedgången var alltså 1,5 procentenheter eller 17 %. Det rör sig således om en betydligt större nedgång än nedgången i ohälsotalet generellt. Det kan inte heller uteslutas att andra faktorer inom företaget än projektet och dess strukturerade arbetssätt har påverkat nedgången i sjukfrånvaro. Det skulle till exempel kunna röra sig om arbetsmiljöförändringar och andra åtgärder som kan påverka trivselen och därmed indirekt sjukfrånvaron. Det är dock inte troligt att det är sådana åtgärder som ligger bakom förändringen i sjukfrånvaro eftersom några genomgående sådana förändringar inte har genomförts under projektperioden utan den torde huvudsakligen hänföra sig till projektet och dess insatser. Det vore i ett annat projekt intressant att randomisera till två grupper där man i den

ena gruppen får aktiva åtgärder för att minska sjukfrånvaron och där man i den andra arbetar som tidigare. Även det skulle dock ha sina begränsningar eftersom det att man gör ett projekt skulle kunna ge ökat fokus på frågan och därmed påverka sjukfrånvaron även i gruppen som inte får några extra insatser. Bortfallet av de enskilda personer vars planerade rehabilitering vid projektavslutet inte var avslutad kan naturligtvis ha påverkat resultatet avseende andelen sjukfrånvaro hos de med långtids sjukfrånvaro. Det är rimligt att anta det i bortfallsgruppen ingår mer svårrehabiliterade individer eftersom att de som vid projektavslut inte hade avslutat sin planering har ingått i bortfallsgruppen. Hade deras sjukfrånvaro tagits med så hade resultatet troligen blivit en högre sjukfrånvaro. Det ska dock nämnas att detta bortfall inte påverkar den övergripande statistiken avseende sjukfrånvaron i hela företaget då dessa personer ingår i denna statistik.

Slutsats

Kan ett strukturerat omhändertagande med arbetsförmågebedömning och rehabiliteringssamordning minska sjukfrånvaron? Det förefaller som om det att arbeta projektrelaterat med företag med systematisk genomgång med arbetsförmågebedömningar och rehabiliteringssamordning kan ge en klar sänkning av sjukfrånvaron.

Litteraturreferenser

1. Järvholm B, Olofsson C. Sjukskrivningsboken. Lund: Studentlitteratur, 2005.
2. SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering). Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk översikt. Rapport nr 167. Stockholm: SBU; 2003
3. Försäkringskassan
http://www.fk.se/press/pressmed/pm2007/pm29_07/dokument/pm07_29_bil_1.pdf
4. Försäkringskassan
http://uppsol.forsakringskassan.se/upload/4463/ohtid_decimal.xls

Kan byte av entreprenör för företagshälsovården i en liten svensk kommun innebära förändrade kostnader och kvalitet, och måste en förbättrad tillgänglighet för de anställda även innebära högre kostnader för arbetsgivaren?

Författare: Peter Svensson
Handledare: Peter Westerholm

Projektarbete vid företagsläkarutbildning 2006/2007 Arbets- och miljömedicin, Uppsala

	<u>Sida</u>
Innehållsförteckning	2
Sammanfattning	3-4
Inledning	4-6
Syfte och frågeställningar	6
Undersökt grupp	7
Metod	7
Resultat	7-9
Diskussion	9-11
Slutsatser	11-12

SAMMANFATTNING

Kan byte av entreprenör för företagshälsovården i en liten svensk kommun innebära förändrade kostnader och kvalitet, och måste en förbättrad tillgänglighet för de anställda även innebära högre kostnader för arbetsgivaren?

Författare: Peter Svensson, Gränsbygdskliniken AB, Markaryd

Handledare: Peter Westerholm

Projektarbete vid Företagsläkarutbildningen 2006/2007, Arbets- och miljömedicin, Uppsala.

Jag ville studera om byte av företagshälsovårdsentreprenör och om ett annat upplägg på företagshälsovården för Markaryds kommun, kunde minska kommunens kostnader.

Det nya upplägget på företagshälsovården innebar att alla anställda själva fick ringa företagshälsovården och diskutera problem och ev. boka tid. Om besvären, av företagshälsovården ansågs kunna vara arbetsrelaterad, erbjöds den anställda ett läkarbesök på kliniken. Samtliga som erbjöds tid accepterade detta och kom på besök.

Bedömning av vad som ansågs vara arbetsrelaterat gjordes av läkare eller sjuksköterska.

Efter läkarbesöket hänvisades de som inte hade arbetsrelaterade problem, och som behövde uppföljning, till den lokala vårdcentralen.

De som ansågs ha arbetsrelaterade besvär och som ansågs vara i behov av ytterligare behandling, förutom det initiala läkarbesöket, planerades in för ett rehabiliteringsmöte. På detta möte medverkade, förutom arbetstagaren själv, en arbetsgivarrepresentant, oftast i form av närmaste chef, samt företagsläkaren. Man bestämde där om den anställda skulle få ytterligare behandlingar eller åtnjuta andra åtgärder, på arbetsgivarens bekostnad.

Vid endast två tillfällen fick arbetstagaren inte den, av företagsläkaren, föreslagna hjälpen.

Jag ville vidare studera om en ny entreprenör, med bättre läkartillgänglighet och med ett arbetssätt med större läkarmedverkan, kunde påverka kommunens ohälsotal, långtidssjukskrivnas arbetsåtergång, sjukskrivningsprevalensen hos den nya entreprenören samt om bättre tillgänglighet till företagshälsovård för de kommunanställda, genererade fler läkarbesök för icke arbetsrelaterad hälsa.

Jag ville även studera om möjligheten, för de kommunanställda, att direkt boka tid på företagshälsovården, till skillnad mot hur det tidigare fungerat, innebar att man försökte utnyttja denna möjlighet även för icke arbetsrelaterade besvär, istället för att vända sig till den lokala vårdcentralen.

Slutligen undersöktes även, i hur stor utsträckning vi kunde få arbetsgivarrepresentanter att medverka på snara rehabiliteringsmöten, samt hur mycket pengar kommunen spenderar på de anställdas företagshälsovård. Farhågor fanns om att det skulle vara svårt att få arbetsledare, att med kort varsel, medverka på rehabiliteringsmöten.

Jag har kontrollerat samtliga tidböcker på företagshälsovården, samt journalerna på samtliga kommunanställda som var i kontakt med kliniken, under tiden 2007-01-01 - 2007-09-30.

Detta oavsett om kontakten var via telefon eller via läkarbesök.

Man kunde då konstatera att, trots att kommunens anställda åtnjöt en bättre tillgänglighet på företagshälsovård än tidigare, så har kommunens kostnader för denna service sjunkit med 24 % jämfört med motsvarande tid föregående år.

Hur ohälsotalet i kommunen har utvecklats under året är oklart, eftersom det tyvärr ej gått att få dylik statistik från kommunens personalkontor. De långtidssjukskrivna som haft kontakt med Gränsbygdskliniken har dock, i mycket stor utsträckning, återgått i arbete. Totalt sjönk sjukskrivningsgraden i denna patientgrupp med över 70 %.

Mycket få av dem som sökt kliniken har blivit sjukskrivna och vid studietidens slut (2007-09-30) var det endast fyra personer som var sjukskrivna via företagshälsovården. Av dem var ingen sjukskriven på heltid. Hur många som var sjukskrivna via annan vårdgivare är oklart. Det har varit mycket få kommunanställda som varit i kontakt med företagshälsohusen för icke arbetsrelaterade besvär, och som därför hänvisats till den offentliga sjukvården. I snitt fyra personer per månad, varav tre efter telefonkontakt och en efter läkarbesök. Jämförelser har gjorts för tiden 2007-01-01 – 2007-09-30 jämfört med tiden 2006-01-01 – 2006-09-30. Kommunens företagshälsovård kostar i snitt drygt 500 kr/år och anställd, inklusive alla obligatoriska undersökningar enligt arbetsmiljöverkets föreskrifter. Om kostnaderna för de obligatoriska undersökningarna räknas bort ligger summan på ungefär 400 kr/anställd och år. Farhågor om att det skulle vara svårt att få med arbetsledarna på rehabiliteringsmöten, helst inom en vecka, visade sig i stor utsträckning vara obefogade.

INLEDNING

Markaryds Kommun, ligger i södra Småland. Det är en ganska liten kommun, både arealmässigt (plats 179 av 290) och invånarantalmässigt (plats 224 av 290). Kommunen hade 833 tillsvidareanställda (motsvarande 729 heltidstjänster) vid årsskiftet 2006/2007, vilket motsvarar ca 8.5 % av antalet kommuninvånare (9781 st.).

Man har haft samma leverantör av företagshälsovård, åt de kommunanställda, under hela 2000-talet, och även innan dess.

Vid årsskiftet 2006/2007 övergick detta uppdrag, efter upphandling, till Gränsbygdskliniken, där undertecknad är delägare och arbetar som läkare, för första gången.

Jag avsåg, i detta arbete, att titta på ett antal kvalitetsparametrar, enligt nedan, för att förhoppningsvis kunna påvisa kundnytta och kostnadseffektivitet med vårt koncept för företagshälsovård.

Då detta var klinikens hittills största uppdrag, förelåg en förhoppning om goda resultat, som i sin tur skulle kunna användas för framtida marknadsföring.

Tidigare hade ersättningen för företagshälsovårdsuppdraget i kommunen ersatts med en fast månadsavgift, som skulle täcka det som man från kommunens sida ansåg sig behöva hjälp med via företagshälsovården. Detta innefattade ett fast antal timmar tjänster av företagssköterska, företagsläkare, skyddsingenjör, samt ett visst antal hälsoundersökningar m.m.

I den nya upphandlingen skulle allting ersättas enligt styckepris, med månadsfakturerings i efterskott.

Omfattningen av det uppskattade behovet av kompetenser och undersökningar i den nya upphandlingen baserades på utnyttjad företagshälsovård enligt det gamla avtalet, under de närmast föregående åren.

Anbudsunderlaget för företagshälsovården var, enligt företrädare på kommunen, förändrat gentemot de tidigare anbudsunderlagen, enligt deras eget önskemål. Detta eftersom man från kommunens sida, tidigare tyckt att man haft för dålig kontroll på vad företagshälsovården gjorde, och man önskade få bättre kontroll på vad man fick för pengarna.

Tidigare fick de anställda inom kommunens verksamheter beställa tid, hos dåvarande företagshälsovårdsentreprenör, genom att vederbörandes arbetsledare ordnade besökstid åt den anställda.

Det nya avtalet gav de anställda rätt att själva boka tid på Gränsbygdskliniken.

Dock skulle de anställda helst först ringa, alternativt besöka mottagningen personligen, och få besvärerna bedömda, via telefon eller personligt samtal, av läkare eller sjuksköterska. Detta för att utröna om det kunde anses vara arbetsrelaterade besvär.

Bedömdes besvärerna eller åkomman såsom icke arbetsrelaterad hänvisades man till den offentliga sjukvården.

Först därefter fick man ev. besökstid på kliniken.

Såsom arbetsrelaterade besvär eller problem räknades sådant som uppkommit av, eller förvärrats av, arbetet.

Oklara fall, där problemen innebar en klar nedsättning av arbetskapaciteten i det normala arbetet, eller där arbetsgivaren önskade en second opinion eller gick arbetstagare med önskemål om företagshälsovårdskontakt till mötes, kunde också komma i fråga.

Visades det sig att någon, trots detta, vid läkarbesöket hade besvär som icke ansågs vara arbetsrelaterade, hänvisades de därefter till den offentliga sjukvården.

Alla anställda skulle träffa läkare, vid det första bokade besöket på kliniken.

Patienterna fick ej boka uppföljande besök eller behandlingar, utan föregående rehabiliteringsmöte.

Vid detta möte, som vi försökte få till stånd så snabbt som möjligt, skulle arbetstagare, företagsläkare samt arbetsledare medverka. Farhågor om svårigheter att få till stånd dessa med arbetsgivarrepresentant på plats, visade sig vara obefogade.

En rehabiliteringsplan skulle då läggas upp och eventuella vidare utredningar och behandlingar skulle sanktioneras av arbetsgivarrepresentanten.

Det skulle då också planeras för ett uppföljande rehabiliteringsmöte.

Detta skulle äga rum senare, efter att överenskomna rehabiliteringsinsatser avslutats, för att se hur rehabiliteringen utfallit.

Jag ville se om vårt upplägg med möjlighet för de anställda att själva boka tid på företagshälsovården och om tidiga rehabiliteringsmöten, innebar mindre sjukskrivningar, i vilken utsträckning långtidssjukskrivna kom åter i arbete, lägre sjuktal och om större tillgänglighet till företagshälsovården innebar att medföljande kostnader ökade.

Kommunens kostnad per anställd för företagshälsovård samt en kartläggning av om det var för arbetsrelaterade besvär de kommunanställda tog kontakt med företagshälsovården, och i vilken utsträckning anställda var sjukskrivna via företagshälsovården.

Intresset och möjligheten för närmaste chefer att medverka på rehabiliteringsmöten kartlades också.

Under 2006 bedrevs ett projekt av dåvarande företagshälsovårdsentreprenör, för att sänka ohälsotalen i kommunens verksamheter. Kortfattat innebar denna att sjukanmälan, på vissa arbetsplatser, skedde direkt till företagshälsovården, och att ett uppföljande telefonsamtal några dagar senare ombesörjdes av företagshälsovården.

I samband med dessa telefonkontakter fick de anställda rådgivning och hänvisades vid behov till sjukvårdsinrättning.

Projektet (Pro Primo) ersattes med 81 864 kr, för helåret 2006, förutom den fasta avgiften i det då föreliggande avtalet.

Resultaten av det projektet visade att man därigenom inte lyckades sänka sjuktagen bland de kommunanställda under 2006. Sjuktagen ökade istället, från 7.5 % år 2005 till 8.2 % under 2006. Antalet sjukdagar steg under 2006 med 0.4 dagar, till 27.6, per tillsvidareanställd individ. Detta enligt uppgifter i årsredovisningen för kommunen för år 2006.

Detta placerade kommunen på plats 184 (av 290) i Sverige, sett till mängden sjukskrivningar. I statistiken för Markaryds kommun är dessutom inte timanställda inräknade!

Man kan sammanfatta vår intervention enligt följande:

- Alla anställda hade möjlighet att vid behov själva kontakta FHV och boka tid.
- En separering av arbetsrelaterade respektive icke-arbetsrelaterade problem, både vid telefonkontakt och vid mottagningsbesök, gjordes.
- Patienterna fick alltid initialt bokad tid hos läkare för bedömning.
- Vi tillämpade ett rehabiliteringsmöte, med strukturerat innehåll och preciserat angivna deltagare, som i normalfallet avhölls inom en vecka.
- Vid det initiala rehabiliteringsmötet planerades vidare åtgärder och utredningar. I ett flertal fall bokades även ny tid för uppföljande rehabiliteringsmöte, med samma deltagare, någon eller några månader senare.
- Vi kunde erbjuda ett bredare utbud av tjänster.
- Vi erbjöd kortare väntetider för att få tid på kliniken.
- Kommunen gjorde en ny upphandling av företagshälsovård, inför år 2007, med önskemål om ett annat upplägg på sin företagshälsovård jämfört med tidigare. Detta innebar att en del av interventionen var styrd även av detta.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

- Det huvudsakliga syftet med undersökningen var att undersöka om ett nytt upplägg på företagshälsovården i Markaryds kommun innebar förändrade kostnader för kommunen, dvs. hur kostnadseffektiviteten utföll.
Givetvis fanns det farhågor hos arbetsgivaren att detta skulle innebära ökade kostnader, med bättre och lättare tillgänglighet till fhv-tjänster, för de kommunanställda.
- Jag ville se om det nya upplägget på företagshälsovård för de kommunanställda påverkade kommunens ohälsotal. Med andra ord bidrar, möjligheten för arbetstagare att själva ta kontakt med företagshälsovården, bättre läkartillgänglighet, snabba rehabiliteringsmöten, fler behandlingsmöjligheter samt kortare väntetider till snabbare arbetsåtergång och/eller undvikande av sjukskrivning.
Med andra ord vilken kundnytta man ev. kunde påvisa för uppdragsgivaren.
- En kartläggning av hur många av dem som var i kontakt med kliniken, som kom till behandling och bedömning på Gränsbygdskliniken, och hur många som hänvisades till den offentliga vården, antingen initialt eller efter ett besök på kliniken, planerades.
- Gränsbygdskliniken "ärvde" också en del långtidssjukskrivna patienter.
Ett syfte med undersökningen var att se vad som hände med dem när de fick ett annat upplägg på sin rehabilitering - fortsatte de vara sjukskrivna eller kom de åter i arbete?
- En farhåga vi från företagshälsovårdens sida hade, var att det skulle bli problem att få de anställdas chefer att medverka på snabba rehabiliteringsmöten, i normalfallet inom en vecka, vilket också undersöktes.
- En undersökning av prevalensen, i % av heltidstjänster, av sjukskrivningar via Gränsbygdskliniken, vid undersökningsperiodens slut (2007-09-30), samt hur mycket pengar kommunen betalade för företagshälsovård åt sina anställda, ingick i projektet.

UNDERSÖKT GRUPP

Alla anställda i Markaryds Kommun som haft kontakt med Gränsbygdskliniken under tiden 2007-01-01 – 2007-09-30. Detta oavsett om kontakten skett via telefon eller via personliga besök på kliniken.

Antalet tillsvidareanställda i kommunen var 833, medan antalet vikarier var okänt.

Antalet kvinnor var 693, dvs. de motsvarade ca. 83 % av alla anställda.

Av kvinnorna arbetade 52 % deltid, medan motsvarande siffra för männen var 10 %.

METOD

Vad det gäller kostnaderna har jag jämfört föregående entreprenörs fakturering med ”vår”, under motsvarande period av året.

Det vill säga för tiden 2006-01-01 – 2006-09-30, för föregående entreprenör, jämfört med tiden 2007-01-01 – 2007-09-30, för Gränsbygdskliniken.

Fakturaunderlag har jag fått av personal på ekonomikontoret Markaryds Kommun.

Ohälsotalen har jag fått av personalavdelningen i Markaryds kommun.

Hur många som hänvisats till den offentliga vården har undersökts genom genomgång av tidbokningssystemet och samtliga journalerna på alla kommunanställda som besökt oss under tidsperioden 2007-01-01 – 2007-09-30.

Detta gjorde det också möjligt att ta reda på sjukskrivningsprevalensen vid undersökningsperiodens slut och vad som hänt med de sjukskrivna som vi ”ärvde” 2007-01-01.

