

HAKuL

HÅLLBAR ARBETSHÄLSA I KOMMUNER OCH LANDSTING

OKTOBER 2004



Syftet med denna rapport är att beskriva HAKuL-projektet, vad som gjorts och erfarenheter från förebyggande och rehabiliterande arbete i kommuner och landsting. Den vetenskapliga rapporteringen med analyser av effekter och samband mellan hälsa, arbetsförhållanden, sociala faktorer och livsstil publiceras separat.

PROJEKTGRUPP

Projektet har bedrivits av Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet och finansierats av AFA försäkringsbolag.

Initiativtagare till projektet var professor emeritus Åke Nygren.

Projektledare har varit professor Eva Vingård.

Övriga medarbetare

Professor Lars Alfredsson

Marianne Ekdahl

Christian Garheden

Rehabiliteringsläkare Bodil Heijbel

Fil Kand Lena Hurtig

Riitta Hölttä

Med Dr Malin Josephson

Erg mag Per Lindberg

Anna Lundgren-Kvist

Ann-Katrin Olsson

Fil mag Stefan Stark

Med Dr Margaretha Voss

Epidemiolog

Projektsamordnare

Datoransvarig

Doktorand

Forskningsassistent

Sekreterare

Ställföreträdande projektledare

Doktorand

Administrativ assistent

Ekonomihandläggare

Statistiker

Folkhälsovetare

Tidigare medarbetare

Fil Dr Gunnel Ahlberg

Fil Kand Johan Andersson

Fil Kand Kristina Andersson

Fil Kand Gunnar Ericson

Med Lic Agneta Hilding

Fil Kand Tove Kongsvold

Epidemiolog Max Köster

Leg läkare Svante Larsson

Med Dr Heléne Sandmark

Fil Kand Ingrid Wännström

Forskare

Forskningsassistent

Forskningsassistent

Organisationsutvecklare

Forskningsassistent

Forskningsassistent

Epidemiolog

Rehabiliteringsläkare

Forskare

Doktorand

TACK

HAKuL hade inte varit möjligt att genomföra utan ett starkt och hängivet stöd från alla deltagare i våra fyra landsting och sex kommuner. Tack för att Ni ville vara med och ge av era erfarenheter i enkäter, diskussioner, återkopplingar, möten, utbildningar och andra kontakter.

Tack till AFA som finansierat projektet och ständigt visat ett intresse för våra resultat och också använder våra erfarenheter i de större AFA-programmen. Ett speciellt tack till Torgny Wännström, Gunnar Söderberg, Göran Fredrixon och Staffan Linell.

Tack till vår centrala referensgrupp som hela projekttiden aktivt och intresserat deltagit i projektet och genom sina kontakter gjort det möjligt. Tack Jan Svensson (Landstingsförbundet), Cajsa Linder (Svenska Kommunförbundet), Ylva Nordling (Svenska Kommunförbundet), Håkan Pettersson (Svenska Kommunalarbetarförbundet), Lars Fischer (Svenska Kommunalarbetarförbundet), Lars-Åke Almqvist (Svenska Kommunalarbetarförbundet), Lena Busck (SACO), Margareta Karlsson (Försäkringskasseförbundet), Göran Geiryd (Försäkringskasseförbundet), Ragnar Kristensson (Läkarförbundet), Ulf Åhlstedt (OFR), Christina Pettersson (OFR), Staffan Linell (AFA), Göran Fredrixon (AFA) och Åke Nygren (Karolinska Institutet).

Tack till våra samarbetspartners inom forskningsvärlden i och utanför Sverige. Ett speciellt tack till professor Kristina Alexanderson, professor Gunnar Aronsson, docent Lennart Hallsten, docent Kerstin Isaksson, docent Lena Ekenvall och professor Christer Hogstedt.

Tack till våra ”systerprojekt” AHA och DU vid sektionen för Personskadeprevention för gott samarbete och stimulerande diskussioner som förhoppningsvis fortsätter länge än.

Tack till övriga arbetskamrater och medarbetare vid sektionen för Personskadeprevention.

Tack till följande personer på våra orter, hos Komanco, på våra rehabiliteringsställen och hos AFA som ställt upp lite extra för projektet, dess idéer och oss:

Birgitta Ahlman, Kerstin Alberius, Britt-Marie Albertsson, Tommy Alklint, Birgitta Amcoff, Eva Andersson, Heléna Andersson, Lisbeth Andersson, Hans Andersson, Ronny Axén, Britt-Marie Axelsson, Anders Berglund, Anita Bengtsson, Ann-Marie Bengtsson, Anita Bengtsson, Frida Bengtsson, Cecilia Bentzel, Cathrin Berthelson, Bo Bjerre, Marie Björklund, Staffan Bohlin, Jan Bornestig, Ingeborg Braun, Pelle Bultmark, Hans-Olof Bylund, Janne Carlsson, Kina Christiansson Hovgaard, Ann-Christin Dahlberg, Bertil Dahlgren, Inger Danielsson, Beatrice Dessin, Lennart Egnell, Lena Eidevall, Vanja Ekstedt, June Enarsson, Helena Eriksson, Leif Eriksson, Lena Eriksson, Gunnar Eriksson, Sten-Inge Eriksson, Ulla Ericson, Joakim Eggertsen, Kjell Fahlander, Ulla Falkestav, Elisabeth Florman, Dick Forsberg, Mats Forsberg, Anna Fält, Barbro Geers, Anders Gerdin, Bodil Gervind, Lisbeth Grönvall, Inga Gunnarsson, Eva Gunnstam, Anna-Lena Gustafsson, Ann-Katrin Gustavsson, Caroline Gustafsson, Gunnel Gustafsson, Mats Guntzel, Margaretha Hahne, Anita Hallgren, Jonas Hampus, Roger Hansson, Göran Hedberg, Ingegerd Hegelöv, Yvonne Hellström-Johannisson, Anders Herbertsson, Karin Hillerdal Hagströmer, Maj Holmgren, Eva-Britt Hysing, Nils Hällgren, Mats Ideblad, Eva Igelström, Arne Isacsson, Marianne Johansson, Ulf Johansson, Therese Kaas, Jehoshua Kaufman, Ingvar Karlberg, Kerstin Karlsson, Inger Kjelgaard, Anette Kristiansson, Jan-Erik Kämpendahl, Barbro Larsson, Kerstin Larsson, Wiveka Larsson, Lena Leufstedt, Anders Liljegren, Camilla Lindberg, Annethe Lindström, Christina Lindmo, Helen Lott, Inger Lovén, Anita Lundgren, Nadja Lyberg, Fredrik Löwenhielm, Bosse Magnusson, Charles Mosunda, Anders Neilan, Paul Nelson, Annica Neset, Marita Nilsson, Åsa Nilsson, Ann-Margrete Nissdahl, Stefan Norberg, Hans Nordholme, Marie

Nordin, Göran Nordström, Ingrid Norfors, Lars Nurbo, Ingemar Nyman, Kent Nyman, Madeleine Nyman, Håkan Odeberg, Lena Olofsson, Conny Olsson, Mona Olsson, Gunilla Palm, Sven Paulsson, Margaretha Perborg, Ingela Pettersson, Kurt Podgorski, Ann Pressner, Eva Rading, Magnus Rahm, Gun-Britt Ramsby, Petra Rankvist, Christin Rehn, Maire Ryhed, Christina Sandsten, Leif Sieurin, Birgitta Sjölin, Inger Skandevall, Key Spångerud, Göran Staf, Birgitta Strömberg, Anders Strömblad, Håkan Strömblad, Erland Strömgren, Irene Sturve, Ingrid Ståhl, Anita Svensson, Anna Svensson, Ann-Christin Svensson, Birgit Svensson, Carina Svensson, Christina Svensson, Eva Svensson, Tomas Svensson, Barbro Tedin, Camilla Thurm, Gunilla Turesson, Lena Vaara, Ulla Waern Jorild, Pertti Vainikainen, Birgitta Wallin, Maria Valter, Birger Westin, Helén Widén, Kerstin Wijk, Göran Wikström, Ingvar Wrangsmyr, Thomas Örn, Kenneth Österberg, Roger Öst, Sture Östberg, Lars Östling.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

PROJEKTGRUPP.....	1
TACK	2
SAMMANFATTNING MED REKOMMENDATIONER OCH REFLEKTIONER	6
AVSNITT 1 - BAKGRUND OCH BESKRIVNING AV PROJEKTET.....	11
Bakgrund.....	11
HAKuLs design.....	11
Kommuner och landsting i Sverige.....	13
Förankring.....	14
Utbildningar och konferenser för deltagarna.....	15
Utbildningar och konferenser för andra.....	15
Företagshälsovården.....	15
Enkäter.....	16
Deltagare och svarsfrekvens	17
AVSNITT 2 – METODASPEKTER OCH ANALYSER	22
Statistiska analyser	23
AVSNITT 3 - HAKuLs MODELLER FÖR ETT FÖREBYGGANDE OCH REHABILITERANDE ARBETE	24
HAKuL-modellen för förebyggande arbete	24
HAKuL-modellen för ett strukturerat arbete med sjukfrånvaron.....	25
HAKuL-modellen för rehabilitering	25
AVSNITT 4- SJKSKRIVNINGAR OCH DIAGNOSER	26
Antalet sjukskrivna på olika orter.....	26
Sjukskrivningsdiagnoser i HAKuL.....	26
Sammanfattning	27
AVSNITT 5 - REHABILITERING	28
Syftet med rehabiliteringsdelen i HAKuL	28
Att erbjuda en fungerande struktur för rehabiliteringsarbetet av långtidssjukskrivna.....	28
Att i större skala implementera tidigare utprovade metoder vid smärta i nacke/skuldra och ländrygg, vid hjärt-/kärlsjuklighet och lungsjukdomar.....	34
Kommentar.....	35
Sammanfattning	38
AVSNITT 6 - SJKDOM – HÄLSA – SJUKFRÅNVARO	39
Sjukdom	39
Hälsa	40
Sjukskrivning.....	41
Orsaker till långtidssjukskrivning i HAKuL	42
Arbetshälsa.....	43
Besvär i rörelseorganen.....	45
Utmattningssyndrom ("utbrändhet").....	49
Sammanfattning	53
AVSNITT 7 - MOTION OCH RÖKNING	55
Motion	55
Rökning.....	57
Sammanfattning	59
AVSNITT 8 - GODA EFFEKTER AV OBLIGATORISK FRISKVÅRD PÅ ARBETSTID I MALUNGS SOCIALFÖRVALTNING	60

Sammanfattning	61
AVSNITT 9 - FYSISKA ARBETSFÖRHÅLLANDEN.....	62
Sammanfattning	64
AVSNITT 10 - PSYKOSOCIALA ARBETSFÖRHÅLLANDEN	65
Sammanfattning	75
AVSNITT 11 - ATT VÅGA FÖRÄNDRA FÖR ATT FÖRBÄTTRA, ETT PERSONALDRIVET UTVECKLINGSARBETE PÅ EN VÅRDCENTRAL	76
Kommentar.....	76
Sammanfattning	78
AVSNITT 12 - UTVECKLINGSARBETE I ARBETSGRUPPERNA	79
Metoder.....	79
Insatser i Bodens socialförvaltning	81
Sammanfattning	84
Insatser i övriga deltagande verksamheter.....	87
Kommentar.....	92
Sammanfattning	93
AVSNITT 13 - ARBETSLUST	94
Sammanfattning	97
AVSNITT 14 - ÅLDER OCH ARBETE.....	98
Yngre och äldre arbetstagare i HAKuL.....	101
Sammanfattning	103
AVSNITT 15 - MAMMOR, ARBETE OCH SJUKFRÅNVARO	104
Inledning	104
Sammanfattning	108
REFERENSER.....	109

SAMMANFATTNING MED REKOMMENDATIONER OCH REFLEKTIONER

Projektet ”Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting” förkortat ”HAKuL” startade 1999 och avslutades 2004. Under denna period har hälsa, livsstil, arbetsförhållanden och arbetslust rapporterats från ca 9000 anställda i delar av sex kommuner (Boden, Malung, Falun, Uppsala, Olofström och Lund) och fyra landsting (Norrbotten, Uppsala, Blekinge och Region Skåne) vid tre tillfällen. Alla resultat har återkopplats till de anställda på arbetsgruppsnivå och legat till grund för hälsofrämjande, preventiva och rehabiliterande åtgärder och insatser. Modeller för detta arbete har tagits fram av HAKuL.

HAKuL-modellen för strukturerat arbete med rehabilitering

HAKuL har haft som målsättning

- att erbjuda en fungerande struktur för rehabiliteringsarbetet av långtidssjukskrivna oavsett diagnos
- att implementera tidigare utprovade multidisciplinära rehabiliteringsmetoder vid långtidssjukskrivning på grund av smärta i nacke/skuldra och ländrygg, vid hjärt/kärlsjuklighet och vid lungsjukdomar

En klar struktur för rehabiliteringsarbetet saknades på de flesta ställen vid HAKuL-projektets start. Att arbetsledaren har mandat och ansvar vid rehabiliteringen med stöd uppifrån i organisationen samt att företagshälsovården fungerar snabbt i rehabiliteringsarbetet är väsentligt för att långtidssjukskrivna skall återgå i arbete.

HAKuL-modellen för rehabilitering har inneburit att arbetsledaren har anmält personer som varit sjukskrivna 28 dagar i följd till företagshälsovården. Företagshälsovården har kontaktat den sjukskrivne, gjort en första bedömning och där det behövs kallat till teambedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov. Med den sjukskrivne i centrum och i samverkan med företrädare från företagshälsovården, arbetsledaren, representant från försäkringskassan, facklig företrädare och behandlande läkare har en rehabiliteringsplan tagits fram och rehabilitering genomförts. Uppföljning av rehabiliteringen har skett under minst ett år.

Under HAKuL-tiden blev 570 personer sjukskrivna för de prioriterade diagnoserna samt utmattningssyndrom med värk. 85 % av dessa fick rehabilitering enligt tidigare utprovade multidisciplinära modeller. Väntetiderna för bedömning och rehabilitering var tyvärr anmärkningsvärt långa trots massiva insatser från HAKuL-projektet. Genomsnittstiden från sjukskrivning till första rehabiliteringsmötet var 112 dagar och från sjukskrivning till multidisciplinär rehabilitering 210 dagar. I denna grupp fanns de med störst funktionshinder men trots detta återgick så många som 67 % till arbete och var kvar i arbete efter ett års uppföljning. Utredningsprocessen och rehabiliteringen kan påskyndas och då kan säkert ytterligare ett antal långtidssjukskrivna återgå i arbete.

Sammanlagt rapporterades 1483 personer med 1641 perioder med nystartad långtidssjukskrivning (mer än 28 dagar). De vanligaste diagnosgrupperna var besvär och sjukdomar från rörelseorganen (46 %) och psyk- och stressrelaterade besvär (33 %). Av de 60 % som anmäldes till företagshälsovården fick drygt hälften någon form av rehabilitering och knappt en tredjedel deltog i mer avancerade multidisciplinära program. Av hela gruppen återgick 80 % i arbete.

HAKuL-modellen för strukturerat arbete med sjukfrånvaron

Hälsobokslut har under projekttiden diskuterats och blivit en obligatorisk uppgift för arbetsgivaren. I HAKuL konstaterades att kunskapen på respektive arbetsplats om hur sjukfrånvaron såg ut var synnerligen bristfällig. Som ett led i att bättre strukturera arbetet med sjukfrånvaron har HAKuL tillsammans med arbetsledning och arbetsgrupper kontinuerligt tagit fram fakta om antalet sjukdagar i respektive arbetsgrupp/månad, antalet sjukskrivna, hur länge de varit sjukskrivna och hur många som har upprepad korttidssjukfrånvaro. När HAKuL startade fanns det inte rutiner som fungerade för statistikrapportering mellan arbetsplatsansvariga på personalsidan och lönekontoret. HAKuL modellen öppnar för enkla och tydliga rapportvägar i organisationen. Detta arbete har varit av värde vid upprättande av hälsobokslut.

HAKuL-modellen för förebyggande arbete i livsstilsfrågor, främst motion och rökning

I det hälsofrämjande arbetet har flera breda satsningar gjorts för att förbättra medarbetarnas hälsa. Främst har åtgärder för att öka motionsgraden och minska rökningen genomförts. Satsningarna har oftast skett genom samråd mellan arbetsgivare, företagshälsovård och HAKuL. Daglig rökningen har minskat under tiden för HAKuL, från 21 till 17 % hos kvinnorna och från 16 till 13 % hos männen. Motsvarande siffra för hela Sveriges befolkning år 2002 var 19 % dagligrökare bland kvinnorna 16 % bland männen. Andelen rökare i HAKuL gruppen är lägre än i Sverige i stort vilket är glädjande men går att sänka ytterligare.

Längst i satsningen på friskvård har Malungs socialförvaltning gått. Här genomfördes obligatorisk ledarledd friskvård på arbetstid. Arbetet var väl förankrat och leddes av en projektledare, som utbildade friskvårdsinspiratörer på varje arbetsplats. Satsningen hade en positiv effekt på motionsvanor men också på självskattad hälsa och arbetsförhållanden. Projektet har permanentats och även resten av kommunens anställda har fått tillgång till samma program. Stresshantering har också införts som ett komplement till den ursprungliga friskvården.

HAKuL-modellen för förebyggande arbete av arbetsförhållanden och arbetsorganisation

För det förebyggande arbetet när det gäller arbetsförhållanden och arbetsorganisation har en modell tagits fram, där åtgärderna baseras på erfarenheten från enkäterna efter den återkoppling som skett till varje arbetsgrupp. Grundtankarna i denna modell är i mycket desamma som finns i systematiskt arbetsmiljöarbete.

I detta förebyggande arbete efter återkopplingen har arbetsgrupperna definierat vad som är arbetsgruppens styrka och vad som hindrar att verksamheten fungerar optimalt. Arbetsgrupperna har på ett strukturerat sätt arbetat med att finna förändrings- och förbättringsområden och handlingsplaner på kort och lång sikt har utarbetats. Utvecklingsarbetet för en förbättrad arbetsorganisation i HAKuL har delvis bedrivits av utvecklingsföretaget Komanco AB. Genomförda utbildningar har givit personalen verktyg som de kan använda för att dialogen och utvecklingsmöjligheterna i gruppen ska förbättras. För att detta skall fungera bra krävs en lokal samordnare och pådrivare som strukturerar arbetet och överför kunskap och erfarenheter från en grupp till en annan. Anställda och beslutsfattare på olika nivåer måste inse att utvecklingsarbete tillhör det dagliga arbetet, ständigt bör pågå och inte är ett tidsbegränsat projekt.

Under HAKuL-tiden har de psykosociala arbetsförhållandena blivit bättre. Andelen med spant arbete – vilket innebär höga krav och lite stimulans och inflytande – minskade. I Malungs socialförvaltning var minskningen 8 % och i Blekinge landsting 7 %. Totalt i hela gruppen var minskningen 3 %, vilket gav en statistiskt säkerställd skillnad till det bättre. Andelen som rapporterade mycket bra ledarskap ökade också på ett glädjande sätt. Även här låg Malungs socialförvaltning och Blekinge landsting i topp med en ökning på 11 % respektive 10 %. Totalt var ökningen 4 %, också det en statistiskt säkerställd skillnad. Ett klart samband fanns mellan ett bra ledarskap och upplevelsen av att den vård och omsorg som gavs till patienter och klienter hade en hög kvalitet.

Utmattningssyndrom innefattar känslomässig utmattning, negativ attityd till arbetet och låg prestation. Andelen med sjukskrivning för denna diagnos har ökat i kommuner och landsting generellt i Sverige från knappt 25 % till drygt 35 % mellan 1998 och 2002. Trots detta har andelen som enligt våra mätningar var i riskzonen för utmattningssyndrom generellt minskat från starten av HAKuL till tre år senare. De yrkesgrupper som minskat sin andel mest var läkarsekreterare och ekonomibiträden.

Smärta och värk från rörelseorganen var vanligen förekommande i HAKuL-gruppen. Andelen som rapporterade besvär från fem kroppsregioner senaste året har minskat under HAKuL-tiden. De största positiva förändringarna kunde mätas hos gruppen läkarsekreterare. I denna grupp har den ursprungligen påfrestande arbetssituationen uppmärksammas efter baslinjeåterkopplingen och åtgärder både med massage, fysisk aktivitet, stresshantering samt förändringar i arbetsorganisationen ägt rum.

Den rapporterade fysiska belastningen i arbetet, mätt som generellt fysiskt ansträngande arbete, tunga lyft, arbete med böjd rygg och ensamlyft, minskade under HAKuL-tiden. Dessa faktorer är kända riskfaktorer för smärta och besvär från rörelseapparaten.

Orsaker till långtidssjukskrivning har debatterats mycket på senare år på grund av den kraftiga ökningen av långtidssjukskrivningar och sjukersättningar som skett i Sverige efter 1997. I HAKuL har förhållanden i och utanför arbetet innan sjukskrivning varit kända genom våra enkäter. Långtidssjukskrivna har därefter rapporterats till projektet och orsaken till sjukskrivningen kan då med större säkerhet analyseras. För kvinnor som långtidssjukskrivits för värk och besvär i rörelseorganen var de viktigaste faktorerna för långtidssjukskrivning att man känt sig utfrusen av arbetskamrater eller chefer, att man hade hög fysisk belastning i arbetet liksom livsstilfaktorer som rökning och kraftig övervikt. För de kvinnor som sjukskrivits för stressrelaterade åkommor var att känna sig utfrusen av arbetskamrater eller chefer också viktigt samt att de förändringar som företagits på arbetsplatsen upplevdes som negativa och hotande.

Stora möjligheter till förebyggande åtgärder finns både när det gäller arbetslivet och den egna livsstilen. Detta behöver inte innebära stora kostnader utan bara en ökad uppmärksamhet på tendenser till mobbing och utfrysning samt hur omorganisationer och förändringar genomförs. Att de friskvårdssatsningar som startats får leva vidare och utvecklas kan också ha en stor förebyggande potential.

Den äldre arbetskraften en missad resurs?

Den lagstadgade pensionsåldern är 65 år i Sverige medan den faktiska pensionsåldern är betydligt lägre. Den skiftar mellan olika grupper men ligger i genomsnitt mellan 58 och 62 år. De närmaste decennierna kommer personalförsörjningen att vara ett problem för kommuner och landsting enligt de prognoser som gjorts. Skillnaderna i hälsa och arbetsförmåga är relativt små mellan äldre och yngre arbetstagare i HAKuL. Dock har äldre arbetstagare svårare att få en adekvat fortbild-

ning och risken för marginalisering och utträde ur arbetslivet ökar då. Med en viss anpassning av de fysiskt tyngsta arbetsuppgifterna och med lika möjligheter till vidareutbildning och stimulans skulle de allra flesta av de anställda inom kommuner och landsting kunna arbeta kvar till 65 års ålder och personalförsörjningsproblem skulle inte behöva uppstå.

Kvinnor med barn mindre sjukskrivna

Att kvinnor är mer sjukskrivna än män har ibland förklarats av kvinnors dubbelarbete. I HAKuL har vi funnit att kvinnor under 50 år som är yrkesaktiva och samtidigt har ett föräldraansvar visar en mindre risk för att bli långtidssjukskrivna jämfört med de utan föräldraansvar. Resultatet stödjer hypotesen att den dubbla rollen som yrkesarbetande och förälder kan innebära en stärkt identitet med en positiv effekt på hälsan.

Det hållbara arbetslivet – reflektioner och rekommendationer

HAKuL-projektet är en av de största longitudinella studierna inom offentlig sektor i Sverige. Erfarenheterna och kunskapen som insamlats under projektets gång är stora och ger möjlighet till många reflektioner. Att arbeta till lagstadgad pensionsålder med hälsan i behåll påverkas av många krafter. Samhällets regel- och normsystem, sjukvård, rehabilitering och folkhälsoarbete är det ramverk i vilket varje individ och gruppering befinner sig är av vikt. Detta är förhållanden som påverkas av politiska beslut på lång sikt.

De krav av fysisk och psykosocial karaktär som arbetet ställer är beroende av arbetsmiljö, arbetsorganisation och arbetsmarknad. Individens kapacitet för att möta dessa krav är beroende av utbildning, arv, tidigare erfarenheter, copingstrategier, kön, ålder, sociala förhållanden, livsstil och sjukdom, för att nämna några. När individens kapacitet är lägre än arbetets krav, uppstår en situation där långtidssjukskrivning och för tidigt utträde ur arbetskraften kan bli följden.

För att motverka en sådan negativ utveckling är det viktigt att alla dessa faktorer beaktas och att samhälle, arbetsplats och individ alla tar sitt ansvar för att förhållandena blir så optimala som möjligt.

För individen gäller att främja sin egen hälsoutveckling genom att stärka och bibehålla den fysiska kapaciteten och att underhålla sin kognitiva kapacitet. Negativa livsstilsfaktorer som rökning, drog- och alkoholberoende, kraftig övervikt och mycket låg motionsgrad är riskfaktorer för en sämre hälsa på många områden.

För arbetsplatsen är det viktigt att de förhållanden som erbjuds gör det möjligt för individen och gruppen att bibehålla arbetsmotivation och hälsa. Viktiga faktorer för detta är att:

- arbetsgruppen och individen har inflytande och ansvar över arbetet och dess planering
- det finns möjligheter att diskutera och gemensamt genomföra de förändringar som ständigt är aktuella i modernt arbetsliv
- enbart väl motiverade omorganisationer äger rum och att en konsekvensanalys av vidtagna åtgärder görs
- ledarskapet blir möjligt att utöva på ett bra sätt
- målformuleringen för arbetet är tydlig och känd för alla
- den fysiska belastningen blir så anpassad som möjligt genom ett omväxlande arbete där skadliga belastningar minimeras
- arbetets krav och individens kompetens överensstämmer

- det sociala klimatet är positivt och tendenser till mobbning och utfrysning tidigt uppmärksammas och åtgärdas
- varje arbetstagare och chef får uppmärksamhet och feedback för sin arbetsinsats
- rehabiliteringsarbetet fungerar snabbt, professionellt och efter givna strukturer
- möjligheter till en väl avpassad friskvård finns och uppmuntras
- vidareutbildning kontinuerligt erbjuds till alla arbetstagare
- stödfunktioner, som företagshälsovård och friskvård, är välbemannade och kompetenta

AVSNITT 1 - BAKGRUND OCH BESKRIVNING AV PROJEKTET

Bakgrund

Under 1990-talet har studier av olika rehabiliteringar vid besvär från rörelseorganen, hjärt-/kärlsjuklighet och lungsjuklighet genomförts på Sektionen för Personskadeprevention vid Karolinska Institutet. Resultaten för behandlingar är mycket lovande för specifika typer av patienter (HUR-projektet (Bergström, Jensen et al. 2004)).

Dessa projekt har fått stöd av försäkringsbolaget AFA, ett partsägt försäkringsbolag, på den svenska marknaden. För att testa om de resultat som erhållits i mindre grupper även skulle vara tillämpbara i ett större sammanhang erhöles projektmedel för en longitudinell undersökning av effekterna av ett strukturerat rehabiliteringsarbete med så långt möjligt evidensbaserade metoder för denna rehabilitering. I projektet skulle också hälsofrämjande och förebyggande insatser ingå.

De undersökningsgrupper som inbjöds att delta var anställda i kommuner och landsting. En önskan hos parterna inom AFA var att hela Sverige skulle vara representerat och att de flesta yrkeskategorier inom kommuner och landsting skulle finnas i undersökningsgruppen.

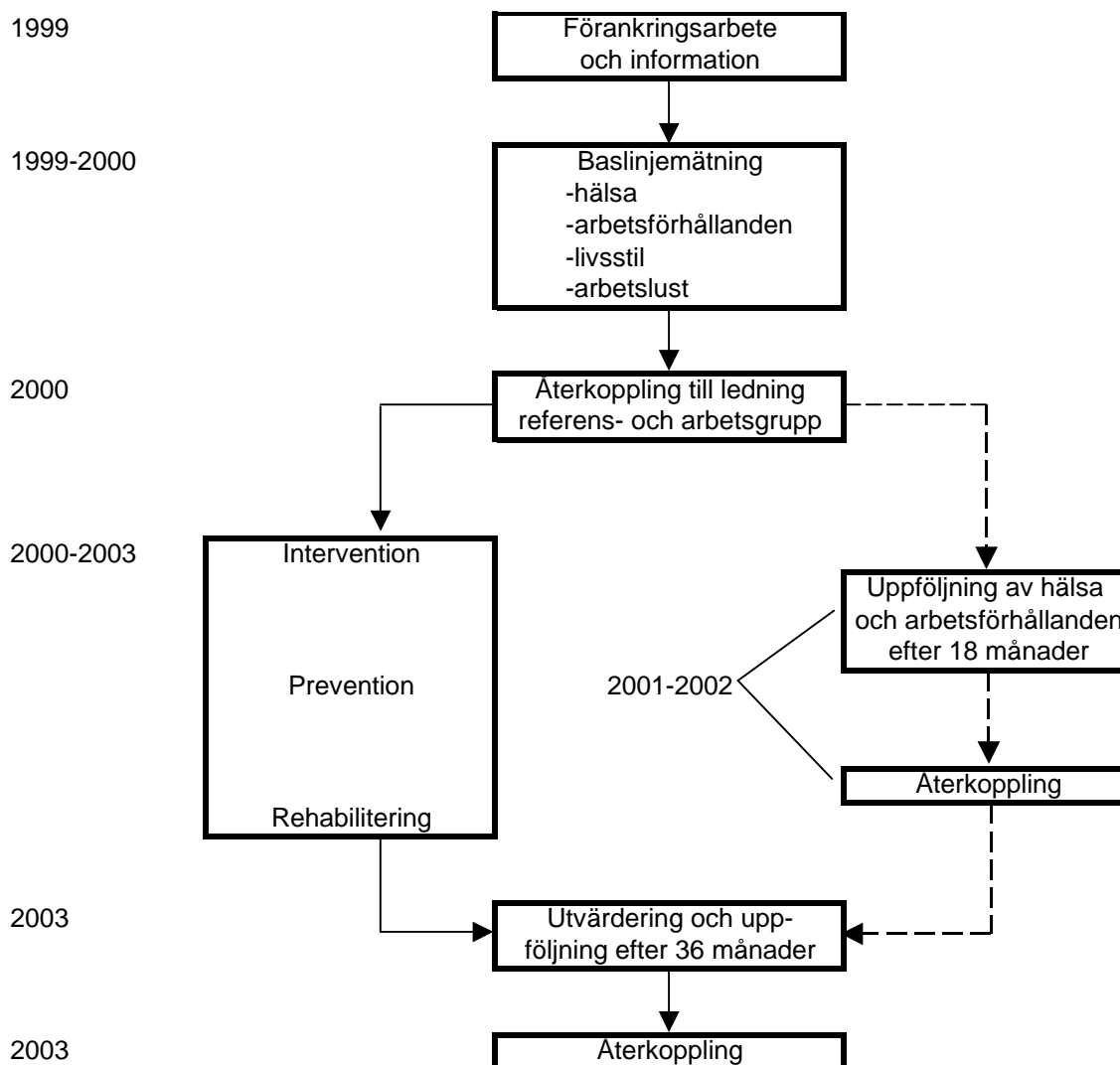
Projektet döptes till ”Hållbar Arbetshälsa i Kommuner och Landsting”, förkortat HAKuL.

Den övergripande målsättningen med HAKuL var att stärka den hållbara arbetsförmågan och det långsiktiga välbefinnandet för anställda inom kommuner och landsting samt att implementera och stödja tidig rehabilitering av de med sviktande arbetsförmåga.

I HAKuL fanns ett förebyggande och hälsofrämjande perspektiv, dels vad gäller livsstilsfrågor men också gällande arbetsförhållanden. Livsstilsfrågor såsom rökning, motion, högt alkoholinlag och övervikt är sedan länge välkända riskfaktorer för en försämrad hälsa. Arbetsförhållanden i form av arbetsmiljö av fysisk och psykosocial karaktär liksom arbetsorganisatoriska förhållanden har kända och misstänkta samband med hälsa hos individen och i arbetsgruppen. Dessa arbetsförhållanden undersöktes därför också på olika sätt och förebyggande strategier utarbetades.

HAKuLs design

HAKuL startade 1999 och avslutades 2004. Intentionen var att varje deltagare skulle följas i minst 3 år. Under 1999 utarbetades modeller och undersökningsinstrument och projektet och dess idéer förankrades i de kommuner och landsting som var intresserade av att delta. Grunddesignen var prospektivt longitudinell. Hälsa, livsstil, arbetsförhållanden och arbetslusten undersöktes vid 3 tillfällen: vid starten, efter 1,5 år och efter 3 år. Alla resultat återkopplades till de anställda och hälsofrämjande, preventiva och rehabiliterande åtgärder vidtogs. För flödesschema var god se figur 1:1.



Figur 1:1. Flödesschema över HAKuL.

Under hela projekttiden har data kontinuerligt insamlats på samtliga personer som blev sjukskrivna 28 dagar. De personer i denna grupp som hade en diagnos från rörelseorganen, hjärta/kärl eller lungor ingick i den grupp som erbjöds en riktad och evidensbaserad rehabilitering. Under projekttidens gång, och speciellt vid dess start, var diskussionen om alla med stressrelaterad ohälsa stor. Ingående kommuner och landsting ville därför att även denna diagnosgrupp skulle ingå i projektet. Några evidensbaserade rehabiliteringsåtgärder fanns inte men då många patienter i denna grupp även hade smärta erbjöds en rehabilitering med kognitiv inriktning för dessa kombinerade fall.

I arbetet med den interventiva delen på organisationsnivå på arbetsplatserna har även Komanco AB deltagit. Detta företag är ett utvecklingsföretag som ägs av Svenska Kommunalarbetsförbundet. Komanco grundar sina insatser på utvecklingsprocesser som startar hos individen och tillhandahåller teorier, verktyg och metoder för dessa processer. Åtgärderna har i huvudsak varit fokuserade på processutbildningar som bygger på lärande organisationer och förståelsebaserat ledarskap. Tanken är att starta och understödja ett medarbetarskap som förenar individens egen utveckling med verksamhetens utveckling. Detta arbete startar inifrån och underifrån i organisationen.

Kommuner och landsting i Sverige

I Sverige finns 289 kommuner och 24 landsting. Sammanlagt är ca 740 000 personer anställda inom den kommunala sektorn och ca 240 000 hos landstingen. Majoriteten, ca 80 procent, är kvinnor och medelåldern på de anställda är 45 år hos kommunerna liksom för de anställda i landstingen (Landstingsförbundet 2004; Svenska Kommunförbundet 2004). Under hela projekt-tiden har ekonomin i sektorn varit ansträngd och omorganisationer och vissa neddragningar har varit allmänt förekommande. Viss outsourcing av verksamheter som kök, lokalvård, entreprenad och liknande har diskuterats och ibland genomförts.

Vid projektets start kontaktades, med hjälp av Landstingsförbundet, Kommunförbundet och de fackliga organisationerna, ett flertal kommuner och landsting och deras intresse av att delta undersöktes. Ur vetenskaplig synvinkel hade ett slumpvis urval av deltagande orter varit att föredra men detta gick inte praktiskt att genomföra då det rörde sig om ett djupt, långvarigt och ingående engagemang hos deltagande parter. Flera landsting och kommuner tackade nej till deltagande just av denna anledning. Många av de deltagande landstingen och kommunerna blev dock entusiastiska vid förfrågan om deltagande och såg projektet som en möjlighet att förbättra arbetsförhållanden, rehabilitering och därmed medarbetarnas hälsa. Genom ett sådant förhållningssätt hoppades man också att produktivitet och effektivitet skulle öka.

Att påbörja ett stort projekt som HAKuL kräver ett stort engagemang och en vilja till positiv förändring från deltagarna. I förväg vet man inte heller hur processen kommer att se ut, vilka frågor som kommer upp på bordet och vilka dolda konflikthärdar som kan finnas latenta under ytan. Inte heller de positiva krafter som finns i en organisation med gott medarbetarskap, goda ledare, engagemang i arbetet och en vilja att göra det bästa av den ansvarsfyllda position många har inom vård, omsorg och skola är inte alltid tydliga. En välutbildad, frisk och motiverad personal är det första steget mot ett optimalt resursutnyttjande. Höga krav ställs också på en politiskt styrd organisation med människor och mänskliga värden inblandade. Att sträva efter att låta goda idéer verka och ett långsiktigt arbete ta form kan ibland komma i kläm av kortsiktiga maktpolitiska ställningstaganden och ekonomiska realiteter.

Slutligen bestod den undersökta gruppen av enheter från sex kommuner och fyra landsting. Kravet på geografisk spridning och täckning av de flesta större yrkesgrupper var tillfredsställt. Andelen kvinnor, cirka 80 procent, motsvarar könsfördelningen för alla anställda i samtliga kommuner och landsting i Sverige. Andelen utrikes födda var 8 procent, vilket är en något mindre andel än för anställda i samtliga kommuner och landsting.

De enheter och orter som deltog framgår av tabell 1:1. Vissa av de deltagande enheterna har, under de 3 år HAKuL pågått, ändrat huvudman för sin verksamhet och gått över till att drivas av privata entreprenörer eller av kommunen ägda bolag. Detta har inte påverkat deltagandet i HAKuL.

Tabell 1:1. Deltagande enheter

Kommun	Deltagande enheter
Bodens kommun	Socialförvaltningen
Malungs kommun	Socialförvaltningen
Falu kommun	Gatu- & Parkförvaltning, Kommunservice, Runns skoldistrikt och delar av Socialförvaltningen
Uppsala kommun	Svartbäckens kommundel och Uppsala Entreprenad
Olofströms kommun	Hela kommunen
Lunds kommun	Barn & skolförvaltning Norr
Landsting	
Norrbottnens läns landsting	Sunderby sjukhus; Kirurgi, Rörelserhabilitering, Radiologi, Allmän Service och Division Vuxenpsykiatri
Landstinget i Uppsala län	Hela primärvården
Landstinget Blekinge	Medicinklinikerna i Karlskrona och Karlshamn, Psykogeriatriska kliniken i Karlskrona vid Blekingesjukhuset och Tandvårdsklinikerna i Asarum, Ronneby och Rödeby
Region Skåne	Division Psykiatri vid Universitetssjukhuset i Lund

Förankring

För ett lyckat resultat krävdes en långsiktig och djupgående förankring av HAKuL. Den politiska ledningen, verksamhetschefer, fackliga förtroendepersoner, personal- och rehabiliteringsansvariga i verksamheten, samtliga arbetsgrupper, företagshälsovård och försäkringskassa måste alla bli informerade, ha tid att fundera över vilka resurser som krävs och hur resultaten skall tas tillvara. Under år 1999 konsoliderades HAKuL och alla kontakter togs för information till alla inblandade. I rehabiliteringsdelen av projektet gällde det också att hitta rehabiliteringsaktörer med den inriktning och de metoder som befunnits verksam i HUR-projektet. För patienter med hjärt/kärlsjukdom och lungsjukdom fanns Föllingekliniken respektive Åreliniken som riksaktör. När det gällde patienter med rörelseorgansdiagnos och olika smärtsyndrom knöts i första hand kontakter med Rygginstituten i Sverige (Luleå, Vaxholm, Sundsvall och Växjö) och anläggningar med kognitiv beteendeterapi (KBT) som behandlingsprincip. Vid projektets start var detta ovanligt men vann terräng och efter några år uppgav de flesta, som på något sätt arbetar med rehabilitering, att just KBT var den metod de använde. Kvaliteten på verksamheten var svår att bedöma eftersom behandlingssättet var tämligen nytt på de flesta ställen. På rehabiliteringsanläggningar med en lång tradition med KBT var väntetiderna mycket långa och av tidsmässiga men också geografiska skäl använde vi rehabiliteringsanläggningar med relativt nystartade program.

