

Arbetslivsinstitutets utbildning av företagsläkare 2001–2002

Sex examensarbeten

Peter Westerholm (red)

ARBETSLIVSRAPPORT NR 2003:9

ISSN 1401-2928

Enheten för arbetshälsa
Enhetschef Ewa Wigaeus Tornqvist



Arbetslivsinstitutet

Förord

I denna utgåva av Arbetslivsinstitutets tidskriftsserie "Arbetslivsrapport" kommer att ingå sju projektrapporter som redovisats som examensarbeten av företagsläkare som genomgått institutets utbildning av företagsläkare under 2001-2002.

Arbetena har inriktats mot ämnen och frågeställningar som författarna själva har valt och som är aktuella på de företag eller organisationer där de är verksamma som företagsläkare. Arbetena har genomförts under handledning med handledarens namn angiven på rapportens titelblad. Docent Thomas Andersson, Linköping som handledde Dr Ragnhild Ivarsson-Walthers examensrapport avled den 30 januari 2003.

Följande examensarbeten ingår i denna utgåva:

- Fredrik Sandblad

Kunskap om arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete inom skola och äldreomsorg - en studie av arbetsledares bedömningar

Handledare: Anders Persson, Arbetslivsinstitutet, Malmö

- Stig Norberg

Hälsobringande faktorer ? - en studie av långtidsfriska och sjukskrivna vid kommunal stadsdelsförvaltning

Handledare : Gunnel Ahlberg, Arbetslivsinstitutet, Stockholm

- Ing-Marie Tengwall

Förslag till förändringar inom äldreomsorgen

Handledare : Lena Ekenvall, Arbets- och Miljömedicin, Stockholms Läns Landsting

- Arne Thorfinn och Jan Lindell

Ledarskap och hälsa - en studie över ledarskapets betydelse för långtidsfriska och långtidssjuka i Håbo kommun

Handledare : Kerstin Isaksson, Arbetslivsinstitutet, Stockholm

- Ragnhild Ivarsson-Walther

Hudbesvär hos flygplanssammanbyggare vid Saab AB

Handledare : Thomas Andersson, Linköpings Universitetssjukhus

- Carl-Gustav Walter

Rökdykande brandmän - för- och nackdelar med arbets-EKG genomfört på FHV-central jämfört med medicinklinik

Handledare: Margareta Torgén, Arbetslivsinstitutet

- Birgitta Krog
Samverkansprojekt Yrkesinriktad Rehabilitering (x)

Handledare : Johnny Johnsson , Stora Enso, Fors

Vi har från kursledningens sida valt ut dessa arbeten. De har av oss bedömts, på basis av sin kvalitet och relevans, som lämpliga för spridning till även andra intresserade läsare än kursledningen på institutet och kurskamraterna. Detta gör vi nu genom att lägga ut dem på institutets web-sida på INTERNET. Rapporterna avhandlar frågor som är aktuella i företagsläkarens vardag och de gör det på det handfasta sätt och med den praktiska orientering som resulterar av att frågeställningar och beskrivna förhållanden är självupplevda.

Vi välkomnar om arbetena inspirerar till efterföljd innebärande att även andra som verkar inom företagshälsovården tar upp dessa och liknande frågor till belysning och diskussion.

Peter Westerholm

Margareta Torgén

Ingvar Lundberg

(x) Denna uppsats kan f.n. inte läggas ut på INTERNET

Innehållsförteckning

Kunskap om arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete inom skola och äldreomsorg - en studie av arbetsledares bedömningar <i>Fredrik Sandblad</i>	1
Hälsobringande faktorer ? - en studie av långtidsfriska och sjukskrivna vid kommunal stadsdelsförvaltning <i>Stig Norberg</i>	23
Förslag till förändringar inom äldreomsorgen <i>Ing-Marie Tengwall</i>	61
Ledarskap och hälsa - en studie över ledarskapets betydelse för långtidsfriska och långtidssjuka i Håbo kommun <i>Arne Thorfinn och Jan Lindell</i>	75
Hudbesvär hos flygplanssammanbyggare vid Saab AB <i>Ragnhild Ivarsson-Walther</i>	91
Rökdykande brandmän - för- och nackdelar med arbets-EKG genomfört på FHV-central jämfört med medicinklinik <i>Carl-Gustav Walter</i>	109

Kunskap om arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete inom skola och äldreomsorg – en studie av arbetsledares bedömningar

Av Företagsläkare Fredrik Sandblad

Handledare: Anders Persson, Arbetslivsinstitutet i Malmö

Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2001/02

Sammanfattning

Syftet med denna undersökning är att få en bild av, hur arbetsledare inom skola och äldreomsorg i Lunds kommun ser på sitt arbete med arbetsmiljö och rehabilitering, hur man fått sina kunskaper inom dessa områden och om man upplever ett behov av fördjupning av dem.

En enkät har skickats till 81 rektorer, biträdande rektorer samt enhetschefer inom äldreomsorgen. Enkäten innehöll 15 flervalsfrågor samt två öppna frågor kring hur man bedriver sitt arbete och vilka hinder och möjligheter man upplever. 70 enkäter besvarades, vilket innebär en svarsfrekvens på 86%.

De flesta av arbetsledarna är kvinnor, vilket framför allt förklaras av att det är ovanligt med män inom vården. Endast ett par av enhetscheferna inom äldreomsorgen är män. Den tidigare mansdominansen i skolvärlden har också på senare år brutits, mer än hälften av skolledarna är kvinnor. En majoritet av de som svarat är 50 år eller äldre och har lång erfarenhet av arbetsledning.

På frågor om arbetsmiljöarbete svarade de flesta att man är i huvudsak nöjd med sina kunskaper. Man är också i huvudsak nöjd med arbetsmiljöarbetet på den egna arbetsplatsen. De som är minst nöjda med sina kunskaper är i betydligt högre grad missnöjda med sitt arbetsmiljöarbete.

På frågor om rehabiliteringsarbete svarade man i betydligt mindre grad att man är nöjd med sina kunskaper, endast ett fåtal är helt nöjda och hela 27% är mindre nöjda. 20% är också mindre nöjda med sitt eget arbete med rehabilitering. Manliga arbetsledare skattar både sina kunskaper och sitt arbete lägre än kvinnliga, likaså de som arbetat kortare tid som arbetsledare jämfört med de som har lång erfarenhet.

Svaren på frågor om hur man fått sina kunskaper indikerar, att man i stor utsträckning fått dem genom egna erfarenheter, ej genom utbildning. En stor majoritet svarar, att arbetet med både arbetsmiljö och rehabilitering kan förbättras om man får ökad kunskap, särskilt de som skattat sina egna kunskaper lägst men även de som skattat dem högst.

Bland svaren på de öppna frågorna framhölls mest hinder för arbetet med arbetsmiljö och rehabilitering i form av brist på tid och pengar.

På frågor om FHV anger en majoritet att de har en mer eller mindre god inblick i dess verksamhet och att man varit nöjd med kontakterna med FHV. Endast ett fåtal har fått information om företagshälsovårdens verksamhet från FHV. Inte heller har FHV angetts som någon viktig kunskapskälla i arbetet med vare sig arbetsmiljö eller rehabilitering.

En slutsats är, att det finns ett stort, upplevt kunskapsbehov bland arbetsledare kring arbetsmiljöarbete och rehabilitering, särskilt det sistnämnda. FHV har hittills ej utnyttjats för att fylla denna kunskapslucka. Vetskapen om detta är viktig i framtida diskussioner mellan FHV och kund/förvaltning kring vilka tjänster man önskar upphandla.

Inledning

Lunds kommunala verksamheter sysselsätter cirka 9.000 personer. Ungefär hälften av dessa arbetar på skolorna, till vilka också förskolorna organisatoriskt hör. En tredjedel av kommunens personal arbetar inom vård och omsorg. De tillsvidareanställdas medelålder har under 1990-talet långsamt stigit med två år till 46,8 år. Ungefär hälften av de tillsvidareanställda är 50 år eller äldre. 78% är kvinnor.

Sjukfrånvaron bland kommunanställda är generellt hög, så även i Lunds kommun. Under 2001 var den 32 dagar per anställd och år, vilket kan jämföras med riksgenomsnittet för förvärvsarbetande på 24,4 dagar. Manliga anställda hade en något lägre sjukfrånvaro på 16 sjukdagar jämfört med riksgenomsnittets 17,6 dagar. Kvinnliga anställda hade däremot en betydligt högre sjukfrånvaro på 38 sjukdagar jämfört med riksgenomsnittets 31,7 dagar.

Bland de yrkeskategorier som utmärkte sig särskilt genom höga sjukskrivningstal (mer än 40 dagar) sågs personal på förskolor (barnskötare, förskollärare och förskolechefer) samt inom vård och omsorg (arbetsterapibiträden, sjuksköterskor och vårdbiträden). Ekonomi- och skolmåltidsbiträden samt städpersonal fanns också i denna grupp. Kommunens utbetalning av sjukfrånvaroersättning har mellan 1996 och 2001 stigit från 25 till 46 miljoner kronor. Man beräknar på personalförvaltningen att kostnaderna för rehabilitering uppgår till 20-25 miljoner kronor. Någon skattning av övriga personalekonomiska kostnader har ej gjorts men bedöms som "mycket höga"(15).

Kommunen har en s.k. inbyggd företagshälsovård (FHV) som organisatoriskt tillhör personalförvaltningen. FHV är en intäktsfinansierad resultatenhet, som mot en fastställd timtaxa utför de tjänster som respektive förvaltningsledning beställt. Innehållet i beställningen fastställs årsvis i förväg i samband med ett planeringsmöte. Vid dessa möten har man på senare år, mot bakgrund av de höga sjukskrivningstalen, diskuterat FHV´s deltagande i olika hälsobefrämjande aktiviteter. I mindre utsträckning har efterfrågats utbildningsinsatser kring arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete riktat till arbetsledare med ansvar för dessa verksamheter. Detta har varit förvånande, inte minst med tanke på de många massmediala rapporter som hörts om samhällets planer på en ytterligare tillskärpning av kraven på arbetsgivaransvar i dessa frågor (8).

Vår farhåga har varit, att det bland arbetsledarna finns ett dolt kunskapsbehov som ej kommit till ledningens kännedom. Syftet med undersökningen är därför att klarlägga, hur arbetsledare inom skola, vård och omsorg i Lunds Kommun ser på sitt arbete med arbetsmiljö och rehabilitering och sina kunskaper inom dessa områden. Syftet är vidare att kartlägga eventuella behov av kunskapsfördjupning samt FHV´s roll som informatör både tidigare och vid eventuella framtida utbildningar.

Någon direkt jämförbar studie har jag vid litteratursökning ej kunnat finna. Att arbetsledare har en mycket viktig roll i arbetet för en god arbetsmiljö och en bättre hälsa bland de anställda är visat i flera studier och allmänt accepterat (6,8,9,14). Nyttan av att följaktligen erbjuda arbetsledare utbildning i arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete är dokumenterad (12,17). Några projektarbeten av elever på Arbetslivsinstitutet har handlat om just arbetsledarutbildning (11,18,19).

Undersökt grupp

Gruppen av 81 arbetsledare har valts för att på bästa sätt avspegla tyngdpunkten i kommunens verksamhet, skola och äldreomsorg, där man ju också sett de högsta ohälsotalen. Enkäter skickades till samtliga arbetsledare inom två av tre, slumpvis utvalda förvaltningar inom respektive verksamhetsområde, rektorer/bitr. rektorer inom förskola/grundskola (53 personer) samt enhetschefer i vård/omsorg (28 personer). Av de 81 arbetsledarna var 18 män, 63 var kvinnor.

Av 81 utskickade enkäter returnerades 71 efter en påminnelse, en enkät dock obesvarad. Svarsfrekvensen är alltså 86%. Samtliga manliga arbetsledare besvarade enkäten. Av de tio som ej returnerat enkäten lät tre personer meddela, att de inte längre innehade arbetsledande befattning. Eftersom svarsfrekvensen bedömdes som god gjordes inga ytterligare påminnelser.

Metod

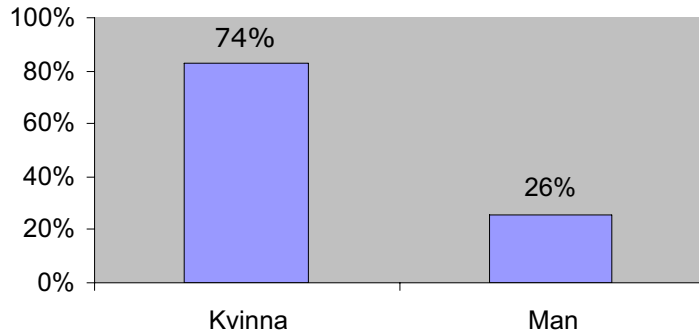
Valet av metod stod mellan intervjuer och enkätstudie. För intervjuer talade man att man kan få en mer nyanserad bild av de tillfrågade personernas syn på arbetsmiljö och rehabilitering. Intervjuer tar dock mycket tid och kan därför inte genomföras med så många. För enkäter talade man att de är mindre tidskrävande och att man därigenom kan ställa frågorna till många fler, vilket ger resultatet en kvantitativt sett större tillförlitlighet. Härigenom får man förhoppningsvis också en bättre bild av hur gruppen som helhet ser på frågorna. Dessutom ger enkäter bättre möjlighet att på ett systematiskt sätt sammanställa svaren. Sammantaget bedömdes en enkätstudie vara att föredra.

Undersökningen har därför genomförts med en skriftlig enkät innehållande 15 flervalsfrågor. För att ge möjlighet till en nyansering av svaren ställdes också två öppna frågor (Bilaga).

Resultatet har bearbetats i Microsoft Excel och redovisas i diagramform.

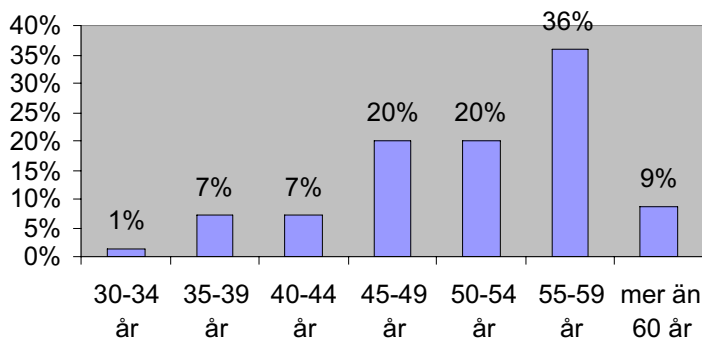
Resultat

1. Jag är : Kvinna/Man



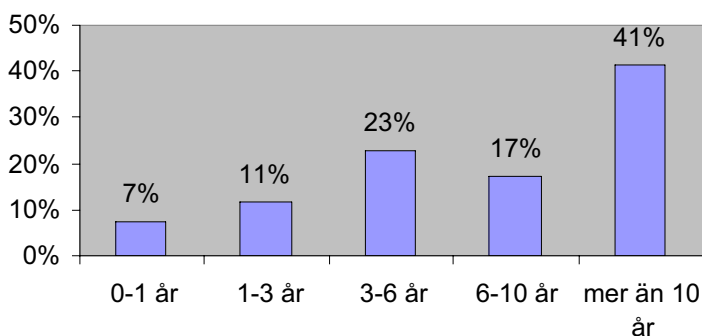
Kvinnodominansen förklaras av att det inom vård och omsorg är relativt ovanligt med manliga chefer.

2. Min ålder är:



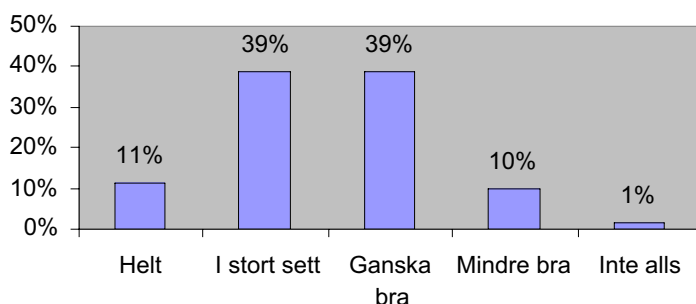
85% av arbetsledarna var äldre än 45 år, endast 8% var yngre än 40.

3. Anställningstid som arbetsledare:



De flesta hade lång erfarenhet av arbetsledning, 58% har arbetat som chef i mer än 6 år.

4. Hur stämmer påståendet att jag har en bra inblick i Företagshälsovårdens verksamhet och hur vi på min arbetsplats skall använda oss av dess tjänster?

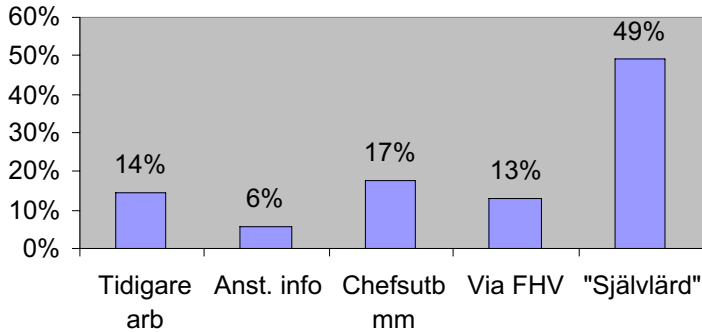


50% av de tillfrågade tyckte att de är väl medvetna om vad FHV gör.

11% tyckte att de har dålig inblick i FHV's verksamhet.

5. Så här har jag fått mina kunskaper om FHV´s verksamhet (69 svar):

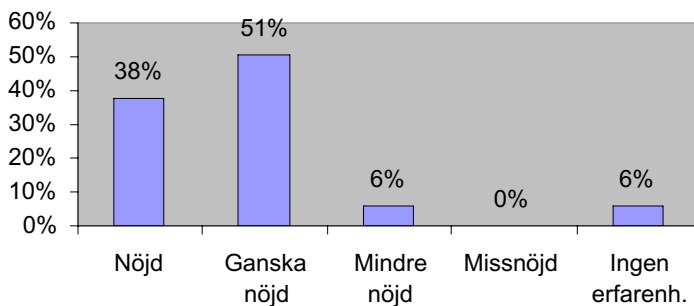
- Alternativ: Utbildning/erfarenheter från tidigare arbete
- Information i samband med anställning i Lunds kommun
- Information från arbetsgivaren, t.ex. chefsutbildning
- Information/utbildning som jag fått via FHV
- Genom mina praktiska erfarenheter i arbetet ("sjävlärd")



49% tyckte att de fått sina kunskaper genom egna erfarenheter.

19% har fått information av arbetsgivaren i samband med anställningen eller senare via FHV.

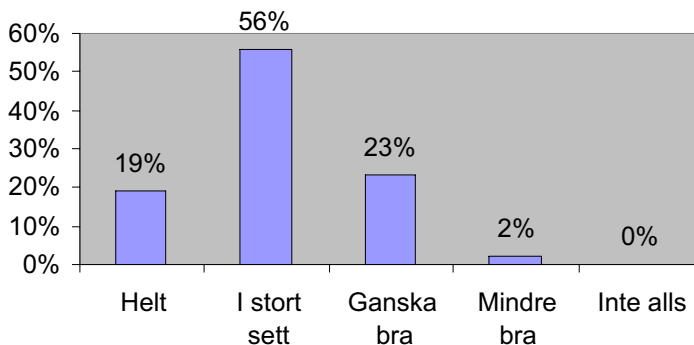
6. Efter mina kontakter med företagshälsovården i har jag hittills i allmänhet känt mig...(69 svar):



89% har känt sig helt/ganska nöjda med FHV.

6% har varit mindre nöjda med FHV.

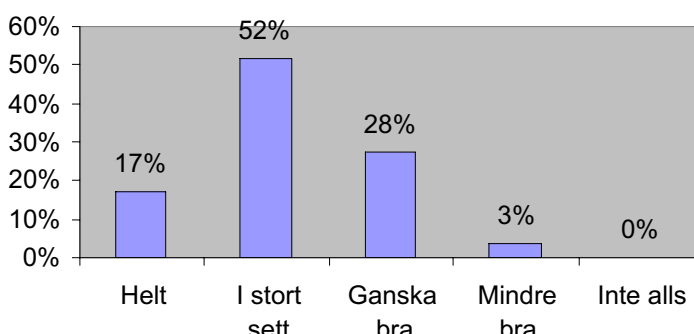
7. Hur stämmer påståendet att jag tycker att jag har bra kunskaper om hur vi på min arbetsplats skall arbeta för en bra arbetsmiljö?



75% tyckte helt/i stort sett att de har goda kunskaper i arbetsmiljöarbete.

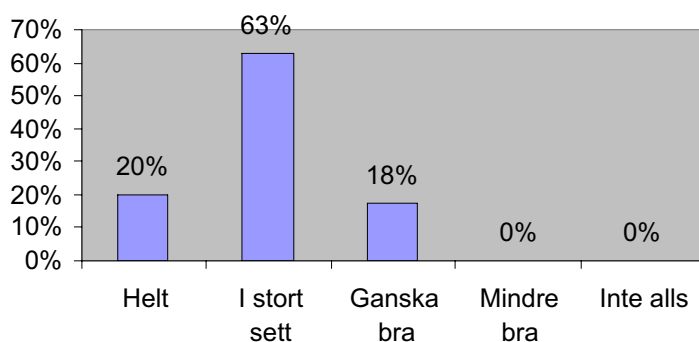
2% var missnöjda med sina kunskaper

Så här svarade 29 personer som varit arbetsledare 1-6 år:



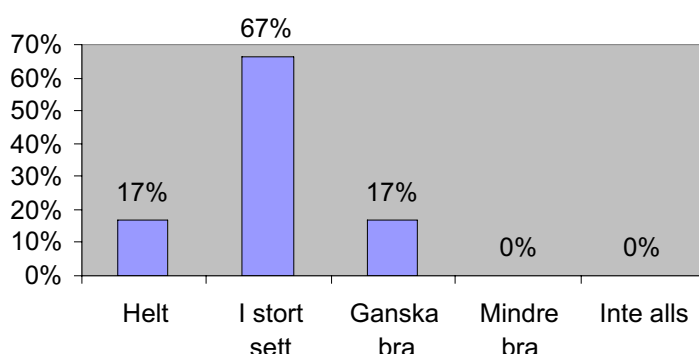
Bland dem som inte varit arbetsledare så länge ses, jämfört med hela gruppen, en antydning till lägre skattning av de egna kunskaperna i arbetsmiljöarbete. Skillnaden syns tydligare vid jämförelse med de som har lång erfarenhet (nästa diagram).

Så här svarade 40 personer som varit arbetsledare mer än 6 år:



Bland de som varit arbetsledare länge ses, jämfört med hela gruppen, en antydning till högre skattning av de egna kunskaperna i arbetsmiljöarbete. Skillnaden syns tydligare vid jämförelse med de som har kortare erfarenhet (föregående diagram).

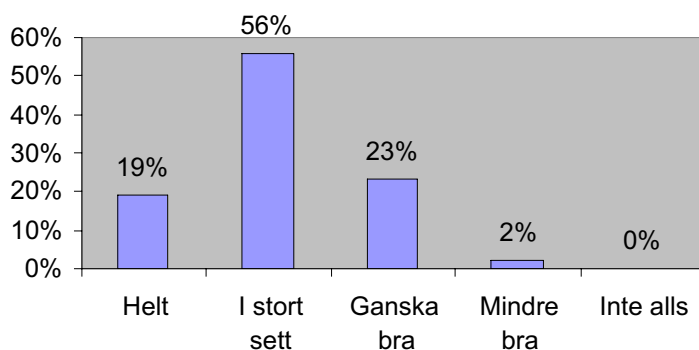
Så här svarade de manliga arbetsledarna:



84% av de manliga arbetsledarna tyckte helt/i stort sett att de har bra kunskaper i arbetsmiljöarbete.

Ingen var direkt missnöjd med sina kunskaper i arbetsmiljöarbete.

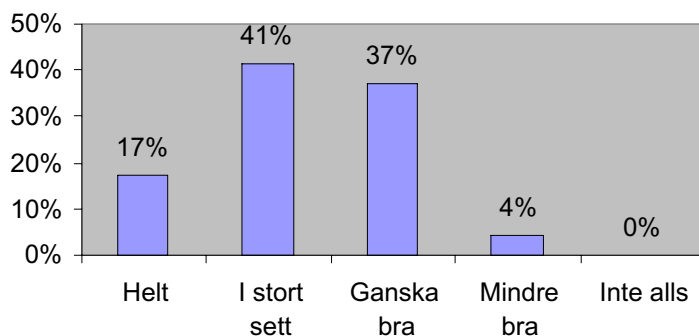
Så här svarade de kvinnliga arbetsledarna:



75% av de kvinnliga arbetsledarna tyckte helt/i stort sett att de har bra kunskaper i arbetsmiljöarbete.

En person (2%) var direkt missnöjd med sina kunskaper i arbetsmiljöarbete.

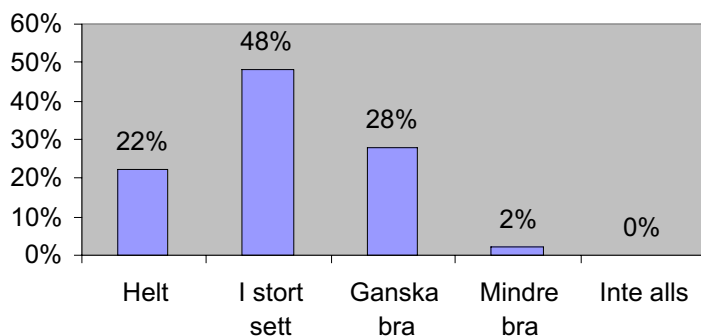
8. Hur stämmer påståendet att jag tycker att vi på min arbetsplats arbetar systematiskt för en bra arbetsmiljö?



58% var helt/i stort sett nöjda med sitt arbetsmiljöarbete.

4% var missnöjda med sitt arbetsmiljöarbete.

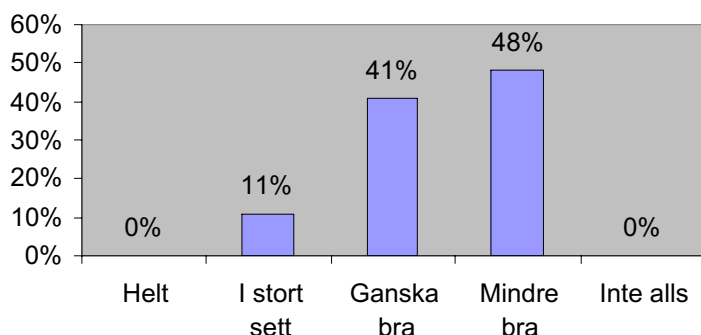
De 54 personer som på fråga 7 svarat att det stämmer helt/i stort sett helt att man har goda kunskaper om arbetsmiljöarbete svarade:



70% av de som var mest nöjda med sina kunskaper i arbetsmiljöarbete i fråga 7 tyckte att man bedriver detta arbete på ett helt/i stort sett bra sätt.

En person (2%) var missnöjd med sitt arbetsmiljöarbete.

Övriga personer, som i fråga 7 däremot angett att det stämmer ganska/mindre bra att man har goda kunskaper om arbetsmiljöarbete, svarade:

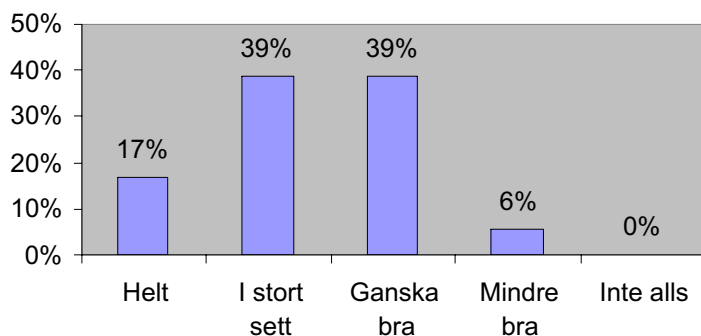


Ingen av de som var minst nöjda med sina kunskaper i arbetsmiljöarbete i fråga 7 tyckte att man bedriver detta arbete på ett helt bra sätt.

11% var i stort sett nöjda.

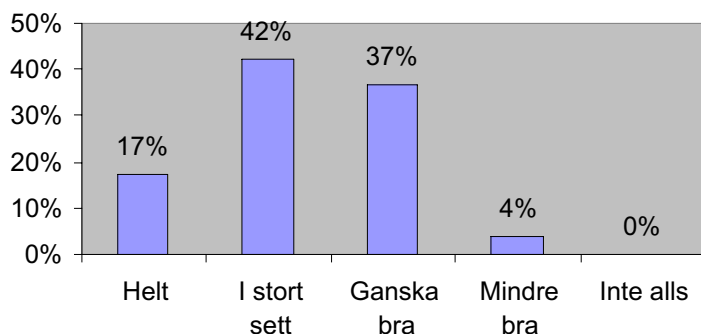
48% var missnöjda med sitt arbetsmiljöarbete.

Så här svarade manliga arbetsledare:



Man ser ingen skillnad på hur manliga och kvinnliga arbetsledare bedömde sitt arbetsmiljöarbete.

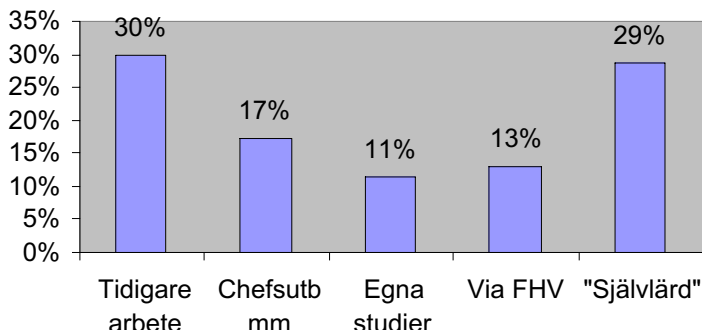
Så här svarade kvinnliga arbetsledare:



9. Så här har jag fått mina kunskaper om arbetsmiljöarbete:

Alternativ: Utbildning/erfarenheter från tidigare arbete
Information från arbetsgivaren, t.ex. chefsutbildning
Egen kunskapsinhämtning
Information/utbildning som jag fått via FHV

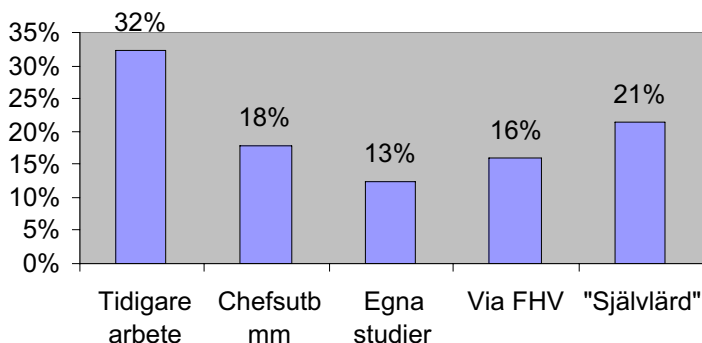
Genom mina praktiska erfarenheter i arbetet i kommunen ("sjävlärd")



Kunskaper om arbetsmiljöarbete har i första hand erhållits via tidigare arbete (30%) och genom praktiska erfarenheter i arbetet (29%).

13% har i första hand fått kunskap genom information från FHV.

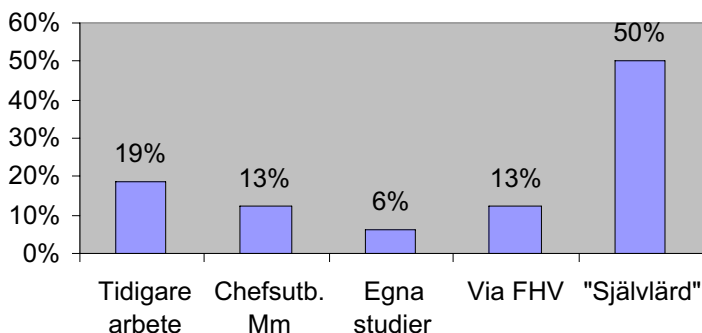
De 56 personer som på fråga 7 svarat, att det stämmer helt/i stort sett helt att man har goda kunskaper om arbetsmiljöarbete, svarade:



De som själva bedömde sina kunskaper om arbetsmiljöarbete som helt/i stort sett goda har i första hand erhållit dem via tidigare arbete (32%) och genom praktiska erfarenheter i arbetet (21%).

16% har i första hand fått kunskap genom information från FHV.

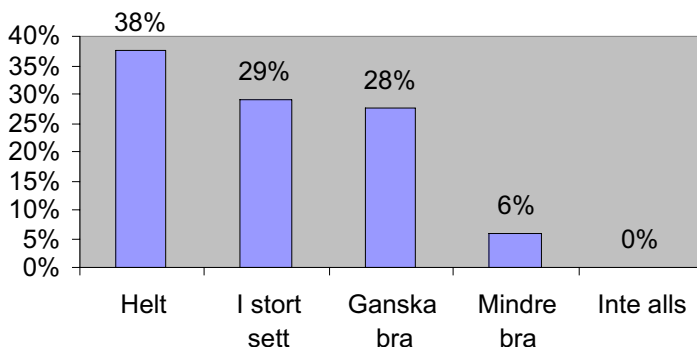
Övriga personer, som på fråga 7 däremot svarat att det stämmer ganska/mindre bra att man har goda kunskaper om arbetsmiljöarbete, svarade:



De som själva bedömde sina kunskaper om arbetsmiljöarbete som ganska/mindre goda har i första hand erhållit dem via genom praktiska erfarenheter i arbetet (50%).

13% har i första hand fått kunskap genom information från FHV.

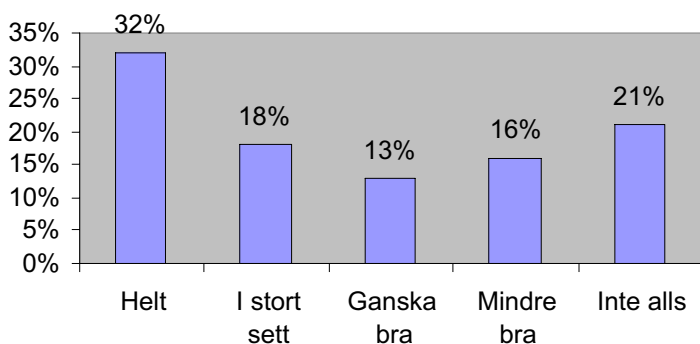
10. Hur stämmer påståendet, att jag tror att arbetsmiljön på min arbetsplats skulle kunna bli bättre om vi lärde oss mer om hur man bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete (69 svar)?



67% ansåg helt/i stort sett att arbetsmiljöarbetet kan förbättras om man får bättre kunskaper.

6% tyckte inte att arbetsmiljöarbetet kan förbättras genom bättre kunskaper.

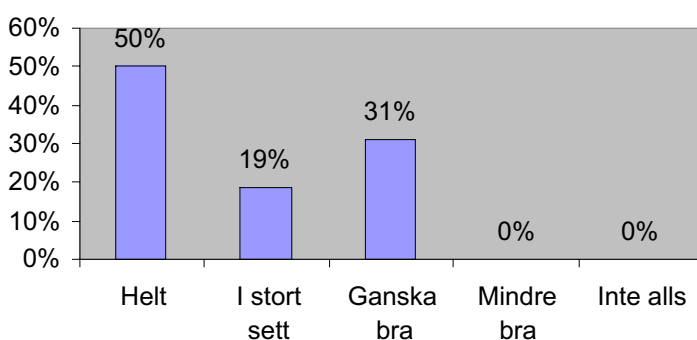
De 53 personer som på fråga 7 svarat, att det stämmer helt/i stort sett helt att man har goda kunskaper om arbetsmiljöarbete, svarade:



Av de som i själva bedömde sina kunskaper om arbetsmiljöarbete som helt/i stort sett goda tyckte 50% att arbetsmiljöarbetet kan förbättras om man får bättre kunskaper.

37% tyckte inte att arbetsmiljöarbetet kan förbättras genom bättre kunskaper.

Övriga personer, som på fråga 7 däremot svarat att det stämmer ganska/mindre bra att man har goda kunskaper om arbetsmiljöarbete, svarade:



Av de som själva bedömde sina kunskaper om arbetsmiljöarbete som ganska/mindre goda tyckte 69% att arbetsmiljöarbetet kan förbättras om man får bättre kunskaper.

Alla i denna grupp tyckte att arbetsmiljöarbetet i någon mån skulle kunna förbättras genom bättre kunskaper.

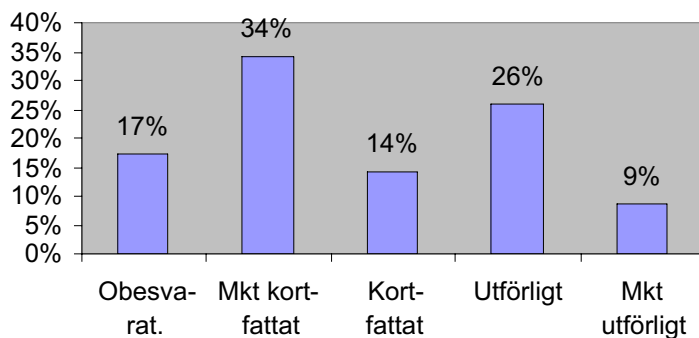
11. Kan du ge en kortfattad beskrivning över vilka rutiner ni har i arbetsmiljöarbetet på din arbetsplats. Möjligheter, hinder?

Kommentar:

I svaren beskrivs det formella arbetsmiljöarbetet med mycket varierande detaljrikedom. I 11 av de 58 svaren berörs som framgångsfaktor vikten av att arbeta för en positiv och öppen atmosfär med trygghet, tillit och delaktighet.