Hur lång tid det gick mellan de initiala läkarbesöken och de rehabiliteringsmöten som skulle hållas om och med den kommunanställda, som av läkare ansågs behöva ytterligare utredning eller behandling, kunde då också kartläggas.

Antal kronor som kommunen betalar för företagshälsovård åt sina anställda var lätt att kartlägga eftersom kostnaden för företagshälsovården, liksom antalet anställda i kommunen, var känt.

RESULTAT

En kostnadsjämförelse, där de av de olika entreprenörerna fakturerade tjänsterna, under motsvarande tidsperiod av åren, har gjorts.

Vad det gäller de två årens fakturerade tjänster, för tiden jan-sept, har de haft ett något annorlunda innehåll.

För att få en rättvis jämförelse har vissa justeringar för detta gjorts.

Kostnaderna för arbets-EKG'n för brandmän har fördelats över hela året, och kostnaderna för dessa har medräknats till 9/12, dvs. för tiden jan-sept.

Detta eftersom entreprenörerna har gjort dessa undersökningar under olika tidsperioder av året och även gjort olika antal undersökningar.

Därefter har även en justering gjorts, genom att kostnader för uppdrag som enbart endera entreprenören utfört, har adderats till den andra entreprenörens totalsumma.

Detta belopp har då beräknats på den kostnad som respektive anbudsgivare angav, för respektive tjänst, vid upphandlingen inför det nya avtalet, som började gälla fr.o.m. 2007-01-01.

Gränsbygdskliniken har totalt fakturerat Markaryds Kommun 341 714 kr, nedan benämnt totalsumma, för tiden 2007-01-01 – 2007-09-30.

En del service som enbart Gränsbygdskliniken tillhandahållit under 2007, har därefter avräknats från deras slutsumma, eftersom motsvarande service ej kunde erhållas under föregående år, av dåvarande entreprenör.

Hit hör bl.a. medicinska hjälpmedel och kostnaden för andra tillkommande uppdrag, som ej var med i den initiala upphandlingen, såsom isocyanatundersökningar och vissa utbildningar. Den totala kostnaden för dessa tjänster uppgår till 34 872 kr.

Totalsumman som fakturerats för Gränsbygdsklinikens service, för tiden jan-sept 2007 var med dessa kostnader borttagna 306 842 kr.

Totalkostnaden för Gränsbygdsklinikens företagshälsovård för Markaryds Kommun, med ovannämnda justeringar gjorda, uppgår till 307 135,75 kr, för tiden jan-sept 2007.

Hälsoringen fakturerade för motsvarande period under föregående år 424 860 kr.

Den summan inkluderar då även kostnader för ett sjukanmälnings- och sjukskrivningsprojekt (Pro Primo), som kostade 81 864 kr under helåret 2006.

I summan 424 860 kr, har $\frac{3}{4}$ (för tiden jan-sept.) av projektkostnaden (Pro Primo) medräknats. Med kostnaderna för Pro Primo borträknade och med justeringar gjorda för att kompensera för tjänster man inte gjort, men som nuvarande entreprenör gjort, hamnar man på en totalsumma på 403 257 kr, om Hälsoringen skulle ha gjort motsvarande jobb, under jan-sept. Detta innebär i pengar ca 24 % högre totalpris (totalsumma) jämfört med Gränsbygdskliniken.

Hur ohälsotalet bland de kommunanställda har utvecklats, under tiden 2007-01-01 – 2007-09-30, är oklart då någon aktuell statistik inte har kunnat erhållas från kommunens personalavdelning.

I ohälsotalet utgörs täljaren av antalet dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringssjukpenning, sjukersättning och aktivitetsersättning (före år 2003 förtidspension och sjukbidrag). Nämnaren utgörs av antalet registrerade försäkrade 16-64 år.

I ohälsotalet räknas partiella utbetalningar ihop till hela utbetalningar

Åtta patienter hänvisades efter det initiala läkarbesöket till den offentliga vården, då besvären inte ansågs vara arbetsrelaterade.

Under de nio månaderna hänvisades i snitt tre personer/månad direkt till den offentliga vården, efter initial telefonkontakt med företagshälsovården.

Ett aktivt rehabiliteringsarbete gjorde också att en majoritet av de sjukskrivna personer som vi ”ärvde”, vid övertagandet av kommunens företagshälsovårdsuppdrag, återgick i arbete under de första nio månaderna därefter.

Dessa personer hade i snitt varit sjukskrivna i över elva månader.

Totalt ökade sysselsättningsgraden i denna grupp med över 70 %.

Då skall även noteras att vi inte träffade de långtidssjukskrivna förrän, i snitt 41 dagar in på det nya året, dvs. motsvarande mitten av februari.

Av de planerade 27 rehabiliteringsmötena fick vi chefen att medverka i 26 fall, således vid alla tillfällen utom ett. I detta fall ansåg sig arbetsledaren inte ha tid.

I tre fall avtalades det redan vid första läkarbesöket av vi skulle vänta med rehabiliteringsmötet ett tag längre än vad som var brukligt. Skälen till detta var skiftande, men i ett par fall hade rehabiliteringsmöten genomförts ganska nyligen.

Om dessa tre rehabiliteringsmöten räknas bort var den genomsnittliga tiden mellan det initiala läkarbesöket och det uppföljande rehabiliteringsmötet drygt sju dagar (7.43).

Ingen patient som önskade rehabiliteringsmöte förvägrades detta.

Av dem som besökte företagshälsovården fick 14 personer återbesök utan föregående rehabiliteringsmöte. I många fall berodde detta på att man redan innan det initiala läkarbesöket vidtalat sin chef och fått ytterligare behandling och utredning sanktionerad.

Sjukskrivningsfrekvensen bland de sökande var mycket låg. Vid undersökningsperiodens slut (2007-09-30) var endast fyra personer sjukskrivna via företagshälsovården, och samtliga dessa arbetade deltid, minst 50 %.

Hur ohälsotolet utvecklats under året, totalt bland de kommunanställda, är oklart då aktuella siffror ej finns att tillgå.

Man kunde också konstatera att kommunen spenderar i genomsnitt 547 kr/år och anställd, baserat på att kostnaden under de första nio månaderna år 2007 var representativa för året. Om kostnaderna för de hälsoundersökningar och de kontroller som det åligger kommunen att enligt lag utföra borträknas, låg årskostnaden på 409,40 kr/anställd.

Då skall det även noteras att kommunens totalkostnad för företagshälsovård är utslagen på enbart de fast anställda.

I denna uträkning har kostnaden företagshälsovård för vikarier, timanställd personal osv. satts till 0 kronor, eftersom mängden vikarier inte går att få fram ur nuvarande personaladministrativa system på kommunen.

Den reella årskostnaden per anställd är således i verkligheten ännu lägre än ovan nämnda summa!

DISKUSSION

Studien visade att man med ett nytt upplägg på företagshälsovården kunde kombinera lägre kostnader med bättre tillgänglighet och mer service. Det nya upplägget på företagshälsovården för de kommunanställda, med möjlighet för de anställda att själva boka besökstider, möjlighet att få snabba besökstider till läkare och snabba rehabiliteringsmöten, har kortat väntetider och gjort att patienter kommit i snabb behandling.

Den tidigare entreprenören hade läkare på plats ungefär en dag i veckan, medan vi haft läkare i tjänst närmast dagligen.

Att läkare alltid, och närmaste chef till arbetstagaren, i alla fall utom ett, medverkade på planerade rehabiliteringsmötena, har givetvis haft positiva effekter och givit möjligheter till snabbare behandlingar och utredningar.

Centralt belägna och lättillgängliga lokaler, samt ett gott samarbete med många lokala kompetenta vårdentreprenörer bidrar säkert också till de goda resultaten.

Ett större utbud av service och behandlingsmöjligheter på vår företagshälsa jämfört med förra entreprenören tros också ha bidragit.

Till det större utbudet kan rehabiliteringscoach och massör bl.a. inräknas

En stor anledning till de mycket lyckade resultaten, i princip avseende alla parametrar, tror jag även beror på att både jag och företagssköterskan, vilka är de som haft den huvudsakliga patientkontakten, är bosatta och välkända på orten.

Vi har tidigare drivit en privat vårdcentral, ett par mil från nuvarande företagshälsa, under ett flertal år, och därigenom fått ett visst rykte och renommé på orten.

En annan bidragande orsak tror jag är att jag som läkare är en hel del ute i verksamheterna för att bilda mig en uppfattning om arbetsmiljöer och lära känna folk.

Jag har även medverkat vid skyddskommittémöten och haft kontakt med lokala arbetsgivarrepresentanter vid frågor rörande omplacering, arbetsplatsanpassningar, ändrade anställningsformer och ergonomiska bedömningar, samt hållit föredrag om vårt arbetssätt för utvalda delar av kommunens personal.

Ett lokalt samarbetsavtal med den landstingsdrivna vårdcentralen på orten, vilket inneburit en smidig hantering och snabba beslutsgångar avseende utrednings- och behandlingssamarbete för bl.a. provtagning och patientsortering har också bidragit.

Samarbetsavtal med den lokala vårdcentralen har tidigare inte förekommit, men det gav oss klara riktlinjer för hur patienter, som sökte på respektive ställe, skulle hanteras och var de skulle hänvisas.

Alla anställda har på ett lättillgängligt sätt fått information om det nya företagshälsovårdsavtalet. Detta har skett genom att information har distribuerats via kommunens intranät.

Cheferna har fått extra information och även information om vilka tjänster avtalet inkluderar, samt dessas kostnader.

I enstaka fall, där de rehabiliteringar vi genomfört har utfallit över förväntan, och arbetstagaren har blivit frisk och snabbt återkommit i arbete, har vi rationaliserat bort de uppföljande rehabiliteringsmötena, enligt överenskommelse med uppdragsgivaren.

Kommunen har tidigare haft svårt att kontrollera vad man fått för sina pengar då ersättningen för företagshälsovårdsuppdraget varit fast.

En del av de kostnader vi fakturerat har varit för service som tidigare inte utförts, varför dessa kostnader räknats bort.

Hit hör t.ex. isocyanatundersökningar och vissa utbildningsinsatser.

P.g.a. att det tidigare företagshälsovårdsavtalet i stora delar skiljer sig mot nuvarande upplägg, kan man inte direkt ur faktureringsunderlaget utläsa vad som utförts på företagshälsovården tidigare.

Dock torde det vara knappast vara så att den förutvarande företagshälsovården tidigare gjort mer än vi, eftersom fr.f.a. läkarettillgängligheten då varit sämre.

Genom att kostnaderna justerats enligt resultatredovisningen ovan kan man, med hänsyn taget till detta, konstatera att Gränsbygdskliniken under jan-sept 2007 bedrivit företagshälsovård för Markaryds Kommun, nästan 24 % billigare än föregående år, dessutom för motsvarande service!

Undersökningen visade att det var få arbetstagare som sökte företagshälsovården för icke arbetsrelaterade problem och sjukdomar.

Anledningarna till detta kan ju vara många, men en anledning torde vara att alla anställda fick information om vilka regler som gällde, efter att det nya företagshälsovårdsavtalet för de anställda, var klart. I vissa fall har man ju också gamla vårdkontakter som man känner och i första hand kanske använder.

I stor utsträckning är kommunanställda, som är inte anses arbetsföra, sjukskrivna via vårdcentraler eller andra vårdgivare, men inte via företagshälsovården, vilket ger företagshälsovården små möjligheterna att påverka sjuktalet.

Detta möjligen delvis p.g.a. att läkartillgängligheten på företagshälsovården tidigare varit sämre. Man kan även tänka sig att en del som önskar bli sjukskrivna söker vårdgivare där det är lättare att få en sjukskrivning utverkad.

Orsaken till de minskade sjukskrivningarna vill jag i stort tillskriva de korta väntetiderna till kliniken och det faktum att behandlande läkare alltid medverkat på rehabiliteringsmötena.

En annan viktig faktor var att man i mycket stor omfattning lyckades få med arbetstagarnas chefer på rehabiliteringsmötena. De deltog i 96 % av de rehabiliteringsmöten de planerades att medverka på.

Det man givetvis även skulle ha velat svar på är hur patienterna uppfattat den vård och service de erhölet.

Det hade också varit intressant att kontrollera kundnöjdheten hos fackombud, skyddsombud, arbetsledare och uppdragsgivare.

För att spara pengar åt kommunen och för att minska arbetsbördan för företagsläkaren kan det i framtiden tänkas att de tidiga rehabiliteringsmötena, som ofta inföll inom en vecka efter det initiala läkarbesöket på kliniken, i vissa lättare rehabiliteringsfall, kan rationaliseras bort och ersättas av en telefonkontakt med närmaste arbetsledare.

Markaryds Kommun satsar lite pengar på sin företagshälsovård, 400-500 kr/anställd och år. Detta ligger långt under vad som är vanligt i det privata näringslivet.

Är detta specifikt bara för Markaryds Kommun, eller gäller detta fler, eller t.o.m. alla offentliga arbetsgivare ?

De mycket låga kostnaderna för de kommunanställdas företagshälsovård är kanske en av orsakerna till att kommunen har så höga ohälsotal ?

SLUTSATSER

Jag anser att jag med denna undersökning visat att eventuella farhågor, från arbetsgivarens sida, att en bättre tillgänglighet till företagshälsovård för de kommunanställda, skulle innebära stigande kostnader för kommunen, inte besannades.

Istället sjönk kostnaden under perioden, jämfört med motsvarande period föregående år, med 24 %, för jämförbar service.

Landstinget, som finansiär av den offentliga vården, har också gjort en ekonomisk vinst, genom den avlastning för den offentliga vården som företagshälsovården utgör.

Farhågor om att kommunalt anställd personal skulle söka Gränsbygdskliniken, i högre andel, p.g.a. god läkartillgänglighet därstädes och en undermålig offentligt driven vårdcentral på orten, besannades inte heller.

Trots att de kommunanställda fick bättre tillgänglighet till företagshälsovård var det i snitt knappt en person per månad som hänvisades till den offentliga vården efter besök på företagshälsan. I genomsnitt hänvisades tre patienter per månad direkt till vårdcentralen, redan efter initial telefonkontakt med företagshälsovården.

Detta visar att de anställda var mycket disciplinerade och sökte nästan enbart för arbetsrelaterade besvär på företagshälsovården.

Hur ohälsotalet bland de kommunanställda utvecklats under året är oklart då aktuell statistik inte kunnat erhållas.

I stor utsträckning är kommunanställda, som är inte anses arbetsföra, sjukskrivna via vårdcentraler eller andra vårdgivare.

Eftersom de då inte sköts via företagshälsovården, ger detta företagshälsovården små möjligheterna att påverka ohälsotalen.

En bättre styrning av patientflödena, avseende arbetshindrande ohälsa, till företagshälsovården, skulle kunna innebära stora möjligheter att påverka ohälsotalen.

Sjukskrivningarna hos den grupp anställda som var långtidssjukskrivna 2007-01-01, och som vi "ärvde" efter föregående entreprenör, sjönk med över 70 % under de första nio månaderna av 2007.

Dessa resultat innebär givetvis en stor ekonomisk vinning för alla inblandade parter.

Detta talar också för att en större satsning på kommunens företagshälsovård hade inneburit stora möjligheter att sänka kommunens ohälsotal, och därtill hörande kostnader.

Orsaker till de goda resultaten har diskuterats ovan.

Viljan hos arbetstagarnas arbetsledare att medverka på rehabiliteringsmötena var mycket stor, och mötena kunde ofta hållas inom en vecka, vilket var önskvärt.

I ett vidare perspektiv kan även konstateras att Markaryds Kommun satsar ca 400-500 kr/anställd och år, på företagshälsovården, vilket ligger klart under vedertagna riktlinjer på 2000-3000 kr/år och anställd.

Är detta en av, eller kanske den enda, orsaken till kommunens höga ohälsotal ?

Resultat av bearbetande samtal med ögonrörelser vid måttlig till svår ångest - en kontrollerad studie.

av

Karin Wallberg, leg läkare
Lundkliniken företagsläkarmottagning
och
Psykosomatiska Smärtenheten
www.pse.nu
kontaktadress: info@pse.nu

Handledare:
Per Borgå, Med dr, PhD, överläkare
FoUU-sektionen, Psykiatri Nordöst
Danderyds sjukhus/Karolinska institutet

Projektarbete vid Uppsala Universitets företagsläkarutbildning 2006/07

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	3
Inledning.....	4
Metod	4
Undersökt grupp.....	4
Instrument.....	5
Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD).....	5
Livskvalitetmätning med Livsstege	5
Statistik.....	5
Resultat.....	6
Ångest.....	6
Livskvalitet.....	7
Depression.....	8
Samband mellan mätmetoder	8
Diskussion	9
Begränsningar i studien.....	9
Undersökningsmetod.....	9
Sammanfattning	9
Referenser.....	10

SAMMANFATTNING

Syfte: Att utvärdera effekten av sex stycken bearbetande samtal på självskattad ångest och livskvalitet.

Undersökt grupp och metod: Prospektiv, kontrollerad, ej randomiserad studie. Patienter som uppvisat misstänkta tecken på ångest och depression har fått fylla i ett självskattningsformulär Hospital and Anxiety Depression Scale (HAD). Samtliga sålunda identifierade patienter i en årskohort med HAD-ångest ≥ 11 har erbjudits behandling. 13 stycken genomgick behandling med sex bearbetande samtal och 17 stycken utgjorde kontrollgrupp. Graden av ångest uppmättes med HAD och VAS-Livskvalitet före och efter behandling.

Resultat: Efter behandling med sex samtal minskade HAD-ångest signifikant jämfört med kontrollgrupp ($p < ,005$). Effektstorlek enligt Cohens d beräknades till 1,408, vilket motsvarar stor effekt. Livskvalitet VAS 10 ökade i behandlingsgruppen från före till efter behandling från VAS 2,6-6,4 ($p < ,005$). I kontrollgruppen skedde under motsvarande tid ingen förändring av ångestsymptom och en signifikant försämring av depression ($p < ,05$) uppmättes.

Slutsats: Behandling med sex bearbetande samtal påverkade signifikant nivåerna av självskattad ångest och livskvalitet. Effektstorleken var stor.