Vår målsättning var att ha en eller två kontaktpersoner på varje ort men också goda och kontinuerligt underhållna kontakter med arbetsledning, fackförbund, försäkringskassa och företagshälsovård. I HAKuLs arbete på de olika orterna har vi på detta sätt träffat många djupt engagerade och reflekterande personer och vi har haft lyckan att få samarbeta med många med hög moral och stor professionalism. Att värna om dessa värden i en situation med osäkra finanser och höga krav har ibland krävt sin tribut och en del av våra kontaktpersoner har själva blivit utmattade av sin gärning och behövt en egen rehabilitering. Förståelsen för det arbete de lagt ner och de målsättningar de haft har ibland inte alltid uppskattats till sitt fulla värde. En lärdom av projektet är att det vid framtida satsningar är viktigt att kontaktpersonsystemet formaliseras och att alla är informerade om vad de olika parterna förväntar sig av varandra. Befogenheter och ansvarsfrågor är också viktiga att diskutera i förväg.

HAKuL har under hela projekttiden haft hjälp av en central referensgrupp med deltagare från Landstingsförbundet, Kommunförbundet, Svenska Kommunalarbetsförbundet, SACO, OFR, Läkarförbundet, Försäkringskassförbundet, Karolinska Institutet och AFA. Denna referensgrupp har sammanträtt 3-5 gånger per år. På varje projektort har det också funnits en lokal referensgrupp med liknande sammansättning som den centrala. Aktiviteterna i de lokala referensgrupperna har varierat.

Utbildningar och konferenser för deltagarna

Under HAKuLs gång har kontaktpersoner, personalansvariga, företagshälsovård, försäkringskassa med flera från de deltagande kommunerna och landstingen samlats för vidareutbildning och diskussioner vid sammantaget sju olika tillfällen. Vid 2 tillfällen har det varit tvådagarsutbildning och i övrigt en heldag.

Utbildningar och konferenser för andra

I samband med att baslinjeundersökningen, liksom 1,5-årsuppföljningen, var klara genomfördes en föreläsningsserie i Sverige. Arbetsgivare, fackliga organisationer och försäkringskassa inbjöds till detta evenemang som skedde i Stockholm, Göteborg, Malmö, Luleå och Umeå. Deltagarantalet var högt vid dessa möten. Deltagarna i projektgruppen har också varit anlitade som föreläsare i många sammanhang som har med hälsa och arbetsmiljö inom kommuner och landsting att göra. Projektet har också väckt uppmärksamhet i massmedia lokalt och centralt.

Företagshälsovården

Företagshälsovården (FHV) är en mycket viktig aktör för att kunna genomföra HAKuL och även andra projekt och satsningar med syftet att förstärka arbetshälsan, arbeta förebyggande och hälsofrämjande och öka effektiviteten av rehabilitering. Företagshälsovården inom de kommuner och landsting som HAKuL har opererat inom har alla av ekonomiska och andra skäl, t.ex. avsaknad av kompetent personal, varit relativt lågt bemannade. Främst har det varit brist på läkar- och beteendevetartid. Möjligheten för FHV:s anställda att tidigt hitta riskpatienter är också dålig och FHV är sällan en naturlig remissinstans för andra sjukskrivande läkare eller försäkringskassa vid en arbetsoförmåga hos en anställd inom FHV:s upptagningsområde. En del av de FHV som HAKuL har samarbetat med har varit mycket intresserade av HAKuL och utnyttjat sina resurser maximalt för att uppfylla projektets intentioner. På vissa ställen har också HAKuL gått in och ekonomiskt ersatt specifika tjänster utförda av befattningshavare inom FHV.

I många fall tycker vi oss ha sett att befattningshavare inom kommun och landsting ser FHV som en kostsam utgift i stället som en resurs och en expert på hälsa och arbetsmiljö. En instans som behandlas på detta sätt förlorar då lätt sin kreativitet och omdefinierar sin roll till något mindre produktivt och professionellt. Dåligt använda och av beställarna missköta FHV tillför knappast något i arbetet för en hållbar arbetshälsa. För att hälsoarbetet skall fungera i en förvaltning måste rimliga resurser ges och en specifik beställning göras. FHV bör regelbundet vara en samtalspartner och expertresurs till chefer och personalavdelningar. På detta sätt kan tidiga fall av arbetsoförmåga identifieras och tidiga åtgärder, kanske redan innan sjukskrivning varit aktuell, sättas in. Även förebyggande och hälsofrämjande strategier kan diskuteras och planläggas. I alla de utredningar och förslag som regeringen lagt fram har FHV:s roll poängterats och kloka kommuner och landsting bygger upp denna verksamhet snarare än river ner.

Enkäter

I HAKuL har sju olika enkäter använts.

Tre enkäter som utgör huvuddelen av projektet. Anställda inom kommunen eller landstinget respektive deltagande förvaltning och som inte varit sjukskrivna, tjänstlediga eller barnlediga längre än 3 månader vid enkättillfället ombads besvara enkäterna.

- Enkät till alla anställda i arbete när HAKuL startade (baslinjeenkäten)
- Enkät till alla anställda i arbete 1,5 år efter baslinjeenkäten.
- Enkät till alla anställda i arbete 3 år efter baslinjeenkäten.

För de sjukskrivna utarbetades speciella enkäter

- Enkät till alla som varit sjukskrivna 3 månader eller längre när HAKuL startade
- Enkät till anställda som under HAKuL blev sjukskrivna 28 dagar eller längre.
- Enkät till dem som blev sjukskrivna 28 dagar, 6 månader efter första sjukdagen.

En enkät till de som avslutade sin anställning utarbetades

- Enkät till vårdpersonal som slutat sin anställning under projektet.

I samband med att HAKuL startade genomfördes mätningar av de anställdas tillfredsställelse med arbetssituationen. Syftet var att beskriva de anställdas upplevelse, attityd och tillfredsställelse med den nuvarande arbetssituationen, sammanfattat i begreppet arbetslust (APRINOVA 2004). Mätningarna genomfördes i alla verksamheter utom i Norrbottens landsting.

Enkäternas innehåll

Enkätmaterial utarbetades med bidrag från olika validerade och utprovade instrument. Enkäter som speciellt vände sig till kommun- och landstingsanställda blev resultatet. Den så kallade baslinjeenkäten var så gott som helt identisk med den enkät som utsändes efter 3 år. Enkäten vid 1,5 år var mindre och omfattade bara en del av baslinjeenkäten. Främst frågade vi då efter hälsotillstånd, livsstil och förändringar i arbetsförhållanden.

Hälsa och välbefinnande

- Självs kattad hälsa och livskvalitet (SF 36 (Sullivan, Karlsson et al. 2002)).
- Arbetsförmåga (Work ability index, WAI, (Tuomi, Ilmarinen et al. 1994; Tuomi, Huuhtanen et al. 2001))
- Sjukfrånvaro
- Sjuknärvaro och dess orsaker (Aronsson, Gustafsson et al. 2000; Johansson and Lundberg 2004)
- Symtom och diagnoser från olika organsystem (Kuorinka, Jonsson et al. 1987; Tuomi, Ilmarinen et al. 1994)
- Sömn och återhämtning (Åkerstedt, Knutsson et al. 2002; Aronsson, Svensson et al. 2003)
- Maslachs generella utbrändhetsindex (Maslach, Jackson et al. 1996)
- Känsla av sammanhang (KASAM, tre frågor från denna skala (Antonovsky 1991; Lundberg and Nyström Peck 1995))
- Självförtroende (Johnson 1997; Hallsten, Bellaagh et al. 2002)

Livsstil

- Rökning
- Motion (Engström, Ekblom et al. 1993)
- Alkoholkonsumtion (Delar av frågeinstrumentet AUDIT (Saunders, Aasland et al. 1993)
- Lugnande tabletter
- Vikt och längd (För att kunna beräkna ett body mass index, BMI (Kuskowska-Wolk, Karlsson et al. 1989)

Arbetsförhållanden

- Arbetstid
- Fysisk belastning (Wiktorin, Karlqvist et al. 1993; Borg 1998; Wiktorin, Vingård et al. 1999)
- Ledarskap (Härenstam, Ahlberg et al. 1999)
- Feed-back och uppmuntran (Härenstam, Ahlberg et al. 1999)
- Skicklighet i arbetet (Dallner, Elo et al. 2000)
- Krav, stimulans och inflytande (Karasek and Theorell 1990; Theorell, Michélsen et al. 1991)
- Krav i förhållande till kompetens (Michélsen, Nordemar et al. 1991; Waldenström, Theorell et al. 2002)
- Mål och rollfunktion (Dallner, Elo et al. 2000)
- Stämning, socialt stöd och utfrysning (Theorell, Harms-Ringdahl et al. 1991; Stockholms Läns Landsting 1998)
- Konflikter mellan arbete och familj (Dallner, Elo et al. 2000)
- Kvaliteten på utfört arbete (Dallner, Elo et al. 2000)
- Uppfattning om den vård, omsorg och undervisning som ges (delar från KUPP-formuläret (Larsson, Wilde et al. 1995))
- Datoranvändning (Previa 2001)
- Förändring och omorganisation samt konsekvensen av detta (Härenstam, Ahlberg et al. 1999)
- Uppfattning om anställdas och arbetsledningens respektive skyldigheter (Isaksson 2001)
- Möjligheter att byta arbete (Aronsson, Dallner et al. 2000)

Specifika frågeställningar till de sjukskrivna

- Smärta och funktion (Brooks, Jendteg et al. 1991; Von Korff, Ormel et al. 1992; Björk and Noriander 1999)
- Rehabiliteringsåtgärder (Bergendorf, Hansson et al. 1999)
- Förutsättningar att komma tillbaka i arbete (Bergendorf, Hansson et al. 1999)

Specifika frågeställningar till de som avslutat sin anställning

- Orsaker till att de slutade sin anställning (Hasselhorn, Tackenberg et al. 2003)

Deltagare och svarsfrekvens

Intresset för att besvara enkäterna har varit gott. Under de år som HAKuL pågått har rapporter från andra enkätstudier visat en vikande svarsfrekvens. Även vi har märkt en sådan tendens, men på alla orter har svarsfrekvensen varit så hög att konklusiva slutledningar kan dras. Antalet anställda och svarsfrekvensen på enkäterna framgår av tabell 1:2.

Tabell 1:2. Antalet i arbete och svarsfrekvens vid de 3 enkätstillfällena.

	Baslinjemätningen		1,5-års uppföljningen		3-årsuppföljningen	
	Antal i arbete	Antal besvarade enkäter (andel besvarade enkäter)	Antal i arbete	Antal besvarade enkäter (andel besvarade enkäter)	Antal i arbete	Antal besvarade enkäter (andel besvarade enkäter)
Kommuner						
Bodens kommun	1189	924 (78%)	1073	720 (67%)	1144	723 (63%)
Malungs kommun	422	401 (95%)	413	351 (85%)	410	322 (79%)
Falu kommun	1045	940 (90%)	1165	934 (80%)	1080	813 (75%)
Uppsala kommun	1064	866 (81%)	930	668 (72%)	905	599 (66%)
Olofströms kommun	1209	1038 (86%)	1179	848 (72%)	1158	775 (67%)
Lunds kommun	1068	885 (83%)	1056	816 (77%)	1215	876 (72%)
Totalt kommuner	6001	5054 (84%)	5816	4337 (75%)	5912	4108 (69%)
Landsting						
Norrbottnens läns landsting	965	811 (84%)	1205	972 (81%)	1234	885 (72%)
Landstinget i Uppsala län	770	637 (83%)	897	624 (70%)	833	598 (72%)
Landstinget Blekinge	525	427 (81%)	548	413 (75%)	590	414 (70%)
Region Skåne	742	604 (81%)	826	623 (75%)	804	612 (76%)
Totalt landsting	3002	2479 (83%)	3476	2632 (76%)	3461	2509 (72%)
Totalt kommuner och landsting	9003	7533 (84%)	9292	6969 (75%)	9373	6617 (71%)

I tabell 1:3 framgår hur många av deltagarna som slutat respektive börjat sin anställning under de 3 år som HAKuL pågick. Personalomsättningen har varit cirka 10 procent per år, vilket stämmer bra med den personalstatistik som finns för kommunal- och landstingsanställda (Landstingsförbundet 2004; Svenska Kommunförbundet 2004). Inom ramen för HAKuL och som en del i en EU-finansierad internationell studie (Nurses' Early Exit Study - NEXT) (Hasselhorn, Tackenberg et al. 2003) har de som avslutat sin anställning tillfrågats om varför de slutat, nuvarande sysselsättning och vad som skulle kunna få dem att gå tillbaka till sin tidigare arbetsplats. Frågeformuläret, som är gemensamt för de åtta länder som deltar i NEXT, skickades i Sverige ut till alla som varit anställda inom vård- och omsorgsverksamhet och som deltagit i

HAKuL. Bakgrunden till NEXT är att det i så gott som alla EU-länder råder brist på vårdpersonal. Genom att få kunskaper om vad som orsakar att många lämnar sin anställning inom vården kan det också vara möjligt att skapa arbetsförhållanden som ökar förutsättningar för att fler stannar och att göra vårdarbete mer attraktivt på arbetsmarknaden. Resultaten från den internationella NEXT-studien kommer att presenteras under år 2005.

Tabell 1:3. *Antalet som slutat eller börjat sin anställning under projekttiden.*

	Antal anställda vid baslinjemätningen	Antal som slutat vid 3-årsuppföljningen	Antal vid 3-årsuppföljningen som börjat sin anställning under projektperioden*
Bodens kommun	1189	277	232
Malungs kommun	422	117	105
Falu kommun	1045	415	450
Uppsala kommun	1064	482	323
Olofströms kommun	1209	357	306
Lunds kommun	1068	228	375
Norrbottnens läns landsting	965	370	639
Landstinget i Uppsala län	770	270	333
Landstinget Blekinge	525	149	214
Region Skåne	742	208	270
Totalt	9003	2873	3247

* Vissa har nyanställts men det har också genomförts omorganisationer som medfört att fler verksamheter har kommit att organiseras inom de enheter där HAKuL pågått.

Tabell 1:4 visar hur många som besvarade en, två eller 3 enkäter i HAKuL.

Av de 9003 som fick en enkät vid baslinjemätningen var det drygt 46 procent som besvarade alla 3 enkäter: baslinjemätningen, 1,5-årsuppföljningen och 3-årsuppföljningen. Sammantaget har 10 234 personer besvarat en eller flera enkäter.

Tabell 1:4. *Antalet personer som har besvarat en eller fler enkäter*

Besvarat baslinjemätningen	Besvarat 1,5-års uppföljningen	Besvarat 3-års uppföljningen	Antal svarande
Ja	Ja	Ja	4179
Ja	Ja	Nej	1364
Ja	Nej	Ja	360
Nej	Ja	Ja	803
Ja	Nej	Nej	1630
Nej	Ja	Nej	623
Nej	Nej	Ja	1275
Besvarat åtminstone en enkät			10 234

Yrken

I HAKuL är drygt 120 olika yrkestitlar representerade enligt svensk yrkesklassificering (Statistiska centralbyrån 1998). Kvinnorna arbetade i knappt 90 olika yrken och männen hade drygt 100 olika yrkestitlar. Av kvinnorna arbetade drygt 70 procent i yrken där minst 90 procent var kvinnor. Det fanns yrken där könsfördelningen var någorlunda jämn, d.v.s. där minst en femtedel var män och minst en femtedel kvinnor (tabell 1:5).

Tabell 1:5. Yrken med minst 20 procent kvinnor och 20 procent män. Yrken som representerades av minst 20 personer.

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

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

I rapporten är resultaten på enkätfrågorna redovisade per ort eller uppdelade på de största yrkesgrupperna.

Personliga assistenter var den yrkesgrupp med minsta antalet deltagare men som ändå särredovisas, 97 personliga assistenter besvarade enkäten vid baslinjemätningen (tabell 1:6).

Tabell 1:6. De yrkesgrupper som är representerade i studien och antal svarande vid varje enkättilfälle.

Yrke	Antal svarande baslinjemät- ningen	Antal svarande 1,5-års uppfölj- ningen	Antal svarande 3-års uppfölj- ningen
Administrativ assistent	132	118	102
Arbets terapeut / sjukgymnast	147	154	160
Barnskötare	312	291	298
Beteendevetare (här ingår kurator, psykolog, socialsekreterare)	219	209	198
Chef	278	270	236
Ekonomibiträde	162	135	130
Förskollärare	509	451	451
Grundskollärare	555	490	446
Hantverkare (här ingår bl.a. fastighetsskötare, bygg- och anläggningsarbetare)	181	156	112
Lokalvårdare	216	196	189
Läkare	270	260	236
Läkarsekreterare	189	226	204
Mentalskötare (här ingår även vårdare)	525	521	515
Personlig assistent	97	85	101
Sjuksköterska (här ingår även distriktssköterska, barn- morska)	931	937	924
Undersköterska	1 024	892	797
Vårdbiträde	856	704	641
Övriga (t ex tekniker, dietist, handläggare, parkarbe- tare, behandlingsassistent, tandsköterska, biomedicinsk analytiker, gymnasielärare, spe- ciallärare)	930	876	877
Totalt	7 533	6 971	6617

AVSNITT 2 – METODASPEKTER OCH ANALYSER

HAKuL är en longitudinell studie (prospektiv kohortstudie), dvs. en studie där information om hälsa, livsstil och faktorer i arbetet och privat, som man tror kan påverka sjukdom, sjukskrivning och arbetshälsa insamlats vid studiens början. Vilka som sedan blir sjuka, sjukskrivna eller påverkas positivt eller negativt vad gäller arbetshälsa följs under minst 3 år. Möjligheten att uttala sig om orsaker till t.ex. sjukskrivning ökar med denna studieuppläggning.

En stor fördel med en sådan studiedesign är att informationen om potentiella riskfaktorer insamlats före de studerade sjukdomshändelserna. Detta innebär att de metodproblem som kan bli följden av en eventuell felrapportering blir mindre allvarliga ur vetenskaplig synvinkel. Dessa underskattningar är oftast relativt begränsade. Detta innebär att om man observerar skillnader så återspeglar dessa sannolikt verkliga skillnader. Det är viktigt att påpeka att man inte säkert kan dra slutsatsen att det inte finns några reella skillnader eller samband även om man i studien inte har observerat några.

Om den stora vinsten med en longitudinell studie är ovanstående metodologiska fördelar så är en av dess nackdelar att det ofta krävs mycket resurser och en stor arbetsinsats för att undersöka och följa ett så stort antal personer som krävs för att olika faktorer inverkan skall kunna belysas. Ett ytterligare potentiellt problem är att olika förhållanden förändras under studiens observationsperiod. Ett exempel från HAKuL är förändringar som inträtt i Uppsala kommun. HAKuL började strax efter att man infört kommunaldelsreformen. Kommunen organiserades då i 11 olika kommundelar med separat organisation och ledning. En av dessa avgränsade kommundelar ingick i studien. Under HAKuLs genomförande initierades en omfattande omorganisation i form av att kommunen åter centraliserades till en enhet och att flera verksamheter övergick till att drivas i entreprenadform. En sådan genomgripande omorganisation påverkar självfallet många människor i hög grad. När HAKuL söker utvärdera olika interventioner under sådana förändringar kan det mycket väl hända att små reella förbättringar drunknar i de stora ”förändringsvågorna”.


Att delta i HAKuL har naturligtvis varit frivilligt för individen. Detta gör att de som inte vill delta kan snedvrída resultaten. De i studien ingående personerna kan också vara svåra att följa under hela observationsperioden. Vissa kanske flyttar, byter arbetsplats eller avlider. Information om fall av 28-dagarssjukskrivning har i HAKuL erhållits ifrån de arbetsgivare vars anställda inbjudits att delta i studien. Detta innebär att vi inte har information om sjukskrivning för personer som slutat sin anställning vid någon av dessa arbetsgivare. Det kan potentiellt innebära ett metodproblem om detta bortfall är relaterad till både hälsa och de levnads- eller arbetsförhållanden man är intresserad av att studera. Om till exempel de som har fysiskt tungt arbete slutar sin anställning oftare än andra och att de som slutar gör det på grund av hälsoskäl, kan detta innebära att sambandet mellan fysiskt tungt arbete på 28-dagarssjukskrivning underskattas i studien. Delvis kan detta metodproblem belysas på basis av informationen i den enkät som besvarats av vårdpersonal som slutat sin anställning under projektet.

Som ovan påpekats har information om levnads- och arbetsförhållanden inhämtats via enkät vid 3 tillfällen: vid starten av studien, efter 1,5 år och efter 3 år. Vid de två senare tillfällena har, förutom personer som svarat på den/de föregående enkäten/enkäterna, även personer som anställts sedan föregående enkät inbjudits att delta. Detta innebär en möjlighet att för vart och ett av dessa tillfällen ge en ögonblicksbild över de anställdas levnads- och arbetsvillkor. Det innebär också att vi har möjlighet att studera om dessa förhållanden förändrats över tiden, speciellt avseende hur arbetsförhållanden och arbetsvillkor utvecklats på respektive arbetsplats. En stor grupp finns dock kvar i arbete på samma arbetsplats och har svarat på alla enkäter. Detta ger ett utmärkt till-

fälle att följa förändringar över tid för individerna som är kontinuerligt anställda eftersom frågorna var identiska i de olika enkäterna.

Statistiska analyser

Det som tolkas som förändringar mellan baslinjemätningen och uppföljningarna, som skillnader mellan verksamheter eller mellan yrkesgrupper, är statistiskt säkerställda. Med statistiskt säkerställt menas här att proportionernas 95-procentiga konfidensintervall inte överlappar varandra, d.v.s. att sannolikheten att skillnaden beror på en osäkerhet i mätningarna är liten. Den statistiska beräkningen utgår, dels från skillnadens storlek men också utifrån hur många individer som ingår i den undersökta gruppen. Detta kan innebära att om förändringen var lika stor i en relativt liten yrkesgrupp, t ex läkarsekreterare, som i en yrkesgrupp där ett stort antal ingår i HAKuL, t ex vårdbiträden, tolkas förändringen som statistiskt säkerställd för vårdbiträden men inte för läkarsekreterare (Ahlbom and Norell 1990; Altman 1991).



AVSNITT 3 - HAKuLs MODELLER FÖR ETT FÖREBYGGANDE OCH REHABILITERANDE ARBETE

HAKuL-modellen för förebyggande arbete

En av huvudmålsättningarna för HAKuL har varit att förbättra och hjälpa till med det förebyggande och hälsofrämjande arbetet på de olika orterna. När HAKuL startade fanns naturligtvis ett utvecklingsarbete och ett flertal projekt på gång på många ställen. Generellt sett kan sägas att dylika ansatser oftast är öar i verksamheten och åtgärder som överlever med en entusiastisk projektledare och en eller flera ansvariga chefer och snabbt dör utan ett sådant engagemang. Att integrera projekt i den vardagliga verksamheten är svårt men nödvändigt om ett långsiktigt förebyggande arbete skall lyckas. Projekt speciellt riktade mot något, i mångas ögon, diffust och immateriellt som arbetsförhållande och personalens hälsa på lång sikt är i farozonen vid varje besparingsåtgärd. Redan innan man har hunnit analysera om ett projekt är kostsamt eller inte så faller det bort av rädsla för ökade kostnader.

Projekt av förebyggande och hälsofrämjande karaktär måste ses som en investering i framtida god hälsa och god trivsel på arbetsplatsen. Detta i sin tur bör öka arbetsglädjen, kvalitén och resursutnyttjandet i arbetsgruppen. I offentlig sektor finns dessutom en tredje part som är kund, elev eller klient och som betalar för verksamheten och kan kräva en god kvalitet på insatserna. Personal som trivs, inte är sjukskrivna och har möjlighet att utföra ett bra arbete måste vara en gemensam målsättning. Ett förebyggande eller hälsofrämjande arbete behöver inte kosta stora pengar utan kan vara ett sätt att bättre utnyttja de gemensamma resurser som finns. Personalens delaktighet i och ansvar för arbetsprocesser och uppläggning av arbetet kan öka effektivitetsgraden och engagemanget i arbetet. Det är viktigt att komma ihåg i detta sammanhang att det tar tid innan både positiva och negativa förändringar slår igenom i upplevd hälsa och objektiva mätbara hälsomätt såsom sjukskrivning. En viss uthållighet krävs därför i detta arbete.

För att bättre strukturera det förebyggande och hälsofrämjande arbetet har en modell för detta tagits fram. Denna modell lyfter fram vikten av att arbetet skall utgå från de problem och möjligheter som finns, att arbetet måste förankras och verksamheterna måste ta till vara den kraft och kompetens som finns hos de anställda. Dessa tankar är desamma som finns i systematiskt arbetsmiljöarbete (Arbetsmiljöverket 2001; Arbetsmiljöverket 2002).

HAKuL-modellen för förebyggande arbete:

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

HAKuL-modellen för ett strukturerat arbete med sjukfrånvaron

I HAKuL fann vi att kunskapen om hur sjukfrånvaron såg ut på respektive arbetsplats var synnerligen bristfällig. Den statistik som fanns var en effekt av löneavdelningens behov och kunde inte användas enkelt av personalavdelning och arbetsledare i arbetet för en minskad sjukfrånvaro. Som ett led i att bättre strukturera arbetet med sjukfrånvaron har ett förslag till en modell tagits fram till hjälp för arbetsledningen. Modellens personalmått bör uppdateras månatligen. Lagen om hälsobokslut har nyligen tagits och i detta arbete kan denna modell användas. HAKuL-modellen för ett strukturerat arbete med sjukfrånvaron:

- Definiera varje arbetsgrupp på en arbetsplats och vem som är dess chef.
- Hur många sjukdagar finns i respektive arbetsgrupp/månad.
- Hur många är sjukskrivna.
- Hur länge har de varit sjukskrivna.
- Hur många har upprepad korttidssjukfrånvaro.
- Hur många har varit sjukskrivna 28 dagar.
- Tag in dessa 28-dagarsfall och eventuellt även de med upprepad korttidssjukfrånvaro i en rehadretning (se HAKuLs rehadmodell).
- Skapa rutiner som verkligen fungerar för kontakt mellan arbetsplats och sjukskriven under sjukskrivning och vid återgång i arbete.
- Öppna enkla kontaktvägar mellan rehabiliteringsansvariga på personalsidan och lönekontoret för statistikrapportering.
- Involvera högre chefer.
- Skapa tydliga rapportvägar.

HAKuL-modellen för rehabilitering

HAKuLs främsta uppgift har varit att hjälpa till att förbättra strukturerna för rehabiliteringsarbetet av långtidssjukskrivna anställda. HAKuL-modellen för rehabilitering:

- **Rapport**
 - Arbetsledaren anmäler personer som varit sjukskrivna 28 dagar i följd, har upprepad korttidssjukfrånvaro eller på annat sätt bedöms vara i riskzonen för långtidssjukskrivning till företagshälsovården.
- **Första bedömning**
 - Sjuksköterskan på företagshälsovården ringer upp den sjukskrivne, gör en första bedömning av ärendet och kallar till teambedömning.
- **Teambedömning**
 - Multidisciplinär teambedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov oftast av både läkare, sjukgymnast och beteendevetare.
- **Rehabiliteringsmöte**
 - Möte med den sjukskrivne (som också är ansvarig för sin egen rehabilitering), företrädare från företagshälsovården, arbetsledaren, representant från försäkringskassan, ev facklig företrädare och ev behandlande läkare.
 - En åtgärdsplan/rehabiliteringsplan formuleras. Målsättningen och planen dokumenteras.
 - Sjukskrivna som behöver en intensifierad extern rehabilitering identifieras.
- **Rehabilitering genomförs**
- **Uppföljning**
 - Uppföljning av åtgärdsplan och målsättningar.

AVSNITT 4 - SJKSKRIVNINGAR OCH DIAGNOSER

Antalet sjukskrivna på olika orter

I HAKuL har arbetsledarna efter kontakt med den sjukskrivne, kontinuerligt rapporterat nya fall av sjukskrivningar som varat i 28 dagar eller längre.

Antalet rapporterade 28-dagarsperioder under den treåriga observationstiden (1 juli 2000 – 30 juni 2003) var 1641. 140 personer hade flera återkommande sjukskrivningar. Antalet personer med 28 dagars sjukskrivning eller längre var 1483. Andelen rapporterade fall är relativt sett högst i Boden men i övrigt syns inga tydliga geografiska skillnader i nord/sydlig riktning, även om det rapporterade antalet skiljer sig åt mellan orterna (tabell 4:1).

Tabell 4:1. Antalet rapporterade perioder av 28 dagar eller längre sjukskrivningar och per 1000 anställda under de 3 år som HAKuL pågick.

	Antal rapporterade sjukskrivningsperioder på 28 dagar eller längre	Antal rapporterade sjukskrivningsperioder per 1000 anställda under 3 år
Bodens kommun	359	316
Malungs kommun	85	200
Falu kommun	158	139
Uppsala kommun	214	223
Olofströms kommun	219	183
Lunds kommun	115	105
Norrbottnens läns landsting	163	146
Landstinget i Uppsala län	137	154
Landstinget i Blekinge	95	172
Region Skåne	96	119
Totalt	1641	

Med syfte att validera arbetsledarnas rapportering togs på vissa orter kontinuerligt fram datalistor med nya 28-dagarsfall från det personaladministrativa systemet. Detta var praktiskt genomförbart inom två kommuner och två landsting. För att ytterligare precisera information om förekomsten av längre och kortare sjukskrivningarna på de olika orterna beställde forskargruppen i efterhand in datafiler med information om all sjukfrånvaro från fyra kommuner och två landsting. Via personalavdelningar och datalistor går det inte att få kännedom om diagnoser, endast om antal dagar med sjukfrånvaro. Valideringen visade en underrapportering av sjukfall, främst av de sjukskrivningar som varade kortare tid än 3 månader. En trolig förklaring är att den sjukskrivne bedömdes vara på väg tillbaka i arbete utan behov av rehabiliteringsinsats.

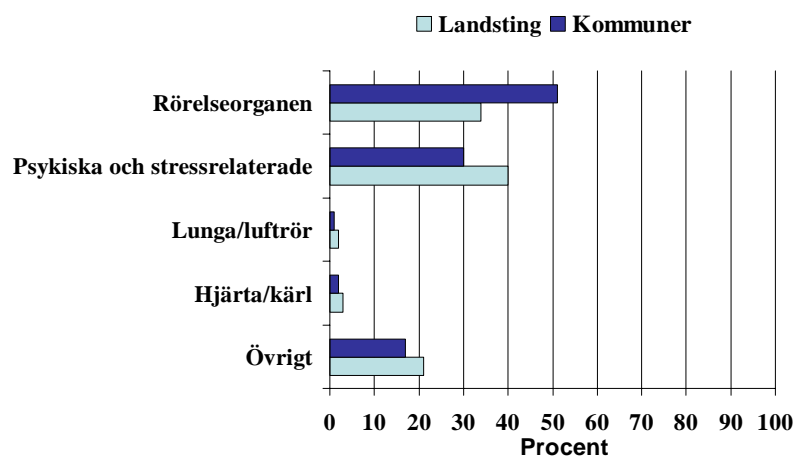
Sjukskrivningsdiagnoser i HAKuL

Sjukskrivningsdiagnoser rapporterades för 1557 perioder, vilket motsvarade 95 procent av samtliga rapporterade perioder. Sjukskrivningsdiagnoserna har grovt indelats i fem grupper: rörelseorganens sjukdomar, psykiska/stressrelaterade besvär, hjärt-/kärlbesvär och besvär från luft-rör/lungor samt övrigt. Orsaken till just denna indelning är att våra rehabiliteringsinsatser var inriktade på de fyra förstnämnda grupperna.

De mest förekommande diagnosgrupperna var rörelseorganens sjukdomar, 46 procent samt psykiska/stressrelaterade besvär, 33 procent. Där flera diagnoser förekom under en sjukskrivningsperiod försökte vi värdera vilken som var huvuddiagnosen.

Sjukdomspanoramats såg olika ut i kommunerna jämfört med landstingen (figur 4:1). I kommunerna dominerade besvär från rörelseorganen medan psykiska/stressrelaterade besvär var den vanligaste diagnosgruppen i landstingen.

De psykiska och stressrelaterade besvären ökade något mellan andra och tredje observationsåret inom landstingen, men i övrigt noterades ingen förändring i fördelningen av diagnoser under de 3 observationsåren.



Figur 4:1. Diagnosgrupper i HAKuL för 1557 perioder av sjukskrivningar på 28 dagar eller längre. Uppdelat på kommunalanställda och landstingsanställda.

Diagnosfördelningen i HAKuL överensstämmer i stort med de nationella siffrorna som finns. Enligt Riksförsäkringsverket hade år 2001, 35 procent av dem som varit sjukskrivna mer än 60 dagar en diagnos från rörelseorganen (Riksförsäkringsverket 2002). I HAKuL var andelen med en diagnos från rörelseorganen 34 procent för de landstingsanställda och 51 procent för de kommunalanställda av alla sjukperioder på 28 dagar eller längre.

I HAKuL utgjordes 30 procent av 28-dagarsperioderna inom kommunerna av psykiska och stressrelaterade diagnoser och 40 procent av perioderna bland de landstingsanställda. Enligt Riksförsäkringsverket utgjorde psykiska och stressrelaterade diagnoser under år 2001, 28 procent av sjukskrivningarna för kvinnor av de som varit sjukskrivna mer än 60 dagar och 20 procent bland männen (Riksförsäkringsverket 2002).

Sammanfattning

Sammantaget rapporterades 1483 personer ha 1641 sammanhängande perioder av heltidssjukskrivningar på 28 dagar eller längre under de 3 år som HAKuL pågick. 140 personer hade flera återkommande perioder.

De vanligaste diagnosgrupperna var rörelseorganens sjukdomar, 46 procent, samt psykiska/stressrelaterade besvär, 33 procent. I kommunerna dominerade besvär från rörelseorganen medan psykiska/stressrelaterade besvär var den vanligaste diagnosgruppen i landstingen.

AVSNITT 5 - REHABILITERING

Syftet med rehabiliteringsdelen i HAKuL

Det övergripande syftet med rehabiliteringsdelen i HAKuL var att effektivisera rehabiliteringen av långtidssjukskrivna i kommuner och landsting.

Delmålsättningar:

- att erbjuda en fungerande struktur för rehabiliteringsarbetet av långtidssjukskrivna oavsett diagnos
- att i större skala implementera tidigare utprovade metoder vid smärta i nacke/skuldra och ländrygg, vid hjärt/kärlsjuklighet och lungsjukdomar.

Att erbjuda en fungerande struktur för rehabiliteringsarbetet av långtidssjukskrivna

Genom kunskap från tidigare utredningar och studier vet vi att det är svårt att få rehabilitering i Sverige, att resurserna sällan är samordnade och att strukturerade modeller för rehabiliteringsarbetet saknas (SOU2000:78 2000; Bergström, Jensen et al. 2004). HAKuL har därför tagit fram en modell för handläggning och rehabilitering av personer sjukskrivna mer än 28 dagar i följd. Modellen utgår från befintliga befattningshavare och rehabiliteringsaktörer. Tanken är att en tidig och bred multidisciplinär teambedömning ska ge ett underlag till en gemensam målsättning och en konkret handlingsplan för rehabiliteringen, som sedan bör utformas med så evidensbaserade metoder som möjligt.

HAKuL-modellen för rehabilitering

- **Rapport**
 - Arbetsledaren anmäler personer som varit sjukskrivna 28 dagar i följd, har upprepad korttidssjukfrånvaro eller på annat sätt bedöms vara i riskzonen för långtidssjukskrivning till företagshälsovården .
- **Första bedömning**
 - Sjuksköterskan på företagshälsovården ringer upp den sjukskrivne, gör en första bedömning av ärendet och kallar till teambedömning.
- **Teambedömning**
 - Multidisciplinär teambedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov oftast av både läkare, sjukgymnast och beteendevetare.
- **Rehabiliteringsmöte**
 - Möte med den sjukskrivne (som också är ansvarig för sin egen rehabilitering), företrädare från företagshälsovården, arbetsledaren, representant från försäkringskassan, ev facklig företrädare och ev behandlande läkare.
 - En åtgärdsplan/rehabiliteringsplan formuleras. Målsättningen och planen dokumenteras.
 - Sjukskrivna som behöver en intensifierad extern rehabilitering identifieras.
- **Rehabilitering genomförs**
- **Uppföljning**
 - Uppföljning av åtgärdsplan och målsättningar.

Modellens genomförande under HAKuL

De som påbörjat sin 28-dagars-sjukskrivning, oavsett diagnos, under HAKuL har följts tills sjukfallet avslutats eller maximalt till och med 2004-06-30. Detta gjorde att vi kunde följa de senast rapporterade fallen i 1 år.

Av de 1641 rapporterade perioderna av 28 dagars sjukskrivning blev 60 procent bedömda av företagshälsovården (FHV) (tabell 5:1).

Tabell 5:1. Andel som varit i kontakt med FHV för samtliga 1641 rapporterade sjukskrivningsperioder på 28 dagar eller längre oavsett diagnos.

	Antal sjukskrivningsperioder	Andel
Enbart telefonbedömning av FHV	388	24%
Blivit bedömd av en yrkeskategori vid FHV	163	10%
Har bedömts av minst två olika yrkeskategorier, t ex läkare och beteendevetare, vid FHV	421	26%
Ej rapporterade till FHV	669	41%
Totalt	1641	

Drygt hälften deltog i rehabiliteringsprogram, samtal och/eller någon yrkesinriktad åtgärd. Enbart behandlingar hos sjukgymnast eller liknande åtgärder av en yrkeskategori är inte medtagna i denna sammanställning. Knappt en tredjedel gick in i multidisciplinära rehabiliteringsprogram där aktörer från minst tre olika discipliner var delaktiga, 13 procent deltog i multidisciplinära rehabiliteringsprogram på heltid under minst 4 veckor, oftast i form av internat (tabell 5:2).

Sammanlagt har 505 personer fått tillgång till sammansatta rehabiliteringsprogram på hemorten eller i internatform, 470 kvinnor och 35 män.

Tabell 5:2. Rehabiliteringsåtgärder för samtliga 1641 sjukskrivningsperioder på 28 dagar eller längre oavsett diagnos.

Åtgärd	Antal sjukskrivningsperioder	Andel av alla sjukskrivningsperioder
Multidisciplinära rehabiliteringsprogram som sträckt sig över minst 2 veckors tid <i>-därav multidisciplinär rehabilitering på heltid under minst 4 veckor</i>	505	31%
Samtalsbehandling	478	29%
Arbetsprövning	421	26%
Omplacering	161	10%
Utbildning	78	5%
Minst en av åtgärderna	874	53%
Ingen av åtgärderna	767	47%

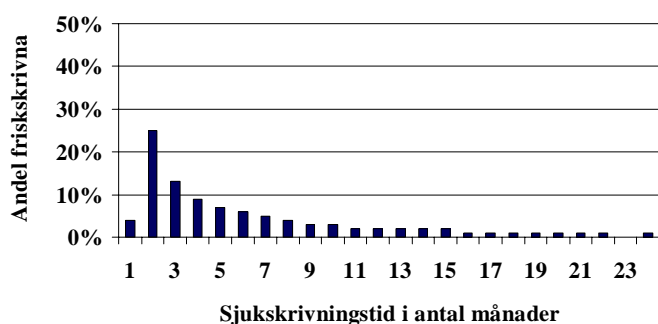
För att undersöka om rehabiliteringsåtgärder skilde sig åt mellan yngre och äldre långtidssjukskrivna gjordes separata analyser av dem som var yngre än 50 år och de som var 50 år och äldre. Med ett undantag framkom inga statistiskt säkerställda skillnader för genomförda rehabiliteringsåtgärder. Den skillnad som framkom var att personer yngre än 50 år deltog i utbildning i signifikant högre utsträckning än personer som var 50 år eller äldre.