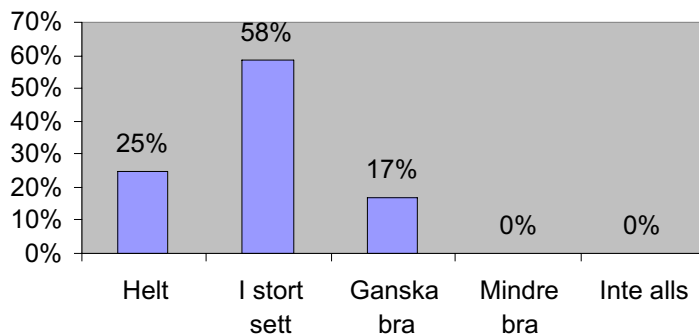
Som viktigaste hinder nämner 8 personer brist på ekonomiska resurser, i 5 svar pekar man på tidsbrist. Fyra svar berör svårigheter att påverka arbetsmiljön när man arbetar

ute i vårdtagares egen bostad. I ett fall anger man en organisationsförändring som hinder och i ett annat att personalen ej är intresserad av arbetsmiljöfrågor. Grupperingen i nedanstående diagram baseras på en subjektiv bedömning av sakinnehållet, ej svarens textmässiga omfång.



17% besvarade inte frågan alls.
48% lämnade kortfattade svar.
37% lämnade mer utförliga svar.

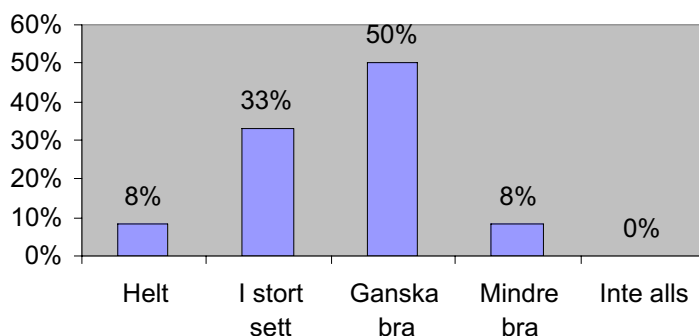
Så här har de 24 personer som svarat utförligt/mycket utförligt bedömt påståendet i fråga 7 att man har goda kunskaper om arbetsmiljöarbete:



Av de som svarat mer utförligt på frågan om arbetsmiljörutiner tyckte 83% att de helt/i stort sett har goda kunskaper om arbetsmiljöarbete.

Ingen tyckte sig ha bristfälliga kunskaper.

Så här har de 12 personer som lämnat fråga 11 obesvarad bedömt påståendet i fråga 7 att man har goda kunskaper om arbetsmiljöarbete:



Av de som inte alls svarat på frågan om arbetsmiljörutiner tyckte 41% att de helt/i stort sett har goda kunskaper om arbetsmiljöarbete.

8% tyckte sig ha bristfälliga kunskaper.

Några citat:

"Mycket av det vi behöver göra kostar pengar och det får vi ta från resurserna vi fått tilldelat"

"Hindren består i huvudsak av pengar"

"Vi har bra rutiner men det är inte alltid vi har råd att genomföra våra intentioner"

"Stor arbetsbelastning gör att tiden ofta inte räcker till för oss"

"Tidsbrist, ny organisation som skall greppa mycket"

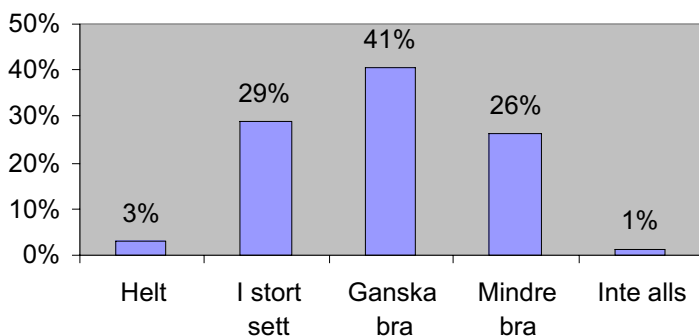
"Pågår ständigt som en röd tråd genom verksamheten" "Skapa visioner – se möjligheterna"

"Möjligheter: öppen atmosfär, bra samarbete" "Försöka sträva efter en öppen attityd"

"Vi försöker vara raka och ärliga mot varandra och pratar mycket på mötena"

"Trygghet och tillit råder" "Ställa rimliga krav på varandra och arbetet och prestationer"

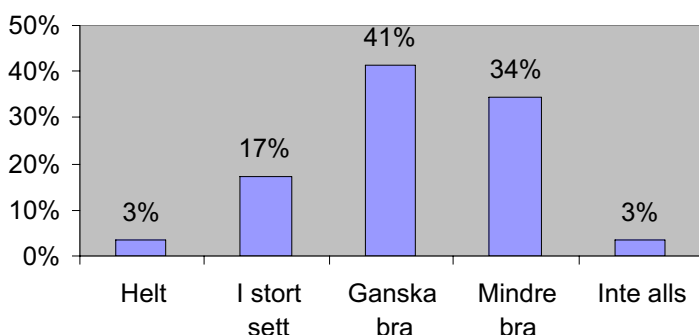
12. Hur stämmer påståendet, att jag tycker att jag har en bra kunskap om hur man arbetar med arbetslivsinriktad rehabilitering?



32% tyckte helt/i stort sett att de har goda kunskaper om rehabilitering.

27% var missnöjda med sina kunskaper.

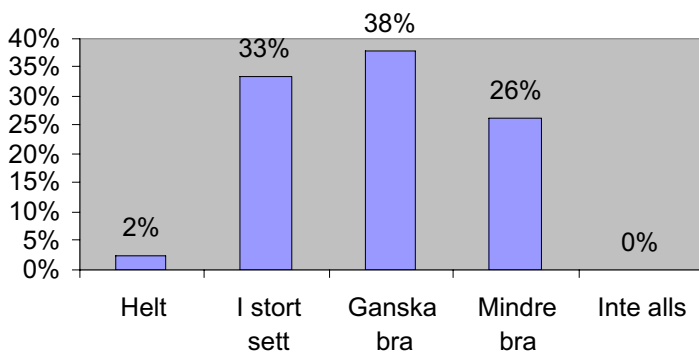
Så här svarade 29 personer som varit arbetsledare under upp till 6 år:



20% av de som inte varit arbetsledare så länge tyckte helt/i stort sett att de har goda kunskaper om rehabilitering.

37% var missnöjda med sina kunskaper.

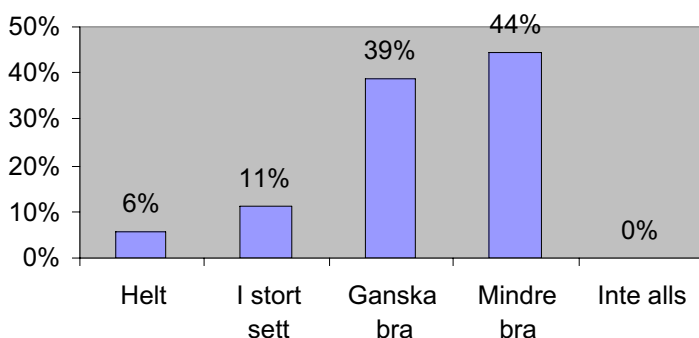
Så här svarade 40 personer som varit arbetsledare mer än 6 år:



35% av de som varit arbetsledare länge tyckte helt/i stort sett att de har goda kunskaper om rehabilitering.

26% var mindre nöjda med sina kunskaper.

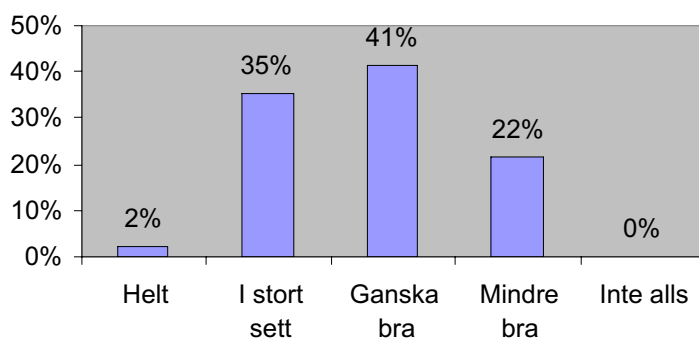
Så här svarade manliga arbetsledare:



17% av de manliga arbetsledarna tyckte helt/i stort sett att de har goda kunskaper om rehabilitering.

44% var mindre nöjda med sina kunskaper.

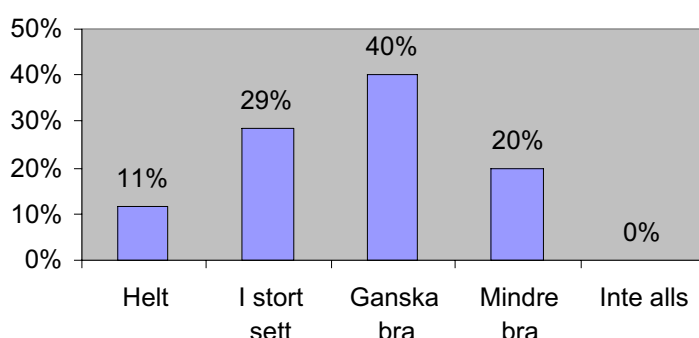
Så här svarade kvinnliga arbetsledare:



37% av de kvinnliga arbetsledarna tyckte helt/i stort sett att de har goda kunskaper om rehabilitering.

22% var mindre nöjda med sina kunskaper.

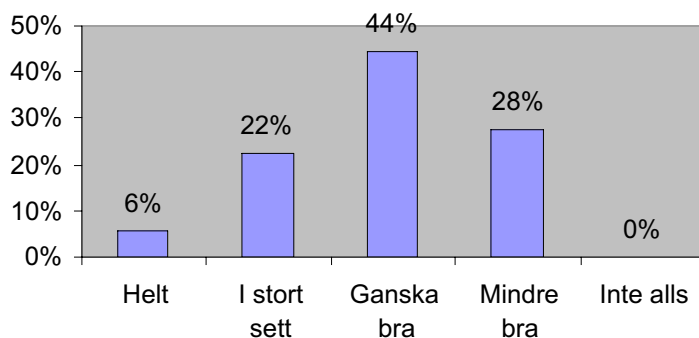
13. Hur stämmer påståendet, att jag tycker att vi på min arbetsplats har bra rutiner för rehabilitering av sjukskrivna medarbetare?



40% tyckte helt/i stort sett att de har bra rehabiliteringsrutiner, 11% var helt nöjda.

20% var mindre nöjda med sina rehabiliteringsrutiner.

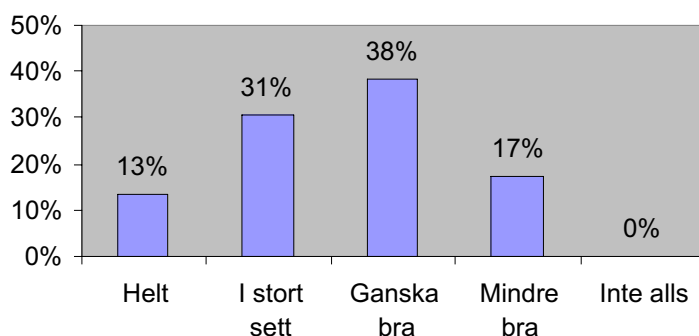
Så här svarade manliga arbetsledare:



28% av de manliga arbetsledarna tyckte helt/i stort sett att de har bra rehabiliteringsrutiner, 6% var helt nöjda.

28% var mindre nöjda med sina rehabiliteringsrutiner.

Så här svarade kvinnliga arbetsledare:

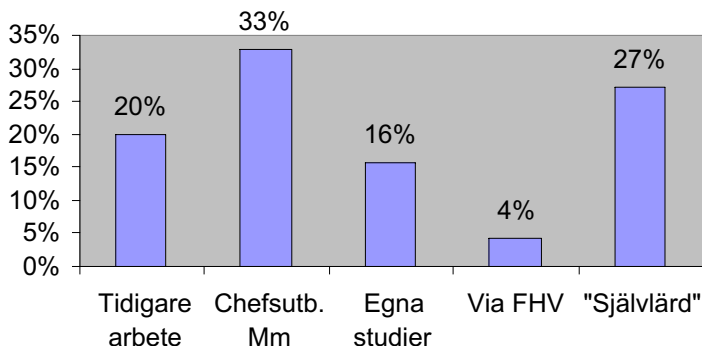


44% av de kvinnliga arbetsledarna tyckte helt/i stort sett att de har bra rehabiliteringsrutiner, 13% var helt nöjda.

17% var mindre nöjda med sina rehabiliteringsrutiner.

14. Så här har jag fått mina kunskaper om rehabiliteringsarbete:

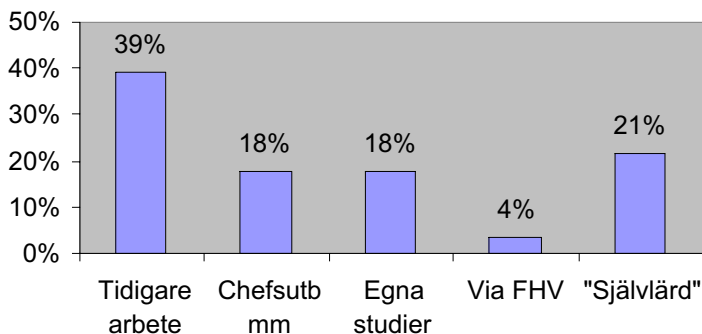
- Alternativ:
Utbildning/erfarenheter från tidigare arbete
Information från arbetsgivaren, t.ex. chefsutbildning
Egen kunskapsinhämtning
Information/utbildning som jag fått via FHV
Genom mina praktiska erfarenheter i arbetet i kommunen ("självlärd")



Kunskaper om rehabilitering har i första hand erhållits via chefsutbildning (33%) och genom praktiska erfarenheter i arbetet (27%).

4% har i första hand fått dem genom information från FHV.

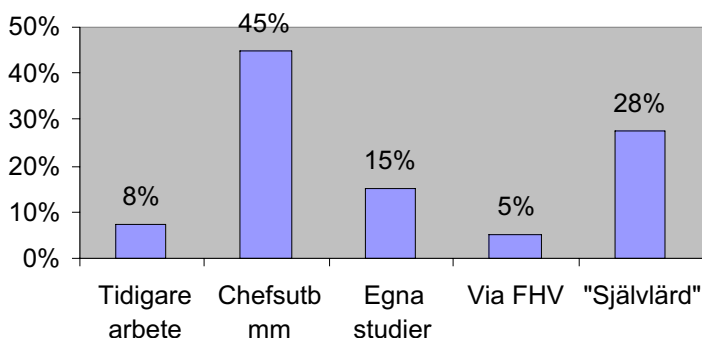
Så här svarade 28 personer som varit arbetsledare upp till 6 år:



De som inte varit arbetsledare så länge har i första hand fått kunskaper om rehabilitering via tidigare arbete (39%) och genom praktiska erfarenheter i arbetet (21%).

4% har i första hand fått dem genom information från FHV.

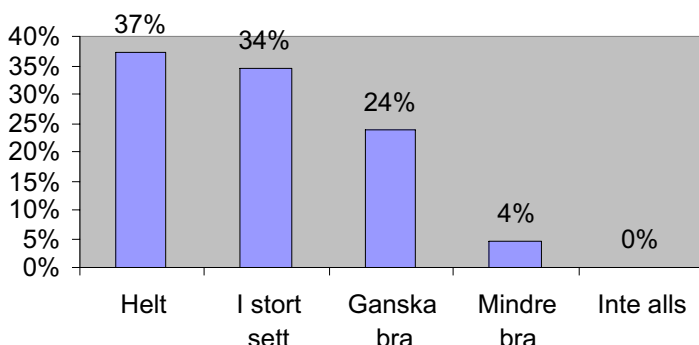
Så här svarade 40 personer som varit arbetsledare mer än 6 år:



De som varit arbetsledare länge har i första hand fått kunskaper om rehabilitering via chefsutbildning (45%) och genom praktiska erfarenheter i arbetet (28%).

5% har i första hand fått dem genom information från FHV.

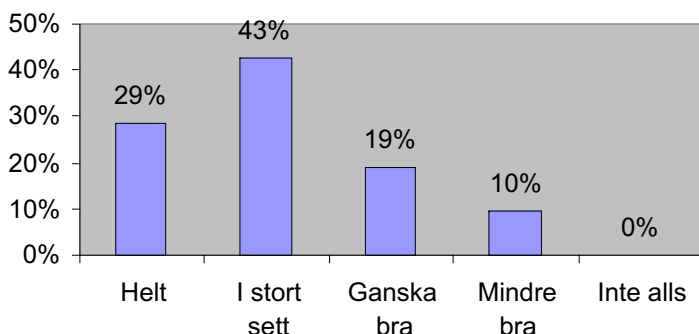
15. Hur stämmer påståendet, att jag tror att rehabiliteringsarbetet på min arbetsplats skulle kunna bli bättre om vi lärde oss mer om det (67 svar)?



71% ansåg helt/i stort sett att arbetet med rehabilitering kan förbättras om man får bättre kunskaper.

4% tyckte inte att rehabiliteringsarbetet kan förbättras genom ökad kunskap.

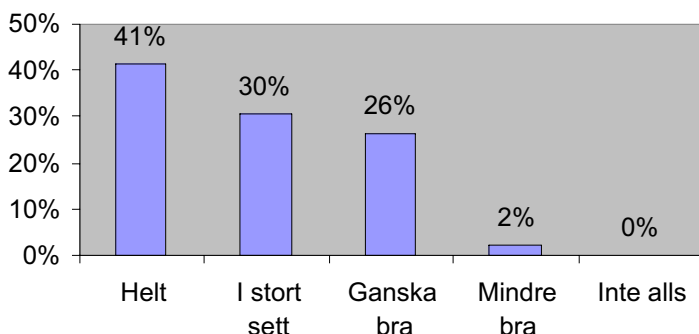
De 21 personer, som på fråga 12 svarade att de helt/stort sätt instämde i påståendet att de hade goda kunskaper i rehabilitering, svarade:



Av de som själva bedömde sina kunskaper om rehabilitering som helt/i stort sett goda tyckte 72% att rehabiliteringsarbetet kan förbättrats om man får bättre kunskaper.

10% tyckte inte att rehabiliteringsarbetet kan förbättras genom ökad kunskap.

De 46 personer som på fråga 12 däremot svarat att påståendet att de hade goda kunskaper i rehabilitering stämmer ganska/mindre bra/inte alls svarade så här:



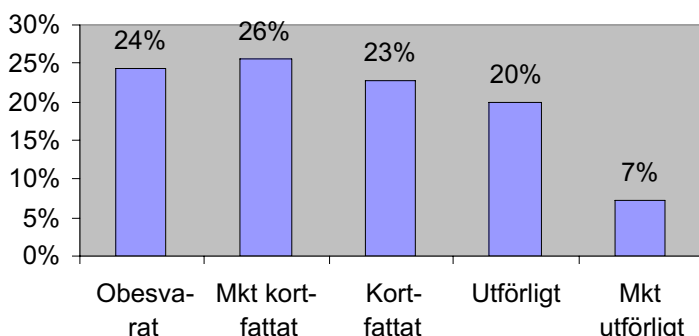
Av de som själva bedömde sina kunskaper om rehabiliteringsarbete som ganska/mindre goda tyckte 71% att rehabiliteringsarbetet kan förbättrats om man får bättre kunskaper.

2% tyckte inte att rehabiliteringsarbetet kan förbättras genom ökad kunskap.

16. Kan du ge en kortfattad beskrivning över vilka rutiner ni har på din arbetsplats när det gäller rehabilitering. Möjligheter, hinder?

Kommentar:

I svaren beskrivs rehabiliteringsrutinerna vid arbetsplatsen med mycket varierande detaljrikedom. I 23 av svaren nämns kontakt med FHV som en vanlig åtgärd. I två av svaren poängteras vikten av positiv inställning och framgångstro i rehabarbetet. I två svar påpekas att varje rehabärende är unikt och att man därför inte kan arbeta utifrån en förutbestämd mall. I ett av svaren betonas värdet av att arbeta förebyggande. På en arbetsplats har man fått positiva erfarenheter av att göra mycket tidiga rehabiliteringsutredningar. Som hinder anges i 7 av svaren att det är svårt att ta sig den tid detta arbete kräver och i 4 svar påpekas att en stram ekonomi försvårar önskvärda arbetsanpassningar. Två svar handlar om svårigheten till arbetsåtergång efter mycket långa sjukskrivningar, särskilt vid arbetshinder av psykologisk karaktär. I ett svar anger man att brister i den fysiska arbetsmiljön ofta är ett rehabiliteringshinder och i ett annat att sjukskrivande läkares formuleringar i sjukintyget lägger hinder i vägen. Grupperingen i nedanstående diagram baseras på en subjektiv bedömning av sakinnehållet, ej svarens textmässiga omfång.

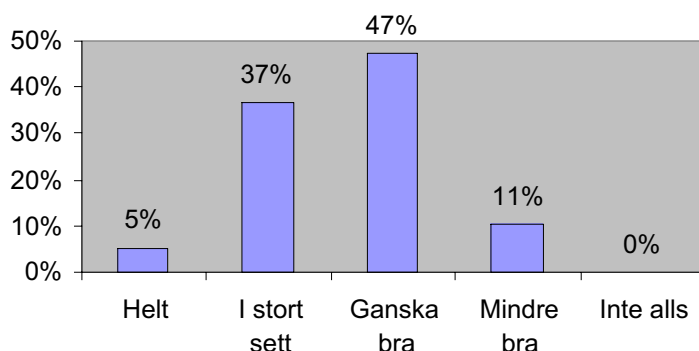


24% besvarade inte frågan alls.

49% lämnade kortfattade svar.

27% lämnade utförliga svar.

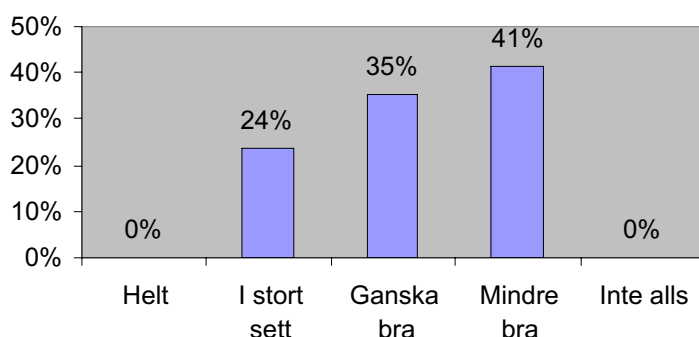
Så här svarar de 19 personer som lämnat utförliga/mycket utförliga svar på påståendet i fråga 12 att man har goda kunskaper om rehabilitering:



Av de som svarat utförligt på frågan om rehabiliteringsrutiner tyckte 42% att de helt/i stort sett har goda kunskaper om rehabiliteringsarbete.

11% tyckte sig ha bristfälliga kunskaper.

Så här svarar de 17 personer som lämnat frågan obesvarad på påståendet i fråga 12:



Av de som inte alls svarat på frågan om rehabiliteringsrutiner tyckte sig ingen ha helt goda kunskaper om rehabiliteringsarbete.

24% var i stort sett nöjda med sina kunskaper.

41% tyckte sig ha bristfälliga kunskaper.

Några citat:

"Det krävs mycket av mig som arbetsledare att ha denna kontakt med den som är sjukskriven.....många samtal och uppföljning som också tar mycket av min tid"

"Hinder: Tid, hitta andra arbetsuppgifter" "Ett dåligt samvete"

"Saknar möjligheten att skapa arbetsuppgifter för att behålla enskilda yrkesverksamma"

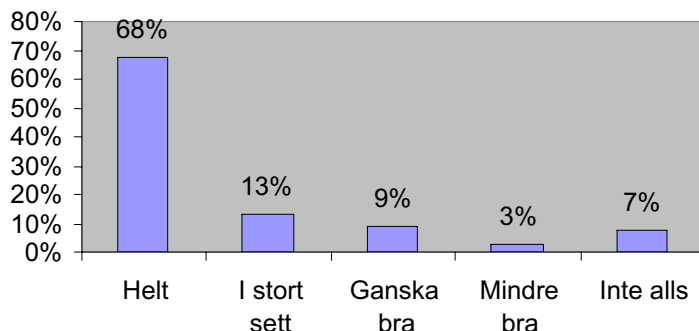
"Försöker att förebygga så mycket som möjligt så att vi inte får några rehabärenden"

"Jag tycker att varje rehabärende är unikt och behöver sin egen planering"

"Försöker stärka de positiva sidorna hos mina medarbetare - inte fokusera på brister"

"Gäller att ha en tro på att man kan hitta bra lösningar"

17. Hur stämmer påståendet, att jag skulle uppskatta, om FHV gör en hemsida på kommunens intranät med information om sin verksamhet, utbildningar, arbetsmiljöarbete och praktiska råd kring rehabilitering (68 svar)?



81% tyckte helt/i stort sett att det vore av värde med information om hur man arbetar med arbetsmiljö och rehabilitering via en hemsida på intranätet.

10% ansåg inte det.

Diskussion

Den undersökta gruppen av arbetsledare består av personer med lång arbetslivserfarenhet och de flesta har varit arbetsledare länge.

Tre fjärdedelar är helt eller i stort sett nöjda med sina kunskaper om arbetsmiljöarbete. En något mindre andel, 58%, är helt eller i stort sett nöjda med hur man använder dessa i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Ju längre man varit arbetsledare, desto mer nöjd är man med sina kunskaper. De som är minst nöjda med sina kunskaper bedömer sig i mycket högre grad som självlärda (50%) jämfört med de som skattar sina kunskaper helt eller i stort sett goda (21%).

Betydligt färre arbetsledare bedömer sina kunskaper om rehabilitering som helt eller i stort sett goda, endast 32%. Något fler, 40%, är nöjda med sina rehabiliteringsrutiner. Ju längre man varit arbetsledare desto högre skattar man sina kunskaper. Det ses här också en tydlig skillnad mellan manliga och kvinnliga arbetsledare, kvinnorna bedömer sina kunskaper högre än männen. Fler kvinnliga arbetsledare är också nöjda med sina rehabiliteringsrutiner.

Trots att man är relativt nöjd med arbetsmiljöarbetet anser hela 67% helt eller i stort sett, att man skulle kunna förbättra det genom bättre kunskaper. Mer väntat var väl att många, 71%, trodde att rehabiliteringsarbetet kan förbättras genom ökad kunskap. Hela 81% tyckte helt eller i stort sett att information via en hemsida vore av värde.

Enkäten utformades så att den skulle vara så kortfattad som möjligt och därmed lätt att fylla i. Vid tolkning av svaren om egna kunskaper skall man vara medveten om, att svar på flervalsfrågor av det här slaget blir ganska endimensionella. Kunskap i detta sammanhang kan inte bara ses som ren faktakunskap utan inbegriper också begrepp som intresse, färdighet och förhållningssätt till arbetsuppgiften och det ansvar man känner att man har för den.

En faktor som troligen har en stor betydelse är arbetsledarens attityd till ansvar för tidskrävande arbetsmiljöarbete och rehabilitering i verksamheter som kräver så mycket annat av dem. Frågan saknas i formuläret, vilket är en brist. I två projektarbeten från Arbetslivsinstitutet har frågan belysts. I den ena (13) uttryckte skolchefer bristande trygghet i rollen som ansvariga för den psykosociala arbetsmiljön. I den andra (4) angav arbetsledare i en livsmedelsindustri ett positivt intresse både för arbetsmiljöarbete och rehabilitering.

En annan fråga som kunde varit intressant att ställa, är om man fick några utbildningar i samband med att arbetsgivarnas rehabiliteringsansvar tydliggjordes i lagstiftningen i början av 1990-talet (1, 10).

Resultatet av undersökningen och de observationer som inspirerat till den illustrerar ett av FHV's grundproblem:

Vem bestämmer FHV's verksamhet? Är det samhället, det beställande företaget eller förvaltningen, dess anställda/fack eller FHV själv? Trots att man i Arbetsmiljölagen (2) och dess tillämpning (16) sedan flera år tydligt definierat FHV som en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering förväntas FHV sedan länge till stor del syssla med helt andra saker som t.ex. sjukvård och medicinska hälsokontroller (3, 5, 7).

Slutsats

Sammanfattningsvis visar undersökningen att det finns ett stort kunskapsbehov kring frågor om arbetsmiljöarbete och rehabilitering. FHV har hittills inte varit någon viktig kunskapskälla på detta område men borde vara det i framtiden. Det måste dock sägas, att sedan denna studie planerades har flera förvaltningar förhört sig om rehabiliteringsutbildning för arbetsledare. Det kan antas, att arbetsledarna genom ökad kunskap om vinsterna med arbetsmiljöarbete och rehabilitering med god kvalitet prioriterar detta arbete och ställer krav på resurser härför.

Litteraturreferenser

1. Arbetsanpassning och rehabilitering. AFS 1994:1.
2. Arbetsmiljölagen. Kapitel 3, §2b.
3. Bostedt G. Företagens krav och förväntningar på företagshälsovården. Rapport från Institutionen för samhällsvetenskap, Högskolan i Sundsvall/Härnösand 1992.
4. Durling M. Arbetssituation och attityder till rehabiliterings- och personalvårdsfrågor bland arbetsledare vid en större livsmedelsindustri. Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 1989/90.
5. Eriksson B. Kartläggning av en kommuns förväntningar och krav på företagshälsovård. Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets Skyddsingenjörsutbildning 1992/93.
6. Gustafsson J. Motiverade arbetsledare gav bättre arbetsmiljö för alla. Arbetslivsfondens fallrapport nr 688.
7. Gustafsson G. Kundtillfredsställelse. Frågor om dagens företagshälsovårdsarbete som kunden tycker är viktiga. Projektarbete vid Arbetsmiljöinstitutets företagsköterskeutbildning 1998/00.
8. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet, SOU 2002:5.
9. Johnsson J. Projekt – Långtidsfriska. Opublicerad rapport. StoraEnso 2002.
10. Lag (1962:381) om allmän försäkring, 22 kapitlet. Ändringar 1991 och härefter.
11. Lindvall R. Utbildning för arbetsledare – i tidig och aktiv rehabilitering. Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsköterskeutbildning 1991/92.
12. Linton och medförfattare. Kurs för arbetsledare – en nödvändig del av 12. rehabiliteringen? Arbete-människa-miljö nr 4/1990.
13. Lundkvist H. Hur ser arbetsledarna på sin roll och funktion? Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsköterskekurs 1990/91.
14. Nordqvist och medförfattare. Arbetsgivarens betydelse vid sjukskrivning - om att återgå i arbete. Socialmedicinsk tidskrift nr 5/2000.
15. Personalekonomisk redovisning, Lunds kommun 2001.
16. Systematiskt arbetsmiljöarbete. AFS 2001:1.
17. Wedberg C. Rapport om arbetsledarna, nyckelpersoner i tidig rehabilitering på arbetsplatsen. Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 1990/91.
18. Westerholm Per. Utbildning av arbetsledare i Landstinget i Östra Östergötland i tidig - och samordnad rehabilitering. Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 1991/92.
19. Väänänen A. "Det lönar sig" En-dagars rehabiliteringsutbildning för arbetsledare i Hudiksvalls kommun. Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsköterskeutbildning 1991/92.

Bilaga: Frågeformulär

1. Jag är :

- Kvinna
- Man

2. Min ålder är:

- 20-24 år
- 25-29 år
- 30-34 år
- 35-49 år
- 40-44 år
- 45-49 år
- 50-54 år
- 55-59 år
- 60- år

3. Jag har varit anställd i arbetsledande ställning i Lunds kommun sammanlagt:

- 0 – 1 år
- 1 – 3 år
- 3 – 6 år
- 6 –10 år
- 10- år

4. Jag tycker att jag har en bra inblick i Företagshälsovårdens (FHV´ s) verksamhet och hur vi på min arbetsplats skall använda oss av dess tjänster.

- Stämmer helt
- Stämmer i stort sett
- Stämmer ganska bra
- Stämmer mindre bra
- Stämmer inte alls

5. Så här har jag fått mina kunskaper om FHV´ s verksamhet:

- Utbildning/erfarenheter från tidigare arbete
- Information i samband med anställning i Lunds kommun
- Information från arbetsgivaren, t.ex. chefsutbildning
- Information/utbildning som jag fått via FHV
- Genom mina praktiska erfarenheter i arbetet ("sjävlärd")

Om fler än ett alternativ stämmer kan du markera dessa, rangordna då med (1), (2) o.s.v.

6. Efter mina kontakter med FHV i har jag hittills i allmänhet känt mig:

- Mycket nöjd
- Ganska nöjd
- Mindre nöjd
- Missnöjd
- Jag har inte haft några kontakter med FHV

7. Jag tycker att jag har bra kunskaper om hur vi på min arbetsplats skall arbeta för en bra arbetsmiljö.

- Stämmer helt
- Stämmer i stort sett
- Stämmer ganska bra
- Stämmer mindre bra
- Stämmer inte alls

8. Jag tycker att vi på min arbetsplats arbetar systematiskt för en bra arbetsmiljö.

- Stämmer helt
- Stämmer i stort sett
- Stämmer ganska bra
- Stämmer mindre bra
- Stämmer inte alls

9. Så här har jag fått mina kunskaper om arbetsmiljöarbete:

- Utbildning/erfarenheter från tidigare arbete
- Information från arbetsgivaren, t.ex. chefsutbildning
- Egen kunskapsinhämtning
- Information/utbildning som jag fått via FHV
- Genom mina praktiska erfarenheter i arbetet i kommunen ("sjävlärd")

Om fler än ett alternativ stämmer kan du markera dessa, rangordna då med (1), (2) o.s.v.

10. Jag tror att arbetsmiljön på min arbetsplats skulle kunna bli bättre om vi lärde oss mer om hur man bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete, till exempel genom information från FHV.

- Stämmer helt
- Stämmer i stort sett
- Stämmer ganska bra
- Stämmer mindre bra
- Stämmer inte alls

11. Kan du ge en kortfattad beskrivning över vilka rutiner ni har i arbetsmiljöarbetet på din arbetsplats. Möjligheter, hinder?

.....

.....

.....

.....

.....Använd vid behov baksidan

12. Jag tycker att jag har en bra kunskap om hur man arbetar med arbetslivsinriktad rehabilitering.

- Stämmer helt
- Stämmer i stort sett
- Stämmer ganska bra
- Stämmer mindre bra
- Stämmer inte alls

13. Jag tycker att vi på min arbetsplats har bra rutiner för rehabilitering av sjukskrivna medarbetare.

- Stämmer helt
- Stämmer i stort sett
- Stämmer ganska bra
- Stämmer mindre bra
- Stämmer inte alls

14. Så här har jag fått mina kunskaper om rehabiliteringsarbete:

- Utbildning/erfarenheter från tidigare arbete
- Information från arbetsgivaren, t.ex. chefsutbildning
- Egen kunskapsinhämtning
- Information/utbildning som jag fått via FHV
- Genom mina praktiska erfarenheter i arbetet i kommunen ("självlärd")

Om fler än ett alternativ stämmer kan du markera dessa, rangordna då med (1), (2) o.s.v.

15. Jag tror att rehabiliteringsarbetet på min arbetsplats skulle kunna bli bättre om vi lärde oss mer om detta, till exempel genom information från FHV.

- Stämmer helt
- Stämmer i stort sett
- Stämmer ganska bra
- Stämmer mindre bra
- Stämmer inte alls

16. Kan du ge en kortfattad beskrivning över vilka rutiner ni har på din arbetsplats när det gäller rehabilitering. Möjligheter, hinder?

.....

.....

.....

.....

.....Använd vid behov baksidan

17. Jag skulle uppskatta, om FHV gör en hemsida på kommunens intranät med information om sin verksamhet, utbildningar, arbetsmiljöarbete och praktiska råd kring rehabilitering.

- Stämmer helt
- Stämmer i stort sett
- Stämmer ganska bra
- Stämmer mindre bra
- Stämmer inte alls

Tack för att du tagit dig tid med att besvara frågorna! Skriv gärna nedan om du har några synpunkter på dessa eller om vår verksamhet över huvud taget.

Hälsobringande faktorer?

*- en studie av långtidsfriska och sjukskrivna
vid kommunal stadsdelsförvaltning*

**Författare : Stig Norberg, företagsläkare, S:t Erikshälsan
Handledare: Gunnel Ahlberg, fil.dr., Arbetslivsinstitutet**

Projektarbete vid Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning 2001/02

SAMMANFATTNING

I regeringsförklaringen, under riksmötets öppnande tisdagen den 2 oktober 2002, pekade statsminister Göran Persson ut de höga sjukskrivningstalen som ett av Sveriges två största problem under mandatperioden (1). Kostnaderna för förtidspension, sjukpenning och rehabiliteringspenning har under åren 2000 och 2001 ökat med i genomsnitt 25 miljoner om dagen. Antal ersatta sjukdagar för kvinnor mer än fördubblades mellan åren 1997 och 2001, från 15 till 31 dagar. Kvinnor äldre än 50 år har ett sjuktal på i genomsnitt 41 dagar. Kommunerna har en mycket stor, nära 60 procents, överrepresentation av helårssjukskrivna anställda (3).

Syftet med denna studie var att, med ett konstruktivt angreppssätt mot problemen med den ökade sjukfrånvaron, istället fokusera på och ge uppmärksamhet åt långtidsfriska, och försöka finna salutogena, hälsobringande faktorer som kan bidra till ökad hälsa.

Finnes skillnader mellan långtidsfriska och en matchad grupp med ett stort antal sjukskrivningsdagar? Kan olikheter mellan grupperna hittas gällande fysiska krav i arbetet, psykiska krav i arbetet och möjligheter till inflytande och stimulans, stöd från ledning och/eller arbetskamrater, ledningsklimat och förhållande till organisation, aspekter på arbetstider samt bakgrundsfaktorer och personliga faktorer.

Vid Norrmalms stadsdelsförvaltning i Stockholm har av totalt knappt 1100 personer, med en anställningstid på minst 3 år, 72 personer inte haft en enda sjukdag under två år och dessa kallar vi långtidsfriska. De utgör den ena gruppen i den här undersökningen och de jämförs med en annan grupp på 72 personer, från samma förvaltning, som matchade den långtidsfriska gruppen med avseende på kön, ålder och yrke. I jämförelsegruppen hade alla haft en sammanhängande sjukskrivningsperiod på minst 14 dagar under 2001.