INLEDNING

Ångest och depression är underdiagnosticerade och underbehandlade inom primärvården. I ett primärvårdsklientel hade enligt en undersökning 25% av patienterna med ångest och depression identifierats (1). Med en operationalisering av ångestbegreppet enligt Hospital and Anxiety Depression Scale (HAD) hade i ett primärvårdsklientel 11,8 % ett sannolikt ångesttillstånd, eller HAD-ångest ≥ 11 . Endast 33 % av dem hade fått behandling (3). Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), som är en viktig del av ångestsjukdomarnas spektrum, kan betraktas som en folksjukdom och behandlingen av traumatiserade patienter behöver integreras i vården (4). Med sikte på denna grupp utvecklade Francine Shapiro under 90-talet EMDR Eye Movement Desensitization and Reprocessing, dvs traumabearbetning med hjälp av ögonrörelser (11). I arbetet med personer med psykosomatiska besvär har dr Björn Ogéus integrerat tänkandet från 3 olika arbetssätt: Krishantering, ögonrörelser som hjälpmedel i traumabearbetning och självvårdens betoning av att kunna förlåta. (9,10).

I kognitiv beteendeterapi lär patienten sig att observera och reflektera över sina tankar och att omsätta konstruktiva tankar i handling. Inom kognitiv beteendeterapi begränsar man sig till att arbeta med det medvetna tänkandet ur ett här och nu-perspektiv. Kognitiv beteendeterapi har givit goda resultat i behandlingen av ett stort antal psykiska problem. I en meta-analys från Becks institute omfattande 325 studier undersöktes effekten av kognitiv beteendeterapi. Effektstorleken beräknades till 1,04 (stor effekt) vid ångestsyndrom och 0,91 (stor effekt) för panikångest (5). Senare oberoende metaanalys har visat effektstorlek 0,64 för generaliserat ångestsyndrom och 0,64 för panikångest (7). Kostnadseffektiviteten kan bidra till kognitiv beteendeterapis popularitet, eftersom terapier på psykodynamisk grund ofta är mer långvariga.

SYFTE

Vilken är effekten av behandling med sex bearbetande samtal på nivån av självskattad ångest och livskvalitet?

Undersökningen är genomförd på Psykosomatiska Smärtenheten och Lundaklinikens företagsläkarmottagning.

METOD

UNDERSÖKT GRUPP

Samtliga patienter som behandlaren träffat under ett år med skattad HAD-ångest ≥ 11 har varit aktuella för projektet. Patienterna informerades om olika behandlingsalternativ.

Patienter har inkluderats i projektet enligt ett antal inklusions- och exklusionskriterier. Inklusionskriterier var: HAD ≥ 11 , villiga att delta i projektet efter skriftlig och muntlig information, svensktalande. Exklusionskriterier var: behandling med antidepressiva fr o m 2 mån före första besök (n=4), behandling med samtal på annan mottagning (n=2). Depression var ej i fokus för denna studie. Avsikten var att exkludera patienter med HAD-depression större än HAD-ångest (n=0), och patienter som var i behov av inläggning på psykiatrisk klinik (n=0).

Ville ej delta (n=3). Svarade ej (n=7). Gränsen för kliniskt signifikant ångest har satts till ≥ 11 vilket medför att personer med mild ångest exkluderas (2).

Ett par månader efter besöket på företagsläkarmottagningen har ett brev skickats ut till de patienter med HAD-ångest ≥ 11 som ej gått i behandling med information om projektet och en förfrågan om att fylla i ett nytt HAD-formulär. På formuläret har en fråga lagts till: Har du fått behandling med samtal eller antidepressiva på annan mottagning? Om patienten inte skickat in svar har behandlaren sökt patienterna per telefon och skickat nytt formulär vb.

Tretton patienter valde att gå i samtalsbehandling omfattande sex samtal på en timme. Kontrollgrupp har varit patienter med $HAD \geq 11$, som av olika skäl avstod från samtalsbehandling (n= 17). Behandlingsgruppen omfattade 9 kvinnor och 4 män och kontrollgruppen 9 kvinnor och 8 män. Skillnaden i könsfördelning var ej statistiskt säkerställd ($\chi^2 = 0,81$, $p = 0,367$). Medelåldern i behandlingsgruppen var 46,7 år (22-60 år) och i kontrollgruppen 45,9 år (26-63 år). Skillnaden i ålder var inte statistiskt säkerställd [$t(28) = 0,20$, $p = 0,847$].

INSTRUMENT

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

HAD är ett självskattningsinstrument för ångest och depression (12). Formuläret omfattar 14 frågor där 7 behandlar ångest och 7 depression. Svaren till varje fråga graderas på en tregradig skala från 0= "Inte alls" till 3= "Ofta". Självskattningen kan således ge maximalt 21 poäng för ångest respektive för depression. Poäng i intervallet 0-7 anses varar normalt, medan 7-10 innebär mild störning 11-14 måttlig och 15-21 svår. Instrumentet tar ett par minuter att fylla i. Vid en metaanalys av 747 studier konstaterades att HAD är ett användbart självskattningsinstrument för ångest och depression hos patienter inom somatisk, psykiatrisk och öppen vård. (6). HAD är testat för svenska förhållanden (2).

Livskvalitetmätning med Livsstege

Instrumentet presenterar en bild på en steg med tio stegpinnar och kan ses som en visuell analogskala (VAS). Patienten uppmanades att markera på stegen var han/hon befann sig vid mätningen. 0= "De kroppsliga och psykiska symptomen hindrar mig helt" och 10= "Jag har inga kroppsliga eller psykiska symptom som hindrar mig". Livskvalitet mättes inte i kontrollgruppen.

STATISTIK

Samtliga mätvariabler sammanfattades med hjälp av deskriptiv statistik (medelvärde, spridning och frekvens). Fördelningarna granskades för avvikelser från normalfördelning. Endast en variabel, Livsstege vid uppföljning, uppvisade påtaglig snedhet ("skewness" större än 1,00), vilket innebar att alla analyser av denna variabel gjordes med en icke-parametrisk metod (Wilcoxon matched pairs), för övriga variabler användes parametriska metoder, vilket betyder att en variansanalys för upprepade mätningar användes vid jämförelser av förändring mellan grupper. I denna analys uppträder skillnader i förändring mellan grupperna som en

interaktionsterm (Grupp*Tid). Students t-test användes vid jämförelsen mellan grupperna i ålder. Slutligen användes χ^2 -testet vid jämförelsen av könsfördelningen mellan grupperna.

I samtliga analyser var signifikansnivån 5 procent (två-svansad prövning).

Det är värt att noteras att antalet personer som deltog i undersökningen var litet, vilket betyder små möjligheter att säkerställa små till medelstora effekter. Med statistisk terminologi är detta detsamma som låg "power" i analyserna. Den förväntade effekten var dock att finna en stor effekt, varför antalet individer ansågs vara tillräckligt. För bedömning av behandlingseffekten användes Cohens metod, vilken innebär att behandlingseffekten omräknas till standardvärden (z). Enligt Cohen är en liten effekt, med denna metod, en effektstorlek på 0,20, en medelstor effekt 0,50 och en stor effekt 0,80

RESULTAT

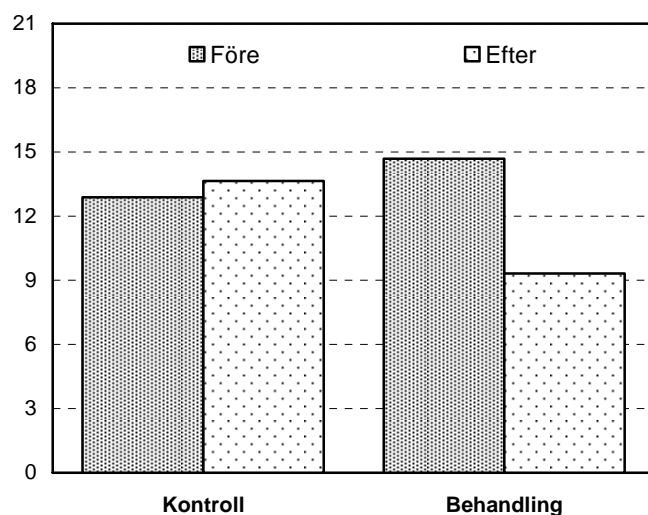
Deskriptiv statistik för samtliga variabler är sammanfattade i tabell 1.

Tabell 1. Förändring i och mellan grupper redovisas i tabell 1.

	Kontroll (n= 17)				Behandlingsgrupp (n=13)			
	Före		Efter		Före		Efter	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Ångest (HAD)	12,9	1,50	13,6	4,00	14,7	3,07	9,3	3,33
Depression (HAD)	5,7	1,86	8,1	4,29	8,0	3,65	4,7	3,12
Livsstegen	-	-	-	-	2,6	1,04	6,4	2,14

ÅNGEST

Som framgår av figur 1 var ångestskattningen något högre, dock inte statistiskt säkerställt, i behandlingsgruppen än i kontrollgruppen före behandlingen [$t(16,4) = 1,96$, $p = 0,067$]. Jämfört med före behandlingen sjönk den självskattade ångesten markant i behandlingsgruppen men var i stort sett oförändrad i kontrollgruppen. Skillnaden mellan grupperna i förändring är statistiskt säkerställd [$F(1, 28) = 16,95$, $p < 0,001$]. Andelen patienter i behandlingsgruppen som hade 11 poäng eller lägre var 62 procent ($n = 8$), medan motsvarande andel i kontrollgruppen var 24 procent ($n = 4$). Fyra patienter i behandlingsgruppen (31 %) hade sju eller lägre poäng, vilket var inom normalzonen enligt ovan, motsvarande antal i kontrollgruppen var en patient (6 %).

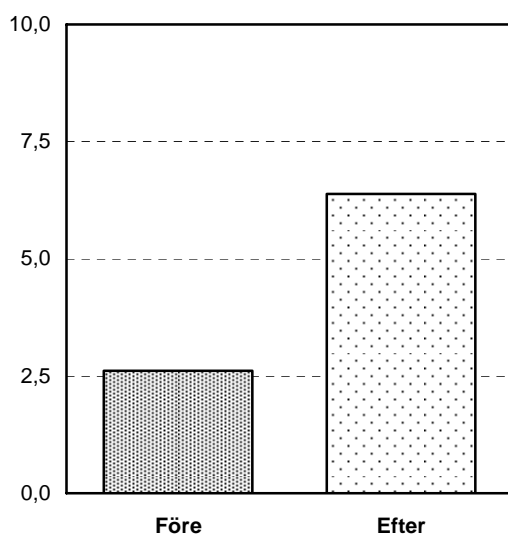


Figur 1. Självskattad ångest (HAD) vid baslinjemätningen och uppföljning i behandlings- och kontrollgrupp.

Behandlingseffekten, dvs. skillnaden mellan behandlings- och kontrollgrupp relativt till den poolade spridningen blev 1,408 ("effect size"). Enligt Cohens sätt (se ovan!) att klassificera effektstorleken var den således mycket stor, där stor effekt motsvarar värdet 0,80.

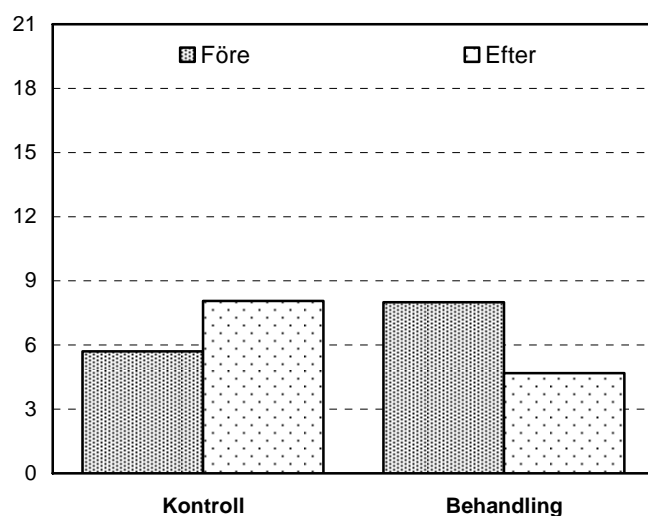
LIVSKVALITET

Skattningen av livskvalitet steg signifikant i behandlingsgruppen ($z = 3,07$, $p = 0,002$). Samtliga patienter utom en (oförändrat kvar på näst lägsta "pinnen") "klev upp flera steg" på stegen, åtta patienter mer än tre steg.



Figur 2. Effekt på livskvalitet före och efter behandling i behandlingsgruppen.

DEPRESSION



Figur 3. Självskattad depression (HAD) vid baslinjemätningen och vid uppföljning i behandlings- och kontrollgrupp.

Behandlingsgruppen skattade även sin depression högre före behandling än kontrollgruppen (figur 3). Skillnaden mellan grupperna var signifikant [$t(28) = 2.24$, $p = 0.033$]. Även depressionsskattningen tycktes påverkas av behandlingen. Således sjönk den i behandlingsgruppen och steg i kontrollgruppen. Skillnaden i förändring är statistiskt säkerställd [$F(1, 28) = 17.18$, $p < 0.001$]. Det bör betonas att ett av exklusionskriterier var att ångestskattningen inte fick understiga depressionsskattningen, vilket betyder att patienter med höga depressionspoäng aldrig inkluderades i studien.

SAMBAND MELLAN MÄTMETODER

Sambanden mellan variablerna var liten eller måttlig vid alla mättillfällen. I endast ett fall kan man tala om ett starkt samband, och det gäller sambandet mellan ångest- och depressionskattningarna vid uppföljningen. En korrelation på 0,70 ($p < 0.001$) uppmättes, vilket betyder att patienter med höga ångestpoäng tenderade att också ha hög grad av depression. Vid detta tillfälle noterades också en hög korrelation mellan ångestskattningen och värdet på Livsstegen ($r = -0.51$, $p = 0.029$) i behandlingsgruppen, dvs. hög ångest var kopplat till låg livskvalitet.

DISKUSSION

Studien påvisade signifikant effekt av sex samtal på självskattad ångest och självskattad livskvalitet. Effekten av behandlingen på självskattad ångest var mycket stor (effektstorlek Cohens $d = 1,408$). I kontrollgruppen ökade däremot både ångestnivån och graden av depression. Effektstorleken i detta projekt står sig väl i jämförelse med Cohens d för kognitiv beteendeterapi vid behandling av ångestsyndrom. I en metananlys från Becks institute var Cohens $d = 1,04$. I senare oberoende metaanalys har Cohens d för ångestsyndrom och panikångest beräknats till 0,64. Noteras bör också att i metanalysen av KBT var antalet samtal 6-20, dvs upp till 2½ ggr fler samtal. Behandlingen med KBT innefattar också att patienten arbetar själv med hemuppgifter.

BEGRÄNSNINGAR I STUDIEN

Studien var inte randomiserad utan patienterna valde själva om de ville ha behandlingen eller ej (s.k. självselektion). Från behandlarens utgångspunkt var inte urvalet ”biased”, eller styrt.

I studien deltog 30 personer vilket ger en låg statistisk power, som ovan nämnts. Antalet patienter räckte dock för att upptäcka de stora effekter det var fråga om.

Det finns också skillnader mellan behandlings- och kontrollgrupp. I behandlingsgruppen har flertalet högskoleutbildning vilket ej var fallet i kontrollgruppen. Långtidsuppföljning utfördes ej eftersom projektets löptid var 1½ år.

Resultat från kontrollgruppen saknas när det gäller VAS för livskvalitet, vilket var ett försök att öka svarsfrekvensen genom att endast skicka HAD-formulär till kontrollgruppen.

UNDERSÖKNINGSMETOD

Användning av integrerat screeningformulär för ångest och depression underlättar arbetet med att identifiera personer med psykosocial problematik och kan komma till användning vid uppföljning och kvalitetssäkring av den samtalsbehandling man erbjuder patienter.

SAMMANFATTNING

Resultatet av denna studie talar för att en behandling omfattande sex bearbetande samtal kan leda till påtagligt reducerad ångestnivå och förbättrad livskvalitet hos patienter med måttlig till svår ångest. Sjukskrivning var i flertalet fall inte indicerad. Endast två av de 30 patienterna var sjukskrivna av annan läkare. Samtalstekniken i detta projekt innefattar exponering och bearbetning av traumatiska livshändelser, bearbetning av medvetna och omedvetna konflikter och förlåtelse. Det kan vara av intresse att genomföra en randomiserad kontrollerad studie där samtalstekniken jämförs med kognitiv beteendeterapi och väntelistekontroller.

REFERENSER

1. Allgulander C, Nilsson B. Var fjärde patient lider av ångest och depression. *Läkartidningen* 2003; 100:832-838.
2. Bjelland I, Dahl AA, Tangen Haug T, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 52:69-77.
3. Bodlund O. Ångest och depression dolt problem i primärvården. *Läkartidningen* 1997; 94:4612-4618.
4. Borgå P. Posttraumatiskt stressyndrom är en folksjukdom. *Läkartidningen* 2005; 47:3521-3522.
5. Butler AC & Beck JS. Cognitive therapy outcomes: A review of meta-analyses. *Journal of the Norwegian Psychological Association* 2000; 37:1-9.
6. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass; 1988.
7. Haby MM, Donnelly M, Corry J, Vos T. Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: meta-regression of factors that may predict outcome. *Australian & New Zealand Journal of Psychology*. 2006; 4:9-19.
8. Lisspers J, Nygren A, Soderman E. Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand*. 1997; 96:281-286.
9. Ogéus B. Läkebok för trasiga själar. Örebro: Libris, 2001.
10. Ogéus B. Kartbok för vilsna själar. Örebro: Libris, 2006.
11. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: A new treatment for Post Traumatic Stress Disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry* 1990; 20:211-217.
12. Zigmond AS and Snaith RP. The Hospital Anxiety Depression Scale. *Acta Psych Scand* 1983; 67:361-370.

Arbetslivsinstitutets nedläggning Erfarenheter för företagshälsovården



Catharina Horn, catharinahorn@hotmail.com



Bo Jordin, bojordin@hotmail.com



Olle Sandelin, olle.sandelin@telia.com



Anita Segal, anita_segal@hotmail.com



Katarina Stenvinkel, katarina_stenvinkel@hotmail.com



Hans Erik Norbeck, handledare

Projektarbete under företagsläkarutbildning vid
Arbetslivsinstitutet/Institutionen för arbets- och
miljömedicin Uppsala 2006/2007

3 Dec 2007

Förord

Denna rapport utgör en del i utbildningen till specialistläkare i företagshälsovård vid Arbetslivsinstitutet (ALI) läsåret 2006/2007.

Utbildningen kom att äventyras genom regeringens tillkännagivande av ALI:s nedläggning i oktober 2006. I den situation som då uppkom föll det sig naturligt för några av oss kursdeltagare att göra ett projektarbete om företagshälsovårdens roll vid nedläggningen av den institution där vi själva satt på första parkett – enligt parollen ”*gräv där du står*”.