Resultat i form av friskskrivning

Under de 3 år HAKuL pågick återgick 80 procent i arbete, 66 procent på heltid och 14 procent partiellt. Av dem som var yngre än 50 år återgick en större andel i arbete jämfört med dem som var äldre. Skillnaden i andelen som återgick i arbete var cirka 10 procent.

Hel friskskrivning i förhållande till sjukskrivningstid

Av de 1074 långtidssjukskrivningar som avslutades med hel friskskrivning, skedde detta i 41 procent av fallen inom 3 månader (figur 5:1). Härefter skedde arbetsåtergången i långsammare takt utdraget under lång tid. Inom 1 år återgick 82 procent i arbete och inom 2 år hade 95 procent friskskrivits av dem som återgick i arbete under observationsperioden. De resterande 6 procenten friskskrevs helt först efter 2 års sjukskrivning. Av dem som friskskrevs helt återvände 27 procent via en partiell sjukskrivning.

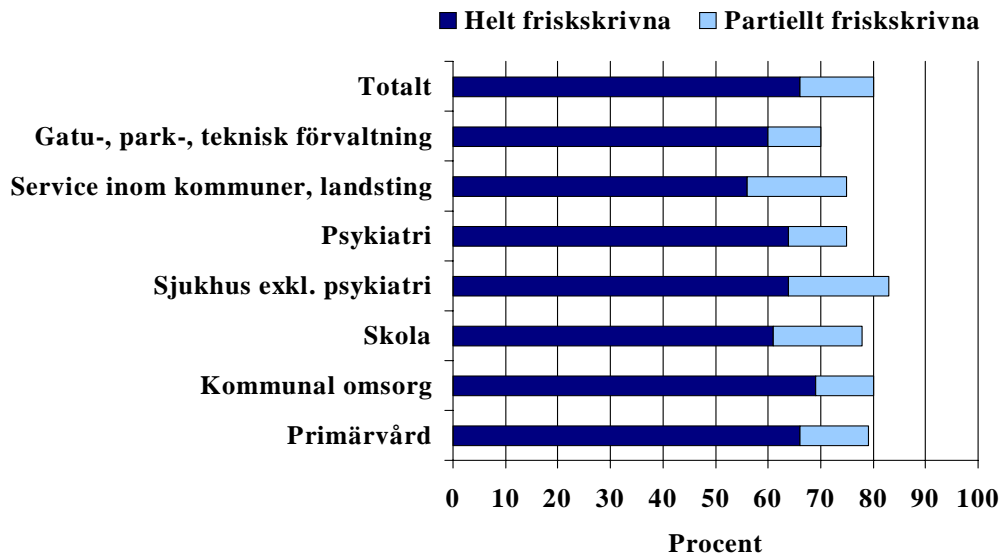


Figur 5:1. Sjukskrivningstid i månader före hel friskskrivning. Figuren bygger på 1074 sjukskrivningsperioder på minst 28 dagar under 2 år.

Friskskrivning i förhållande till verksamhet

Störst andel som helt friskskrevs återfanns inom den kommunala vården och omsorgen samt inom primärvården. Gatu-, park- och tekniska förvaltningarna, med en hög andel män bland arbetstagarna, hade den minsta andelen friskskrivna 1 år eller längre efter att sjukskrivningen påbörjades (figur 5:2).

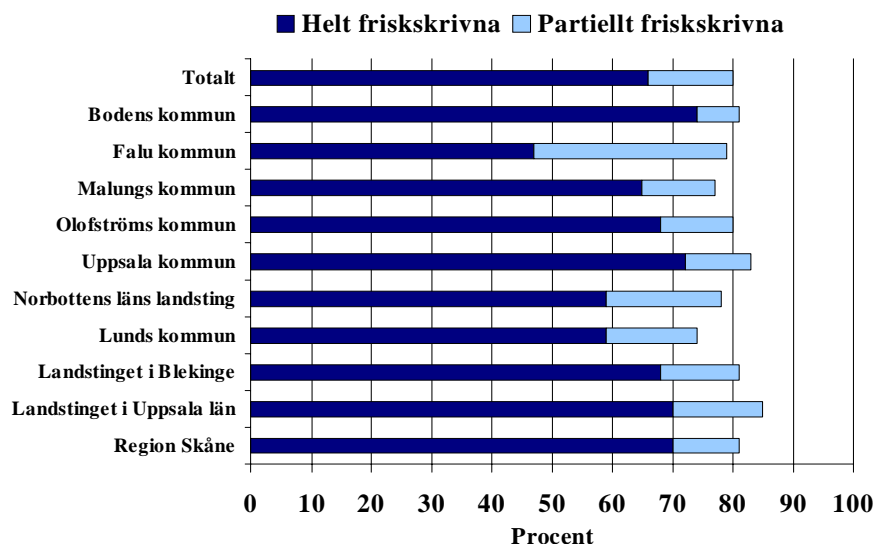
Störst andel som friskskrevs partiellt fanns bland anställda på sjukhus, exklusive den psykiatriska vården. Inom psykiatrisk vård och inom gatu-, tekniska- och parkförvaltningarna fanns den minsta andelen med partiellt friskskrivna (figur 5:2).



Figur 5:2 Andel helt eller partiellt friskskrivna av de som varit heltidsjukskrivna minst 28-dagar i följd oavsett diagnos inom olika verksamheter i kommuner och landsting 1 år eller längre efter att sjukskrivningen påbörjades.

Friskskrivning i förhållande till ort

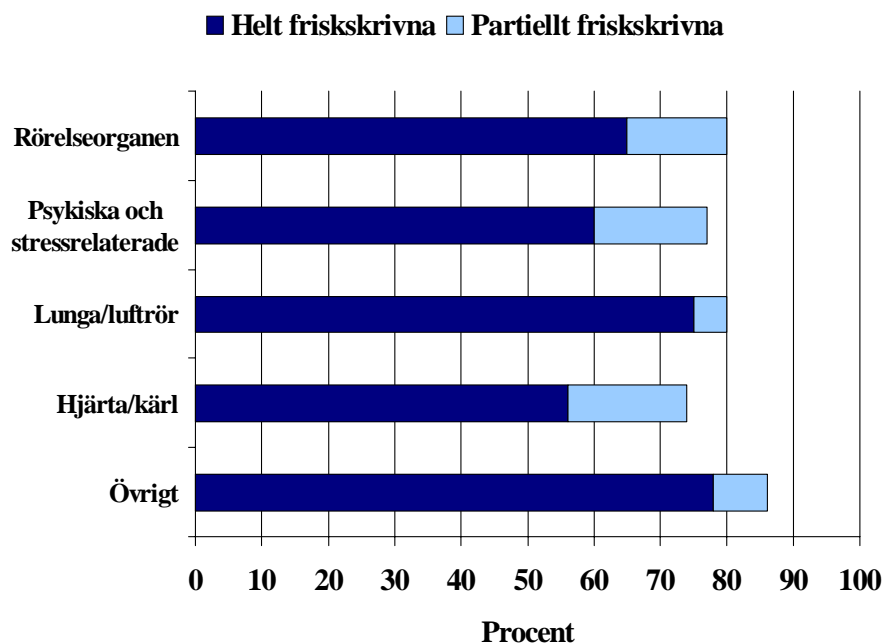
Andelen friskskrivna var ungefär lika stor på alla orter medan fördelningen mellan helt och partiellt sjukskrivna skiftade. Högst andel partiellt friskskrivna fanns i Falu kommun och lägst i Bodens kommun (figur 5:3).



Figur 5:3 Andel helt eller partiellt friskskrivna av dem som varit heltidsjukskrivna minst 28 dagar i följd oavsett diagnos på olika orter 1 år eller längre efter det att sjukskrivningen påbörjades.

Friskskrivning i förhållande till diagnos

Andel som friskskrevs i de olika diagnosgrupperna skilde sig något, minst andel var det för de som hade diagnoser från hjärta /kärl, 74 procent och högst andel från de med "övriga diagnoser", 85 procent (figur 5:4). I diagnosgruppen lunga/luftrör återgick en stor andel i heltidsarbete.



Figur 5:4 Andel helt eller partiellt friskskrivna av dem som varit heltidsjukskrivna minst 28 dagar i följd, uppdelat på diagnosgrupper, 1 år eller längre efter det att sjukskrivningen påbörjades.

Friskskrivning i förhållande till rehabiliteringsinsats

Minst andel friskskrivna observerades i den grupp som deltog i multidisciplinära rehabiliteringsprogram, och den största andelen friskskrivna i den grupp som inte deltog i någon rehabiliteringsåtgärd (tabell 5:3). De som inte remitterades till FHV hade mindre smärta, bättre funktion och bättre hälsa än de som remitterades till FHV. De som deltog i de multidisciplinära rehabiliteringsprogrammen var de med mest smärta och funktionsnedsättning och sämst hälsa (figur 5:5). Många av dessa hade arbetshinder både i arbetet och privat och hade redan tidigare en sjukhistoria.

Tabell 5:3. Rehabiliteringsåtgärder för samtliga 1641 stycken 28-dagarsperioder oavsett diagnos samt andelen som återkommit helt eller partiellt i arbete.

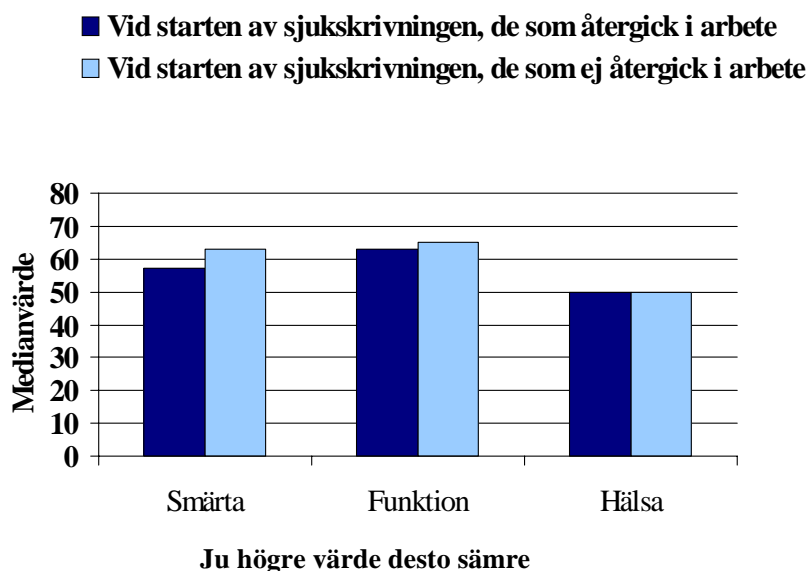
Åtgärd	Antal sjukskrivningsperioder	Andel helt friskskrivna	Andel partiellt friskskrivna
Multidisciplinära rehabiliteringsprogram som sträckt sig över minst 2 veckors tid	518	53%	19%
-därav multidisciplinär rehabilitering på heltid under minst 4 veckor	217	40%	19%
Minst en av rehabiliteringsåtgärderna: Rehab-program, samtal, arbetsprövning, omplacering, utbildning	874	57%	18%
Ingen av åtgärderna	767	76%	8%



Figur 5:5 Självsfattad smärta, funktion och hälsa vid starten av en sjukskrivning på 28 dagar eller längre uppdelat på dem som har deltagit i multidisciplinär rehabilitering respektive inte fått någon rehabilitering alls.

Friskskrivning i förhållande till smärta, funktion och hälsa

Vid början av sjukskrivningen var det ingen påtaglig skillnad i smärtintensitet och funktionsnedsättning mellan de som senare återgick i arbete och de som ej återgick i arbete. Däremot var den självskattade hälsan sämre hos de som inte återgick i arbete (figur 5:6).



Figur 5:6 Självsfattad smärta, funktion och hälsa vid starten av en sjukskrivning på 28 dagar eller längre uppdelat på dem som återgick i arbete respektive de som som ej återgick i arbete..

Att i större skala implementera tidigare utprovade metoder vid smärta i nacke/skuldra och ländrygg, vid hjärt-/kärlsjuklighet och lungsjukdomar

Rehabilitering i HAKuL bygger vidare på erfarenheter från HUR-projektet (Hälsoekonomisk Utvärdering av Rehabilitering). I detta projekt fick personer med smärtdiagnoser från nacke/skuldra och ländrygg rehabilitering enligt, dels ett ”work hardening”-inriktat program, dels enligt ett ortopedmedicinskt inriktat program med beteendevetenskapliga inslag (KBT) som en viktig hörnsten. En kontrollgrupp utan specifik rehabilitering fanns också. Work hardening-programmet hade god effekt hos både kvinnor och män, medan programmet med KBT-inriktning hade störst effekt hos kvinnor. Effektmåttet var antalet sjukskrivningsdagar och antalet förtidspensioneringar och de två programmen jämfördes med gruppen utan specifik rehabilitering.

Personer med rökrelaterad sjuklighet och astma fick i HUR-projektet en specifik behandling på Årekliniken, som specialiserat sig på behandling och rehabilitering av lungmedicinska fall. Hjärt/kärlsjuklighet och personer med risk att drabbas av sjuklighet i hjärta och kärl fick en rehabilitering vid Föllinge. Programmen här erbjuder både livsstilsprogram och direkta rehabiliteringsprogram efter genomgången hjärtsjukdom.

I HUR-projektet har man studerat kostnadseffektiviteten vid rehabilitering av patienter med långvariga besvär från rygg och nacke. Man fann att den upplevda hälsan förbättrades och sjukfrånvaron minskade bland kvinnor som genomgått beteendemedicinsk rehabilitering. Ekonomiska analyser visade en minskning av kostnaderna på 1,2 miljoner för varje kvinna som genomgått en sådan rehabilitering. Behandling på Rygginstitut med ett högintensivt fyraveckorsprogram visade sig också vara kostnadseffektivt och minskade kostnader med 560 000 kr per individ. HUR-projektet konkluderade att en kostnadseffektiv rehabilitering för långvarigt sjukskrivna för nack-/ryggbesvär skall vara strukturerad, omfattande, aktivitetsinriktad och intensiv. Skillnader i utfall mellan kvinnor och män kan förekomma (Bergström, Jensen et al. 2004).

Då HUR-projektet pågick var KBT (kognitiv beteendeterapi) relativt ovanligt i rehabiliteringsarsenalen. I slutet av 1990-talet hade denna behandlingsstrategi ökat i intresse, och då HAKuLs rehabiliteringsdel kom igång erbjöd så gott som alla mer avancerade rehabiliteringsaktörer KBT i sina program. Att därför skilja på de två grupperna, work hardening och multidisciplinär behandling med KBT, är omöjligt då inga rena former längre existerar. Vid den tidpunkten då HAKuL värvade deltagare var oron för den ökade sjukligheten och sjukskrivning på grund av psykiska och stressrelaterade åkommor stor. Ingen kommun eller landsting var särskilt benägen att delta om denna patientgrupp ställdes utanför rehabiliteringsinsatserna. Många av dem som blev sjukskrivna för psykisk diagnos hade också värkproblem, vilket gjorde att de erbjöds deltagande och fick rehabilitering med en multidisciplinär metod där KBT ingick.

I HAKuL har det funnits tillgång till extra resurser från AFA för att finansiera den ovan skisserade avancerade rehabiliteringen. Den sker oftast i internatform under minst 4 veckor med uppföljning under ett halvt till 1 år. Exempel på aktörer som erbjuder multidisciplinär rehabilitering och som deltagit i HAKuL och även i vissa fall i HUR är de fyra Rygginstitutet i Sverige: Alfta rehabiliteringscentrum, Sandträsk rehabilitering, Föllingekliniken och Årekliniken. En del av de långtidssjukskrivna som erbjöds denna form av rehabilitering avböjde på grund av sociala skäl. Det var svårt för många främst kvinnor att vara borta från familjen och hemorten under denna långa tid som krävdes.

570 personer blev sjukskrivna på grund av smärtdiagnoser från nacke/skuldra och ländrygg, hjärt/kärlsjukdom, lungsjukdom eller utmattningssyndrom med värk. 487 (85 %) av dessa fick rehabilitering och därav deltog 207 personer i multidisciplinära rehabiliteringsprogram under fyra

veckor med uppföljning. 67 procent av de personer som fått någon form av rehabilitering återgick i arbete och var kvar i arbete efter ett års uppföljning. Väntetiderna för bedömning och rehabilitering var anmärkningsvärt långa trots massiva insatser från HAKuL. Genomsnittstiden från sjukskrivning till första rehabiliteringsmötet var 112 dagar och från sjukskrivning till multidisciplinär rehabilitering 210 dagar.

Rehabilitering av personer med besvär från nacke/skuldra och ländrygg

Av de 722 långtidssjukskrivna med en diagnos från rörelseorganen i HAKuL hade 450 en diagnos med besvär från nacke/skuldra eller ländrygg. 280 av dessa fick tillgång till sammansatta rehabiliteringsprogram, blev omplacerade, fick utbildning eller arbetsträning. Av dessa återgick 71 procent helt eller partiellt i arbete. 114 personer, 25 procent, hade så stora besvär att de erbjöds och tackade ja till avancerad rehabilitering i internatform. Av dessa kom 60 procent tillbaka till helt eller deltid. Tiden från sjukskrivning till start av denna typ av avancerad rehabilitering för de 114 personerna var 192 dagar (övre gräns 891 dagar) och genomsnittstiden till arbetsåtergång var 376 dagar.

Rehabilitering av personer med psykiska och stressrelaterade besvär

514 personer hade en långtidssjukskrivning på grund av psykiska och stressrelaterade besvär. 370 av dessa fick tillgång till ett sammansatt rehabiliteringsprogram på hemorten, blev omplacerade, fick utbildning eller arbetsträning. Av dessa kom 77 procent tillbaka till arbetet på helt- eller deltid. 67 personer bedömdes ha en multidiagnos med både psykiska besvär och smärta, och tackade ja till en internatrehabilitering. Av dessa kom 59 procent tillbaka till arbete helt eller partiellt. Tiden från sjukskrivning till start av denna typ av avancerad rehabilitering för de 67 personerna var 265 dagar (övre gräns 995 dagar) och genomsnittstiden till arbetsåtergång var 416 dagar.

Rehabilitering av personer med besvär och sjukdomar från hjärta/kärl och lungor

Enbart 53 personer blev långtidssjukskrivna på grund av besvär från hjärta/kärl eller lungor. Denna siffra är låg men ungefär den förväntade i en grupp kvinnor i arbetsför ålder. Av dessa kom 76 procent tillbaka till arbete. Av de med besvär och sjukdomar från hjärta/kärl och lungor fick 26 personer rehabilitering.

Kommentar

Fördelarna med modellen

Arbetsgivaren har enligt 1992 års rehabiliteringsreform ansvar både för att förebygga ohälsa, anpassa arbetsplatser och rehabilitera anställda i behov av detta. Att därför göra arbetsledaren till den direkt ansvarige var därför naturligt.

När det gäller kunskap om arbetsplatsens utformning, den psykosociala arbetsmiljön och rehabilitering, har företagshälsovården den största kunskapen och det är därför även självklart att företagshälsovården har en framträdande roll i utredning och rehabilitering, även om den sjukskrivne har en annan behandlande läkare. Teambedömningen innebär att den sjukskrivne efter kort tid blir bedömd av flera personer med olika yrkeskompetenser, vilket ger en bred och mångsidig bedömningsgrund. Tanken är också att väntetider skall minimeras. Teambedömningen blir ofta starten på en dialog mellan den sjukskrivne och de olika rehabiliteringsaktörerna om de möjligheter och lösningar som står till buds och de svårigheter som finns. När denna bedömning är gjord och ett rehabiliteringsmöte har ägt rum är det också lättare för arbetsledaren att på ett konstruktivt sätt fylla i den lagstadgade rehabiliteringsutredningen som arbetsgivaren ska göra efter 28 dagars sjukfrånvaro, och skicka till försäkringskassan.

Teambedömningen på företagshälsovården är i HAKuL-modellen tänkt att bli starten på en rehabiliteringsprocess. Den viktigaste parten i denna process är den sjukskrivne, och vi vill påminna om begreppet ”patient empowerment”. Det innebär att den sjukskrivne är bemyndigad, har makt och möjlighet att själv fatta beslut om sitt liv (Rappaport 1984; Baksi and Cradock 1998; Björvell 1999). Utveckling av patient empowerment är en process och kan ses som tre stadier: kunskap som ger medvetenhet, känsla som skapar energi för handling och vilja (Forsberg and Starrin 1997). Syftet med ”patient empowerment” är att öka förmåga och motivation att effektivt ta ansvar för sitt liv. Tillgång till information, förmåga att göra val, självförtroende och säkerhet är komponenter i patient empowerment-begreppet.

Om den sjukskrivne kommer tillbaka till sin gamla arbetsplats, eller till en omplacering hos den egna arbetsgivaren, är det viktigt att uppföljning sker minst 1 år efter rehabiliteringen för att snabbt kunna fånga upp förändringar i funktionsförmågan och se om kompletterande åtgärder behöver företas.

Skulle det visa sig att den sjukskrivne inte kan återvända till det gamla arbetet och arbetsgivaren inte kan hitta någon lämplig omplacering, kan arbetslivstjänster eller annan likvärdig organisation kopplas in för att få en allsidig kartläggning och vägledning inför den fortsatta planeringen. Uppsägning på grund av arbetsbrist kan bli aktuellt, vilket ger tillgång till Arbetsförmedlingens resurser med bland annat utbildningar, prövningar, lönebidrag, hjälp med att starta eget företag m.m.

Svårigheter vid modellens genomförande

Arbetsgivarna, i form av arbetsledarna, har haft förvånansvärt svårt att aktualisera nysjukskrivna med en sjukskrivningstid på 28 dagar eller längre för rehabiliteringsbedömning. Anledningen till detta kan vara osäkerhet i kontakten med den sjukskrivne och okunskap om hur en rehabiliteringsprocess optimalt kan fungera. Konflikter och bristande resurser kan också ligga bakom fördröjningen eller den uteblivna rapporteringen. Andra tänkbara orsaker till utebliven remittering kan vara motstånd från den sjukskrivne som inte ser fördelarna med teambedömningen hos företagshälsovården. Några sjukskrivna hade annan behandlande läkare och ville inte gärna blanda in fler personer eller var rädda för eventuella förändringar.

En del av den långa sjukskrivningstiden verkade ha orsakats av väntetider till olika åtgärder. Då man bedömer effekter av rehabilitering, mätt som återgång i arbete, är det viktigt att ta med väntetid till olika åtgärder. Lång sjukskrivningstid arbetar emot återgång i arbete, och en väntetid på flera månader för att få tillgång till rehabilitering, kan motverka de goda effekterna av just denna rehabilitering. Att döma ut rehabilitering som generell åtgärd kan då lätt ske när det egentligen är de långa väntetiderna som bör åtgärdas. Detta kan enbart ske genom en tidig och samordnad insats där alla intressenter från den sjukskrivne till arbetsgivare, försäkringskassa, företagshälsovård, behandlande läkare och rehabiliteringsaktör samverkar och byråkratiska hinder raseras.

Vid uppföljningen av aktuella åtgärder, i form av sjukskrivningstid, har det visat sig att de personaladministrativa systemen inte alltid lämpar sig för detta. Systemen skiljer sig mellan olika kommuner och landsting och många har bytt system eller bytt handhavare under projektiden. Alla har också varit utsatta för omorganisationer i större eller mindre omfattning. HAKuL har dock satt fokus på dessa svårigheter, vilket på några orter lett till genomgång av de personaladministrativa systemen och till förändrade rutiner.

Företagshälsovården och rehabiliteringsarbetet

Företagshälsovården har under de senaste drygt 10 åren tvingats till omstrukturering av arbetet och ibland även personalnedskärningar. Rehabiliteringsmodellen i HAKuL innebär ett stort åtagande från företagshälsovårdens sida. I modellen ingår att företagssköterskan på företagshälso-

vården tar kontakt med den sjukskrivne för en första bedömning. I många fall tycks denna kontakt räcka och den sjukskrivne går snart tillbaka till arbetet. Om så inte är fallet finns personen aktualiserad hos företagshälsovården och kan följas upp med ytterligare ett telefonsamtal och eventuellt en vidare utredning, helst av ett team som representerar olika yrkeskompetenser. Om företagshälsovården är underdimensionerad går inte detta. Bedömningen blir inte fullständig och väntetiderna kan bli orimligt långa. Väntan i sig kan vara kontraproduktivt till den rehabilitering som sedan erbjuds. Ju längre en person är sjukskriven, desto större risk att denna person hamnar i en sjukroll som är svår att bryta. Detta kan vara en orsak till att många rehabiliteringsinsatser blir utan effekt och t.o.m. kan skapa ett långtidssjukskrivningsfall i stället för en person i arbete.

För att få till stånd HAKuL-modellen under projektiden tvingades ibland projektet gå in med ekonomiskt stöd till företagshälsovården för att rehabiliteringsarbetet överhuvudtaget skulle bli möjligt. Trots detta har brist på kompetent personal, framför allt läkare och beteendevetare, gjort att det som var tänkt som multidisciplinära teambedömningar ibland blev bedömningar utförda av en eller två yrkeskategorier.

På många håll råder det också oklarheter om vad som ingår i avtalen mellan arbetsgivare och företagshälsovården. Vikten av tydliga avtal, och att arbetsgivaren köper relevanta tjänster i förhållande till de behov som finns, har poängterats.

Effektiv selektering eller slöseri med resurser?

Det finns några viktiga frågeställningar när det gäller rehabilitering. Vilka behöver rehabilitering och hur hittar man dem? Är rehabilitering överhuvudtaget lönsamt? Hur mäts i så fall denna lönsamhet?

Policyn från HAKuL har varit att patienten själv skall ha möjlighet att påverka sin situation med målsättningen återgång i arbete. Företagshälsovården och arbetsledaren har också givits en central roll i rehabiliteringsarbetet. Färre som fick remiss till företagshälsovården återgick i arbete. Med stor sannolikhet innebär detta att arbetsledarna gjorde en selektering av fall som remitterades till företagshälsovården.

Resultatet att ju mer smärta, desto sämre funktion och desto sämre självskattad hälsa ledde till att fler och mer avancerade rehabiliteringsåtgärder, talar entydigt för att de med svårast funktionshinder fick mest rehabilitering. Detta måste anses vara en riktig selektering. Visserligen ser man att ju fler och intensivare rehabiliteringsinsatser, desto mindre andel blir helt friskskrivna och större andel partiellt friskskrivna jämfört med dem som inte remitterades till företagshälsovården överhuvudtaget. Trots mycket smärta och stora funktionsinskränkningar kunde 60 procent av dem som varit på heltidsrehabilitering friskskrivas helt eller delvis.

Ett observandum var att tiden mellan sjukskrivning och tillgång till avancerad rehabilitering var så lång. Att minska dessa väntetider är oerhört väsentligt för att få fler personer tillbaka till arbetet. Struktur på rehabiliteringsarbetet och snabb samverkan är då det absolut viktigaste. Kan inte detta åstadkommas kan vissa rehabiliteringsinsatser vara kontraproduktiva. Den nuvarande ordningen med flera olika aktörer med olika agendor är ohållbar och kan stjälpa annars goda föresatser. Detta går ut över den sjukskrivne individen som inte kommer tillbaka till arbetslivet och samhället, som måste gå in med försörjning i detta läge.

Sammanfattning

HAKuL har utarbetat en modell för handläggning och rehabilitering av personer sjukskrivna 28 dagar eller längre, oavsett diagnos. Modellen utgår från befintliga befattningshavare och rehabiliteringsaktörer och innebär ett stort åtagande från företagshälsovårdens sida.

Av de 1641 rapporterade 28-dagarsperioderna av sjukskrivning under de 3 år HAKuL pågick, anmälades 59 procent till företagshälsovården. Drygt hälften deltog i rehabiliteringsprogram, samtal och/eller någon yrkesinriktad åtgärd. Knappt en tredjedel gick in i multidisciplinära rehabiliteringsprogram där aktörer från minst tre olika discipliner var delaktiga. De som deltog i rehabiliteringsprogrammen var de av de sjukskrivna med mest smärta, sämst funktion och sämst självskattad hälsa.

Under de 3 år HAKuL pågick friskskrevs 80 procent, 66 procent på heltid och 14 procent partiellt. En stor del av de som återgick helt i arbete återgick inom 3 månader eller kortare sjukskrivning.

570 personer blev sjukskrivna på grund av smärtdiagnoser från nacke/skuldra och ländrygg, hjärt/kärlsjukdom, lungsjukdom eller utmattningssyndrom med värk. 487 (85%) av dessa fick rehabilitering och därav deltog 207 personer i multidisciplinära rehabiliteringsprogram under fyra veckor med uppföljning. 67 procent av de personer som fått någon form av rehabilitering återgick i arbete och var kvar i arbete efter ett års uppföljning. Väntetiderna för bedömning och rehabilitering var anmärkningsvärt långa trots massiva insatser från HAKuL. Genomsnittstiden från sjukskrivning till första rehabiliteringsmötet var 112 dagar och från sjukskrivning till multidisciplinär rehabilitering 210 dagar.

Störst andel som helt friskskrevs återfanns inom den kommunala vården och omsorgen samt inom primärvården.

AVSNITT 6 - SJUKDOM – HÄLSA – SJUKFRÅNVARO

Sjukdom

Sjukdomsbegreppet har olika aspekter, där självrapporterad sjuklighet, diagnosticerad sjukdom och upplevelsen av sjukdom eller sjukrollen, är centrala och bara delvis överbryggande delar. I engelskan finns tre ord för dessa olika delar där självrapporterad sjuklighet = illness, diagnosticerad sjuklighet = disease och sjukrollen = sickness. Alla tre grupperna kan variera över tid och i olika samhällen och kulturer. De kan också i varierande grad leda till sjukfrånvaro.

Ofta definieras de olika sjukdomsbegreppen utifrån ett medicinskt perspektiv, där sjukdomar har specifika diagnoser med specifika patologiskt anatomiska förändringar som går att mäta eller på annat sätt väl beskrivas. Mycket lite av sjukdomspanoramata låter sig katalogiseras på detta sätt, trots att mycket tid och kraft går åt för detta inom sjukvården. Orsakssambanden mellan sjukdomar och symtom, yttre och inre faktorer är också oftast oklar och helt eller delvis okänd. De stora folksjukdomsgrupperna, rörelseorganens sjukdomar och lättare psykisk ohälsa, är svåra att noggrant diagnostisera, mäta och bota.

De mest framträdande idag kända orsakerna till sjukdom är:

- genetiska
- biologiska
- sociala och psykologiska
- psykologiska
- livsstilsberoende
- arbetsförhållanden.

Genetiska

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

Biologiska faktorer

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

Sociala och psykologiska faktorer

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

Livsstilen

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

Arbetsförhållanden

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

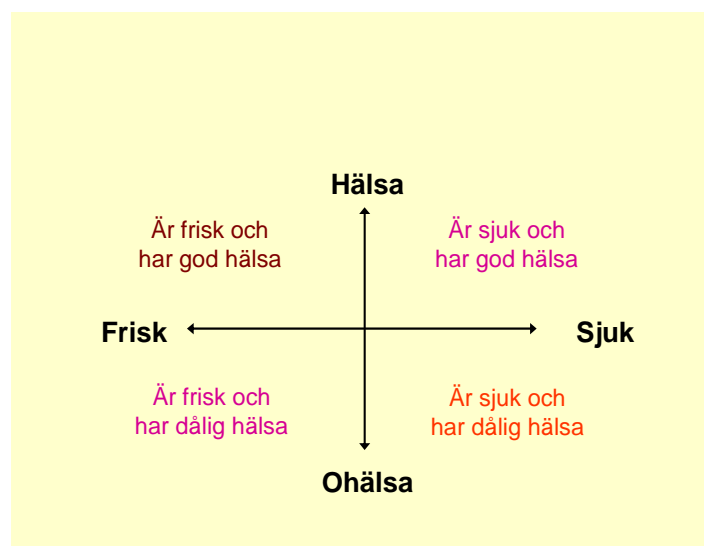
Alla dessa faktorer som kan leda till sjukdom verkar både separat och kopplade till varandra. Det är inte ovanligt att sämre sociala förhållanden är associerade med t.ex. en mer hälsovådlig livsstil och sämre arbetsförhållanden.

Hälsa

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

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

För att illustrera skillnaden mellan frisk-sjuk och hälsa-ohälsa kan hälsokorset användas (Eriksson 1984). Med detta sätt att resonera kan man som individ hamna i fyra olika kvadranter med olika konsekvenser för både självuppfattning och andras bedömning både socialt och försäkringsmässigt.



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

Sjukskrivning

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

Orsaker till sjukskrivning

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

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

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

Orsakerna till den kraftigt ökande sjukskrivningen de senaste åren har diskuterats och analyserats bl.a. i en statlig utredning (SOU 2003). Det påpekas i denna utredning att sjukligheten i Sverige inte har ökat utan snarare att de diagnosticerbara folksjukdomarna har minskat. Hälsan har blivit något sämre då allt fler anger att det psykiska välbefinnandet har minskat. En ökad anspänning på arbetsplatserna talar för en viss försämring av den psykosociala arbetsmiljön. En förskjutning i norm, attityd och praxis kan tänkas, men har i så fall gått väldigt fort, vilket vanligtvis inte brukar vara fallet med sådana förändringar i samhället. Den förändrade ålderssammansättningen i befolkningen, där arbetskraften blir allt äldre, spelar en viss roll för sjukskrivningsgraden. Marginell betydelse anses fördelningen mellan sjukskrivna och arbetslösa ha, liksom de ekonomiska drivkrafterna. Administrativa tillkortakommanden hos försäkringskassorna på grund av ökad arbetsbelastning och nedskärning av personalstyrkan har en viss betydelse för att långtidssjukskrivna ökar.

Under våren 2004 minskade antalet långtidssjukskrivna, mätt som 30-dagarsfall, medan antalet fall med sjukersättning (f.d. förtidspension) ökade. Eftersom långa sjukfall ofta slutar i sjukersättning kommer detta att bli en trolig trend de närmaste åren. Detta kommer att ha stora konsekvenser för många individer och för samhället och landets ekonomi.

Att långa sjukskrivningar och sjukersättning har blivit så frekvent förekommande kan ha sin grund i att det är allt svårare att återkomma i arbetslivet efter en sjukperiod. Verkliga eller inbillade krav på mycket hög prestation av alla arbetstagare hela tiden kan göra att svårigheten att återgå

till yrkesarbete blir för stor. Personer som blir sjukskrivna kanske lättare nu än tidigare hamnar i och accepterar en sjukroll.

Sjukrollen innehåller två dimensioner, som redan för drygt 50 år sedan definierades av en forskare vid namn Parson. Rättigheterna innebär att den sjuke inte hålls ansvarig för det ursprungliga kroppsliga problemet och får begränsa sina sociala förpliktelser i proportion till sjukdomens svårighetsgrad. Skyldigheterna innebär att den sjuke skall acceptera sjukdomen som icke önskvärd och begränsa sitt sjukbeteende och sin funktionsstörning så mycket som möjligt, samt ta en del av ansvaret för sitt hälsotillstånd och sin funktionsförmåga.

Hur sjukrollen ser ut i olika samhällen och vad som accepteras är avhängigt av rådande normer och samspelet mellan individ och grupp.

Orsaker till långtidssjukskrivning i HAKuL

I HAKuL har orsaker till långtidssjukskrivning undersökts.

En dålig arbetshälsa, dvs. att den egna skattningen av hälsotillståndet var sämre än normvärdet för kvinnor och män i samma ålder och att man dessutom uppgav att man var osäker på eller inte trodde att man med tanke på hälsan kunde arbeta i samma yrke om 2 år, ökade risken för sjukskrivning på 28 dagar eller längre.

Alla kvinnor, som vid baslinjeundersökningen ansåg att de hade en mycket god eller relativt god arbetshälsa, undersöktes i förhållande till en ny episod med en sjukskrivning på 28 dagar eller längre. De faktorer som undersöktes var ålder, sociala förhållanden, livsstil och arbetsfaktorer. Av de 6246 kvinnor som besvarade baslinjeformuläret klassades 5224 ha en god eller ganska god arbetshälsa. 918 personer av dessa hade en episod med sammanhängande sjukskrivning på 28 dagar eller längre under en 3-årsperiod. Faktorer av vikt för denna sjukskrivning var ålder, en ansträngd ekonomi, kraftig övervikt, att känna sig utfrusen på arbetsplatsen, att både de mentala och fysiska kraven från arbetet upplevdes som större än den egna kapaciteten. I denna analys slogs alla sjukskrivna, oavsett diagnos, ihop till sjukskrivningsgruppen. Detta gör att riskerna kan slätas ut eftersom de förmodligen är olika för olika diagnoser.

209 kvinnor från gruppen ovan hade blivit långtidssjukskrivna på grund av besvär från nacke, skuldra och ländrygg. För denna grupp var hög fysisk ansträngning i arbetet och att de fysiska kraven var högre än kompetensen viktiga faktorer för långtidssjukskrivning. Andra faktorer som gav en ökad risk för långtidssjukskrivning i denna grupp var högre ålder, rökning, övervikt, låg stimulans och kontroll i arbetet samt att känna sig utfrusen av arbetskamrater eller chefer.

De 236 kvinnorna som hade blivit långtidssjukskrivna på grund av en mental eller stressrelaterad diagnos uppvisade i viss mån andra riskfaktorer för detta. Ålder och att känna sig utfrusen av arbetskamrater och chefer, var även i denna grupp förknippat med att senare bli långtidssjukskriven. Andra faktorer av intresse var att de mentala kraven i arbetet var högre än den egna kapaciteten, att man inte var nöjd med omfattningen av anställningen och att de förändringar som förekommit på arbetsplatsen upplevdes som negativa och hotande.

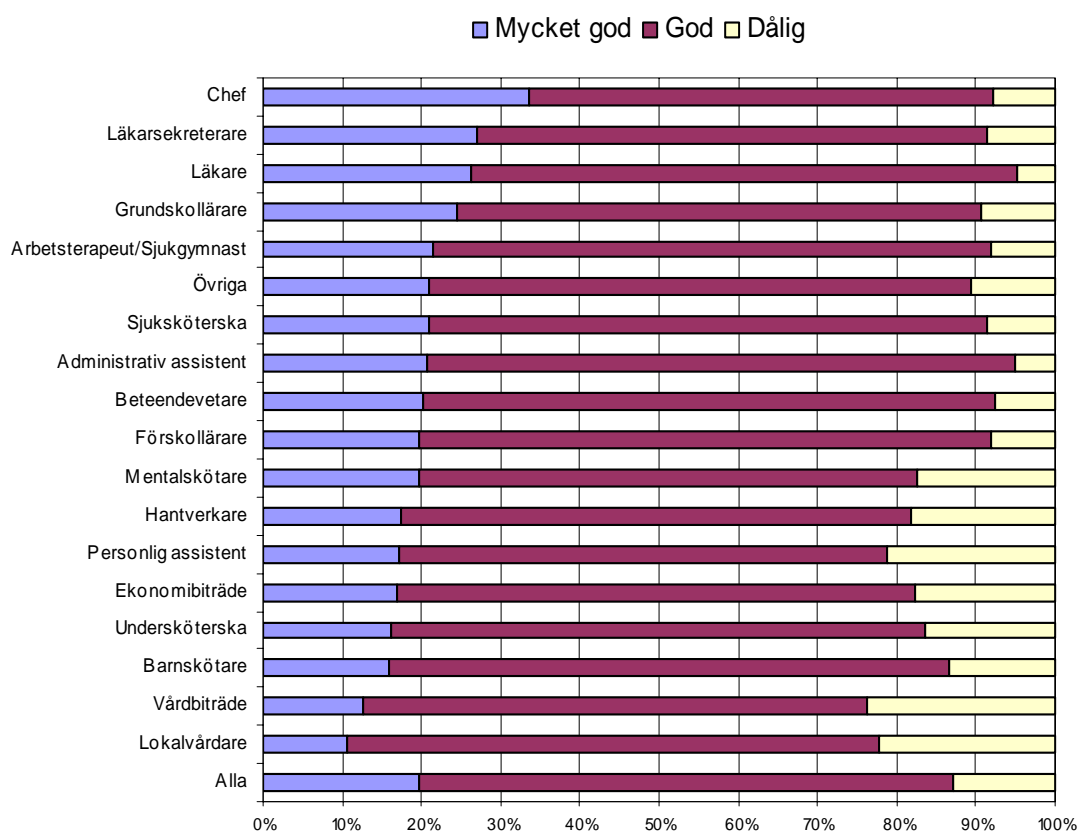
Genom olika förebyggande och rehabiliterande insatser på arbetsplatsen och för individen kan flera av dessa faktorer elimineras eller minskas.