76 % av de deltagande i den här undersökningen är kvinnor, medelåldern är drygt 50 år, de är kommunalt anställda och de flesta arbetar inom äldreomsorg och skola.

En postenkät skickades i slutet av mars 2002 till 144 personer och 76,4 procent svarade.

Vi fann en statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna i flera avseenden. Personerna i den långtidsfriska gruppen värderade sin hälsa, i allmänhet, som bättre och de hade mindre besvär i form av infektioner, magbesvär, rygg/ledbesvär, sömnbesvär, stress/utmattning, psykiska besvär samt andra besvär, än de med en viss sjukskrivningsperiod. De långtidsfriska värderade den nuvarande egna arbetsförmågan som bättre, både i förhållande till fysiska och psykiska krav. I högre grad hade de friska en framtidstro på att de kommer att kunna arbeta i sitt nuvarande yrke om 2 år. De långtidsfriska såg större möjligheter att byta till ett likvärdigt arbete än de med viss sjukskrivningsperiod som oftare hade en känsla av inlåsning.

De långtidsfriska hade en högre grad av ”känsla av sammanhang innefattande begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet”. De hade mindre grad av ”prestationsbaserad självkänsla”, vilket skyddar dem mot utbränning. En god stämning på arbetsplatsen, med trivsel med arbetskamrater och att man kommer bra överens med chefen, har ett samband med att inte vara sjukskriven. Likaså att röra på sig mer än 30 minuter i sträck, 5 eller fler av veckans dagar. En chef som känner att hon/han uppskattas av sina underordnade hamnar inte i sjukskrivning.

En majoritet, friska som sjuka, vill arbeta färre timmar i veckan, ingen vill arbeta fler.

INLEDNING

Sjukförsäkringens kostnader i statens budget för år 2002 har beräknats till 108 miljarder kronor. Kostnaderna för förtidspension, sjukpenning och rehabiliteringspenning har under åren 2000 och 2001 ökat med i genomsnitt 25 miljoner kronor om dagen.

Antalet sjukskrivna längre än 365 dagar har mellan åren 1997 och 2001 ökat med 75 000 till 120 000. Den relativa ökningstakten har under de senaste fyra åren legat på ca 30 procent per år. Under dessa fyra år har antalet förtidspensionärer/sjukbidragsmottagare också ökat.

Kvinnornas sjukpenningdagar mer än fördubblades mellan åren 1997 och 2001, från 15 till 31 dagar. Männens sjuktal ökade under samma period från 9 till 17 dagar. Kvinnor äldre än 50 år har ett sjuktal på i genomsnitt 41 dagar.

Kommunerna har en mycket stor, nära 60 procents, överrepresentation av helårssjukskrivna anställda. Även förtidspensioneringen från kommunal anställning överskrider med stor marginal den genomsnittliga nivån. Skillnaderna mellan olika kommuner är dock avsevärda (3).

Höga sjuktal vid Norrmalms stadsdelsförvaltning

Som i många andra kommuner i Sverige, har Norrmalms stadsdelsförvaltning i Stockholm, problem med stor och ökande sjukfrånvaro. 2001 var 11,3 % av den totala arbetstiden för de anställda i stadsdelsförvaltningen i form av sjukfrånvaro. Ökningen jämfört med året innan var 0,4 %. Vid Norrmalms stadsdelsförvaltning finns nu total uppslutning kring frågan att prioritera åtgärder som kan minska de höga sjuktalerna. Samtliga politiska partier i stadsdelsnämnden samt den administrativa ledningen har satt den uppgiften högt på dagordningen. Stadsdelsförvaltningen har valt S:t Erikshälsan till att bedriva företagshälsovård inom förvaltningen. I det sammanhanget blev det intressant för mig, som företagsläkare, att se närmare på faktorer som berör sjukfrånvaro.

Begreppet långtidsfriska brukar stå för anställda som inte haft någon sjukdag på 2 år. Frågeställningen om det kan finnas salutogena (hälsobringande) gemensamma faktorer hos de långtidsfriska intresserade mig. Om sådana finnes och kan vara påverkbara hos de anställda skulle detta kunna vara en väg i arbetet med att minska sjuktalerna.

Personalchefen och en grupp med fackliga representanter vid stadsdelsförvaltningen tyckte också att greppet att vända på det hela och rikta fokus på de friska kändes konstruktivt och positivt. Det man hoppas få fram är kunskaper som sedan kan ingå i någon form av åtgärdsprogram.

Denna rapport beskriver det projekt där vi gjorde just detta genom att utföra en fältundersökning med enkätteknik riktad till ett urval av anställda i Stockholms kommun, Norrmalms stadsdelsförvaltning. I en bilaga 1 redovisas svaren på en öppen fråga där de tillfrågade kunde skriva fri text över allmänna eller specifika synpunkter på sin situation, hur de mårde, på sina arbetsförhållanden eller vad de ville, som inte framkommit av deras övriga svar. I bilaga 2 redogörs för hur vi handskats med den statistiska bearbetningen i form av en variabelkonstruktion.

TEORI

De flesta känner till de vanliga riskfaktorerna för hjärt- och kärlsjukdom: rökning, högt blodtryck och höga kolesterolvärden. Vad många inte vet är att arbetets uppläggning är en lika stor riskindikator som någon av de tre som nämndes ovan. Att ha ett ”spänt” jobb där man har höga krav och lågt inflytande leder till cirka 40 procents överrisk för hjärt- och kärlsjukdom. Samma faktorer i arbetets uppläggning – höga krav och lågt inflytande – har också samband med anställdas produktivitet. Tvärt emot vad man tänker sig, sjönk produktiviteten för vissa grupper, i en studie, då arbetsbelastningen ökade – de som hade låg kontroll över sitt arbete. Produktiviteten var högst hos anställda med höga arbetskrav i kombination med hög kontroll över arbetet (6).

Långvarig exponering för obekväma arbetsställningar, ensidigt repetitivt arbete och tunga lyft är fortfarande en ohälsfaktor i det svenska arbetslivet. Sådana missförhållanden inverkar även negativt på kvalitet och produktivitet. Förbättringar kan åstadkommas inte bara genom förändringar av fysiska förhållanden utan även genom arbetsorganisatoriska åtgärder. En dålig psykosocial arbetsmiljö ökar risken för att fysiska belastningsfaktorer skall medföra långvariga sjukdomstillstånd i rörelseorganen och försvårar rehabiliteringen allvarligt (6).

Psykosocial arbetsmiljö

Den psykosociala arbetsmiljön lyfts idag fram allt mer för att förklara den ökade ohälsan i arbetslivet. De rekommendationer som Jeding med flera ger inom detta område, i skriften ”Ett friskt arbetsliv” (9), handlar i stor utsträckning om hur arbetet organiseras och leds på olika nivåer i företag och organisationer. Främst handlar det om följande aspekter:

- Balans i förhållandet mellan uppgifter och krav, egna kontrollmöjligheter och befogenheter samt stöd från ledning och arbetskamrater.
- Rimlig arbetsbelastning anpassad till individuella förutsättningar
- Meningsfullt och utvecklande arbete med möjligheter till lärande/kompetensutveckling.
- Mål för, och klara beskrivningar av arbetsuppgifter, ansvar och befogenheter.
- Återkoppling och belöning som motsvarar ansträngning.
- Lagom inflytande och medbestämmande (”vardagsmakt”).
- Trygghet, tillit, rättvisa och respekt för individer.
- En viss övervakning för att upptäcka och förebygga tendenser till överambition hos medarbetare.
- Ett utvecklat ”medarbetarskap” med bl.a. tydlig ansvarsfördelning mellan ledning och medarbetare på olika nivåer, d.v.s. medarbetarnas ansvar för arbetsmiljön.

Krav-kontroll-stödmodellen

Krav-kontroll-stödmodellen är mycket välkänd inom socialmedicin och inom svensk och internationell epidemiologisk forskning om arbetsmiljö och hälsa. (Karasek & Theorell)(6). Den beskriver hur de tre faktorerna krav, kontroll och stöd samverkar.

Med krav avses psykologiska arbetskrav. Begreppet kontroll kan indelas i inflytande (hur mycket handlingsutrymme den anställda har över arbetsuppgifternas planering och utförande) och stimulans (ex; inte ha ett repetitivt eller monotont arbete, ha möjligheter att lära sig något

nytt i arbetet, ha ett kreativt eller problemlösande inslag i arbetet). Socialt stöd innebär stöd på arbetet, från överordnade och arbetskamrater.

Enligt modellen mår personalen bäst när de ställs inför höga krav samtidigt som de har kontroll över sitt arbete. De anställda stimuleras att vara aktiva, de får användning för sina kunskaper och färdigheter och stimuleras att utvecklas vidare och lära mer (aktiva jobb). Människor som har höga krav men saknar inflytande över arbetets uppläggning har den mest påfrestande situationen, de blir pressade och stressade (spända jobb). Låga krav och lite inflytande är inte heller bra och leder till passivitet både privat och i arbetet (passiva jobb). Anställda som har låga krav och stor möjlighet att påverka sin arbetssituation brukar må bra (avspända jobb).

Anställda som har socialt stöd har det bättre på alla sätt och vis i jämförelse med anställda som saknar (eller har lågt) socialt stöd, oavsett var i modellen man befinner sig. Exempelvis personer med ett arbete som passar in på beskrivningen av det spända jobbet och som inte känner chefens stöd, har den värsta tänkbara situationen. Andra anställda med spända jobb, men som har högt socialt stöd, far inte lika illa.

Långtidsfriska

Företagsläkaren Johnny Johnsson, vid Stora Enso Fors AB, myntade begreppet långtidsfriska 1992. Han definierade långtidsfriska som personer som varit anställda i minst 3 år med ingen sjukskrivningsdag de senaste 2 åren. Vid en studie framkom fyra kriterier vilka bidrog till att ge medarbetarna en långvarig hälsa; dels ett medvetet företag med klara mål, god kommunikation, konsekvent och direkt feedback, dels ett kreativt klimat med trygghet och frihet, repressaliefrihet och prestigelöshet, dels ett konsultativt ledarskap som utmärks av ett informationsansvar, klara målbilder och stödjande ledarskap där man inte lägger sig i, utan finns till hands och dels ett öppet arbetsklimat – medarbetarskap med hög grad av medbestämmande, inte detaljreglerat, utan med respekt för varandras kompetens, tillitsfullhet (7).

Utifrån kunskaper från dessa studier startades ett arbetsplatsprogram som varit omfattande, pågår kontinuerligt och sträcker sig över hela organisationen vid Stora Enso Fors. Det har innefattat organisationsutveckling, industriutveckling, speciella arbetsmiljöutvecklingar och utveckling av förebyggande, underhållande och rehabiliterande metoder inklusive friskvård. Vid Stora Enso Fors ökade antalet långtidsfriska markant, under arbetsplatsprojektets gång, under perioden från 1990-91 till 1996-97, för kollektivanställda från 3 % till 23 %, och för tjänstemän från 12 % till 41 %. Projektet långtidsfriska vid Stora Enso Fors har utvärderats med s.k. SLOT-teknik* och bl. a. visat på att det finns ett starkt samband mellan chefskap och medarbetarskap. Där dialogen mellan chef och medarbetare var som bäst, fanns i vissa skiftlag 45 % långtidsfriska och där det fungerade som sämst enbart 15 %.

* SLOT (Sandberg-Lindell-Organisations-Test) är en multifaktoriell enkättest där man kan mäta arbetsgruppen gentemot förstaleadschefer, mellanchefer och ledningsgrupp samt interaktioner dem emellan. Testet innehåller en mätning av nuläge och ett önskat läge.

De långtidsfriska vid Stora Enso Fors har studerats och då har man funnit vissa gemensamma egenskaper hos dessa :

- Trivs bra
- Lite kroppsliga besvär
- Psykiskt något mer ”belastade”
 - känner sig behövda
 - får använda sin kompetens
 - får anstränga sig något
- Sällan nedstämda
- Mindre sömnstörningar
- Ej oroliga för sin hälsa
- Framtidsoptimister

Fysisk träning

Signifikanta hälsovinster kan uppnås genom att införliva en måttlig mängd fysisk aktivitet de flesta, om inte alla, av veckans dagar. Den fysiska aktiviteten behöver inte nödvändigtvis vara avancerad eller intensiv. 30 minuters rask promenad är exempel på vad en majoritet av befolkningen skulle klara av. Det som nu förordas till våra skolbarn, idrott/rörelse en lektion om dagen, har sin giltighet för alla åldrar(4).

Fysiologiprofessor Björn Ekblom menar att det finns forskningsstöd för att frekvensen (hur ofta man motionerar) är viktigare än durationen (hur långt ett träningspass är) och med vilken intensitet det genomförs. D.v.s. det är bättre att träna 6*20 min än 2*60 min. Träning kan byggas in som en vardagsaktivitet och det går exempelvis bra att dela upp den dagliga 30 minuterspromenaden i två 15 minutersdelar.

Fysisk träning gör den, som har fysiska krav i sitt arbete, bättre rustad att klara påfrestningarna. Men fysisk träning förbättrar även stresstillstånd, ryggbesvär, psykiska besvär, sömnbesvär mm.

Prestationsbaserad självkänsla och utbränning

I intervjuer genomförda under 1980-talet med personer som enligt egen uppgift hade berörts av utbränning framkom ofta ett förhållningssätt, som dels innebar ett starkt inledande engagemang, dels att deras självkänsla nära samvarierade med hur de bedömde sina egna arbetsinsatser och prestationer. Detta förhållningssätt benämndes senare ”prestationsbaserad självkänsla”.(Se (5) Hallsten och medarbetare 2002).

Personer med prestationsbaserad självkänsla antas vara beroende av att vara ”duktiga” för att duga inför sig själva, vilket skulle vara en bidragande faktor till dels ett starkt och anspänt engagemang, dels en benägenhet att tänja och driva sig själva i besvärliga situationer. Begreppet prestationsbaserad självkänsla kan därmed medverka till att förklara varför människor pressar sig hårt trots risker för hälsan.

Självkänslans betingade karaktär har uppmärksammats i andra sammanhang, även som möjlig orsak till psykiska besvär. Vad som bidrar till prestationsbaserad självkänsla är inte klarlagt, förutom tidiga levnadsförhållanden kan antas att även yrkesideal samt arbetsförhållanden och arbetsvillkor påverkar.

Personer med höga poäng på traditionella utbränningsskalor, men utan påtagliga tecken på prestationsbaserad självkänsla, antas inte, med en snävare definition på utbränning, vara

utbrända utan karaktäriseras som uttröttade, utslitna, eller depressiva, och de antas inte ha visat samma inledande engagemang eller ansträngning. Genom avgränsningen av utbränning till en särskild process kan gränsdragningar ske mot besläktade begrepp som depression samt allmän kris, utmattning och lindrig psykisk ohälsa.

Självvärderad hälsa

Studier har visat att en självvärdering av den egna hälsan, bättre förutsäger den framtida dödligheten, än kliniskt, av läkare, undersökt och bedömd hälsa (2). Självrapporterad bedömning av den allmänna hälsan och hälsan satt i förhållande till arbetsförmågan visade sig i en undersökning (10) ha mycket goda prognostiska egenskaper. Hade man en känsla av att hälsan inte var riktigt bra i förhållande till de dagliga krav man utsattes för visade sig detta vara ett finkänsligt instrument att förutsäga framtida sjukfrånvaro. Det mått som hade bäst prediktiv förmåga var att självskatta arbetsförmågan inom nuvarande yrke om två år i förhållande till hälsan.

Känsla av sammanhang

Den medicinske sociologen Aaron Antonovsky ger i boken "Hälsans mysterium" en beskrivning av begreppet "känsla av sammanhang (KASAM)" och dess komponenter. I stället för att utgå från det i medicinska och samhällsvetenskapliga sammanhang närmast obligatoriska "eländesperspektivet" (varför blir människor sjuka?) utgår Antonovsky från precis motsatt perspektiv – hur kommer det sig att så många människor, som utsatts för tillvarons alla påfrestningar, ändå förblir friska? Och i vissa fall till och med vidareutvecklas och växer som människor? Att främja hälsa genom att undvika påfrestningar räcker inte enligt Antonovsky. Det räcker inte med att laga "brofästningen" över "livsfloden" så att folk inte ramlar (eller hoppar) i vattnet. Man måste därutöver "lära dem simma".

Det gör man genom att tillvaron görs "sammanhängande". Och det blir den om den görs (a) begriplig, (b) hanterlig och (c) meningsfull. Denna "känsla av sammanhang" definieras som en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomgripande och varaktig men dynamisk tillit till att ens inre och yttre värld är förutsägbar, och att det finns en hög sannolikhet för att saker och ting kommer att gå så bra som man rimligen kan förvänta sig(12).

Antonovsky vill inte se oss människor som antingen sjuka eller friska. Ett mer användbart sätt att se på saken är att se dimensionen hälsa-ohälsa som ett kontinuum. Vi kommer alla att dö. Och vi är alla, så länge det finns det minsta liv i oss, i någon bemärkelse friska. Vad den salutogenetiska infallsvinkeln betyder är att vi undersöker var varje person, vid en viss tidpunkt, befinner sig på detta kontinuum. Det salutogenetiska synsättet får oss att tänka i termer av faktorer som befrämjar en rörelse mot den friska polen på kontinuet.

Tidigare undersökningar inom samma område

1. Projektet "Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting (HaKul)" startade i slutet av år 1998 och leds vetenskapligt genom Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för personskadeprevention. En omfattande enkät har ställts till 8988 personer och en första s.k. baslinjemätning (8) var klar i januari 2001. De flesta frågorna i vår enkät är hämtade ur den enkät som användes i HaKul-projektet. Styrkan med HaKul-projektet är det stora antalet tillfrågade personer tillsammans med en mycket god

svarsfrekvens (84 %). Svagheten vid jämförelsen med vår undersökning blir att 33 % inte är primärkommunalt utan landstingskommunalt anställda i HaKul, 83 % är kvinnor mot 78 % i vår undersökning och medan vår medelålder ligger på strax över 50 år är medelåldern i HaKul 45-50 år. Yrkeslikheten är ej heller lika god som i vår matchning. Vi återkommer med jämförelser med resultat ur HaKul-projektets lägesrapport, från mars 2001, i Diskussionsdelen nedan.

2. Med syfte att identifiera vilka förhållanden i arbetsmiljö och arbetsorganisation som befrämjar människors hälsa författade Per Lindberg och Eva Vingård; De friska – en studie kring livs- och arbetsbetingelser som stödjer en positiv hälsoutveckling (10). De använde 2 olika studiegrupper. Den ena bestod av 6610 kvinnor och män födda 1945, 1955 och 1965 som svarade på ett frågeformulär våren 2000. Detta följdes senare upp med en jämförelse av sjukskrivningsdata ett år senare. Den andra bestod av en delpopulation av HaKul-projektet med 1168 kvinnor och män som hade svarat på baslinjemätningen i november 1999 och en uppföljningsenkät 1,5 år senare.

Resultaten visade på att den entydigt viktigaste faktorn som bidrog till att hålla sig frisk var att ha ett arbete som inte upplevdes som kroppsligt ansträngande. Hade man arbetsuppgifter som krävde att man ofta, jämfört med sällan eller ibland, arbetade mycket fort, arbetade mycket hårt, gjorde för stor insats, gjorde samma saker om och om igen minskade chansen att hålla sig frisk.

Att ha ett bra, eller till och med neutralt, arbetsklimat jämfört med ett dåligt och slippa känna olust på väg till arbetet ökade chansen att vara frisk. Förändringar på arbetsplatsen som ökat samarbete, ökad delaktighet i arbetet, och dess innehåll samt ökat stöd och uppbackning påverkade också hälsan positivt.

3. Under våren 1999 utsändes en enkät om psykosocial arbetsmiljö och vissa hälsovariabler till samtliga fast anställda och vikarier inom Gotlands Kommun, 6932 personer, 56,6% av de tillfrågade besvarade enkäten(11). Genom att kombinera uppgifter om sjukfrånvaro och sjuknärvaro, med enkätsvaren, kunde förhållanden som är förknippade med hälsa identifieras. Resultaten visade att sannolikheten är mera än fördubblad att tillhöra gruppen helt friska om man oftast är nöjd med hur man kan utföra sina arbetsuppgifter. Sannolikheten att vara frisk är också påtagligt förhöjd för den som tycker att han/hon gör ett bra jobb, sällan är indragen i konflikter, får uppskattning från kamrater, får råd och hjälp från närmsta chef med flera psykiska och sociala aspekter. Det handlar om att skapa arbetsförhållanden där människor kan vara nöjda med sitt arbete, där det råder en god stämning mellan arbetsledare och övriga liksom en bra stämning i arbetslaget och få konflikter.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna studie var, att med ett konstruktivt angreppssätt mot problemen med den ökade sjukfrånvaron, istället fokusera på och ge uppmärksamhet åt långtidsfriska och, försöka finna salutogena, hälsobringande faktorer som kan bidra till ökad hälsa. Dessa faktorer skulle sedan kunna tjäna som utgångspunkt för ett åtgärdsprogram som tar sikte på att få ner de ökande sjukskrivningstalen vid Norrmalms Stadsdelsförvaltning.

Finnes skillnader mellan långtidsfriska, de som ej har någon enda sjukdag de senaste 2 åren, och en matchad grupp som har ett stort antal sjukskrivningsdagar det senaste året?

Kan olikheter mellan grupperna hittas vad gäller :

- fysiska krav i arbetet
- psykiska krav i arbetet och möjligheter till inflytande och stimulans
- stöd från ledning och/eller arbetskamrater
- ledningsklimat och förhållande till organisation
- aspekter på arbetstider
- bakgrundsfaktorer och personliga faktorer

UNDERSÖKT GRUPP

Vid Norrmalms stadsdelsförvaltning arbetar knappt 2300 personer. Av dessa är knappt 2000 tillsvidareanställda. Knappt 1100 anställda har en anställningstid inom förvaltningen på minst 3 år. Ur denna senare grupp tog stadsdelsförvaltningen fram alla som de senaste 2 åren inte haft en enda sjukskrivningsdag, dessa kallar vi ”långtidsfriska” personer. Inget slumpmässigt urval drogs utan alla långtidsfriska (72 personer) valdes ut att delta och till detta valdes lika många personer, som haft en sammanhängande sjukskrivningsperiod på minst 14 dagar 2001, och som matchade den långtidsfriska gruppen med avseende på kön, ålder och yrke.

Undersökningen genomfördes i form av en postenkät som alltså skickades till 144 personer. Totalt svarade 110 personer eller 76,4 procent. Objektsbortfallet (att frågeblanketten inte är besvarad alls) blir då 34 personer eller 23,6 procent. Den allra största delen av detta objektsbortfall bestod av de personer som inte hörts av överhuvudtaget (32 personer). 2 personer avböjde medverkan.

Om de som inte svarat skiljer sig jämfört med de svarande med avseende på undersökningsvariablerna riskerar vi att få en systematisk skevhet (bias) i resultaten på grund av bortfallet. För att få en bild av hur väl de svarande i undersökningen kan anses representera hela urvalet, jämförs, i tabell 1, de svarande med hela urvalet då det gäller bakgrundsvariablerna kön, civilstånd, ålder och kategorierna långtidsfriska eller sjukskrivna.

Tabell 1 Tabell över könsfördelning, åldersfördelning, fördelning över olika civilstånd och fördelning efter vilken grupp man tillhörde.

	Svarande	Urvalet
	Procent	Procent
KÖN		
Män	21,8	23,6
Kvinnor	78,2	76,4
CIVILSTÅND		
Gift	44,0	38,5
Ogift	33,0	37,1
Skild	19,3	19,6
Änka/änkling	3,7	4,9
ÅLDER		
30-39 år	10,9	9,7
40-49 år	40,9	38,9
50-59 år	28,2	27,8
60-69 år	20,0	23,6
GRUPP		
Långtidsfriska	57,3	50,0
Sjukskrivna	42,7	50,0

Av tabellen framgår att det är en något högre andel kvinnor i svarande gruppen än i urvalet. Vid jämförelse över civilstånd framgår att svarsbenägenheten är större i gruppen gifta än i gruppen ogifta. När det gäller ålder ser vi att svarsbenägenheten är lägst i den äldsta åldersgruppen och också lägre för gruppen "Sjukskrivna" än för de "Långtidsfriska".

De vanligaste yrkesgrupperna som ingår i undersökningen är lärare och inom äldreomsorgen vårdbiträden, undersköterskor och sjuksköterskor. Andra yrkesgrupper som förekommer är arbetsterapeuter, administrativ personal, socialsekreterare, vårdare inom socialpsykiatri och inom handikappomsorg, skolsköterskor, rektorer, förskollärare, kökspersonal m fl.

Inom vilka verksamhetsgrenar hittar vi då de långtidsfriska hos Norrmalms stadsdelsförvaltning och är det vanligare med långtidsfriska inom en verksamhetsgren än inom en annan? 11 % av de som jobbar inom handikappomsorg är långtidsfriska, 9 % av de som arbetar inom skola, 8 % av de som arbetar inom social omsorg, 7 % av de som arbetar inom äldreomsorg, 5 % av de som arbetar inom administration och 2 % av de som arbetar inom förskola är långtidsfriska.

Den gruppen som inte har en sjukskrivningsdag på två år kallas nedan omväxlande för friska, långtidsfriska eller "utan sjukskrivningsperiod".

Den andra gruppen, personer med minst en 14-dagars sammanhängande sjukskrivningsperiod, kallas nedan för sjuka, sjukskrivna eller "med viss sjukskrivningsperiod". (Det senare begreppet är egentligen bättre beskrivande då de flesta inom den gruppen befinner sig under längre tid i arbete än de är hemma och är sjukskrivna).

METOD

Undersökningen genomfördes i form av en postenkät med två efterföljande enkätpåminnelser. En belöning i form av en biocheck värd 75 kronor skickades till de svarande.

Statistiska centralbyrån har medverkat i tryckning och utsändning av frågeblanketter, datainsamling, avprickning, registrering samt utsändning av biobiljetter till de svarande. Frågeblanketten omfattade 13 sidor och innehöll 50 frågor. Flera av frågorna hade dessutom delfrågor.

Datainsamlingen genomfördes under perioden mars 2002-maj 2002 med första utsändning den 25/3.

I det närmaste samtliga frågor i enkäten har förut använts i tidigare undersökningar inom arbetsmiljö- och hälsoområdet. De flesta frågorna har hämtats från HaKul- (Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting inför 2000-talet)-undersökningens enkät, till 8988 anställda inom kommuner och landsting, som gjordes genom institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för personskadeprevention, vid Karolinska Institutet.

Det insamlade datamaterialet har statistiskt bearbetats med hjälp av statistikprogrammet SPSS. Vid resultatbearbetningen har chi-2 tester gjorts för att undersöka signifikanta skillnader mellan de två grupperna "långtidsfriska" och "sjukskrivna".

I resultatdelen redovisas skillnader som är statistiskt säkerställda på 0,05 nivån.

I bilaga 2 redogörs för hur vi handskats med den statistiska bearbetningen i form av en variabelkonstruktion.

Eftersom enkäten ställdes till åldersmatchade par är åldersfördelningen förhållandevis lika i de båda grupperna friska och sjuka. Förutom att titta på skillnader mellan sjuka och friska görs i vissa av analyserna jämförelser mellan två olika åldersgrupper. Där blandas friska och sjuka och det totala antalet svarande delas upp mellan personer som är yngre än 50 år (46 personer) och en annan grupp är personer som är äldre än 50 år (64 personer).

ENKÄTENS INNEHÅLL OCH RESULTAT

Närvaro trots besvär

Ett begrepp som diskuterats under senare år är sjuknärvaro. En första fråga blir då om gruppen friska alltid är friska eller om de går till jobbet med besvär.

Tabell 2 Andel av långtidsfriska respektive personer ”med viss sjukskrivningsperiod” som, trots att de med tanke på sitt hälsotillstånd kunde varit hemma, 0, 1-5 gånger respektive mer än 5 gånger gått till arbetet, under de senaste 12 månaderna.

	Utan sjukskrivningsperiod	Med viss sjukskrivningsperiod
Ej gått till arbetet med sjukdomsbesvär	38 %	18 %
Vid 1-5 tillfällen gått till arbetet trots sjukdom	52 %	50 %
Vid > 5 tillfällen gått till arbetet trots sjukdom	10 %	32 %

62 % av de långtidsfriska respektive 82 % av de med viss sjukskrivningsperiod har, trots att de med tanke på sitt hälsotillstånd egentligen kunde varit hemma, gått till arbetet en eller flera gånger, under de senaste 12 månaderna.

De långtidsfriska har således inte varit helt friska. De anställda som ibland sjukskriver sig går också oftare till jobbet sjuka, än de långtidsfriska.

Här fann vi en statistiskt säker skillnad mellan grupperna.

Av vilken anledning stannar man då inte hemma, utan går till arbetet trots sjukdomsbesvär?

Tabell 3 Andel av de anställda, totalt från båda grupperna, som av någon av nedanstående anledningar arbetat trots att de på grund av sjukdom kunde varit hemma.

Kunde inte sjukskriva mig pga. mina arbetsuppgifter	44 %
Lojalitet mot arbetskamrater som hade fått göra mitt jobb	40 %
Har inte haft råd att vara sjukskriven	33 %
Negativ attityd till frånvaro från ledningen	13 %
Annat	11 %
Negativ attityd till frånvaro från arbetskamrater	10 %

De vanligaste anledningarna till att de arbetat trots sjukdom var alltså att de inte kunde sjukskriva sig pga. sina arbetsuppgifter, lojalitet mot arbetskamrater som hade fått göra deras jobb och att de inte har haft råd att vara sjukskrivna.

Grupperna svarade mycket lika och det finns ingen statistisk skillnad mellan dem.. Störst olikhet framkom vad gäller ”negativ attityd till frånvaro från arbetsledningen” där 8% av de långtidsfriska och 19% av de sjukskrivna, uppgav den anledningen.

31 % av de långtidsfriska och 39 % av de sjukskrivna har tagit ut semester eller komplédigt, vid minst ett tillfälle, i stället för att sjukanmäla sig.

Utbildning

Av de långtidsfriska har 52% universitets- eller högskoleutbildning, och av de sjukskrivna har 55% universitets- eller högskoleutbildning.

Grupperna är matchade efter bl.a. yrke och det är nog detta som gör siffrorna här så lika och utbildningsnivån blir därigenom ingen faktor som i sig påverkar utfallet i andra variabler.

Familjebild

Följande tabell visar fördelning över olika familjesituationer för de bägge grupperna.

Tabell 4 Andel ensamboende, som ensamma vuxna tillsammans med barn, utan barn tillsammans med annan vuxen, och tillsammans med annan vuxen och barn, i grupperna utan respektive med viss sjukskrivningsperiod.

	Utan sjukskrivningsperiod	Med viss sjukskrivningsperiod
Bor ensam	19 %	28 %
Bor som ensam vuxen tillsammans med barn	8 %	15 %
Bor tillsammans med annan vuxen	37 %	32 %
Bor tillsammans med annan vuxen och barn	37 %	23 %

En majoritet bor inte med barn. De långtidsfriska bor i något högre utsträckning tillsammans med annan vuxen (med eller utan barn) än vad de sjukskrivna gör. En större andel av de med viss sjukskrivningstid bor ensamma. Det framkom ingen statistiskt säker skillnad.

Hushållsarbete

Av de som bor tillsammans med annan vuxen (med eller utan barn) svarar 35 % av de långtidsfriska och 46 % av de sjukskrivna att det är de själva som i första hand är ansvariga för och utför hushållsarbetet i familjen. I övriga par delar man lika eller någon annan tar huvudansvaret. Gruppen med viss sjukskrivningstid har således i någon mån en större belastning på fritiden.

Anställningstid

21 % av de långtidsfriska och 26 % av de sjukskrivna hade en kortare anställningstid än 6 år. 21 % av de långtidsfriska och 36 % av de sjukskrivna hade en anställningstid på mellan 6 och 10 år. En anställningstid på mer än 10 år hade 58 % av de långtidsfriska och 38 % av de sjukskrivna. Vi fann ingen skillnad mellan grupperna.

Personalledning.

Antalet personer i personalledande ställning var mycket lika i våra båda grupper. Detta faller sig som naturligt med tanke på att de deltagande i enkäten matchades bl.a. med hänsyn till yrke.

65 % av de friska och 71 % av de sjuka hade ingen personalledande ställning. 27 % av de friska och 22 % av de sjuka var personalledande på gruppnivå medan 8 % av de friska och 7 % av de sjuka utövade personalledning på högre nivå.

ARBETSTID

Tabellen nedan visar hur lång veckoarbetstiden är i de båda grupperna och vi finner inte heller här någon säkerställd skillnad.

Tabell 5 Andel långtidsfriska respektive sjukskrivna med en arbetstid (i form av anställning; hemarbete räknas inte) av 16-29 tim, 30-39 tim, 40 tim respektive 42-50 tim per vecka.

	Utan sjukskrivningsperiod	Med viss sjukskrivningsperiod
16-29 tim	10 %	13 %
30-39 tim	31 %	43 %
40 tim	45 %	33 %
42-50 tim	14 %	11%

13 % av de sjuka och 8 % av de friska arbetar natt regelbundet.

11 % av de sjuka och 3 % av de friska har jourtjänst/ beredskapstjänst.

Arbetstidsförändring ?

Vill då de anställda fortsätta att arbeta det antal timmar i veckan, de gör nu? Eller skulle de helst vilja öka eller minska sin veckoarbetstid?

Tabell 6 Andel långtidsfriska, sjukskrivna, < 50 år respektive > 50 år som är nöjda med omfattningen av sitt arbete, skulle vilja arbeta fler respektive färre timmar/vecka.

	Utan sjukskr.p	Med viss sjukskr.	<50 år	>50 år
Ja, jag är nöjd	44%	44%	50 %	40%
Nej, jag skulle vilja arbeta fler tim/v	0 %	0 %	0 %	0 %
Nej, jag skulle vilja arbeta färre tim/v	56 %	56 %	50 %	60 %

Ingen vill utöka sin arbetstid. De flesta, i såväl frisk- som sjukgruppen, vill minska sin arbetstid. Ingen skillnad mellan frisk/sjukgrupperna.

I gruppen som arbetar 30-39 timmar i veckan är det 20 personer som vill minska arbetstiden och 19 som vill behålla den oförändrad. Det är först i gruppen med arbetstid 16-29 tim/v som fler är nöjda med nuvarande omfattning än som vill arbeta färre timmar per vecka.

Vid högre ålder tilltar önskemålet att arbeta färre timmar per vecka.

Både bland de friska och bland de sjuka är 87 % nöjda med förläggningen av sin arbetstid. 57 % av de friska, och 55 % av de sjuka känner att de har inflytande över arbetstidens förläggning.

Övertid

56 % i friskgruppen och 47 % i sjukgruppen uppger att de arbetar övertid vilket innebär att det inte finns någon skillnad mellan grupperna. 22 % av de friska och 15 % av de sjuka arbetar 2-9 timmar övertid per månad, 18 % av de friska och 17 % av de sjuka arbetar 10-17 timmar övertid per månad och 13 % av de friska och 9 % av de sjuka arbetar 20-80 timmar övertid per månad.

De vanligaste anledningarna till övertid är att "det finns uppgifter som måste bli klara" 44 %, "arbetet är roligt och intressant" 30 %, "göra insats för verksamhetens framtid" 26 %.

Mindre vanliga orsaker är att "man blir beordrad" 5%, att man ser det som "en gardering inför ev. framtida hot mot sin anställning" 5%, eller "ger möjlighet till senare befordran" 3%. Det finns ingen skillnad mellan grupperna.

FYSISKA KRAV I ARBETET

Hur fysiskt ansträngande, hur kroppsligt hårt, upplevs arbetet? (Frågan berör inte hur väl man klarar de fysiska kraven, för svar på den frågan se tabell 21.) Borgs RPE-skala har använts, med rutor numrerade från 6 upp till 20, där 7 står för mycket, mycket lätt, och 19 står för mycket, mycket ansträngande.

Tabell 7 Andel som upplever de fysiska kraven på arbetet som lätta till något ansträngande respektive ansträngande i grupperna utan respektive med viss sjukskrivningsperiod samt < 50 år respektive > 50 år.

	Utan sjukskrivningsperiod.	Med viss sjukskrivningsperiod	Under 50 år	Över 50 år
Lätt till något ansträngande (6-14)	68 %	47 %	56 %	61 %
Ansträngande (15-20)	32 %	53 %	44 %	39 %

Fler sjukskrivna (53 %), än långtidsfriska (32 %), upplever de fysiska kraven som ansträngande (15 eller fler poäng på Borgskalan), och det är en statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna. Noteras kan, att personer över 50 år inte upplever de fysiska kraven som högre än personer under 50 år.

KRAV – KONTROLL - STÖD

5-6 frågor har ställts inom vart och ett av områdena psykiska krav, inflytande och stimulans. Svaren har lämnats i en skala med 5 svarsalternativ (aldrig, sällan, ibland, för det mesta och alltid) och en totalsumma har grupperats i en grupp med höga värden och en grupp med låga värden.

Psykiska krav i arbetet

Följande frågor ställdes för att möta förekomsten av psykiska krav: Kräver ditt arbete ... att du arbetar mycket hårt, en för stor arbetsinsats, har du tillräckligt med tid för att hinna med, förekommer motstridiga krav, måste mycket information hållas i huvudet och kan du mötas av starka känslor från andra människor.

51 % av de sjukskrivna och 38 % av de långtidsfriska upplever höga psykiska krav i sitt arbete.

På frågan om hur väl kraven i arbetet stämmer med de egna kunskaperna och färdigheterna svarar 16% av de långtidsfriska och 26% av de sjukskrivna att kraven är lägre än deras kunskaper och färdigheter medan 5% av de friska och 7% av de sjuka uppger att de är högre.