Den utbildning vi påbörjade kom senare att överföras till Institutionen för arbets- och miljömedicin, Akademiska sjukhuset i Uppsala, vilket var en absolut förutsättning för att kunna slutföra projektet.

Stockholm, 3 dec 2007

Bo Jordin

Anita Segal

Catharina Horn

Olle Sandelin

Katarina Stenvinkel



Då regeringen i oktober 2006 tillkännagav nedläggningen av Arbetslivsinstitutet väckte detta förvåning men gav också upphov till en livlig diskussion...

Innehåll

Sammanfattning.....	5
Bakgrund	6
Vad är problemet?.....	6
Frågeställning för detta arbete	7
Syfte	7
Mål	7
Metod	8
Figur 1. Organisationsschema över Arbetslivsinstitutet	9
Resultat.....	10
A Nätenkät.....	10
B Intervjuer.....	19
Diskussion	23
Slutsatser	29
Referenser.....	40

Bilaga 1, Förslag till checklista.

Bilaga 2, Nätenkät

Bilaga 3, Intervjufrågor

Bilaga 4, Litteraturstudie

Sammanfattning

Varför gjordes denna studie?

Vid Arbetslivsinstitutet (ALI) bedrevs utbildningsverksamhet för personal inom företagshälsovården, företagsläkare, företagssköterskor etc. Under pågående utbildning för företagsläkare läsåret 2006/2007 tillkännagavs beslutet om ALI:s nedläggning. I utbildningen till specialistläkare i företagshälsovård ingår som ett moment att genomföra ett fritt valt projekt. Det föll sig naturligt att studera företagshälsovårdens roll vid nedläggning av ALI för oss som befann oss mitt i den utbildning där huvudmannen skulle upphöra. Tillfället var unikt och som kursdeltagare kom vi att få en nära kontakt med verksamheten.

Hur gjordes studien?

En studie gjordes i februari 2007. Vid genomförandet av denna studie hade det gått drygt 3 månader efter att beslutet om ALI:s nedläggning hade fattats. En enkät riktad till samtliga medarbetare vid ALI skickades ut (e-post), där samtliga ombads att svara på en enkät på nätet. Ett antal intervjuer gjordes också med vissa nyckelpersoner i ledande ställning inom ALI.

Vad fann vi?

Enkätsvaren visade på att de flesta varit nöjda med den information som givits, men man pekade också på brister i den information som givits. Informationen hade inte varit individuellt utformad och den var inte mer uttömmande än vad man kunnat läsa i media. Man efterlyste att företagshälsovården borde ha kunnat vara mer synlig i verksamheten, varit mer aktiv med att kartlägga vad som hände. Man efterlyste ett riktat chefsstöd från företagshälsovården. Flera efterlyste en mer ambitiös krishantering. Andra har lyft fram möjligheten av att företagshälsovården kan arbeta proaktivt med att ge föreläsningar och seminarier om vad som händer ur ett hälsoperspektiv vid en nedläggning.

Vad kan man lära?

Företagshälsovårdens roll och tjänsteutbud måste vara tydlig. En viktig uppgift - utöver att ge stöd till arbetstagare - är att vara kunskaps- och processtöd för verksamhetens ledning

Chefer och arbetsledande personal skall ha tillräckliga kunskaper om krisstöd för att kunna hjälpa medarbetare som drabbats. Det finns en förväntan från arbetsledare om tidigt stöd från företagshälsovården i detta arbete. Företagshälsovården bör hitta former för ett proaktivt arbetssätt för att infria dessa förväntningar.

För att kunna få stödet snabbt bör en enkel checklista finnas till hands för arbetsledarna där även telefonnummer finns till dem som ska engageras. Det är viktigt att sammankalla medarbetarna snabbt, för att alla ska få samma information. Även de som inte kan närvara, (sjukfrånvarande etc.) skall informeras samtidigt. En checklista hos företagshälsovården underlättar arbetet med företag som ska läggas ner eller genomgår större strukturförändringar.

Det är angeläget att inte lägga ner alla E-postadresser innan verksamheten är helt avslutad och det bör finnas en hänvisning till samtliga medarbetares nästkommande E-postadress på den nedlagda organisationens hemsida. Hemsidan bör vara åtkomlig upp till ett år efter nedläggningen.

En nedläggning av en verksamhet behöver inte vara katastrof för individen. För individen kan en nedläggning ge möjligheter till en ny karriär och bättre arbete.

Bakgrund

Nedläggning av arbetsplatser är en av de mest arbetsmiljöpåverkande faktorer man kan tänka sig. Företagshälsovården har här en viktig roll att förebygga och behandla ohälsa i arbetslivet. Psykisk ohälsa som stress och depressiva episoder utgör därvid ett viktigt insatsområde.

Faktaruta

Arbetslivsinstitutet var ett nationellt kunskapscentrum för arbetslivsfrågor. På uppdrag av regeringen bedrev institutet forskning, utveckling och kunskapsförmedling. Verksamheten hade ca 400 anställda på sju orter i Sverige. Man hade bl.a Sveriges största fackbibliotek inom området omfattande ca 70 000 volymer.

Utbildningsverksamheten omfattade bl.a. utbildning av personal inom företagshälsovården, t.ex. läkare och sjuksköterskor.

Verksamheten syftade till att bidra till ett arbetsliv med goda villkor och utvecklingsmöjligheter för både kvinnor och män.

Forskning bedrevs inom områden som hälsa och ohälsa i arbetslivet, arbetsmarknad och sysselsättning, arbetsrätt, arbetets organisering, ergonomi och belastning, fysikaliska och kemiska hälsorisker, integration och mångfald samt utvecklingsprocesser i arbetslivet.

I oktober 2006 tillkännagav regeringen att Arbetsmiljöinstitutet (ALI) skulle läggas ned den 1 juli 2007.

Utbildning av läkare till specialister i företagshälsovård motsvarar 15 högskolepoäng och omfattar 1½ år. I utbildningen ingår bl.a. att deltagarna skall göra ett projektarbete.

Hösten 2006 påbörjades en kurs för blivande specialister i företagshälsovård för läkare. I samband med att kursdeltagarna skulle redovisa projektplaner för kommande projektarbete tillkännagavs beskedet om nedläggning av ALI. Det föll sig då naturligt för några av kursdeltagarna att studera effekterna av nedläggningen av ALI och företagshälsovårdens roll i samband med detta.

Vad är problemet?

En nedläggning av en arbetsplats är alltid en omställning för den enskilde. Är man verksam i en högt specialiserad verksamhet kan arbetsmarknaden för medarbetarens kompetens vara begränsad. Är man bunden geografiskt till en viss ort innebär det ytterligare begränsningar i möjligheten att hitta ett nytt arbete. Otrygghet i arbetslivet är en riskfaktor för ohälsa.

I samband med en arbetsplatsnedläggning är det därför angeläget att undvika att medarbetare går in i sjukskrivningar och fr.a. att förebygga långa sjukskrivningar. Av den forskning som har gjorts på området framgår att uppmärksamheten bör fokusera på [1];

- Tidiga åtgärder som stärker individens egna resurser.
- Snabbt insatta åtgärder med en tydlig struktur och god samordning mellan olika aktörer
- Att undvika att individen identifierar sig som sjuk
- Primär prevention på arbetsplatsen för att undvika sjukskrivning

Tidigare studier av psykisk ohälsa i samband med nedläggning av statlig verksamhet har gjorts då Skolöverstyrelsen lades ner [2] samt av civilanställda i samband med

nedläggningar inom försvaret [3]. Dessa studier visar att det psykiska välbefinnandet minskade under avvecklingen, men tre år efter avvecklingen hade välbefinnandet återgått till samma nivåer som före avvecklingen, oberoende av om personerna hade erhållit nytt fast arbete eller ej. Detta tycks särskilt gälla kvinnor. En negativ faktor kan vara hög ålder som kan ge ökad risk för långvariga psykiska besvär. En annan negativ faktor kan vara tidigare psykisk ohälsa.

Frågeställning för detta arbete

Den frågeställning som varit utgångspunkt för denna uppsats är:

Vad kan företagshälsovården lära av nedläggningen av ALI?

Syfte

Föreliggande projekt syftar till att öka kunskapen om vad företagshälsovården kan tillföra vid en nedläggning eller neddragning av en verksamhet.

Mål

Rapporten har som mål att ge underlag för att kunna utveckla företagshälsovårdens roll vid en nedläggning.

Metod

De uppgifter som samlats in fokuserar främst på avvikelser dvs. det som inte fungerat men även sådant som upplevts som problematiskt. Skälet till detta är att vi bedömt att det är i avvikelserna som impulserna till förändring och utveckling för företagshälsovården finns.

Nätenkät

Data har samlats in via en nätenkät. Enkäten bestod av 9 frågor med givna svarsalternativ och 3 frågor med öppna svarsalternativ där man svarat med fritext. Svarsutfallet på frågorna med givna svarsalternativ t.ex. ja/nej/vet ej, redovisas som numeriska sammanräkningar. I resultatredovisningen har fritextsvaren under varje fråga sammanförts i grupper och redovisas som sammanhängande textavsnitt inom respektive grupp. Frågorna fångar främst vilken information som givits och attityder vid ALI:s nedläggning samt tankar om hur företagshälsovården kan förändras.

Enkäten riktade sig till samtliga anställda och skickades ut som ett e-postmeddelande till samtliga anställda med en förfrågan om mottagaren ville svara på enkät till vilken en länk fanns. Enkäten gjordes tillgänglig sista veckan i januari 2007 genom att dels publiceras på ALI:s hemsida dels skickas som e-post meddelande till samtliga anställdas arbetsplatsdatorer. I meddelandet fanns information om studien samt en länk till enkäten (bilaga 1). Enkäten kunde besvaras till mitten av februari.

Svarsutfallet på enkäten uppgick till 85 personer. Antalet mottagare går inte att ange då en stor del av den ursprungliga personalstyrkan på ca 400 personer vid tiden för enkäten lämnat ALI eller inte varit i tjänst av annan anledning.

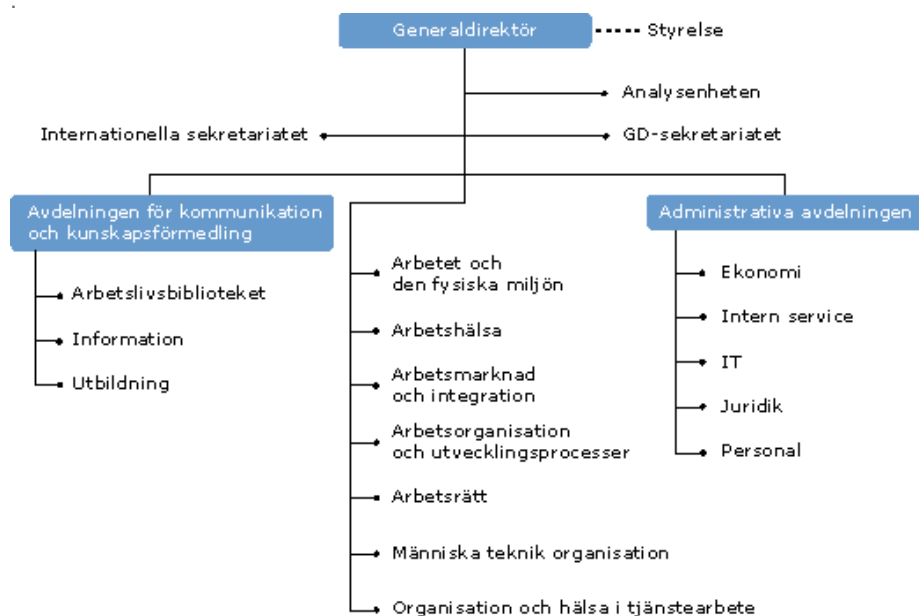
Bortfallsanalys

För att de anställda skulle garanteras anonymitet, kodades ej enkäten och det har därför inte varit möjligt att veta vilka som svarat och vilka som inte svarat. Av samma skäl finns ej heller information om yrkestillhörighet.

Intervjuer

En halvstrukturerad intervju har genomförts med 12 personer i centrala positioner inklusive generaldirektören. Samtliga utom två av de intervjuade hade en chefsposition. De som inte haft ett eget personalansvar har ingått i staben under generaldirektören och med uppgift att arbeta med chefstöd. Intervjuerna har genomförts efter ett för intervjupersonen i förväg presenterat frågeformulär (bilaga 2). Intervjupersonerna har tillåtits att lämna uppgifter utöver de specifikt efterfrågade. Intervjuerna har genomförts på ALI. Urvalet av intervjupersoner har av praktiska skäl avgränsats till personer verksamma i Stockholm.

Totalt inom ALI fanns ett tjugotal personer i ledande ställning bland dessa märks generaldirektören samt nitton enhetschefer. Dessa personer har personalansvar över samtliga ALI:s sju lokala distrikt.



Figur 1. Organisationsschema över Arbetslivsinstitutet

Av de tillfrågade hade samtliga sin verksamhet i Stockholm. Ingen tillfrågad avböjde att medverka och samtliga personer som varit påtänkta för intervju fanns tillgängliga. Intervjun tog mellan 30 och 60 minuter innehöll 17 frågor. Frågorna skickades skriftligen över i förväg för att ge möjlighet till förberedelse. Som första fråga ombads de intervjuade att beskriva sitt uppdrag på ALI.

Resultat

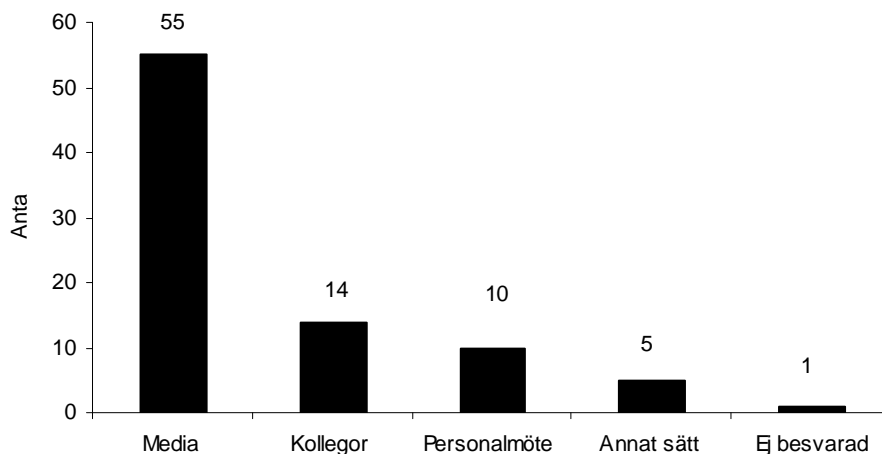
I det följande redovisas dels A) utfall på nätenkäten, dels B) resultat av intervjuer

A Nätenkät

Samtliga anställda fick under februari 2007 ett e-postmeddelande till sin arbetsplatsdator med förfrågan om man ville delta i en enkät avseende företagshälsovårdens roll i samband med nedläggning av ALI. Vid denna tidpunkt hade det förflutit drygt 3 månader efter tillkännagivandet av beslutet om nedläggning. Flera medarbetare hade då hunnit lämna verksamheten (nya arbeten, åldersavgångar). Från verksledningen hade man också meddelat att medarbetarna var befriade från arbetsplikt. Av dem som fått enkäten har 85 personer svarat.

Informationsvägar om nedläggning

Diskussioner om ALI:s nedläggning har förts inom och utom ALI under flera år. Bland många anställda fanns en farhåga om att ALI kunde bli föremål för nedläggning om en borgerlig regering tillträdde.

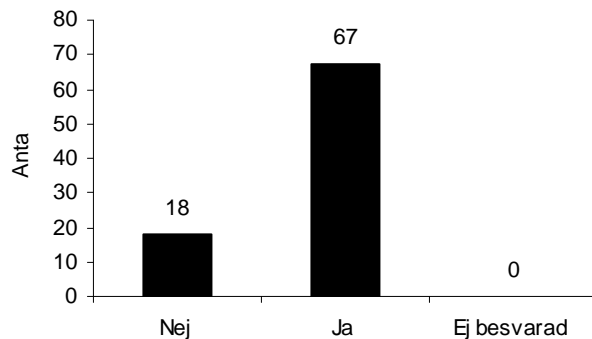


Figur 2. Hur fick du reda på ALI:s nedläggning? Antal svarande

Av dem som svarat hade de allra flesta fått reda på ALI:s nedläggning via media (65 procent).

Tillfredsställelse med information

Det finns en utbredd uppfattning om att den information som givits varit tillräcklig



Figur 3. Har den information du hittills fått av ALI om nedläggningen varit tillräcklig?
Antal svarande

Av de svarande rapporterar 79 procent att informationen varit tillräcklig

Vilken information saknas?

De som svarat nej på frågan om informationen varit tillräcklig tillfrågades om vilken information som man saknade. Frågan gavs med ett öppet svarsalternativ och möjlighet att svara fritt. I denna redovisning har en redigerad sammanställning av svaren gjorts, där synpunkter och tankar från de svarande presenteras under sammanhängande rubriker. Bland de 18 som svarat nej på frågan om informationen varit otillräcklig och beskrivit vad man saknat, förekommer flera långa svar där vissa givit många uppslag i samma svar. Några svar redovisas också i textutor oredigerade så som man svarat.

Informationen otillgänglig

Det uttrycks tveksamhet till att ALI valt att i så hög grad informera via nätet. Man pekade dels på att informationen var svår att hitta men även på det förhållandet att man inte når den utifrån. All information lades på intranätet. Den snabba nedläggningen gör att presentationen av information ändras successivt vilket medför att information kan vara svår att hitta. Intranätet vid ALI har varit ologiskt och svåröverskådligt.

Vidare framkommer att man hade satt värde på om informationen hade givits av chefer i enskilda samtal med medarbetare.

Otillräcklig information på individnivå

Man pekar på att informationen som givits huvudsakligen har presenterats i gruppform vid enhetsmöten och andra möten. För den som inte varit närvarande vid

"Vad händer sen? Vad händer med mig?"

dessa möten t.ex. varit sjukskriven har det varit svårt att få information. Flera pekar på att informationen varit utformad i allmänna termer och att man saknar information som rör de egna personliga förhållandena. ALI har t.ex. ett antal doktorander och vid tiden för

enkätens besvarande var många frågor obesvarade rörande just den gruppen. Några arbetar också med pågående projekt och pekar på oklarheter om vad som skulle hända med dessa projekt.