Arbetshälsa

Faktorer som ökade risken för att utveckla en dålig arbetshälsa var att fysiska krav i arbetet var större än den egna förmågan, att ha ett kroppsligt ansträngande arbete, att krav i arbetet inte stämde överens med de egna kunskaperna, att känna sig utfrusen av chefer eller arbetskamrater, att vara över 50 år och att vara dagligrökare.

Arbetshälsan i olika yrkesgrupper

Vårdbiträden (24 procent), personliga assistenter (21 procent) och lokalvårdare (21 procent) var de grupper som rapporterade störst andel med dålig arbetshälsa, vilket var betydligt högre än grupperna med läkare och administrativa assistenter, där endast 5 procent angav en dålig arbetshälsa. En mycket god arbetshälsa, att den egna skattningen av hälsotillståndet var närmast utmärkt och att man dessutom vara ganska säker på att man på grund av hälsan inte hade några problem att arbeta kvar i sitt yrke de kommande 2 åren, rapporterades främst från chefer (34 procent), läkarsekreterare (27 procent) samt från läkare (26 procent), (figur 6:1). En betydligt lägre andel bland vårdbiträden (13 procent) och lokalvårdare (11 procent) angav en mycket god arbetshälsa. För yrkeskategorierna chefer, läkare, grundskollärare samt mentalskötare gjordes separata analyser för kvinnor och män – resultaten visade dock inte på skillnader i arbetshälsa mellan kvinnor och män i dessa yrkesgrupper.



Figur 6:1. Arbetshälsa i olika yrkesgrupper vid 3-årsuppföljningen (n=6617).

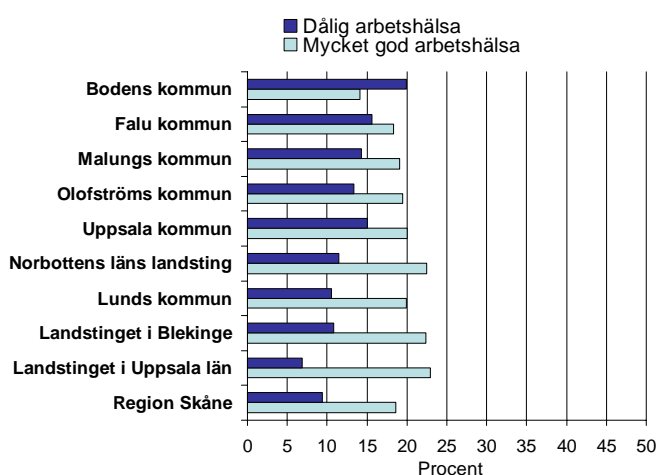
Arbetshälsa för vårdpersonal i kommuner och landsting

En jämförelse av arbetshälsan mellan kommuner och landsting för gruppen sjuksköterskor/undersköterskor visade att det var fler bland kommunanställda som angav en dålig arbetshäl-

sa, 15 procent, jämfört med 11 procent bland landstingsanställda. Andelen med mycket god arbetshälsa var densamma i kommuner (18 procent) och landsting (19 procent) för sjuksköterskor/undersköterskor.

Arbetshälsa på olika orter

En mycket god arbetshälsa var ungefär lika vanligt förekommande på de flesta orter – runt 20 procent (figur 6:2). Jämfört med alla som besvarade 3-årsuppföljningen var det dock färre (14 procent) som rapporterade en mycket god arbetshälsa i Bodens kommun. I Region Skåne och i Landstinget i Uppsala län samt i Lunds kommun var det färre som angav en dålig arbetshälsa och i Bodens och Faluns kommun var det fler som angav en dålig arbetshälsa vid jämförelse med alla vid 3-årsuppföljningen.



Figur 6:2. Andelen med mycket god respektive dålig arbetshälsa på de olika orterna vid 3-årsuppföljningen ($n=6\ 617$).

En dålig arbetshälsa kan tolkas som en signal till att förbättra situationen för grupper av individer. Samtidigt kan grupper där många rapporterar en mycket god arbetshälsa ge information om faktorer som stärker en hållbar arbetshälsa. Med dagens arbetsmarknad är det betydelsefullt för samhället att så många som möjligt har en arbetssituation där fysiska och psykiska krav i arbetet överensstämmer med individens förmåga och resurser. En dålig arbetshälsa kan betyda att en individ inte har möjlighet att delta i arbetsuppgifterna till 100 procent eller inte har möjlighet att arbeta överhuvudtaget.

Vid sidan av att tillhöra åldersgruppen 50+ var höga fysiska krav i arbetet och kroppsligt ansträngande arbete viktiga faktorer som ökade risken att rapportera dålig arbetshälsa efter 3 år. Genom att reducera tunga och fysiskt krävande arbetsmoment inom kommuner och landsting skulle gruppen med dålig arbetshälsa sannolikt kunna minska.

Besvär i rörelseorganen

Rörelseorganen är samlingsnamnet på skelett, muskler, senor och ledband (ligament). För en fullgod funktion krävs rörlighet, stabilitet, hållfasthet och smidighet hos dessa strukturer. Dessa krav är ofta omöjliga att förena och en eller flera av funktionerna blir defekta, vilket resulterar i värk eller funktionsnedsättning från någon del av rörelseorganen. Vanligaste lokaliseringen för dessa besvär är nacke, skuldror, brösttrygg, ländrygg, höft och knä.

Förekomst av besvär i rörelseorganen

Andelen som rapporterar värk från nacke/skuldror respektive ländrygg bland män och kvinnor i HAKuL-gruppen var hög. Statistiska centralbyrån (SCB) ställer frågor om besvär från nacke/skuldror och ländrygg i sina återkommande enkäter om levnadsförhållanden. Frågorna var inte identiska i de bägge undersökningarna från HAKuL och SCB, vilket gör en direkt jämförelse svår. Tendensen är dock klar, att anställda i kommuner och landsting tycks rapportera mer värk från rörelseorganen än genomsnittsbefolkningen i Sverige (Folkhälsorapport 2001).

Försäkringsbolaget AFA administrerar avtalsförsäkringar bestämda i kollektivavtal eller andra överenskommelser mellan arbetsmarknadens parter. Cirka 3 miljoner människor på arbetsmarknaden omfattas av någon av AFAs försäkringar, däribland privatanställda LO-medlemmar samt alla anställda i kommuner, landsting och församlingar. Efter en viss tids sjukskrivning träder försäkringen in med ett extra belopp till den sjukskrivne under 1 år efter anmälan från densamme. Bransch och diagnos på sjukfallet finns sedan i en omfattande databas. Utvecklingen av antalet långa sjukfall är densamma som redovisas från andra källor. Andelen sjukskrivna med diagnoser från nacke/skuldror och ländrygg har legat tämligen konstant under åren 1995-2002, medan andelen med mental diagnos har ökat i alla grupper. Någon tydlig diagnosförskjutning från rörelseorganens sjukdomar till mentala diagnoser tycks inte ha förekommit.

Värk och smärta från fem regioner eller fler under senaste året

I enkäterna har, vid både baslinjeundersökningen och vid 3-årsuppföljningen, frågor ställts om smärta och värk från olika kroppsregioner (nacke, skuldror, brösttrygg, armbågar, händer, ländrygg, höft, knä och fot). Andelen som angett att de har haft sådana besvär från fem kroppsregioner senaste året uppdelat på kön, ålder, ort och yrke visas i tabell 6:1, 6:2 och 6:3. På de flesta orter och i de flesta yrkesgrupper fanns en tendens att andelen med dessa besvär minskat mellan undersökningstillfällena. Kvinnor, äldre och de yrkesgrupper som arbetar mest fysiskt tungt anger högst andel besvär.

Tabell 6:1. Smärta och värk från fem regioner eller fler senaste i olika åldrar och bland män och kvinnor vid baslinjen och vid 3-årsuppföljningen. Resultaten utgår från alla som besvarat enkäten vid baslinjemätningen (n=7533) respektive alla som besvarat enkäten vid 3-årsuppföljningen (n=6617).

Smärta och värk från fem regioner			
	Baslinje- mätningen	Vid 3-årsupp- följningen	Skillnad baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen
Män -49 år	15 %	12 %	- 3%
Kvinnor – 49 år	27 %	23 %	- 4%*
Män 50-	21 %	16 %	- 5%*
Kvinnor 50-	35 %	33 %	- 2%

*Statistisk säkerställd skillnad mellan baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen

Tabell 6:2. Smärta och värk från fem regioner eller fler senaste året på olika orter vid baslinjen och vid 3-årsuppföljningen. Resultaten utgår från alla som besvarat enkäten vid baslinjemätningen (n=7533) respektive alla som besvarat enkäten vid 3-årsuppföljningen (n=6617).

Smärta och värk från fem regioner			
Studiegrupp Anställda i	Baslinje- mätningen	Vid 3-årsupp- följningen	Skillnad baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen
Bodens kommun	33 %	36 %	+ 3%
Malungs kommun	26%	23 %	- 3%
Falu kommun	28 %	25 %	- 3%
Uppsala kommun	27 %	27 %	<u>±</u> 0
Olofströms kommun	26 %	25 %	- 1%
Lunds kommun	30 %	23 %	- 7%*
Norrbottnens läns landsting	32 %	26 %	- 6%*
Landstinget i Uppsala län	24 %	24 %	<u>±</u> 0
Landstinget i Blekinge	28 %	23 %	- 5%
Region Skåne	25 %	21 %	- 4%*
Totalt	28 %	26%	- 2%

*Statistisk säkerställd skillnad mellan baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen

Tabell 6:3. Smärta och värk från fem regioner eller fler senaste året i olika yrkesgrupper vid baslinjen och vid 3-årsuppföljningen. Resultaten utgår från alla som besvarat enkäten vid baslinjemätningen (n=7533) respektive alla som besvarat enkäten vid 3-årsuppföljningen (n=6617).

Yrkestitel	Smärta och värk från fem regioner		
	Baslinjemätningen	Vid 3-årsuppföljningen	Skillnad baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen
Administrativ assistent	31 %	30%	- 1%
Arbetsterapeut /sjukgymnast	29 %	20%	- 9%*
Barnskötare	32 %	29%	- 3%
Beteendevetare	19 %	21%	+ 2%
Chef	17 %	15%	- 2%
Ekonomibitråde	38 %	37%	- 1%
Förskollärare	24 %	18%	- 5%*
Grundskollärare	20 %	14%	- 6%*
Hantverkare	30 %	24%	- 6%
Lokalvårdare	42 %	39%	- 3%
Läkare	14 %	11%	- 3%
Läkarsekreterare	38 %	28%	- 10%*
Mentalskötare	28 %	29%	+ 1%
Personlig assistent	24 %	26%	+ 2%
Sjuksköterska	25 %	25%	± 0
Undersköterska	34 %	32%	- 2%
Vårdbitråde	35 %	35%	± 0
Övriga	28 %	24%	- 4%
Totalt	28 %	26%	- 2%

*Statistisk säkerställd skillnad mellan baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen

Värk och smärta är det vanligaste gemensamma symtomet för rörelseorganens sjukdomar

Värk och smärta är det vanligaste symtomet vid rörelseorganens sjukdomar. Upplevelsen av smärta beror naturligtvis på hur stor skadan är, vilken typ av skada det är, men också av personlighet och tidigare upplevelser. Smärtupplevelsen är alltså mycket personlig och upplevelsen av smärta från liknande skador är förmodligen helt olika hos två människor. När en individ känner smärta, dvs vilken smärtröskel personen har, är också mycket individuellt. En del tål mycket, andra mindre. Kroppen kan både förstärka och förminska smärtsignalen i en nerv. Psykologiska faktorer kan öka smärtan och andra mekanismer i kroppens smärtsystem kan minska den. Sömn, återhämtning och fysisk aktivitet har betydelse för vår upplevelse av smärta (Vingård E 1996).

Smärta och värk kan indelas i tre typer

1. Smärta orsakad av yttre mekanismer eller kemiska faktorer

Denna typ av smärta är den vanligaste (90-95 % av all smärta) och har sitt ursprung i ”smärtmottagare”, som finns på nästan alla kroppens vävnader, och som reagerar för olika typer av retning. Den här typen av smärta fyller en viktig funktion, den är en varningssignal om att en skada har uppstått eller kommer att uppstå i vävnaderna, och att man bör göra något åt den för att inte skadan skall orsaka svår sjukdom eller död. Bra behandlingsmetoder finns för att lindra denna typ av smärta.

2. Smärta orsakad av tryck eller annan påverkan på en nerv

Det är en mer komplicerad typ av smärta, som ofta är svår och upplevs som ”brännande”, ”huggande”, ”borrande”, ”skärande” och kan komma i blixttackor. Orsakerna till denna typ av smärta kan vara många. Exempelvis kan ett tryck på en nerv i ryggen ge ischiassmärta ut i benet, ett tryck på en nerv i handleden, det så kallade karpaltunnelsyndromet, som karaktäriseras av smärta ut i handen. Vid neurogen smärta hjälper inte de vanliga smärtbehandlande medicinerna, ofta är t o m morfin verkningslös. Man måste antingen operera för att minska trycket på nerver, lägga smärtblockader eller prova läkemedel som påverkar och stabiliserar nervsystemet.

3. Smärta utan påvisbar skada

Denna typ av smärta är den mest ovanliga, den svåraste att lindra eftersom man sällan hittar ett aktuellt ”biologiskt underlag”. Men det är helt klart fråga om smärta, inte inbillning. Ibland kan det vara så att smärtbeteendet har ”fastnat” och smärtcentra i hjärnan aktiveras kontinuerligt. Själva skadan kanske läker ut efter några veckor men smärtbeteende och smärtan finns kvar. Behandlingen för denna typ av smärta är ofta psykologisk.

En historisk översikt av smärta och smärtbegreppet

Smärttolerans är kulturellt betingad och påverkas av tid, rum och erfarenhet. Innan smärtlindring började dyka upp under 1800-talets mitt ansågs smärta vara en del av livserfarenheten. Tandvärk, ryggvärk och ledvärk hörde till vardagen. Smärtan var också mer synlig i samhället i och med offentliga avrättningar, tortyrscener, skampålen och annat offentligt våld som drog stor publik. Smärtan sågs som straff, tuktan, eller varning. Moralen var att bita ihop, att härda ut, att inte låta smärtan få herraväldet över kroppen. Man skulle behärska sig. Smärtan användes också som en del av läkeprocessen och uttrycket ”ont ska med ont fördrivas” innebar att man dövade en smärta med en annan. Alkohol var det enda som för en stund kunde föra bort medvetandet om smärtan (Johannisson 1997).

I modern tid har skolmedicinen fokuserat på att lindra eller eliminera smärtan. Smärtan är en signal som ska tolkas som ett rent medicinskt problem som ska diagnostiseras och behandlas. De kulturella-psykologiska fenomen, som smärtan också är ett uttryck för, har avskiljts. Om smärtan tolkas som ett rent medicinskt begrepp får bara den del av smärtan som är behandlingsbar inom skolmedicinen full legitimitet. Den oklara ospecifika smärtan så kallade kroniska smärtsyndrom blir då problematisk. Den har långt lägre status än den akuta smärtan genom att den är svårtolkad och odistinkt och inte kan bli föremål för en specifik diagnos. Vetenskapen försöker hitta nya metoder att diagnostisera och fastställa smärtan som sjukdom. Fibromyalgi är ett exempel på en svårdiagnostiserad smärta där vetenskapen experimenterar bl.a. med att finna avvikelser i hjärnans signalsubstanser. Bakom dessa ospecifika diagnoser döljer sig ibland en kulturell, social och psykologisk konfliktsituation. Man förkroppsligar sin inre smärta och därmed har man synliggjort den. Bakom kroppens smärta kan man gömma djupare sår enligt idéhistoriken Karin Johannisson (Johannisson 1997). Hon menar vidare att den kroniska smärtan måste förstås i ett helhetsperspektiv, d.v.s. som en del av individens livshistoria och sociala sammanhang. Det

innebär att den varken ryms inom ett renodlat medicinsk modell eller renodlat psykologisk modell utan måste förstås som förkroppsligad erfarenhet. Smärtan kan vara ett sätt kommunicera anpassat till ett medikaliserat samhälle.

Samband mellan besvär i rörelseorganen och arbete

Flera svenska och internationella sammanställningar av sambandet mellan besvär och sjukdomar i rörelseorganens och fysisk och psykosocial exponering i arbetet har publicerats de senaste åren (Bongers, de Winter et al. 1993; Bernard B 1997; Burdorf A och Sorock G 1997; Vingård E och Nachemson A 2000; Hansson T och Westerholm P 2001; Punnett L and Wegman D 2004). I dessa konkluderas att det finns ett samband mellan besvär i ländryggen och ofta förekommande böjda och vridna arbetsställningar ofta kombinerade med lyft, ofta förekommande tunga lyft (över 15 kilo) och helkroppsvibrationer. För nackbesvär och fysisk belastning är sambanden sämre belagda vetenskapligt. Misstänkta samband finns mellan repetitiva och statiska arbetsuppgifter och nackbesvär. Även psykosociala faktorer har samband med rygg- och nackbesvär. Dålig tillfredsställelse med arbetet är en vanlig och viktig sådan faktor liksom dåligt stöd på arbetsplatsen.

För skulderbesvär gäller att arbete med armen i lyft position kan ge besvär främst av tendinitkaraktär. Även ett skulderbelastande repetitivt arbete kan ge ospecifika skulderbesvär.

Skillnad mellan män och kvinnor vad gäller rörelseorganens sjukdomar

Kvinnor anger mer besvär från rörelseorganen än män och har också mer och längre sjukskrivningsperioder på grund av dessa besvär (Vingård E and Kilbom Å 2001). Orsakerna till dessa skillnader är ännu inte helt klarlagda. Kvinnor har ungefär 40-60 procent av männens muskelstyrka, vilket kan vara en viktig faktor. Kvinnors och mäns yrkesliv skiljer sig också åt. Kvinnor har ofta mer monotona arbetsuppgifter och deras karriärmöjligheter är sämre. Kvinnor är också ofta ansvariga för hem och familj, vilket kan göra att deras möjligheter till vila och rekreation minskar. Teorin att dubbelarbete ligger bakom könsskillnaden när det gäller sjuklighet i rörelseorganen är dock dåligt belagd.

Kommentar

Smärta och värk från rörelseorganen är vanliga i HAKuL-gruppen. Andelen med många besvär har dock minskat mellan baslinjeundersökningen och 3-årsuppföljningen. Bland kvinnor är besvär och smärta vanligare än hos män och äldre anger också mer smärta än yngre. De yrkesgrupper som har fysiskt tyngst arbetsuppgifter har den högsta andelen med smärta från fem kroppsregioner eller mer. Att arbetsförhållanden har samband med besvär i rörelseorganen finns belagt i olika vetenskapliga undersökningar och inom detta område finns möjlighet till förebyggande och hälsofrämjande åtgärder. Dels kan detta ske genom att arbetsförhållanden förbättras, dels genom att individens kapacitet stärks.

Utmattningssyndrom ("utbrändhet")

Under tiden efter 1997 har antalet långtidssjukskrivna ökat. Denna ökning har det senaste året mattats av, medan de som får sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare förtidspension) har ökat. Andelen med psykiatriska och stressrelaterade besvär har ökat mest. Hur dessa psykiatriska och stressrelaterade besvär skall benämnas har debatterats och ändrats under de senaste åren.

Termen *utbrändhet* var den första som lanserades. Denna beteckning, "*burnout*", kom från USA, där begreppet har en mildare klang än på svenska. Både bland volontärer, som behandlade narkomaner i New York, och bland hälso- och sjukvårdsanställda i Kalifornien beskrevs samma fenomen ungefär samtidigt i slutet på 1970-talet (Freudenberger HJ 1974; Maslach C 1978). I Kalifornien leddes arbetet av socialpsykologen Christina Maslach. Hon definierade "burnout" som ett

tillstånd som visade på känslomässig utmattning, negativa attityder gentemot vårdtagarna och slutligen en kris i den professionella rollen med en minskad prestation. Den viktigaste faktorn var känslomässig utmattning där individen kände sig tömd på positiva känslor.

Burnout som diagnos blev allt vanligare i vissa västländer främst Nederländerna, Sverige och delvis i USA. Definitionen diskuterades dock och på slutet av 1980-talet gav de amerikanska forskarna Pines och Aronson en bredare beskrivning av fenomenet (Pines A and Aronson E 1988). Enligt deras beskrivning är individen utmattad såväl känslomässigt, mentalt och fysiskt till följd av ett långvarigt engagemang i känslomässigt krävande situationer. Utbrändhet kan inte bara uppstå i förhållande till ett arbete med människor utan i alla krävande situationer inom och utanför arbetslivet.

Den svenske forskaren Lennart Hallsten har betonat utbrändhet som en process och har föredragit att kalla det hela *utbränning* (Hallsten, Bellaagh et al. 2002). Han har också i sina undersökningar visat att alla, oavsett yrkestillhörighet eller ej, kan drabbas. Hallsten har också poängterat att det är viktigt att skilja mellan personer som befinner sig i utbränningsprocessen och de som är utarbetade eller uttröttade av olika orsaker, där arbetet kan vara en bidragande faktor.

Likheten mellan ”burnout” och depression har poängterats och vid undersökning är det viktigt att skilja mellan en depression med sina diagnoskriterier och en ”burnout”. Socialstyrelsen har i sin utredning ”Utmattningssyndrom – stressrelaterad psykisk ohälsa”, publicerad 2003, föreslagit termen utmattningssyndrom för det som tidigare benämnts utbrändhet, utbränning eller utmattningsdepression (Åsberg M and et al 2003). Om en patient uppfyller kriterierna för depression bör termen *depression med utmattningssyndrom* användas, och om en person är lindrigare drabbad kan det betecknas med termen *maladaptiv stressreaktion*. Termen utmattningssyndrom innebär att orsakerna till detta tillstånd anses vara långvarig stress från någon källa utanför eller inom arbetet.

Socialstyrelsen har också satt upp diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom. Dessa är följande, och alla med stor bokstav måste finnas med för att diagnosen utmattningssyndrom skall kunna ställas:

- A. Fysiska och psykiska symtom på utmattning under minst 2 veckor. Symtomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har förelegat under sex månader.
- B. Påtaglig brist på psykisk energi dominerar bilden, vilket visar sig i minskad företagsamhet, minskad uthållighet eller förlängd återhämtningstid i samband med psykisk belastning.
- C. Minst fyra av följande symtom har förelegat i stort sett varje dag under samma tvåveckorsperiod:
 - a. Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning
 - b. Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress
 - c. Känslomässig labilitet eller irritabilitet
 - d. Sömnstörning
 - e. Påtaglig kroppslig svaghet eller uttröttbarhet
 - f. Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, mag-/tarmbesvär, yrsel eller ljudkänslighet
- D. Symtomen orsakar ett kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
- E. Beror ej på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon kroppslig sjukdom/skada.

- F. Om kriterierna för någon annan psykiatrisk väldefinierad sjukdom, som t.ex. egentlig depression eller generaliserat ångestsyndrom, anges utmattningssyndrom enbart som en tilläggspecificifikation till den aktuella diagnosen.

Förutom rapporten från Socialstyrelsen år 2003, har en bra sammanställning av kunskapen på området publicerats 1998 av Schaufli och Enzman "the burnout companion to study and practice" (Schaufeli W and Enzmann D 1999). På svenska finns "Sanningen om utbrändhet" av Maslach och Leitner (Maslach C and Leitner M 1999).

Utmattningssyndrom i HAKuL

Christina Maslach i USA konstruerade ett frågeformulär när fenomenet "burnout" började uppmärksammas (Maslach C, Jackson SE et al. 1996). Detta frågeformulär var i sin ursprungliga version enbart avpassat för personer i människoyrket. Så småningom konstaterades att även andra yrkeskategorier, och även arbetslösa, kunde uppvisa samma symtom och begreppet utvidgades till att kunna gälla alla. Ett förkortat formulär med 16 frågor som var giltigt för alla togs fram och detta formulär är använt i HAKuL vid baslinjeundersökningen och vid 3-årsuppföljningen. De 16 frågorna täcker de tre områdena, känslomässig utmattning, negativa attityder och låg prestation. De personer som tillhör den tredjedel som ligger högst vad gäller känslomässig utmattning respektive i negativa attityder och den tredjedel som ligger lägst på skalan vad gäller yrkesmässig prestation, definieras vara i riskzonen för "utbrändhet" eller utmattningssyndrom.

Andelen som var i riskzonen för att utveckla utbrändhet uppdelat på kön, ålder, ort och yrke visas i tabell 6:4, 6:5 och 6:6. På de flesta orter och i de flesta yrkesgrupper fanns en tendens att andelen minskat mellan undersökningstillfällena.

Tabell 6:4. Andel i procent som bedöms vara i riskzonen för att drabbas av "utbrändhet" eller utmattningssyndrom enligt 16 frågor i Maslach-formuläret bland alla svarande kvinnor och män vid baslinjen och vid 3-årsuppföljningen. Resultaten utgår från alla som besvarat enkäten vid baslinjemätningen (n=7533) respektive alla som besvarat enkäten vid 3-årsuppföljningen (n=6617).

	Baslinjemätningen	3-årsuppföljningen	Skillnad baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen
Kvinnor	11 %	8 %	- 3%*
Män	8 %	7 %	- 1%

*Statistiskt säkerställd skillnad mellan baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen.

Tabell 6:5. Andel i procent som bedöms vara i riskzonen för att drabbas av "utbrändhet" eller utmattningssyndrom enligt 16 frågor i Maslach-formuläret. Resultaten utgår från alla som besvarat enkäten vid baslinjemätningen (n=7533) respektive alla som besvarat enkäten vid 3-årsuppföljningen (n=6617).

Riskzon för "utbrändhet"			
Studiegrupp Anställda i	Baslinje- mätningen	Vid 3 – årsuppföljningen	Skillnad baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen
Bodens kommun	13%	10%	- 3%
Malungs kommun	14%	8%	- 6%*
Falu kommun	10%	9%	- 1%
Uppsala kommun	9%	8%	- 1%
Olofströms kommun	9%	10%	+ 1%
Lunds kommun	8%	5%	- 3%*
Norrbottnens läns landsting	12%	6%	- 6%*
Landstinget i Uppsala län	8%	8%	± 0
Landstinget i Blekinge	11%	8%	- 3%
Region Skåne	14%	11%	- 3%
Totalt	10%	8%	- 2%*

*Statistiskt säkerställd skillnad mellan baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen

Tabell 6:6. Andel i procent som bedöms vara i riskzonen för att drabbas av "utbrändhet" eller utmattningssyndrom enligt 16 frågor i Maslach-formuläret för alla svarande vid baslinjen och vid 3-årsuppföljningen. Resultaten utgår från alla som besvarat enkäten vid baslinjemätningen (n=7533) respektive alla som besvarat enkäten vid 3-årsuppföljningen (n=6617).

Riskzon för "utbrändhet"			
Yrkestitel	Baslinje- mätningen	Vid 3- årsuppföljningen	Skillnad baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen
Administrativ assistent	11%	4%	- 7%*
Arbeterapeut /Sjukgymnast	15%	8%	- 7%*
Barnskötare	5%	3%	- 2%
Beteendevetare	12%	12%	± 0%
Chef	9%	6%	- 3%
Ekonomibitråde	20%	5%	- 15%*
Förskollärare	7%	7%	± 0
Grundskollärare	9%	6%	- 3%*
Hantverkare	6%	6%	- 0
Lokalvårdare	16%	13%	- 3%
Läkare	10%	11%	+ 1%
Läkarsekreterare	14%	6%	- 8%*
Mentalskötare	12%	9%	- 3%*
Personlig assistent	12%	12%	± 0
Sjuksköterska	11%	7%	- 4%*
Undersköterska	10%	11%	+ 1%
Vårdbitråde	11%	9%	- 2%
Övriga	8%	8%	± 0
Totalt	10%	8%	- 2%*

*Statistiskt säkerställd skillnad mellan baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen.

Maslach och hennes medarbetare Michael Leitner har försökt sammanfatta de faktorer de ser som viktigast i sambandet mellan arbetsförhållanden och utmattningsdepression (Maslach C and Leitner M 1999).

Dessa faktorer är:

1. för stor arbetsbelastning
2. bristande kontroll över det egna arbetet
3. brist på erkänsla för utfört arbete
4. bristande arbetsgemenskap
5. orättvisor
6. värderingskonflikter

Kommentar

Andelen som befann sig i riskzonen för ”utbrändhet” hade minskat mellan de 2 undersökningarna i HAKuL. Förhoppningsvis kan den ökande medvetenhet om fenomenet och dess orsaker, som försökt spridas på HAKuLs studieorter, bidra till detta.

Sammanfattning


Sjukdom kan definieras som en avvikelse från en normal kroppsfunction. Cirka 20 procent av de diagnoser som orsakar sjukskrivning är orsakade av väl definierade sjukdomar. Resten, cirka 80 procent, orsakas av smärta och värk från rörelseorganen eller psykiska och stressrelaterade åkommor som inte alltid låter sig väl definieras. Hälsa är ett annat begrepp som kan beskrivas som en upplevelse av välbefinnande och förmåga till handling oavsett sjukdom.

I HAKuL har alla som blivit långtidssjukskrivna följts. I gruppen på 5224 kvinnor, som angav en god hälsa vid baslinjen, sjukskrevs 918 under 28 dagar eller längre under 3-årsuppföljningen. En viktig riskfaktor var det faktum att man vid baslinjeundersökningen känt sig utfrusen av arbetskamrater eller chefer. Andra viktiga orsaker var att de fysiska eller mentala kraven i arbetet översteg den egna kapaciteten. För de kvinnor som sjukskrivits för diagnoser från rörelseorganen var fysisk belastning i arbetet viktig, liksom livsstilsfaktorer, såsom övervikt och rökning. För de stressrelaterade diagnoserna var livsstilsfaktorerna inte lika viktiga, men däremot att de förändringar som företagits på arbetsplatsen upplevdes som negativa. Stora möjligheter till förebyggande åtgärder finns både när det gäller arbetslivet och individens egen livsstil.

I HAKuL har arbetshälsan följts. Arbetshälsa mäts som en kombination av självskattad hälsa och den egenrapporterade möjligheten att, med tanke på hälsan, kunna arbeta om 2 år. Dålig arbetshälsa ökade risken att bli långtidssjukskriven. Yrkesgrupperna i HAKuL skiljde sig mycket ifråga om självrapporterad arbetshälsa. Vårdbiträden, personliga assistenter och lokalvårdare var de grupper som angav högst andel med dålig arbetshälsa (ca 20 %) och grupperna läkare och administrativa assistenter var de med lägst andel dålig arbetshälsa (ca 5 %). Fysisk belastning i arbetet tycks vara av stor betydelse för upplevelsen av den egna hälsan.

Smärta och värk från rörelseorganen är vanliga i HAKuL-gruppen. Andelen med besvär från många regioner, såsom nacke, skuldra, ländrygg, knä, höft, arm, hand osv., har minskat mellan starten för HAKuL och 3-årsuppföljningen. De yrkesgrupper som har tyngst jobb har den största andelen med besvär från fem kroppsregioner senaste året. Att arbetsförhållanden har samband med besvär i rörelseorganen är välkänt och här finns möjlighet till hälsofrämjande och förebyggande insatser. Dels kan detta ske genom att arbetsförhållandena ändras, dels genom att individens kapacitet stärks.

Utmattningssyndrom är en viktig stressrelaterad diagnos. Detta innebär en känslomässig utmattning, negativ attityd och låg prestation. Detta fenomen förekom i alla yrkesgrupper, men andelen hade generellt sett minskat mellan starten för HAKuL och 3-årsuppföljningen.



AVSNITT 7 - MOTION OCH RÖKNING

Motion

De dagliga aktiviteterna i det moderna samhället ställer allt mindre krav på fysisk ansträngning. Detta avspeglas bland annat i en stadigt ökande förekomst av övervikt i befolkningen. För de flesta människor innebär arbete idag mindre fysiska ansträngningar än förr. Den moderna västerlänningen måste därför ta särskilda initiativ på fritiden för att upprätthålla en god fysisk funktionsförmåga. Motion har en god effekt på hälsan och olika typer av motion förbättrar hälsan på olika sätt (SOU1999:137 1999).

Deltagarna i HAKuL fick frågan hur ofta och till vilken ansträngningsnivå de ägnade sig åt motions-, idrotts- eller friluftsvirksamhet överstigande 20 minuter. Frågorna var desamma som använts i stora befolkningsstudier som till exempel LIV 90 (Engström, Ekblom et al. 1993). Ansträngningsnivån delades in i hög ansträngningsgrad (du har hög puls och blir ansträngd och svettig), medelhög ansträngningsgrad (ansträngningsnivån skall vara sådan att det hjälpligt skulle gå att föra ett samtal med någon) och låg ansträngningsgrad (till exempel lugna promenader och cykelturer). Vid 3-årsuppföljningen rapporterade 86 procent av kvinnorna och 82 procent av männen att de motionerade regelbundet minst en gång per vecka. Det var inga större skillnader i andelen motionärer mellan åldersgrupperna, varken för kvinnorna eller för männen. Bland männen hade den yngsta åldersgruppen, med personer upp till 34 år, störst andel motionärer och de mellan 35 och 44 år lägst andel. För kvinnorna var det även där åldersgruppen 35 till 44 år som hade lägst andel motionärer, men för dem var det inga skillnader mellan de yngsta och de äldsta. Både för kvinnorna och männen motionerade yngre oftare på högre ansträngningsnivå än äldre (tabell 7:1).

Tabell 7:1. Andelen som motionerade uppdelat på kön, ålder och nivå. Resultatet baseras på alla som svarat på 3-årsuppföljningen.

		Regelbunden motion			Ej regelbunden motion	
		Totalt	Därav på nivå:			
Kön	Ålder		Hög	Medel	Låg	
Kvinna	-34	87%	53%	13%	22%	13%
	35-44	83%	51%	12%	20%	17%
	45-54	87%	48%	12%	27%	13%
	55-	86%	42%	14%	31%	14%
	Totalt	86%	48%	13%	25%	14%
Man	-34	86%	61%	11%	15%	14%
	35-44	79%	51%	11%	18%	21%
	45-54	82%	47%	11%	24%	18%
	55-	82%	43%	11%	29%	18%
	Totalt	82%	49%	11%	23%	18%

Fotnot: Hög = Minst 2 ggr/v på hög eller medelhög ansträngningsnivå. Medel = 1 gång/v på hög eller medelhög ansträngningsnivå. Låg = Minst 1 gång/v på låg ansträngningsnivå.

Tidigare studier har visat på samband mellan utbildningsnivå och motionsvanor (Persson, Sjöberg et al. 2004). Det sambandet kunde även ses i HAKuL, då 88 procent av dem som arbetade i yrken som kräver eftergymnasial utbildning motionerade regelbundet jämfört med 83 procent bland yrken med lägre krav på utbildning (tabell 7:2).

Tabell 7:2. Andelen som motionerade regelbundet minst 1 gång/v uppdelat på yrke. Resultatet baseras på alla som svarade på 3-årsuppföljningen.

Yrke	Andel med regelbunden motion
Administrativ assistent	75%
Arbets terapeut/sjukgymnast	83%
Barnskötare	77%
Beteendevetare	75%
Chef	80%
Ekonomibiträde	70%
Förskollärare	86%
Grundskollärare	81%
Hantverkare	68%
Lokalvårdare	72%
Läkare	72%
Läkarsekreterare	76%
Personlig assistent	78%
Sjuksköterska	79%
Mentalskötare	77%
Undersköterska	76%
Vårdbiträde	79%
Övriga	77%
Totalt	78%

Malungs kommun hade mer än halverat andelen som inte motionerade alls mellan 1,5-årsuppföljningen och 3-årsuppföljningen, från 20 procent till 9 procent. Det är svårt att jämföra orterna och värdera skillnaderna mellan 1,5-årsuppföljningen och 3-årsuppföljningen, eftersom motionerandet verkar vara säsongsb beroende och studieorterna har fyllt i enkäterna vid olika tidpunkter på året. Andelen som inte motionerade alls var högre under höst och vinter jämfört med under vår och sommar (tabell 7:3).

Tabell 7:3. Andelen som inte motionerade alls uppdelat på studieort. Resultatet baseras på alla som svarade på 1,5-årsuppföljningen samt alla som svarade på 3-årsuppföljningen.

Studieort	1,5-årsuppföljningen	3-årsuppföljningen
Bodens kommun	15%	15%
Malungs kommun	20%	9%
Falu kommun	17%	15%
Uppsala kommun	16%	18%
Olofströms kommun	18%	14%
Lunds kommun	11%	13%
Norrbottnens läns landsting	14%	17%
Landstinget i Uppsala län	12%	16%
Landstinget i Blekinge	15%	13%
Region Skåne	15%	14%
Totalt	15%	14%

Rökning

Andelen rökare i Sverige uppgick år 2002 till 19 procent för kvinnor och 16 procent för män (Statens Folkhälsoinstitut 2004). Vid 3-årsuppföljningen i HAKuL angav 17 procent av kvinnorna och 13 procent av männen att de rökte dagligen. Det är en minskning med 4 respektive 3 procent jämfört med baslinjemätningen. Kvinnorna i den yngsta ålderskategorin rökte i större utsträckning än de äldre. Det stämmer inte överens med hur det ser ut i Sverige som helhet, där rökning bland kvinnor är vanligast mellan 35 och 65 år. De yngre kvinnorna var också de enda som hade en större andel rökare än riksgenomsnittet för sin åldersgrupp. För män upp till 44 år så var andelen rökare 7 procent vid 3-årsuppföljningen. Det var mindre än hälften jämfört med riksgenomsnittet för de äldre. Andelen som rökte dagligen hade minskat i alla åldergrupper med undantag för männen i den äldsta ålderskategorin, där andelen rökare hade ökat (tabell 7:4). Det berodde inte på att fler i den åldersgruppen hade börjat röka utan på ett tillflöde av rökare som tidigare tillhörde ålderskategorin 45 till 54 år.

Det var stora skillnader i andelen rökare mellan de olika yrkesgrupperna. Andelen rökare bland yrken som kräver eftergymnasial utbildning var lägre än bland yrken som kräver lägre utbildning. Läkare, grundskollärare och sjukgymnaster hade till exempel mellan 4 och 6 procent rökare, medan yrken som mentalvårdare, lokalvårdare och ekonomibiträde alla hade minst 25 procent. Totalt sett rökte 9 procent av de med eftergymnasial utbildning och 23 procent av dem med lägre utbildning (tabell 7:5). Denna bild stämmer väl med förhållandena i Sverige som helhet, där andelen rökare bland personer med eftergymnasial utbildning är runt 10 procent, bland personer med gymnasial utbildning ungefär 20 procent samt för personer med förgymnasial utbildning runt 30 procent (Statens Folkhälsoinstitut 2004).