Skillnaderna mellan grupperna var inte statistiskt säkerställda men det är ändå värt att notera att de "sjuka" rapporterar en högre kravnivå samtidigt som de inte tycker att kraven motsvarar de egna kunskaperna och färdigheterna.

Inflytande

Vi frågade i vilken utsträckning man har frihet att bestämma hur arbetet ska utföras, vad som ska utföras, när olika uppgifter ska utföras, över arbetstakten, kan handla oberoende av närmaste chef och har utrymme att tänka och handla självständigt.

I gruppen långtidsfriska har en större andel högt inflytande/kontroll, 51 %, mot de sjukskrivnas 36 %.

På frågan om hur väl möjligheterna att kunna ha inflytande i ditt arbete stämmer med dina behov och önskemål, svarade 64 % av de friska och 58 % av de sjuka att möjligheterna motsvarade behov och önskemål.

Skillnaderna mellan grupperna är inte statistiskt säkerställda vad gäller inflytande.

Stimulans

Frågorna formulerades inom detta område med följande: Mitt arbete kräver en hög nivå av färdigheter eller skicklighet, jag har den kompetens och kunskap jag behöver, jag får lära mig nya saker i mitt arbete, mitt arbete kräver påhittighet, mitt arbete innebär att jag gör samma sak om och om igen.

De flesta upplever låg stimulans i sitt arbete, och det är ingen större skillnad mellan grupperna, långtidsfriska 59 % och sjukskrivna 63 %.

På frågan om hur väl möjligheterna att lära nytt och utvecklas stämmer med dina egna behov och önskemål svarade 54 % av de friska, och 38% av de sjuka att möjligheterna motsvarade egna behov och önskemål.

Vi finner inga skillnader mellan grupperna vad gäller stimulans.

Uppskattning/Stöd

Här frågade vi om du känner att dina arbetsinsatser uppskattas som ett led i att verksamheten skall fungera bra?

Tabell 8 Andel långtidsfriska respektive sjukskrivna som känner att deras arbetsinsatser uppskattas, som ett led i att verksamheten ska fungera bra, av överordnade, underordnade, arbetskamrater respektive kunder, brukare, klienter, elever eller motsvarande.

	Utan sjukskrivningsperiod	Med viss sjukskrivningsperiod
Av överordnade	86 %	85 %
Av underordnade	100 %	84 %
Av arbetskamrater	98 %	96 %
Av kunder, brukare, klienter, elever eller motsv.	97 %	96 %

Det är bara när det gäller stöd från underordnade som det föreligger en skillnad mellan grupperna. 100 % av de långtidsfriska respektive 84 % av de med viss sjukskrivningsperiod kände att deras arbetsinsatser uppskattades, som ett led i att verksamheten skulle fungera bra, av sina underordnade. Dock var antalen i absoluta tal små; 34 av 34 friska och 21 av 25 sjuka kände uppskattning, så det är endast 4 personer som gör denna skillnad.

STÄMNINGEN PÅ ARBETSPLATSEN

Stämningen på arbetsplatsen fångas med hjälp av 7 frågor och svaren har lämnats i en skala med 4 alternativ och totalsumman har grupperats i en grupp med högt och en med lågt stöd. (Det är lugn och behaglig stämning, god sammanhållning, mina arbetskamrater ställer upp för mig, man har förståelse för att jag kan ha en dålig dag, jag kommer bra överens med mina överordnade, trivs bra med mina underordnade och/eller arbetskamrater).

Tabell 9 Andel med dålig respektive bra stämning på den egna arbetsplatsen, i grupperna långtidsfriska respektive med viss sjukskrivningsperiod.

	Utan sjukskrivningsperiod	Med viss sjukskrivningsperiod
Dålig stämning	38 %	64 %
Bra stämning	62 %	36 %

Här finner vi en skillnad mellan grupperna. Det är betydligt fler bland de ”sjuka” som rapporterar en dålig stämning på sin arbetsplats.

LEDNINGSKLIMAT

Fungerande ledarskap

På frågan om du upplever ett i stort sett väl fungerande ledarskap, varierade bedömningen betydligt beroende på vilken nivå ledarskapet utövades ifrån.

Tabell 10 Andel av långtidsfriska respektive personer med viss sjukskrivningsperiod som upplever ett i stort sett väl fungerande ledarskap, i hög grad eller i viss mån.

	Utan sjukskrivningsperiod	Med viss sjukskrivningsperiod
Från närmaste chef	76 %	80 %
Från förvaltningsledningen	36 %	32 %
Från den politiska ledningen	21 %	17 %

Det var här ingen skillnad mellan grupperna. Genomsnittet för samtliga visar att 78 % upplever ett i stort sett väl fungerande ledarskap från den närmaste chefen, 35 % från förvaltningsledningen och 19 % från den politiska ledningen. Således får de flesta av de närmaste cheferna godkänt men skepsisen tilltar då man bedömer förvaltnings- och politisk ledning.

Ser vi på betyget till närmaste chef mer fingeraderat, blir utfallet som i följande tabell.

Tabell 11 Andel av långtidsfriska respektive personer med viss sjukskrivningsperiod som upplever ett i stort sett väl fungerande ledarskap från närmaste chef, uppdelat i graderingarna; inte alls, i ganska liten grad, i viss mån och i hög grad.

	Utan sjukskrivningsperiod	Med viss sjukskrivningsperiod
Inte alls	8 %	7 %
I ganska liten grad	16 %	13 %
I viss mån	34 %	40 %
I hög grad	42 %	40 %

Ledningsstil

Vad tycker de anställda att arbetsledningen förmedlar till dem som viktigt för att verksamheten ska fungera bra?

14 frågor har ställts och svaren har lämnats i en skala med 3 alternativ (Inte så viktigt, ganska viktigt, mycket viktigt).

Vid analysen har frågorna grupperats i 3 olika kategorier där en svarat mot en personalinriktad, en mot en ekonomiskt inriktad och en mot en kundorienterad ledningsstil. Frågorna som ställdes för att fånga den personalorienterade ledarstilen var: att vi tar itu med de problem som uppstår i arbetet, att det är lugnt och konfliktfritt på arbetsplatsen, att det är ordning och reda, att det finns arbetsglädje, att sammanhållningen och stämningen bland personalen är god och att vi litar på varann att vi gör vårt bästa.

Frågorna om den ekonomiorienterade ledarstilen var: att verksamheten är lönsam, att vi håller nere kostnader så mycket som möjligt och att arbetet flyter utan större avbrott.

Den kundorienterade ledarstilen gällde om man såg som viktigt: att vi är flexibla och kan anpassa oss till nya förutsättningar, att vi har hög kvalitet i det vi gör, att vi hela tiden förbättrar och utvecklar verksamheten, att arbetsplatsen har gott rykte utåt och att arbetet utförs så att "kunderna" (vårdtagarna/eleverna) blir nöjda.

Tabell 12 Andel långtidsfriska respektive sjukskrivna som rapporterat sin upplevelse av karaktär på ledningsstil.

Ledningsstilen är i huvudsak:	Utan sjukskrivningsperiod	Med viss sjukskrivningsperiod
Personalinriktad	48 %	39 %
Ekonomiskt inriktad	38 %	46 %
Kundorienterad	48 %	39%

Totalt sett dominerade ingen av ledningsstilarna jämfört med de andra. Vi ser en tendens att de sjuka upplever ledningsstilen oftare som ekonomiinriktad och de friska oftare som personalinriktad eller kundorienterad men vi finner ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna.

LOJALITET I FÖRHÅLLANDE TILL ORGANISATION OCH ARBETE

Man kan sägas vara lojal då man är stolt över sitt arbete och sin organisation, vill stanna kvar och anstränger sig.

5 frågor har ställts och svaren har lämnats i en skala med 5 alternativ, huruvida man instämmer eller tar avstånd. (Jag är villig att arbeta hårdare för att organisationen ska bli framgångsrik, stolt att arbeta för min organisation, stolt över den typ av arbete jag har, om jag hade chansen skulle jag byta mitt nuvarande arbete mot någon annan typ av arbete, om jag erbjöds ett annat arbete med avsevärt högre lön skulle jag tacka nej och fortsätta arbeta för min nuvarande organisation). Personerna har grupperats i en grupp med hög och en med låg lojalitet.

Av de långtidsfriska rapporterade 42 %, och av de sjukskrivna 38 %, en hög lojalitet till sin organisation och sitt arbete. Således ingen skillnad mellan grupperna.

ROLL- OCH MÅLTYDLIGHET

Arbetsmiljöforskarna har funnit att det är viktigt, för den psykosociala arbetsmiljön, med ett klimat med mål för och klara beskrivningar av arbetsuppgifter, ansvar och befogenheter.

5 frågor har ställts och svaren har lämnats i en skala med 5 alternativ och totalsumman har grupperats i en grupp med hög, och en med låg, tydlighet. (Finns det klart definierade mål för ditt arbete, vet du vilket ansvarsområde du har, vet du precis vad som krävs av dig i arbetet, måste du utföra saker som du tycker skulle göras annorlunda, får du arbetsuppgifter utan att få de resurser som behövs för att utföra dem).

42 % av de långtidsfriska, och 30 % av de sjukskrivna, tycker att det finns en bra roll- och målttydlighet, vilket innebär att vi här inte finner någon skillnad mellan grupperna

FÖRÄNDRINGAR DE SENASTE 12 MÅNADERNA

Förändringar på arbetsplatsen

De vanligaste typerna av förändringar på arbetsplatsen rapporteras här vara att ny personal tillkommit, byte av arbetskamrater och omflyttning av personal. Byte av chef har skett för 30 % av de anställda under det senaste året. I tabellen redovisas totalsiffror från alla deltagande i undersökningen då vi inte fann några skillnader mellan friska och sjuka.

Tabell 13 Andel som uppger att någon eller några av nedan uppräknade faktorer förändrats på arbetsplatsen under de senaste 12 månaderna.

Ja, nedskärning av personal	27 %
Ja, omflyttning av personal	42 %
Ja, ny personal har tillkommit	79 %
Ja, byte av chef	30 %
Ja, byte av arbetskamrater	62 %
Ja, byte av lokaler	16 %
Annat	16 %
Nej inga förändringar	6 %

Förändringar av arbetsvillkor

De arbetsvillkor som rapporterades ha förändrats mest, under det senaste året, var att arbetsbelastningen ökat, tidspressen i arbetet ökat och arbetets svårighetsgrad ökat, medan personaltätheten minskat. Här nedan redovisas också totalsiffror för alla i undersökningen.

Tabell 14 Andel som uppgett att de nedan 11 uppräknade arbetsvillkoren minskat eller ökat. Andel som uppgett att de ej förändrats har ej medtagits i tabellen men utgörs av resterande procent upp till 100.

	Minskat	Ökat
Arbetsbelastning	1 %	56 %
Tidspress i arbetet	2 %	50 %
Arbetets svårighetsgrad	0 %	30 %
Möjligheter att utvecklas och lära nytt i arbetet	11 %	22 %
Stöd och uppbackning när du behövde	15 %	11 %
Samarbetet på arbetsplatsen	8 %	15 %
Personaltäthet	28 %	9 %
Inflytande och kontroll över det egna arbetet	9 %	8 %
Anställningstrygghet	6 %	2 %
Möjlighet att förena yrkesarbete och privatliv	19%	1 %
Känslan av delaktighet i arbetet och dess innehåll	18 %	12 %

Det finns ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna långtidsfriska och anställda med viss sjukskrivningstid. Den största olikheten, mellan grupperna, i rapporteringen gällde möjligheterna att utvecklas och lära nytt i arbetet, där 7 % av de friska och 18 % av de sjuka ansåg att de minskat och 27 % av de friska och 13 % av de sjuka ansåg att de ökat.

Effekter av förändringar

Man kan påverkas både positivt och negativt av förändringar. Det ser vi nedan där minst hälften ser det som att förändringarna det senaste året medfört att det inneburit nya möjligheter och att det varit utvecklande och lärorikt. En majoritet upplever dock samtidigt att de inte kan utföra arbetsuppgifterna så bra som de skulle vilja, de är osäkra på om de orkar med och att förändringarna medför jobbiga konflikter på arbetsplatsen. Totalsiffror för alla presenteras då vi inte funnit någon skillnad mellan grupperna.

Tabell 15 Andel som uppger att de nedan uppräknade konsekvenserna, av förändringarna på arbetsplatsen de senaste 12 månaderna, inträffat. De som svarade ”instämmer ej” utgör de resterande procenten upp till 100, och har inte medtagits i tabellen.

	Instämmer
Det är utvecklande och lärorikt	63 %
Jag kan inte utföra mina arbetsuppgifter så bra som jag skulle vilja	62 %
Jag blir osäker på om min kompetens räcker	27 %
Det innebär nya möjligheter för mig	50 %
Jag blir osäker på om jag orkar med	61 %
Det blir jobbiga konflikter på arbetsplatsen	54 %
Jag blir osäker på om jag får vara kvar	15 %

KÄNSLA AV SAMMANHANG (KASAM)

Enligt den medicinske sociologen Aaron Antonovsky kan en ”känsla av sammanhang”, då tillvaron blir begriplig, hanterlig och meningsfull, ha en gynnsam betydelse för hälsa och välbefinnande.

3 frågor har ställts och svaren har lämnats i en skala med 5 alternativ och totalsumman har grupperats i en grupp med hög, och en med låg grad av känsla av sammanhang. (Brukar du kunna se en lösning på problem och svårigheter som andra finner svårlösta? Brukar du känna att ditt dagliga liv är en källa till personlig tillfredsställelse? Brukar du känna att saker och ting som händer i ditt dagliga liv är svåra att förstå?).

Tabell 16 Andel av de långtidsfriska respektive de sjukskrivna som erfar en hög respektive en låg grad av känsla av sammanhang.

	Utan sjukskrivningsperiod	Med viss sjukskrivningsperiod
Hög grad av känsla av sammanhang	58 %	37 %
Låg grad av känsla av sammanhang	42 %	63 %

58 % av de långtidsfriska respektive 37 % av personerna med viss sjukskrivningsperiod uppvisar en hög känsla av sammanhang och det innebär att vi här finner en skillnad mellan grupperna. De långtidsfriska upplever tillvaron som mer sammanhängande, förutsägbar och med förväntan att det ska gå bra.

PRESTATIONSBASERAD ELLER GRUNDLÄGGANDE SJÄLVKÄNSLA

Prestationsbaserad självkänsla har kopplats samman med begreppet utbränning, där personen med obalans i självkänsla, med övervikt av den prestationsbaserade, är mer sårbar och har risk att bli ”utbränd”.

Här har ställts frågor med syfte att ta reda på om individen har en självkänsla i huvudsak baserad på prestation eller om den alternativt kan ses som grundläggande.

4 frågor har ställts inom vardera karaktären av självkänsla och svaren har lämnats i en skala med 5 alternativ och totalsumman har grupperats i en grupp med hög, en med medel och en med låg självkänsla.

Frågor som ska ge svar på om den är prestationsbaserad är: jag tror att jag ibland försöker bevisa mitt värde genom arbete, jag känner ibland att jag måste vara lite bättre än andra för att duga inför mig själv, min självkänsla är alltför mycket beroende av vad jag åstadkommer i mitt arbete, jag har känt ett inre tvång att åstadkomma något värdefullt genom mitt arbete.

Frågor som ska ge svar på om den är grundläggande är: jag känner mig positiv och optimistisk om livet i största allmänhet, jag har ganska dåligt självförtroende, jag har tänkt på mig själv som en betydelösa person, jag är nöjd med att vara just den jag är.

Tabell 17 Andel av de långtidsfriska respektive personer med viss sjukskrivningsperiod som har en hög, medel eller låg grad av grundläggande respektive prestationsbaserad självkänsla.

	Utan sjukskrivn.period	Med viss sjukskrivn.period
Grundläggande självkänsla hög	42 %	33 %
medel	34 %	25 %
låg	24 %	42 %
Prestationsbaserad självkänsla hög	23 %	48%
medel	41%	24%
låg	36%	28%

42 % av de långtidsfriska respektive 33 % av de med viss sjukskrivningsperiod ger svar som visar på en hög grad av grundläggande självkänsla.

23 % av de långtidsfriska respektive 48 % av de med viss sjukskrivningsperiod ger svar som visar på en hög grad av prestationsbaserad självkänsla.

Vi hittar här en skillnad mellan grupperna gällande självkänsla där det visar sig att de friska har mer av och de sjuka mindre av en grundläggande självkänsla, och omvänt förhållande vad gäller den prestationsbaserade.

INLÄSNING

Uttrycket ”inläsning” står i detta sammanhang för känslan av att inte kunna skaffa sig ett nytt likvärdigt arbete. Frågan gällde bedömningen av möjligheterna att få ett annat arbete med i stort sett samma arbetsvillkor och lönenivå.

Tabell 18 Andel i grupperna långtidsfriska respektive sjukskrivna och yngre än 50 år respektive äldre än 50 år som ser vissa eller stora möjligheter respektive inga eller små möjligheter att byta till likvärdigt arbete.

Att byta till likvärdigt arbete ...	Utan sjukskrivn.period	Med viss sjukskrivn.period	< 50 år	> 50år
vissa eller stora möjligheter	90 %	61 %	89 %	69 %
inga eller små möjligheter	10 %	39 %	11 %	31 %

90 % av de långtidsfriska och 61 % i gruppen med viss sjukskrivningsperiod ser vissa eller stora möjligheter att byta till likvärdigt arbete. Omvänt ser 10 % respektive 39 % inga eller små möjligheter att byta (känsla av inlåsnig).

Här är en skillnad mellan grupper och det gäller både inom frisk/sjukgrupp och ålder <50 år/>50 år. Således känner man sig mer ”inlåst” (ser mindre möjligheter att byta arbete) om man tillhör sjukgruppen än om man är långtidsfrisk och likaså känner man sig mer inlåst om man tillhör gruppen äldre än 50 år än om man tillhör gruppen yngre än 50 år.

VÅLD ELLER HOT

Cirka 40 %, av samtliga, rapporterar att de utsatts för våld eller hot i sitt arbete, från ett par gånger per år till varje dag. Cirka 60 % har aldrig utsatts för våld eller hot i sitt arbete. Det är ingen skillnad mellan grupperna frisk och sjuk.

HÄLSA

Självrapporterad bedömning av den allmänna hälsan har visat sig (10) ha mycket goda prognostiska egenskaper.

Tabell 19 Andel av långtidsfriska respektive ”med viss sjukskrivningsperiod” som, i allmänhet, värderar sin hälsa som mycket god, god, någorlunda, dålig och mycket dålig.

	Utan sjukskrivningsperiod	Med viss sjukskrivningsperiod
Mycket god	37 %	9 %
God	46 %	40 %
Någorlunda	16 %	40 %
Dålig	0 %	11 %
Mycket dålig	2 %	0 %

83 % av de långtidsfriska värderar sin hälsa som god eller mycket god. Motsvarande siffra för gruppen med viss sjukskrivningsperiod är 49 %.

Här finner vi en tydlig skillnad mellan grupperna där de långtidsfriska värderar sin hälsa som varande mycket bättre.

Dock kan noteras att i sjukskrivningsgruppen är det ändå bara 11 % som beskriver sin hälsa som dålig och inte en enda som beskriver den som mycket dålig.

ARBETSFÖRMÅGA

Upplever man dagens arbetsförmåga på bästa nivå eller har den försämrats jämfört med hur den en gång varit? Har de ibland sjukskrivna tidigare haft en bättre arbetsförmåga?

Tabell 20 Andel av långtidsfriska respektive sjukskrivna och yngre respektive äldre än 50 år som värderar sin nuvarande arbetsförmåga till 1-7, 8 eller 9-10 poäng. Vi antar att arbetsförmågan, då den var som bäst värderades med 10 poäng. 0 betyder att du inte alls kan arbeta och 10 att din arbetsförmåga är som allra bäst just nu.

Nuvarande arbetsförmåga	Utan sjukskr.p.	Med viss sjukskr.p	< 50 år	> 50 år
Poäng 9-10	57 %	20 %	49 %	36 %
Poäng 8	27 %	27 %	29 %	26 %
Poäng 1-7	16 %	53 %	22 %	39 %

Då den nuvarande arbetsförmågan får jämföras med när den var som bäst är det 57 % av de långtidsfriska och 20 % i gruppen med viss sjukskrivningsperiod som värderar den som att den är som allra bäst just nu eller näst intill (9 eller 10 poäng på en 10-gradig skala).

Både inom frisk/sjukgruppen och inom yngre/äldregruppen finns skillnader i värderingen av nuvarande arbetsförmåga.

Arbetsförmåga i förhållande till fysiska krav

Klarar de långtidsfriska och de sjukskrivna av att lika bra svara upp mot den fysiska belastningen i arbetet eller kan vi hitta skillnader mellan grupperna i förmågan att hantera de fysiska kraven?

Tabell 21 Andel av långtidsfriska respektive sjukskrivna och yngre respektive äldre än 50 år som bedömer sin nuvarande arbetsförmåga som mycket god, god eller dålig i förhållande till de fysiska krav arbetet ställer.

Arbetsförmåga	Utan sjukskrivningsperiod	Med viss sjukskrivningsperiod	< 50 år	> 50 år
Mycket god	52 %	26 %	54 %	32 %
God	38 %	35 %	33 %	40%
Dålig	10 %	39 %	13 %	29 %

90 % av de långtidsfriska och 61 % i gruppen med viss sjukskrivningsperiod bedömer sin nuvarande arbetsförmåga som god eller mycket god i förhållande till de fysiska krav som arbetet ställer.

Både inom frisk/sjukgruppen och inom yngre/äldregruppen finns skillnader i värderingen av nuvarande arbetsförmåga i förhållande till de fysiska krav arbetet ställer.

Arbetsförmåga i förhållande till psykiska krav

Klarar de långtidsfriska och de sjukskrivna av att lika bra svara upp mot den psykiska belastningen i arbetet eller kan vi hitta skillnader mellan grupperna i förmågan att hantera de psykiska kraven?

Tabell 22 Andel av långtidsfriska respektive sjukskrivna och yngre respektive äldre än 50 år som bedömer sin nuvarande arbetsförmåga som mycket god, god eller dålig i förhållande till de mentala och psykiska krav som arbetet ställer ?

Arbetsförmåga	Utan sjukskrivningsperiod	Med viss sjukskrivningsperiod	< 50 år	> 50 år
Mycket god	37 %	24 %	26 %	35 %
God	49 %	41 %	50 %	43 %
Dålig	14 %	35 %	24 %	22 %

86 % av de långtidsfriska respektive 65 % av de med viss sjukskrivningsperiod bedömde sin nuvarande arbetsförmåga som god eller mycket god i förhållande till de mentala och psykiska krav som arbetet ställer.

Inom frisk/sjukgruppen, men inte inom yngre/äldregruppen, finns skillnad mellan grupperna i värderingen av nuvarande arbetsförmåga i förhållande till de mentala och psykiska krav som arbetet ställer.

FRAMTIDSTRO

Det mått som, i en tidigare undersökning (10), hade bäst förmåga att förutsäga kommande förvärvsaktivitet var den egna uppskattningen av arbetsförmågan inom nuvarande yrke om två år i förhållande till hälsan.

Tabell 23 Andel i grupperna utan respektive med viss sjukskrivningsperiod samt yngre än respektive äldre än 50 år, som är ganska säkra på, osäkra på respektive tror inte på att de – med tanke på sin hälsa – kan arbeta i sitt nuvarande yrke om två år.

	Utan sjukskrivningsperiod	Med viss sjukskrivningsperiod	< 50 år	> 50 år
Ja, ganska säkert	84 %	50 %	91 %	54 %
Jag är osäker på det	16 %	36 %	9 %	36 %
Nej, det tror jag inte	0 %	14 %	0 %	10 %

84 % av de långtidsfriska och 50 % i gruppen med viss sjukskrivningsperiod tror ganska säkert, på att hälsan medger, att man om två år kan arbeta i nuvarande yrke. Omvänt är 16 % av de långtidsfriska osäkra på det och 50 % i gruppen med viss sjukskrivningsperiod osäkra, eller tror inte, att hälsan medger det.

Både inom frisk/sjukgruppen och inom yngre/äldregruppen finns tydliga skillnader i tron på att hälsan medger att man, om två år, kan arbeta i nuvarande yrke.

BESVÄR

Vilka slags symptom eller sjukdomsbesvär förekommer? Är det magbesvär, huvudvärk, rygg/ledbesvär, sömnbesvär, stress/utmattning, oro/ångest eller nedstämdhet, förkylning eller andra infektioner, eller andra besvär?

Tabell 24 Andel bland de långtidsfriska respektive sjukskrivna som uppgett att de, från någon gång per månad till i stort sett varje dag, haft någon form av nedan uppräknade besvär, de senaste 12 månaderna.

	Utan sjukskrivningsperiod	Med viss sjukskrivningsperiod
Magbesvär	12 %	36 %
Huvudvärk	42 %	53 %
Rygg/ledbesvär	35 %	63 %
Sömnbesvär	30 %	52 %
Stress/utmattning	42 %	69 %
Oro, ångest eller nedstämdhet	23 %	50 %
Förkylning eller andra infektioner	5 %	30 %
Andra besvär	4 %	34 %

Den tydligaste skillnaden mellan grupperna framträdde vad gäller ”förkylning eller andra infektioner” där 5 % av de långtidsfriska hade haft det medan motsvarande siffra för gruppen med viss sjukskrivningsperiod var 30 %, samt vad gäller ”andra besvär” där andelen var 4 % respektive 34 %.

Skillnader mellan grupperna fann vi också gällande magbesvär, rygg/ledbesvär, sömnbesvär, stress/utmattning och oro, ångest eller nedstämdhet. Det var bara vad gäller huvudvärk som vi inte hittade en statistisk skillnad.

PÅVERKAN ARBETE – HEM – ARBETE

52 % av de friska och 53 % av de sjuka upplever att kraven i arbetet ofta påverkar hem- och familjelivet på ett negativt sätt.

Siffrorna blir lägre när vi vänder på det hela. 15 % av de friska och 19 % av de sjuka upplever att kraven från hem- och familjelivet ofta påverkar arbetet på ett negativt sätt.

MOTION

Finns det en skillnad mellan grupperna i graden av fysisk aktivitet och motion, på fritiden? Som motion räknas idrott, konditionsträning, gymnastik, dans, promenader, cykling m.m. under minst 30 minuter per tillfälle.

Tabell 25 Andel som motionerar, under minst 30 min per tillfälle, någon enstaka gång till aldrig, 1-4 ggr per vecka respektive 5 ggr eller mer per vecka i grupperna långtidsfriska och med viss sjukskrivningsperiod.

	Utan sjukskrivningsperiod	Med viss sjukskrivningsperiod
Nej, aldrig eller någon enstaka gång	14 %	26 %
1-4 ggr per vecka	67 %	72 %
5 ggr eller mer per vecka	19 %	2 %

De flesta, i båda grupperna, motionerar några gånger i veckan.

De som aldrig, eller nästan aldrig, rör på sig 30 minuter i sträck är fler i gruppen med viss sjukskrivningsperiod. 14 % av de långtidsfriska respektive 26 % av de med viss sjukskrivningsperiod motionerar endast någon enstaka gång eller aldrig.

De som har daglig, eller näst intill, aktivitet är markant fler i gruppen utan sjukskrivningsperiod. 19 % av de långtidsfriska respektive 2 % av de med viss sjukskrivningsperiod motionerar så gott som dagligen, (5 ggr eller mer per vecka).

Här finner vi en tydlig skillnad mellan grupperna.

EGEN AVKOPPLING OCH ÅTERHÄMTNING

65% av de friska och 51 % av de sjuka anser att de får tillräckligt med sömn.

Stressforskarna brukar betona att var och en bör hitta tid för, och balans mellan, arbete respektive fritid och umgänge med familj och vänner, men dessutom är det värdefullt med tid då man har prioriterat enbart sig själv.

Tabell 26 Andel som har tid åt egen avkoppling (utan speciella krav och förpliktelser) mindre än 1 tim/dag, 1-2 tim/dag respektive mer än 3 tim dag i grupperna långtidsfriska respektive med viss sjukskrivningsperiod.

	Utan sjukskrivningsperiod	Med viss sjukskrivningsperiod
Mindre än 1 tim/dag	13 %	20 %
1-2 tim/dag	43 %	36%
Mer än 3 tim/dag	44 %	44 %

Många har möjlighet till egen tid dagligen. Vi ser ingen skillnad mellan grupperna.

DELTAGARNAS EGNA UTTRYCKTA SYNPUNKTER

Den sista frågan, fråga nr 50, var en helt öppen fråga. Den löd: Till slut undrar vi om du har några allmänna eller specifika synpunkter på din situation, hur du mår, på dina arbetsförhållanden och vad du vill, som inte har framkommit av dina övriga svar?

55 personer tog tillvara på möjligheten att skriva någonting där. Det var 52 % av de friska och 47 % av de sjuka som gav sina synpunkter. Karaktären på svaren från de båda grupperna, friska och sjuka, är lika. Huvudintrycken från svaren är att de anställda känner en för hög arbetsbelastning, tidsbrist, att man är för få personal, att verksamheterna måste spara pengar vilket gör problem olösliga, att man är trött på förändringar och upplever sig ha för låg lön.

Du kan läsa en sammanfattning av svaren i bilaga 1.

SAMMANFATTNING

De långtidsfriska har inte varit helt friska då 62 % av dem gått till arbetet minst en gång det senaste året, trots att de med tanke på sitt hälsotillstånd egentligen kunde ha varit hemma. Det är anställda som ibland sjukskriver sig som också oftare går till jobbet sjuka, det gjorde 82 % det senaste året.

Vi finner, mellan grupperna, signifikanta skillnader i värdering av den generella hälsan, nuvarande arbetsförmåga samt arbetsförmågan i förhållande till både fysiska och psykiska krav, framtidstron att hälsan tillåter att man är kvar i nuvarande yrke om två år samt vad gäller förekomsten av 7 av 8 grupper sjukdomsbesvär, där de med viss sjukskrivningsperiod rapporterar en sämre hälsa och en sämre arbetsförmåga än de långtidsfriska. En större andel bland de sjukskrivna, än bland de friska, upplever de fysiska kraven på arbetet som ansträngande.

De långtidsfriska ser i högre grad vissa eller stora möjligheter att byta till ett annat arbete med i stort sett samma arbetsvillkor och lönenivå. I sjukskrivningsgruppen har man en högre grad av känsla av inlåsning.

Ingen enda person, varken frisk eller sjuk, vill öka sin arbetstid. En majoritet vill minska sin arbetstid och arbeta färre timmar per vecka.

Några i personalledande ställning i sjukskrivningsgruppen kände inte, men alla i friskgruppen kände, att deras arbetsinsatser uppskattades, som ett led i att verksamheten skulle fungera bra, av sina underordnade.

Det är stor skillnad mellan grupperna när man tittar på vilka som rör på sig minst 30 minuter i sträck dagligen (5 ggr eller mer per vecka). Det gör 19 % av de långtidsfriska och 2 % av de med viss sjukskrivningsperiod. Fler i den senare gruppen tillhör de som motionerar endast någon enstaka gång eller aldrig.

Fler i gruppen med viss sjukskrivningsperiod, än hos de långtidsfriska, ger svar som visar på en hög grad av prestationsbaserad självkänsla. Att i förhållandet mellan grundläggande och prestationsbaserad självkänsla, ha en dominans av den grundläggande, har ett samband med att inte bli sjukskriven.

Fler långtidsfriska än personer med viss sjukskrivningsperiod uppvisar en hög grad av ”känsla av sammanhang”. Begreppet bygger på en teori av den medicinske sociologen Aaron Antonovsky och har visat sig ha ett samband med hälsa och välbefinnande.

En god stämning på arbetsplatsen, med trivsel med arbetskamrater och att man kommer bra överens med chefen, rapporterar klart fler av de långtidsfriska än bland de sjukskrivna. Här finner vi en skillnad mellan grupperna och ett samband med att inte vara sjukskriven.

DISKUSSION

Syftet med studien var att studera om det finns några skillnader mellan 72 personer utan sjukskrivning de senaste två åren och 72 personer som varit sjukskrivna i minst 14 dagar. De bägge grupperna var jämförbara med avseende på ålder, kön och yrke.

I undersökningen ingår ett relativt litet antal personer, enkäten skickades till 144 personer och 110 personer, eller 76,4 %, svarade. Svarsfrekvensen, 76,4 %, bedömer vi som hygglig. Den är tillräckligt stor, acceptabel, för att kunna använda materialet och dra slutsatser. På senare år, har i de flesta enkätundersökningar svarsfrekvenserna gått ner och man kan ibland ha haft svårt att nå tillräcklig grad av säkerhet. Det är i ljuset av det som vi stimulerade till att svara på enkäten genom att returnera med en biocheck vid ett insändande av ifylld enkät.

Statistiskt säkerställda samband visavi tendenser

Vi använder den vedertagna principen med statistisk signifikansprövning för att kunna uttala oss om att en skillnad föreligger. I denna undersökning ligger graden av säkerhet vi uttalar oss med, att det finns en risk på 1 av 20 att vi har fel, av slumpmässig orsak, att skillnaden mellan grupperna skulle vara falsk. Om antalet personer som hade deltagit i undersökningen hade varit större hade vi fått statistiskt säkerställda skillnader på flera frågeområden än vi nu fick. I vissa analyser är skillnaderna mellan svarsfrekvenserna i de bägge grupperna till synes påtagligt olika men likväl är inte denna skillnad statistiskt säkerställd utifrån den nivå vi valt. I dessa fall talar vi om att det finns en tendens till skillnad. Vid syfte och frågeställningar listade vi några viktiga områden där vår undersökning skulle ge svar på om det fanns en skillnad mellan grupperna och svar på frågan om samband med sjukskrivning och därigenom idé om det kunde finnas hälsobringande faktorer. På många av frågeställningarna fann vi ingen säkerställd statistisk skillnad men vi kan ändå se flera intressanta tendenser.

I huvudsak har vi funnit säkerställda skillnader mellan de bägge grupperna med avseende på hälsotillstånd och arbetsförmåga, fysisk belastning och socialt klimat på arbetet, motionsvanor på fritiden och vissa mer personliga karakteristika som självkänsla och känsla av sammanhang.

De sjukskrivna rapporterar en betydligt sämre hälsa och arbetsförmåga än de långtidsfriska. Arbetsförmåga, mätt på det viset som skett i denna studie, är enligt Lindberg och Vingård(10) det mått som bäst predicerar om man faktiskt arbetar två år efter man svarat på frågorna. I vår undersökning var 16 % av de långtidsfriska och 50 % av de sjukskrivna tveksamma om hon/han skulle orka arbeta kvar om två år med tanke på sin hälsa. Vi ser att detta delvis är åldersrelaterat för då vi analyserar grupperna utifrån ålder är ca 10 % av de som är yngre än 50 år medan nästan 50 % av de som är äldre än 50 år tveksamma. I HaKul-undersökningen var cirka 20 % av alla tveksamma. I undersökningen "De friska" var knappt 5 % av de friska och ca 20 % av de krassliga tveksamma (10).

Här ser vi dels att vi har höga siffror i vår undersökning jämfört med de andra och dels att ålder är en viktig faktor i sammanhanget.

Fysisk belastning i arbetet är också en faktor som har betydelse. Bland de långtidsfriska är den fysiska belastningen i arbetet lägre än bland de "sjuka". I Lindberg & Vingårds undersökning "De friska" (med 6610 deltagare), kan man se att 57 % av kvinnorna med sjukfrånvaro och/eller sjuknärvaro upplevde arbetet som fysiskt ansträngande medan bara 32 % av de friska kvinnorna gjorde det. Att ha ett arbete som inte var fysiskt ansträngande var den faktor som entydigt och starkast ökade chansen till god hälsa, för både kvinnor och män. Resultatet är intressant då det ibland hävdas att fysiskt tungt arbete knappast förekommer längre.

En god stämning på arbetsplatsen med trivsel med arbetskamrater och att man kommer bra överens med chefen visar sig i den här undersökningen vara en klart hälsobringande faktor, de långtidsfriska har oftare en sådan upplevelse. På en sådan arbetsplats har man förståelse för varandra och det finns ett bra socialt stöd. Goda relationer med arbetskamrater och chefer är ett skydd mot ohälsa när påfrestningarna på arbetet är stora. Dels därför att vi inte upplever påfrestningarna som så stora om vi har några att dela erfarenheterna med. Dels därför att goda relationer kan innebära att man kan få hjälp och råd i sitt arbete.

I HaKul-undersökningen fann man den bästa stämningen på arbetsplatser där ledningen förmedlade att både kvalitén på verksamheten och att hur personalen fungerade tillsammans var viktigt. I vår studie ser vi en tendens till att de "sjuka" oftare upplever ledningsstilen som ekonomiinriktad och de friska oftare upplever den som personalinriktad eller kundorienterad. Vidare, när det gäller stöd, när det gäller frågan om huruvida arbetsinsatsen uppskattas av överordnade, arbetskamrater respektive kunder/brukare/klienter/elever, som ett led i att verksamheten ska fungera bra, ser vi inga skillnader mellan de bägge grupperna. Överlag uppfattade man ett stort stöd i detta avseende.

Att ett tydligt ledarskap kan ha betydelse för hälsan visar tendensen till skillnad när det gäller tydlighet, gällande både mål, roll och uppgifter. Bland de långtidsfriska rapporterade drygt 40 % att de upplevde en sådan tydlighet medan bara 30 % av de med viss sjukskrivning upplevde motsvarande.

På frågan om man upplever ett i stort sett fungerande ledarskap svarade man i de båda grupperna slående lika på frågan. Att märka var att ledarskapet uppskattades mer ju närmare ledningen befinner sig. Nästan 80 % i hela gruppen upplevde ett fungerande ledarskap från närmaste chef medan bara 35 % upplevde ett motsvarande ledarskap från förvaltningsledningen och endast 20 % upplevde ett sådant från den politiska ledningen.