Oro fanns också över att även om man fått ett annat arbete råder oklarhet över framtida pensionsförmåner och andra eventuella överföringar.

Några uppger också en viss besvikelse över att den information som givits internt på ALI inte har givit mer än vad de anställda kunnat ta del av från media.

Otillräcklig information om hur utbildningsverksamheten är tänkt att fortgå
Avsaknad av en konsekvensanalys från regeringen uppfattas som problematisk – hur skulle pågående utbildningar fortsätta? Det tycks finnas en förståelse för att

"Hur man har tänkt sig att pågående utbildningar skall genomföras samtidigt som man säger upp oss på utbildningsenheten, kan väl knappast vara av arbetsbrist när det fortfarande finns ett uppdrag..."

informationen aldrig kan bli tillräcklig vid en nedläggning men för utbildningsansvariga har bristen på information just gällande utbildningen uppfattats som särskilt besvärande. Här efterlyser man möjlighet att få delta i den beslutsprocessen mot bakgrund av att denna del av verksamheten ändå skulle fortsätta i någon form.

Ledningens agerande i samband med nedläggningen

Några har väckt frågan om ledningens agerande och frågat vad ledningen gjort för att motverka nedläggning eller för att förlänga nedläggningsprocessen. Man pekar på att det tycks ha saknats en plan och att ledningen tycks ha varit helt handfallen.

"Det har ju inte funnits någon plan från början, alla frågor besvaras med frågetecken. Vi befinner oss på ett gungfly."

Funderingar om ALI:s ledning har förvärrat situationen för de som ansvarat för utbildningarna har väckts. Bland svaren i enkäten framförs att utbildningsansvariga t.ex. inte har varit representerade i avvecklingsgruppen på ALI eller fått ha direktkontakt med departementen. Detta har gjort att

informationsflödet har varit onödigt krångligt, missförstånd har uppstått och till slut lett till en känsla av bristande engagemang hos dem som har den faktiska kunskapen om utbildningarnas förutsättningar.

Man uttrycker brist på förståelse för den snabba takten i avvecklingen samt bristande möjligheter att diskutera med sin chef om framtiden

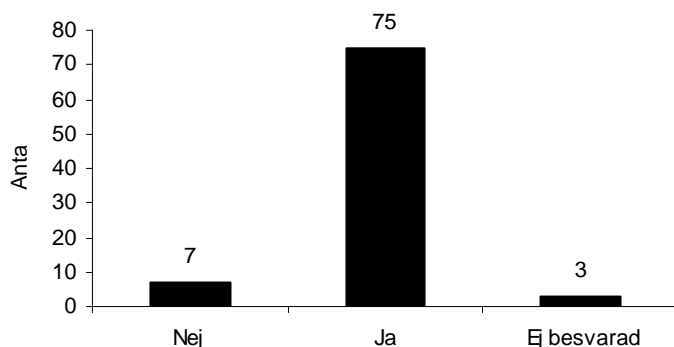
Otydliga sakskäl för nedläggning

"Informationen har varit otillräcklig, illa planerad och mycket sporadisk. Har saknat ett medvetet helhetsgrepp och insikter om behov av både skriftlig och muntlig information. Det påminner mer om en utrymningsövning i panik än om en nedläggning."

Många är mycket frågande till bevekelsegrunderna för beslutet om nedläggning av ALI. Man saknar rationella argument. Detta tillsammans med vad som uppfattas som otillräcklig information har i vissa fall bidragit till ökad frustration.

Information om egna ekonomiska villkor efter nedläggningen

En viktig del av den information som givits till medarbetarna handlar om den enskildes ekonomiska villkor i samband med nedläggningen.

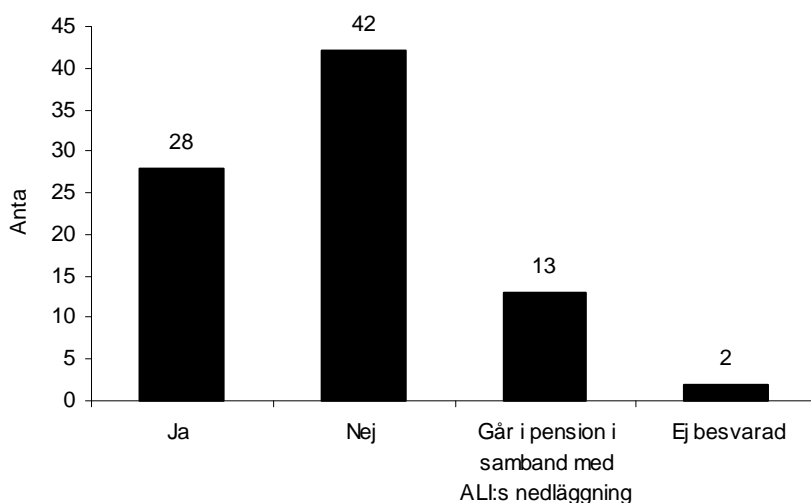


Figur 4. Har du fått information om dina egna ekonomiska villkor efter nedläggningen? Antal svarande

En överväldigande andel (88 procent) uppger att man fått information om den egna ekonomiska situationen. Värt att notera är dock att 8 procent uppger att man inte fått sådan information.

Arbete efter ALI:s nedläggning

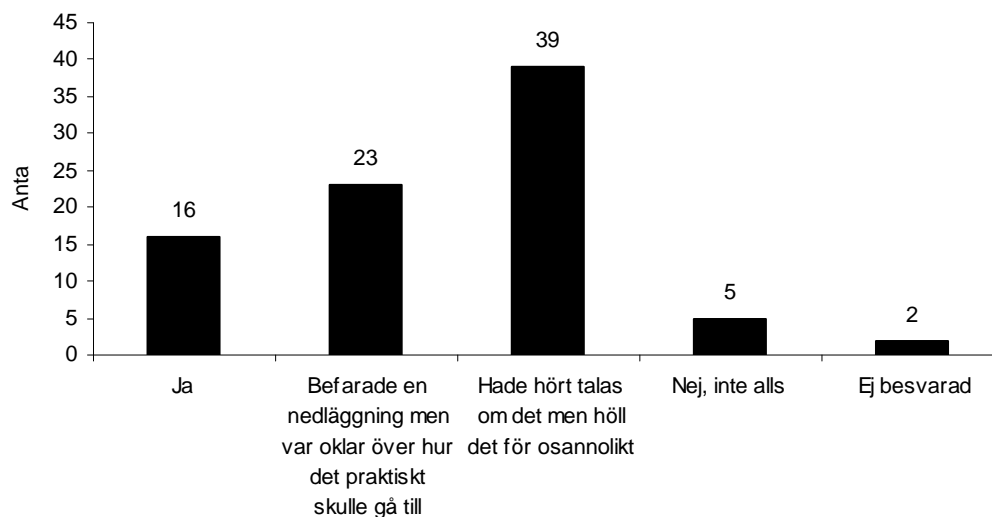
Mer än hälften av dem som svarat uppger att man inte vet hur man kommer att försörja sig efter ALI:s nedläggning. Räknar man bort de som går i pension vid nedläggningen utgör gruppen som inte vet vad man kommer att arbeta med 60 procent av de svarande.



Figur 5. Vet du idag vad du kommer att arbeta med efter ALI:s nedläggning? Antal svarande

Mentalt förberedd på nedläggning av ALI

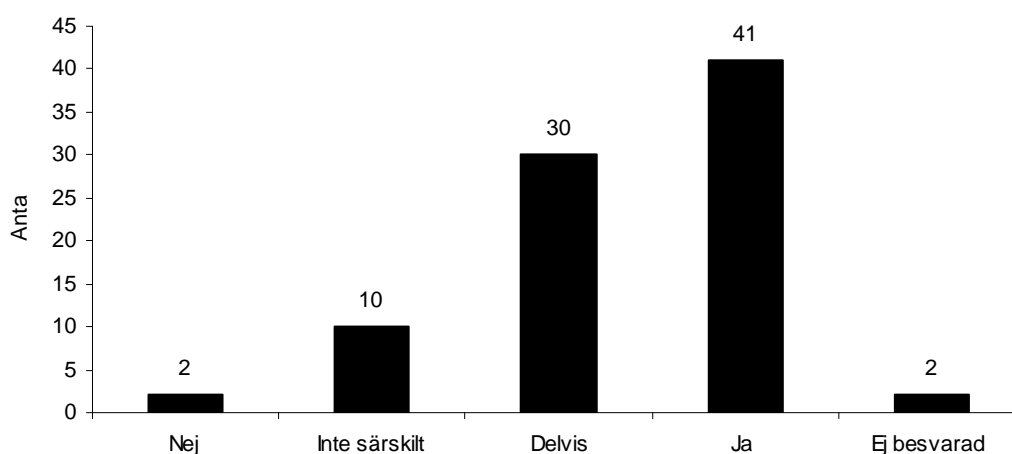
Nästan hälften uppger att man inte var förberedd på ALI:s nedläggning när beslut om detta kom.



Figur 6. Var du förberedd på nedläggning av ALI innan beslutet tillkännagavs? Antal svarande

Framtidstro

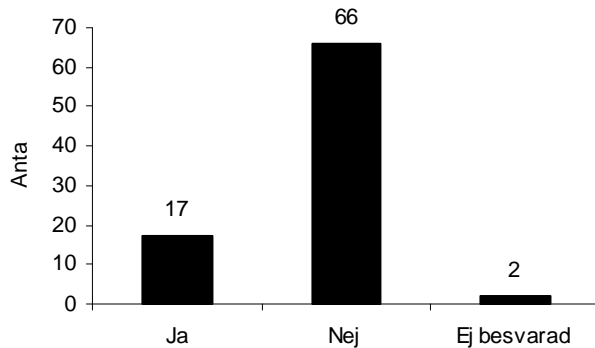
Trots att nästan hälften av de svarande uppgivit osäkerhet om framtida arbetsuppgifter svarar nästan hälften att de känner sig hoppfulla inför framtiden.



Figur 7. Känner du dig hoppfull inför framtiden?

Kontakter med företagshälsovården

Av dem som svarat redovisar bara en mindre del (20 procent) att man varit i kontakt med företagshälsovården.



Figur 8. Har du själv varit i kontakt med företagshälsovården? Antal svarande

Förväntningar på företagshälsovården

Inga synpunkter på FHV

Flera av dem som svarat på enkäten har inte utnyttjat företagshälsovårdens tjänster och har därför inte uttryckt någon uppfattning eller några förväntningar.

Av de 17 personer som varit i kontakt med företagshälsovården uppger 16 att den motsvarat deras förväntningar

Om du varit i kontakt med företagshälsovården och inte är nöjd - vilka förväntningar har inte infriats?

Företagshälsovårdens oklara roll

Företagshälsovården tycks ha ett oklart uppdrag och de anställda tycks inte alltid ha klart för sig när man kan vända sig till företagshälsovården. De finns de som gärna ser att företagshälsovården är en allmän sjukvårdsresurs som inte är avgränsad till arbetsrelaterade sjukdomar. Bland anställda som arbetat länge påtalas att företagshälsovårdens uppdrag tycks ha skiftat över tid. Genomgående har dock funnits en förväntan på att företagshälsovården borde ha varit mer aktiv.

"Arbetat statligt i 30 år och FHV har skiftat mkt. Bäst om man också få komma för lite privata åkommor"

Några uppfattar att företagshälsovården har haft en fyrkantig och stel attityd där ett empatiskt förhållningssätt inte har funnits. Anställda har upplevt att de av företagshälsovården betraktats som om de var maskiner eller inventarier.

Låg tillgänglighet

Företagshälsovården har inte alltid kunnat hålla utlovade utfästelser om kontakter.

Sökte kontakt med företagshälsovården för kognitiv beteendeterapi och har fortfarande inte fått träffa någon eftersom väntetiden först var jättelång och de sedan har ändrat bokad tid tre gånger!!! och hänvisar till personalbrist... Katastrofalt dåligt!

Flera av de svarande anger att behovet av psykologkontakter inte alltid tycks ha kunnat tillgodoses. Detta har väckt stor irritation hos delar av personalen. Denna irritation och frustration har man inte lyckats förmedla till företagshälsovården, vilket tycks ha ökat frustrationen

Vilken roll borde företagshälsovården ha haft i samband med ALI:s nedläggning?

Krishantering

Många har pekat på betydelsen av tillgänglighet dygnet runt. Möjligheten till att kommunicera via nätet har också efterfrågats. Det man pekar på är betydelsen av att kunna känna sig trygg och där företagshälsovårdens tillgänglighet är en viktig faktor. Samtalsmöjligheten har också lyfts fram som en viktig trygghetsskapande faktor.

Psykologstöd är önskvärt och då inte riktat bara till dem som mår dåligt utan även andra. Vad man pekar på är att få tala med en oberoende professionell person. Denna service skulle erbjudas alla utan att man behöver specifikt efterfråga den. En nedläggning av en arbetsplats har många dimensioner utöver att finna ett nytt arbete. Bland dessa aspekter märks t.ex. uppsplittring av arbetslag och kamratgrupper som skiljs åt.

Det finns en uttalad förväntan att företagshälsovården skall vara stödjande och hjälpa till med krishantering. Här föreslås även ett mer riktat medicinskt omhändertagande gärna kontroll av blodtryck och blodfetter och andra stressrelaterade riskfaktorer.

Man vill också se att företagshälsovården tar ett större samlat grepp och informerat om tänkbara förlopp hos individen, krisförlopp och bearbetning.

Tydligare uppdrag att ge hälso- och sjukvårdstjänster, vara synlig i verksamheten

"Även om man, som jag, är rätt säker på att det kommer ordna sig med jobb och sådär, så är det en krypande osäkerhet och ledsnad över att förlora sina arbetskamrater som först nu börjar ta ut sin rätt. För min egen del har jag nu fått förhöjt blodtryck och sömnsvärigheter. Eftersom jag inte riktigt vet om detta är en fråga för företagshälsovården så har jag vänt mig till min vårdcentral därhemma."

Det finns en förhoppning om att företagshälsovården borde ha givits en starkare roll än den haft vid ALI. Någon pekar på att företagshälsovårdens service till ALI avsevärt försämrats. Det har förekommit att anställda valt att gå till annan vårdgivare.

Det uttrycks en allmän önskan om att företagshälsovården skall vara tillgänglig och tydlig. Vad som efterlyses är t.ex. bättre information till alla om vilka tjänster som erbjuds, ökad tillgänglighet särskilt för individuellt stöd och hjälp. Det har också

funnits en tröskel hos personalen att ta kontakt med företagshälsovården. Denna tröskel hade kunnat överbryggas om företagshälsovården kommit och presenterat sig på enhetsmöten och inbjudit enskilda till kontakt.

Man pekar också på att företagshälsovården varit identitetslös. Den information som gått ut har kommit från ALI:s personalenhet om att det finns ett journummer som man kan ringa till när som helst på dygnet. Detta har uppfattats som att man bara ska ta kontakt med företagshälsovården om man verkligen mår dåligt. Det har funnits en förväntan om att företagshälsovården borde ha arbetat mer förebyggande och proaktivt, t.ex. erbjudit ett tydligare stöd, kommit ut i verksamheten och kanske erbjudit föreläsningar samt tipsat om resurser för att må bra under omställning. Man har i stället förmedlat en bild av företagshälsovården bara är till för dem som mår så dåligt att man står på randen av ett sammanbrott. Även medarbetare som kan bära sin situation kan behöva ett uppmuntrande ord på vägen från avveckling till ny sysselsättning.

Många av dem som svarat har pekat på betydelsen av företagshälsovårdens roll som stödjande konkreta och handlingsinriktade. Man vill också se ett att företagshälsovården vågar ta ställning för patienten/arbetstagaren.

Företagshälsovården bör arbeta betydligt mer individinriktat. Det räcker inte med en allmänt stödjande inställning. Medarbetare har reagerat väldigt olika på beslutet om nedläggning av ALI; en del accepterar med en gång och går vidare, andra har en mer förnekande attityd. Detta leder till stora olikheter i behov av stödjande insatser. För vissa kan nog de återkommande samtalen om nedläggning i arbetsgrupper snarast uppfattas som en belastning.

Önskemål har vidare framförts om ett tydligare utbud av individ- och gruppstöd samt föreläsningar och seminarier efter behov.

Några anser att det varit en tydlig skillnad hur trygghetsstiftelsen agerat och hur företagshälsovården presenterat sig och där Trygghetsstiftelsen varit mycket

"Kontinuiteten har varit dålig. Jag beviljades 5 samtal, men har under 6 veckor bara varit på 2 samtal pga att terapeuten har ont om tider"

tydligare i sin framtoning. Samtidigt anser man att företagshälsovården har, och har haft, en mycket viktig roll att fylla i samband med nedläggningen. Det finns en god sammanhållning inom personalgruppen. Sådana goda krafter bör kunna vara utgångspunkt för företagshälsovårdens arbete. En viktig insats

borde vara att stötta personalen med till buds stående medel.

Vad som vidare efterfrågas är att företagshälsovården borde ha haft en större närvaro på arbetsplatsen, genom t.ex. fler besök på plats, kanske växla några ord med var och en, t.ex. i omedelbar anslutning till nedläggningen och sedan en gång till ett par månader senare. För många kommer ju reaktionen först nu, flera månader senare.

Ge chefsstöd

Utöver individuella konsultationer för medarbetare har det också efterfrågats ett stöd riktat till chefer. Förslag har framförts om att man borde ha diskuterat ett sådant riktat chefsstöd som en obligatorisk komponent i avvecklingsprocessen.

Ge stöd vid övergång till annat uppdrag

Företagshälsovården borde ta emot anställda med alla typer av arbetsrelaterade problem. Då det finns klart arbetsrelaterade problem kunde företagshälsovården vara mer aktiva i att främja kontakterna med arbetsgivare och Trygghetsstiftelsen för att hitta lämpliga lösningar.

Företagshälsovården har uppträtt på ett sätt som kan utstrålar självgodhet och talat om hur duktiga de var och uppmanade oss sedan att höra av oss om vi vill. Inte riktigt vad man väntar sig när man drabbas av chock och sorg över att mista drömjobbet, förlora arbetskamrater m.m. VAD kunde man hjälpa oss med, hade varit bra information t.ex.

Kartlägga problem vid nedläggningar

Företagshälsovården borde vara en naturlig part för att dokumentera vad som sker med personal vid nedläggningar.