Tabell 7:4. Andelen som rökte dagligen uppdelat på kön och ålder. Resultatet baseras på alla som svarade på baslinjemätningen samt alla som svarade på 3-årsuppföljningen.

Kön	Ålder	Baslinjemätningen	3-årsuppföljningen
Kvinna	-24	26%	21%
	25-34	17%	13%
	35-44	19%	16%
	45-54	23%	19%
	55-	20%	17%
	Totalt	21%	17%
Man	-24	-	-
	25-34	8%	7%
	35-44	9%	7%
	45-54	22%	14%
	55-	15%	19%
	Totalt	16%	13%

Tabell 7:5. Andelen som rökte dagligen uppdelat på yrke. Resultatet baseras på alla som svarade på baslinjemätningen, alla som svarade på 1,5-årsuppföljningen samt alla som svarade på 3-årsuppföljningen.

Yrke	Baslinjemätningen	1,5-årsuppföljningen	3-årsuppföljningen
Administrativ assistent	22%	20%	23%
Arbetsterapeut /sjukgymnast	8%	5%	6%
Barnskötare	14%	13%	14%
Beteendevetare	16%	14%	13%
Chef	18%	17%	15%
Ekonomibiträde	25%	25%	26%
Förskollärare	9%	8%	7%
Grundskollärare	9%	6%	6%
Hantverkare	18%	20%	13%
Lokalvårdare	34%	30%	28%
Läkare	6%	6%	4%
Läkarsekreterare	15%	18%	14%
Personlig assistent	34%	29%	22%
Sjuksköterska	15%	13%	12%
Mentalskötare	35%	30%	30%
Undersköterska	25%	22%	22%
Vårdbiträde	31%	29%	25%
Övriga	17%	14%	14%
Totalt	20%	17%	16%

På alla studieorter hade andelen rökare minskat, men det var fortfarande stora skillnader mellan dem (tabell 7:6). Skillnaderna kan till stor del förklaras av att olika studieorter hade olika typer av verksamhet och därmed hade olika typer av yrkesgrupper anställda. Till exempel så var de två dominerande yrkesgrupperna i Landstinget i Uppsala län läkare och sjuksköterskor, yrken som generellt har en liten andel rökare. Bodens kommun dominerades däremot av mentalvårdare, undersköterskor och vårdbiträden, vilka är yrken som vanligtvis har en stor andel rökare. De studieorter som hade en stor andel av personalen i yrken som kräver eftergymnasial utbildning hade också en lägre andel rökare. Detta mönster går igen på alla studieorter utom Region Skåne, som hade en hög andel rökare trots att en stor andel av personalen var sjuksköterskor. Sjuksköterskorna inom Region Skåne rökte i dubbelt så stor utsträckning som sjuksköterskorna på de andra studieorterna. Den del av Region Skåne som ingick i HAKuL var Divisionen för Psykiatri. I Norrbottens läns landsting deltog Divisionen för Vuxenpsykiatri, men även andra verksamheter såsom Kirurgi och Rörelsehabilitering. Inom Vuxenpsykiatri i Norrbottens läns landsting rökte 20 procent av sjuksköterskorna dagligen och inom de övriga deltagande verksamheterna i samma landsting rökte 12 procent av sjuksköterskorna.

Tabell 7:6. Andelen som rökte dagligen uppdelat på studieort. Resultatet baseras på alla som svarade på baslinjemätningen, alla som svarade på 1,5-årsuppföljningen samt alla som svarade på 3-årsuppföljningen.

Studieort	Baslinjemätningen	1,5-årsuppföljningen	3-årsuppföljningen
Bodens kommun	30%	26%	25%
Malungs kommun	21%	22%	19%
Falu kommun	19%	17%	17%
Uppsala kommun	21%	18%	17%
Olofströms kommun	17%	17%	16%
Lunds kommun	14%	12%	12%
Norrbottens läns landsting	19%	15%	15%
Landstinget i Uppsala län	10%	8%	8%
Landstinget i Blekinge	19%	15%	13%
Region Skåne	25%	26%	23%
Totalt	20%	17%	16%

Av dem som rökte dagligen vid baslinjemätningen hade 22 procent slutat röka vid 3-årsuppföljningen. Landstinget i Blekinge var den studieort där störst andel slutade, 40 procent av rökarna vid studiens början hade slutat 3 år senare.

Sammanfattning

Av deltagarna i HAKuL rapporterade 86 procent av kvinnorna och 82 procent av männen att de motionerade regelbundet. Det var inga stora skillnader mellan åldersgrupperna i andelen motionärer, men yngre motionerade oftare på högre ansträngningsgrad än äldre. Andelen motionärer var högre i yrken som kräver en längre utbildning. I Malungs kommun hade hälften av dem som inte motionerade vid 1,5-årsuppföljningen börjat motionera vid 3-årsuppföljningen.

Rökningen hade minskat under tiden för HAKuL, från 21 till 17 procent för kvinnorna och från 16 till 13 procent för männen. Rökning var vanligare bland lågutbildade. Sjuksköterskor inom psykiatri rökte i större utsträckning än sjuksköterskor i andra verksamheter. Drygt var femte som rökte vid baslinjemätningen hade slutat vid 3-årsuppföljningen.

AVSNITT 8 - GODA EFFEKTER AV OBLIGATORISK FRISKVÅRD PÅ ARBETSTID I MALUNGS SOCIALFÖRVALTNING

Socialförvaltningen i Malung var tidigt engagerad och mycket intresserad av HAKuL och dess idé. Efter baslinjeundersökningen beslutade den politiska och administrativa ledningen att satsa på ett omfattande friskvårdsarbete med främsta syfte att öka hälsan hos de anställda och därmed minska antalet sjukdagar och kostnader.

I maj 2002 anställdes en erfaren projektledare, knuten till företagshälsovården, för att leda arbetet, och friskvårdsinspiratörer på varje arbetsplats utbildades. Projektledaren skulle planera och organisera så att alla anställda skulle få en timme välanpassad men obligatorisk ledarledd fysisk aktivitet per vecka på betald arbetstid. Lokala gym, badhus och andra friskvårdsaktörer kontaktades. Rökare erbjöds gratis rökavvänjning hos företagshälsovården och de överviktiga kunde få delta i XL-grupper med anpassad fysisk träning och kostrådgivning. Det var viktigt med ett brett utbud av aktiviteter med olika krav på intensitet. Det skulle vara roligt och det skulle vara låg skaderisk. Chefer och beslutsfattare var också delaktiga i träningen, vilket var viktigt för trovärdigheten. Företagshälsovården var aktivt delaktig i satsningen.

För att undersöka om denna satsning har haft någon effekt har jämförelser gjorts med en kontrollkommun, socialförvaltningen i Falun. Under observationstiden pågick ett sedvanligt utvecklingsarbete och också friskvårdssatsningar i kontrollkommunen, men inte med samma intensitet och dignitet som i Malung.

De parametrar som jämfördes mellan Malung och socialförvaltningen i Falun var tre frågor om livsstil (motionsfrekvens, rökning och vikt, mätt som BMI), tre frågor om hälsa (självsattad hälsa, antalet utan sjukfrånvaro senaste året och graden av upplevd utmattning), samt tre frågor om arbetsmiljö (upplevd fysisk ansträngning i arbetet, god kontroll över arbetet och god stämning på arbetsplatsen).

Resultaten visar en positiv utveckling i Malung, fler hade börjat motionera, färre kände sig utmattade och färre upplevde arbetet som fysiskt ansträngande. Syftet var att ta reda på om den företagna satsningen på obligatorisk friskvård på arbetstid hade haft effekt på livsstil, hälsa och vissa arbetsförhållanden. Motionsfrekvensen hade ökat rejält och i eftermätningen var det få som inte motionerade alls i Malung. Antalet rökare minskade glädjande nog i båda kommunerna. Viktminskning mätt på gruppnivå på detta sätt gav inga skillnader. I rapporter från Malung redogörs dock för flera enskilda fall med rejäl viktminskning, i vissa fall upp till 20 kilo, från en kraftigt överviktig grupp som fick specialträning.

Antalet personer utan någon sjukdag senaste året har minskat i båda kommunerna men mer i kontrollkommunen än i Malung. Färre personer i Malung kände av utmattning och likaså upplevde något flera i Malung en god självskattad hälsa jämfört med kontrollkommunen, även om skillnaden inte kunde beläggas statistiskt.

Beträffande arbetsmiljön hade antalet som upplevde arbetet kroppsligt ansträngande minskat i Malung och det var också skillnad mellan kommunerna. De som upplevde att de hade hög kontroll i arbetet hade glädjande nog ökat signifikant i båda kommunerna. Stämningen på arbetsplatsen var god, angav många på båda ställena, och här hade inget dramatiskt hänt mellan mättilfällena.

Förutom skillnad i motionsfrekvens mellan kommunerna var det signifikanta skillnader i upplevelse av kroppsligt ansträngande arbete och sjukfrånvaro. Dessa skillnader kan vara tecken på att interventionen har haft effekt. Den ökade motionsfrekvensen kan hypotetiskt ha lett till bättre ork och känslan av att arbetet kändes lättare.

Socialtjänstens arbetsuppgifter omfattar olika typer av vårdarbete, dag och natt, inom hemtjänst och omsorg på servicehus och vårdhem. Man har ansvar för särskild omsorg på både individ- och familjenivå. Det innefattar psykiatri och arbete som personliga assistenter. Det förekommer hela tiden kontakter med vårdtagare som har olika behov. Samtidigt som det är ett psykiskt krävande arbete är det mötena med vårdtagarna som ger arbetet innehåll och mening.

Att starta ett interventionsarbete som detta har skapat en positiv anda även om det inte i alla variabler ses signifikant säkerställda skillnader. Man upplevde ökad social gemenskap men också ökat välbefinnande och mera ork. Värken minskade och rörligheten ökade. Sömnerna blev bättre och spänningarna lättade. Det var ibland vissa svårigheter både att få in motionstimmen på schemat och att få ut en kompensationsledig timme om man hade tränat på fritiden. Det var också vissa svårigheter att nå ut med information innan man började använda e-post, och ibland saknades det instruktörer.

Vid en satsning, som den i Malung, är det viktigt att arbetet är väl förankrat och att det leds av en duktig projektledare med goda kunskaper om fysiska och mentala processer i ett förändringsarbete. Att denna projektledare är knuten till företagshälsovården är också bra och kan ge synergieffekter i det allmänna förebyggande arbetet och vid rehabilitering. Uthållighet och engagemang, både från den politiska och administrativa ledningen, är också oerhört viktigt för att satsningen skall lyckas och leva vidare.

Sammanfattning

Obligatorisk friskvård på arbetstid var möjligt att genomföra, men det krävs att arbetet är väl förankrat och att det leds av en duktig projektledare med goda kunskaper om fysiska och mentala processer i ett förändringsarbete. Satsningen på obligatorisk friskvård inom socialförvaltningen i Malung hade en positiv effekt på motionsvanor, självskattad hälsa och arbetsförhållanden.

AVSNITT 9 - FYSISKA ARBETSFÖRHÅLLANDEN

Människokroppens funktioner kräver fysisk belastning för att vara funktionsdugliga. Hur mycket belastning som behövs är individuellt. Det finns inga mått på vad som är en lämplig ”dos”, man vet dock att för mycket eller för lite fysisk belastning kan vara skadligt. Belastningsdosen är en kombination av kroppens kraftutveckling för att möta belastningen, hur ofta den utförs samt hur länge den pågår.

Utvecklingen av fysiska belastningar i arbetet

De fysiska belastningar som undersökts närmare i HAKuL är:

- upplevelsen av arbetet som fysiskt ansträngande
- tunga lyft,
- arbete med böjd rygg
- ensam lyfta/förflytta patient.

Gränsen för vad som i detta avsnitt anses som hög exponering av fysisk belastning framgår av tabell 9:1.

Tabell 9:1. Frågor om fysisk belastning och vad som definierades som hög fysisk belastning.

Enkät fråga	Hög fysisk belastning
Hur kroppsligt ansträngande upplever Du vanligtvis Ditt arbete?	Skattning ≥ 14 på Borgs RPE-skala 6-20
Utför Du tunga lyft (mer än 10 kg) eller förflyttningar i Ditt arbete?	> 10 ggr/dag
Arbetar Du med framåtböjd rygg?	> 60 min/dag
Hur stor del av en vanlig arbetsdag arbetar du med armarna ovan axelhöjd?	> 60 min/dag
Händer det att Du lyfter eller förflyttar en patient ensam, fast ni borde vara två?	Ofta/ibland

Andelen anställda som rapporterar exponering för fysiska belastningar generellt har minskat under HAKuL-perioden. Detta är en subjektiv bedömning, där individen jämför arbetets fysiska krav med den egna förmågan. Belastning kan innehålla tung manuell hantering, statisk belastning under längre tid (låsta arbetsställningar t.ex.) eller hög energetisk belastning, alltså sådan belastning som engagerar cirkulationsapparaten och kräver god kondition. Även andelen som uppger specifik fysisk belastning, såsom tunga lyft, böjd rygg och ensam förflyttning av patienter, har minskat. Minskningen i rapporterad fysisk belastning kan inte förklaras av en förnyring av arbetskraften eller av att andelen män skulle ha ökat. Både andelen arbetstagare över 50 år, liksom andelen kvinnor bland de svarande, har ökat något vid 3-årsuppföljningen.

Av samtliga som svarade på baslinjeenkäten var det 4539 som också svarade på 3-årsuppföljningen. Dessa uppvisade nästan identiskt lika andelar exponerade som de som redovisas i tabell 9:2.

Tabell 9:2. Andel exponerade för olika fysiska arbetsfaktorer Resultaten utgår från alla som besvarat enkäten vid baslinjemätningen (n=7533) respektive alla som besvarat enkäten vid 3-årsuppföljningen (n=6617).

	Fysiskt ansträngande arbete	Tunga lyft	Böjd rygg	Armarna högt	Ensam lyft/ förflyttning av patient
Baslinjemätningen	42%	12%	22%	4%	23%
3-års-uppföljningen	36%*	9%*	19%*	4%	19%*

* innebär att skillnaden mellan baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen är statistiskt säkerställd

Var finns exponeringarna?

Vi vet att om man rapporterar arbetet som fysiskt ansträngande eller att man är exponerad för mer specifika fysiska belastningsfaktorer har man förhöjda risker både för att utveckla dålig arbetshälsa och att bli långtidssjukskriven. Av tabell 9:3 framgår att en betydligt större andel av de anställda inom kommuner jämfört med landstingsanställda upplever sitt arbete som fysiskt ansträngande och att det på kommunala arbetsplatser också är vanligare med exponering för mer specifika belastningar, såsom tunga lyft, att arbeta med framåtböjd rygg och att ensam lyfta och förflytta patienter fast man borde vara två.

Tabell 9:3. Andel som rapporterade fysiska belastningsfaktorer inom kommuner och landsting respektive bland yngre och äldre kvinnor och män vid 3-årsuppföljningen.

	Fysiskt ansträngande arbete	Tunga lyft	Böjd rygg	Armarna högt	Ensam lyft/ förflyttning av patient
Kommuner	42%*	11%*	21%*	5%	21%*
Landsting	26%	5%	16%	4%	17%
Kvinnor, 20-49 år	39%*	10%	19%*	4%	25%*
Män, 20-49 år	29%	9%	14%	3%	13%
Kvinnor, 50-65 år	38%*	6%*	20%*	5%	17%*
Män, 50-65 år	21%	10%	13%	4%	8%

* innebär att skillnaden är statistiskt säkerställd

I tabell 9:4 anges andelen som vid 3-årsuppföljningen rapporterade hög exponering för respektive belastningsfaktor inom de största yrkesgrupperna som ingår i HAKuL. I de fall denna andel är lika med eller större, än andelen i hela HAKuL har siffran gråmarkerats, vilket alltså signalerar att förhållandevis många inom yrket är utsatta för höga belastningar. Om en yrkesgrupp uppvisar flera grå fält finns anledning att prioritera förbättringar för dessa grupper. De som i första hand bör komma ifråga är således barnskötare, ekonomibiträden, hantverkare, lokalvårdare, personliga assistenter, undersköterskor samt vårdbiträden.

Tabell 9:4. Andel som rapporterade fysiska belastningsfaktorer inom de största yrkesgrupperna i HAKuL vid 3-årsuppföljningen. Andel exponerade för en viss faktor inom respektive yrke som är lika med eller större än andelen i hela HAKuL är gråmarkerade.

	Fysiskt ansträngande arbete	Tunga lyft	Böjd rygg	Armarna högt	Ensam lyft/förflyttning av patient
Samtliga	36%	9%	19%	4%	19%
Administrativ assistent	12%	0	20%	2%	0
Arbets terapeut/sjukgymnast	22%	1%	11%	0	8%
Barnskötare	50%	20%	20%	2%	6%
Beteendevetare	6%	0	3%	1%	1%
Chef	13%	0	5%	0	0
Ekonomibitråde	57%	11%	27%	10%	2%
Förskollärare	43%	5%	14%	1%	0
Grundskollärare	20%	2%	33%	4%	0
Hantverkare	42%	21%	23%	5%	0
Lokalvårdare	62%	1%	42%	20%	0
Läkare	13%	1%	13%	2%	12%
Läkarsekreterare	17%	1%	5%	1%	0
Mentalskötare	34%	6%	7%	2%	32%
Personlig assistent	38%	8%	8%	4%	41%
Sjuksköterska	27%	4%	14%	5%	24%
Undersköterska	61%	26%	29%	6%	56%
Vårdbitråde	57%	16%	21%	7%	50%
Övriga	29%	6%	21%	6%	3%

Sammanfattning

Flera stora yrkesgrupper i HAKuL, främst inom den kommunala sektorn, har ett fysiskt belastande arbete. Under de 3 år som HAKuL varat har den fysiska belastningen i arbetet minskat.

AVSNITT 10 - PSYKOSOCIALA ARBETSFÖRHÅLLANDEN

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

Den egna upplevelsen av förändrade arbetsvillkor påverkas i stor utsträckning av våra tidigare erfarenheter. Bra erfarenheter av stödjande arbetskamrater och överordnade gör det lättare att hantera påfrestningar. Negativa erfarenheter kan leda till att man börjar tvivla på den egna förmågan, vilka möjligheterna till eget inflytande är och hur skicklig man är i sitt arbete. Upprepade dåliga erfarenheter av nedskärningar och omorganisationer, där ekonomiska överväganden framstår som det väsentligaste, gör det svårare att bemästra nya påfrestningar. Anpassning och nya förhållanden innebär en påfrestning som bör mötas med utvecklingsmöjligheter och stöd från omgivningen (SOU1999:137 1999; Landsbergis and Theorell 2000)

De frågeformulär som användes i HAKuL innefattar frågor med olika infallsvinklar på begreppen belastning i arbetet och individens och arbetsgruppens resurser. Enkätfrågorna om psykosociala arbetsförhållanden har utvecklats i tidigare utvecklings- och forskningsprojekt om samband mellan arbetsförhållanden, livsstil och hälsa (Theorell, Michélsen et al. 1991; Härenstam, Ahlberg et al. 1999; Dallner, Elo et al. 2000; Waldenström, Theorell et al. 2002).

Krav och kompetens

Av deltagarna i HAKuL rapporterade cirka en fjärdedel att kraven i arbetet inte stämde överens med kompetensen, kraven var antingen för höga eller för låga. Här fanns det en stor variation mellan yrkesgrupper, verksamheter och orter.

Att uppleva för höga krav i förhållande till kompetens och färdigheter rapporterades av 10 procent. Vanligast var det bland läkare, 22 procent, och bland grundskollärare, 17 procent, vid baslinjemätningen. Det var inga tydliga skillnader mellan baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen.

Inte heller andelen med för låga krav i förhållande till kompetens förändrades nämnvärt, 16 procent vid baslinjemätningen och 15 procent vid 3-årsuppföljningen.

Vid 3-årsuppföljningen rapporterade 36 procent av undersköterskorna, som var anställda i kommunal verksamhet, att kraven i arbetet var lägre än kompetensen. Andelar för landstingsanställda var 14 procent.

Enkätsvaren visade på skillnader mellan olika kommuner, 46 procent av undersköterskorna i Boden och 26 procent av undersköterskorna i Olofström, rapporterade vid 3-årsuppföljningen att kraven i arbetet var lägre än deras kompetens och färdigheter (tabell 10:1).

Om vi utgår från de resultat där alla som besvarat respektive enkät finns med var det en mindre andel av undersköterskorna vid 3-årsuppföljningen, jämfört vid baslinjemätningen, som upplevde att kraven var lägre än deras kunskaper och kompetens.

Om vi utgår från de undersköterskor som deltog både i baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen fanns det en tendens till en förändring på vissa orter, men i stort kan resultatet

tolkas som att de undersköterskor, som vid baslinjemätningen inte fick använda sin kompetens, inte heller fick göra det vid 3-årsuppföljningen.

Tabell 10:1. Andel undersköterskor som rapporterade för låga krav i förhållande till kompetens och färdigheter. Resultaten utgår från alla som besvarat enkäten vid baslinjemätningen respektive (n=1024) alla undersköterskor som besvarat enkäten vid 3-årsuppföljningen (n=797).

Undersköterskor	För låga krav i arbetet i förhållande till kompetens och färdigheter		
	Baslinjemätningen	Vid 3-årsuppföljningen	Skillnad baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen
Bodens kommun	49%	46%	- 3%
Malungs kommun	39%	30%	- 9%
Falu kommun	69%	44%	- 25%*
Uppsala kommun	34%	33%	- 1%
Olofströms kommun	29%	26%	- 3%
Norrbottnens landsting	13%	12%	- 1%
Uppsala landsting	12%	11%	- 1%
Blekinge landsting	20%	20%	± 0%
Totalt	34%	28%	- 6%*

* innebär att skillnaden mellan baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen är statistiskt säkerställd

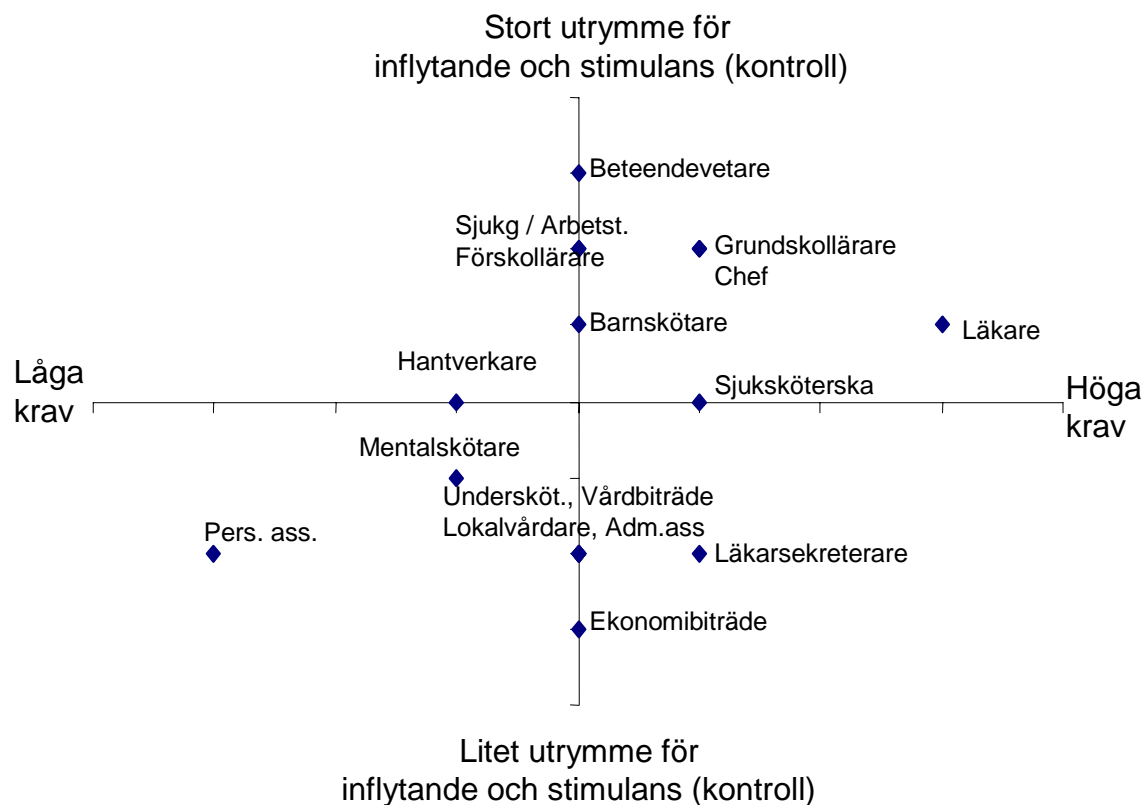
Krav och inflytande

Det finns många studier av arbetslivet som visar att risken för ohälsa ökar vid en arbetssituation med höga krav och små möjligheter till inflytande över den egna arbetssituationen och lite stimulans i arbetet. Att ha en arbetssituation med rimligt höga och utvecklande arbetskrav kombinerat med stora handlingsmöjligheter innebär ett aktivt arbete som främjar hälsa (Karasek and Theorell 1990).

Läkarsekreterare rapporterade relativt höga krav och små möjligheter till inflytande och stimulans i arbetet. Läkare var den yrkesgrupp som rapporterade högst krav i arbetet men låg inte högst vad gäller möjligheter till inflytande och stimulans i den egna arbetssituationen (figur 10:1).

Andelen med spänt arbete - höga krav i arbetet i kombination med litet utrymme för inflytande och stimulans i arbetet - minskade mellan baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen (tabell 10:2 och 10:3). Tendensen var densamma inom alla deltagande verksamheter, andelen med spänt arbete minskade. Tydligast var förändringen i Malungs kommun och i Blekinge landsting (tabell 10:2).

Lokalvårdare, ekonomibiträden, läkarsekreterare, administrativa assistenter och vårdbiträden var yrkesgrupper med en jämförelsevis hög andel som rapporterade en spänd arbetssituation vid baslinjemätningen, men där andelen hade minskat vid 3-årsuppföljningen (tabell 10:3).



Figur 10:1. Förhållandet mellan krav i arbetet och utrymmet för eget inflytande över hur och när arbetet ska göras och stimulans i arbetet. Krav mättes med fem frågor och stimulans/ inflytande med sex frågor. Genomsnittsvärdet (medianen) för krav (summan 13) och för inflytande/ stimulans (summan 18) är mittpunkten i figuren.

Tabell 10:2. Andelen som rapporterade ett spänt arbete (höga krav och lite stimulans och kontroll i arbetet). Resultaten utgår från alla som besvarat enkäten både vid baslinjemätningen och 3-års uppföljningen (n=4539).

Studiegrupp Anställda i	Ett spänt arbete		
	Baslinje- mätningen	Vid 3- årsuppföljningen	Skillnad baslinje- mätningen och 3- årsuppföljningen
Bodens kommun	14%	13%	- 1%
Malungs kommun	15%	7%	- 8%*
Falu kommun	9%	5%	- 4%*
Uppsala kommun	8%	4%	- 4%
Olofströms kommun	9%	5%	- 4%
Lunds kommun	3%	2%	- 1%
Norrbottnens landsting	9%	7%	- 2%
Uppsala landsting	11%	7%	- 4%
Blekinge landsting	17%	10%	- 7%*
Lunds Universitetssjukhus	4%	3%	- 1%
Totalt	9%	6%	- 3%*

* innebär att skillnaden mellan baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen är statistiskt säkerställd

Tabell 10:3. Andelen som rapporterade ett spänt arbete (höga krav och lite stimulans och kontroll i arbetet). Resultaten utgår från alla som besvarat enkäten både vid baslinjemätningen och 3-år uppföljningen (n=4539).

Yrkestitel	Ett spänt arbete		
	Baslinjemätningen	Vid 3-årsuppföljningen	Skillnad baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen
Administrativ assistent	14%	5%	- 9%*
Arbetsterapeut /sjukgymnast	1%	0	- 1%
Barnskötare	1%	2%	+ 1%
Beteendevetare	2%	0%	- 2%
Chef	2%	6%	+ 4%
Ekonomibitråde	22%	15%	- 7%
Förskollärare	3%	2%	- 1%
Grundskollärare	6%	1%	- 5%*
Hantverkare	1%	4%	+ 3%
Lokalvårdare	26%	17%	- 9%*
Läkare	13%	7%	- 6%
Läkarsekreterare	22%	9%	- 13%*
Mentalskötare	4%	3%	- 1%
Personlig assistent	10%	8%	- 2%
Sjuksköterska	8%	6%	- 2%
Undersköterska	19%	16%	- 3%
Vårdbitråde	18%	9%	- 9%*
Övriga	4%	4%	-
Totalt	9%	6%	- 3%*

* innebär att skillnaden mellan baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen är statistiskt säkerställd

Ledarskap

Under senare år har stora förändringar genomförts inom den offentliga sektorn. Samtidig med nationella reformer har landsting och kommuner genomfört förändringar i sin organisation. Konkurrens mellan olika verksamheter och resultatredovisning har blivit allt vanligare. Ekonomisk styrning och ökad effektivitet har blivit allt viktigare. I en verksamhet där förutsättningarna, både ekonomiska och organisatoriska, ständigt förändras är det av avgörande betydelse att ledningen kan skapa möjligheter för de anställda att hantera de nya krav som ställs i arbetet. Ledarskap som är godtyckligt, som innebär förringande av de underställda och där initiativ från personalen motarbetas, ökar risken för stress och ohälsa (Bass 1990 (third edition)).

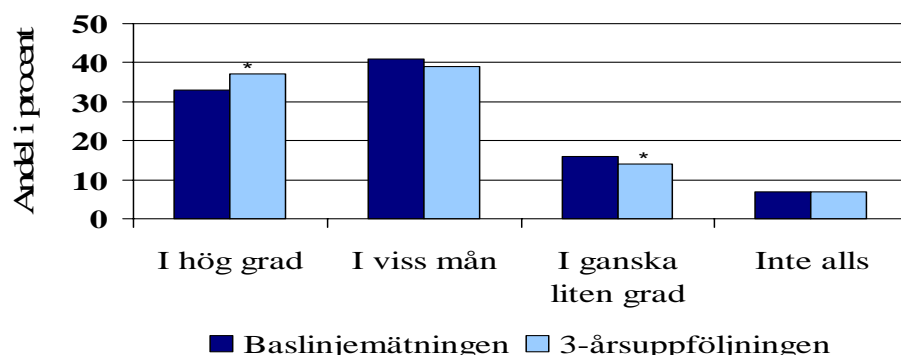
En fråga i enkäten vid baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen löd:

Upplever du ett i stort sett fungerande ledarskap från din närmaste chef?

Det fanns fyra svarsalternativ: Inte alls, I ganska liten grad, I viss mån och I hög grad.

Ett i hög grad fungerande ledarskap från den närmaste chefen upplevde 29 procent av de kommunalanställda och 35 procent av de anställda inom landstinget vid baslinjemätningen. Att det närmaste ledarskapet inte alls fungerade angav 9 procent av de kommunalanställda och 8 procent av de landstingsanställda. Andelen med ett i hög grad fungerande ledarskap hade ökat och andelen som rapporterade ett ledarskap som inte alls eller liten grad fungerade hade minskat, när sva-

ren vid 3-årsuppföljningen jämfördes med resultaten från baslinjemätningen (figur 10:2). Tendensen var densamma på de flesta orterna (tabell 10:4).



Figur 10:2. Ledarskapet från närmaste chef. Resultaten utgår från de som besvarat enkäten både vid baslinjemätningen och 3-års uppföljningen (n=4539). *innebär att skillnaden mellan baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen är statistiskt säkerställd.

Tabell 10:4. Ett i hög grad fungerande ledarskap från närmaste chef. Resultaten utgår från alla som besvarat enkäten vid baslinjemätningen och även besvarat enkäten vid 3-årsuppföljningen (n=4539).

Studiegrupp Anställda i	Ett i hög grad fungerande ledarskap		
	Baslinjeundersökningen	3-års uppföljningen	Skillnad baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen
Bodens kommun	29%	23%	- 6%*
Malungs kommun	27%	38%	+ 11%*
Falu kommun	32%	37%	+ 5%*
Uppsala kommun	31%	37%	+ 6%*
Olofströms kommun	28%	34%	+ 6%*
Lunds kommun	34%	41%	+ 6%*
Norrbottnens landsting	41%	40%	- 1%
Uppsala landsting	36%	40%	+ 4%
Blekinge landsting	30%	40%	+ 10%*
Lunds Universitetssjukhus	34%	40%	+ 6%*
Totalt	33%	37%	+ 4%*

* innebär att skillnaden mellan baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen är statistiskt säkerställd.

I baslinjemätningen var ett i hög grad fungerande ledarskap vanligast bland barnsköterskorna och andelen var hög också vid 3-årsuppföljningen. Andelen som hade ett i hög grad fungerande ledarskap ökade i de flesta deltagande enheterna (tabell 10:5).

Tabell 10:5. Ett i hög grad fungerande ledarskap från närmaste chef. Resultaten utgår från alla som besvarat enkäten vid baslinjemätningen och även besvarat enkäten vid 3-årsuppföljningen, n=4539.

Ett i hög grad fungerande ledarskap			
Yrkestitel	Baslinjemätningen	Vid 3-årsuppföljningen	Skillnad baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen
Administrativ assistent	39%	58%	+ 19%
Arbetsterapeut /sjukgymnast	31%	52%	+ 21%*
Barnskötare	42%	45%	+ 3%
Beteendevetare	27%	39%	+ 12%*
Chef	35%	36%	+ 1%
Ekonomibitråde	32%	40%	+ 8%*
Förskollärare	26%	36%	+ 10%*
Grundskollärare	33%	39%	+ 6%*
Hantverkare	41%	46%	+ 5%
Lokalvårdare	34%	31%	- 3%
Läkare	34%	39%	+ 5%
Läkarsekreterare	35%	41%	+ 6%
Mentalskötare	31%	39%	+ 8%*
Personlig assistent	38%	25%	- 13%*
Sjuksköterska	39%	37%	- 2%
Undersköterska	30%	29%	- 1%
Vårdbitråde	20%	30%	+ 10%*
Övriga	34%	39%	+ 5%*
Totalt	33%	37%	+ 4%*

* innebär att skillnaden mellan baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen är statistiskt säkerställd.

Det fanns en skillnad både i baslinjemätningen och vid 3-årsuppföljningen mellan undersköterskor anställda i landstingsverksamhet jämfört med dem som är anställda i kommunerna. För undersköterskorna inom kommunen var andelen som upplevde ett fungerande ledarskap runt 20 procent, för undersköterskorna i landstinget var andelen runt 40 procent.

Av dem som besvarade enkäterna hade 4 procent en yrkestitel innefattande ordet ”chef” och cirka 40 procent av cheferna rapporterade ett i hög grad fungerande ledarskap. Andelen hade inte förändrats under projektiden. Totalt, av de svarande, uppgav cirka en tredjedel att det ingick personalledning i deras arbetsuppgifter. Inte heller i denna grupp var det någon påtaglig ökning av andelen som rapporterade ett i hög grad fungerande ledarskap.

En kundorienterad ledarstil (Härenstam, Ahlberg et al. 1999) som hade tyngdpunkt på kvalitet, verksamhetsförbättring och utveckling, gott rykte och nöjda vårdtagare /elever var vanligast. Vid 3-års uppföljningen rapporterade 31 procent att de uppfattade ledarstilen som kundorienterad.

En mindre andel, 19 procent, upplevde att ledarstilen var ekonomiorienterad, att det viktigaste var att dämpa kostnaderna och att arbetet flöt utan större avbrott. En ungefär lika stor andel (18%) upplevde en personalorienterad ledarstil, där det viktigaste var att ta itu med problem i personalgruppen. Ordning och reda och att det finns sammanhållning och arbetsglädje i arbetsgruppen förekom i relativt liten utsträckning (Härenstam, Ahlberg et al. 1999).

De övriga, 32 procent, rapporterade inte någon tydlig profil på ledarskapet, utan att cheferna förmedlade att både kvaliteten på arbetet, ekonomin och sammanhållning i arbetsgruppen var viktigt.

Ett fungerande ledarskap visade ett samband med om man kände uppskattning av ledningen för sina arbetsinsatser. En del av det goda ledarskapet innefattar också att ge feed-back på de anställdas arbetsinsatser när arbetet går bra, likväl som när det går dåligt. Andelen som av överordnade fick veta när arbetet fungerade bra likväl som dåligt var 43 procent vid baslinjemätningen och hade ökat till 49 procent vid 3-årsuppföljningen (tabell 10:6).

Upplevelse av kvalitet i arbetet

Upplevelsen av kvaliteten på det arbete man utför anses delvis vara beroende av balansen mellan kraven och ens prestationer, men också av i vilken grad man får återkoppling och information om kvaliteten på det arbete man utfört (Dallner, Elo et al. 2000). Andelen som rapporterade att de ganska ofta eller mycket ofta var nöjda med kvaliteten på sitt arbete, cirka 80 procent, hade inte förändrats nämnvärt mellan baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen. Det fanns ett samband mellan ett fungerande ledarskap och att vara nöjd med kvaliteten på det arbete man utförde (tabell 10:6).

De anställda inom vård och omsorg tillfrågades om hur de upplevde vårdkvaliteten i arbetet. Av läkarna, sjuksköterskorna och undersköterskorna, anställda av landstingen, angav drygt hälften (55%) att "det stämmer precis" att patienterna bemöts med respekt, blir tagna på allvar och av detta är av allra största betydelse (Wilde Larsson, Larsson et al. 1998). För sjuksköterskorna, undersköterskorna och vårdbiträdena inom äldreomsorgen var andelen något lägre, 50 procent.

Cirka 70 procent var ofta var nöjda med den vård och omsorg som de kunde erbjuda patienterna. Minsta andel nöjda med den omsorg de kunde erbjuda återfanns ibland undersköterskor inom kommunal äldreomsorg, 59 procent jämfört med 78 procent av undersköterskorna i landstingen.

Tabell 10:6 Andel med ett i hög grad fungerande ledarskap vid olika psykosociala arbetsförhållanden vid 3-års uppföljningen (n=6617).

Av de som rapporterade	Andel med ett fungerande ledarskap
Kundrelaterat ledarskap	33%
Ekonomirelaterat ledarskap	15%
Feed-back från överordnade	92%
Ingen feed-back från överordnade	68%
Uppskattning av överordnade	91%
Ingen uppskattning av överordnade	46%
God kvalitet på arbetet	84%
Mindre god kvalitet på arbetet	65%
Ger en god vård	84%
Ger ibland eller sällan en god vård	68%

Arbetstider

Helg, natt eller kvällstjänstgöring visade inget samband med om arbetet påverkade hem- och privatliv negativt, vilket däremot jourtjänst gjorde. Läkargrupperna var de som hade mest jourtjänstgöring.

Av läkarna rapporterade 21 procent vid 3-årsuppföljningen att kraven i arbetet mycket ofta påverkade deras hem och familjeliv på ett negativt sätt, jämfört med 4 procent av sjuksköterskorna. Läkarna var också den yrkesgrupp där den största andelen, 11 procent, mycket ofta sade nej till övertidsarbete, tjänsteresor m.m. av hänsyn till familjen. Andelen för alla som besvarat enkäten var 4 procent, för sjuksköterskorna var andelen 3 procent. För kvinnliga läkare var andelen 15 procent och för manligare läkare var andelen 9 procent.