Gör vi en jämförelse med de kommunanställda i HaKul-undersökningen upplevde bara knappt 30 % ett i hög grad fungerande ledarskap från närmaste chef medan siffrorna i vår undersökning för de friska är 42 % och för de sjuka 40 %.

I diskussionen kring den ökade sjukfrånvaron höjs ofta röster som betonar att det är faktorer på fritiden och i personligheten som är mer avgörande för sjukligheten än faktorer i arbetet.

De långtidsfriska i denna studie har en mindre grad prestationsbaserad självkänsla än de som varit sjukskrivna. I en definition av utbränning (5) ingår att en person ska ha en större prestationsbaserad självkänsla än en mer grundläggande självkänsla. Att sjukskrivna oftare har en mer prestationsbaserad självkänsla kan vi hitta i t.ex. HaKul-undersökningen. I ett arbetsklimat där ensidigt höga prestationer värdesätts och ledningen inte har en känslighet för betydelsen av människors balans i livet, kan människor med prestationsbaserad självkänsla dras in i en spiral som slutar med att man "går in i väggen".

Vi fann även en skillnad mellan gruppernas synsätt på tillvaron, vilka i olika grad överensstämmer med Antonovskys ”känsla av sammanhang”. Man kan beskriva det som att de långtidsfriska oftare har ”en genomgripande och varaktig men dynamisk tillit till att ens inre och yttre värld är förutsägbar”, och att det ”finns en hög sannolikhet för att saker och ting kommer att gå så bra som man rimligen kan förvänta sig” (12). Tillvaron behöver göras begriplig, hanterlig och meningsfull för att vi ska kunna röra oss mot hälsopolen i kontinuet hälsa-ohälsa och de långtidsfriska befinner sig närmare den polen än de sjukskrivna. Att äga en stark känsla av sammanhang är i huvudsak något vi kan ha tillägnat oss genom en hygglig uppväxt och en kulturellt gynnsam miljö och är sedan personlighetsbaserad. Dock kan vi fundera över begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet och förhållandena i arbetslivet. I hur hög grad är förändringar förutsägbara, upplever man dem som meningsfulla och känner man sig delaktig? Är den bristande tilltron vi ser i den här undersökningen, där förvaltningslednings och politikernas ledarskap värdesätts lågt, ett uttryck för att de brister i att göra arbetsmiljön just begriplig, hanterbar och meningsfull.

En majoritet, såväl långtidsfriska som personer med viss sjukskrivningsperiod, rapporterar att de motionerar 1-4 gånger i veckan. Den intressanta skillnad vi hittar här är att ungefär en femtedel av de långtidsfriska rör på sig minst 30 minuter i sträck 5 gånger eller fler i veckan, bland de ’sjuka’ är det praktiskt taget ingen som gör det. Nyligen har skolbarnens brist på rörelse i dagens samhälle uppmärksamats och i debatten har forskare påtalat att barnen behöver röra på sig minst 30 minuter om dagen. Detta gäller inte bara barn, utan alla åldrar (4), och beror på att vår kropp bär arvet från stenåldersmänniskan och att vi därför behöver röra på oss, äta och sova på liknande vis som denna vår förfader. Är det just den dagliga rörelsen som är en hälsobringande faktor? Är de som rör på sig de flesta av veckans dagar de som går/cyklar/springer till jobbet?

I HaKul-undersökningen kunde man visa att ett spänt arbete, höga krav och små förutsättningar för inflytande och utvecklingsmöjligheter hade betydelse för hälsan. Vi kan också se en klar tendens i vad gäller upplevelsen av höga psykiska krav, där andelen för de sjukskrivna var 51 % och de långtidsfriska 38 %. På frågan om hur väl kraven i arbetet stämmer med de egna kunskaperna och färdigheterna svarar 16 % av de långtidsfriska och 26 % av de sjukskrivna att kraven är lägre än deras kunskaper och färdigheter medan bara ca 5 % av både de friska och de sjuka uppger att de är högre. Skillnaderna mellan grupperna var inte statistiskt säkerställd men det är ändå värt att notera att de ”sjuka” rapporterar en högre kravnivå samtidigt som de inte tycker att kraven motsvarar de egna kunskaperna och färdigheterna.

Likaså ser vi en tendens i frågan om inflytande där 51 % av de långtidsfriska, mot 36 % av de sjukskrivna upplever ett högt inflytande/kontroll. När det gäller stimulans blir bilden mer tvetydig. Vid frågebatteriet i krav-/kontrollindexet får vi i stort sett samma andelar långtidsfriska och sjukskrivna som upplever låg stimulans i sitt arbete. Däremot då frågan ställs om hur väl möjligheterna att lära nytt och utvecklas stämmer med egna behov och önskemål svarade 54 % av de friska och 38 % av de sjuka att de motsvarade behov och önskemål.

På frågor kring arbetstider hittar vi inga skillnader mellan grupperna. Däremot en mycket tydlig önskan, och lika stor från båda grupperna, att minska sin veckoarbetstid vilket 56 % ville. 44 % kunde tänka sig arbetstiden oförändrad medan ingen vill öka veckoarbetstiden.

Vi ser en viss tendens att det är fler sjukskrivna, 13 %, än långtidsfriska, 8 %, som arbetar natt regelbundet och likaså att fler sjukskrivna, 11 %, än långtidsfriska, 3 %, har jour/beredskapstjänst. Detta är förenligt med senare tids forskning om hälsofaror med obekväma arbetstider och nattarbete.

Slutsatser och rekommendationer

Det som påvisats i denna undersökning är några sannolika samband, däremot inte vad som är ”hönan eller ägget”. Är det exempelvis så att motion minskar sjukskrivning eller man motionerar mindre därför att man är sjuk? Båda kanske har giltighet. Rekommendationerna ska därför inte ses som ”forskningssanningar” utan har mer karaktär av idéer som kan prövas.

- Använd kunskapen om att självvärderad hälsa och arbetsförmåga är en stark prediktor inför framtiden. Vi har ovan sett en tydligt upplevd sämre hälsa och arbetsförmåga hos de med viss sjukskrivningsperiod. Utifrån siffrorna, som här visat sig höga, kan i viss grad förutses en personalomsättning eller kan insatser i tid göras för att förebygga att människor inte orkar fortsätta i nuvarande sysselsättning.
- Öppna upp och skapa alla tänkbara möjligheter för människor att byta arbete och arbetsplatser, för att individen lättare ska finna sin optimala plats. Många av de med viss sjukskrivningsperiod känner sig ”inlåsta”.
- Skapa flexibla arbetstidslösningar. De flesta vill minska sin arbetstid.
- Medvetandegör om den dagliga fysiska träningens betydelse i alla åldrar.
- Studera och lär om Antonovskys ”känsla av sammanhang”. Ett arbetsklimat och arbetsorganisation med hög grad av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet kan öka de anställdas känsla av sammanhang. Skapa en organisation med klara mål, god kommunikation, konsekvent och direkt feedback, med ett ledarskap som utmärks av ett informationsansvar, klara målbilder och stödjande ledarskap.
- Var observant på din eventuella egna prestationsbaserade självkänsla och handlande utifrån denna, och håll ögonen öppna för att upptäcka och förebygga tendenser till överambition hos medarbetare.
- Glöm inte att vi sett ett samband mellan att vara långtidsfrisk och att ha ett arbete som inte är fysiskt ansträngande. I en annan, ovan citerad undersökning, var det den faktor som entydigt och starkast ökade chansen till god hälsa. Resultaten är intressanta då det ibland hävdas att fysiskt tungt arbete knappast förekommer längre.
- En god stämning på arbetsplatsen, med trivsel med arbetskamrater och att man kommer bra överens med chefen, är en hälsobringande faktor.

Litteraturreferenser

Tidningsartikel

1. Crofts Maria (2002) Persson vill överlägga om sjuktalet. *Dagens Nyheter*, sid A 5, onsd 2 okt 2002.

Tidskriftsartikel

2. Mossey JM, Shapiro E (1992) Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public health* 1992; 72; 800-8.

Statistiska källor, betänkanden

3. Statens offentliga utredningar. SOU 2002:5, *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*. Stockholm: Fritzes.
4. US department of health and human services (1996) *Physical Activity and Health*. A Report of the Surgeon General. 1996. (Idrottshögskolans bibliotek, Stockholm).

Rapporter

5. Hallsten Lennart, Bellaagh Katalin och Gustafsson Klas (2002) *Utbränning i Sverige – en populationsstudie*. Arbete och Hälsa 2002:6, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
6. Jeding Kerstin, Hägg Göran M, Marklund Staffan, Nygren Åke, Theorell Töres, Vingård Eva (1999) *Ett friskt arbetsliv. Fysiska och psykosociala orsakssamband samt möjligheter till prevention och tidig rehabilitering*. Arbete och Hälsa 1999:22, Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
7. Johnsson Johnny. *Projekt – Långtidsfriska, Stora Enso Fors AB*. Företagshälsovården. johnny.johnsson@storaenso.com
8. Karolinska institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för personskadeprevention (2001) *Hållbar arbetshälsa i kommuner och landsting, en lägesrapport i mars 2001*.
9. Kungliga Ingenjörsvetenskapsakademien (2000) *Ett friskt arbetsliv. Humankapitalets strategiska betydelse för företag*.
10. Lindberg Per, Vingård Eva (2001) *De friska - en studie kring livs- och arbetsbetingelser som stödjer en positiv hälsoutveckling*. Sektionen för Personskadeprevention, Karolinska Institutet, Stockholm.
11. Vingård Eva, Josephson Malin, Aronsson Gunnar, Nilsson Mathias (2000) *Psykosocial arbetsmiljö i Gotlands Kommun – en studie av nedvarvning, återhämtning och friskfaktorer*. Rapport från HaKul-projektet vid Karolinska Institutet, Stockholm och Arbetslivsinstitutet, Solna. Rapport nr 2000:2.

Bok

12. Antonovsky Aaron (1991) *Hälsans mysterium*. Natur och kultur 1991.

Öppen fråga

Sista frågan, fråga nr 50, var en öppen fråga där de tillfrågade kunde skriva fri text över allmänna eller specifika synpunkter på sin situation, hur de mår, på sina arbetsförhållanden eller vad de ville, som inte framkommit av deras övriga svar.

55 personer tog tillvara den möjligheten. Här nedan har jag sammanfattat det som skrevs och separerat svaren något med hänsyn till arbetsområde och yrke.

Varje litet stycke nedan kan innehålla synpunkter från en person eller blandat från flera personer. Vissa synpunkter har uttalats av flera personer men återges här nedan bara en gång.

Skolpersonal (Majoriteten lärare)

Långtidsfriska: Nya och fler arbetsuppgifter läggs på hela tiden. Aldrig arbetsro. Krav från olika håll, ibland motstridiga krav. Stressigt. Bullrig miljö. Arbetsbelastningen har ökat de senaste 15 åren. På tok för mycket att göra. Oerhörd arbetsbelastning, den måste minska, liksom arbetstiden. Fordringar från samhället att prestera ännu mera. Chanserna till återhämtning och vila krymper. Belastningen bör fördelas på fler personer.

Undervisning och lärande borde vara i fokus - idag fokusering på omsorgen.

Mer resurser behövs för att ta hand om elever som behöver stöd eller barn med speciella behov. Behov av psykolog och speciallärare. Skolans ständigt dåliga ekonomi och neddragningar, förhindrar genomförande av nya idéer.

Skrämmande att de som styr har så lite kunskap om det de bestämmer över.

Höjda löner för att orka göra ett bra jobb länge.
Personalvård och friskvård saknas.

Det är mycket som är stimulerande i arbetet, kontakten med elever och kollegor, själva arbetsuppgiften. Har ett arbete som jag trivs med, går gärna till jobbet.

Önskar att jag hade mer tid för min familj. Hinner ej med privatlivet, ser därför fram mot pensionen. Hur skall man orka arbeta till 65 års ålder. Som det är nu hinner man inte leva, man bara arbetar. Tröttare, bland annat, på grund av ökad ålder.

Faktorer i privatlivet, mer än i arbetslivet, har i mitt fall påfrestat min hälsa.

Med sjukskrivningsperiod: Det är kroppsligt inte så ansträngande som det är psykiskt. Man måste vara pigg, utvilad, förberedd till tänderna, helst fri från privata bekymmer, för att umgås med 30 elever i ett och samma rum hela dagen. Skolan måste bli mer lärartät, max 25 elever i varje klass.

För många, krävande och motstridiga dekret från stadsdel och kommun.

Många lärare som är omtyckta, gör ett bra jobb och trivs, frustreras över den låga lönen och borde ha mycket, mycket högre lön.

Svåra händelser i privatlivet orsakade sjukskrivningen. Kränkande behandling från chef orsakade långtidssjukskrivning. Trivs jättebra i jobbet

Äldreård (främst vårdbiträden och undersköterskor men även några sjuksköterskor och arbetsterapeuter)

Långtidsfriska: Man undrar hur jag orkar med att leva i pressen och den enormt tunga arbetsbördan från dag till dag. För hög arbetsbelastning sedan 10 år. Nästan alla har arbetat övertid. Tillfredsställande att kunna välja ut en vardag i månaden att vara ledig och på sätt ta ut övertiden – att få känna att man på något sätt styr över tiden.

Stor omsättning på chefer och dagpersonal. Att minska ohälsan gör man nog bäst genom att förbättra chefskapet. Jag efterlyser mer omtanke om personalen och ett betydligt större mått av psykologi i bemötandet av densamma. Arbetsdagarna inom den här typen av jobb borde inte vara åtta timmar långa.

Önskar att vi hade mera tid hos varje brukare, speciellt på lördag-söndag är det väldigt stressigt.

Svårt att finna mig i den roll som har blivit undersköterskans dvs krympts ned på biträdesnivån och många ansvarsområden har fallit ifrån. Tycker om att fortbilda mig, lära nytt och utvecklas framåt.

Ensamarbete nattetid är tungt, både fysiskt och socialt. Min fritid påverkas mycket pga trötthet och sömnbrist. Arbetsledningen behandlar nattpersonalen som osynlig.

Inför pensioneringen hade det varit skönt att kunna minska ordinarie arbetstiden.

Situationen kan bli problematisk inom vården om inte lönerna höjs.

Det är viktigt att ta upp ev. problem innan de blir större och inte ha konflikträdsla. Rakhets och ärlighet mot varandra i gruppen. Be om hjälp med sådant man är osäker på och utnyttja kollegornas olikheter och styrkor. Kräva tydlighet från ledningen gällande mål, inriktning etc. Adekvat befattnings- och arbetsbeskrivning. Facklig påverkan och medverkan är viktig.

Det är säkert få förunnat att vara så nöjd med sin situation och sin arbetsplats som jag. Sällan är den dagen, eller aldrig, som jag ej vill gå till jobbet. Får så mycket av livskvalitet under de timmar som jag får vara på jobbet. Vi har roligt och litar på varandra, detta gör att vi lättare kan lösa konflikter.

Med sjukskrivningsperiod: Anställdes för 12 år sedan på premisserna att man ska ta hand om pensionärerna på det sätt man själv vill bli bemött – så får man numera ej jobba. Det verkar viktigare att kryssa i och fylla i papper och hinna med så många som möjligt på en dag. För 12 år sedan gick man till 4 st på en dag kl 8-17, nu är det 8-10 st.

Situationen inom äldreomsorgen är ohållbar om inte någonting görs åt arbetsvillkor, personalbemanning, löner och ekonomi. Allt handlar i slutändan bara om att spara och få ekonomin att gå ihop, vilket den aldrig gör.

Fler tyngre sjukhems- och medicinskt vårdkrävande åldringar kommer nu till våra ålderdomshem som inte är utrustade för detta och samma lilla skara vårdbiträden ska alltså klara av denna oerhörda tyngd och omsorg.

Det verkar bara vara vi, långt där nere, som ser missförhållandena, och värnar om en god vård, men ingen, ingen lyssnar.

Det är ett viktigt och egentligen roligt jobb, men det är fruktansvärt tungt. Vi är tre personer som ska hjälpa 13 boende med allt. Den här situationen är ohållbar. Vi behöver vara 4 st på morgonen för att klara alla arbetsuppgifter. När man kommer hem från jobbet stupar man i säng och orkar inte göra något mer den dagen. Man kommer att bli sjuk till slut tror jag. Mer personal och högre löner är det enda sättet att få folk att vilja jobba och stanna kvar i vården.

Jag råkade ut för en händelse vid förflyttning av en boende och ådrog mig då en ryggåkomma och var sjukskriven en period.

Senaste 13 åren har byten av geografiskt distrikt skett 3 ggr (alla pensionärer skiftas och arbetslag slås sönder), ny chef har tillkommit 2 ggr samt omgruppering i arbetslaget senast. Mina kroppsliga besvär började! Alla förändringar har medfört försämringar, både för personal och för pensionärer. Personalen har inte kunnat påverka besluten – det är bara att lyda, eller sluta.

Vi hade konflikter i flera år på min gruppboende, fick aldrig någon hjälp från fack eller chef, jag blev sjukskriven och sökte sedan nya jobb.

Alldeles för långa arbetspass på helger, kl 7.00 – 18.30. För få personal.

Kroppsliga besvär som ger sömnstörningar, får aldrig sova mer än 3 timmar nonstop.

Hög sjukfrånvaro hos arbetskamrater, otacksamma vårdtagare, otacksamma gnälliga anhöriga. Vi borde ha rätt att tacka nej till vårdtagare som vi inte har nu. Dåligt fack som inte tar ut oss i strejk så att vi får en anständig lön.

Otrygg nattetid (haft flera inbrott), önskar vaktbolag som besöker oss några gånger under natten.

Socialt arbete (socialsekreterare och skötare/vårdare inom socialpsykiatriska enheter och handikappomsorg)

Långtidsfriska: Tycker mitt arbete blivit stressigare och mer att göra. För lite utbildning & fortbildning. Och absolut för låg lön! Samtidigt är jobbet stimulerande och utmanande, men mer krävande än för några år sedan. För stort glapp mellan ledningen och oss på golvet. För sektoriserat, den ena handen vet ej vad den andra gör.

Min erfarenhet är att just arbetsplatsens personalsammansättning är avgörande hur den enskilde mår, trivs och utför sitt arbete.

Långvarig led- och muskelvärk som medfört depression, sömnsvårigheter och oro inför framtiden.

Tycker att det är kul och intressant med utveckling och förändringar och att vara delaktig – less och trött på chefer som kör sin idé och ej förankrar. Tid är en bristvara och ej med i beräkning av arbetsvolym/arbetsuppgift.

Känner mig uppskattad av brukare men ej tillräckligt värderad av chefer, politiker (endast i ord, ej i handling), LO (som favoriserar ex verkstadsarbetare) och därmed underbetald för värdefullt arbete. Detta sätter vården i kris.

Med sjukskrivningsperiod:

För dålig lön för det arbete man gör.

Det negativa beror på det politiska instabila läge som varit under de senaste två mandatperioderna. Detta anser jag skapat turbulens i förvaltningsorganisationen och då har detta spridit sig nedåt i organisationen. Det vill säga ny personal, nya strukturer. Sen för att ytterligare försvåra det hela ska det sparas pengar.

Varit trött länge. Tycker att arbetet borde bli lättare när man blir äldre. Kanske förkortning av arbetstiden skulle vara bra.

Övriga

Långtidsfriska: Mår bra och trivs med mitt yrke. Tyvärr så pratas det bara om budget och nedskärningar och större barngrupper. Till sist – vi får aldrig en morot.

Omorganisationen har inneburit ett chefsbyte som har varit negativt. Det är oerhört viktigt med en tydlig, positiv ledning som stärker medarbetarnas självkänsla och arbetsglädje, som vågar tänka nytt och prova andras idéer bl.a.

Med sjukskrivningsperiod: Arbetsförhållandena inom barnomsorgen är alldeles för tuffa. Maxtaxan belastar personalen då barnen är kvar längre vilket gör fler barn per personal mellan kl 15-17 på em.

Trivs på arbetsplatsen men kan ej göra en fullgod insats i arbetet pga. problem i nacke, rygg och axel, som ej går att åtgärda. Ständig värk, och därmed även sömnproblem, påverkar min tillvaro.

VARIABELKONSTRUKTION

Fråga 34 med 18 delfrågor, ger svaren på frågeställningarna om psykiska krav i arbetet, stimulans och inflytande. Det finns 5 svarsalternativ; aldrig(1 poäng), sällan(2), ibland(3), för det mesta(4) och alltid(5). Poängen för delfråga 3 och 12 har gjorts omvänt så att ”aldrig” ger 5 poäng och ”alltid” ger 1 poäng.

Sedan har delfråga 1-6 gjorts till en grupp som ger svar på frågan om psykiska krav i arbetet, delfråga 7-10 och 12 grupperats för att motsvara stimulans och delfråga 13-18 grupperats för att motsvara inflytande/kontroll.

Därefter har indexen dikotomiserats (summan av svars-poängen har indelats i två grupper, en låg och en hög) där, för psykiska krav, summan 10-20 ger en grupp som står för höga psykiska krav, och summan 21-32 ger en grupp som står för låga psykiska krav.

Dikotomisering av summorna för stimulans gjordes så att summan 8-19 ger en grupp som står för låg stimulans, och summan 20-24 ger en grupp som står för hög stimulans.

Dikotomisering av summorna för inflytande/kontroll gjordes så att summan 6-22 ger en grupp som står för låg kontroll och summan 23-32 ger en grupp som står för hög kontroll.

Fråga 43 med 7 delfrågor, ger svar om stämningen på arbetsplatsen. Det finns 4 svarsalternativ för de 4 första delfrågorna; stämmer (1), stämmer ganska bra (2), stämmer inte särskilt bra (3) och stämmer inte alls (4). Till delfrågorna 5-7 finns dessutom ytterligare ett svarsalternativ; ej aktuellt. På ex delfråga 6 svarar man på hur bra man trivs med sina underordnade och där bör det vanligaste svaret bli ”ej aktuellt” då en majoritet ej har underordnade. Sedan har vi vänt på det så att 1 blir 4 och 2 blir 3 osv. Vi har valt att ge ”ej aktuellt” 2.5 poäng, för att bibehålla en meningsfull summation och ev. enstaka andra utelämnade eller fel ifyllda kryss också 2.5, som vi sett som det mest neutrala värdet. Sedan har dikotomisering gjorts vilket skapade 2 nästan lika stora grupper där summan 7-21 står för låga värden på stämning och 21.5-28 står för höga värden.

Fråga 40 med 5 delfrågor står för ”lojalitet i förhållande till organisation och arbete”. Det finns 5 svarsalternativ; instämmer starkt (1), instämmer (2), varken instämmer eller tar avstånd (3), tar avstånd (4), tar avstånd starkt (5). Vi har vänt på värdena inför summationen så att 1 blir 5, 2 blir 4 osv. Dikotomisering gjordes sedan så att summan 5-16 står för låg lojalitet och 17-24 för hög lojalitet.

Fråga 41 med 5 delfrågor står för ”rolltydlighet”. Det finns 5 svarsalternativ; mycket sällan eller aldrig (1), ganska sällan (2), ibland (3), ganska ofta (4), mycket ofta eller alltid (5). En dikotomisering har gjorts så att summan 11-20 står för låg tydlighet och summan 21-25 står för hög tydlighet.

Fråga 42 med 14 delfrågor står för karaktären på ledningsstil. Delfrågorna 1-6 svarar mot en personalinriktad ledningsstil, delfrågorna 7-9 svarar mot en ekonomiskt inriktad ledningsstil och delfrågorna 10-14 svarar mot en kundorienterad ledningsstil. Det finns 3 svarsalternativ; inte så viktigt (1), ganska viktigt (2), mycket viktigt (3). En dikotomisering har sedan gjorts och för personalinriktad stil står summan 6-14 för låg och summan 15-18 för hög. För ekonomiskt inriktad stil står summan 3-7 för låg och 8-9 för hög och för kundorienterad stil står 7-14 för låg och mer än 15 för hög.

Fråga 18,19 och 20 står för Antonovskys ”känsla av sammanhang”. Det finns 5 svarsalternativ; mycket ofta (1), ganska ofta (2), ibland (3), ganska sällan (4), aldrig (5). För fråga 20 har vi vänt på poängen så att 1 ger 5, 2 ger 4 osv. Därefter har en dikotomisering gjorts där 1-6 står för låg känsla av sammanhang och 7-12 står för hög känsla.

Fråga 22 handlar om självkänsla. De fyra första delfrågorna ger svar om en grundläggande självkänsla, delfråga 5-8 ger svar om en prestationsbaserad självkänsla. Det finns 5 svarsalternativ i en avklingande skala; instämmer helt (1), (2), (3), (4), instämmer inte alls (5). På delfrågorna 2 och 3 har vi vänt på poängen så att 1 ger 5, 2 ger 4 osv. Därefter har en poängsumma gjorts av dels de fyra första delfrågorna för grundläggande självkänsla, och dels de fyra sista delfrågorna för prestationsbaserad självkänsla. Sedan har här en indelning gjorts i tre nivåer, vilka står för låg, medel och hög. För grundläggande självkänsla står summan 4-6 för hög, summan 7-8 för medel och summan 9-18 för låg. För prestationsbaserad självkänsla står summan 4-12 för hög, 13-17 för medel och 18-20 för låg.

Som regel, om inget annat angetts här ovan, har vid enstaka svar, när inget svarsalternativ alls förkryssats eller det på annat sätt ej varit möjligt att säkert förstå hur svaret ska tolkas, den personens svar lämnats utanför de 100% som sedan andelarna beräknats utifrån.

Förslag till förändringar inom äldreomsorgen

Projektarbete inom företagsläkarutbildningen, 2002

**Ing-Marie Tengwall
Previa AB**

Handledare: Överläkare Lena Ekenvall
Arbets- och miljömedicin
Samhällsmedicin
Stockholms läns landsting

1 Sammanfattning

Under vintern 2001/2002 gjordes intervjuer av vårdpersonal inom Äldreomsorg, Kista stadsdelsförvaltning. Arbetet var en del av ett projektarbete inom företagsläkarutbildningen. Det ursprungliga syftet med projektet var att genom intervjuer ta fram ett formulär som skulle användas för att dokumentera orsakerna till avgångar från äldreomsorgen genom intervjuer av anställda i samband med att de slutar. Antalet personer som slutat inom den valda äldreomsorgen var dock för lågt för att uppnå detta mål varför huvuddelen av projektet inriktades på att redovisa förbättringsförslag som kan ligga till grund för framtida åtgärder.

Förbättringsförslag och idéer utifrån intervjuer:

Organisation och ledningsstruktur

- Flytta arbetsledningen närmare personalen.
- Avgränsa arbetsuppgifterna. Nu har man mycket svårt att hinna med både sjukvård och omsorg inom äldreomsorgen. Man har fått mycket sjukare, tyngre patienter idag och upplever att man har svårt att hinna med att göra ett arbete som man är nöjd med.
- Tillför mer personal då äldreomsorgen blivit tyngre både fysiskt och psykiskt.
- Förändra arbetstider – arbeta 3 dagar och vara ledig 3 dagar.
 - Inför återkommande planeringsdagar.
 - Genomför årliga utvecklingssamtal med all personal.

Yrket inom Äldreomsorg

- Höjd status.
 - Höjd lön.
- Snabbare fast anställning.
- Vikariat → utvärdering → fast anställning med mentor → utbildning varvad med arbete.

Utbildning

- Tillgodoräkna utländsk utbildning.
 - Vidareutbildning.
 - Kurser.
- Samtalsgrupper om svåra ämnen för att minska psykisk belastning.
 - Askultation och studiebesök.

Gruppstärkande

- Uppmuntran.
- Social samvaro med arbetskamrater: bio, personalfest eller gymnastik.

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Inom äldreomsorgen har man de senaste tio åren haft en större personalomsättning än tidigare. Arbetet har förändrats och även andra aktörer än kommunerna har etablerats på marknaden. Det har varit svårt att rekrytera utbildad personal och även svårt att behålla den under en längre tid. Reportage i dagstidningarna har skildrat vårdskandaler och en sliten personalgrupp.

Vid avdelningen för Arbets- och miljömedicin, Stockholms läns landsting har man även varit intresserad av orsakerna till personalomsättningen.

2.2 Historik

Äldreomsorgen har utvecklats sedan mitten av 1800-talet då kyrkan hade hand om all social hjälp genom fattigvårdsförordningen. Kommunerna tog över fattigvården år 1862 och fattiggårdar, delvis självförsörjande infördes. Under början av 1900-talet kom stora reformer inom de sociala områdena men det dröjde till slutet av 1940-talet innan ålderdomshemmen tillkom [1,2].

Den stora satsningen på äldreomsorgen kom inte förrän i slutet av 1960-talet då en statlig bostadsplan möjliggjorde en större expansion och nybyggnation av ålderdomshem [1,2].

Ädelreformen som kom 1992 gav kommunerna ett samlat ansvar för långvarig service och vård för äldre, något som tidigare hade varit uppdelat mellan kommunerna och landstingen. Kommunerna tog även över ansvaret för landstingens sjukhem med lokalt upptagningsområde och skyldighet att inrätta ålderdomshem och gruppboendestäder, liksom bostäder för särskilt boende och olika dagvårdsverksamheter [1,2,3].

2.3 Nuvarande situation

Förhållandena för äldreomsorgen har förändrats under de senaste åren. Så har t ex antalet personer, 65 år och äldre, med mindre än 25 hjälptimmar per månad minskat från 157 000 till 100 000 mellan 1988 och 1996. Samtidigt har antalet vårdtagare med behov av mer än 49 hjälptimmar per månad ökat från 29000 till 35000. Hela denna ökning avser personer över 80 års ålder [4,5]. Under 1990-talet minskade även vård- och omsorgsresurserna genom ökade krav på effektiviseringar och besparingar. Antalet äldre som fick hemhjälp eller sjukhemsplatser etc minskades även kraftigt.

Efter Ädelreformens införande minskade landstingens vårdplatser inom akutsjukvården med 40 %. Motsvarande uppgifter och ansvar fördes över till primärvården och kommunerna under åren 1992-1997 enligt Socialstyrelsen [6].

De äldre har enligt undersökningar förbättrat sin funktionsförmåga men andelen mycket gamla har blivit större och detta kan förklara det ökande tunga vårdbehovet [1].

2.4 Personalstatistik

Under 1990-talets första hälft genomfördes på många håll anställningsstopp och landstinget sade upp vårdbiträden och undersköterskor i besparingssyfte. En halvering av antalet sökande till omvårdnadslinjerna har skett sedan början av 1990-talet. Rekryteringen av baspersonal har emellertid ökat under perioden 1995-1999. Totalt har under denna period 65 000 personer rekryterats som baspersonal inom kommunerna. Som baspersonal räknas vårdbiträden, undersköterskor, sjukvårdsbiträden, vårdare och skötare [7].

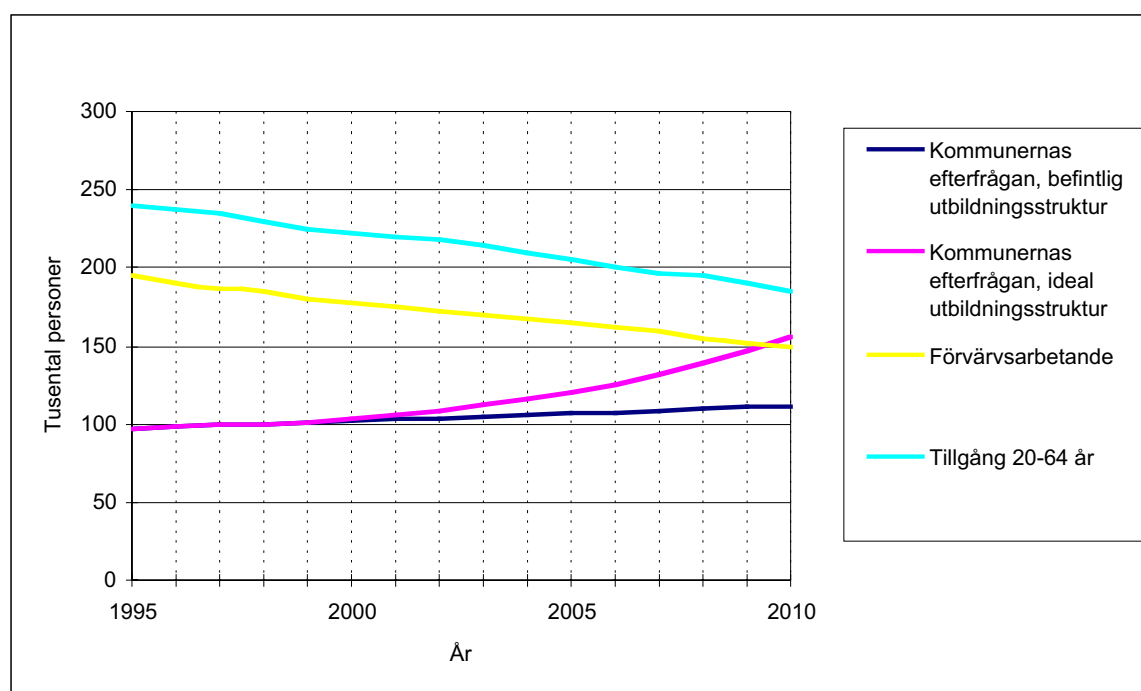


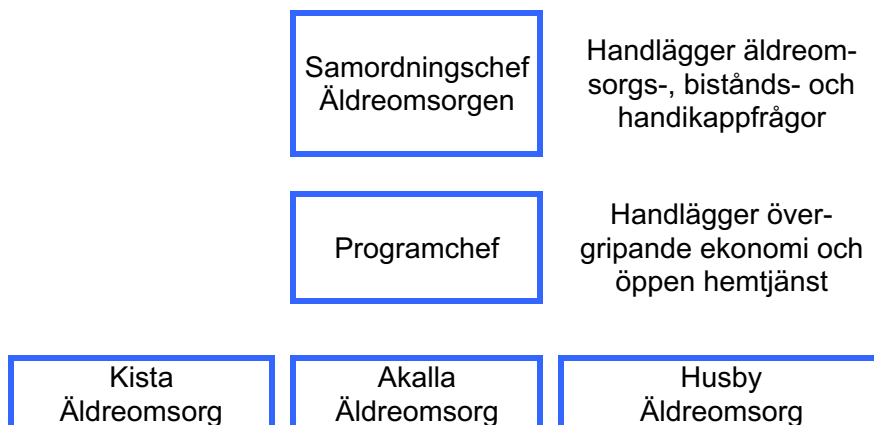
Diagram 1. Tillgång och efterfrågan på personer med gymnasial omvårdnadsutbildning 1995-2010. Källa: Svenska Kommunförbundet och SCB[7].

Rekryteringen av tillsvidareanställd baspersonal har ökat under samma tid men de flesta av dem hade erfarenhet som timavlönade inom arbetsområdet. Avgången av tillsvidareanställd baspersonal i vården har legat på ungefär 8 000 personer årligen i Sverige. Ca 30 % av dessa går i pension (gäller både ålderspension och förtidspension). Även sjukfrånvaro och annan ledighet har ökat [7]. Siffror på den verkliga avgången av baspersonal (inklusive timanställda) inom äldreomsorg har ej kunnat tas fram trots kontakter med Socialstyrelsen, Kommunförbundet och olika kommuner.

Såväl den totala tillgången på personer med omvårdnadsutbildning i åldern 20-64 år som antalet förvärvsarbetande förväntas minska med omkring 20 % från 1999 till 2010 (bilaga 1). Åldersfördelningen för kommunernas innevånare kommer samtidigt att förskjutas kraftigt uppåt [7].

Det framstår som en stor utmaning för kommunerna de närmaste åren att rekrytera och behålla kompetent personal.

2.5 Kista stadsdelsförvaltning – Äldreomsorg



Figur 1. Organisation av äldreomsorgen i Kista

Kista Äldreomsorg har ett stort servicehus med två hemvårdschefer. Det finns också ett gruppboende för demens och vårdkrävande boende samt ett korttidsboende för mer medicinskt krävande.

Akalla Äldreomsorg har ett servicehus och gruppboenden för demens, vårdkrävande boende och psykiskt handikappade. I Akalla finns ledningen för hemtjänsten i hela Kista utom privat hemtjänst som finns i Husby.

Husby Äldreomsorg är privatiserad och omfattar ett servicehus, privat hemtjänst och ett gruppboende för dementa.

Varje enhet (utom Kista servicehus) har en hemvårdschef och enheterna har vardera 30-50 vårdbiträden.

Personal cirka 80 – 85 % av personalen är tillsvidareanställd och 15 – 20 % är timanställd. En mycket stor del av personalen har sitt ursprung utomlands.

Utbildning 99 % utbildade med vårdbiträdeskurs.
40 – 60 % undersköterskeutbildning, 16 veckors kurs.

Tjänster Vårdbiträden
Undersköterskor
Sjuksköterskor (ett fåtal anställda)

3 Syfte

Det ursprungliga syftet med projektet var att genom intervjuer ta fram ett formulär som skulle användas för att dokumentera orsakerna till avgångar från äldreomsorgen genom intervjuer av anställda i samband med att de slutar. Frågeformuläret skulle innehålla frågeställningar som skulle ge svar på varför man slutade och även spegla förbättringsförslag inom äldreomsorgens område.

Genom att få fram orsaker till personalomsättningen och även förslag till förbättringar från vårdpersonalen själv kan arbetsgivarna vidta åtgärder som förbättrar situationen.

Då gruppen personal som slutat blev liten fick projektet omvärderas under arbetets gång. Arbetet bedömdes ej kunna leda till ett bra intervjuformulär utan fick inriktas på att redovisa förslag till förändringar inom äldreomsorgen baserat på vad som framkommit under intervjuerna.

4 Metod

Urval av stadsdelsförvaltning

För att få en bild av dagens situation inom Äldreomsorgen valdes Kista stadsdelsförvaltning ut som studieobjekt i samråd med Arbets- och miljömedicin. Kista stadsdelsförvaltning är kund hos Previa AB avseende företagshälsovård.