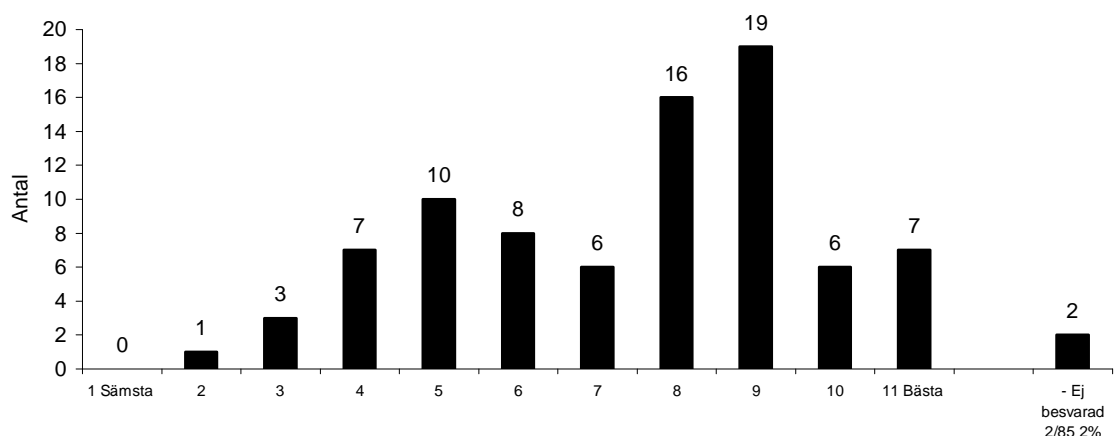
Övrigt

Om företagshälsovården är oklar över sin roll äventyrar detta den egna trovärdigheten.

Om man fått ett nytt arbete påverkar detta starkt hur man besvarar en sån här enkät.

Hur mår du idag?

Frågan skall ses i ljuset av att när svaret ges har det gått drygt tre månader efter beslutet om att lägga ner ALI. De svarsalternativ som givits har varit på en 11-gradig skala där 1 utgörs av sämsta tänkbara grundstämning och 11 utgör bästa tänkbara grundstämning.



Figur 12. Hur mår du idag? Antal svarande

Värt att notera är att 62 av 85 personer beskriver hur de mår med ett värde på 6 eller högre och av dessa att 7 anger "bästa tänkbara" som alternativ.

B Intervjuer

I det följande redovisas utfallet av de 12 intervjuer som gjorts. Några av frågorna är av kortsvarstyp och där redovisas direkt hur man svarat. Svarsutfallet på frågor som varit av mer öppen karaktär redovisas som en redigerad sammanställning av vad som sagts. Bidragande orsaker till att redovisa på detta sätt har varit att vissa av intervjupersonerna uttryckt önskemål om att deras svar inte skulle särredovisas men även för att öka läsbarheten.

Har du haft kontakt med företagshälsovården med anledning av nedläggningen av ALI?

Av de svarande anger 7 ”ja”, 4 uppger ”inte personligen” och 1 uppger sig inte ha haft någon kontakt med företagshälsovården.

Vem tog initiativet till kontakten?

Något mer än hälften - 7 personer – uppger att kontakt togs från ALI via personalsektionen. Tre personer anger att kontakt togs av företagshälsovården. En person anger att han själv tog kontakt med företagshälsovården.

Hur fungerade kontakten?

Hälften - 6 personer – uppger att man tycker att kontakten fungerat bra och 3 tycker att kontakten varit måttligt bra. Två personer är inte nöjda med kontakten.

Vad resulterade kontakten i?

Företagshälsovården gjorde flera insatser som t.ex.

- gav information till de anställda om krisreaktioner hur de anställda kunde få kontakt.
- erbjöd möjlighet till enskilda samtal.
- deltog i ett antal informationsmöten för de olika enheterna. Dessa möten samordnades med information från Trygghetsstiftelsen.
- medverkade till ett avtal med *Visavi*, ett personalvårdsbolag som kunde erbjuda psykologisk rådgivning till de anställda även utanför kontorstid
- deltog också i den särskilda satsning som riktades till dem som skulle gå i pension.

Bland dem som uttryckt missnöje med kontakten pekar man på bristande gensvar och att många anställda blivit upprörda över hur företagshälsovården presenterat sig

Är du nöjd med resultatet av kontakten?

De flesta - 8 personer - är nöjda. Man pekar bl.a. på betydelsen av att med extern hjälp kunna reflektera över svårigheter och egna reaktioner.

Under intervjuerna framkom en del tveksamheter till värdet av företagshälsovårdens insatser. Någon menade att företagshälsovården möjligen varit bra på individnivå men inte på gruppnivå och att man önskat mer grupporienterade insatser. Man pekade vidare på att företagshälsovården inte varit så bra på att marknadsföra sig.

Har du haft ytterligare kontakt med FHV?

En tredjedel, 4 av 12 svarar ja.

Vet du någon annan på ALI som också har haft kontakt med FHV med anledning av nedläggningen av ALI?

Nästan alla, 10 personer svarar ja.

Vem tog initiativet till kontakten?

Hälften av de tillfrågade svarade att det var den anställda som tog kontakt och den andra hälften av de tillfrågade svarade att det var chefen som initierat kontakten.

Hur fungerade kontakten för de fall man haft kännedom om?

De flesta är nöjda, någon är missnöjd.

Vad resulterade kontakten i?

Fleratlet av de intervjuade ledningspersonerna svarar att de inte vet. En av de intervjuade svarar att där man har haft kännedom har de varit mycket nöjda

Känner du till om det problem man haft påkallat mer än en kontakt med företagshälsovården?

Från personalsektionen rapporteras regelbundna träffar med företagshälsovården. Dessa träffar har skett som ett led i det uppdrag man haft och har inte haft som mål att vara terapeutisk verksamhet.

Två personer anger upprepade kontakter med företagshälsovården.

I sammanhanget pekas på seminarier på temat *nedläggning ur ett psykologiskt perspektiv* och en seminarieserie för dem som ska gå i pension. Företagshälsovården har levererat det som är rimligt men man har haft alltför stora förväntningar på att företagshälsovården ska fixa det mesta.

Vilka insatser skulle du ha velat se från företagshälsovårdens sida?

Någon uttrycker tillfredsställelse med de insatser som gjorts av företagshälsovården.

Andra intervjuade uttrycker en förväntan om att företagshälsovården borde ha varit lite mer drivande, tagit mer initiativ och kunnat informera bättre om sin verksamhet. Man pekar på möjligheten av att man från företagshälsovården borde ha varit tydligare med att informera om insatser man kunnat erbjuda och möjligheten av att låta personer med tidigare erfarenheter av nedläggningar få delta.

Några av intervjupersonerna uttrycker förvåning och tveksamhet över den ”krisstämning” man uppfattat att företagshälsovården underblåst. Man efterlyser särskild information till chefer om företagshälsovårdens tjänster. Många chefer var inte tillräckligt förberedda och uppmärksammade inte de medarbetare som inte kom till möten. Här hade företagshälsovården kunnat ge ett betydande stöd till chefer men även till personalavdelningen. Man ifrågasätter också om företagshälsovården haft tillräcklig kunskap om sin målgrupp – de anställda vid ALI.

Är det något som skulle ha gjorts annorlunda?

I den krissituation som nedläggningsbeslutet av ALI medförde efterlyser de intervjuade ett mer proaktivt förhållningssätt från företagshälsovården. Företagshälsovården borde ha varit lite mer drivande, tagit mer initiativ, varit mer säljande samt haft mer uppsökande verksamhet. Vid kontakter måste man ha något ”konkret” att erbjuda, något mer färdigt recept. Några av de intervjuade pekar på möjligheten av träffar för att känna av personkemi, visa på utbud av tjänster och att ha en förberedd kriskommunikation.

På en mer övergripande nivå pekar man på betydelsen av att företagshälsovården kunnat delta i arbetet med att snabbt få in medarbetare i arbetsförberedande insatser med jobbcoaching där samverkan i arbetsförmedlande aktiviteter och Trygghetsstiftelsens arbete utgör väsentliga komponenter.

Ring din
företagshälsovård
om du behöver!

Tel 118 118

Företagshälsovården kunde ha satt upp affischer med telefonnummer, t.ex. lappar i hissen där man står ensam, och visat att man är välkommen att ringa. Man borde ha varit mer aktiv att hitta olika kanaler för att påminna om sin verksamhet. Det kan vara olämpligt att bara ge telefonnummer i vid gruppmöten, då det kan finnas ett motstånd att inför arbetskamrater notera telefonnummer.

Tider för kommande möten med enheten borde ha annonserats varje vecka som ett led i att stärka gruppidentiteten. Chefer borde ha erbjudits bättre stöd och handledning för att uppmärksamma medarbetare som inte mått bra.

Det har också funnits en önskan att blivit kontaktad av företagshälsovården i ett senare skede. För några av de intervjuade har behovet av stöd inte kommit till uttryck förrän ganska sent i processen (fyra månader efter tillkännagivandet av beslutet om nedläggning).

Några av de intervjuade tar med förvåning upp det förhållandet att företagshälsovården kommit ut i det tidiga skedet och föreläst om kris. Flera av medarbetarna uppfattade att man *måste* känna att man var i kris för att våga ringa företagshälsovården. I den uppkomna situationen vill anställda inte höra om kriser och deras olika faser. Det upplevdes som för tekniskt och möjligen påflugit och besvärligt att tala om för medarbetarna hur man ska känna sig. Man kan inte utgå ifrån att alla är i kris, en del ser ju också möjligheter. Vid något informationstillfälle sades att ensamma män är de som mår sämst. Vid detta tillfälle gick allas blickar till den ende ensamme mannen i gruppen...

I kafferummet talades det mer om Trygghetsstiftelsen än om företagshälsovården. Trygghetsstiftelsen talade mer om möjligheter istället för om problem, t ex att statistiken visat att efter tre år har 80 procent jobb med högre lön. Från Trygghetsstiftelsen kom erbjudanden om utbildning, coachning etc.

Skulle du haft hjälp av att ha en checklista att följa?

Den övervägande andelen, 9 stycken, var positiva, ingen av de tillfrågade var negativ till detta.

Har du synpunkter på vad en checklista skulle innehålla?

Bland de förslag som framkom nämndes ett stort antal av vilka några återkommer i diskussionsavsnittet. En sammanställning finns också i bilaga 1.

Diskussion

Bortfall i studiepopulationen.

Svarsutfallet - 85 personer – av de ca 400 anställda - utgör en svarsandel på ca 21 procent, medför tolkningsbegränsningar.

I bortfallet kan urskiljas minst två grupper:

- 1) de som inte sett enkäten då de redan lämnat ALI för att de fått annat arbete, gått i pension etc.
- 2) de som såg enkäten och som av något skäl valde att inte svara.

Vid tiden för nätenkäten hade ett flertal ALI-anställda lämnat verksamheten då de t.ex. erbjudits andra arbeten eller pension.

Det kan vara så att de som svarat på enkäten är de som "blivit kvar" och inte fått någon lösning på sin arbetssituation. Om så är fallet kan detta betyda att de som svarat intagit en mer tveksam och negativ attityd till frågorna än de som inte svarat. Syftet med detta arbete är att lära av erfarenheter och se vad som kunde ha gjorts bättre. Med den utgångspunkten är det inte något avgörande problem om de tveksamma och negativa är överrepresenterade då just deras synpunkter är extra värdefulla för att utveckla omhändertagandet i den situation som beskrivs. De svar som redovisats i resultatdelen speglar många tankar och attityder och vi har bedömt utfallet som tillräckligt för den diskussion och de förslag som följer.

Då studien genomfördes hade flera av ALI:s medarbetare lämnat organisationen. Det är angeläget att inte lägga ner alla E-postadresser innan verksamheten är helt avslutad och det bör finnas en hänvisning till samtliga medarbetares nästkommande E-postadress på den nedlagda organisationens hemsida. Hemsidan bör vara åtkomlig upp till ett år efter nedläggningen.

Vad gäller intervjuerna med ledningspersoner har dessa riktat sig till personer i Stockholm. Arbetsmarknaden i Stockholm har med all säkerhet varit mer gynnsam för den berörda personalen vilket kan ha påverkat attityder och föreställningar i riktning till att betona möjligheter i stället för problem. I en intervjusituation ligger i sakens natur att ett samspel sker mellan intervjuare och intervjuad. Några av intervjupersonerna har blivit mycket meddelsamma under intervjun och lämnat information långt utöver vad som ursprungligen var avsett. Andra har intagit en mer avvaktande hållning.

Tolkningsproblem och begränsningar av det insamlade materialet.

Vid sammanställning av materialet framkom att det fanns några delfrågor som kunde tolkas på olika sätt. Frågorna "Har du haft kontakt med företagshälsovården" respektive "Har du haft ytterligare kontakt med företagshälsovården?" tolkades av vissa som om frågan gällde hjälp och behandling för egen del medan andra uppfattade frågan som om den gällde professionella kontakter i det löpande arbetet. Då frågorna ställts vid en muntlig intervju har intervjuaren kunnat styra upp eventuella tvetydigheter under intervjun. Möjligheten att kunna följa upp nätenkätens svarsutfall i den personliga intervjun utgjorde en annan begränsning.

Enkätfrågorna är utformade av författarna och har inte använts i något annat sammanhang. I vilken uträkning enkätsvaren påverkats av att frågorna missförstås eller misstolkats har vi inte kunnat bedöma. Eventuell oklarhet om hur frågorna kan ha uppfattats av de svarande föranleder viss försiktighet vid tolkningen av utfallet.

Tillräcklig information

Av enkätsvaren framgår att de flesta är nöjda med den information om nedläggningen som meddelats. Emellertid anger 21 procent att man inte fått tillräcklig information. Att informationen varit otillräcklig skall ses i ljuset av att för många anställda kom beskedet om nedläggning av ALI som en chock. Även om information givits, kan detta illustrera att samma information måste ges upprepade gånger under avvecklingsprocessen.

En svaghet i nätenkäten är att det inte går att se vem som svarar vad på följdfrågor om saknad information. Det framgår inte om det är samma personer som svarat nej på frågan om informationen var tillräcklig, som sedan har svarat att informationen var otillräcklig samt felaktigt given. Svagheten i nätenkäten är att svaren inte kommit som en samlad enkät utan att svaren har kommit analyserade var för sig. Det betyder även att en person kan uttrycka flera åsikter samt att många svar innehåller mer än en synpunkt.

Många uttryckte ett missnöje över att informationen vid ALI:s nedläggning var svårtillgänglig och inte gavs direkt till alla samtidigt, exempelvis fick de sjukfrånvarande ingen direktinformation. De flesta hade angivit att de fått informationen via media. Detta kan jämföras med nedläggningen av skolöverstyrelsen då de 350 anställda meddelades detta via massmedier den 19 september 1990 [4]. Det kan tyckas vara motsägelsefullt att merparten är nöjda med den information som givits, samtidigt som de flesta, 65 procent, uppger att de fått sin första information via media och via kollegor. Endast drygt 10 procent har fått den initiala informationen på ett personalmöte vilket hade varit önskvärt. Vi har inte undersökt i detalj hur snabbt och hur informationen gått ut till personalen.

Överraskande många var inte förberedda på beslutet om nedläggning av ALI. Bortträngningsmekanismer? Risken för nedläggning var som tidigare nämnts överhängande och bör också ha diskuterats på arbetsplatserna på ALI vid många tillfällen. Det som kan ha varit överraskande kan ha varit omfattningen och den snabba takten av avvecklingen.

Arbetsmiljölagen uttrycker vikten av tydlig och saklig information till samtliga berörda personer, inkluderande dem som av olika anledningar är frånvarande från arbetet.

Krisstöd

För att som företagshälsovård men även som arbetsledare kunna ge krisstöd, är det viktigt att känna till att en kris består av olika faser med olika reaktionsmönster, som tidsmässigt följer efter varandra [5].

Krisens faser - chock, reaktion, bearbetning och nyorientering.

Chock - människan försätts i ett tillstånd där han/hon skyddar sig mot verkligheten.

ALI: När medarbetarna på Arbetslivsinstitutet informerades om nedläggningen, reagerade flera först inte alls. Man "stängde av".

Reaktion - människan reagerar på händelsen som orsakat chocken.

ALI: En del medarbetare blev arga, en del arbetsvägrade.

Bearbetning - människan bearbetar händelsen som orsakat chocken.

ALI: Man går igenom vad som egentligen har hänt. Det bildas grupper på arbetet som diskuterar vad beslutet egentligen innebär. En del försöker arbeta med avslutning av sitt arbete, man letar möjligheter för att bevara biblioteket på annan plats.

Nyorientering - människan hittar ett sätt att gå vidare efter händelsen som utlöst chocken.

ALI: En del funderar på nya möjligheter till jobb, söker aktivt arbete, ser nya möjligheter. Flera har redan gått över i nytt arbete på annan anställning, vissa har börjat studier med hjälp av trygghetsstiftelsen.

Tiden som följer efter ett nedlägningsbeslut medan de uppsagda fortfarande finns kvar är problematisk på många sätt. Motivationen för arbetsuppgifterna kan bli lidande, och det kan vara svårt att veta om man arbetar för att vara lojal mot företaget eller för sin egen yrkesmorals skull. Arbetskamraterna försvinner från arbetsplatsen efterhand som de får nya arbeten, påbörjar utbildningar eller går ut i arbetslöshet.

Arbete som trots allt skall utföras blir på många positioner i företaget mindre och många anställda upplever sysslöshet under arbetstiden, samtidigt som andra positioner blir hårdare belastade och mer krävande än tidigare. Mellan arbetskamraterna kan stämningen förändras, vilket får konsekvenser för samarbete och sammanhållning. När

arbetskamrater försöker hålla samman och diskutera situationen med varandra för att försöka lindra vanmakten kan sammanhållningen bli starkare, medan den kan försvagas då konkurrens om lediga arbeten uppstår.

Denna studie visar på vikten av att chefer och arbetsledande personal har tillräckliga kunskaper om krisstöd för att kunna planera och ordna stöd på ett lämpligt sätt i all verksamhet som omfattas av arbetsmiljölagen. För att kunna hjälpa medarbetare som drabbats av kris eller kan komma få krisreaktioner efter allvarliga händelser måste man förstå hur och varför krisen uppstår. Sedan måste man ha kunskap om vilka reaktioner som kan komma, samt vilka metoder, planering och hantering som är effektivast som stöd för den drabbade, arbetsgruppen och organisationen [6].