Var tredje läkare hade inte något inflytande över arbetstidens förläggning.

Av alla svarande, vars anställning omfattade minst 35 timmar per vecka, ville 42 procent arbeta färre timmar per vecka. Av dem som arbetade mindre än 35 timmar per vecka, önskade 20 procent arbeta fler timmar per vecka.

God stämning och socialt stöd på jobbet

Goda relationer med arbetskamrater och chefer är ett skydd mot ohälsa när påfrestningarna på arbetet är stora. Dels därför att vi inte upplever påfrestningarna som så stora om vi har några att dela erfarenheterna med, dels därför att goda relationer kan innebära att man kan få hjälp och råd i sitt arbete (Boumans and Landeweerd 1992).

Det allra flesta, 79 procent vid 3-årsuppföljningen, arbetade i en arbetsgrupp där stämningen var god. Arbetskollaboratorer hade förståelse för varandra och det fanns ett bra socialt stöd.

I verksamheter där ledningen förmedlade att ekonomin var det viktigaste i verksamheten, var det en mindre andel som upplevde en god stämning jämfört i verksamheter med andra ledarstilar. Ett spänt arbete visade ett samband med att stödet och stämningen på arbetet inte var lika bra. Av de som rapporterade ett spänt arbete upplevde en större andel en dålig stämning på arbetsplatsen jämfört med övriga deltagare i HAKuL (tabell 10:7).

Tabell 10:7. Andel som upplevde en god stämning på arbetet vid olika psykosociala arbetsförhållanden vid 3-års uppföljningen. *n*=6617.

Av de som rapporterade	Andel som upplevde en god stämning på arbetsplatsen
Kundrelaterat ledarskap	82%
Ekonomirelaterat ledarskap	65%
Personalrelaterat ledarskap	85%
Spänt arbete	75%
Inte spänt arbete	81%

Kommentar

De psykosociala arbetsförhållanden har blivit bättre under den 3-årsperiod som HAKuL pågått. Utvecklingen ser olika ut på de olika orterna och för de olika yrkesgrupperna.

Krav och kompetens

En större andel av undersköterskorna inom kommunal verksamhet rapporterade att kraven i arbetet var lägre än deras kompetens och färdigheter jämfört med landstingsanställda undersköterskor.

Det fanns skillnader mellan kommunerna, och även i utvecklingen i de olika kommunerna, trots att verksamhetens syfte, äldreomsorg, i stort var detsamma. Detta stödjer att undersköterskornas upplevelse, av i vilken utsträckning de får använda sin kompetens, delvis beror på hur verksamheten är organiserad.

Spänt arbete

Andelen med spänt arbete – höga krav i arbetet i kombination med litet utrymme för inflytande och stimulans i arbetet - minskade mellan baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen.

Gränsen för vad som definierades som ett spänt arbete i HAKuL var högt satt. Man skulle höra både till den tredjedel av de anställda med högst krav i arbetet och till den tredjedel som hade minst stimulans och inflytande över och i arbetet. Detta medförde att den identifierade gruppen med en spänd arbetssituation verkligen hade belastande psykosociala arbetsförhållanden. Risken ökar då för att man ska uppleva sin situation som stressande. På längre sikt kan detta leda till fysiologiska förändringar som försvagar kroppens motståndskraft mot sjukdom och som leder till ohälsa (Karasek and Theorell 1990). Lokalvårdare, ekonomibiträden, läkarsekreterare, administrativa assistenter och vårdbiträden, var yrkesgrupper med en jämförelsevis hög andel som rapporterade en spänd arbetssituation vid baslinjemätningen, men där andelen hade minskat vid 3-årsuppföljningen.

När HAKuL återrapporterade enkätsvaren, om inflytande över den egna arbetssituationen, till de olika arbets- och yrkesgrupperna blev det upphov till reflektion och diskussioner. Bilden av de anställdas handlingsutrymme, graden av inflytande över den egna arbetssituationen, kan se mycket olika ut från olika perspektiv. Det utrymme som finns för egna beslut beror på arbetets natur, hur arbetet är organiserat, det sociala klimatet på arbetet och arbetsgruppens och den enskildes uppfattning om vad man får och kan ta beslut om. Den formella organisationen ger ofta ett stort utrymme för egna beslut hos arbetsgrupperna och den enskilde men i praktiken är handlingsutrymmet mycket begränsat. De anställda ute i verksamheterna har vid möten uttryckt att de inte har mycket att säga till om, men vem som tar beslut finns det ingen klar uppfattning om. De diskussioner som förts inom verksamheterna om vad den enskilde och arbetsgruppen kan påverka ökade förhoppningsvis förutsättningarna för ett ökat utrymme för egna beslut och stimulans i arbetet.

Ledarskap

Under den tid HAKuL pågick ökade andelen som upplevde ett i hög grad fungerande ledarskap, och andelen som rapporterade ett ledarskap som inte alls eller i liten grad fungerade, minskade.

Utvecklingen, sedan baslinjemätningen, ser olika ut för de olika yrkesgrupperna. För de flesta yrkesgrupper var det fler som vid 3-årsuppföljningen hade ett i hög grad fungerande ledarskap än vid baslinjemätningen. För undersköterskorna var utvecklingen inte lika positiv. De hade i jämförelse med andra yrkesgrupper en låg andel med ett i hög grad fungerande ledarskap vid baslinjemätningen och andelen hade inte ökat vid 3-årsuppföljningen.

Undersköterskor inom äldreomsorgen är en stor yrkesgrupp och behovet av nyrekrytering de kommande åren är stort. HAKuL har kunnat visa på brister i ledarskapet men insatserna som gjorts har inte resulterat i någon synlig förbättring för undersköterskorna.

Inom HAKuL, på uppdrag av Socialstyrelsen, gjordes en specialstudie om hälsa och arbetsförhållanden för förstalinjens chefer inom äldreomsorgen (Josephson and Vingård 2002). Resultatet visade att enhetscheferna hade ett arbete med stora krav, många var trötta och det fanns tendenser till utbrändhet och sänkt välbefinnande. Ett högre antal än förväntat av enhetscheferna, knappt var tredje, var sjukskrivna under en längre period under de 3 år HAKuL pågick.

Det var förvånande hur pass få formella enhetschefer det fanns bland de 2000 anställda inom äldreomsorgen, 54 personer vid HAKuLs början. Antalet anställda per enhetschef varierade mellan 11 till 132 underställda. Genomsnittet låg på drygt 60 underställda.

Ledarskap inom en organisation sker både på ett formellt och ett informellt plan.

Enhetschefer inom äldreomsorgen har en formell chefsposition över de andra anställda på enheten. Det finns dock också informella ledare med mer eller mindre tydligt uttalade ansvarsområden, såsom viss personalledning eller visst verksamhetsansvar. Med relativt få formella ledare och med stora förväntningar på ledarskapet från ledningen i kommunen och från arbetsgruppen, växer antalet informella ledare. Ibland kompletterar det formella och informella ledarskapet varandra. Detta kan också utvecklas till en maktkamp, vilket inte främjar arbetsgruppens förmåga till förändringar och nya utmaningar.

En kundorienterad ledarstil som hade tyngdpunkt på kvalitet, verksamhetsförbättring och utveckling, gott rykte och nöjda vårdtagare /elever, visade ett samband med att man upplevde ett fungerande ledarskap. En kundorienterad ledarstil innebär en möjlighet till att ge utrymme åt de anställda att använda yrkeskunskaper och att ta egna initiativ som kan förbättra verksamheten (Härenstam, Ahlberg et al. 1999). I yrken med direktkontakt med andra människor (vård, omsorg och undervisning) är inte lönsamhet det som förknippas med yrkeskunskap och yrkesstolthet. Att i ledarskapet förmedla att den viktigaste målsättningen är att dämpa kostnaderna och att arbetet flyter, begränsar de anställdas handlingsmöjligheter och förutsättningarna för att känna att man är skicklig i sitt arbete. Ekonomiorienterat ledarskap var förknippat med att man tyckte att ledarskapet inte fungerade.

Utvecklingsarbetet i HAKuL

Det utvecklingsarbete och de diskussioner som har bedrivits i HAKuL har till största delen varit knutet till arbetsplatsen och inte till olika yrkeskategorier. Arbetsplatsmöten och planeringsdagar, med utgångspunkt från resultaten i HAKuL-enkäterna, har uppmuntrats av projektledningen. Det flesta arbetsgrupper består av olika yrkeskategorier, men det finns också mer homogena arbetsgrupper, såsom t ex läkarsekreterare, som oftast arbetar i en gemensam arbetsgrupp.

Den aktiva återrapporteringen i HAKuL, om hur de anställda uppfattar de psykosociala arbetsförhållandena, var en utgångspunkt i arbetet för bättre psykosociala arbetsförhållanden. I HAKuLs modell, för ett utvecklingsarbete av de psykosociala arbetsförhållandena, betonas betydelsen av att på ett systematiskt sätt ta reda på vad som fungerar bra och vad som behöver förbättras. HAKuLs modell poängterar också att det inte är forskare som kan ändra på arbetsvillkoren, utan det behövs ett systematiskt arbetsmiljöarbete där de anställda är engagerade.

HAKuL-modellen för förebyggande arbete lyfter fram vikten av att arbetet skall utgå från de problem som finns, att arbetet måste förankras och att verksamheterna måste ta till vara den kraft

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

HAKuL-modellen för förebyggande arbete:

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

Sammanfattning

De psykosociala arbetsförhållanden har blivit bättre under den 3-årsperiod som HAKuL pågått.

Andelen med spänt arbete – höga krav i arbetet i kombination med litet utrymme för inflytande och stimulans i arbetet - minskade mellan baslinjemätningen och 3-årsuppföljningen.

För de flesta yrkesgrupper var det fler som vid 3-årsuppföljningen upplevde ett i hög grad fungerande ledarskap än vid baslinjemätningen. För undersköterskorna var utvecklingen inte lika positiv. De hade, i jämförelse med andra yrkesgrupper, en låg andel som upplevde ett i hög grad fungerande ledarskap vid baslinjemätningen och andelen hade inte ökat vid 3-årsuppföljningen.

De av vård- och omsorgspersonalen som rapporterade att man ofta var nöjd med den vård som erbjöds rapporterade också i större utsträckning att man upplevde att det närmaste ledarskapet fungerade på ett bra sätt.

Att uppleva att arbetets krav är lägre än den egna kompetensen och färdigheterna var vanligast bland kommunalt anställda undersköterskor. Om vi utgår från de undersköterskor som deltog både i baslinjemätningen och 3-års uppföljningen, fanns det en tendens till en förändring på vissa orter, men i stort kan resultat tolkas som att de undersköterskor, som vid baslinjemätningen inte fick använda sin kompetens, inte heller fick göra det vid 3-årsuppföljningen.

AVSNITT 11 - ATT VÅGA FÖRÄNDRA FÖR ATT FÖRBÄTTRA, ETT PERSONALDRIVET UTVECKLINGSARBETE PÅ EN VÅRD-CENTRAL

Under tiden för HAKuL genomfördes ett 1,5-årigt utvecklingsprojekt vid Knivsta vårdcentral, Landstinget i Uppsala län. Det var flera skäl till att Knivsta-projektet startade. De viktigaste var att, trots full bemanning, klarade man på husläkarmottagningen inte av den arbetsmängd man hade. Ingen konsensus fanns om hur patienterna skulle bemötas och standarddiagnoser åtgärdas. Dessutom hade husläkarreformen brutit sönder de tvärprofessionella aktiviteterna och samarbetet mellan de olika mottagningarna fungerade dåligt. Resultatet var ett suboptimalt patientomhändertagande och tröttkörd personal. Man valde att genom personaldrivna, kontinuerliga förändringar, s.k. ”Genombrottsmetodik”, försöka utveckla verksamheten till gagn för både personal och vårdsökare. Samtliga mottagningar på vårdcentralen, dvs. husläkar-, distriktsköterske-, barnmorske- samt sjukgymnastmottagningarna, deltog och samarbetade kring en mängd parallella delprojekt.

Inom ramen för HAKuL har Knivsta-projektet följts och utvärderats. Utvärderingen har syftat till att undersöka om projektet medfört förbättrade arbetsförhållanden och förbättrad hälsa för de anställda. Datainsamling har skett genom enkäter, observationer och intervjuer.

Resultat

Enkäterna visar på bättre återhämtning från arbetet, färre negativa och mer positiva konsekvenser av förändringar på arbetsplatsen samt en tendens till förbättrat hälsoläge. Av intervjuerna framkommer förbättrat arbetsklimat/stämning och högre arbetsglädje som de viktigaste resultaten, men också mer delaktighet och inflytande, bättre samarbete, bättre ledarskap. Man anger resursbrist i form av tid, personal (obesatta tjänster) och icke ändamålsenliga lokaler som hinder för att kunna göra ett ännu bättre arbete. Observationsdata understödjer en tilltagande arbetsglädje, en mer hanterlig arbetssituation och antyder en ökad professionalisering bland de medverkande. Enkäter, liksom observationer, tyder på att så gott som samtliga av de anställda anser att projektmålen i hög grad har uppnåtts för åtta av de tio mål man satt upp. Det är dock något mindre samsämmighet för de två delmål som handlar om möjligheten att påverka verksamheten, liksom om det finns tid och resurser för att arbeta med förändringar.

Kommentar

I de analyser som gjorts finns inga tecken på att de som arbetar eller har arbetat på Knivsta VC skulle utgöra en speciell selektion, som kan förklara de positiva resultaten. Dessutom har en lika stor andel av personalen vid Knivsta VC som vid fem jämförbara centraler (här kallade Jämförelsecentraler) varit stabil, dvs. varit med under hela projekttiden. Detta kan vara ett tecken på att själva Knivsta-projektet inte inneburit större påfrestningar på organisationen eller exempelvis medfört ökad personalomsättning.

Känslan av att vara återhämtad när man börjar arbetet har tillmätts allt mer betydelse för individens hälsa. Jämfört med Jämförelsecentralernas återhämtningsnivå, som står still, ökar den rapporterade återhämtningen hos personalen på Knivsta VC. Likaså fanns en tendens till ökad andel med bra arbetshälsa. Det senare kan vara ett resultat av att den bättre återhämtningen ger hopp om att orka arbeta kvar inom yrket, liksom bättre välbefinnande. Den bättre återhämtningen i sin tur kan vara ett resultat av att man intensivt jobbat mot delmålet att få ”dagens arbete” gjort samma dag och inte boka upp tidböckerna månader framåt. Genom olika åtgärder har man nu

kunnat avsluta arbetsdagen utan att ”ta med sig arbetet hem” och (med gott samvete) kunnat ägna sig åt helt andra aktiviteter.

Genom Knivsta-projektet har gruppen fått en gedigen erfarenhet att jobba med ständiga förändringar av verksamheten. Detta har troligen bidragit till att effekterna/upplevelsen av förändringarna, i första hand blivit mindre negativa men att också, för individen direkt positiva upplevelser, markant ökat vid uppföljningen, 1 år efter att projektet avslutats. Man kan anta att ständigt förbättringsarbete ger vana och minskad rädsla för nyordning, men också att en betydande del av den positiva effekten kan förklaras av att respektive temagrupp själv haft kontroll över skeendet. Ett ”misslyckat” förändringsförsök var ingen katastrof, vare sig för de inblandade individerna eller för organisationen.

Projektet har bidragit till att synliggöra varje medarbetare och lyfta fram varje medarbetares bidrag till det gemensamma arbetet på vårdcentralen. Chefen, som varit den av de två projektledarna, beskrivs som visionär och den verkliga eldsjäl i projektet. I detta ligger en styrka, men här finns också en potentiell fara. Vad händer om chefen lämnar arbetsstället? Personalen uttrycker en föresats att fortsätta arbeta med det ständiga förändringsarbete man inlett, och metoden är nu implementerad som en del av det ordinarie arbetet, men kommer man att vara tillräckligt starka att göra det om en ny verksamhetschef är av annan åsikt? Vad innebär generellt nya medarbetare för dynamiken inom gruppen? Ny energi eller detronisering av projektet och kanske nuvarande ledare?

Genom projektet tycks de väggar som, p.g.a. olika organisatoriska tillhörigheter, finns mellan husläkar-, sjukgymnast-, barnmorske- och distriktssköterskemottagningarna ha forcerats och man har skapat en gemensam plattform för sitt professionella uppdrag. Detta har åstadkommit, inte genom att suddat ut de olika yrkenas särdrag, utan genom att tydliggöra dem. Det kan vara så att just den organisatoriska uppdelningen, som delvis brutit upp den traditionella sjukvårdshierarkin, bidragit till att stärka den professionella identiteten både inom respektive grupp och utåt i samverkan med de andra grupperna, vilket resulterat i ökad kvalitet i den professionella interaktionen.

Sammanfattningsvis visar utvärderingen av Knivsta-projektet följande.

- Projektet har haft stor positiv betydelse för de anställda, verksamheten internt och tycks stödja en hållbar hälsa.
- Som starka framgångsfaktorer i projektet, och för framtiden, framstår personalens tidiga enande om målet med verksamheten och projektet, att patienterna är allas ansvar, samt upplevelse av att ha blivit en (1) grupp fast man fortfarande är organisatoriskt uppdelade.
- Som enskilda faktorer, vilka starkast bidragit till projektets positiva resultat, framstår själva metoden med ständiga, små egeninitierade förändringsprojekt med full kontroll och att man, trots ett ansträngt läge, fredat tid för att arbeta med projektet samt ett ledarskap med visioner och uthållig entusiasm.
- Projektet har gett ett positivt resultat och arbetssättet är nu implementerat i det normala arbetet. Hur robust detta är för att också fortsättningsvis utveckla verksamheten, kanske under nya premisser, återstår att se. Utan chefens och medarbetarnas engagemang faller metoden. En första ”påfrestning” kan uppstå vid nyrekrytering.

Vad hände sen?

Arbetsmetoden, som använts under projekttiden, är nu införd som en del av det ordinarie arbetet på Knivsta vårdcentralers samtliga mottagningar. Man fortsätter med gemensamma månadsmöten, liksom olika sociala aktiviteter. Det tillfredsställande resultat som projektet gett, har bidragit till att arbetsmetoden med ständiga förbättringar nu kommer att införas inom hela primärvården i Uppsala Län.

Sammanfattning

Utifrån en mycket ansträngd arbetssituation har ett tvärprofessionellt, kontinuerligt förändringsarbete, med många parallella förbättringar enligt s.k. ”Genombrottsmetodik”, bedrivits på en vårdcentral. Målet har varit att utveckla verksamheten till gagn för både personal och vårdsökare. Utvärdering av projektet visar på att man, trots olika organisatoriska tillhörighet, skapat en gemensam plattform för sitt professionella uppdrag. Projektet har haft stor positiv betydelse för de anställda och verksamheten internt, med ökad professionalisering samt tycks stödja en hållbar hälsa. Förändringsarbetet är nu implementerat i det dagliga arbetet.

AVSNITT 12 - UTVECKLINGSARBETE I ARBETSGRUPPERNA

I HAKuL har stora delar av det projektstyrda interventionsarbetet på organisationsnivå bedrivits av Komanco AB. Detta företag är ett utvecklingsföretag, bildat 1992 och ägt av Svenska Kommunalarbetsareförbundet.

Utbildningarna grundar sig på utvecklingsprocesser som startar hos individen och tillhandahåller teorier, verktyg och metoder för dessa processer. Arbetet sker i huvudsak med processutbildningar som innehåller teorier om den lärande organisationen och förståelsebaserat ledarskap. Tanken är att skapa ett medarbetarskap som förenar individens egen utveckling med verksamhetens utveckling, där utvecklingsarbetet startar inifrån och underifrån i organisationen.

Metoder

Nulägesanalys

Nulägesanalysen är en metod för att analysera behoven och förutsättningarna för organisations- och individutveckling genom att mäta de faktorer och värderingar som styr individens tolkning och upplevelse av en viss given situation.

Analysen undersöker 3 områden:

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

Kartläggningen sker med hjälp av intervjuer på gruppnivå. De anställda får besvara följande frågor: "Vad har betydelse för Din arbetslust?", "Vad är typiskt för Ditt arbetslag?" och "Hur ser Du på Dina arbetsuppgifter?", genom att själva formulera upp till 12 förhållanden som svarar på respektive fråga. Man får sedan själv klassificera sina svar avseende 1) hög eller låg prioritet, 2) positiv eller negativ upplevelse och 3) grad av inflytande. Till sist sorterar man in sina svar under något eller några av 10 förutbestämda områden.

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

Lärandehjulet, släktskapsdiagram och handlingsplan

Lärandehjulet, släktskapsdiagram och handlingsplaner är alla verktyg för arbete med systematisk problemlösning i grupp. Lärandehjulet utgår från Demings PDCA-modell (Plan-Do-Check-Act). När man använder Lärandehjulet börjar man med att ta fram alla fakta, man kartlägger vilka hinder som finns och hur dessa skall lösas. Därefter tar man fram olika lösningar, väljer den bästa och slutligen genomför man det förslaget. I processen att kartlägga hindren kan släktskapsdiagrammet användas. Då arbetar man fram en gemensam bild av vad som hindrar gruppen från att genomföra en idé. När denna gemensamma bild har vuxit fram kan gruppens energi riktas mot ett mål som alla är överens om, nämligen att hitta lösningar för att undanröja det eller de hinder som ligger i vägen för den förändring man vill genomföra. Som hjälp i detta arbete upprättas handlingsplaner, där det anges vad som skall göras, vem som skall göra det, när det skall vara klart och när och hur det skall utvärderas.

Dialog - förmågan att tänka tillsammans

Dialogutbildningen syftar till att starta en utvecklingsprocess som gör det möjligt att skapa nya idéer och utveckla nya insikter. Dialog är mer än ett vanligt samtal, dvs. man försöker samla och ta till vara kraften hos en grupp individer.

Dialogutbildningen omfattar 3 sammanhängande utbildningsdagar, och utbildningen bygger på en förståelsebaserad inlärningsmodell.

Deltagarna arbetar med praktiska övningar där de får möjlighet att genom egna upplevelser och reflektioner se hur deras tänkande, sätt att kommunicera och samarbete med andra fungerar. De 3 dialogdagarna ger deltagarna möjlighet att träna detta för att få dialogen att förbättras eller förändras. Dialogutbildningen skall leda till att deltagarna startar utvecklingsprocesser på den egna arbetsplatsen.

Komanco utbildar också dialoghandledare, dvs. personer som kan leda dialogutbildningar i den egna organisationen.

Human Dynamics

Human Dynamics' program är baserad på olikheter i människors sätt att fungera och bygger på en teori att det finns ett personligt grundmönster för individens personlighet.

Idén bakom HD är att vart och ett av dessa grundmönster har djupgående skillnader i sättet att hantera information, kommunicera, lära sig, utvecklas samt samverka med andra i grupp. Programmet genomförs under 4 dagar uppdelade på 2 steg om 2 dagar vardera där deltagarna skall komma underfund med sitt eget grundmönster.

Ekonomiutbildningen

Ekonomiutbildningen grundas på att ekonomi och verksamhet hänger ihop. All personal bör ha en roll vid planeringen av både verksamhet och ekonomi. Om personalen vet förutsättningarna, känner till olika planeringsunderlag, får vara delaktiga och känner trygghet, klarar man även kärva omständigheter i verksamheten.

Utbildningen innehåller bl.a.:

- Ekonomiska grundbegrepp.
- Vad innebär ekonomistyrning?
- Verksamhetsplanering och nyckeltal.
- Mål kopplade till verksamhetsplanering och ekonomi.
- Budgetprocessen i en decentraliserad organisation.
- Prognoser och uppföljningar.
- Ekonomisk information och rapportering.

Utbildningen genomförs under 2 dagar, där man börjar i en fiktiv persons ekonomi, övergår till ett företags ekonomi, för att landa i den kommunala ekonomin. Där används bl.a. den egna kommunens ekonomiska rapporter som utbildningsmaterial.

Insatser i Bodens socialförvaltning

Mest omfattande har Komancos satsning varit i Bodens Socialförvaltning

Insatserna kan beskrivas utifrån följande flödesschema:

	1999	2000	2001	2002
JANUARI		Vägledarutbildning 190 personer	Uppstartsdagar 170 vägledare	Återrapportering nulägesanalys 65 vägledare
		Human Dynamics 150 personer	“Stödarbete” av den lokala samordnaren	Frågebatteri
		Avstämning 110 vägledare		Dialoghandledarutbildning 5 personer
JUNI				Utbildning av studiecirkelledare i Human Dynamics 15 personer
		Uppstartsdagar 157 vägledare	Avstämning 126 vägledare	Ekonomiutbildning Resonans 25 personer
		Dialogutbildning 195 personer	Ledarskapsutbildning 30 enhetschefer	Studiecirkelledare Resonans 13 personer
DECEMBER	Nulägesanalys 984 personer	Avstämning 134 vägledare	Nulägesanalys 715 personer	

Innan projektet startade genomfördes omfattande informationsaktiviteter. Förvaltningsledningen, enhetschefer och de fackliga organisationerna fick i olika omgångar information om projektets syfte, arbetssätt och vilka aktiviteter som var planerade. Här fick också enhetscheferna ansvar för att s.k. vägledare utsågs i varje arbetslag. Vägledaren skulle utses av arbetskamrater och vara deras representanter i de Komancoledda utbildningar som skulle genomföras. Vägledarna skulle sedan vara drivkraften i kommande förändringsarbete.

Socialförvaltningen bildade en lokal projektledning och referensgrupp, bestående av socialchefen, personalchef, företrädare för de fackliga organisationerna och representanter för företagshälsovården och försäkringskassan.

I november 1999 genomförde 985 av de anställda en nulägesanalys. Innan själva genomförandet fick arbetsledarna till uppgift att dela in personalen i arbetsgrupper. I många verksamheter var det en självklarhet hur arbetsgruppen skulle definieras och avgränsas. På andra ställen fanns det dock ingen klar känsla för vilka som tillhörde arbetsgruppen eller vilken arbetsgrupp man själv tillhörde.

Våren 2000

Över 90 olika arbetsgrupper deltog i nulägesanalysen. Varje arbetsgrupp fick sin egen rapport av resultatet från analysen. Saknaden av att känna tillhörighet till en arbetsgrupp blev särskilt tydlig bland arbetsledarna och bland de personliga assistenterna.

Under våren 2000 genomfördes 42 utbildningsdagar. Representanter för arbetsgrupperna samt arbetsledare, cirka 190 personer, deltog vardera i 6 ½ dagars utbildning. Dessutom genomfördes 10 dagar med uppföljning och stöd i olika arbetsgrupper.

Vägledarutbildningen var 2 ½ dagar lång. Syftet med vägledarutbildningen var att arbetsgruppen skulle få möjlighet att föra konstruktiva diskussioner utifrån vad som kom fram i nulägesanalysen.

Att vara vägledare innebar till att börja med:

- att tillsammans med arbetsledarna analysera och tolka nulägesanalysen.
- att leda diskussioner i sin arbetsgrupp om vad som behövde förbättras, vilka hindren var för att lösa problemen och hur man kan gå till väga.

Vägledare, som representerade 92 olika arbetsgrupper, deltog i vägledarutbildningen. Dessutom hade arbetsledarna, uppdelade i två grupper om knappt 40 personer, separata utbildningsdagar för att lära sig tolka och återkoppla nulägesanalysen. Utbildningsdagarna var förlagda med cirka 1 månads mellanrum.

Syftet med första utbildningsdagen var att lära sig tolka nulägesanalysen. Under den andra utbildningsdagen användes Lärandehjulet och hade som tema ”Vad hindrar oss från att ha en arbetsmiljö som ger en hållbar arbetshälsa?”. Ett delmål i utvecklingsarbetet var att arbetsgrupperna skulle formulera handlingsplaner för de förändringar som behövdes för att förväntningarna skulle kunna uppfyllas. Arbetsgrupperna uppmuntrades att finna ”möjlighetsområden”, dvs. att se inom vilka områden man skulle kunna åstadkomma förbättrade arbetsförhållanden och hur man kunde gå till väga för att lösa de problem som fanns.

Vägledare och arbetsledare deltog under våren 2000 i Human Dynamics´ utbildning under sammanlagt 4 dagar, uppdelade på 2 plus 2 dagar.

Inför sommaren 2000 gjordes en avstämning för att få en bild av hur det gått och hur det vidare arbetet skulle se ut. I samband med att nulägesanalysen återrapporterades och vägledarna började fundera över vad som behövde förändras, uppstod ett nytt begrepp, ”möjlighetsområde”. Vägledarna tyckte att det ordet hade en mer positiv klang än ”problemområde” eller ”förbättringsområde”, varför begreppet möjlighetsområde används även i denna beskrivning.

- 46 vägledare hade tillsammans med arbetsgruppen hittat möjlighetsområden och hade kontinuerliga träffar med arbetsgruppen, 44 av vägledarna upplevde att arbetsgruppen var positiv till projektet.
- En vägledare hade haft 2 träffar med arbetsgruppen, men upplevt att gruppen var negativ till projektet.
- 61 av vägledarna hade haft någon enstaka träff med arbetsgruppen, 51 av dessa upplevde att arbetsgruppen var tveksam till projektet.
- Två vägledare har inte haft någon träff med arbetsgruppen.

Hösten 2000

Inför höstens arbete träffade Komanco 157 vägledare för att få en överblick över hur arbetet med handlingsplaner gick i de olika arbetsgrupperna och hur de tänkte sig att gå vidare. Förvaltningschefen inledde varje startdag för att betona hur viktigt detta utvecklingsarbete var.

En 4 dagars dialogutbildning genomfördes vid 9 olika tillfällen under hösten 2000. Sammantaget deltog cirka 195 personer i utbildningen.

Den lokala projektsamordnaren hade kontinuerlig kontakt med arbetsgrupperna för att kunna stötta de grupper där diskussionerna inte ledde framåt eller hade runnit ut i sanden. Projektsamordnaren träffade över 50 arbetsgrupper för att stödja grupperna i arbetet med återkoppling av analys och utarbetandet av handlingsplaner.

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

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

De flesta arbetsgrupper kände stöd från arbetsledaren.

Våren 2001

Under februari genomfördes startdagar, dit alla arbetsledare och vägledare var inbjudna. Totalt deltog 170 personer. Under hela våren hade samordnaren kontakt med de olika vägledarna och stöttade dem i deras arbete för att få fram handlingsplaner samt arbetade med att lära ut problemlösningsmetoden ”Lärandehjulet”.

Hösten 2001

Under oktober 2001 genomfördes ett antal avstämningsträffar med vägledare och enhetschefer. Totalt deltog 126 personer under dessa dagar. Av svaren framgick att cirka en tredjedel av arbetsgrupperna hade kontinuerliga träffar. Två tredjedelar av grupperna hade hittat möjlighetsområden och ungefär hälften av vägledarna tyckte att gruppernas attityd till HAKuL var övervägande positiv.

I oktober 2001 startade en ledarskapsutbildning för cheferna i socialförvaltningen. Utbildningen var uppplagd i 6 steg, fördelade över 8 månader och var planerad i samråd med förvaltningen. Efter tredje utbildningstillfället valde gruppen att avbryta utbildningen, eftersom man ansåg att innehålllet inte motsvarade det som man behövde.

I december 2001 genomfördes en ny nulägesanalys för att få aktuella kunskaper om behoven och förutsättningarna för organisations- och individutveckling.

Våren 2002

I januari genomfördes återrapportering av den andra nulägesanalysens resultat till vägledarna under 4 dagar. Sammanfattningsvis kan sägas att arbetslusten var i stort sett densamma som i förra mätningen. När det gäller uppfattningen om arbetslaget, tycktes en mer positiv attityd kunna spåras i resultatet vid den andra mätningen, medan upplevelsen av påverkan på gruppen var densamma som tidigare. Balansen mellan upplevda krav i arbetet och förmågan att klara dessa krav tycktes också vara oförändrad mot tidigare.

För att kunna fokusera utvecklingsarbetet på att minska sjukfrånvaron, arbetade vägledarna och enhetscheferna fram en lista på viktiga frågor om sjukfrånvaro. Frågorna skulle vara ett verktyg i arbetsgruppernas arbete för en minskad sjukfrånvaro (figur 11:1). Vägledarna kunde sedan välja ut några frågor som kändes relevanta för just deras arbetsplats, leda en diskussion om dessa frågor och fundera över vilka åtgärder som arbetslaget kunde vidta. Under våren genomfördes 6 halvdagsseminarier med vägledare, för att följa upp arbetet med frågebatteriet. Det visade sig, när man tittade mer i detalj på sjukfrånvarosiffrorna, att sjukfrånvaron såg mycket olika ut på de olika arbetsplatserna. På vissa arbetsplatser låg man under medeltalet och på andra över. Därför måste varje arbetsplats diskutera utifrån sin specifika situation och inte efter ett sjukfrånvaromedeltal för hela förvaltningen. Viljan att ta sig an detta svåra ämne var olika hos de skilda vägledarna och de olika arbetslagen. Några tyckte det var svårt och känsligt, medan andra kände att detta var en väg att gå för att få kontroll på sjukfrånvaron. Arbetet med frågebatteriet fortsätter.

-
1. Varför har vi så låg sjukfrånvaro i vår arbetsgrupp?
 2. Varför har vi så hög sjukfrånvaro i vår arbetsgrupp?
 3. Hur behåller vi vårt låga läge, vad skall vi göra för att bibehålla hälsan?
 4. Hur trivs vi i gruppen och med arbetet?
 5. Finns det frånvaro som är kopplad till schemakonstruktionen?
 6. Har vi tillgång till hjälpmedel och i så fall i vilken utsträckning använder vi dem?
 7. Vård av barn, hur ser det ut hos oss? Detta ingår ej i sjukfrånvarostatistiken.
 8. Hur mår du egentligen?
 9. Kan vi/jag göra något för att påverka sjukfrånvaron i arbetsgruppen?
 10. Har rökning någon inverkan på sjukligheten hos oss?
 11. På vilket sätt är sjukfrånvaron arbetsrelaterad på vår arbetsplats?
 12. Hur många sjukdagar har arbetsgruppen per år?
 13. Hur mycket är korta respektive långa sjukskrivningar?
 14. Åldersfördelning i arbetsgruppen, påverkar det sjukfrånvaron?
 15. Varför finns det skillnader mellan arbetsgrupperna? Kan vi lära av varandra?
 16. Finns det skillnader mellan dag- och nattpersonal?
 17. Tid i yrket, påverkar det sjukfrånvaron?
 18. Dold sjukfrånvaro, sjuknärvaron - hur ser den ut hos oss?
 19. Att utvecklas i jobbet, påverkar det sjukfrånvaron?
 20. När på året är sjukfrånvaron högst hos oss?
 21. Känner du krav från kollegor eller chef att komma tillbaka fort till arbetet?
 22. Tillåter jag mig själv att stanna hemma och vara sjuk? Om inte, varför?
 23. Har vi någon komp- eller semester- sjukledighet hos oss?
 24. Känner du dig välkommen tillbaka efter en sjukskrivning?
 25. Hur många i vår grupp motionerar?
 26. Har vi jobbat fram någon policy för hur vi behåller kontakten med den sjukskrivne?
-

Figur 11:1. Frågor som arbetsgrupperna i Bodens socialförvaltning använde i arbetet för minskad sjukfrånvaro. Frågorna har utarbetats av vägledare (representanter från arbetsgrupperna) och enhetschefer.

Sammanfattning

Socialförvaltningen i Boden satsade offensivt för att bryta mönstret med en allt mer tyngd personal och ökade sjukskrivningar. Under 3 års tid har, av 1 200 anställda, cirka 250 personer deltagit i 19 dagars utbildning på betald arbetstid. Dessutom har särskilda utbildningar ordnats för chefer med ytterligare 6 dagar, för dialoghandledare med 9 dagar samt för cirkelledare ytterligare 12 dagar.

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

Samordnare i Bodens socialförvaltning

I Bodens socialförvaltning har under projekttiden anställts en undersköterska som i sin nya yrkesroll fungerat som samordnare och motor i utvecklingsarbetet. Under 2001 arbetade hon halvtid som samordnare och under första halvåret 2002 som heltidsanställd. Hennes lön har finansierats av Komanco och Karolinska Institutet.

I Boden konstaterades att det var orimligt att belasta anställda som redan har en hög arbetsbelastning med att också driva och samordna ett utvecklingsarbete. De har inte tiden att driva på, stötta, informera och följa upp projektarbetet och att finnas till för personalen.

Samordnarens uppgift är att driva på och uppmuntra till en gemensam dialog i organisationen utifrån de problem och resultat som enkätundersökningarna visat. Det innebär att hålla kontakten med arbetsgruppernas representanter (vägledare), de som är motorer för förändringsarbetet i varje arbetsgrupp. Samordnaren lyssnar på vägledarna, bollar idéer, samt ger dem redskap och motivation för att motivera sina kolleger om att kraften och möjligheterna finns i arbetsgruppen.

Projektsamordnaren har:

- Organiserat, medverkat och varit delaktig i alla Komancos utbildningar med vägledare och chefer. Hon har ensam hållit i utbildningsdagar och halvdagsträffar med representanter för arbetsgrupperna (s.k. vägledare) och enhetschefer. Nya vägledare och nya enhetschefer har introducerats i projektet och fått lära sig strukturerade modeller för att bättre ta till vara alla medarbetares möjligheter och för att lättare kunna organisera arbetet i arbetsgrupperna.
- Haft återkommande träffar med vägledare, arbetsgrupper och enhetschefer. Arbetsplats-träffar och planeringsdagar med arbetsgrupper har genomförts.
- Arbetat med att få igång ett samarbete mellan första linjens chefer, högre chefer, fackföreningar och politiker för att få dem att inse att det är de tillsammans som äger frågorna och problemen.
- Haft regelbundna avstämningsträffar med socialchef och personalsekreterare för att rapportera och fatta beslut om fortsatta satsningar i projektet och för att fastställa dagordning till projektledningsgruppens månatliga möten.
- Sammanställt 240 inkomna handlingsplaner för utvecklingsarbete från förvaltningens olika arbetsgrupper. Arbetsgrupperna har själva genomfört 172 handlingsplaner ute på arbetsplatserna. För 47 handlingsplaner, där det behövts stöd från ledningen i förvaltningen, har projektledningsgruppen bifallit respektive avslagit stöd till handlingsplanerna.
- Drivit studiecirkel med långtidssjukskrivna med utgångspunkten att individens handlingsförmåga och handlingsutrymme är centrala förutsättningar för att uppnå hälsa - en metod utarbetad vid Linköpings universitet, vid institutionen för hälsa och samhälle.
- Fungerat som kontaktperson och informatör mellan arbetsgrupperna och projektledningsgruppen. Hon har sammanställt avstämningar och redovisat projektets gång till projektledningsgruppen, socialnämnden, kommunfullmäktige, centrala ledningsgruppen för HAKuL samt dokumenterat projektet till Karolinska Institutet. Hon har representerat projektet i flera tidningsartiklar, tagit emot studiebesök och varit runt på flera seminarium för att berätta om HAKuL i Boden.
- Arbetat med att få alla anställda att förstå att utvecklingsarbete tillhör det dagliga arbetet. Att hitta möjligheter till förbättringar, arbeta fram nya rutiner och arbeta för att ett positivt klimat alltid skall bibehållas i en organisation, även om ett tidsbegränsat projekt avslutas.