Förankring av projektet

Arbetet förankrades med P-O Magnusson, personalchef i Kista stadsdelsförvaltning, Olof Tappert, facklig företrädare för Kommunalförbundet och Anki Rosenkvist, samordningschef inom Äldreomsorgen, Kista stadsdelsförvaltning. Jag kontaktade också hemvårdscheferna för att berätta om projektet och förankra det i organisationen.

Urval av studiepersoner och intervjumetod

För att kunna ställa relevanta frågor i det slutliga formuläret intervjuades vårdpersonal på fyra olika arbetsplatser och en intervjumall konstruerades.

För alla:	
<ul style="list-style-type: none">▪ Arbetsplats<ul style="list-style-type: none">▪ Ålder▪ Utbildning▪ Anställningstid▪ Personliga fritidsintressen	
För dem som är anställda:	För dem som slutat:
<ul style="list-style-type: none">▪ Varför stannar Du kvar? Pos/Neg▪ Varför tror Du andra slutar?▪ Vad kan man göra för att hindra att andra slutar?<ul style="list-style-type: none">▪ Har Du lämpliga förbättringsförslag för arbetet inom äldreomsorg?<ul style="list-style-type: none">▪ Morötter?	<ul style="list-style-type: none">▪ Varför slutar Du?▪ Varför slutar andra?▪ Vad skulle man gjort för att Du ej skulle ha slutat?<ul style="list-style-type: none">▪ Har Du lämpliga förbättringsförslag för arbetet inom äldreomsorg?<ul style="list-style-type: none">▪ Morötter?▪ Till vilket arbete går Du? Lön?

Figur 2. Intervjumall

Intervjuer gjordes med alla som slutat sin anställning under år 2001 och slumpvis med personal som arbetat mer än tre år inom Äldreomsorgen i Kista stadsdelsnämnd. Undantag gjordes för gruppboendet i Husby och Kista korttidsboende. Gruppboendet i Husby (privat) ställde inte upp på intervjuer och Kista korttidsboende hade en vårdform där man hade mest sjuksköterskor anställda. Denna vårdform har patienter som kommer direkt från sjukhuset och som ej direkt bedöms kunna skötas inom Äldreomsorgen. Verksamheten där är mer inriktad på ren sjukvård.

Personal ur gruppen som arbetat mer än tre år, träffade jag enskilt på arbetsplatsen i ett avskilt rum, där intervjun ägde rum. Intervjuerna ägde rum en slumpvis vald dag och möjligheten att bli intervjuad berodde då på om man var i tjänst just denna dag.
Alla intervjuade var kvinnor.

Personalen ur den grupp som slutat sin tjänst intervjuades per telefon.

5 Resultat

5.1 Arbetsgång

Totalt genomfördes 17 intervjuer inom äldreomsorgen, Kista stadsdelsnämnd. Av de intervjuade hade åtta personer slutat sin tjänst under år 2001 och tio personer hade arbetat mer än tre år inom äldreomsorg.

Av de personer som slutat ställde en inte upp på intervju vid kontakt.

Intervjuerna och besöken i de olika äldreomsorgslokalerna gav en mycket positiv bild av äldreomsorgen i Kista stadsdelsförvaltning. Både chefer och personal gjorde på mig ett ansvarsfullt och varmt intryck. Vårdpersonalen gav ett kunnigt intryck och var mycket engagerad i sitt arbete.

Jag fann att personalomsättningen inom äldreomsorgen i Kista är ytterst liten och det krävdes möda för att överhuvudtaget få fram namn på personal som slutat sin tjänst.

5.2 Intervjuresultat

Vilka slutar - Vilka stannar?

Den personal som slutade var mellan 25-60 år. Mer än 50 % hade undersköterskeutbildning men även högre utbildning fanns representerad i gruppen. De som slutat hade arbetat i Kista mellan 6 månader och 36 år. De som slutade hade inte andra fritidsintressen än de som stannade kvar. De hade sedvanliga kvinnliga intressen såsom hem och fritidshus men även teater, bio och idrott.

Åldern på den personal som stannade kvar var mellan 30 till 61 år och skiljde sig i detta avseende ej från gruppen som slutade. Emellertid hade många fler av dem som stannade kvar undersköterskeutbildning. De hade arbetat inom äldreomsorgen mellan 4 och 33 år. De allra flesta hade traditionella kvinnointressen som matlagning, familjen, barn, barnbarn och många läste mycket på fritiden. Det fanns även de som var intresserade av idrott. Även inslag av religiösa intressen fanns.

Varför slutar man - Varför stannar man kvar?

Personalen som stannar kvar poängterar att man har bra arbetskamrater och att trivseln är stor. Många uttryckte stolthet över sitt arbete. Arbetet innebär att man träffar många människor och är mycket varierat. Många tycker om äldre människor och anser att deras livserfarenhet ger dem mycket. Det är ett självständigt arbete som ger glädje:
"Jag tycker om äldre! De ger mig så mycket."

Inom den privata vården poängterade man dessutom den goda ordningen, klara raka regler och väldefinierade arbetsuppgifter

De som slutade framförde olika skäl. En slutade sin halvtidstjänst inom äldreomsorgen då hon erbjöds gå upp till heltid i en tjänstemannabefattning. Ett par hade ansökt om tjänstledighet för att pröva annat arbete men bedömde att man inte skulle återgå i arbete. Någon hade sagt upp sig då hon inte fick tjänstledigt för att pröva annat arbete. En annan hade separerat från sin sambo, flyttat och bytt till ett arbete som låg närmare den nya bostaden. Det fanns några som ville arbeta med annan typ av arbete.

Flera framförde att arbetet hade förändrats och blivit allt tyngre med ökat tempo och att tillfredsställelsen av det egna arbetet hade minskat. Man upplevde att man ej längre hann med "omsorgsbiten" då äldreomsorgen blivit "sjukstuga" eftersom patienterna numera redan vid inflyttningen var mycket somatiskt dåliga. Sjukvården synes enklare att arbeta inom då vården är avgränsad till ren sjukvård och arbetet där är även bättre betalt.

Man tyckte även att man utvecklingsmässigt "stod still". Man fick inte någon utbildning på arbetet och lönen var för låg.

Varför slutar andra?

De som slutat ansåg att arbetet var fysiskt och psykiskt slitsamt och att man p g a detta fick större sömnbehov. Nästan alla framförde att ett stort skäl till varför man trodde att folk slutade inom äldreomsorg var den dåliga lönen men poängterade även stress som orsak. Man påpekade att många fick vara timanställda lång tid och att man väntade på att få fast anställning och att timlönen var så pass dålig slutade man då man fick tag i annat arbete.

I gruppen som fanns kvar hade man samma åsikt om arbetets tyngd. Man framförde att arbetet var fysiskt men framförallt psykiskt tungt. Idag är ensamproblematiken bland vårdtagarna stor och att man blir som en familjemedlem till vårdtagaren: "Man får ge så mycket av sig själv".

Andra representativa citat är: "Pensionärerna är redan tunga fall när de flyttar in här på servicehuset", "Det är lätt att ung personal ger upp i början" och "Man måste ha mer tålamod i vården än de allra yngsta av personalen har".

Gruppen som stannade kvar tog även upp den dåliga lönen, låg status, att uppskattning saknas och att arbetsbelastningen är hög.

Det är inte heller så att vården passar alla då man måste kunna "organisera" sitt arbete för att hinna och vara relativt psykiskt stark för att klara sin arbetssituation.

Vad skulle man ha gjort för att du ej skulle ha slutat?

Inom gruppen som slutat svarade man att man skulle öka lönen och visa större uppskattning av personalen. Många tog även upp att man skulle sänka arbetstiden och bereda mer fritid och som exempel tog man att man kunde arbeta tre dagar och sedan vara ledig tre dagar. På så sätt skulle man få en längre sammanhängande ledighet och man kunde återhämta sig från stress på ett bättre sätt. Flera kände till projekt där man kunde lägga schema på detta sätt och det verkade uppskattas av den berörda vårdpersonalen.

Man poängterade att det behövs ytterligare personal till äldreomsorgen då vårdtagarna är äldre och sjukare och det dessutom är mycket svårare att arbeta i hemmen.

Det framkom att man tyckte att arbetsledningen "fanns för långt bort" och mer ledning behövdes i arbetssituationen. Någon av dem som slutat poängterade att en bra handledning och en arbetsledning som lyssnade av arbetssituationen önskades. "Fler arbetsledare!"

Inom gruppen som stannat kvar framfördes samma önskan om sammanhängande ledighet. Man talade även här om "arbeta tre dagar och vara ledig tre dagar". Detta skulle ge "möjlighet att hämta kraft och stressa av". Önskemål framkom om att öka flexibiliteten i arbetet speciellt med möjlighet att påverka sina arbetstider. Största delen av denna personal ansåg att man skulle höja lönerna och höja status för yrkeskåren.

"Mer folk i vården!"

Andra citat: "Bättre kontakt med chefen!", "Ge personal snabbare fast anställning innan de försvinner till andra arbetsgivare!", "Satsa på folk!", "Om utbildning saknas, se till referenser från arbete i vården – ge folk chansen att vikariera!", "Utländsk kompetens och erfarenhet bör tillgodoräknas!", "Kanske skall man ge nyanställd personal en mentor och efter hand även ge utbildning under arbetstid?".

Morötter?

I båda grupperna ansåg man att lönehöjning var väsentligast. Individuella arbetstider och vidareutbildning efterfrågades också. Studiebesök för att få idéer och att undvika hemmablindhet togs upp. Man önskade stärka arbetsgrupperna genom social samvaro (t ex genom personalfest eller genom att gå på Wallmans salonger). "Det ska va nåt kul"!

Mer utbildning, kurser men även planeringsdagar och utvecklingssamtal efterfrågades. Man skulle också vilja ha möjlighet att efter slitsamma perioder kunna gå hem tidigare om situationen tillät.

Personalen skulle även vilja ha mer tid till de äldre och kunna ta med dem på utflykter etc.

"Kan man inte få gratis arbetsskor?"

Till vilket arbete går du? Lön?

Flera som slutar inom äldreomsorgen går till sjukhusen och arbetar där som undersköterskor. De har antingen fått kortare arbetstid med bibehållen lön eller samma arbetstid och högre lön. Lönedifferensen uppgick till ca 800 kr/månad. Andra går till andra kommuner och kan även där få 700-800 kr mer per månad. En del byter typ av arbete och får ungefär samma lön men det finns även personal som har annan kompetens och kan utnyttja detta för att få en förbättrad lönesituation.

6 Diskussion

6.1 Diskussion

Det framkom att arbetet inom äldreomsorgen hade blivit både fysiskt och psykiskt tyngre och många angav att man idag hade liten möjlighet att påverka arbetsförhållandena, och att arbetstakten hade ökat. Status i yrket bedömdes vara låg.

I studien framkom att personalen prioriterar höjd lön och höjd status. En del av dem som slutade inom äldreomsorgen gick över till landstinget där man fick en löneförhöjning eller kortare arbetstid. Personalen framförde även att arbetet inom landstinget var lättare då man "bara skötte sjukvården" och inte hade det helhetsperspektiv som omsorgen kräver!

Det framkom även att timanställda lämnar yrket då de lockas till andra möjligheter med högre timersättning eller fast tjänst.

Lågt inflytande i kombination med hög arbetsbelastning [8] och därtill psykisk stress är en klar risk ur hälsosynpunkt och detta kan leda till belastningsskador, stressjukdomar och långtidssjukskrivning som i sin tur kan leda till att vårdpersonalen förtidspensioneras. Äldreomsorgen går då miste om en oerhört viktig resurs. Samhället behöver all vårdpersonal för att möta ökade vårdbehov hos den alltmer ökande andelen av äldre i Sverige.

Kanske vi kan förbättra vårdpersonalens villkor genom förändrade arbetstider. Här kan kanske den nya modellen att arbeta tre dagar och vara ledig i tre dagar prövas. Denna modell har använts i Lindesberg och försök är på gång i Täby och Norrtälje kommuner. Genom att få en ordentlig återhämtning mellan arbetspassen bör personalens hälsoläge påverkas positivt.

I Norrtälje kommun har man i dagarna gjort den första utvärderingen av tre olika arbetstidsmodeller. Man har provat "flytande arbetstid" där arbetstagare som vill höja sin sysselsättningsgrad får boka in sig på en lista. Man har även provat "tvättstugemodellen" där schemat läggs för 6 veckor och var och en sätter upp sitt individuella schema och arbetsgruppen kompromissar ihop slutligt schema efter verksamheten. Den tredje modellen som provats var 3-3 modellen där man arbetar tre dagar och är ledig i tre dagar. Alla modellerna har givit mycket positiva resultat och man vill ofta fortsätta arbeta på det nya sättet [14].

6.2 En vision

Det är tid att ta ett nytt grepp på hela äldreomsorgen. Möjlighet att påverka den egna arbetstiden kan bidra till att minska stress och belastningssjukdomar och på så sätt minska långtidssjukskrivningar .

Man bör se över utbildningen och trappstegsvis höja kompetensen under arbetstid. Lämpligen börjar man med mentorskap redan vid nyanställningen och inför varvad utbildning som leder fram till olika kompetenser. Genom dessa åtgärder blir vårdpersonalen inom äldreomsorgen "omsorgsspecialister" med en gedigen utbildning i helhetssyn, äldrepsykiatri, omvårdnad och basal sjukvård. Med denna specialisering och kompetenshöjning bör både status och löner höjas.

Genom dessa åtgärder kan äldreomsorgsarbetet göras attraktivt och fler lockas till verksamheten!

7 Litteraturförteckning

- [1] Kommunförbundet, www.svekom.se: Sektionen för äldreomsorg, Senior 2005, Verksamhetsplan 2002, Seniorhälsa.
- [2] Idéforum 2002, www.aldreprojektet.gov.se.
- [3] Peter Ström: *Ädelreformen – lokal organisationsutveckling och värdering i äldre – och handikappsomsorgen*. Rådet för Arbetslivsforskning, 1997.
- [4] *Förändringar av kvalitet och produktivitet i barnomsorg, skola och äldreomsorg – 90 studier om 90 – talet*. Svenska Kommunförbundet, 1998. ISBN 91-7099-738-1.
- [5] Birgitta Olsson: *6 - timmars arbetsdag med heltidslön i Stockholms stad : vad betyder det för personalen, brukarna och ekonomi?* Personalekonomiska institutet, Stockholms Universitet, 1999. ISBN 91-89192-12-5
- [6] Socialstyrelsen, www.sos.se: Äldre – vård och omsorg 2000, Hälso- och sjukvårds-statistik 2001, Nationell handlingsplan för äldre – politiker. Lägesrapport2001. Äldreenheten. Folkhälsorapport 2001.
- [7] *Rekrytera och behålla – en utmaning*. Kommunförbundet, 2001. ISBN 91-7099-986-4
- [8] Rolf Å Gustafsson och Maria Scebehely: *Arbetsvillkor och välfärdsopinion inom äldreomsorgen – en enkätbaserad fallstudie bland personal och politiker*. Arbetslivsinstitutet, 2001. ISSN 1400-8211.
- [9] John Övretveit: *Utvärdering av hälso- och sjukvård och organisationsförändringar*.
- [10] Anders Kjellberg: *Att ställa frågor om arbetsmiljö*. Arbetsmiljöinstitutet, 1989
- [11] Anna Hedin: *Huset med den trasiga hissen – tre olika perspektiv på ädelreformen*. Kommentus Förlag, 1996. ISBN 91-7344-989-X.
- [12] *Forskning och praktik om arbetsmiljö*, nr 1, 1995: Få vill ha tillbaks välgörenhet i vården – bara hälften orkar till 65.
- [13] Lena Backman, Ola Leijon och Gunilla Pernold: *Arbetsmiljö inom den avancerade hemsjukvården i Stockholms län*. Yrkesmedicinska enheten, SLL, 2001. ISSN 1401-0550.
- [14] Eva Isaksson, Norrtälje Kommun: *Utvärdering av arbetstidsmodeller*, 2002.

**Projektarbete vid Arbetstlivsinstitutets
Företagsläkarutbildning 2001/2002**

Ledarskap och hälsa

**- en studie över ledarskapets betydelse för
långtidsfriska och långtidssjuka i Habo kommun**

Författare:

**Arne Thorfinn, specialist allmänmedicin
Östra Storgatan 110, 553 21 Jönköping**

Jan Lindell, fil lic, Stockholm

**Handledare: Kerstin Isaksson, leg. psykolog, docent, Arbetstlivsinstitutet,
Solna**

Nov 2002

1/ SAMMANFATTNING

Titel: Ledarskap och hälsa: en studie över ledarskapets betydelse för långtidsfriska och långtidssjuka i Habo kommun

Författare: Arne Thorfinn, specialist allmänmedicin, Jönköping
Östra Storgatan 110, 553 21 Jönköping; epost: arne.thorfinn@swipnet.se

Jan Lindell, fil lic, Stockholm; epost: jan@slot.se

Handledare: Kerstin Isaksson, leg. psykolog, docent, Arbetslivsinstitutet, Solna

Ett positivt samband mellan ett bra och aktivt ledarskap och friskheten hos medarbetarna har påvisats vid arbetsplatser inom det privata näringslivet. Syftet med denna studie är att undersöka om samma samband finns inom offentlig förvaltning. Studien har genomförts i Habo, som är en mindre kommun strax nordväst om Jönköping. En bedömning av det psykosociala arbetsklimatet i allmänhet inkluderandes ledarskapet har genomförts med SLOT-metoden (Sandberg Lindell Organisations Test). För att få fram säkra data om sjukfrånvaron har en nyutvecklade metod använts med utnyttjande av databasprogrammet ACCESS.

Inte helt förvånande har studien visat ett positivt samband mellan ett bra ledarskap, mätt såsom "nöjdheten" med medbestämmande och feedback hos medarbetarna och friskheten hos dessa. Även ett samband mellan lägre sjuklighet och ett bra ledarskap har påvisats.

Resultatet av studien har utnyttjats i ett fortlöpande organisationsutvecklingsprogram inriktat på ledarskapsutveckling samt friskvårdssatsningar för personalen.

Tack riktas till Jörgen Haraldsson, personalchef, för ett gott samarbete med personalutvecklingsfrågor i Habo Kommun och till Kerstin Isaksson, handledare på Arbetslivsinstitutet, för visat intresse för ämnet och inblick i den vetenskapliga rapportens väsen.

2/ INLEDNING

Sjukskrivningarna har stegrats senare år med en ökningstakt på 25 milj kr per dag räknat för hela riket (10).

Det är ett problem inte bara för den enskilde individen genom ökat lidande utan också för organisationen genom försämrade produktivitet/effektivitet och därmed sammanhängande ökade kostnader.

Orsaker till den aktuella situationen är multifaktoriell: förändrade villkor på arbetsmarknaden, ständiga omorganisationer, förändrade anställningsformer med mer projektanställningar, nedskärningar, ökad tidspress och ökade krav på flexibilitet. Frågan har fått berättigad uppmärksamhet i massmedia, vilket medfört att det blivit mer tillåtande att få känna sig sjuk.

Undersökningen har genomförts i Habo kommun, som är belägen strax nordväst om Jönköping. Antalet invånare i kommunen är knappt 10 000. I kommunen finns ett väl diversifierat småskaligt näringsliv med vissa stora arbetsgivare (Isakssons, NEFAB). Andelen kommuninnevånare med utländsk bakgrund är lägre än riksgenomsnittet.

Cirka 600 personer arbetar såsom tillsvidareanställda (fast anställning) eller visstidsanställda inom kommunal verksamhet. Denna är organiserad i fyra nämnder:

- Barn- och Ungdomsnämnden (BUN)
- Socialnämnden
- Miljönämnden
- Fritids- och Kulturnämnden

Vidare finns direkt under Kommunstyrelsens ledning administrativa avdelningar för löner och ekonomi, teknisk förvaltning, reningsverk, räddningstjänst mm. Kommunen anlitar Previa, Jönköping som partner i Företagshälsovårdsfrågor.

Under år 2000 betalade HABO kommun ut 2,1 miljoner kr i sjuklön. Genomsnittsfrånvaron var 27,4 dagar per anställd i kommunal verksamhet.

Bakgrund Organisationstest

I en organisation som producerar varor och tjänster utvecklas olika former för mellanmänniska relationer, förhållningssätt och språkbruk. En organisation kännetecknas därför av ett känslomässigt klimat, av ledarskapsstilar och av spelregler, som sammantagna utgör organisationens kultur. I det nära perspektivet, inom arbetsgruppen, är det främst arbetsklimatet som är avgörande för samarbete och effektivitet. Alla medarbetare har mentala bilder av den verklighet man befinner sig i. Dessa bilder – medvetandet om organisationen – skapas och utvecklas av den information, som individen blir delaktig i, tolkar, värderar och minns. Ett gott ledarskap är att kunna uppfylla organisationens mål genom utvecklande av medarbetarnas delaktighet och engagemang, genom att genom relevant information ge feedback samt fördela ansvar och befogenheter (6).

Det finns ett flertal tester och instrument för mätning av organisationers tillstånd och prestationer liksom av de anställdas hälsoupplevelser, trivsel och motivation (2), (5), (7), (9), (11).

En delrapport i utredningen Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5) har identifierat vilka förhållanden i arbetsmiljön och arbetsorganisationen som befrämjar människors hälsa. (10)

SLOT – Sandberg-Lindell-Organisations-Test – konstruerades i början av 1980-talet, som ett instrument för att mäta olika aspekter av företagskulturen. Ett andra test (SLOT G) konstruerades i slutet av 1980-talet för mätning av arbetsklimatet i arbetsgrupper. Testet ger en genomlysning av organisationen utifrån ett kognitivt, psykologiskt synsätt, dvs utifrån hur den anställda själv upplever organisationen, ledarskapet och samarbetet. Organisationen betraktas som ett levande öppet system, som existerar i tid och rum och som styrs av information. Den psykologiska nivån i testet utgörs av diskrepansen mellan hur man upplever att det är och hur man önskar att det skulle vara (6).

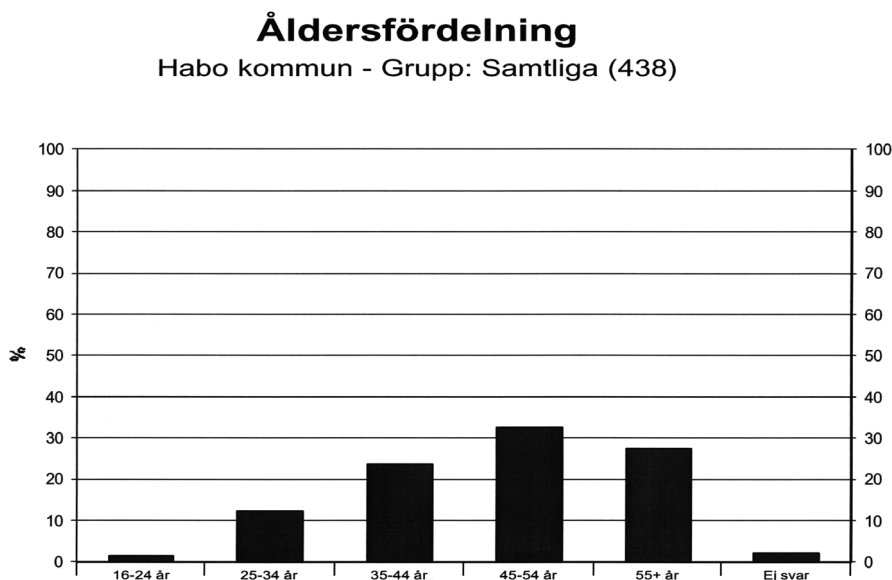
Det övergripande syftet med projektet är att i den kommunala verksamheten studera ledarskapets betydelse för medarbetarnas hälsa. En grundhypotes är att ledarskapets utformning har stor betydelse för medarbetarnas hälsoläge/sjukfrånvaro. Dessutom är ledarskapets utformning och utveckling en faktor som arbetsgivaren har stor möjlighet att påverka

Den specificerade problemställningen i projektet är att studera ett eventuellt samband mellan ett bra ledarskap och medarbetarnas hälsoläge, mätt i termer av närvaro/frånvaro.

3/ UNDERSÖKT GRUPP

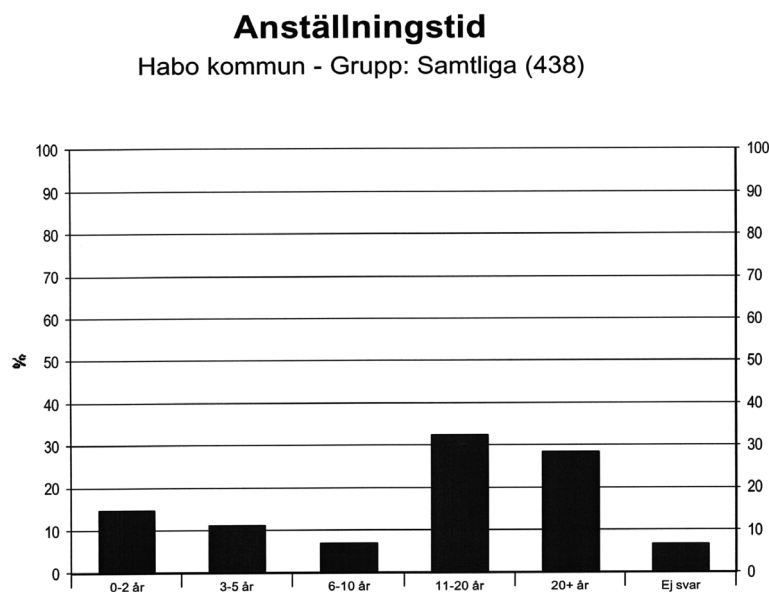
Den undersökta gruppen utgörs av samtliga anställda vid Habo kommun.

Åldersfördelningen i enkätstudien visar dominans för personer i åldern 45 – 54 år. Se figur 1.



Figur 1: Åldersfördelning anställda Habo kommun

Merparten av medarbetarna (fast anställda/tillsvidareanställda) i kommunen har varit anställda i mer än 11 år. Detta speglar en stabil personalgrupp med låg personalomsättning. Vidare pågår viss nyrekrytering, varför anställningstiden bland de anställda blir två-pucklad. Se figur 2.



Figur 2: Anställningstid hos anställda i Habo kommun

Liksom i kommunal verksamhet i andra delar av landet är merparten (75%) av de anställda kvinnor. Det är en konsekvens av arbetets inriktning på barn- och ungdomsverksamhet och social service inkl äldreomsorg.

4/ METOD

För att få en bild av det psykosociala arbetsklimatet i Habo kommun genomfördes en enkätundersökning med standardiserat formulär enligt Sandberg & Lindell Organisationstest (SLOT) (6).

Information om undersökningen gavs till kommunstyrelsen, arbetsledare och fackliga representanter samt genom en artikel i personaltidningen.

Målgruppen för **enkätundersökningen (SLOT G)** var de personer som var fastanställda/tillsvidareanställda vid tiden för enkätens genomförande (jan – feb 2002). Enkäten fylldes i vid arbetsplatsträffar med noggrann föregående information av respektive arbetsledare om syftet med enkäten. Enkäten besvarades individuellt utan samråd med arbetskamrater och utan särskild tidsbegränsning. Svaren lämnades anonymt till Företagshälsovården och databehandlingen skedde i avkodad form/konfidentiellt. Enskilda svar är inte möjligt att utläsa ur de redovisningar som gjorts. Antalet individer som besvarat enkäten är 438. På det sätt som undersökningen genomfördes blev bortfallet litet.

Målgruppen för **frånvaro/närvarostudien** var samtliga anställda (fast anställda/tillsvidareanställda och visstidsanställda) under år 2000. Uppgifter om anställdas anställningsförhållanden har hämtats ur Personalavdelningens personalregister.

Frågorna i enkäten (SLOT G) är inriktade på arbetsgruppens arbetsklimat. I formuläret svarar man på hur man upplever förhållandena i arbetsgruppen och hur man önskar att det skulle vara. Man får också svara på frågor om förändringar över tid och vad man tror om den framtida utvecklingen.

Enkäten består av sammanlagt 78 frågor och är indelad i avsnitt som täcker in basuppgifter (ålder, kön, arbetsplats mm) om arbetsuppgifter och mål, uppfattning om dåtid och framtid, om välbefinnande samt om arbetstillfredsställelse. En enkät kan normalt fyllas i inom en timmes tid, även om ingen tidsbegränsning gavs i undersökningen.

Frågorna är alla av Likert-typ, dvs påståenden med svarsalternativ enligt en 5-gradig stigande ordinalskala från ”nästan aldrig” till ”mycket ofta”.

Dessutom ges möjlighet att göra tilläggskommentarer. Frågorna är formulerade i påståenden om verkligheten för att möjliggöra direkt analys, som underlag för åtgärdsplaner. De frågor som gäller ledarskapsfunktionerna Medbestämmande och Feedback finns listade i figur 5.

Vid analysen sammanställs svaren under vissa huvudrubriker:
Arbetsklimatprofil, Välbefinnande och Dåtid/Nutid/Framtid

I **Arbetsklimatprofilen** ingår följande 8 olika huvudområden:

1/ Medbestämmande: 3 frågor

- delaktighet i målformulering och sättande av långsiktiga mål i verksamheten
- gemensam utformning av arbets sättet

2/ Feedback (Arbetsledarens återföring och coach-roll): 6 frågor

- får veta resultatet
- tydliga förväntningar och krav
- stöd och uppmuntran, kritik

3/ Samverkan: 3 frågor

- gemensam målsättning
- gemensamt resultat

4/ Socialt stöd: 4 frågor

- gemensamma värderingar
- vi-anda
- stöd och uppmuntran från arbetskamrater

5/ Personliga mål: 6 frågor

- avgränsade och tydliga mål
- arbetet innebär stimulerande utmaningar

6/ Personliga resurser: 3 frågor

- tillräckliga kunskaper
- fungerande plan

7/ Konflikthantering: 5 frågor

- konstruktiv kritik
- samverkan och respekt
- konfliktlösning

8/ Dialog: 4 frågor

- alla yttrar sig vid diskussioner
- hänsyn tas till olika åsikter
- alla har tillgång till samma information

Ledarskapets kvalitet beskrivs genom att slå samman grupperna Medbestämmande och Feedback. Grupperna Samverkan och Socialt stöd speglar samarbetet i gruppen. Personliga mål och Personliga resurser speglar individen. Grupperna Konflikthantering och Dialog speglar hur gruppen fungerar i organisationen.

Under rubriken **Välbefinnande** finns följande huvudområden /indexdefinitioner/

1/ Stresshantering: 4 frågor

2/ Psykiskt välbefinnande: 2 frågor

3/ Allmänt välbefinnande: 1 fråga

Vad avser synen på **Dåtid – Nutid och Framtid** görs indelningar i följande huvudområden /indexdefinitioner/

1/ Fysisk arbetsmiljö: 2 frågor

2/ Arbetsgruppen: 3 frågor

3/ Organisationen: 4 frågor

Frånvaroundersökning: systemarbete

För att få ett bra mått på sjukfrånvaron har utarbetats en ny modell för registrering av anställda och av frånvaron. Dessa uppgifter har sammanställts i en relationsdatabas anpassad för datoranalys med databasprogrammet ACCESS.

Grunden i databasen är en "Personpost" med uppgifter om

- födelsedatum
- initialer
- ålder
- kön
- start och slutdatum för anställningen

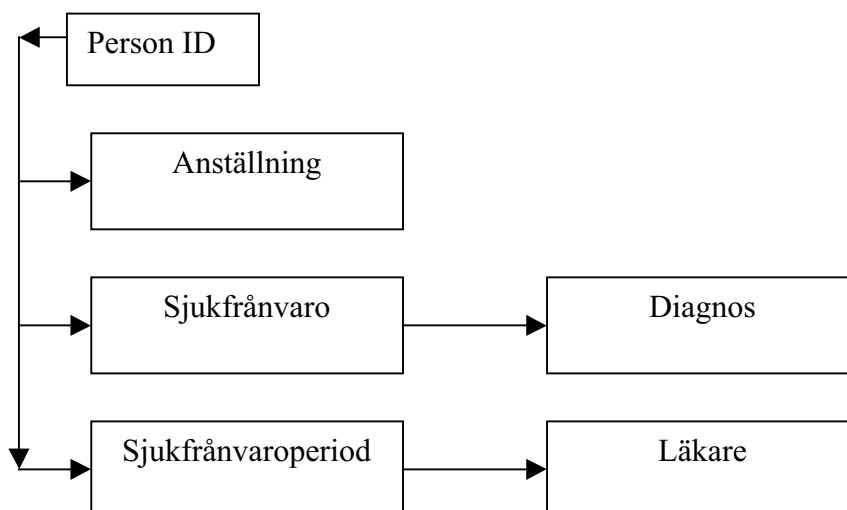
Vidare finns för varje anställning en särskild "Anställningspost" med uppgifter om bl a

- arbetsplatsnummer
- befattningskod
- anställningsform
- tjänstgöringsgrad
- total årsarbetstid

För varje sjukfrånvaroperiod upprättas en "Sjukfrånvaropost" med uppgifter om

- start- och slutdatum
- diagnosnummer
- relation till arbetsmiljön
- läkaruppgifter (specialitet/vårdinrättning) vid sjukskrivning

Relationsdatabasens komponenter sammanfattas i **figur 3** nedan.



Statistisk metod vid resultatbearbetningen

I SLOT G-studien har beräknats medelvärde och standardavvikelse för varje fråga i enkäten och för aggregat av frågor enligt ovan beskrivna grupper. I Arbetsklimatprofilen (figur 4) har resultatet relaterats till en Standardskala med medelvärdet 100 framräknad ur en referensdatabas, där samtliga tidigare genomförda SLOT G-enkäter ingår (cirka 4.400 personer). Härigenom framgår direkt hur mycket en enskild grupp avviker från referensdatabasens genomsnittsvärden.

Vid analysen av ledarskapet har frågorna i index Medbestämmande och Feedback (figur 5) särskilt studerats. Om den upplevda nivån varit mindre än 75% av den önskade nivån har detta noterats med en pil. Om gruppen är 15 personer överensstämmer detta med en statistisk signifikans på 5%-nivån.

I den avslutande analysen har Arbetsklimatprofilerna och informationen om sjukfrånvaron matchats mot varandra på så sätt att måttet på hur nöjd man är med arbetsklimatet (mätt såsom skillnad mellan upplevd och önskad situation) har relaterats till andelen helt friska, respektive till sjukfrånvaro under kort och lång tid. Samband har beräknats med regressionsanalys.

5/ RESULTAT

SLOT G-enkäten: Arbetsklimatprofiler

438 personer har besvarat SLOT G formuläret. Dessa finns i ca 50 grupper (organisatoriska enheter), varav 28 st har fler än 4 personer som svarat och därför kan redovisas med resultat i form av diagram. I denna rapport lämnas endast uppgifter på kommunnivå.

Ett riksgenomsnitt är uttryckt i referensnivån 100, vilket är referensdatabasens medelvärde. För Habo kommun ligger samtliga arbetsklimatprofilvariabler över detta genomsnitt. Figur 4.

Tre frågor speglar index MEDBESTÄMMANDE. Det är fråga nr 16 i enkäten: "Våra mål formuleras gemensamt", fråga nr 22: "Vi diskuterar långsiktiga mål" samt fråga 32: "Vi har egen budget"

För index FEEDBACK finns sex frågor i enkäten:

Nr 10: "Jag får veta när det går bra"

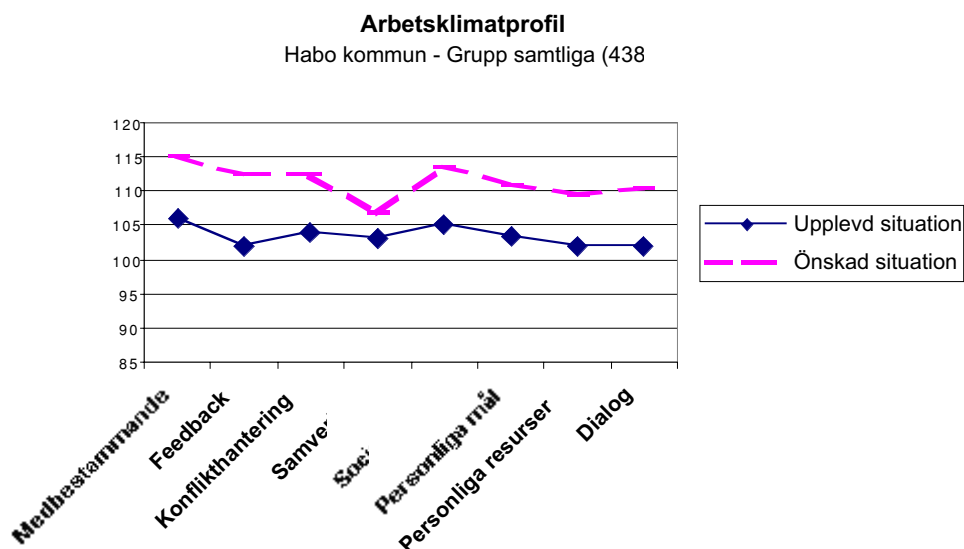
Nr 12: "Chefen klargör förväntningar"

Nr 13: "Chefen ger bakgrund"

Nr 14: "Chefen ger uppmuntran"

Nr 15: "Jag får uppskattning"

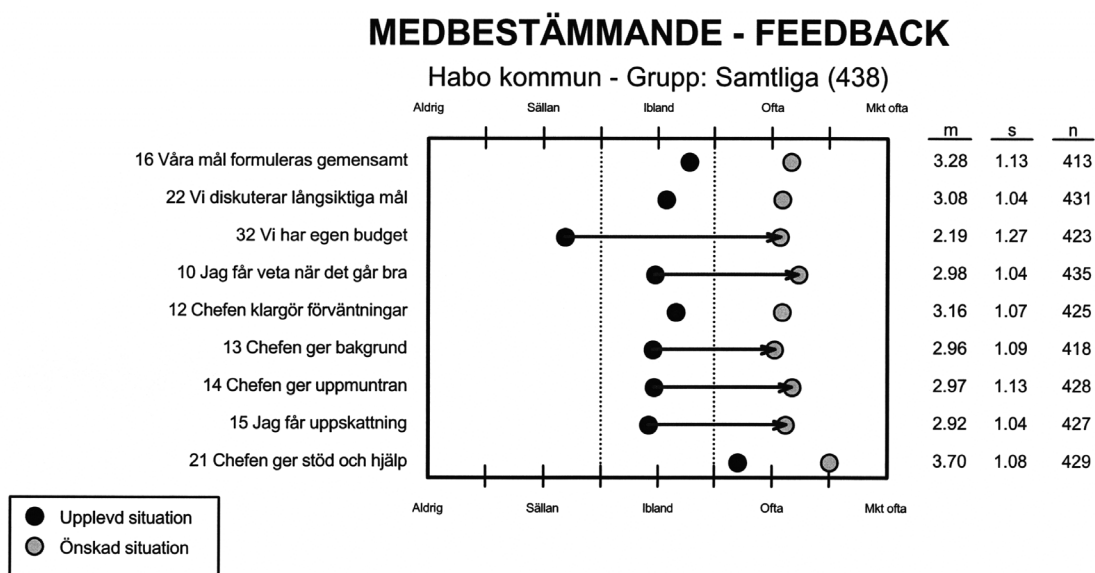
Nr 21: "Chefen ger stöd och hjälp"



Figur 4: Arbetsklimatprofil hos samtliga anställda i Habo kommun fördelat på åtta huvudvariabler (index). Referensdatabasens medelvärde är 100.