Att i löpande personalutbildning och särskilt i chefs- och ledarutbildning behandla och ge insikter om behovet och värdet av krisstöd är ett naturligt sätt att sörja för kompetensen inom området. I föreskrifterna om internkontroll av arbetsmiljön anges arbetsgivarens skyldigheter att se till att chefer och arbetsledande personal har de särskilda kunskaper som de behöver för att arbetsmiljökraven skall kunna uppfyllas [7].

Har ledningen förvärrat situationen för utbildningarna?

Ur enkätsvaren framgår att några personer frågade sig om ALI:s ledning förvärrat situationen för dem som ansvarat för utbildningarna, genom att man inte låtit

utbildningsansvariga få vara representerade i avvecklingsgruppen på ALI och ha direktkontakt med departementen.

I en hierarkisk organisation som ALI utgår beslutsmandatet från generaldirektören som delegerar beslutsbefogenheter i organisationen. Det är vanligt att myndigheter har en av generaldirektören beslutad ordning för kontakter med regeringskansliet. Det fanns i ALI:s ledningsgrupp en chef med övergripande ansvar för utbildningarna. ALI:s ledningsgrupp har haft en samverkan med regeringskansliet där utbildningsansvarig chef medverkat. De synpunkter som framförs i enkäten uttrycker alltså inte några strukturella avvikelser i beslutsordningen, möjligen uttrycker dessa synpunkter brister i den interna dialogen.

Framtidstro

Trots att nästan hälften av de svarande uppgivit osäkerhet om framtida arbetsuppgifter svarar nästan hälften att de känner sig hoppfulla inför framtiden. Denna framtidstro kan ju tyckas anmärkningsvärd. Möjligen kan svaret tolkas som att många av dem som känner framtidstro grundar detta på en förvisning om tryggad annan inkomst än från arbete. Nätenkäten presenterades relativt sent i processen (tre månader efter informationen om nedläggning) då den tidigare förlamande chockfasen hade lagt sig, och flera hade närmat sig bearbetnings- eller nyorienteringsfasen. Vid frågan hur mår du idag (fråga 12) får man en 2-pucklig kurva som möjligen kan representera 2 grupper, de som har fått arbete och de som inte har fått arbete. Denna tolkning kan även få visst stöd från utfallet av frågan ”*Vet du idag vad du kommer att arbeta med efter ALI:s nedläggning?*” (se fig 5, sid 26), där hälften uppger att man inte vet.

Vår kunskap om hur arbetsförlust eller arbetslöshet påverkar sjukskrivning

Ett problem är att ha kontrollgrupper till den grupp som förlorar arbetet. Man har försökt att jämföra med dem som är kvar – överlevarna - i organisationer där man dragit ner personalstyrkan. Svårigheten är emellertid de normala svängningar i konjunktur som sker men även om ”överlevarnas” hälsa har påverkats av de tidigare neddragningarna. I det senare fallet utgör ju inte dessa någon kontrollgrupp längre. Arbetslösa är överrepresenterade bland de långtidssjukskrivna men i vilken utsträckning detta är ett uttryck för t.ex. selektionsmekanismer bland från början sjuka är oklart [8].

Arbetssökning är ett område där vår kunskap om relationen till hälsa är begränsad. Människor som inte varit arbetslösa så länge är mer aktiva att söka arbete [9], om man har barn ger detta incitament att söka arbete bland män men inte bland kvinnor [10]. Det förefaller dock som fr.a. följande tre bestämningsfaktorer är viktiga för den arbetssökandes hälsa [11];

- Självkänsla
- Upplevd kontroll och kompetens
- Intentioner och planer

Den sista punkten innefattar normer och attityder till arbetssökning.

Om den arbetslöse uppfattar att för honom/henne viktiga personer anser att han/hon skall söka arbete kommer uthålligheten i arbetssökandet att öka. Arbetssökandet

ökar även om man upplever kontroll över sin situation och har positiva attityder och tilltro till sin förmåga. Det är därför viktigt för företagshälsovården att vid hot om uppsägning fokusera på just dessa punkter.

Katastrof - Möjlighet?

I Trygghetsstiftelsens utvärdering 2004 av uppsagda var 2/3 positiva, 1/10 negativa och resten neutrala till utfallet efter uppsägningen. I efterförloppet behöver uppsägningarna således inte alltid upplevas som negativa händelser, både vid utvärderingen av omstruktureringen av Televerket och vid ombildningen av Byggnadsstyrelsen skriver man att de uppsagda efteråt kan se förändringarna som en möjlighet till personlig utveckling och lärande och tillfälle för den uppsagde att pröva något nytt som man inte har vågat realisera tidigare [12, 13, 14].

När man går ut med information till arbetsgruppen bör man således både vara förstående inför allvaret i situationen men också betona vikten av ett positivt förhållningssätt utifrån kunskapen att tidigare drabbade ofta upplevt att förändringarna inneburit positiva utmaningar.

I Trygghetsstiftelsens skrifter finns mycket praktiskt material att hämta, både för den som ska avveckla verksamheten och för den uppsagde. För den som står inför att avveckla en verksamhet finns många konkreta råd om hur man förbereder sig.

Under intervjuerna har mycket uppskattning av företagshälsovården framkommit, med tankar som varit mer nyanserade än vad som framkommit i nätenkäten.

Företagshälsovårdens roll

Det förefaller som att företagshälsovårdens roll och tjänsteutbud var otydlig för både företagshälsovårdens medarbetare samt för Arbetslivsinstitutets chefer och medarbetare.

I denna studie har fokus *inte* varit på att utvärdera befintlig företagshälsovård med avseende på om man fullgjort sina förpliktelser enligt avtal. Ambitionen med projektet har i stället varit att lyfta fram förslag till hur företagshälsovården *kan utvecklas*. I den situation som var fanns inga restriktioner från ALI:s ledning vad gäller möjligheter för företagshälsovården. Avtalet mellan ALI och företagshälsovården blir därmed tämligen ointressant. Nedläggningen av ALI illustrerar snarast betydelsen av att företagshälsovården tar en aktiv roll och visar sig ute i verksamheten och inte avgränsar sig till att vänta på att bli kontaktad. Detta innebär att företagshälsovården själv initierar kontakter och aktiviteter.

Företagshälsovården har varit otydlig säger man i vissa av intervjuerna, den har inte framstått som det stöd man skulle önska i den utsatta situationen. Om företagshälsovården hade otillräckligt med samtalsresurser att erbjuda i den aktuella situationen, vilket framgår av enkätsvar, är detta överraskande. Behovet hade sannolikt kunnat förutses och kan således antingen vara underskattat eller så har efterfrågan varit större än vad man kunde vänta.

Studien har visat ett tydligt behov av checklistor, inte bara för arbetsledare i den drabbade organisationen, utan även som internt verktyg för företagshälsovården. Företagshälsovården kan i det akuta läget behöva ett material att förbereda sig med

inför en första kontakt med arbetstagarna. Man bör också ha tillräckligt med förberedelser och kunskaper för att tillsammans med det drabbade företaget, starta upp och genomföra en uppsägningsprocess som blir så friktionsfri som möjligt.

Företagshälsovårdens roll måste tydliggöras, inte enbart som stödjande för individens reaktioner, utan även som kunskaps- och processtöd för verksamhetens ledning. Den måste kunna kartlägga problem och möjligheter och framstå som en synlig resurs när väl behoven uppträder.

Vi ser också önskemål om ett förhållningssätt med större framförhållning där företagshälsovården så tidigt som möjligt i förloppet agerar tillsammans med övriga aktörer för att förutse och planera lämpliga stödinsatser. Att utvärdera insatserna i efterskott kan också bidra till ökade kunskaper och förmåga till förbättrade insatser i framtiden. Därför rekommenderas en gemensam genomgång efter ett större uppdrag av denna karaktär.

Många har med förvåning noterat företagshälsovårdens fokus på kris och som man uppfattat enda fokus. Flera medarbetare har inte alls uppfattat nedläggningen av ALI som en krissituation och man har då inte uppfattat att företagshälsovården även har andra tjänster än krisbearbetning. Studien kan här ge anledning till viss självvrannsakan hur företagshälsovården presenterar sig och hur man på ett bättre sätt når ut till alla.

Alla medarbetare bör ha rätt att söka nytt arbete på arbetstid under uppsägningstiden men det fungerar inte alltid så i praktiken. Det är viktigt och bör uppmuntras av arbetsgivaren eftersom man vet att ju tidigare under uppsägningstiden som man söker arbete, desto större är möjligheten att få ett nytt arbete [15].

Annat som företagshälsovården kan stödja arbetsgivaren med i den aktuella situationen vid en företagsinskränkning är att stödja med kunskaper om hur man ska gå ut med information:

- göra en tidsplan för hur informationen ska ut, rätt information i rätt tid [16]
- informera mycket och ofta och så tidigt som möjligt
- informera via olika media
- sätt upp affischer
- lämna adresser, telefonnummer för rådgivning, även utanför kontorstid
- se ut personer som kan behöva särskilt stöd (personer med arbetshandikapp, sjukskrivna, personer med pågående rehabilitering, övriga riskgrupper)

Ett förslag kan vara att skapa en avvecklingsgrupp med personer från personalsektionen, företagshälsovården, fackliga representanter och Trygghetsstiftelsen som både fångar upp det behov av information som finns och som är lättanträffbara och tillgängliga med hänvisningar på e-post och affischer. Vid stora nedläggningar kan man skapa en avvecklingskommitté som övertar både arbetsgivar- och avvecklingsansvar och verkar för att skapa mötesplats för alla aktörer, hjälp till självhjälp, lokal där man kan träffas, platsautomat från Arbetsförmedlingen, stöd för informationshämtning, information om utbildningsinsatser. ENAprojektet [17] etc. Aktiviteterna bör anpassas till om det är en aktiv eller passiv grupp, då behoven av stöd kan vara olika.

Slutsatser

- *Företagshälsovårdens roll*
Företagshälsovårdens roll och tjänsteutbud måste vara tydlig. En viktig uppgift - utöver att ge stöd till arbetstagare - är att vara kunskaps- och processtöd för verksamhetens ledning. Företagshälsovården måste kunna kartlägga problem och möjligheter och framstå som en synlig resurs när väl behoven uppträder
- *Kriskunskap hos chefer och ledningspersoner.*
Chefer och arbetsledande personal skall ha tillräckliga kunskaper om krisstöd för att kunna hjälpa medarbetare som drabbats. Men även de själva behöver hjälp och det är viktigt att företagshälsovården kommer in i ett tidigt skede vid en nedläggning av en hel verksamhet som drabbar alla. Detta gäller inte bara vid total nedläggning utan även vid partiell nedläggning t.ex. i samband med struktumvandling.
- *Checklista.*
För att kunna få stödet snabbt bör en enkel checklista finnas till hands för arbetsledarna där även telefonnummer finns till dem som ska engageras. Det är viktigt att snarast sammankalla medarbetarna snabbt och tillsammans, för att alla ska få samma information. Även de som inte kan närvara, (sjukfrånvarande etc.) ska informeras samtidigt. En fördel för FHV är att ha en checklista för att snabbt hitta rutinerna i en kaotisk situation.
- *Information.*
Det är viktigt att snabbt få fram information om trygghet, framtidsmöjligheter och ekonomiska ersättningar samt utbildningsmöjligheter. Det är också av stor betydelse vilket sätt information ges på. I denna studie har man pekat på värdet av återkommande informationsmöten riktat direkt till personal.
- *Tillgänglighet via nätet.*
Det är angeläget att inte lägga ner alla E-postadresser innan verksamheten är helt avslutad och det bör finnas en hänvisning till samtliga medarbetares nästkommande E-postadress på den nedlagda organisationens hemsida. Hemsidan bör vara åtkomlig upp till ett år efter nedläggningen.
- *Möjlighet.*
Värt att komma ihåg är att en nedläggning inte behöver innebära en krissituation för alla anställda. För en del personer kan det innebära en möjlighet att komma vidare i arbetslivet. Det har visat sig att flera personer har fått nya möjligheter och i vissa fall ännu bättre arbete på annan plats och till och med bättre inkomst. Det är inte helt ovanligt att man till följd av osäkerhet om sina möjligheter blir kvar på samma arbetsplats, trots att man kanske egentligen har utvecklats men att man är osäker på om man vågar flytta på sig. När man nu tvingas flytta på grund av yttre omständigheter, kan det visa sig att flytten leder till bättre arbetsmöjligheter.

Checklista

Denna checklista kan vara en utgångspunkt i samband med strukturuomvandlingar som leder till att personal frigörs vid ett företag. Den är tänkt att användas av företagshälsovården för att kunna ge stöd och råd i dialog med det aktuella företaget.

Stöd företaget att:

1. Så tidigt som möjligt skapa en **strategi** för omställningsarbetet. Skapa en **avvecklingsplan** i samråd med personalledningen. Vad ska göras, när och hur, av vem.
2. Skapa en **avvecklingsgrupp** med representanter för företagsledningen, personalavdelningen, företagshälsovården, Fackliga representanter och eventuella andra instanser som Trygghetsstiftelsen, AF etc. Vid mindre förändringar kan man lägga ansvaret på en omställningsansvarig som har erforderliga kunskaper och befogenheter
3. Ge stöd till företagets **enhetschefer** - samling regelbundet och tätt, ordna handledning och stöd om någon så önskar, eventuell kontakt med företagshälsovården vid behov. Eventuell information om hur man bemöter arbetstagarna, turordningsregler etc.
4. **Förbereda sig inför uppsägningar** - kan förberedas genom att utbilda nyckelpersoner i "det svåra samtalet", kriskunskap, utbildning i att arbeta med omställningsarbete
5. **Satsa på informationen.** Ta kontakt med företagshälsovården, facket eventuellt Trygghetsstiftelsen för gemensamt informationsmöte:
6. **Information** ut mot arbetstagarna: Samla personalgruppen, informera, lyssna på frågor. Upprepa informationen. Informera mycket och ofta. Var tydlig, rak och ärlig. Gärna dagliga e-postmeddelanden den första tiden. Informationen ska helst vara både muntlig och skriftlig, gärna via olika media. Informera även om det inte finns något nytt att säga.
 - vart vänder jag vid olika problem och behov av information, adresser, telefonnummer
 - ge kunskap om företagshälsovården, arbetsförmedlingen, Trygghetsstiftelsen
7. Sätt upp anslag med telefonnummer och aktiviteter

8. Trygghetsstiftelsen har bra informativa broschyrer
9. Ta **personlig kontakt** med dem som inte nåtts av informationen, sjukskrivna, föräldralediga, tjänstlediga och andra frånvarande mm Erbjud tillfälle till personligt möte för information för dem som så önskar
10. Kontakta ”riskpersoner” personer som man vet kan komma att reagera kraftigt, pers som varit mycket sjukskrivna eller som på annat sätt signalerat ökad vulnerabilitet.
11. Se till att via FHV ordna möjlighet till **stöd dygnet om** via en jourorganisation
12. Ordna **utbildning/seminarier** för dem som så önskar i personalgruppen i exempelvis:
 - Turordningsregler
 - Regler på arbetsmarknaden
 - Ekonomiska frågor
 - Söka jobbkunskap, skriva CV, starta eget
 - Stöd till blivande pensionärer, information pensionsvillkor
 - Må bra resurser
 - Krisreaktioner hur hantera
 - Studier, yrkes och karriärvägledning
13. Trygghetsstiftelsen ordnar seminarier och utbildningar vid behov
14. Att ha regelbunden uppföljning med planerade **kontinuerliga möten** med företagshälsovården.
15. Glöm inte att även informera om **möjligheterna**, att se framåt med en positiv framtoning och att merparten av de drabbade vid tidigare nedläggningar har upplevt att förändringarna inneburit positiva utmaningar.
16. Betona det **ömsesidiga ansvaret** i att skaffa fram information.
17. Dela ut **betyg och användbar information**:
 - Informationsbrochyrer
 - Förteckning över användbara adresser
 - Betyg
 - Ansökan om egenpension (SPV)
 - Ansökan om avgångsersättning (Trygghetsstiftelsen)
 - Uppgift om lön för inkomsttryggtillägg och avgångsersättning (Trygghetsstiftelsen)
 - Information om besök på företagshälsovården efter det att anställningen upphört
 - Broschyr om grupplivförsäkring (SPV)

18. **Må bra åtgärder** - ordna friskvård, gör något roligt tillsammans, något extra med de uppsagda, skapa nätverk, utflykt, fest, studiebesök etc.
19. Glöm inte att tacka av dem som ska sluta.
20. Efter nedläggning; Underhåll en hemsida där tidigare anställda kan hålla kontakt med varandra. Låt tidigare anställda behålla sina e-postadresser kanske upp till ett år efter att verksamheten avvecklats.

Nätenkät*Utkast***Nedläggning av Arbetslivsinstitutet, Personalenkät**

1 Hur fick du reda på ALI:s nedläggning?

sätt X i lämplig ruta

Personalmöte ☐

Kollegor ☐

Media ☐

Annat sätt ☐

2 Har den information du hittills fått av ALI om nedläggningen varit tillräcklig?

sätt X i lämplig ruta

ja ☐

nej ☐

3 Om du svarat nej; vilken information saknar du?

Skriv fritt

.....

.....

.....

4 Har du fått information om dina egna ekonomiska villkor efter nedläggningen?

sätt X i lämplig ruta

ja ☐

nej ☐

5 Vet du idag vad du kommer att arbeta med efter ALI:s nedläggning?

sätt X i en lämplig ruta

ja ☐

nej ☐

Går i pension i samband med ALI:s nedläggning ☐

6 Var du förberedd på nedläggning av ALI innan beslutet tillgämnagavs?

sätt X i en lämplig ruta

ja ☐

Befarade en nedläggning men var oklar över hur det praktiskt skulle gå till ☐

Hade hört talas om det men höll det för osannolikt ☐

Nej inte alls ☐

7 Känner du dig hoppfull inför framtiden?

sätt X i en lämplig ruta

ja ☐

Delvis ☐

Bilaga 2

Inte särskilt ☐

nej ☐

8 Har du varit i kontakt med företagshälsovården?

sätt X i lämplig ruta

ja ☐

nej ☐

9 Om du varit i kontakt med företagshälsovården - Har företagshälsovårdens insatser infriat dina förväntningar?

sätt X i lämplig ruta

ja ☐

nej ☐

10 Om du varit i kontakt med företagshälsovården och inte är nöjd - vilka förväntningar har **inte** infriats?

.....

Skriv fritt

.....

11 Vilken roll bör företagshälsovården ha i samband med ALI:s nedläggning?

.....

Skriv fritt

.....