Handlingsplaner i Bodens socialförvaltning

Ett delmål i utvecklingsarbetet var att arbetsgrupperna skulle formulera handlingsplaner för vilka förändringar som behövs och hur de ska genomföras. Drygt 200 handlingsplaner har formulerats och dokumenterats. De flesta är planer för att ändra rutinerna i arbetsgruppen, t ex schemaförändringar och förändrade mötesrutiner. Dessutom behandlar handlingsplanerna den yttre verksamheten (t ex ombyggnader), budget- och ekonomifrågor, införskaffande av arbetskläder och

förslag på friskvårdsaktiviteter. Den lokala projektledningen, bestående av arbetsgivare, fackförbunden, företagshälsovården och försäkringskassan, har haft regelbundna möten och tagit ställning till de handlingsplaner som arbetsgrupperna inte kunnat genomföra på egen hand.

Exempel på handlingsplan om att förändra rutiner

En boendegrupp för dementa ville begränsa antalet personalmöten per månad och ha bättre strukturerade möten.

Handlingsplan

Varför vill man ha denna förändring?

Personalen orkar inte springa på hur många möten som helst och det blir dålig närvaro vid mötena

Förväntade effekter:

Bättre närvaro vid mötena och i och med det kommer informationen fram till alla.

Ekonomiska effekter:

Vet vi inte.

Kvalitetseffekter:

Bättre informerad personal ger bättre vård.

Konsekvenser om förslaget inte genomförs:

Ingen kommer på mötena, viktig information når inte alla.

Vem / vilka är ansvariga, vilka behöver kontaktas och vilka aktiviteter krävs?

Tidsplan

Flera handlingsplaner var mer utformade som önskelistor, att man ville ha mer personal och högre lön. Viktiga krav, men sådan förändring är svåra att driva som handlingsplaner. Handlingsplaner är ett verktyg som kan underlätta att utveckla verksamheten med de resurser som finns. Och att de resurser, personalens kunskap och erfarenhet och budget, som finns tas till vara på bästa sätt. När möten runt handlingsplaner utformas som önskelistor med krav, finns det en risk att arbetet leder till frustration och besvikelse.

Några handlingsplaner tog upp att man ville få större insyn i ekonomi och budgetfrågor. En sådan insyn och kunskap skapar ökade förutsättningar för inflytande över verksamheten.

Det var 16 arbetsgrupper som i sina handlingsplaner ansåg att friskvård var den viktigaste åtgärden för en bättre arbetshälsa. Projektledningen, förvaltningens ledning, facken och företagshälsovården insåg att friskvård var svårt att ordna för varje enskild arbetsplats, utan att det behövdes ett centralt initiativ i förvaltningen. Under år 2002 startade en omfattande friskvårdssatsning. De anställda fick ett friskvårdskort på det lokala gymmet och på badhuset. Två gånger per vecka fick friskvårdskortet nyttjas och de anställda erbjöds möjlighet till friskvård 1 timme/vecka under arbetstid om verksamheten så tillåter. Cirka 850 personer av de 1 200 anställda i förvaltningen utnyttjade sina friskvårdskort regelbundet. Utöver den ordinarie verksamheten på gymmet och badhuset, anordnades speciella HAKuL-pass, bl.a. rygggymnastik, vattengymnastik och stavgång. De flesta av de anställda försökte gå 1 timme/vecka på arbetstid. Inom hemtjänsten, omsorgen och för de med nattarbete var det dock svårt att kunna gå ifrån.

Effekter av interventionen i Bodens socialförvaltning?

Utvecklingsatsningen i Bodens socialförvaltning var en satsning för att öka inflytandet för de anställda och för att förbättra arbetslust och arbetshälsa. Även om projektet var omfattande, har utvecklingsarbetet kommit i bakgrunden av andra förändringar inom förvaltningen. Under den 3-åriga projektiden har socialchefen bytts ut, kommunstyrelsen har uttryckt svagt förtroende för

socialnämnden och den politiska majoriteten i Boden har förändrats. Arbetsmiljöverket har lagt ett vitesföreläggande på kommunen, grundat på en omöjlig arbetssituation för enhetscheferna inom äldreomsorgen.

Tre enkätundersökningar, inom HAKuL, av de anställdas arbetsvillkor, hälsa och livsstil har genomförts. Av dem som är i arbete och som besvarat enkäterna, både vid projektets start och vid avslutningen efter 3 år, är det en större andel som rapporterar en dålig hälsa, fler känner sig trötta och inte återhämtade när de ska börja en ny arbetsdag. Andelen som inte känner sig uppskattade i sitt yrke och tycker att det närmaste ledarskapet inte fungerar bra har också ökat.

Många av de problem som identifierades vid projektets start i Bodens socialförvaltning kvarstår. Arbetsbelastningen är hög och många uttrycker att det inte finns utrymme för det där lilla extra som "satte guldkant på arbetet". Enhetscheferna har en stor arbetsbörda, det finns oklarheter i organisationen och alltför många av de anställda tycker att ledarskapet för verksamheten inte fungerar tillfredsställande. Många av de med undersköterskeutbildning känner att deras kompetens inte kommer till sin rätt i verksamheten.

Antalet sjukdagar per anställd har fortsatt att öka i socialförvaltningen. Under år 2002 var antalet sjukfrånvarodagar per anställd 31 dagar, jämfört med 25 dagar år 1999. Den andra stora förvaltningen i Bodens kommun, barn- och utbildningsförvaltningen, har inte tagit del av HAKuL och där har ökningen av sjukfrånvaron varit betydligt kraftigare än i socialförvaltningen. År 2002 hade barn- och utbildningsförvaltningen 33 sjukfrånvarodagar per anställd, jämfört med 16 dagar år 1999. Förhoppningsvis beror den något bättre utveckling inom socialförvaltningen på de satsningar som gjorts inom HAKuL, både Komancos insatser, friskvårdssatsningen och införandet av HAKuL-modellen för rehabilitering av dem som hade sjukskrivningsperioder på 28 dagar eller längre.

För år 2003 bytte Bodens kommun rutiner för beräkningen av de anställdas sjukfrånvaro enligt Kommunförbundets rekommendationer. Det förde med sig att det ännu inte genomförts några analyser om utvecklingen av sjukfrånvaron mellan år 2002 och år 2003.

Insatser i övriga deltagande verksamheter

Insatser i Falu kommun

Våren 2000

I slutet av februari genomfördes nulägesanalysen under 2 veckor. Därefter, i mitten av mars, gjordes ett "uppsamlingsheat" för dem som inte hade haft möjlighet att delta vid de tidigare tillfällena. Totalt genomförde 904 personer nulägesanalysen.

Under maj månad genomfördes återrapportering av resultaten till ledningen för respektive förvaltning. Avsikten var att ledningen sedan skulle återrapportera resultaten inom sin förvaltning till respektive arbetsgrupp. Detta tycktes inte ha skett fullt ut. Efter att återrapporteringarna genomförts träffade Komanco representanter för de olika verksamheterna. Samtalen handlade om resultaten för grupperna och hur det skulle vara möjligt att gå vidare med utvecklingsarbetet i gruppen.

Hösten 2000

Under hösten genomfördes ett antal träffar med olika representanter för de deltagande förvaltningarna, för att bistå deltagarna i arbetet med att tolka resultaten samt att försöka förbättra deras möjligheter att starta ett utvecklingsarbete i sina grupper.

Våren 2001

Under våren 2001 genomfördes inga aktiviteter i Falun där Komanco deltog. Under hösten träffade Komanco, tillsammans med Karolinska Institutet, Falu kommun för att försöka få igång några utvecklingsaktiviteter i projektet. Detta lyckades inte, och därefter har inte Komanco genomfört några aktiviteter i Falun.

Insatser i Lunds kommun

Hösten 2000

Under november genomfördes nulägesanalysen under sammanlagt 18 dagar. Av alla anställda deltog 811 i nulägesanalysen.

Våren 2001

Enheten hade valt att utse vägledare att arbeta vidare med analysresultaten. Totalt utsågs 100 vägledare och dessa fick, under mars månad, en åiterrapportering av nulägesanalysens resultat.

Hösten 2001

Vägledarna fick, under september och oktober, arbeta vidare med att träna på Lärandehjulet med släktskapsdiagram och att ta fram projektmallar. Vägledarna upplevde att projektet skapade möjligheter till olika förbättringsåtgärder. Vägledarna tyckte också att det var bra att flera chefer valde att delta i utbildningen. Detta ökade förståelsen för projektet och gjorde det lättare för vägledarna att genomföra träffar med sina arbetskamrater.

Insatser i Malungs socialförvaltning

Våren 2000

Under januari och februari genomfördes nulägesanalysen vid 3 tillfällen. I mätningen deltog 411 personer. I mars och april genomfördes åiterrapportering av resultatet på nulägesanalysen. Åiterrapporteringen gick till så att Komanco vid 6 dagar, både för- och eftermiddag, gjorde en genomgång av hur tolkningen av bilderna skulle kunna göras. Varje anställd fick möjlighet att själv välja tillfälle att delta. Tanken var att deltagarna, med denna genomgång som grund, skulle ta tag i sin grupps resultat och samtala kring de förbättringsområden man kunde identifiera. Dessutom gjordes en särskild genomgång för socialnämnden. Varje arbetsgrupp tog därefter fram en handlingsplan. Friskvård bedömdes som mycket viktigt, och socialförvaltningen har därför fokuserat på ett stort friskvårdsprojekt på betald arbetstid (se separat redovisning).

Insatser i Olofströms kommun

Våren 2000

Under första kvartalet 2000 genomfördes en nulägesanalys som besvarades av 968 personer.

I samband med nulägesanalysens genomförande hade Komanco informationsträffar med de olika förvaltningscheferna och några politiker samt den lokala projektledaren. Resultatet återrapporterades i slutet av april till projektgruppen, politiker och verksamhetschefer.

Hösten 2000

Vägledarna, totalt cirka 125 personer som utsetts av sina arbetskamrater, delades in i 4 grupper som var och en fick 3 dagars utbildning. Två av dessa dagar inföll under hösten 2000.

Våren och hösten 2001

Det tredje utbildningstillfället för vägledarna började med en reflektion över vad som hänt sedan sist, och man fick redovisa sina handlingsplaner. I maj och september 2001 genomfördes en utbildning i Human Dynamics för 25 personer inom skolförvaltningen.

Våren 2002

Under år 2002 har 3 tvådagarsutbildningar i medarbetarsamtal genomförts. En uppföljningsdag kommer att genomföras under hösten 2002. Målgruppen har varit chefer och fackliga företrädare, totalt cirka 80 personer. Totalt har Komanco genomfört 20 utbildningsdagar för i första hand vägledare, men också för chefer och fackliga företrädare.

Hösten 2002

Under hösten har dialogutbildning för socialförvaltningens personal startats. Utbildningen med uppföljningsdagar kommer att genomföras i etapper under år 2002 och 2003.

Insatser i Uppsala kommun Entreprenad

Uppsala kommun Entreprenad (UKE) har idag drygt 300 personer anställda. Man bedriver olika tekniska verksamheter, såsom renhållning, gata/parkverksamhet, VA-verk och vattenlaboratorium, fastighetsservice, projektering, trafikservice och arbetsmarknadsinsatser samt administrativ verksamhet.

Hösten 2000

Hösten 2000 genomfördes en nulägesanalys inom UKE, där 248 personer deltog. UKE utsåg förvaltningens arbetsmiljökommitté till ledningsgrupp för projektet. I kommittén satt representanter för arbetsgivaren och de fackliga organisationerna. Återrapportering till arbetsgrupperna skedde genom de 40 vägledare som utsetts. Dessa vägledare fick under 1 dag lära sig hur resultaten skulle tolkas och rapporteras tillbaka till arbetsgruppen. För renhållarna genomfördes särskilda återrapporteringar. Dels ville man att alla renhållare skulle få möjlighet att reflektera över resultatet, dels måste återrapporteringen genomföras på ett sådant sätt att produktionen inte blev lidande.

Våren 2001

Under 2 veckor i mars genomfördes 2 dialogutbildningar för vägledarna. I varje grupp ingick 20 personer. I slutet av april var det dags för uppföljning av dialogutbildningen. Då fick respektive grupp under 1 dag träna på en strukturerad metod för problemlösning, Lärandehjulet med släktskapsdiagram och handlingsplaner. Ett fåtal, som var negativa till dialogutbildningen, kom inte vid dessa tillfällen.

Under maj månad träffade Komanco 10 personer som arbetade på renhållningen. Avsikten vara att starta en motivationsprocess för att så småningom kunna genomföra en dialogutbildning även

med renhållarna. Det var minst sagt ett svalt intresse för dialogutbildningen, särskilt som den, på grund av arbetets karaktär, skulle behöva genomföras över en helg, fredag till söndag. I slutet av maj genomfördes åiterrapporteringen av nulägesanalysen till renhållarna. Dessa var då uppdelade i 3 grupper om 8-10 personer i varje grupp, där varje grupp under en halv dag arbetade med sitt resultat. Det var en god respons och en bra aktivitet i grupperna.

Hösten 2001

I slutet av september genomfördes ytterligare 1 uppföljningsdag för varje dialoggrupp. Man började då med att reflektera över hur arbetet med nulägesanalysen och handlingsplanerna hade gått. Responsen i arbetslagen hade varit skiftande, men övervägande positiv. Många hade inte kommit fram till några handlingsplaner, varför man fick i uppgift att fullfölja detta till nästa utbildningstillfälle.

Därutöver genomfördes också 1 motivationsdag med renhållarna och 5 träffar med renhållarna i mindre grupper, där man bl.a. fick träna på att ge varandra feedback.

I början av november gjordes de 2 sista uppföljningsdagarna med vägledarna. De flesta hade utarbetat handlingsplaner för de förändringar de önskade genomföra. Planerna hade också skickats in till skyddskommittén för godkännande eller som rapporter.

I november genomfördes den tredje dialogutbildningen. Här deltog 21 personer. Det var ledningsgruppen vid UKE och ett antal arbetsledare, som inte hade fått plats vid de tidigare utbildningarna. Här var gensvaret mycket gott och ambitionen var att använda dialogverktygen vid ledningsmöten och arbetsplatsträffar.

Totalt har Komanco genomfört 19 utbildningsdagar för olika arbetsgrupper samt 3 dialogutbildningar med uppföljningsdagar, Lärandehjulet med släktskapsdiagram och handlingsplaner, samt motivationsdagar med feedback-övningar.

Insatser i Uppsala kommun, Svartbäckens kommundel

Våren 2000

Under några veckor i mars och april genomförde 594 personer nulägesanalyserna i Svartbäckens kommundel.

Hösten 2000

Åiterrapporteringen av resultaten på nulägesanalysen gjordes till varje arbetsgrupp under tiden september - november under totalt 23 dagar. Detta innebar att varje anställd, under handledning, direkt fick lära sig tolka resultaten.

Våren 2001

Vid en planeringsdag satte man upp ett antal mål för förändringsarbetet utifrån de problemområden som definierats. Varje arbetsenhet inom Svartbäckens kommundel fick göra upp handlingsplaner för att förbättra verksamheten. För biståndshandläggare och socialsekreterare skedde detta under en gemensam planeringsdag. Uppföljning av det planerade förändringsarbetet skedde under hösten 2001.

Insatser i Blekinge läns landsting

Från Blekinge läns landsting deltar 3 enheter i HAKuL. Dessa är Medicinkliniken i Karlskrona och Karlshamn med 425 anställda, Geriatriska kliniken i Karlskrona med 50 anställda, samt Tandvårdskliniken i Ronneby, Rödeby och Asarum med 50 anställda.

Hösten 1999 och våren 2000

Under oktober startade genomförandet av nulägesanalyserna, vilket pågick ända till början av mars. Totalt gick det åt 22 dagar för detta arbete. Här ingick också träffar med projektledningsgruppen. Av totalt 525 anställda deltog 441 personer i nulägesanalysen. Återrapporteringen startade i slutet av mars med att ledningsgruppen och referensgruppen fick resultaten redovisade på totalnivå för Medicinkliniken. Man beslöt då att 3 utbildningsdagar för vägledarna på Medicinkliniken skulle genomföras. I april genomfördes den första utbildningsdagen för 45 vägledare vid Medicinkliniken.

Hösten 2000

I slutet av augusti återrapporterades resultatet av nulägesanalysen till all personal på Tandvårdskliniken under 2 dagar. Dag 2 i vägledarutbildningen för Medicinkliniken genomfördes samma vecka. I september återrapporterades nulägesanalysen för ledningsgruppen för Geriatriska kliniken. Man beslöt att påbörja utbildningsdagar för vägledarna, och den första utbildningsdagen genomfördes i oktober med 18 vägledare.

I november genomfördes den tredje utbildningsdagen för Medicinklinikens vägledare och steg 2 i vägledarutbildningen för Geriatriska kliniken.

Insatser vid Lunds Universitetssjukhus, Psykiatridivisionen

Hösten 2000

Under oktober genomfördes nulägesanalysen. Av de anställda deltog 514 personer i nulägesanalysen.

Våren 2001

I slutet av januari återrapporterades resultatet av nulägesanalysen. Man uppdrog åt projektledare och de fackliga representanterna att planera fortsättningen av projektet.

Projektledningen bestämde sig för att låta de olika avdelningarna inom divisionen utse vägledare för att fortsätta arbetet. Dessa vägledare fick en första utbildningsdag under våren, varvid man fick lära sig att tolka nulägesanalysen och man fick också börja arbeta med den egna avdelningens resultat. Man fick i uppdrag att rapportera resultatet på sin egen enhet och börja fundera över vilka problemområden man skulle prioritera.

Hösten 2001

Vägledarna fick, under september och oktober, arbeta med att träna på Lärandehjulet med släktskapsdiagram och att ta fram projektmallar.

Insatser vid Uppsala primärvård

Uppsala primärvård består, dels av ett antal distriktsläkarmottagningar, dels av specialenheter, såsom till exempel sjukgymnastiken, resursenheten och kvinnohälsovården samt några administrativa enheter. Totalt arbetar cirka 770 personer inom primärvården.

Hösten 1999

Under november genomfördes nulägesanalyserna. Totalt deltog 517 personer i nulägesanalysen.

Våren 2000

Åtterrapporeringen ägde rum under tiden april-juni till de 20 arbetsgrupperna. Intresset för att delta vid dessa tillfällen var lågt, och speciellt läkargruppen var dåligt representerad. Några utvecklingsaktiviteter i Komancos regi med anledning av resultaten har inte startats.

Kommentar

Utvecklingsarbetet i HAKuL har varit av varierande omfattning hos de deltagande organisationerna. I Boden har genomförts ett stort antal aktiviteter, från en nulägesanalys vid projektstarten i november 1999 till och med hösten 2002, då de sista insatserna genomfördes i form av utbildning av studiecirkelledare i ekonomiutbildningen Resonans. Däremellan har en stor mängd utbildningsaktiviteter genomförts, både för vägledare och för ledningspersonal. Totalt har cirka 250 personer, var och en, fått 19 dagars utbildning på betald arbetstid. Dessutom har särskilda utbildningar ordnats för chefer med ytterligare 6 dagar, för dialoghandledare med 9 dagar samt för cirkelledare i Human Dynamics och Resonans med ytterligare 12 dagar.

I andra verksamheter har HAKuLs utvecklingsarbete varit betydligt mindre omfattande. Varför denna skillnad?

Förhållningssättet hos ledningen i respektive organisation har haft betydelse. Hade ledningen en tro på att de verktyg och metoder som erbjöds var vad som behövdes för en bättre verksamhet med en friskare personal, då har man också genomfört fler aktiviteter i samarbete med Komanco.

En annan viktig orsak till hur arbetet i arbetsgrupperna utvecklades har att göra med ledningens agerande. Det var viktigt för förankringen och trovärdigheten i utvecklingsarbetet att ledningen i handling visade att det var viktigt att först av alla delta i utbildningar, visa sig ute i organisationen och fråga sina medarbetare hur det går. Ledningen måste satsa helhjärtat för att övriga medarbetare skall följa i dess spår.

Information är viktigt. Att informera omfattande, tidigt och i flera omgångar om syfte, mål och uppläggning är nödvändigt. Funnes praktiska och ekonomiska möjligheter borde varje arbetslag få information på sin arbetsplats och få tillfälle att ställa frågor. Den eller de som ger information bör komma till arbetsplatserna i stället för att samla stora skaror i en aula eller liknande, som inte stimulerar till en dialog om projektet.

Om de anställda skall engagera sig i ett utvecklingsprojekt måste de uppfatta tidigare projekt och utredningar som avrapporterade och avslutade. Man vill inte delta med liv och lust i ytterligare ett projekt som "rinner ut i sanden". Detta har varit en kommentar från många av de deltagande organisationernas personal, vilket tyder på man har erfarenheter av projekt som inte upplevs som avslutade.

I HAKuLs utvecklingsarbete har de anställda i de olika arbetsgrupperna utsett vägledare, som tagit på sig rollen som drivkrafter för det förändringsarbete som skall starta på arbetsplatserna. Det är en modell som ofta innebär en personlig utvecklingsprocess för vägledarna, men den ställer också stora krav på deras förmåga att driva processarbetet framåt. En annan fördel med vägledarmodellen är att man på det sättet kan nå stora grupper som "kommer på marsch" i stort sett samtidigt i ett utvecklingsarbete. Här är det viktigt att man ger tillräckligt med tid åt de processer som startas, eftersom erfarenheten är att det nästan alltid kommer bakslag i form av besparingskrav, enskilda personer som inte vill vara med i förändringsarbetet mm, som gör att utvecklingsarbetet "går i stå".

Ett effektivare sätt att få fart på projekt är om alla anställda får möjlighet att delta i de utvecklingsaktiviteter som genomförs. Detta arbetssätt har provats i några mindre organisationer, vilket har lett till ett snabbare genomslag. Oavsett vilken modell man väljer finns risk för att de nya insikterna faller i glömska efter en tid. Därför bör ett utvecklingsprojekt ha ett antal uppföljningsdagar utspridda under en ganska lång tid, där organisationen får möjlighet att aktualisera det som eventuellt fallit i glömska.

I många av de deltagande organisationerna har ekonomin spelat en stor, och tyvärr, negativ roll. De flesta kommuner och landsting har dålig ekonomi och olika besparingskrav har kommit under projektets gång. Detta har påverkat deltagarnas engagemang negativt. Ibland har dessa besparingar ändå lett till att personal och förvaltningsledning har satt sig tillsammans för att reda ut hur de på bästa sätt skulle kunna lösa den uppkomna situationen. Att detta har skett är troligen ett resultat av att ledningen fått en ökad förståelse för hur dessa svåra frågor kan hanteras i samverkan.

Sammanfattning

I HAKuL har delar av utvecklingsarbetet i arbetsgrupperna bedrivits av utvecklingsföretaget Komanco AB.

Mest omfattande har satsningen varit i Bodens socialförvaltning. Genomförda utbildningar har gett personalen verktyg som de kan använda för att dialogen och utvecklingsmöjligheterna i arbetsgrupperna ska förbättras. De flesta arbetsgrupper har genomfört diskussioner om vilka möjligheter till bättre arbetsvillkor som finns och hur nödvändiga förändringar kan genomföras. För att utvecklingsarbetet skall fungera krävs en lokal samordnare och motor i det förebyggande arbetet, gärna rekryterad från den egna organisationen. Det har också varit viktigt att få alla anställda och beslutsfattare att förstå att utvecklingsarbete tillhör det dagliga arbetet. Att hitta möjligheter till förbättringar, arbeta fram nya rutiner och ett positivt klimat ska alltid pågå i en organisation, även om ett tidsbegränsat projekt avslutas.

AVSNITT 13 - ARBETSLUST

I HAKuL undersöktes de anställdas upplevelse, attityd och tillfredsställelse med den nuvarande arbetsituationen, sammanfattat i begreppet arbetslust. Det mätinstrument som har använts ger en beskrivning av individers och arbetsgruppers arbetslust, med utgångspunkten att både arbetet med att delta i mätningen och resultatet, ska vara till hjälp i ett utvecklingsarbete för bättre arbetsvillkor och ökad arbetslust (APRINOVA 2004).

Arbetslust är inget klart och tydligt definierat begrepp, utan innefattar olika faktorer hos olika individer. Kartläggningen av arbetslusten i HAKuL genomfördes med hjälp av intervjuer på grupp-nivå. Den grundläggande principen var att de anställda fick bedöma vad som var av betydelse för arbetslusten. Deltagarna fick utifrån den öppna frågan, ”Vad kännetecknar din arbetsituation just nu?”, själva formulera vilka förhållanden i arbetet som var viktiga för arbetslusten, om dessa förhållanden var positiva eller negativa, och vilken grad av inflytande de hade över situationen.

Återrapporteringen har genomförts i dialogform till arbetsgrupperna. Tyngdpunkten i återrapporteringen ligger inte på det uppmätta resultatet, utan på vad arbetsgruppen kan få ut av resultatet. Exempelvis vad det innebär att de flesta i arbetsgruppen upplever en positiv attityd men ett litet inflytande. Vad kan gruppen gemensamt förändra? I mätinstrumentet och i förändringsarbetet, som innefattar återrapportering och dialog till mätresultaten, lägger man fokus på gruppens attityder och på den subjektiva upplevelsen.

I HAKuL genomfördes en validering av mätinstrumentet för arbetslust. Dels genom att undersöka om traditionella psykosociala faktorer hade ett samband med arbetslusten, dels genom att undersöka om det fanns något samband mellan arbetslust och hälsa.

Här presenteras resultat för de anställda inom socialförvaltningarna i de kommuner som deltagit i HAKuL. Tillfrågade var 2964 personer och 2072 (70%) besvarade både mätinstrumentet för arbetslust och Karolinska Institutets mer traditionella enkät. Av deltagarna arbetade 153 personer i arbetsgrupper, innefattande färre än fem personer och uteslöts från analyserna. Kvar i studiegruppen var 1919 personer. Det vanligaste yrket var vårdbiträde och undersköterska.

Tillvägagångssätt

Samtliga arbetsledare fick till uppgift att dela in personalen i arbetsgrupper. Tillhörighet till en arbetsgrupps är beroende av hur verksamheten är organiserad, om det är stabila små arbetslag som alltid jobbar ihop, eller om alla anställda på enheten har ett arbetsschema som gör att man skiftar arbetskamrater vid olika tillfällen. För de flesta deltagare var det tydligt vilken arbetsgrupp man tillhörde, en avdelning på ett servicehus, en hemtjänstgrupp, osv. På andra ställen fanns ingen klar känsla för vilka som tillhörde arbetsgruppen eller vilken arbetsgrupp man själv tillhörde. De som arbetade i flera olika grupper fick välja den som de kände sig mest hemma i. I undersökningen deltog 206 olika arbetsgrupper. Genomsnittet var 12 medlemmar i varje arbetsgrupp, de minsta grupperna hade 5 medlemmar och den största gruppen hade 48 medlemmar.

Det tar cirka en timme att genomföra mätningen av arbetslusten. En undersökningsledare ställer de öppna frågorna och får deltagarna att steg för steg ta ställning till de faktorer som de listat. Mätningen utfördes under arbetstid, och som mest kunde ett 30-tal personer samtidigt i samma lokal genomföra analysen. Direkt efter att man genomfört testet delades Karolinska Institutets enkät ut. Deltagarna uppmanades att fylla i enkäten hemma och sedan skicka den till Karolinska Institutet. För varje deltagare var testet på arbetslusten och enkät försedda med ett personligt löpnummer så att data från de två instrumenten kunde sammankopplas.

Arbetslust

Utifrån frågan ”Vad påverkar din arbetslust?” fick varje deltagare först lista faktorer som påverkar arbetslusten, negativt såväl som positivt. Sedan fick varje deltagare ange på en attitydskala om dessa faktorer i dagens arbetssituation var ”mycket negativa” till ”mycket positiva” och på en ytterligare skala ange om de hade något inflytande över de faktorer de listat.

Attitydskalan kan anta värden mellan 0-100, ju högre värde, desto positivare attityd till arbetet. Upplevt inflytande kan anta värden mellan 0-100, ju högre värde, desto mer upplevt inflytande. Begreppet arbetslust är en sammanvägning av attityden till arbetet och upplevt inflytande över arbetet. Attityden väger tyngre (0.6) jämfört med inflytandet (0.4) Ett sammanvägt värde av attityden till arbetet och inflytande på mindre än 50, definierades som en allt för låg arbetslust, ett värde på 50 eller mer, definierades som tillfredsställande arbetslust. Vägningen av attityd och inflytande, och gränsen för en låg arbetslust är grundat på tidigare erfarenheter. Det sammanvägda värdet benämns ofta Human Resource Index (HRI-värde) och har beräknats för olika branscher och yrkesgrupper

Deltagarna ombads också att utifrån en lista på tio rubriker sortera in de faktorer de tagit upp som viktiga för arbetslusten (figur 12:1).

-
1. Arbetsinnehåll
 2. Kunskaper
 3. Arbetsutrustning
 4. Klimat
 5. Arbetsorganisation
 6. Arbetsledning
 7. Fysisk arbetsmiljö
 8. Uppskattning
 9. Arbetsbelastning
 10. Annat
-

Figur 12:1. Lista på rubriker, under vilka deltagarna skulle klassa in de faktorer de listat som viktiga för deras arbetslust.

Arbetslust

De svarande delades in i 4 grupper, dels utifrån deras individuella skattning av arbetslusten, dels utifrån den genomsnittliga skattningen i arbetsgruppen. Se figur 12:2.

58%	OK individuell arbetslust och OK i gruppen
7%	OK individuell arbetslust och men låg i gruppen
24%	Låg individuell arbetslust men OK i gruppen
10%	Låg individuell arbetslust och låg i gruppen

Figur 12:2. Fördelningen av tillfredsställande (OK) och för låg arbetslust, individuellt och för arbetsgrupperna.

Av de 206 arbetsgrupperna hade 40 grupper i genomsnitt en liten arbetslust.

Arbetslust och arbetsförhållanden

Att rapportera en dålig psykosocial arbetsituation visade ett klart samband med att uppleva en låg arbetslust. Både den individuella skattningen av arbetslusten och arbetslusten i gruppen verkade ha betydelse. Resultaten tyder på att man både måste känna egen arbetslust och arbeta ihop med arbetskamrater som känner arbetslust för att uppleva en god psykosocial arbetsmiljö (tabell 12:1).

Tabell 12:1. *Arbetslust och psykosociala arbetsförhållanden.*

Arbetslust	Spänd arbets-situation	Dåligt ledarskap	Inte så bra stämning	Utfrusen av arbetskamrater/chefer
OK individuell och OK i gruppen.	11%	25%	19%	15%
OK individuell men låg i gruppen	23%	36%	28%	21%
Låg individuell men OK i gruppen	22%	40%	36%	24%
Låg individuell och liten i gruppen	24%	44%	45%	27%

En spänd arbetsituation innebar höga arbetskrav i kombination med små möjligheter till egna beslut och utveckling. Av de med OK individuell arbetslust och med OK arbetslust i arbetsgruppen, hade 11 procent en spänd arbetsituation, för de övriga var andelen 23 procent.

Liknande resultat kunde observeras för de övriga psykosociala faktorerna. Att rapportera ett inte alls fungerande, eller i liten grad fungerande ledarskap, inte så bra stämning på arbetsplatsen och att känna sig utfrusen av chefer/arbetskamrater, var vanligare för de med lite arbetslust, jämfört för de med OK arbetslust.

Det fanns också ett samband mellan arbetslust och hur den anställda uppfattade ledarstilen på arbetsplatsen. Av de med liten arbetslust rapporterade 33 procent att ledarstilen var ekonomiorienterad, att ledningen förmedlade att det viktigaste var att dämpa kostnaderna och att arbetet flöt utan större avbrott. Av de med OK arbetslust var andelen 19 procent, en skillnad på 14 procent.

Arbetslust och ohälsa

Tecken på ohälsa och sänkt välbefinnande var vanligast bland de med en låg arbetslust och som arbetade i en arbetsgrupp med genomsnittlig låg arbetslust (tabell 12:2).

Tabell 12:2. *Arbetslust och ohälsa*

Arbetslust	Tecken på utbrändhet	Sömnpblem / brist på återhämtning	Dålig arbetshälsa
OK individuell och OK i gruppen.	6%	15%	10%
OK individuell men låg i gruppen	10%	18%	14%
Låg individuell men OK i gruppen	17%	27%	21%
Låg individuell och liten i gruppen	25%	32%	24%

Utbrändhet

Det fanns en klar tendens att både den individuella arbetslusten och gruppens arbetslust hade ett samband med tecken på utbrändhet. Tecken på utbrändhet var vanligast för de med låg individuell arbetslust och låg arbetslust i gruppen (25%) jämfört med samtliga andra (9%).

Sömnpblem och brist på återhämtning

Brist på sömn och återhämtning hade ett samband med arbetslusten. Av de med liten arbetslust rapporterade 28 procent brist på sömn och återhämtning och av de med OK arbetslust, 15 procent.

Arbetshälsa

Av de med liten arbetslust rapporterade 22 procent dålig arbetshälsa och av de med OK arbetslust, 10 procent.

Kommentar

Låg arbetslust visade ett samband med självrapporterade hälsoproblem och belastande psykosociala arbetsförhållandena

I mätmetoden ingår att individen själv identifierar de förhållanden som är viktiga för arbetslusten. Dessa områden presenteras inte i rapporten, men finns alltid vid återkopplingen av resultatet till anställda. De områden som de tillfrågade tagit upp, sorteras in i de 10 förutbestämda kategorierna. En stor del av de områden, som deltagarna i föreliggande undersökning tyckte var viktiga för arbetslusten, sorterades in under rubriken ”annat”, vilket visar att det återstår utvecklingsarbete för att kunna ringa in de områden som är i fokus för de anställda. I återkopplingen av resultatet har arbetsgruppen möjlighet att i dialog komma fram till vad som är viktigt att utveckla och förbättra, oavsett de förutbestämda kategorierna. Fokus ligger på upplevelsen av arbetet och, oavsett vilka områden den enskilda tar upp, ger mätmetoden en mer övergripande bild av arbetslusten.

Erfarenheter från metoden har visat att många väljer att ta upp frågor som uppfattas som problem i arbetet, medan det som fungerar väl inte kommer fram på samma sätt. Detta kan medföra att dialogen i arbetsgruppen koncentreras på de svårigheter och hinder som finns och att det positiva i arbetet får en undanskymd roll.

Arbetslusten påverkas av hur samarbetet med arbetskamraterna fungerar. De flesta av oss har både negativa och positiva erfarenheter från olika arbetsgrupper. För den enskilde individen är arbetsgruppen oftast inte bara en grupp som kan utföra vissa arbetsuppgifter. Gruppen ska även tillfredsställa andra behov, såsom en känsla av tillhörighet och gemenskap. En ständigt pågående diskussion i arbetsgrupper är frågor om hur man ska samarbeta, hur den personliga individualiteten ska få utrymme och hur arbetsuppgifterna ska utföras. Arbetsgivarens intresse för samspillet i gruppen grundar sig på insikten att ett fungerande samarbete främjar de arbetsuppgifter som ska utföras (Granér 1991).

En skattning av de anställdas upplevelse av arbetslusten är en utgångspunkt i arbetet för arbetsvillkor som främjar de anställdas hälsa och kvalitén på de arbetsuppgifter som utförs.

Sammanfattning

I HAKuL undersöktes de anställdas upplevelse, attityd och tillfredsställelse med den nuvarande arbetsituationen, sammanfattat i begreppet arbetslust. Det mätinstrument som har använts ger en beskrivning av individers och arbetsgruppers arbetslust, med utgångspunkten att både arbetet med att delta i mätningen och resultatet, ska vara till hjälp i ett utvecklingsarbete för bättre arbetsvillkor och ökad arbetslust

Låg arbetslust visade ett samband med självrapporterade hälsoproblem och belastande psykosociala arbetsförhållandena

AVSNITT 14 - ÅLDER OCH ARBETE

Bakgrund

De frågor man kan ställa i förhållandet mellan ålder och arbete är:

- Hur länge kan man jobba ?
- Hur länge bör man jobba ?
- Hur länge vill man jobba?
- Hur länge jobbar man ?

Den formella pensionsåldern i Sverige är 65 år, och diskussioner förs om en höjning till 67 år. Den reella pensionsåldern var år 2001 62 år i Sverige, med lite variation beroende på yrke och kön. Denna diskrepans kan tänkas öka då antalet långtidssjukskrivna är högt, och det är känt att långtidssjukskrivning ofta övergår i förtidspension.

Sverige har en hög förvärvsfrekvens bland personer över 50 år jämfört med andra europeiska länder. Speciellt gäller detta kvinnor, där siffrorna är exceptionella. Inom EU har målet satts att 50 procent av medborgarna i åldrarna 55-64 skall arbeta år 2010. Detta mål uppnåddes redan 2001 av 4 länder, Danmark, Portugal, Storbritannien och Sverige. Vid denna tidpunkt var 66,7 procent av alla i åldern 55-64 år i arbete i Sverige och ökningen sedan 1997 var drygt 4 procent (SOU 2004:19 2004).

Kroppens funktioner förändras med åren. Den fysiska kapaciteten är som högst mellan 20 och 25 år, för att sedan sakta minska. De funktioner som försämras är lungfunktionen, maximal hjärtfrekvens, syn, hörsel, muskelstyrka och generell fysisk kapacitet. Denna fysiska kapacitet, och därmed sammanhängande arbetsförmåga, sjunker ca 20 procent mellan 20 och 65 års ålder. Skillnaden mellan en man och en kvinna är ca 30 procent genom livet. Det är dock viktigt att komma ihåg att fysisk aktivitet är av stort värde för att behålla kapaciteten så hög som möjligt och att träning regelbundet är ännu viktigare för äldre än för yngre (Åstrand 1990).

Synen blir sämre med åren. Linsen i ögat minskar i elasticitet och kan inte dra sig samman lika effektivt hos äldre som hos yngre. Låsglasögon behövs därför hos de flesta medelålders personer. Ljusstyrkan behöver också justeras uppåt i en grupp med äldre arbetstagare. Hörseln kan försämrars med åren. Speciellt finns risken för hörselskador efter ett långt liv i en bullrig miljö. Här är det inte åldern i sig som orsakar detta, utan flera exponerade år.

De mentala parametrar, som diskuteras i samband med åldrande, är kognition (den intellektuella förmågan), lärande, minne, attityd, motivation, erfarenhet och expertis.

Den kognitiva förmågan, dvs. den intellektuella förmågan att minnas och bearbeta problem, förändras med tiden. Hur mycket och när dessa förändringar sätter in är kraftigt individuellt varierande. Aktivitet behåller kapaciteten under en längre tid och skillnaden mellan olika individer inom samma åldersgrupp kan vara större än skillnaden mellan en ung och en äldre person. Generellt kan sägas att yngre har en större kapacitet när det gäller problemlösning, processande av information och större simultankapacitet, medan äldre har större verbal förmåga och kan utnyttja sin erfarenhet bättre. Någon större skillnad i kapacitet behöver alltså inte märkas på en arbetsplats. I vissa situationer kan den yngre medarbetaren klara sig bättre och i andra situationer kan fördelen ligga hos den äldre. En arbetsplats med blandade åldrar är därför förmodligen det bästa ur produktivitetssynpunkt. De försök som gjorts med lärande, visar också att äldre har lika stor möjlighet att lära nytt som yngre men att det kan ta lite längre tid och kräva en större ansträngning. I

inlärningsprocessen är inte bara fysiologiska och kognitiva processer inblandade utan även utbildningsnivå, självförtroende, socialt sammanhang, förväntningar från individen själv och från omgivningen med mera.

I boken "Work and aging" diskuteras olika aspekter av yrkesarbete och ålder (Warr P 1994). Förmågan att klara vissa yrken har undersökts i flera hundra olika studier och dessa visar ingen större skillnad i arbetsprestation mellan yngre och äldre arbetare. Det finns skillnader mellan olika jobb och i olika dimensioner av prestationer, men det generella mönstret är klart – inga väsentliga skillnader beroende på ålder.