Figur 5 visar det sammanslagna värdet för samtliga arbetsplatser för huvudvariablerna Medbestämmande och Feedback. För de enskilda arbetsplatserna finns det mycket stora variationer.

Större skillnader mellan upplevd och önskad situation har noterats för fem av frågorna (10, 13, 14, 15, 32) i enkäten. Detta har markerats med pil i figur 5.



Figur 5: Variablerna för ledarskap: Medbestämmande och Feedback för samtliga arbetsplatser Habo Kommun. Frågorna är listade för varje index: Medbestämmande resp Feedback i den ordning som de förekommer i enkäten.

Frånvarostudien Habo kommun år 2000

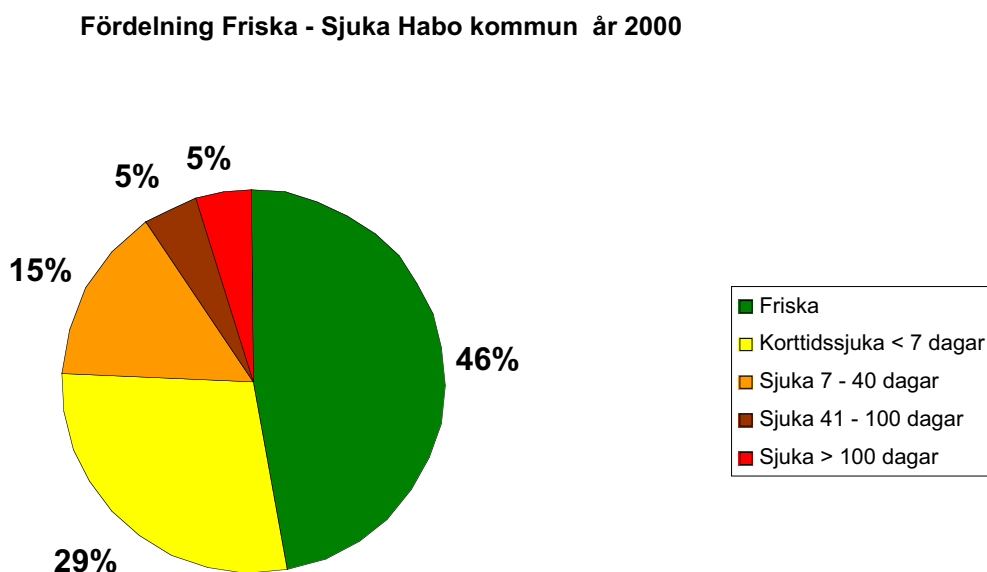
För samtlig personal har den totala årsarbetstiden beräknats. Bland de 773 personer (tillsvidare och visstidsanställda) uppgick den tiden till drygt 1,2 miljoner timmar för år 2000.

Vidare har samtliga anställdas frånvaro under år 2000 analyserats på individnivå.

Av alla anställda har 46% (363 personer) ingen registrerad frånvaro under år 2000. Dessa definieras som "långtidsfriska" i denna rapport.

För varje sjukfrånvarotillfälle har den faktiska förlorade arbetstiden räknats fram. Den totala sjuktiden hos varje anställd har beräknats. 29% (221 personer) har en sjuktid som understiger eller är lika med 7 dagar. 15% (116 personer) har en sjuktid mellan 7 – 40 dagar, och 5% (37 personer) har en sjuktid mellan 40 – 100 dagar. 36 personer (5%) har en sjuktid på mer än 100 dagar. Se figur 6.

Korttidsfrånvaron (< 7 dagar) utgör 12% av den totala sjukfrånvarotiden.



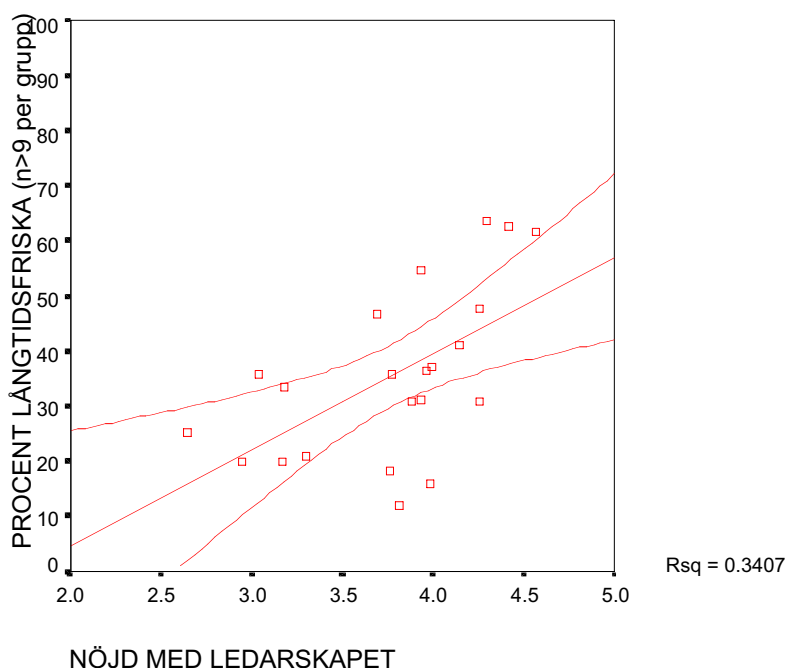
Figur 6: Fördelning av friska och sjuka i Habo kommun år 2000. Totalt 773 anställda (Tillsvidare och visstidsanställda)

I denna rapport ges endast resultat på kommunnivå. Undersökningen har genomförts på individnivå med möjlighet att aggregera data på arbetsplats- och förvaltningsnivå.

Finns det någon koppling mellan ledarskap och närvaro/frånvaro?

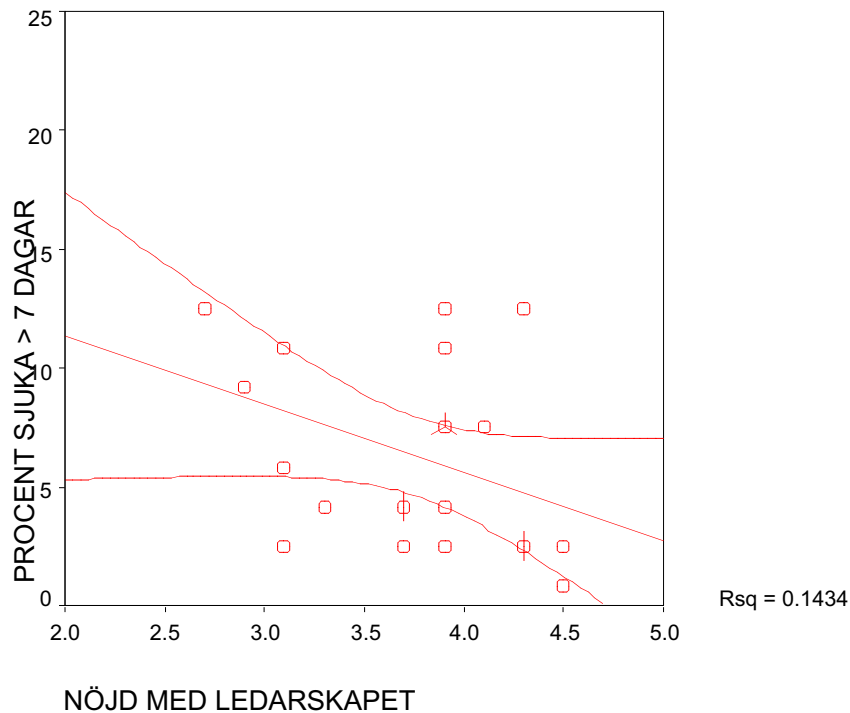
Nöjd med arbetsklimatet, mätt såsom skillnaden mellan upplevt och önskat arbetsklimat, har korrelerats i ett antal ”plottningar” med upplevd hälsa, arbetstrivsel, frånvarotid och ej-frånvaro. Dessa visar att det finns ett tydligt samband mellan arbetsklimatet och frånvaro. I denna rapport visas två av analyserna: förhållandet mellan ”nöjdhet” med arbetsklimatet (mätt såsom skillnaden mellan upplevd och önskad situation) och långtidsfriska resp hos personal med frånvaro > 7 dagar.

Ju nöjdare man är med arbetsklimatet/ledarskapet desto större andel långtidsfriska finns det på arbetsplatserna i Habo kommun. Se figur 7. Korrelationen $R = 0.58$, vilket är signifikant ($p = 0.004$). I figuren har en regressionslinje med 95% konfidensintervall ritats ut.



Figur 7. Beskrivning av sambandet mellan ”nöjd med ledarskapet” och procentandelen långtidsfriska år 2001, dvs året före undersökningen för 22 arbetsplatser om minst 10 personer.

Andelen långtidssjuka visar en svag negativ korrelation till ökad arbetstillfredsställelse/nöjdhet, vilket indikerar att även långtidsfrånvaron påverkas av ett bra arbetsklimat/ledarskap. Se figur 8. Korrelationen $R = -0.39$, vilket är nära signifikans ($p = 0.082$). I figuren har en regressionslinje med 95% konfidensintervall ritats ut.



Figur 8: Beskrivning av sambandet mellan ”nöjd med ledarskapet” och procentandelen med frånvaro mer än 7 dagar under år 2000, dvs två år före undersökningen, för 22 arbetsplatser om minst 10 personer.

6/ DISKUSSION

I pågående utredningar (SOU 2002:5) (10) poängteras att goda arbetsförhållanden kan stödja en positiv hälsoutveckling och motverka ohälsa. Viktigt för att skapa en god och hälsosam arbetsplats är därför att minimera arbetets fysiska tyngd, befrämja ett gott samarbete och ett positivt arbetsklimat, och öka de anställdas inflytande över arbetets organisation och de krav som ställs.

Flera olika interventionsprojekt för att öka hälsa och välbefinnande, förbättra arbetsförhållanden och effektivisera rehabiliteringen har startats de senaste åren, bl a det sk HAKul-projektet (3).

Orsakerna till de skenande kostnaderna för sjukfrånvaro och förtidspension är multifaktoriell. Till största delen är dock åtgärdsprogrammen inriktade mot den drabbade individen. Mindre fokus läggs på organisationsnivån, där ledarskapets utformning är en viktig del. Denna rapport vill visa att en satsning på ett gott ledarskap medför positiva effekter på de anställdas hälsa och därigenom lägre kostnader för sjukfrånvaro och rehabilitering.

Ett lyckosamt genomförande av en undersökning av ifrågavarande slag förutsätter en noggrann information och diskussion mellan alla inblandade parter. Undersökningen genomfördes på kommunstyrelsens uppdrag efter samråd med samtliga fackliga organisationer och med hänsynstagande till aktuell lagstiftning (Personuppgiftslagen och Sekretesslagen).

Det är första gången som en SLOT-undersökning genomförs inom hela förvaltningen i en mindre kommun. Tidigare undersökta organisationer har huvudsakligen varit från privata sektorn eller offentliga bolag. Den aktuella studien är således unik.

Enkäten SLOT G besvarades av samtliga fast anställda/tillsvidareanställda i Habo kommun. Tillfälligt anställda/visstidsanställda deltog ej med tanke på förmodad bristande kunskap om organisationen och korta erfarenhet av den inre arbetssituationen.

Undersökningen är en total populationsstudie. Genom att enkäten fick fyllas i på arbetstid under arbetsplatsträffar har bortfallet blivit litet/försumbart. Någon specialanalys av detta har därför inte utförts.

Eftersom SLOT- testet har varit i bruk under lång tid finns möjlighet att jämföra hur hela organisationen fungerar jämfört med ett riksgenomsnitt för många olika branscher. För kommunanställda i Habo kommun (438 personer) ligger genomsnittet över detta riksgenomsnitt i samtliga åtta områden – Medbestämmande, Feedback, Konflikthantering, Samverkan, Socialt stöd, Personliga mål, Personliga resurser och Dialog. Ser man till resultatet i de trettiotalet mindre grupper som också analyserats (men ej presenterats i denna rapport) finner man lika många varianter av arbetsklimatprofiler, som det finns grupper.

Kommentarer frånvarostudien

Den offentliga frånvarostatistiken är dessvärre behäftad med vissa systematiska fel. Försäkringskassan beräknar ”Sjuktalet” som ”Antal ersatta sjukdagar” i relation till ”antal sjukförsäkrade”. Härvid inräknas inte karensdag och korttidsfrånvaro inom ramen för sjuklöneperioden.

I många företags personalredovisningar rapporteras sjukfrånvaron såsom ”Antal sjukdagar” i relation till ”Antal anställda”. Härvid tas inte hänsyn till den anställdes anställningsgrad: en deltidsanställd räknas på samma sätt som en heltidsanställd. (8).

I denna rapport presenteras en modell för beräkning av den reella förlusten av arbetstid som sjukfrånvaron medför mätt i faktisk förlorad arbetstid. Det är ett mått som inte är beroende av karensdagsbegreppet eller anställningsgraden. Modellen ger således en väsentlig förbättring av statistikens kvalitet.

Av alla helårsanställda har 46% (363 personer) ingen registrerad frånvaro. Detta är en siffra som ungefär överensstämmer med förhållandena på andra jämförbara arbetsplatser.

Orsakerna till långtidssjukskrivning domineras av två huvudgrupper, dels besvär från rörelseapparaten, dels mer psykosocialt betingade orsaker (stress, utmattning, smärtsyndrom etc). I en nyligen genomförd undersökning i Jönköpings kommun (11) utgör dessa grupper cirka 1/3-del vardera av den totala långtidssjukskrivningen. I ett arbetsmiljöperspektiv beräknas 40% av frånvaron vara betingade av förhållanden på arbetsplatsen, där det finns en påverkanspotential utifrån arbetsledningssynpunkt.

Genom att indata är inordnade i en databasmiljö finns obegränsade möjligheter att göra specialanalyser. Vissa variabler i relationsdatabasen, bl a diagnos, befattningskoder och frånvarons relation till arbetsmiljön, har dock ännu inte registrerats, varför några analysresultat avseende dessa variabler ännu inte är tillgängliga.

Kommentar till Analysen av arbetsmiljöenkäten och sjukfrånvarostudien

Resultaten från arbetsmiljöenkäten har ställts samman med sjukfrånvaron. Frånvaron har beräknats för all personal under år 2000. Genom att varje frånvarotillfälle registrerats separat i en databas kan sammanställningar göras på olika sätt. Analysen i aktuell rapport har inriktats på andel personal som inte uppvisar någon frånvaro under året (långtidsfriska), resp korttids- och långtidssjuka. Det finns ett klart samband mellan hur nöjda medarbetarna är med ledarskapet och hälsa/frånvaro. Ju nöjdare man är med ledarskapet desto bättre upplever man sin hälsa. Detta samband gäller också för arbetstrivsel. Undersökningen har också visat att ju nöjdare man är med ledarskapet desto fler långtidsfriska finns det på arbetsplatsen, liksom att långtidsfrånvaron är lägre.

Långtidssjukdom finns bara registrerad för år 2000, medan vår undersökning genomfördes jan/feb 2002. Beträffande långtidsfriska finns uppgifter för båda åren (2000 och 2001). Om vi ser på sambandet mellan långtidsfrisk och "nöjd med ledarskapet" ökar korrelationen från $r = 0,35$ för år 2000 till $r = 0,58$ för år 2001. Vi kan därför tänka oss att om uppgifter för långtidssjuka hade funnits för år 2001 hade även detta samband blivit i motsvarande grad högre. I tidigare refererade undersökning av anställda vid Stora Enso (4) har motsvarande samband belagts, dock att man där definierat långtidsfrisk som fri från frånvaro under två års tid.

I figurerna 7 och 8 har bara arbetsplatser med mer än fyra medarbetare medräknats för att förhindra att resultat avseende enskilda svarande ska kunna härledas ur rapporten. Ett spridningsmått från regressionslinjen (felvariens) har beräknats. I en sådan analys kommer samtliga arbetsplatser att få samma vikt oberoende av antal anställda. Detta är en felkälla som reduceras något genom att bara större arbetsplatser medtagits i analysen.

En slutsats är alltså att det finns en förbättringspotential i organisationen där ett aktivt ledarskap inriktat på medbestämmande, feedback, konflikthantering, samverkan, socialt stöd och dialog som grundstenar kan medföra bättre klimat och trivsel på arbetsplatsen med minskad frånvaro som följd (1), (6).

I en situation med stigande antal långtidssjukskrivningar med en stor andel arbetslivsrelaterade stressjukdomar är det i första hand arbetsgivaren som måste ta tag i situationen. Det handlar inte om dyrbara förbättringar, utan mera om självklarheter som:

- att få respekt och bli sedd på sin arbetsplats
- att det finns gemenskap och att chefen är rättvis
- att arbetsbelastningen är rimlig
- att ha egenkontroll över sitt arbete

7/ FORTSÄTTNING PÅ PROJEKTET

Projektrapporten har beskrivit några steg i en pågående process för att förbättra ledarskapet och den psykosociala arbetsmiljön i Habo Kommun.

En återföring av resultatet har skett till kommunledning och förvaltningsledning i kommunen (juni 2002). Vidare har samtliga fackliga organisationer och skyddsombud informerats. En tvådagarsutbildning för samtliga arbetsledare ägde rum i sep 2002. Härvid återfördes resultatet av SLOT-enkäten nedbrutet för varje arbetsledares ansvarsområde.. Syftet med utbildningen är att ge verktyg och impulser för arbetsledning och

medarbetargrupp på resp arbetsenhet att formulera åtgärdsplaner. Genomförande av åtgärdsplaner kommer att ske under 2003. En uppföljning av hela processen, ev genom en förnyad SLOT-enkät, planeras till början av 2004.

Parallellt med projektet sker också riktade aktiviteter direkt till medarbetarna, bl a i form av friskvårdssatsningar

8/ LITTERATURREFERENSER

1/ Antonovsky A (1991) *Hälsans mysterium*. Bokförlaget Natur och Kultur.

2/ Ekvall G & Arvonen J (1991) Change-centered leadership: An extension of the two-dimensional model. *Scand Journal Management* 7:17-26.

3/ HAKul – Projektet (1999) *Interventionsprojekt för att öka hälsa och välbefinnande, förbättra arbetsförhållanden och effektivisera rehabiliteringen*.
www.personskadeprevention.nu/hakul

4/ Johnsson J (2000) *Projektet Långtidsfriska vid Stora Enso*. Rapport.

5/ Karasek R & Teorell T (1990) *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. Basic Books.

6/ Lindell J, C-G Ohlson & C.G. Sandberg (1999) *Sandberg & Lindell Organisations Test, SLOT G. Om arbetsgruppens arbetsklimat. En dokumentation av testets validitet och reliabilitet*. Stockholm: Opublicerad rapport.

7/ Nygren M (2000) *Projekt Långtidsfriska – arbetsplatsutveckling och attitydförändring* Pedagogiska Institutionen, Uppsala universitet: 10 poängstudie i kursen Pedagogik.

8/ Liukkonen P (2002) *Hälsobokslut – förslag till mätning, analys och diskussionsfrågor*. Oskarmedia.

9/ Sjöberg E (2002) *Arbetshälsan hos personalen på Akutmottagningen Sjukhuset i Kristianstad – före och efter intervention*
Projektrapport Företagsläkarutbildningen, Arbetslivsinstitutet.

10/ SOU 2002:5 Delrapport i utredning *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet De friska – en studie kring livs- och arbetsbetingelser som stödjer en positiv hälsoutveckling*. Stockholm: Fritzes

11/ Wentzel D & Lindén I (2001) *Varför blir man långtidssjukskriven? Orsaker – Samband*. Rapport Jönköpings Läns Landsting.

Hudbesvär hos flygplanssammanbyggare vid Saab AB

Linköping

Projektarbete inom företagsläkarutbildningen, 2002

Ragnhild Ivarsson-Walther

Handledare: Thomas Andersson, Linköpings universitetssjukhus

Inledning

Vid Saab AB i Linköping sker konstruktion och tillverkning av JAS 39 Gripen, som dels säljs till svenska försvaret, dels till utlandet. Antalet anställda på Saab i Linköping är ca 4200. Av dessa är ca 1550 verkstadsarbetare, varav 532 arbetar med Gripen (november 2001). Arbetet kräver mycket specialkunskap och de anställda är välutbildade. Trots den mycket höga tekniska utvecklingen inom tillverkningen kännetecknas den även av ett kvalificerat hantverk med användning av både mekanisk och kemisk teknik. I många arbetsmoment används olika kemikalier, t ex limmer, lösningsmedel, tätningsmedel och färger. Många av dessa produkter innehåller hudirriterande och kända allergiframkallande ämnen. Under åren 1991-1992 gjordes två undersökningar vid Saab AB (1,3) där man fann att 3,6 % av den då undersökta gruppen sammanbyggare hade yrkesrelaterade kontaktallergier. Antalet produkter med potentiellt allergiframkallande ämnen har snarast ökat med åren i och med ökande tekniska krav hos kunderna.

Sedan 1955 har Saab AB i Linköping haft företagshälsovård. Mottagningen är lättillgänglig både ur geografisk och öppethållande synpunkt för de anställda. Företagshälsovården (FHV) arbetar förebyggande och rehabiliterande samt erbjuder arbetsrelaterad och privat sjukvård. Sedan mitten av 1990-talet sker en strukturerad förebyggande verksamhet avseende yrkesrelaterade hudproblem. Yrkesdermatolog tjänstgör sedan 1996 på konsultbasis på FHV ca 4 timmar/månad, för att bedöma hudproblem med eventuell yrkesrelation. I de flesta fall utförs epikutantest med Svensk Standardserie och den så kallade Saabserien, bestående av cirka 30 substanser, samt vid behov ytterligare ämnen som kan misstänkas orsaka aktuella besvär. Testsubstanserna i Saabserien ändras vartefter sortimentet i produktionen förändras. I Saab-serien ingår produkter som innehåller allergiframkallande ämnen och som är vanliga i produktionen. Här förekommer produkter som innehåller olika epoxihartser (färg, lim, kompositmaterial), polysulfidgummi (tätningsmedel) och sexvärt krom (färg, tätningsmedel, kromateringsmedel). I stort sett används samma produkter som för tio år sedan, dock köps några från andra leverantörer. Dessa produkter förekommer i stor utsträckning vid både civil och militär produktion.

Epikutantesterna sätts dag 0 av sköterska på hudkliniken, som även gör avläsning nr 1 på dag 3. Avläsning nr 2 görs dag 7 av yrkesdermatolog på FHV. I samband med denna avläsning ges information om resultatet, likaså informeras företagsläkare och företagssköterska.

Ett nära samarbete finns mellan yrkeshygieniker och företagshälsovården angående hudproblematik som har samband med arbetet. Den förebyggande verksamheten bedrivs i form av föreläsningar om yrkesrelaterade hudproblem och skyddsåtgärder som kan och ska vidtas vid kontakt med irriterande och allergena ämnen.

Föreläsningarna hålls av yrkesdermatolog, företagssköterska och yrkeshygieniker. Vid behov görs också arbetsplatsbesök i samband med allergiutredning. Avsikten med denna verksamhet är att minska frekvensen hudproblem och om de ändå uppstår påskynda handläggningen av dessa.

Syfte

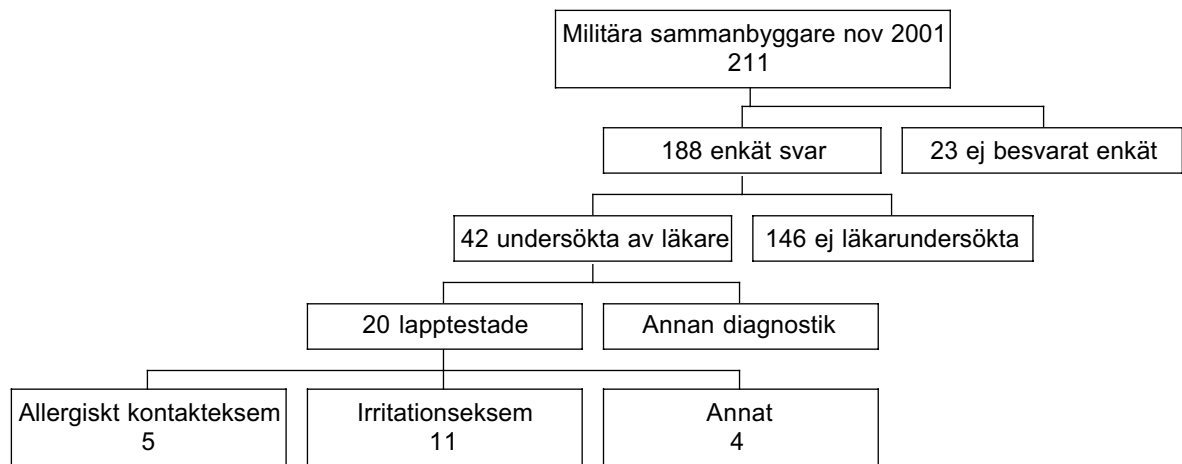
Syftet med denna undersökning var att få en överblick över aktuella hudproblem och orsaken till dessa hos flygplanssammanbyggare. För att kunna bedöma om de förebyggande insatserna och omhändertagandet av patienterna kunde förbättras gjordes en jämförelse med en liknande kartläggning för 10 år sedan. Ytterligare ett motiv har varit att se vilken betydelse kontaktallergin haft yrkesmässigt för de med positiva lapptester i 1991-1992 års undersökning.

Matrial och metod

Del I.

Alla 211 sammanbyggare inom militär flygplanstillverkning, JAS 39 Gripen vid Saab AB i Linköping erbjöds delta i undersökningen som bestod av en enkät. På basen av enkätsvaren erbjöds personer klinisk undersökning med eventuell epikutantestning eller annan diagnostik (Figur 1).

Undersökningen har godkänts av etiska kommittén vid Linköpings Hälsouniversitet.



Figur 1. Studieöversikt del I

Enkäten genomfördes november-december 2001. Den bestod av frågor angående atopiska besvär, aktuella och tidigare hudbesvär, sjukskrivning och sjukvårdskontakter på grund av hudbesvär, konsekvenser för yrkesutövning, vilka hudskydd man använder och i vilken omfattning de används. Samtliga frågor som ingick i enkätundersökningen 1991 fanns med, men med komplettering avseende om man deltagit i undersökningen 1991, deltagit i föreläsningar om hudproblem, var man eventuellt sökt vård och om besvären bedömts ha samband med arbetet. Dessutom efterfrågades användning av hudskydd.

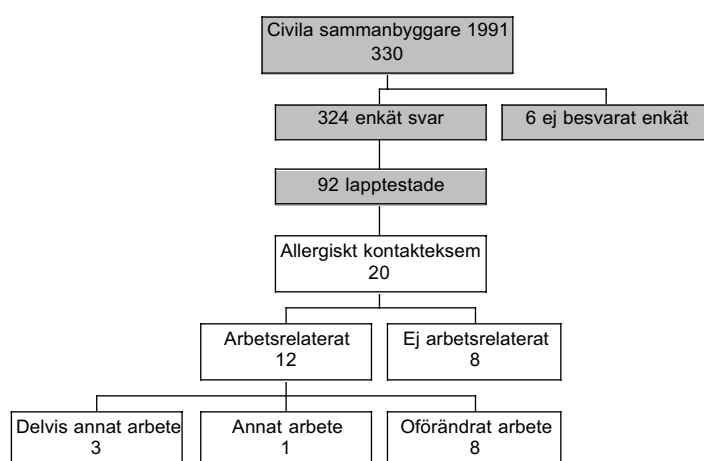
Inför utdelning av enkäten gavs muntlig och skriftlig information av undersökande företagsläkare vid mindre gruppmöten på respektive arbetsplats. Frivillighetsaspekten betonades. Vid behov har svaren kompletterats per telefon eller vid besök på FHV. De som svarade jakande på någon av frågorna angående aktuella besvär eller besvär som debuterat efter anställningen i nuvarande yrke, kontaktades per telefon. En bedömning gjordes då om ytterligare undersökning behövdes för att avgöra genesen till besvären.

I de fall besvären inte undersökts tidigare erbjöds tid för undersökning hos företagsläkare. Anamnes togs upp och klinisk bedömning gjordes av besvären. För samtliga som undersöktes diskuterades bedömningen med yrkesdermatolog.

Där misstanke om allergiskt kontakteksem förelåg gjordes epikutantest (lapptest) med Svensk Standard och Saabserien samt andra misstänkta produkter. Testerna sattes av företagssköterska med specialkunskap i epikutantestning dag 0. Lapptestet utfördes med Finn chamber-teknik och fixerades på patientens rygg med Scanpore-häfta. Testerna fick sitta i 2 dygn, varefter patienten själv tog bort dem. Avläsning 1 utfördes dag 3 av företagsläkare och fotograferades med digitalkamera. Dag 7 avlästes testerna av företagsläkare tillsammans med yrkesdermatolog. Fotografierna från dag 3 bedömdes samtidigt med denna avläsning. För de som undersöktes med lapptest har nyanställningsformulären granskats avseende atopisk anamnes. I de fall besvären tidigare undersökts av läkare, diagnos satts och symptomen ej blivit försämrade, gjordes ingen ytterligare undersökning.

Del II.

Denna del av undersökningen vände sig till de civila sammanbyggare och tätare som deltog i undersökningen 1991-1992 och som då befanns kontaktallergiska. Flygplanstillverkningen skedde då vid fabrikerna i Linköping, Ödeshög och Dagsberg. De kontaktallergiska personerna erhöll ett frågeformulär med 3 frågor om de konsekvenser deras kontaktallergi fått det fortsatta yrkeslivet.



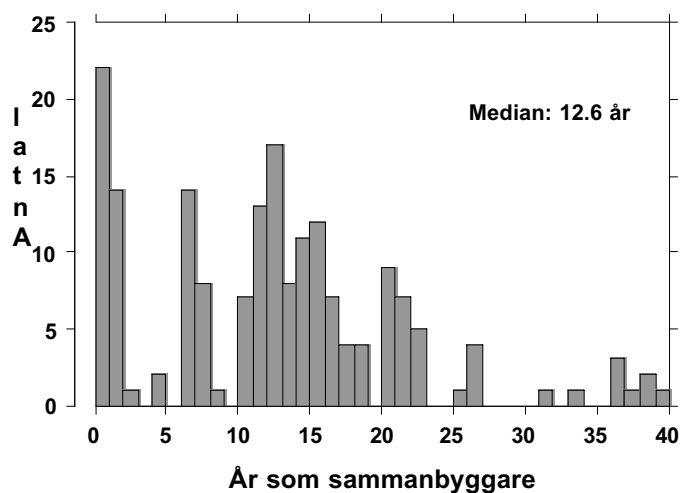
Figur 2. Studieöversikt del II.

I båda undersökningsdelarna har patientjournalen granskats vid behov.

RESULTAT

Del I.

Enkäten delades ut till samtliga 211 sammanbyggare och besvarades av 188 (90%).



Figur 3. Anställningsår.

Av de som svarade var 10 kvinnor och 178 män, vilket väl speglar könsfördelningen i gruppen. Åldern hos de undersökta var mellan 20 och 60 år, med en medianålder på 37 år. Antalet anställningsår framgår av figur 3.

45 personer, 24 %, deltog i undersökningen för 10 år sedan. I undersökningen deltog endast en person med kontaktallergi funnen i 1991-1992 års undersökning. Av de som utvecklat en kontaktallergi under senaste 10 åren hade 3 deltagit i enkätundersökningen 1991.

Med ledning av enkäten kontaktades 71 personer som uppgivit aktuella besvär eller vars besvär debuterat efter anställning. 42 kallades för klinisk undersökning.

Resterande 29 hade blivit undersökta tidigare och fått diagnos för de hudbesvär de angivit och var inte heller försämrade i sin hudåkomma.

Vid den kliniska undersökningen fick 20 personer en klar icke-eksem diagnos. Dessa fick besked om diagnos och råd och/eller behandling för sin hudåkomma

(hypopigmentering, seborroisk dermatit, pityriasis versicolor, psoriasis, Raynauds sjukdom, m fl).

Av de övriga 22 personer som efter den första kliniska undersökningen utreddes vidare epikutantestades 20 personer, samtliga var män (Tabell 1). Bland de epikutantestade i denna undersökning hittades 6 hittills okända kontaktallergier hos 5 personer. Hos 4 av dessa personer bedömdes funnen kontaktallergi vara relevant för arbetet. Ingen av personerna hade deltagit i undersökningen 1991-1992.

Hos en person kunde testningen inte fullföljas. En person utreddes med stansbiopsi och fick diagnosen nummulärt eksem. Ytterligare en person utreddes för latexallergi med pricktest, RAST och provokationstest med latexhandske på huden. Samtliga tester utföll negativt.

Elva personer fick diagnosen irritationseksem. Övriga diagnoser var klåda UNS (2 personer), underbenseksem (1 person).

Av de 20 personer som lapptestades hade 6 angivit något symptom på atopi vid nyanställning, varav 1 böjveckseksem, 2 med symptom från ögon och 5 från luftvägarna. En av dessa 6 personer uppvisade kontaktallergi mot flera ämnen varav ett nyupptäckt vid årets undersökning (dock ej arbetsrelaterat). Av de övriga personerna fick 3 diagnosen irritationseksem och 2 icke eksemdiagnos .

I hela gruppen som besvarat enkäten fanns 14 personer med kontaktallergi, 12 av dessa bedömdes ha arbetsrelaterade kontaktallergier.

Tabell 1. Diagnos och anamnes. Resultat efter epikutantest.

Ålder	År i yrket	Diagnos	Kemikalie	Arbetsrelation	Atopisk anamnes
35	16	Irritationseksem		Ja, troligen	Ansträngningsastma, böjveckseksem
35	16	Irritationseksem		Ja	
34	16	Irritationseksem		Ja	
44	13	Irritationseksem		Ja, troligen	
59	12	Irritationseksem		Ja	
41	11	Irritationseksem		Ja	
31	11	Irritationseksem		Ja	Köld- och dammutlösta luftvägsbesvär, rinnande

					ögon
25	6	Irritationseksem		Ja	
46	5	Irritationseksem		Ja	Hosta av rök
42	2	Allergiskt kontakteksem	Epoxi	Ja	
40	2	Irritationseksem		Ja	
28	1	Irritationseksem		Ja	
58	36	Allergiskt kontakteksem	Epoxi, 4-phenylene-diamine	Ja	
52	21	Allergiskt kontakteksem	Quinoline	Nej*	Bronkiell hyperreaktivitet
36	15	Allergiskt kontakteksem	Epoxi	Ja	
32	6	Allergiskt kontakteksem	Epoxi	Ja	
34	16	Underbenseksem		Nej	Ansträngningsutlösta luftvägsbesvär, rinnande ögon
30	7	Klåda UNS		Ja	
22	1	Klåda UNS		Ja	Hösnuva
28	6	Inkonklusivt			

*har dock sedan tidigare flera yrkesrelaterade kontaktallergier

I enkäten uppgavs förekomst av atopi, hösnuva/astma-böjveckseksem-ögonsveda/klåda eller annan hudsjukdom vara 9-20 %, varav hösnuva var det vanligaste symptomet (Tabell 2). En person uppgav anamnes på samtliga 3 symtom medan 12 personer uppgav 2 symtom.

Tabell 2. Förekomst av atopi eller annan hudsjukdom

	Ja (%)	Nej
Hösnuva/astma	37 (20)	150
Böjveckseksem	17 (9)	169
Annan eksemsjukdom	27 (15)	158
Vita fläckar	10 (5)	176
Ögonsveda/klåda	29 (15)	159

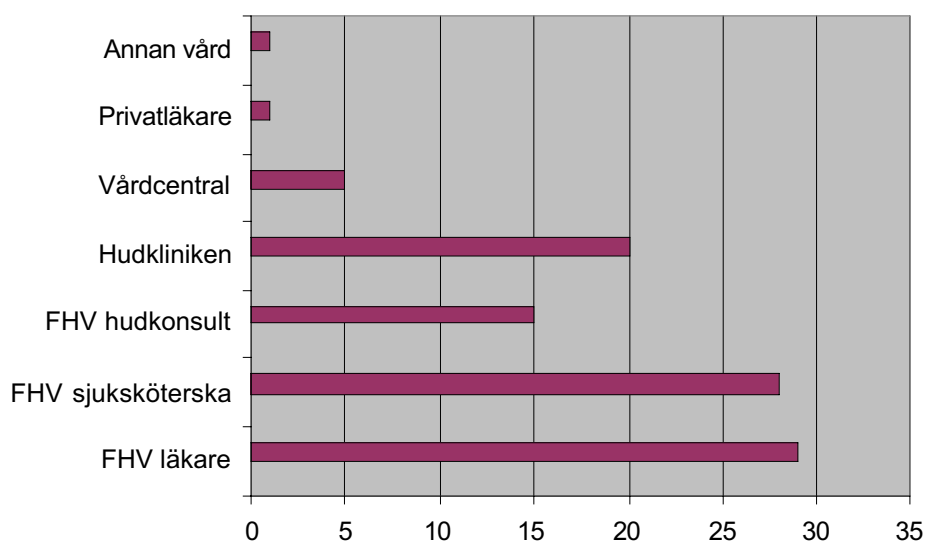
Tio personer angav anamnes på vita fläckar på huden.