12 Hur mår du idag?

Markera med x på linjen nedan
 0 = Sämsta tänkbara
 100 = Bästa tänkbara

0.....10.....20.....30.....40.....50.....60.....70.....80.....90.....100

Vi tackar för din
 medverkan

ALI projektet – intervjufrågor

1. Vill du kort beskriva ditt uppdrag på Arbetslivsinstitutet
2. Har du haft kontakt med Företagshälsovården med anledning av nedläggningen av ALI?
 - Vem tog initiativet till kontakten?
 - Hur fungerade kontakten?
 - Vad resulterade kontakten i?
 - Är du nöjd med resultatet av kontakten?
 - Har du haft ytterligare kontakter med Företagshälsovården av samma orsak?
3. Vet du någon annan på Arbetslivsinstitutet som har haft kontakt med Företagshälsovården med anledning av nedläggningen av ALI?
 - Vem tog initiativet till kontakten?
 - Hur fungerade kontakten?
 - Vad resulterade kontakten i?
 - Var han/hon nöjd med resultatet av kontakten?
 - Känner du till att man har haft ytterligare kontakter med Företagshälsovården av samma orsak?
4. Vilka insatser skulle du ha velat se från FHV:s sida?
 - Är det något som skulle ha gjorts annorlunda?
5. Skulle du ha hjälp av att ha en checklista att följa?
 - Har du synpunkter på vad en sådan skulle innehålla?

Olle Sandelin

LITTERATURSÖKNING

Arbetslivsinstitutets nedläggning - delarbete i kursuppsats inom företagsläkarutbildningen Stockholm - Uppsala 2006-2007: Erfarenheter av och åsikter om Företagshälsovårdens agerande i samband med nedläggningen av ALI.

Litteratursökningar har utförts av gruppmedlemmen Sandelin för att inventera vad som finns skrivet specifikt om företagshälsovårdens agerande i samband med nedläggning av större företag. Sökningarna har även inriktats mot att spegla resultaten av den enkät och de djupintervjuer som ingår i huvudarbetet.

Avgränsningar

Eftersom det övergripande arbetet handlar om företagshälsovården har det varit en viktig avgränsning att inte inkludera kundens/arbetsgivarens ansvarsområden. Ytterligare avgränsning har skett genom att betrakta studieområdet ur läkarens medicinska synvinkel.

Checklistor: I samband med djupintervjuerna framfördes önskemål om checklistor men detta har inte efterforskat i denna studie.

Terminologi

Ett problem har varit avsaknaden av gemensamma söktermer. Endast PubMed /NCBI med MeSH-indexering har en standardiserad terminologi innefattande bl.a. close down, downsizing, redundancy, structural change samt förstås review och metaanalysis, I andra databaser, texter och innehållsförteckningar förekommer synonymer som: delayering, termination, lean organisation, restructuring, closure, OHS (Occupational Health Service).

DATABASER

Arbline, PubMed/NCBI MeSH, PsycInfo/CSA/Ovid, Google.

Noteras bör att många sökmotorer utgör användargränssnitt mot Medline, som kräver en mer strikt sök teknik. Således kan man nå samma information från olika håll.

Även andra källor har nyttjats som studentbokhandel och Trygghetsrådet. Nedan beskrivs i korthet sökningar och träffbilder.

Arbline

Arbetslivsinstitutets hemsida Arbline stängdes samtidigt med dess bibliotek vid årsskiftet 2006/2007 och har under våren 2007 överförts till Stockholms Universitetsbibliotek (<http://arbline.sub.su.se>). Arbline har under 2007 tidvis ej varit tillgänglig. Sökning på termerna: "företagsnedläggning, uppsägning, myndighet, statlig verksamhet" gav träffar för Skolöverstyrelsen, Länsskolenämnderna, Postgirot (ref 1) . I flera fall gavs hänvisning till rapporter och andra publikationer som ej finns i digital form och som efter nedläggning och flytt av ALI:s bibliotek ännu inte blivit fysiskt tillgängliga. I försök att hitta ingångar till internationell litteratur har sökning gjorts på de mest förekommande författarna, där Lennart Hallsten (ref 2) ensam resulterade i 69 träffar, varav inga medförde några nya spår, beträffande just företagshälsovårdens medicinska insatser.

PubMed

Sökningar har först gjorts efter reviewartiklar och därefter med de söktermer som angetts under ovanstående rubrik "terminologi".

Sökning på "Closing down och occupational health" gav endast 7 träffar – ingen av intresse. Sökning på MeSH-termen "Occupational health service" gav 7.509 träffar. Vid tillägg av MeSH-termen "Personnel downsizing" erhöles endast 3 träffar varav ingen var av intresse för detta arbete. Fortsatta sökningar med tillägg av ytterligare söktermer har ej tillfört något ytterligare att studera.

PsychInfo

Lennart Hallsten bistod vid personligt möte med en kortare sökning via Ovid/PsycInfo. Vidare sökning utfördes på Stockholms Universitetsbibliotek, vid två tillfällen.

Sökresultat:

- "Human resource management and job loss": 224 träffar.
- "Human resource management and occupational medicine" : 101 träffar – ingen om nedläggning.
- "Occupational health": 6.982 träffar
- "Occupational medicine": 2.366 träffar
- "Occupational physician": 29 träffar

Endast den sista sökningen med tillägget "physician" har bearbetats ytterligare och det konstateras att ingen publikation avhandlat företagshälsovården ur medicinsk synvinkel ej heller eller problematiken vid nedläggning/nedskärning. De har behandlat patienternas psykiska hälsa, läkares etik och/eller ekonomiska beroendeställning. Artikelbeskrivningarna har också studerats för att hitta andra mer lämpliga söktermer men slutresultatet är att inget hittas som avhandlar företagshälsovårdens medicinska agerande vid nedläggning/nedskärning.

Google

Google tas upp här trots att det inte är en egen databas utan en sökmotor som letar igenom databaser och hemsidor på internet - att googla har blivit ett begrepp att söka information på internet.

Vid sökning på HRM + closing down erhöles 862.000 träffar.

Vid tillägget "review" minskar antalet till 684.000. En del sidospår finns återgivna under rubriken "bifynd" nedan. Vissa träffar kräver betalning för att kunna läsas som "The decline of the Swedish classical harmony model" i skriften "Employee Relations" där artikeln i fulltext kostar ca 200 SEK

Andra källor

Artiklarnas referenslistor har genomsökts efter relaterade artiklar.

Inventering av aktuell kurslitteratur har även gjorts på Akademibokhandeln i Stockholm. (ref 3, 4, 5) De böcker som återfinns i den medicinska avdelningen innehåller inget om företagshälsovårdens roll i samband med nedläggningar/nedskärningar. Däremot finns åtskilliga läroböcker på avdelningarna för beteendevetenskap/management. Där innehåller i stort sett samtliga böcker av mer allmän karaktär avsnitt om nedskärning/avsked – dock aldrig med nämnande av företagshälsovård. Eftersom detta arbete visat behov av proaktivitet från företagshälsovården så har sådant eftersökts.

I den medicinska litteraturen hittades inget – inte ens bland publikationer om företagshälsovård. Än mer förvånande var att läroböckerna för beteendevetare inte heller innehöll något om proaktivitet. Föreläsare vid Företagsläkarkursen 2006/2007 med efterföljande diskussioner har bidragit till denna litteraturgenomgång t.ex. Hallsten ref 6

Bifynd

Som bifynd har hittats artiklar från hela världen – från USA till Papua Nya Guinea. Inte bara Sverige drabbas av nedläggningar och inte bara svenskarna bryr sig om hur folk mår. Noterbart är flera arbeten som avhandlar det positiva med nedläggningar och avskedande – där det för många kan innebära en nystart (ref 7,8).

Sammanfattning och diskussion

Sammanfattningsvis gav ovanstående litteraturstudie endast ringa vetenskap kring företagshälsovården och inget skrivet alls om företagsläkarens roll och agerande i samband med företagsnedläggelser. Det är viktigt att komma ihåg det snäva perspektivet ”Företagshälsovården – agerande och åsikter i samband med nedläggning av en verksamhet”. Då resultatet var överraskande fattigt har även prövats att söka utifrån från kända forskare, speciellt svenska, utan att detta gett något ytterligare. Däremot finns otaliga studier om sambandet arbete/arbetslöshet och hälsa. I stort sett alla dessa studier har utgivits inom management- och beteendevetenskap. I skrifter som inte publicerats i vetenskapligt syfte som t.ex. råd och anvisningar från Trygghetsrådet, facklig verksamhet som tillhandahåller en del handfasta råd där det noteras att det även kan finnas öppet kommersiella motiv som t.ex. Trygghetsrådets dotterbolag, som säljer outplacementtjänster.

Då detta arbete gjorts som en del i företagsläkarutbildningen 2006/2007 Stockholm - Uppsala har även vissa av föreläsarna tillfrågats om bristen på studier kring företagshälsovårdens. Nedläggningen av Skolöverstyrelsen är unikt väldokumenterad av beteendevetaren Lennart Hallsten. Hallsten har även gjort en av de största metaanalyserna kring effekterna av företagsnedläggelser. Hallstens helt dominerande konklusion är att de som mår långtidsdåligt efter nedläggning redan tidigare utmärkt sig genom nedsatt mental hälsa och psykisk skörhet.

Intressanta bifynd var flera studier som visade på positiva långtidsresultat av uppsägningar och avskedanden. Denna kunskap kan vara ett viktigt stöd för chefer och ledare som har att hantera både externa och interna förväntningar i samband med nedläggningar. Tillsammans med Hallstens fynd av premorbiditet framstår det som än viktigare med individuell bedömning och hjälp. Det kan här finnas en stor potential för att minska psykiskt lidande hos uppsagd personal och hjälpa företagsledningar att använda ekonomiska resurser på ett mer optimalt sätt.

Referenser och exempel på sökresultat, som ej refererar till text i huvuduppsatsen

1 Sabel O. Posten Futurum - Utvärdering av verksamheten i Postens omställningsorganisation. GRI-rapport 2002:8 GRI (Gothenburg Research Institute), School of Economics and Commercial Law at Göteborg University

2 Hallsten L. Psykiskt välbefinnande och arbetslöshet. Om hälsorelaterad selektion till arbete. Doktorsavhandling vid Psykologiska Institutionen, Stockholms Universitet ISBN 91-7153-769-4: Arbetslivsinstitutet ISBN 91-7045-464-7, Arbete och Hälsa 1998;7, sid. 1-224

3 Armstrong M. A handbook of Human Resource Managing Practice: 2006 ISBN 9780749446314

4 Blau G. A process model for understanding victims responses: Hum Resour Manage Rev Vol 16(1) March 2006: 1-26

5 Lärobok i HRM: Torrington Hall Taylor Human Resource Management, Lärobok, 2005. Prentice Hall, ISBN 13-978-0-273-68713-9

6 Hallsten L. Personligt meddelande 2007-05-31

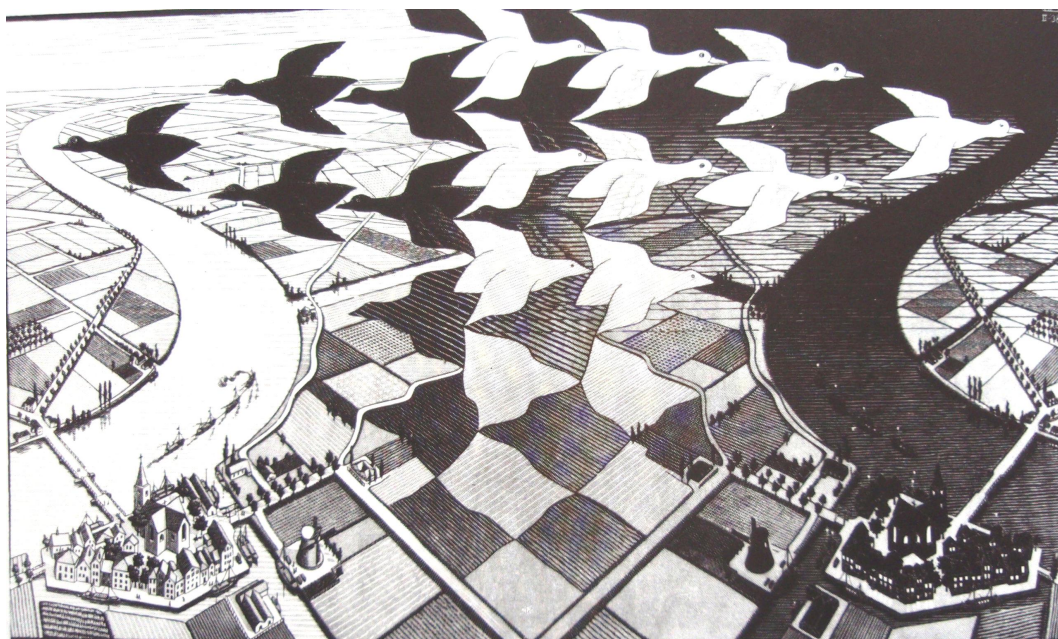
7 Zikic J. Job loss as a blessing in disguise. J Vocational Behav. Vol 69, dec 2006

8 Latack J. m fl After the ax falls. Job loss as a career transition. Acad Manage Rev Vol II(2) april 1986: 375-392

Referenser

1. Vingård E, Waldenström M, Bengtsson F, Svartengren M, Ekenvall L, Ahlberg G (Uppsala Universitet). Arbets- och miljömedicin. 2007. Rapport; Hälsa och framtid. Delstudie 4, Långtidssjukskrivning rehabilitering och återgång i arbete – processer och resultat hos företag inom privat sektor.
2. Hallsten L (Arbetslivsinstitutet). Psykiskt välbefinnande och arbetslöshet - Om hälsorelaterad selektion till arbete. Rapport Arbete och Hälsa. 1998:07; ISBN: 91-7045-451-5. .
3. Eriksson M, Hallsten L (Arbetslivsinstitutet). Tre år efter avvecklingen – arbete, hälsa och hälsoutvecklingen för uppsagd civilanställd personal inom försvaret. Rapport Arbete och hälsa. 2003:9; ISBN 91-7045-681-x.
4. Hjorth S. Statens kaka: om nedläggningen av Skolöverstyrelsen och Länsskolnämnderna. ISBN/ISSN: 9185130729. – 03478461. Föreningen för svensk undervisningshistoria. 2006.
5. Cullberg J, Kris och Utveckling. (1975). 5:e upplagan. ISBN: 9127112578. Natur och Kultur. 2006.
6. Nordiska institutets hemsida. www.nordiskainstitutet.se
7. Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter. AFS 1999:7, § 7
8. Gonäs L, Hallsten L, Spånt R (Arbetslivsinstitutet). Uppsagdas och arbetslösas villkor för hälsa – en översikt av forskningen 1995 – 2005. Arbetsliv i omvandling. 2006;15:101 – 102.
9. De Witte H. Job insecurity and psychological well-being: Review of the literature and exploration of some unresolved issues. European Journal of Work and Organizational Psychology.2000;8(2):155-177.
10. Malmberg Heimonen I, Julkunen I. Equal opportunities, true options or hidden unemployment? A comparative perspective on labour market. International Journal of Social Welfare.2002;11(2):112-131
11. Wanberg C R, Glomb T M, Song Z, Sorenson S. Job-search persistence during unemployment: A 10-wave longitudinal study. Journal of Applied Psychology. 2005; 90(3):411-430.
12. Andersson L. Nytt arbete till de uppsagda – Samarbetet mellan aktörerna inom den offentliga sektorn. Projektarbete. Stencil. Sociologiska Institutionen. Uppsala Universitet. 1994
13. Parmsund M. Den uppsagde som aktör. Erfarenheter från Uppsala Teleområde. C-uppsats. Stencil. Sociologiska Institutionen. Uppsala Universitet. 1994

-
14. Enström S. Utbildning efter uppsägning - en fallstudie från Byggnadsstyrelsen. C-uppsats Sociologiska institutionen. Uppsala universitet. 1996:44
 15. Andersson L, Trakovska J. Statligt anställd – men sen då?. En uppföljning av uppsagda från statlig tjänst i Kristianstads län. Centrum för arbetsmarknadspolitisk forskning. Högskolan i Växjö. sid 67, 86. 1996
 16. Trygghetsstiftelsen. Stöd i omställning. 2005
 17. Näslund I, Västerlund M. Avveckling - en fallstudie från Postgirot, Uppsala Universitet, Rapport pedagogiska institutionen 247/1995



Författaradresser

December 2007

Erik Allheim, Blomstervägen 16, 756 53, Uppsala
E-post: erik.allheim@telia.com

Ingemar Andersson, Fåglabäck, 511 93, Torestorp
E-post: ingemar.andersson@previa.se

Tord Arvidsson, Svanvägen 47 B, 891 40, Örnköldsvik
E-post: tord.arvidsson@humanresurs.se

Jonas Carlsson, Poppelgatan 14, 733 37, Sala
E-post: jonas.carlsson@manpower.se

Catharina Horn, Sickla Allé 27, 131 65, Nacka
E-post: catharina.horn@haluxa.se

Bengt Hultberg, Bymarksgatan 20, 554 48, Jönköping
E-post: bengt.hultberg@lj.se

Bo Jordin, Grevgatan 11, 114 53, Stockholm
E-post: bo.jordin@previa.se

Alexander Kledzik, Nytorpgatan 23 B, 116 40, Stockholm
E-post: alexander.kledzik@avonova.se

Hans Linderståhl, Vikgatan 9, 360 73, Lenhovda
E-post: hans.linderstahl@previa.se

Ingrid Modéer, Växjö Hälsoforum AB, 352 32, Växjö
E-post: ingridmodeer@halsoforum.se

Justyna Nilsson, Fjälla Ängsby, 611 92, Nyköping
E-post: justyna.nilsson@ssabox.com

Annika Norrgård, Skymningsvägen 120, 743 32, Storvreta
E-post: annika.norrgard@lanshalsan.com

Johan Rosengren, Hankvägen 6, 756 47, Uppsala
E-post: johan@rosengren.info

Olle Sandelin, Kungsgatan 75, 5 tr, 112 27, Stockholm
E-post: olle.sandelin@telia.com

Anita Segal, Karlavägen 90, 115 22, Stockholm
E-post: anita.segal@previa.se

Katarina Stenvinkel, Svärdsvägen 4A, 192 73, Sollentuna
E-post: katarina.stenvinkel@previa.se

Peter Svensson, Vättestigen 10, 285 37, Markaryd
E-post: peter.svenssons@telia.com

Karin Wallberg, Hemsövägen 1, 168 39, Bromma
E-post: karin.wallberg@telia.com