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

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

Äldre arbetskraft har alltså vissa nackdelar som grupp men också klara fördelar. Nackdelarna, med sämre fysisk kapacitet, kan ge utslag som sämre hälsa i arbeten med mycket hög fysisk belastning. Nackdelarna, med sämre anpassning till nya situationer, kan ställa till besvär i verksamheter med en snabbt föränderlig teknologi eller vid införandet av ny avancerad teknologi. Fördelarna med en allmänt högre effektivitet kan tas till vara med en adekvat och ständigt pågående träning av förmågan att anpassa sig främst till ny teknologi, men även fysisk träning skall inte negligeras. Kan en sådan anpassning göras, kan den äldre arbetskraften bli minst lika användbar och hållbar som den yngre (Aronsson G och Kilbom Å 1996; Ilmarinen 1999).

De laboratorieförsök, som givit negativa förtecken för äldre, syftar ofta till en maximal fysisk eller kognitiv prestation, vilket ytterst sällan behövs i det vanliga arbetslivet. En yrkesarbetande person behöver sällan agera med maximal kapacitet längre stunder, och framgång i de flesta jobb är mer en funktion av motivation och individuellt uppträdande, mer än ren intellektuell eller fysisk prestation. Oberoende av specifik intellektuell kapacitet skiljer sig människor åt i hur de generellt angriper ett jobb, hur de planerar, hur de kombinerar olika aktiviteter tillsammans eller efter varandra och hur de väljer vilken arbetsuppgift som skall prioriteras och vilken som kan vänta. Dessa strategier, som innefattar både förnuft och känsla, finns ingen anledning tro skall försämrats radikalt med åren, snarare tvärtom.

Forskaren Peter Warr har sammanställt ett schema med ett fyra kategoriers ramverk för att illustrera sambandet mellan prestation, krav och ålder (tabell 13:1). Kategorierna är inte absoluta utan stor överlappning finns, men det kan ändå tjäna som en modell för tänkandet och byggandet av en hållbar arbetshälsa. Exempelen är mest tillämpbara i industriproduktion, men kan, med vissa modifieringar, överföras till arbete med människor.

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

Tabell 13:1. Sambandet prestation, krav och ålder enligt P. Warr (Warr P 1994)

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

Varför är det då så att äldre lämnar arbetslivet i förtid? En sviktande hälsa kan i vissa fall vara orsaken, men detta är troligtvis mer undantag än regel utom i mycket fysiskt tunga arbeten. Andra förklaringar kan vara att äldre har en avsmalnande och fördjupad erfarenhet. Att få vidareutbildning är oftast svårt i högre åldrar. Detta är inte speciellt rationellt och leder ofta till en ond cirkel. Den äldre arbetskraften får inte utbildning, kan inte hänga med i arbetet, blir marginaliserad, känner sig överflödigt och lämnar arbetslivet ”i onödan”. Äldre har ofta en relativt hög lön och det kan vara svårt att byta arbete på äldre dar. Att gå ner i inkomst betraktas som icke önskvärdt och i stället kanske man stannar kvar på en tjänst, som inte passar, av ekonomiska skäl. I många sammanhang är ett fungerande nätverk viktigt för en god arbetsprestation, inte minst på högre tjänster. Med stigande ålder försvinner en persons nätverk och mentorer, och detta gör att det kan vara svårare att klara en arbetsuppgift på ett bra sätt. Det är inte åldern i sig som orsakar detta utan strukturen på det sociala sammanhang man befinner sig.

Sammanfattningsvis kan generellt sägas att:

- Det finns skillnader mellan äldre och yngre arbetstagare.
- Fördelar och nackdelar är relativt jämt fördelade mellan de två grupperna.
- I vissa yrken kan skillnaderna ha betydelse, t.ex. i mycket fysiskt krävande arbetsuppgifter.
- Individuella skillnader är oftast större än gruppskillnader.

Svaret på frågorna som ställdes inledningsvis blir då

- Hur länge kan man jobba ?

Beror på arbete och individ

- Hur länge bör man jobba ?

Beror på individ och arbete

- Hur länge vill man jobba?

Beror på attityd och individ

- Hur länge jobbar man?

Beror på attityd och system (sambälle)

Yngre och äldre arbetstagare i HAKuL

Medelåldern är relativt hög bland anställda i kommuner och landsting och ligger runt 45 år. I HAKuL-gruppen, vid 3-årsuppföljningen, var 3545 personer (54 procent) upp till 50 år gamla och 3072 personer (46 procent) var 50 år och äldre. 28 procent var 55 år eller äldre.

Fördelningen i HAKuL-gruppen vid 3-årsuppföljningen i olika åldersklasser uppdelade på 5-årsintervall och hur dessa rapporterar sin arbetshälsa framgår av tabell 13:2. Den högsta andelen med god arbetshälsa har åldersgruppen 36-40 år, men skillnaderna mellan grupperna är små.

Tabell 13:2. *Arbetshälsa i olika åldersintervall vid 3-årsuppföljningen.*

Åldersintervall	Mycket god arbetshälsa	God arbetshälsa	Dålig arbetshälsa	Antal totalt i varje åldersintervall
-25 år	21 %	65 %	14 %	118
26-30 år	24 %	69 %	8 %	336
31-35 år	23 %	69 %	8 %	525
36-40 år	25 %	67 %	9 %	659
41-45 år	21 %	68 %	11 %	839
46-50 år	21 %	69 %	9 %	1068
51-55 år	18 %	69 %	13 %	1205
56-60 år	17 %	68 %	15 %	1177
61- år	13 %	59 %	28 %	690
Totalt	20 %	67 %	13 %	6617

Vissa hälsovariabler, såsom god och dålig arbetshälsa, värk från fem regioner eller mer och den själskattade arbetsförmågan i förhållande till arbetets fysiska krav, var sämre hos de äldre. Sjukfrånvaron, sjuknärvaron var dock lägre och det dagliga livet var i högre grad en källa till tillfredsställelse hos de som var 50 år och äldre (tabell 13:3).

Beträffande exponeringar i arbetet och upplevelse av förändringar av exponeringar senaste året, framgår svaren på enkäten i tabell 13:4. Det tycks som om de äldre i högre grad är nöjda med det arbete de utför, de har fått en expertis som gör dem trygga i högre grad. Möjligheten att lära nytt har dock inte ökat. Att få vidareutbildning i högre ålder är betydligt svårare än för yngre.

Tabell 13:3. Hälsöförhållanden, livsstil och sociala faktorer redovisade för två åldersgrupper, 49 år och yngre respektive 50 år och äldre, i HAKuL vid 3-årsuppföljningen

	-49 år	50 år-	Skillnad mellan -49 år och de som var 50 år eller äldre
God arbetsförmåga i förhållande till arbetets fysiska krav	85 %	78 %	- 7%*
God arbetsförmåga i förhållande till arbetets mentala krav	81 %	82 %	+ 1%
Mycket god arbetshälsa	22 %	17 %	- 5%*
Dålig arbetshälsa	9 %	17 %	+ 8%*
Det dagliga livet är ofta en källa till tillfredsställelse	60 %	65 %	+ 5%*
Bristande känsla av sammanhang (KASAM)	13 %	10 %	- 3%
Kraven i arbetet påverkar hemlivet negativt eller kraven från hemlivet påverkar arbetet negativt	7 %	4 %	- 3%
Dagligrökare	15 %	17 %	+ 2%*
Motionerar aldrig	15 %	15 %	<u>±</u> 0
Överviktig	38 %	48 %	+ 10%*
Kraftigt överviktig (BMI ≥ 30)	11 %	11 %	<u>±</u> 0
Inga sömnproblem	88 %	80 %	- 8%
Inga problem med återhämtning	91 %	92 %	+ 1%
Känner sig utmattad	28 %	29 %	+ 1%
Värk från 5 regioner senaste året	22 %	30 %	+ 8%*
Ingen sjukfrånvaro senaste året	34 %	40 %	+ 6%*
Sjuknärvaro ≤ 1 gång senaste året	47 %	52 %	+ 5%*
Tar aldrig ut semester eller ledigt i stället för sjukskrivning	58 %	56 %	- 2%

**Statistisk säkerställd skillnad mellan de som var -49 år och de som var 50 år eller äldre.

Tabell 13:4. Exponeringar i arbetet redovisade för två åldersgrupper, 49 år och yngre respektive 50 år och äldre, i HAKuL vid 3-årsuppföljningen.

	-49 år	50 år -	Skillnad mellan -49 år och de som var 50 år eller äldre
Höga krav och dålig kontroll (spänt arbete)	17 %	14 %	- 3%
Kraven i arbetet stämmer inte överens med mina kunskaper	28 %	21 %	- 7%*
Oftast nöjd med kvalitén på det egna arbetet	82 %	88 %	+ 6%*
Nöjd med den vård och omsorg som ges	66 %	74 %	+ 8%*
Arbetsinsatserna uppskattas av överordnade	75 %	78 %	+ 3%
Ledarskapet fungerar i stort sett	80 %	81 %	+ 1%
Målen för arbetet är klart definierade	89 %	92 %	+ 3%
Utfrusen av chefer och/eller arbetskamrater	15 %	14 %	- 1%
Kroppsligt ansträngande arbete	37 %	35 %	- 2%
Arbetsbelastningen har ökat senaste året	43 %	38 %	- 5%
Arbetets svårighetsgrad har ökat senaste året	21 %	16 %	- 5%*
Möjligheterna att lära nytt har ökat senaste året	23 %	16 %	- 7%*
Inflytande och kontroll över det egna arbetet har ökat senaste året	10 %	6 %	- 4%

*Statistisk säkerställd skillnad mellan de som var -49 år och de som var 50 år eller äldre.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis var inte skillnaderna mellan yngre och äldre arbetstagare särskilt dramatiska, och med en viss anpassning av de fysiskt tyngsta arbetsuppgifterna och en aktiv vidareutbildningspolicy, skulle de allra flesta av de anställda inom kommuner och landsting kunna arbeta kvar till 65 års ålder.

Inledning

I Sverige är omkring 40 procent av kvinnorna anställda inom offentlig sektor, främst inom områdena vård, skola och omsorg. Omkring 80 procent av de anställda inom offentlig sektor är kvinnor. Denna segregering på arbetsmarknaden, som innebär att kvinnor och män finns i olika yrken och i olika branscher, benämns horisontella uppdelningen. Den vertikala segregeringen innebär att kvinnor oftare har sämre positioner med lägre lön, trots att de är inom samma bransch som män. Resultaten från denna rapport visar att de skillnader som finns i arbetsförhållanden mellan kvinnor och män till största delen beror på att de befinner sig i olika yrken, och inte att skillnader mellan kvinnor och män inom samma yrke identifierats.

Även tillvaron utanför arbetet skiljer sig åt för kvinnor och män. Den svenska modellen med föräldraförsäkring, föräldraledighet och en offentligt finansierad barnomsorg har varit en förutsättning för att svenska kvinnor förvärvsarbetar i så stor utsträckning. Män förvärvsarbetar dock mer än kvinnor, främst på grund av att det är fler män (84 procent) som ingår i arbetskraften jämfört med kvinnor (78 procent). Dessutom arbetar män fler timmar än kvinnor, eftersom 25 procent av kvinnorna arbetar deltid jämfört med 6 procent bland männen (Statistiska Centralbyrån 2003).

Skillnaden i arbetstid mellan kvinnor och män är störst för gruppen småbarnsföräldrar. Av sysselsatta kvinnor med yngsta barnet mellan 3 och 6 år arbetade hela 44 procent deltid jämfört med män i samma situation, där endast 5 procent arbetade deltid, vilket motsvarar genomsnittet för samtliga män (SOU 2004:70 2004). Kvinnors deltidsarbete har ofta samband med familjesituationen – barn och hushållsarbetet - medan männen arbetar deltid av andra orsaker. Oberoende av hel- eller deltidsarbete och hemmavarande barn eller ej, har sammanboende kvinnor det största ansvaret för hem och familj.

Om man beaktar både förvärvsarbete och det obetalda hemarbetet, så arbetar kvinnor och män jämförelsevis lika mycket (Statistiska Centralbyrån 2003). Skillnaden är att männen har en större andel av förvärvsarbete och kvinnor en större andel av hemarbetet. I genomsnitt utförde kvinnorna under perioden 2000/2001 29 timmars obetalt arbete per vecka jämfört med drygt 20 timmar för männen (SOU 2004:70 2004). Kvinnors tidsanvändning utanför förvärvsarbetet skilde sig också från männens. Kvinnor hade något mindre fri tid per dygn och den var mer upp-splittrad jämfört med männen som hade längre och mer sammanhängande fri tid. Kvinnorna stod 2000/2001 för 67 procent av allt hemarbete, vilket är en minskning jämfört med i början av 1990-talet. Männen ökade dock inte sin insats inom hemarbetet under motsvarande period, så totalt sett utfördes det något mindre hemarbete 2000/2001. En uppdelning av hemarbetet visade att kvinnor utförde mer av de tidsbundna sysslorna och männen hade en större möjlighet att tidsmässigt styra sitt obetalda hemarbete.

Långtidssjukskrivning är vanligare bland kvinnor, och kvinnors sjukfrånvaro har ökat mer än männens under de senaste åren. Kvinnor inom offentlig sektor är överrepresenterade vad gäller andelen sjukfall som pågår 60 dagar eller mer (Riksförsäkringsverket 2003). Även nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag är vanligare bland kvinnor (Riksförsäkringsverket 2003).

Det finns olika teorier för att förklara skillnader i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män. Tidigare forskning har visat att arbetsvillkoren/arbetskraven för kvinnor och män skiljer sig åt även inom samma yrke (Kilbom, Messing K et al. 1999). Trots att kvinnor arbetar deltid i större utsträckning än män, är den totala arbetsinsatsen, genom förvärvsarbete och hemarbete, densamma som för

män (SOU 2004:70 2004). Den dubbla roll, som kombinationen av förvärvsarbete och hemarbete medför, kan skapa rollkonflikter mellan högt ställda krav och förväntningar. Det finns studier som stödjer teorin att kvinnors dubbelarbete kan innebära en hälsorisk. Samtidigt finns det forskning som visar att dessa dubbla roller kan innebära en stärkt identitet och därmed en positiv effekt på hälsan (Östlin, Danielsson et al. 1996). Det finns ytterst få studier av sjukfrånvaro, där man undersökt effekten av kombinationen av förvärvsarbetet och hemarbete (Statens beredning för medicinsk utvärdering 2003).

I HAKuL har vi haft möjlighet att följa en stor grupp kvinnor, och i detta avsnitt fokuseras på kvinnor under 50 år med och utan hemmavarande barn under 16 år. Följande frågeställningar kommer att belysas:

- Hur ser socioekonomiska förhållanden, livsstilsfaktorer, arbetsförhållanden, välbefinnande, fysiska och psykiska besvär ut för kvinnor med och utan barn?
- Är risken att bli sjukskriven 28 dagar eller längre större för kvinnor med barn jämfört med kvinnor utan barn?

Undersökningsgrupp

Av de 6245 kvinnor som besvarat baslinjeenkäten utgår denna studie från de 3252 kvinnor som var under 50 år och som i enkäten rapporterade en mycket god eller en tillfredställande arbetshälsa. De kvinnor som rapporterade en dålig arbetshälsa ingår inte i denna studie (382 kvinnor). Två tredjedelar av kvinnorna (63 procent) hade hemmavarande barn under 16 år vid baslinjemätningen och 23 procent hade barn under 7 år.

Metod

Data om socioekonomiska förhållanden, livsstilsfaktorer, arbetsförhållanden, välbefinnande, fysiska och psykiska besvär, är hämtade från baslinjeenkäten. Faktorerna har valts utifrån att de i tidigare undersökningar och i HAKuL, har visat på samband med ohälsa.

Andelen kvinnor, som angivit de studerade faktorerna vid baslinjemätningen bland kvinnor med och utan hemmavarande barn under 16 år, presenteras i tabell 14:1. Skillnaden mellan andelen exponerade kvinnor med och utan barn har jämförts genom att beräkna differensen mellan de båda andelarna och beräkna ett 95 procentigt konfidensintervall för skillnaden. I de fall där 0 inte ingår i konfidensintervallet (antingen ett positivt eller ett negativt intervall), innebär att skillnaden är statistiskt säkerställd och inte beror på slumpen.

Sjukfrånvaro, 28 dagar eller längre i en följd, rapporterades av arbetsgivarna under hela projektiden till forskargruppen. I denna studie har vi jämfört risken att, inom 3 år från baslinjeundersökningen, minst en gång bli sjukskriven 28 dagar eller längre för kvinnor med barn jämfört med risken för kvinnor utan barn.

Skillnader och likheter mellan kvinnor med och utan barn

Många av de studerade förhållandena var jämförbara mellan kvinnor med och utan barn. Det fanns också skillnader, speciellt vad gällde den socioekonomiska situationen.

Av livsstilsfaktorerna var det avsevärt fler kvinnor med barn som per dag hade mindre än 1 timme till förfogande för ”egen tid” (40 procent), jämfört med kvinnor utan barn, där endast 8 procent angav mindre än 1 timme för ”egen tid”.

Av de arbetsrelaterade faktorerna var det veckoarbetstid som skilde sig mest mellan kvinnor med och utan barn. Nästan 70 procent av kvinnorna utan barn arbetade 35 timmar eller mer per vecka att jämföra med kvinnor med barn, där drygt 50 procent arbetade 35 timmar eller mer. Kroppsligt ansträngande arbete och att ej ha inflytande över arbetstidens förläggning rapporterades oftare av kvinnor utan barn. Nio procent av kvinnorna med barn angav att kraven i arbetet påverkade familjelivet negativt eller vice versa, vilket var en högre andel än de 6 procent som rapporterades av kvinnor utan hemmavarande barn (tabell 14:1).

Tabell 14:1. Socioekonomiska förhållanden, livsstilsfaktorer, arbetsförhållanden samt välbefinnande och fysiska och psykiska besvär vid baslinjemätningen för kvinnor med och utan hemmavarande barn under 16 år.

Exponeringar	Ej barn	Har barn	Skillnad
<i>Socioekonomisk situation</i>			
Frånskild/ensamstående	31%	13%	- 18%*
Lägre utbildning än universitet/högskola	53%	48%	- 5%*
Ansträngd hushållsekonomi	61%	65%	- 4%*
<i>Livsstilsfaktorer</i>			
Ansvarig för och utför det mesta av hushållsarbetet	64%	64%	0%
Ej regelbunden motion	16%	18%	+ 2%
Röker dagligen	21%	16%	- 5%*
			32
Mindre än 1 timme egen tid per dag	8%	40%	+ %*
<i>Arbetsrelaterade faktorer</i>			
Kroppsligt ansträngande arbete	46%	40%	- 6%*
Höga krav och litet inflytande i arbetet	26%	24%	- 2%
Inget inflytande över arbetstidens förläggning	49%	45%	- 4%*
Oklart definierade mål för arbetet	11%	10%	- 1%
Ej fungerande ledarskap från närmsta chef	25%	25%	0%
Utfrusen av chefer och/eller arbetskamrater	15%	17%	+ 2%
Arbetar 35 timmar eller mer per vecka	69%	52%	- 17%*
Krav i arbetet påverkar familjelivet negativt och vice versa	6%	9%	+ 3%*
<i>Välbefinnande, fysiska och psykiska besvär</i>			
Värk från 5 eller fler regioner på kroppen	26%	23%	- 3%*
Återhämningsproblem	7%	6%	- 1%
Sömnproblem	10%	10%	0%
Känner ej välbefinnande	18%	17%	- 1%
Känner ej personlig tillfredsställelse i vardagen	39%	39%	0%
I riskzon för utbrändhet	9%	8%	- 1%

* Statistisk säkerställd skillnad mellan kvinnor med och utan barn, d v s skillnadens 95% konfidensintervall inte innefattande noll.

Lägre risk för kvinnor med barn att bli sjukskrivna 28 dagar

Av tabell 14:2 framgår att hemmavarande barn minskade risken för kvinnor under 50 år att, inom 3 år efter baslinjemätningen, bli sjukskriven 28 dagar eller längre, jämfört med kvinnor utan barn. Det gällde både för gruppen kvinnor med barn under 7 år och för gruppen kvinnor med barn under 16 år.

Tabell 14:2. Relativ risk för kvinnor <50 år med hemmavarande barn att någon gång inom 3 år efter baslinjemätningen bli sjukskriven 28 dagar eller längre i en följd, jämfört med kvinnor utan hemmavarande barn.

Exponering	Exponerad	Antal (n)	Antal fall	Relativ risk (95% KI)*
Hemmavarande barn <16 år	Nej	1194	155	1,0
	Ja	2050	210	0,8 (0,6-1,0)
Hemmavarande barn <7 år	Nej	1194	155	1,0
	Ja	740	64	0,7 (0,5-0,9)

* 95% konfidensintervall

Kommentarer

I denna studie har kvinnor under 50 år, med och utan barn, som vid baslinjemätningen hade en god eller en tillfredställande arbetshälsa studerats med avseende på förekomst av vissa socioekonomiska faktorer, livsstilsfaktorer, arbetsförhållanden samt välbefinnande och fysiska och psykiska besvär. Risken för kvinnor med barn att bli sjukskriven 28 dagar eller längre inom 3 år från studiestarten har jämförts med risken för kvinnor utan hemmavarande barn att bli sjukskriven.

Många av de studerade faktorerna var lika vanligt förekommande bland kvinnor med hemmavarande barn som bland kvinnor utan barn. Den största skillnaden observerades för andelen kvinnor som angav att de hade mindre än 1 timme egen tid per dag. Bland kvinnor med barn var det nästa varannan kvinna som angav lite egen tid per dag, jämfört med var tionde bland kvinnor utan barn. Att ha barn innebär att man delar med sig av sin egen tid till umgänge med barnen, eller indirekt för skötsel och omsorg, som är kopplat till barnen.

En betydligt lägre andel bland kvinnor med barn arbetade 35 timmar eller mer per vecka (52 procent), jämfört med kvinnor utan barn (69 procent), vilket kan jämföras med 62 procent heltidsarbetande bland kvinnor totalt i Sverige i åldersgruppen 20-54 år (Statistiska centralbyrån 2003). En förklaring kan vara att kvinnor ser deltidsarbete som en lösning för att hantera den ökade mängd omsorgs- och hemarbete som det innebär att ha barn.

Två tredjedelar av kvinnorna angav att de hade huvudansvar för och utförde det mesta av hushållsarbetet, oberoende av hemmavarande barn eller inte. Detta stämmer väl överens med resultat från andra studier i Sverige (SOU 2004:70 2004), där kvinnor, oavsett hemmavarande barn eller ej, hade huvudansvar för hemarbetet. Även om det var lika vanligt bland kvinnor med och utan barn att ha huvudansvar för hemarbetet, så innebär sannolikt detta ansvar för olika arbetsinsats i dessa grupper. Trots att kvinnorna sedan 60-talet har ökat sin andel på arbetsmarknaden så kvarstår deras huvudansvar för hushållsarbetet. Denna situation har ofta påtalats som en orsak till att sjukfrånvaron sedan 80-talet har varit högre för kvinnor än för män och att den ökade sjukfrånvaron sedan 1997 i större utsträckning drabbat kvinnorna. I genomsnitt ägnar sig sammanboende kvinnor utan barn knappt 3 timmar per dag åt hemarbetet jämfört med drygt 6 timmar för kvinnor med barn (Statistiska Centralbyrån 2003)

Nästan hälften av kvinnor utan barn rapporterade att de hade ett kroppsligt ansträngande arbete och att de ej hade inflytande över arbetstidens förläggning, vilket var något mer än kvinnor med barn. En möjlig förklaring till dessa skillnader kan vara att kvinnor utan barn arbetade heltid i större utsträckning, och att de därmed kan uppleva arbetet som mer fysiskt ansträngande och att de hade ett sämre inflytande över arbetstidens förläggning än kvinnor utan barn, som oftare har kortare arbetsvecka. Dessa resultat kan även ha samband med att det var vanligare att kvinnor

utan barn rapporterade värk från fem eller fler regioner på kroppen, oftare heltidsarbete, oftare ett fysiskt krävande arbete, vilket leder till ökade besvär.

Nästan var tionde kvinna med barn angav att kraven i arbetet påverkade familjelivet negativt eller vice versa, vilket var en något högre andel än vad som rapporterades av kvinnor utan barn. Skillnaden mellan kvinnor med och utan barn kan förklaras av att i en större familj är det fler som ställer krav på tillgänglighet och hemarbetet kräver mer tid. En låg flexibilitet när det gäller arbetstid och tiden hemma kan då upplevas som oförenliga krav.

Tidigare studier har inte varit helt samstämmiga vad gäller effekten av kombinationen förvärvsarbete och ansvar för hem och familj. Vissa studier har visat att sjukfrånvaron är högre för yrkesarbetande kvinnor med barn, medan andra studier har visat att yrkesarbetande kvinnor med barn mår bättre, eller lika bra, som kvinnor utan barn (Statens beredning för medicinsk utvärdering 2003). Den minskade risk att bli sjukskriven för kvinnor med barn, som vi finner i denna studie, stöder hypotesen att förvärvsarbete i kombination med hemmavarande barn har en positiv effekt på sjukfrånvaron. Den något tydligare minskade risken för kvinnor med barn under 7 år, skulle kunna förklaras av att deras medelålder är lägre (35 år), jämfört med medelåldern för kvinnor med barn under 16 år (40 år).

En annan möjlig förklaring till att kvinnor med barn hade en minskad risk att bli sjukskrivna kan vara att det är en selektion av kvinnor med god hälsa som har barn, och att det därmed finns en större andel med kvinnor med dålig hälsa i gruppen utan barn. I denna studie valde vi att bara följa personer med relativt god hälsa, de som vid studiestarten angav att de hade en god eller tillfredställande arbetshälsa, dvs. de hade en god generell hälsa och med tanke på sin hälsa trodde de sig kunna vara kvar i yrket även om 2 år. Vi har på detta sätt i viss mån kontrollerat för hälsostatus vid studiens början.

Sammanfattning

Att som kvinna under 50 år vara yrkesaktiv och samtidigt ha ett föräldraansvar visade, i denna studie, en minskad risk att bli sjukskriven 28 dagar eller längre. Resultaten stöder hypotesen om att den dubbla rollen som yrkesarbetande och förälder kan innebära en stärkt identitet med en positiv effekt på hälsan.

REFERENSER

- Ahlbom, A. and S. Norell (1990). Introduction to modern epidemiology. U.S., Epidemiology Resources Inc.
- Altman, D. G. (1991). Practical statistics for medical research. London, Chapman & Hall.
- Antonovsky, A. (1991). Hälsans mysterium. Stockholm, Natur o Kultur.
- APRINOVA (2004). www.aprinova.se.
- Arbetsmiljöverket (2001). Systematiskt arbetsmiljöarbete -en vägledning. Stockholm, Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket (2002). Systematiskt arbetsmiljöarbete mot stress, Anpassning, Rehabilitering. Stockholm, Arbetsmiljöverket.
- Aronsson G och Kilbom Å (1996). Arbete efter 45. Stockholm, Arbetslivsinstitutet.
- Aronsson, G., M. Dallner, et al. (2000). "Yrkes och arbetsplatsinläsning." Arbete och Hälsa 5.
- Aronsson, G., K. Gustafsson, et al. (2000). "Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism." Journal of Epidemiology Community Health 54: 502-509.
- Aronsson, G., L. Svensson, et al. (2003). "Unwinding, recuperation, and health among compulsory school and high school teachers in Sweden." International Journal of Stress Management 10: 217-234.
- Baksi, A. och S. Craddock (1998). "What is empowerment?" IDF Bulletin 3(43): 29-31.
- Bass, B. M. (1990 (third edition)). Handbook of leadership. Theory, Research & Managerial Applications. New York, The free press.
- Bergendorf, S., E. K. Hansson, et al. (1999). Rygg och Nacke 1, Projektbeskrivning & undersökningsgrupp. Stockholm, Riksförsäkringsverket och Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
- Bergström, G., I. Jensen, et al. (2004). Kostnadseffektiviteten vid rehabilitering av patienter med långvarig nack-/ryggvärk. En treårsuppföljning. Slutrapport för forskningsprojektet Hälsoekonomisk Utvärdering av Rehabilitering (HUR) - Nacke/rygg. Stockholm, Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet.
- Bernard B (1997). Musculoskeletal disorders and work place factors, NIOSH US Dept of health and human services.
- Bjork, S. och A. Noriander (1999). "The weighting exercise for the Swedish version of the EuroQol." Health Econ 8: 117-26.
- Björvell, H. (1999). "'Patient empowerment" - målet är bättre hälsa och stärkt beslutanderätt." Läkartidningen 96(44): 4816-20.

- Bongers, P. M., C. R. de Winter, et al. (1993). "Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease." Scandinavian Journal of Work, Environment & Health **19**: 297-312.
- Borg, G. (1998). Borg's perceived exertion and pain scales. U S A, Human Kinetics.
- Boumans, N. P. G. och J. A. Landeweerd (1992). "The role of social support and coping behaviour in nursing work: main or buffering effect?" Work&Stress **6**(2): 191-202.
- Brooks, R., S. Jendteg, et al. (1991). "EuroQol: health-related quality of life measurement. Results of the Swedish questionnaire exercise." Health Policy **18**: 37-48.
- Burdorf A och Sorock G (1997). "Positive and negative evidence on risk factors for low back disorders." Scand J Work Environ Health **23**: 243-256.
- Dallner, M., A.-L. Elo, et al. (2000). Validation of the general nordic questionnaire (QPS Nordic) for psychological and social factors at work. Copenhagen, Nordic council of ministers: 171.
- Engström, L.-M., B. Ekblom, et al. (1993). Liv 90, Rapport 1. Stockholm, Folksam mfl.
- Eriksson, K. (1984). Hälsans idé. Stockholm, Almqvist & Wiksell.
- Folkhälsorapport (2001). Rörelseorganens sjukdomar sid 106-113. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Forsberg, E. och B. Starrin (1997). Frigörande kraft. Empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv. Göteborg, Gothia.
- Freudenberger HJ (1974). "Staff burn-out." Journal of Social Issues **30**: 159-165.
- Granér, R. (1991). Arbetsgruppen Den professionella gruppens psykologi. Lund, Studentlitteratur.
- Hallsten, L., K. Bellaagh, et al. (2002). Utbränning i Sverige - en populationsstudie. Stockholm, Arbetslivsinstitutet.
- Hansson T och Westerholm P (2001). Arbete och besvär i rörelseorganen, Arbetslivsinstitutet.
- Hasselhorn, H.-M., P. Tackenberg, et al. (2003). Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Stockholm, National Institute for Working Life.
- Härenstam, A., G. Ahlberg, et al. (1999). Slutrapport från MOA-projektet. Beskrivning och utvärdering av variabler om arbets- och livsvillkor. Stockholm, Yrkesmedicinska enheten: 1-142.
- Ilmarinen, J. (1999). Ageing workers in the European Union - status and promotion of work ability, employability and employment. Helsinki, Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and health, Ministry of Labour.
- Isaksson, K. (2001). Tilliten och psykologiska kontrakt i arbetslivet. Tillitens ansikten. G. Aronson and J. Karlsson. Lund, Studentlitteratur.

- Johannisson, K. (1997). Kroppens tunna skal. Sex essäer om kropp historia och kultur. Stockholm, Norstedts Förlag AB.
- Johansson, G. och I. Lundberg (2004). "Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model." Social Science and Medicine **58**: 1857-68.
- Johnson, M. (1997). On the dynamics of self-esteem. Department of Psychology. Stockholm, Stockholm University: 31.
- Josephson, M. och E. Vingård (2002). Befattningshavare med formellt ansvar för underställd personal inom äldreomsorgen. Specialbearbetning av resultat från projektet Hållbar arbets-hälsa inom kommuner och landsting (HAKuL-projektet). Ingår i "Nationell handlingsplan för äldrepolitiken". Stockholm, Socialstyrelsen.
- Karasek, R. A. och T. Theorell (1990). Healthy Work. New York, Basic Books.
- Kilbom, Å., Messing K, et al. (1999). Yrkesarbetande kvinnors hälsa. Stockholm, Arbetslivsinstitutet.
- Kuorinka, I., B. Jonsson, et al. (1987). "Standardized Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms." Applied Ergonomics **18**: 233-37.
- Kuskowska-Wolk, A., P. Karlsson, et al. (1989). "The predictive validity of body mass index based on self-reported weight and height." International Journal of Obesity **13**: 441-453.
- Landsbergis, P. och T. Theorell (2000). "Measurement of psychosocial workplace exposure variables." Occupational Medicine: State of the Art Reviews **15**: 163-188.
- Landstingsförbundet (2004). Statistisk årsbok för landsting 2004.
- Larsson, G., B. Wilde, et al. (1995). Arbetsmiljö, vård- och omsorgskvalitet och hälsa. Karlstad, Centrum för folkhälsoforskning: 39.
- Lundberg, O. , M. Nyström Peck (1995). "A simplified way of measuring sense of coherence." European Journal of Public Health **5**: 56-59.
- Maslach C (1978). "The client role in staff burn-out." Journal of Social Issues **34**(4): 111-124.
- Maslach C, Jackson SE, et al. (1996). Maslach burn-out inventory. Palo Alto CA, Consulting Psychologist Press.
- Maslach C, Leitner M (1999). Sanningen om utbrändhet. Stockholm, Natur och Kultur.
- Maslach, C., S. Jackson, et al. (1996). Maslach burnout inventory manual (3rd edition), Palo Alto, CA.
- Michélsen, H., R. Nordemar, et al. (1991). Arbetsmiljö i Stockholmsundersökningen 1. Stockholmsundersökningen 1 Data från en tvärsnittsundersökning av ergonomisk och psykosocial exponering samt sjuklighet och funktion i rörelseorganen. M. Hagberg and C. Hogstedt. Stockholm, MUSIC Books: 139-149.

- Persson, J., I. Sjöberg, et al. (2004). *Bråk och missbruk, vanor och ovanor*. Örebro, Statistiska Centralbyrån.
- Pines A och Aronson E (1988). Career burn-out. Causes and cures.
- Previa (2001). *Frågeformulär för datoranvändare*.
- Punnett L, Wegman D (2004). "Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiological evidence and the debate." J Electromyography and Kinesiology **14**: 13-23.
- Rappaport, J. (1984). "Studies in empowerment: Introduction to the issue." Prevention in Human Services(3): 1-7.
- Riksförsäkringsverket (2002). *Långtidssjukskrivna - diagnos, yrke, arbetsgivare och återgång i arbete. En jämförelse mellan 2000 och 2001*. Stockholm, Riksförsäkringsverket, Sweden.
- Riksförsäkringsverket (2003). *Långtidssjukskrivna - egenskaper vid 2003 års RFV-LS-undersökning*, Riksförsäkringsverket Redovisar.
- Riksförsäkringsverket (2003). *Nybeviljade förtidspensioner och psykisk ohälsa - ålder, kön och diagnos*, Riksförsäkringsverket Redovisar.
- Saunders, J. B., O. G. Aasland, et al. (1993). "Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT) : WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumptions-II." Addiction **88**: 791-804.
- Schaufeli W , Enzmann D (1999). The burn-out companion to study and practice. London, Taylor&Francis.
- SOU1999:137 (1999). *Hälsa på lika villkor*. Stockholm, Nationella folkhälsokommittén.
- SOU2000:78 (2000). *Rehabilitering till arbete. En reform med individen i centrum*. Stockholm, Slutbetänkande av utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen, Socialdepartementet.
- SOU 2004:19 (2004). *Kan vi räkna med de äldre?* Stockholm, Socialdepartementet..
- SOU 2004:70 (2004). *Tid och pengar - dela lika?* Statens offentliga utredningar, Finansdepartementet.
- SOU (2003). *Utredning om analys av hälsa och arbete (AHA)*. Stockholm, Socialdepartementet.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2003). *Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm, Statens beredning för medicinsk utvärdering: 503.
- Statens Folkhälsoinstitut (2004). *Minskat bruk av tobak - var står vi idag?* Stockholm, Statens Folkhälsoinstitut.

- Statistiska centralbyrån (1998). Standardisering för svensk yrkesklassificering 1996, Stockholm, Statistiska Centralbyrån.
- Statistiska centralbyrån (2003). Arbetskraftsundersökningarna 2002. Stockholm, Statistiska Centralbyrån.
- Statistiska Centralbyrån (2003). Tid för vardagsliv. Kvinnors och mäns tidsanvändning 1990/91 och 2000/01. Levnadsförhållanden, rapport 99. Stockholm, Statistiska Centralbyrån.
- Stockholms Läns Landsting (1998). Folkhälsoenkät 1998 - en uppföljning. Stockholm.
- Sullivan, M., J. Karlsson, et al. (2002). SF-36 Hälsoenkät: Svensk Manual och Tolkningsguide. Göteborg, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.
- Svenska Kommunförbundet (2004). Kommunal Personal 2003, Svenska Kommunförbundet.
- Theorell, T., K. Harms-Ringdahl, et al. (1991). "Psychosocial job factors and symptoms from the locomotorsystem- a multicausal analysis." Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine **23**: 165-173.
- Theorell, T., H. Michélsen, et al. (1991). Tre arbetsmiljöindex som använts i Stockholmsundersökningen 1. Stockholmsundersökningen 1 Data från en tvärsnittsundersökning av ergonomisk och psykosocial exponering samt sjuklighet och funktion i rörelseorganen. M. Hagberg and C. Hogstedt. Stockholm, Music-Books: 150-153.
- Tuomi, K., P. HUUHTANEN, et al. (2001). "Promotion of work ability, the quality of work and retirement." Occupational Medicine **51**: 318-324.
- Tuomi, K., J. Ilmarinen, et al. (1994). AFM-indexet. En metod att bedöma och uppfölja arbetsförmågan. Helsingfors, Institutet för arbetshygien.
- Waldenström, M., T. Theorell, et al. (2002). "Assessment of psychological and social current working conditions in the MUSIC-Norrälje Study." Scandinavian Journal of Public Health **30**: 94-102.
- Warr P (1994). Work and aging. London, Taylor & Francis.
- Wiktorin, C., L. Karlqvist, et al. (1993). "Validity of self-reported exposures to work postures and manual materials handling." Scandinavian Journal of Work, Environment & Health **19**: 208-14.
- Wiktorin, C., E. Vingård, et al. (1999). "Interview versus questionnaire for assessing physical loads in the population based on the MUSIC-Norrälje study." American Journal of Industrial Medicine **35**: 441-455.
- Wilde Larsson, B., G. Larsson, et al. (1998). KUPP-boken -Kvalitet ur patientens perspektiv. Stockholm, Vårdförbundet.
- Vingård E (1996). Din rygg. Stockholm, Folkhälsoinstitutet och Stockholms Läns Landsting.

- Vingård E and Kilbom Å (2001). Diseases of the musculoskeletal system and how they affect men and women p 159-176. Boston, Harvard school of public health.
- Vingård E and Nachemson A (2000). Ont i ryggen, ont i nacken. Stockholm, SBU.
- Von Korff, M., J. Ormel, et al. (1992). "Grading the severity of chronic pain." Pain(50): 133-49.
- Åkerstedt, T., A. Knutsson, et al. (2002). "Att predicera sömstörningar, insomningsrisk och mental trötthet - tre studier." Arbete och Hälsa 7: 51-53.
- Åsberg M and et al (2003). Utmattningssyndrom. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Åstrand, I. (1990). Arbetsfysiologi. Stockholm, Norstedts Förlag.
- Östlin, P., M. Danielsson, et al. (1996). Kön och ohälsa - an antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv. Lund, Studentlitteratur.



Foto: Ulf Sirborn

HAKuL-projektet
Sektionen för personskadeprevention
Institutionen för Klinisk Neurovetenskap
Karolinska Institutet

www.personskadeprevention.nu