Flera personer hade aktuella symptom från huden och/eller hade haft besvär både före och efter de anställts (Tabell 3).

Tabell 3. Förekomst av hudbesvär

	Ja (%)	Nej
Före anställning	13 (7)	173
Efter anställning	62 (33)	125
Aktuella besvär	45 (24)	142

Av de 62 personerna som uppgett förekomst av hudbesvär efter anställning har 39 sökt vård. Merparten har uppsökt FHV, många har träffat flera vårdgivare (Figur 4).



Figur 4. Antal sökande per vårdgivare

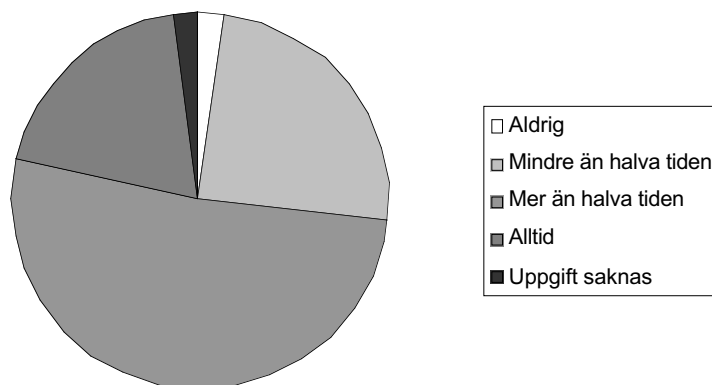
Av de 60 personer med hudbesvär som besvarat frågan om orsak till besvären har 17 (28 %) angivit arbetet, 21 (35 %) annan orsak medan 22 (37 %) uppgett att de ej kände till orsaken.

Fyrtiosex personer besvarade frågan om besvären förändrats sedan de sökt vård. 39 % uppgav en förbättring, 9 % en försämring och 52 % angav att besvären var oförändrade

Fem personer hade varit sjukskrivna för sina hudbesvär, varav två personer mindre än 1 mån och två personer under 1-3 månader. En person hade varit sjukskriven mer än 3 månader. Åtta personer hade helt eller delvis fått byta arbetsuppgifter på grund av sina hudbesvär.

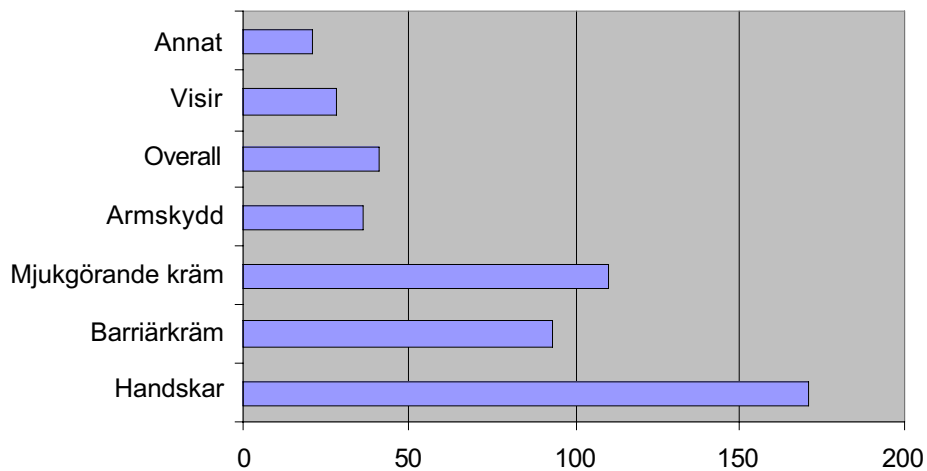
Åttio personer har deltagit i föreläsning om hudskydd och eksem, 7 av dessa var ej nöjda med informationen som givits.

I enkäten har 185 personer besvarat frågan om användning av hudskydd (Figur 5).



Figur 5. Användning av hudskydd

Det vanligast använda hudskyddet är handskar (Figur 6). Engångshandskar av latex- eller nitrilgummi var de mest använda.



Figur 6. Typ av hudskydd (antal personer)

Del II.

I denna del av undersökningen skickades en kort enkät till de som hade uppvisat kontaktallergi i 1991-1992 års undersökningar. Vid undersökningen 1991-1992 bedömdes 12 ha en yrkesrelaterad kontaktallergi medan 8 bedömdes ha en kontaktallergi utan relation till arbetet. Enkäten skickades till 19 av dessa 20, en kunde inte återfinnas i befolkningsregistret. Av de 17 som svarade hade 4 personer helt (1) eller delvis (3) fått byta arbete p g a sina hudbesvär. Samtliga dessa fyra hade arbetsrelaterade kontaktallergier. Ingen hade slutat sitt yrkesverksamma liv p g a hudbesvär, men flera hade ändå lämnat arbetsplatsen av arbetsmarknadsmässiga skäl. Nio personer angav att besvären blivit bättre de sista 10 åren, 5 att de var oförändrade och 2 angav en försämring.

DISKUSSION

Flygplanssammanbyggare måste anses utgöra en högriskgrupp avseende yrkesrelaterade hudproblem, då yrket innebär kontakt med en mängd hudirriterande och allergiframkallande ämnen.

Denna undersökning har visat få nyupptäckta kontaktallergier och andelen har minskat i jämförelse med 1991-1992 års undersökning. Detta trots att arbetsstyrkan hade cirka

10 år längre tid i arbetet och trots att förekomsten av irriterande och allergena ämnen på arbetsplatsen sannolikt är större idag än för 10 år sedan. Användningen av hudskydd visade sig god. Intrycket från arbetsplatsbesök och samtal med sammanbyggarna är dock att kunskapen om hudskyddens egenskaper är bristfällig. Innan betydelsen av resultaten diskuteras bör några metodologiska aspekter belysas. Undersökningen är en uppföljning av de liknande studierna för 10 år sedan vid Saab AB. För att få samma bedömningsgrund har samtliga enkätfrågor från 1991 funnits med i denna enkät, samt ytterligare några tillägsfrågor. Undersökningen 1991 riktade sig till civila flygplanssammanbyggare. Den civila flygplanstillverkningen lades ner i Linköping för cirka 5 år sedan varför gruppen nu utgjorts av militära sammanbyggare. Kemikalierna är dock väsentligen samma inom militär och civil flygplanstillverkning. Deltagandet i undersökningen var god. Enkäten besvarades av alla som var närvarande vid informationsmötena. Trots noggrann information blev vissa frågor ofullständigt besvarade. En del frågor kan ha uppfattats som oklara och delvis överlappande varandra, t.ex. när det gäller debut och förekomst av besvär. För vissa frågor ses en diskrepans mellan antal deltagare och svar. Huvudorsaken till detta var att man ej brytt sej om att svara nekande om man saknat efterfrågat symptom eller inte använt skyddsutrustningen, enligt vad som framkommit då frågan senare kompletterats muntligt. För undersökningens syfte torde därför denna diskrepans ej nämnvärt ha inverkat på resultatet.

Ur enkätsvaren framgår att användningen av hudskydd var god, särskilt då det gällde handskanvändningen. Vid arbete med kemiska produkter används huvudsakligen 4-5 olika typer av handskar. Som engångs- och korttidshandskar används främst handskar av nitrilgummi (Touch N Tuff, Ansell) och latexhandskar (Mapa). Förutom dessa handskar används även en tjockare latexhandske av naturgummi vid tvättning med lösningsmedel och en nitrilbelagd nylonhandske (Hyflex, Ansell). Den sistnämnda användes i princip som en arbetshandske men ger även ett visst skydd mot kemikalier. Vid mycket stor risk för kontakt med bland annat epoxi rekommenderas användning av kemikalieskyddshandske Barrier (Ansell). Handsken upplevs dock som klumpig och svår att arbeta i, och endast en person har specifikt angivit användning av den.

Krämnerna används likaså i hög frekvens. Vid samtliga arbetsplatser finns en så kallad hudvårdsstation som består av Sterisols flytande tvål, Krestopol handrengöringspasta samt Stokolan hudkräm (Tegma). Den sistnämnda har både förebyggande och ”reparerande” syfte. De operatörer som önskar kan också använda en s.k. barriärkräm, Travabon, som ska användas innan arbetet börjar för att underlätta efterföljande rengöring av huden. Den anses dock av många som kladdig och svår att använda. Det som inte framkommit i enkätsvaren, men som ses vid besök i verkstäderna är att man delvis använder hudskydden inkonsekvent och har dålig kännedom om korrekt användning, både vad gäller skyddstiden men fram för allt vilken handske som är lämplig vid olika arbetsmoment. Dessutom utgör kontamination av verktyg och kläder en risk för sensibilisering.

Flertalet som kom till klinisk undersökning hade symptom från händerna, men några även från armar och ansikte.

Bland eksemen dominerade irritationseksemen. Tjugotre personer (12 %) hade denna diagnos. Denna frekvens ligger i samma nivå som undersökningen 1991-1992 (1). Kontaktallergiska eksem fanns hos 14 personer, (7,4 %), varav de yrkesrelaterade utgjorde 12 (6,4 %).

Endast 5 personer (2,6 %) med nyupptäckta kontaktallergier har hittats vid denna undersökning. Yrkesrelaterade kontaktallergier upptäcktes hos 4 personer (2 %). Vid undersökningen för 10 år sedan var motsvarande siffror 6 % resp. 3,6 %. Skillnaden är inte statistiskt signifikant, ($p=0.14$ resp. $0,54$, χ^2 test). Hos de med nyupptäckt kontaktallergi 2002 finner vi sammanbyggare som varit anställda i många år. Ingen av dem hade uttalade symptom och har heller behövt byta arbete.

Flera personer angav anamnes på vita fläckar på huden. Fenolhartser, som kan ingå i vissa tätningsmedel, kan ge depigmentering (3, 4, 6). Inte hos någon bedömdes genesen till depigmenteringen vara arbetsrelaterad.

Sjukskrivningsfrekvensen på hudbesvär i den undersökta gruppen är låg och ligger på samma nivå som för 10 år sedan (2,6 % resp. 2,4 %). Dock var andelen längre sjukskrivningsperioder något högre i 1991-1992 års undersökning. De absoluta talen är dock för låga för att några slutsatser ska kunna dras.

Prevalensen hudproblem ökar sannolikt efter anställning som sammanbyggare, vilket styrks av att 33 % haft hudbesvär sedan anställningen som sammanbyggare började, jmf med 7 % före anställning. Förklaringen till detta kan vara en ökad risk för hudbesvär orsakade av arbete. Det finns dock en åldersfaktor att beakta, då förekomst av symtom och besvär från huden någon gång ökar med stigande ålder. Hur många som fått yrkesrelaterade hudproblem sedan de anställts är dock ej undersökt.

I 1991 års studie angavs frekvensen hudbesvär före anställning vara 10 % och efter anställning 25 %.

I ett oselekerat material omfattande 20000 personer angavs 1-års-prevalensen av handeksem i befolkningen till ca 11 % (7). I en annan oselekerad undersökning angavs kontaktallergiska reaktioner vid lapptestning vara 15,2 %, varav kontaktallergi mot epoxi noterades hos 0,5 % (5). I samma undersökning uppskattades prevalensen kontaktallergiskt eksem i befolkningen 2-4%.

Hos sammanbyggarna i denna studie var prevalensen kontaktallergiskt eksem betydligt högre. Kontaktallergiskt eksem fanns i den nu undersökta gruppen hos 7,4 % varav 5,8 procentenheter var epoxirelaterade. Detta trots att det på goda grunder kan antas att en s.k. "healthy worker effect" förelåg hos gruppen, då personer med eksemproblematik i allmänhet avråds från anställning. I flygplanssammanbyggarnas arbetsmiljö förekommer en mängd hudirriterande ämnen som innebär en hög risk för irritationseksem. Atopiker har visat sig ha en något mindre risk att utveckla kontaktallergi, men har en klart ökad risk för irritationseksem. Detta skulle kunna ge en sekundärt ökad risk för en sensibilisering p g a att penetrationen av ämnen underlättas (1, 4).

Frekvensen atopiska symptom var i denna undersökning på samma nivå som i 1991 års undersökning.

Antalet som deltagit i föreläsningarna var oväntat låg. Orsakerna till detta är sannolikt flera, exempelvis en relativt stor grupp med kort anställningstid i kombination med för långa intervall mellan föreläsningarna samt viss skiftgång.

Av de sammanbyggare som haft vårdkontakt anger 37 % att man inte vet vad orsaken till besvären bedömts vara, vilket är en oacceptabelt hög siffra som talar för att patientinformationen behöver förbättras.

Resultatet i denna undersökning visar att flygplanssammanbyggare har en klart ökad risk att drabbas av hudproblem jämfört med normalpopulationen. Positivt var, att trots att antalet kemikalier i arbetet ej minskat utan snarare ökat något under den senaste 10-årsperioden, var frekvensen yrkesrelaterade nyupptäckta kontaktallergier något lägre jmf med 1991-1992 års undersökning. Man uppvisade också en betydligt lindrigare symptombild. Andelen hudbesvär efter anställning har ökat från 25 % till 33 %. En delförklaring till detta är sannolikt att arbetsstyrkan blivit äldre och att man även i en normalpopulation får en viss ökning med tiden. Dock är det ett observandum och företagshälsovården bör noggrant bevaka utvecklingen.

Erfarenheterna av den preventiva verksamheten med föreläsningar och yrkesdermatolog knuten till FHV är goda. Verksamheten har lett till ökad kunskap hos övriga vårdgivare på FHV. Handläggningen vid misstanke om yrkesrelaterad dermatit har därigenom kunnat ske effektivare genom det nära samarbetet mellan de olika vårdgivarna och arbetsplatsen. För den enskilde har det inneburit ett snabbare omhändertagande och minskat lidande. Detta talar för att företagsekonomiska vinster fås genom minskad sjukfrånvaro och därmed produktionsbortfall.

Sammanfattning

Ivarsson-Walther R, Andersson T. (2002) *Hudbesvär hos flygplanssammanbyggare vid Saab AB Linköping*. Arbete och Hälsa 2003:..

Flygplanssammanbyggare exponeras frekvent för olika kemikalier i arbetet. I denna undersökning har förekomst av hudproblem med särskild inriktning på allergiska kontakteksem kartlagts.

Enkäter distribuerades till alla militära sammanbyggare på Saab AB i Linköping. (n=211). En, på basen av enkätsvaren, utvald grupp genomgick klinisk undersökning samt epikutantestning (lapptestning). Dessutom gjordes en jämförelse med en liknande undersökning inom samma verksamhet 1991-1992.

Av de 188 som besvarade den nya enkäten fanns 12 sammanbyggare med arbetsrelaterad kontaktallergi, 11 av dessa uppvisade reaktion mot epoxi. Tidigare ej känd kontaktallergi fann man hos 5 personer i den nya studien jämfört med 18 av totalt 330 personer 1991-1992.

Resultatet i undersökningen visar färre personer med nya arbetsrelaterade kontaktallergier jämfört med den tidigare undersökningen (2,1 % jämfört med 3,6 %). En lindrigare symptombild sågs i den nu aktuella studien. Intrycket från arbetsplatsbesök och samtal med sammanbyggarna är att kunskapen om de olika hudskyddens egenskaper är bristfällig. Informationen om adekvat hudskydd och hudvård bör därför förstärkas.

Summary

Ivarsson-Walther R, Andersson T. (2002) *Dermatoses among aircraft assemblers at Saab AB Linköping*. Arbete och Hälsa 2003:..

Aircraft assemblers are exposed frequently to different chemical compounds. The purpose of this work was to examine the prevalence of dermatoses with special focus on allergic contact dermatitis. Questionnaires were given to assemblers of military aircrafts (n=211) at Saab AB, Linköping. A group of respondents, selected on the basis of answers to the questionnaire, underwent clinical examination and epicutaneous testing. The results were compared to data from a survey undertaken 1991-92 within a similar assembly line.

Among 188 workers that responded to the questionnaire we found 12 with work-related contact dermatitis, 11 of these showed allergic reactions to epoxy. Previously unidentified contact allergies were found in 5 workers, while in the survey from 1991-92 18 previously unknown contact allergies were found among 330 workers. Fewer workers had previously unknown work-related contact allergies in the current study

compared to the earlier survey (2.1% vs. 3.6%, P = NS). Symptoms were also milder in the current study. Our impression from visits to the assembly line was that workers needed more education and instructions to be able to protect themselves from cutaneous allergens present at their workplace.

LITTERATURREFERENSER

1. Bruze M. et al. (1996) Occupational dermatoses in a Swedish aircraft plant. (1996) *Contact Dermatitis* 34, 336-340
2. Bruze M. (1985) Contact Sensitizers in resins based on phenol and formaldehyd. *Acta Derm Venereol Suppl* 1-83
3. Edenhalm M. (1992) *Inventering av hudproblem hos sammanbyggare och tätare inom civil flygplanstillverkning vid flygdivisionen, Saab Scania AB, Linköping, Projektarbete vid företagsläkarutbildningen 1991-1992*
4. Fregert S. et al (1990) *Yrkesdermatologi Studentlitteratur*
5. Hackett John P. (1999) Allergic contact dermatitis in American aircraft manufacture. *Am Journal of Contact Dermatitis* 10:157-166
6. Kanerva L. et al (2000) *Handbook of occupational Dermatology* Springer Verlag 286-294
7. Meding B. (1990) *Epidemiology of hand eczema in an industrial city,*
8. Vos Joseph G. et al (1996) *Allergic hypersensitivities induced by chemicals. Recommendations for prevention.* CRC Press Inc. World Health Organization 287-296.

Rökdykande brandmän - för- och nackdelar med arbets-ekg genomfört på FHV-central jämfört med på medicinklinik

Carl-Gustav Walter, HälsoRingen Arbetsliv AB, Hässleholm
Handledare: Margareta Torgén, Arbetslivinstitutet
Projektarbete vid företagsläkarutbildningen 2001/02

Inledning

HälsoRingens Arbetstliv AB är en FHV-verksamhet som drivs i privat regi. Verksamheten började 1975 i form av Industrihälsan i Hässleholm, företagshälsovård ägd av de anslutna företagen. Ägarskifte och namnbyte skedde i början av 1990-talet. Under de därpå följande åren ökade antalet kunder successivt till nu mer än 100, och utöver basorten Hässleholm tillkom verksamhet i Osby, Älmhult, Markaryd och Bromölla.

Vid årsskiftet 1999-2000 fick vi som kunder även kommunerna Hässleholm, Osby och Markaryd. Detta innebär att vi också tog över undersökningar och kontroller av personal inom räddningstjänsten i respektive kommun.

Min egen bakgrund är den att jag från att ha arbetat som öronläkare övergick till primärvården i början av 1980-talet. I mars 2000 fick jag tjänst som företagsläkare vid HälsoRingens, detta efter 14 års arbete som distriktsläkare.

Eftersom jag inte tidigare arbetat inom företagshälsovård innebär det nya arbetet många nya områden som jag snabbt behövde sätta mig in i. Ett av dessa var brandmansarbetet i allmänhet, och vad rökdykning innebär i synnerhet.

Då rök- och kemdykning är en insats under svåra förhållanden för brandmannen där man arbetar med tung utrustning i hög temperatur och under stark psykisk press utfärdade dåvarande Arbetarskyddsstyrelsen 1986 föreskrifter för rökdykning. Dessa reviderades 1995 till nu gällande författning (1).

Tjänstbarheten hos arbetstagare som rök- och kemdyker skall bedömas av läkare. Bakgrunden till den rapport från Räddningsverket 1998 (7) angående tillämpningen av författningen är att tjänstemän vid Räddningsverket hade fått många frågor gällande bedömningar av tjänstbarheten vid olika medicinska tillstånd.

Rapporten ger mer preciserade riktlinjer för bedömningen än vad författningen gör och den ger god vägledning i arbetet med tjänstbarhetsbedömningar av brandmän.

Vid hjärtundersökning på friska individer, som i det här fallet brandmän som rökdyker, är det övergripande målet att på ett tidigt stadium avslöja riskfaktorer av betydelse för yrkesutövningen.

De olika undersökningsmomenten syftar till att finna ev

- klaffel
- arytmier av betydelse (manifesta eller upprepade tacyarytmier som förmaksflimmer eller -fladder, frekventa VES)
- AV-block
- coronarinsufficiens
- tecken på hjärtsvikt
- hypertoni

Bakgrund

Utöver att brandmän skall genomgå årlig hälsoundersökning och konditionstest skall arbetsprov (benämningen ”arbetsprov” används i texten synonymt med ”arbets-ekg”) genomföras med jämna mellanrum, upp till 40 års ålder vart 5:e år, mellan 40 och 50 års ålder vartannat år och från 50 års ålder varje år. Brandmannen skall då klara en belastning på 200 W under 6 minuter (vid nyanställningsundersökning 250 W) med normalt arbets-ekg.

I ett projektarbete vid ALI 1999 (5) finns beskrivning av innehållet i hälsokontrollen samt hälsoläget bland rök- och kemdykare vid räddningstjänsten i Kristianstad.

För att få genomfört arbetsprov fick vi utfärda remiss till medicinska kliniken vid sjukhuset i Hässleholm, och från Markaryd till medicinska kliniken vid sjukhuset i Ljungby.

Tanken dök emellertid upp att vi kanske skulle kunna utföra även undersökningarna med arbets-ekg på vår egen mottagning. Detta skulle medföra en ökning av vår egen servicegrad och en breddning av vårt kompetensområde.

Idén utvecklades snabbt och vi började inventera vad som skulle krävas beträffande personalresurser, kunskaper och utrustning.

En företagssköterska, en sjukgymnast och jag själv började planera för en sådan verksamhet. Mitt första steg var kontakt med vår närmaste klinisk fysiologiska avdelning (vid sjukhuset i Kristianstad). Klinikchefen vid klinisk fysiologiska avdelningen hade inga invändningar mot att vi själva skulle utföra arbetsproven på rökdykare, och jag fick tillfälle till några dagars auskultation vid avdelningen. En god teoretisk grund fick jag i Det kliniska arbetsprovet (6). Vi bestämde oss för att utföra arbetsprovet i enlighet med riktlinjerna i AFS 1995:1, dvs 200 W i 6 minuter och vid nyanställning 250W i 6 minuter. Detta är också vad som rekommenderas vid klinisk fysiologiska avdelningen i Kristianstad.

De kriterier vi uppsatt för godkänt arbetsprov är i överensstämmelse dels med de som angivits i Det kliniska arbetsprovet, dels med de kriterier som tillämpas vid klinisk fysiologiska avdelningen. Kriterierna är följande:

- Ingen ST-sänkning mer än eller lika med 1 mm om den är horisontell eller nedåtlutande
- Normal blodtrycks- och pulsutveckling
- Ingen arytymi av betydelse
- Ingen bröstsmärta eller andra avvikande symptom

En ytterligare effekt av kontakten med klinisk fysiologiska avdelningen blev att vi fick möjlighet att av sjukhuset köpa något begagnad utrustning i form av testcykel + datoriserad ekg-terminal. En defibrillator införskaffades.

Tidigt i förloppet tog vi också kontakt med ledningen vid Räddningstjänsten i Hässleholm. Där utförs årliga konditionstest på rullband med belastning motsvarande den som tillämpas vid arbetsprov. Vid dessa tester har brandmannen kläder och utrustning, vilket innebär ett mer verklighetsanpassat test.

Det fanns från räddningstjänstens sida önskemål om att arbets-ekg skulle utföras i anslutning till dessa tester. Efter diskussion med läkare vid klinisk fysiologiska avdelningen stod det emellertid klart att detta skulle innebära betydligt mer svårtolkade ekg-registreringar då rullbandstest är förenat med betydligt mer störningar i ekg-registreringen.

Vi blev så småningom överens om att räddningstjänsten fortsätter med konditionstester på rullband som tidigare, men att arbetsprov utförs på cykel i våra lokaler. I ett projektarbete (3) har Marie Håkansson jämfört kardiella svaret vid undersökning på cykel resp rullband och funnit likvärdiga resultat.

Syftet med föreliggande rapport är att utvärdera första årets verksamhet med arbetsprov på rökdykare på en FHV-central. Rapporten innehåller följande delar:

- För- och nackdelar ur medicinsk synvinkel
- Räddningstjänstens erfarenheter
- FHV-teamets erfarenheter

Undersökt grupp

Efter förberedelser under andra halvåret 2000 kunde vi börja utföra arbetsprov på vår mottagning i januari 2001. Eftersom brandmännen skall genomgå årlig allmän hälsokontroll kombinerar vi denna med arbetsprov när sådant är aktuellt. Det innebär en noggrann klinisk bedömning i direkt anslutning till arbetsprovet.

Under 2001 har sammanlagt 129 arbetsprov utförts på HälsoRingen i Hässleholm. Det rör sig till största delen om deltidsbrandmän men även heltidsanställda (115 resp 14). Av dessa arbetsprov har 20 varit nyanställningsundersökning och 109 återkommande undersökning.

Metod

Arbets-ekg

Såväl under förberedelsearbetet som i verksamhetens inledningsskede ställde vi oss frågan: Kan vi utföra/utför vi dessa undersökningar med samma säkerhet avseende patientsäkerhet och bedömning av resultatet som på sjukhuset? Eftersom detta är en för mig helt ny verksamhet är det av intresse att jämföra våra resultat med sjukhusens.

Som ett grovt mått har jag därför valt att jämföra i vilken omfattning kompletterande kardiologisk undersökning (myocardscintigrafi, ekokardiografi eller annan undersökning) har behövt utföras för att kunna bedöma tjänstbarheten i kardiologiskt hänseende. Detta gäller de brandmän som genomgått återkommande undersökning.

I detta syfte har jag införskaffat journalkopior från Länshälsan (som kommunen fram till 991231 anlitate för företagshälsovård) samt i några fall direkt från medicinska kliniken vid sjukhuset i Hässleholm. Eftersom Länshälsan lagt ner sin verksamhet i Hässleholm fick jag tillgång till journaler från ett centralt arkiv i Regionhuset i Kristianstad. Här gick emellertid inte resultatet av närmast föregående arbetsprov alltid att få fram eftersom man i mitten av 90-talet övergick till datajournal. Efter en del efterforskning visade det sig att dessa datajournaler nu fanns vid annan företagshälsovård, och jag kunde då få tillgång till dessa.

Vad gäller Osby och Markaryd fanns resultatet i våra egna journaler.

Min avsikt var att få svar på frågorna: Hur gick det vid närmast föregående arbetsprov? Hur många brandmän behövde genomgå kompletterande undersökning? Var det fler eller färre än de jag själv behövt remittera?

Journalkopior gick att införskaffa för alla utom 5 brandmän. Men dessa 5 personer kunde muntligen ge besked om att de i anslutning till närmast föregående arbetsprov inte genomgått någon ytterligare undersökning vad gäller hjärtat.

Intervjuer

Av intresse att utvärdera är också hur Räddningstjänsten i de tre kommunerna uppfattat vår verksamhet. Har vår servicegrad varit tillräckligt hög? Har kontakterna med oss fungerat tillfredsställande? Och finns andra synpunkter på vår verksamhet vad gäller arbetsprov? För att få svar på frågorna har jag intervjuat räddningschefen i respektive kommun.

För utförandet av undersökningarna och handhavandet av apparaturen står en sjuksköterska, Birgitta Jönsson och en undersköterska, Malin Weihager. Hur har de upplevt första året med arbetsprov? Vilka synpunkter har de på verksamheten?

Resultat

Arbets-ekg

Det visade sig att av de 109 brandmännen som genomgick återkommande undersökning gjordes vid närmast föregående arbetsprov kompletterande undersökning på 5 brandmän, i samtliga fall myocardscintigrafi. Inte i något av dessa 5 fall sågs något patologiskt vid scintigrafien och efter kompletteringen bedömdes dessa brandmän tjänstbara.

Vid arbetsproven på HälsoRingens under 2001 gjordes 3 kompletteringar. En brandman remitterades för myocardscintigrafi. En brandman genomgick ekokardiografi. I ett fall översände jag ekg-registreringarna till klinisk fysiologiska avdelningen vid sjukhuset i Kristianstad för bedömning. Efter dessa 3 kompletteringar kunde brandmännen godkännas i kardiologiskt hänseende för rökdykning.

Sammanfattningsvis kunde samtliga 109 brandmän som genomgick återkommande arbetsprov också vid undersökningen 2001 bedömas tjänstbara *i hjärthänseende* efter att 3 brandmän genomgått kompletterande kardiologisk undersökning.

Vid närmast föregående arbetsprov gjordes komplettering i 5 fall innan godkännande kunde utfärdas. Vid de återkommande hälsokontrollerna på HälsoRingens under 2001 kunde inte samtliga brandmän godkännas som tjänstbara, men i de få fall då tjänstbarhet inte förelåg gällde det andra orsaker än kardiella.

Vid nyanställningsundersökningarna godkändes 18 personer medan 2 ej kunde godkännas då de inte klarade belastningen 250 W i 6 minuter.

Vi kan konstatera att någon komplikation till undersökningen, vare sig av lindrigare eller allvarligare grad, har inte inträffat under verksamheten.

Intervjuer

På frågan om hur man upplevt förändringen att arbetsproven nu utförs på FHV-centralen har räddningscheferna svarat mycket positivt. Samtliga har uttryckt uppskattning av servicegraden med undantag av att en av räddningscheferna vid något tillfälle skulle önskat snabbare tid för en nyanställningsundersökning.

Samtliga har upplevt den nära kontakten med vår verksamhet som positiv och man har från räddningstjänsten haft lätt att nå vår sjuksköterska som håller i planering och bokningar. Vår egen personal, sjuksköterskan Birgitta Jönsson och undersköterskan Malin Weihager, har upplevt det som mycket stimulerande och intressant att starta den här verksamheten. De tekniska problem med utrustningen som vid några få tillfällen uppstått har gått att tämligen lätt att rätta till och inte påverkat deras uppfattning i stort. Kontakten med de enskilda brandmännen har också varit mycket positiv. Själva arbetsinsatsen har upplevts som stimulerande genom att den skiljer sig markant från det övriga vardagliga arbetet.

Diskussion

Efter ett års verksamhet med arbets-ekg på vår företagshälsovårdsmottagning är erfarenheterna helt övervägande positiva. Vi, teamet som arbetar med arbets-ekg på HälsoRingens, upplever det som en intressant och stimulerande arbetsuppgift. Vi ser det som en fördel för alla parter att kontinuiteten är maximal, vilket också innebär att den kliniska undersökningen alltid utförs av samma person som bedömer arbetsprovet. Vad gäller bedömningen av arbetsprovet ger den datoriserade ekg-enheten mycket överblickbara utskrifter med erforderlig information.

Så när som på tre brandmän har resultatet av arbetsprovet kunnat slutgiltigt bedömas på HälsoRingens. Kompletterande hjärtundersökning har behövt utföras på tre personer, och detta

är i paritet med utfallet vid närmast föregående arbetsprov och det skiljer sig heller inte väsentligt från vad jag funnit i de nedan relaterade studierna. Några komplikationer till undersökningarna har inte inträffat.

Kontakten med räddningstjänsten har varit god och man har där uppskattat kontinuiteten och verksamheten i stort. Den har inneburit en ekonomisk besparing för räddningstjänsten såtillvida att för de brandmän som genomgått arbetsprov har den kliniska hälsokontrollen utförts vid samma tillfälle. Därigenom har tiden för ett undersökningstillfälle, inklusive restid, kunnat sparas in.

För att få ytterligare perspektiv på vår verksamhet har jag gjort sökningar i litteraturen och funnit ett par större studier där resultatet är intressant som jämförelsematerial (2, 4).

I artikeln Arbetsprov hos rökdykare i Klin Fys Nytt 1990 (2) noteras att för brandpersonal som arbetar med rökdykning har man både i svenska och utländska studier funnit i denna grupp en relativt hög incidens av ekg-förändringar som inte alltid kan relateras till hjärtsjukdom. Man redovisar bakgrundsfaktorer och utfall vid arbets-ekg hos 415 brandmän. Under och efter arbete noterades hos sammanlagt 42 av dessa brandmän (10.1%) lätta ST-T-förändringar i form av ST-sänkning och/eller T-vågsförändringar. Inte hos någon av de undersökta framprovocerades under arbetsprovet ST-sänkning >1 mm av ischemisk typ. Av de undersökta brandmännen klarade 98,3% grundkravet 6 minuter på 200 Watts belastning. Av de sju som tvingades avbryta tidigare bedömdes detta kliniskt bero på antingen dålig kondition eller på led-muskelbesvär.

Hos 3 individer (0,7%) ansåg undersökarna att man utifrån ekg-reaktionen inte kunde utesluta koronar hjärtsjukdom, och fortsatt utredning med i första hand myokardscintigrafi rekommenderades.

Man bedömer att resultaten av studien talar för att brandmän är en lågriskgrupp vad beträffar riskfaktorer för koronar hjärtsjukdom.

I en stor studie 2000 (4) granskades resultaten av 4.900 arbetsprov på israeliska soldater över 39 års ålder där arbetsprovet gjorts i syfte att finna ev myocardischemi (kärklkramp).

Arbetsprovet bedömdes ej normalt för 299 undersökta (6,1%). Av dessa personer genomgick 78 myokardscintigrafi varav resultatet i 6 av fallen bedömdes som koronarischemi. I 3 av dessa (0,06% av alla som genomgick arbetsprov) kunde signifikant koronarkärllssjukdom påvisas med coronarangiografi.

Som nackdel i att starta en sådan här verksamhet får man se den relativt stora investering som behöver göras i form av utrustning.

Det kan möjligen också ses som en nackdel att verksamheten med arbetsprov tar en hel del resurser i anspråk, såväl personalmässigt som tidsmässigt.

En förutsättning som jag anser är viktig är god kontakt med närmaste klinisk fysiologiska avdelning. Den har för vår del varit utmärkt och på många sätt underlättat etableringen av verksamheten.

Sammanfattningsvis överväger de positiva erfarenheterna fullständigt, och vi kan gärna rekommendera andra FHV-enheter som har hand om undersökningar av brandmän att själva utföra arbetsproven. Det är ur många aspekter värdefullt med ett sådant helhetsgrepp – och det är en både stimulerande och intressant verksamhet.

Sammanfattning

Walter C-G & Torgén M *Rökdykande brandmän - för- och nackdelar med arbets-ekg genomfört på FHV-central jämfört med på medicinklinik*. Projektarbete vid företagsläkarutbildningen, Arbetslivsinstitutet 2001/02.

Brandmän måste för att få rök- och kemdyka genomgå årlig hälsokontroll samt upprepade arbets-ekg med åldersberoende intervall. Fram till årsskiftet 2000-2001 har företagshälsovården i Hässleholm, Markaryd och Osby remitterat brandmän till medicinsk klinik för arbets-ekg.

När HälsoRingen Arbetsliv AB fr o m 000101 fick dessa kommuner som kunder övertogs även hälsokontrollerna av brandmän. Under 2000 började vi planera att utföra även arbets-ekg i egen regi. Efter drygt ett halvt års förberedelse kunde vi starta denna verksamhet i jan 2001.

Syftet med denna rapport är utvärdering av första årets verksamhet. Inledningsvis ges en beskrivning av bakgrund och uppbyggnadsarbete. En genomgång av de närmast föregående arbetsproven redovisas. Vid en jämförelse med våra resultat kan konstateras att vi kunnat slutbedöma undersökningarna i samma omfattning som vid medicinsk klinik. Någon komplikation i anslutning till undersökningar har inte inträffat.

Räddningstjänsten i respektive kommun är positiv till verksamheten och vi i FHV-teamet som utfört undersökningarna har upplevt det som en stimulerande och intressant verksamhet. Kontinuiteten har varit fullständig och vi ser det som en fördel att den fysikaliska undersökningen, som görs direkt före arbetsprovet, utförs av samma person som bedömer resultatet av arbetsprovet.

De nackdelar vi kan se är dels den relativt stora investeringskostnaden i form av utrustning som måste göras, dels att en hel del resurser tidsmässigt tas i anspråk.

Våra egna erfarenheter är emellertid helt övervägande positiva och vi kan därför rekommendera andra FHV-enheter som utför hälsokontroller av brandmän att se över möjligheten att även utföra arbetsproven vid den egna mottagningen.

Referenser

1. Arbetarstyrelsen (1995) *Rök- och kemdykning*. Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling AFS 1995:1.
2. Hermansson G, Bergbrant A, Jern S (1990) *Arbetsprov hos rökdykare*. Klin. Fys. Nytt 1990; VII:2.
3. Håkansson M (2000) *En jämförelse mellan arbetsprov på cykelergometer och rullande matta på friska brandmän*. Examensarbete 20 poäng vid Universitetet i Kalmar 2000.
4. Livschitz S, Sharabi Y, Yushin J, Bar-On Z, Chouraqui P, Burstein M, Eldad A (2000) *Limited Clinical Value of Exercist Stress Test for the Screening of Coronary Artery Disease in Young, Asymptomatic Adult Men*. The American Journal of Cardiology Vol. 86 August 15 2000
5. Nilsson Å (1999) *Hälsokontroll av rök-/kemdykare inom Räddningstjänsten i Kristianstad 1998*. Projektarbete vid företagsläkarutbildningen 1998/99

6. Pahlm O, Svensson S-E, Wranne B (1998) *Det kliniska arbetsprovet*. Studentlitteratur 1998.
7. Räddningsverket (1998) *Hälsokrav vid rök- och kemdykning. Medicinska synpunkter på tillämpningen av AFS 1995:1*. Räddningsverket, FoU-rapport 1998